



1 月 1 日 – 12 月 31 日，2026

2026 年承保範圍說明書：

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

本文件詳細說明 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間的聯邦醫療保險健康及藥物承保。此為重要法律文件。請妥善保管。

本文件說明您的福利和權利。請使用本文件瞭解：

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

如對本文件有任何疑問，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五。這是免付費電話。

本計劃 福全健保全加計劃 由 Clever Care Health Plan, Inc. 提供。（當本承保範圍說明書提到「我們」、「我方」或「我們的」時，係指 Clever Care Health Plan, Inc.。當其提到「計劃」或「本計劃」時，係指 福全健保全加計劃。）

本文件免費提供中文、韓文、西班牙文和越南文版本。

其也有其他格式的版本，包括大字版、語音版或其他替代格式，視需要提供給您。若您需要以其他格式取得計劃資訊，請撥打上述電話聯絡會員服務部。

福利、自付額和/或共付額/共保額可能於 2027 年 1 月 1 日變更。

我們的處方集、藥房網路和/或醫療機構網路可能隨時更動。您將在至少 30 天前收到可能影響您的任何變更通知。

H7607_26_CM1319_C 10302025

目錄

第 1 章:開始成為會員.....	4
第 1 節 您是福全健保全加計劃 的會員.....	4
第 2 節 計劃資格要求.....	5
第 3 節 重要的會員資格資料.....	6
第 4 節 您的福全健保全加計劃 每月費用.....	7
第 5 節 關於每月計劃保費的詳細資訊.....	11
第 6 節 隨時更新本計劃的會員記錄.....	12
第 7 節 其他保險如何與本計劃配合.....	13
第 2 章:重要電話號碼與資源.....	14
第 1 節 福全健保全加計劃 聯絡人	14
第 2 節 向聯邦醫療保險尋求協助.....	17
第 3 節 州健康保險援助計劃 (SHIP).....	18
第 4 節 品質促進組織 (QIO).....	19
第 5 節 社會安全局.....	20
第 6 節 Medicaid.....	20
第 7 節 協助大眾支付處方藥費用的計劃.....	21
第 8 節 鐵路退休委員會 (RRB).....	23
第 9 節 如果您有團體保險或其他雇主提供的健康保險.....	24
第 3 章:將本計劃用於您的醫療服務.....	25
第 1 節 如何以本計劃會員的身分接受醫療照護.....	25
第 2 節 使用本計劃網路的醫療機構取得醫療照護.....	26
第 3 節 如何在有緊急狀況、災難或緊急照護需求時取得服務.....	29
第 4 節 如果您直接收到了承保服務的全額帳單，該怎么做？.....	30
第 5 節 臨床研究試驗中的醫療服務.....	31
第 6 節 於宗教性非醫療醫療保健機構取得照護的規則.....	32
第 7 節 耐用醫療設備的所有權規則.....	33
第 4 章:醫療福利表（承保與自費項目）	34
第 1 節 瞭解您的承保服務自付費用.....	34
第 2 節 醫療福利表列出您的醫療福利和費用.....	35
第 3 節 本計劃未承保的服務（排除項目）	72
第 5 章:使用 Part D 藥物的計劃承保.....	75
第 1 節 本計劃 D 部分承保的基本規則.....	75
第 2 節 在網路藥房配取處方藥或透過計劃的郵購服務配取處方藥.....	75
第 3 節 您的藥物必須在本計劃的藥物清單上.....	78
第 4 節 有承保限制的藥物.....	79
第 5 節 如果您的其中一種藥物未以您希望的方式承保，您可以做什麼.....	80

目錄

第 6 節	我們的藥物清單可能會在年度中變更.....	82
第 7 節	我們不承保的藥物類型.....	83
第 8 節	如何領取處方藥.....	85
第 9 節	特殊情況下的 D 部分藥物承保.....	85
第 10 節	藥物安全與藥物管理計劃.....	86
第 6 章:	您為 D 部分藥物支付的費用.....	88
第 1 節	您為 D 部分藥物支付的費用.....	88
第 2 節	福全健保全加計劃 會員的藥物付款階段.....	89
第 3 節	您的 <i>D 部分福利說明 (EOB)</i> 會說明您處於哪個付款階段.....	90
第 4 節	自付額階段.....	91
第 5 節	初始承保階段.....	91
第 6 節	重大傷病承保階段.....	94
第 7 節	您為 D 部分藥物支付的費用.....	94
第 7 章:	針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用.....	97
第 1 節	針對您的承保服務或藥物，您應要求我們支付我們應分攤費用的情況.....	97
第 2 節	如何要求我們退款或支付您收到的帳單.....	99
第 3 節	我們將考慮您的付款要求，並表示同意或不同意.....	99
第 8 章:	您的權利和責任.....	100
第 1 節	本計劃必須尊重您的權利及文化敏感性.....	100
第 2 節	您身為本計劃會員的責任.....	112
第 9 章:	如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）.....	113
第 1 節	如果您有問題或疑慮該如何處理.....	113
第 2 節	可以從哪裡取得更多資訊和個人化協助.....	113
第 3 節	您的問題應使用哪個流程.....	114
第 4 節	承保決定和上訴入門指南.....	114
第 5 節	醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴.....	116
第 6 節	D 部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴.....	122
第 7 節	如果您認為您出院的時間太早，如何要求我們承保更長時間的住院治療.....	129
第 8 節	如果您覺得承保太早結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務.....	132
第 9 節	讓您的上訴進入第 3、4 與 5 級.....	135
第 10 節	如何提出關於照護品質、等待時間、客服和其他方面的申訴.....	137
第 10 章:	結束本計劃的會員資格.....	140
第 1 節	終止您在本計劃的會員資格.....	140
第 2 節	您何時可以終止您在本計劃的會員資格？.....	140
第 3 節	如何終止您在本計劃的會員資格.....	142
第 4 節	直至會員資格終止前，您都必須透過本計劃取得您的醫療用品、服務和藥物.....	143
第 5 節	福全健保全加計劃 必須在特定情況下終止您的計劃會員資格.....	143

第 11 章:法律聲明.....	145
第 1 節 適用法律聲明.....	145
第 2 節 不歧視聲明.....	145
第 3 節 聯邦醫療保險次要付款人代位追償權益聲明.....	145
第 4 節 追討溢付金額.....	145
第 5 節 通報詐欺、浪費及濫用.....	146
第 6 節 有關協助協調重要健康資訊的 Manifest MedEx 通知.....	147
第 12 章:定義.....	148

第 1 章： 開始成為會員

第 1 節 您是福全健保全加計劃 的會員

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

您由聯邦醫療保險承保，且您選擇透過 福全健保全加計劃 取得聯邦醫療保險健康和藥物承保。

福全健保全加計劃 是聯邦醫療保險優勢 HMO 計劃（HMO 代表健康維護組織）經聯邦醫療保險核准並由私人公司經營。

福全健保全加計劃 是一項專門的聯邦醫療保險優勢計劃（聯邦醫療保險優勢特殊需求計劃），意即其福利專為有特殊醫療保健需求的人士設計。福全健保全加計劃 旨在提供額外健康福利，特別幫助有 心血管疾病、慢性心臟衰竭或糖尿病 的人士。

本計劃包括專門治療 心血管疾病、慢性心臟衰竭或糖尿病 的醫療機構。也包括專為滿足這些疾病 患者的特殊需求而設計的健康計劃。此外，本計劃承保用於治療大多數醫療狀況的處方藥，包括通常用於治療 心血管疾病、慢性心臟衰竭或糖尿病 的藥物。身為本計劃會員，您可以獲得專門為您的病症量身打造的福利，並透過本計劃協調您的所有護理。

第 1.2 節 本承保範圍說明書之相關法律資訊

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

本合約生效期間為 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日之間您投保 福全健保全加計劃 的月份。

聯邦醫療保險允許我方於每個日曆年度變更所提供的本計劃。這表示我們可以在 福全健保全加計劃 年 12 月 31 日之後變更 2026 的費用和福利。我方亦可在 2026 年 12 月 31 日後選擇停止在您的服務區域提供本計劃。

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

第 1 章：開始成為會員

第 2 節 計劃資格要求

第 2.1 節 資格要求

只要您符合下列所有條件，便符合本計劃的會員資格：

- 您同時擁有聯邦醫療保險 A 部分及 B 部分
- 您居住在我們的地理服務地區（如第 2.2 節所述）。被監禁者即便身處該地理服務區域內，仍然不視為居住於其中。
- 您是美國公民或在美國合法居留。
- 您符合以下所述的特殊資格要求。

本計劃的特殊資格要求

本計劃旨在滿足患有特定疾人士的特殊需求。如要符合參加我們計劃的資格，您必須患有心血管疾病、慢性心臟衰竭或糖尿病。

注意：如果您失去本計劃的資格，但可合理預期在 兩個月內重新獲得資格，則您仍然符合會員資格。第 4 章第 2 節告訴您在視為持續資格期間的承保和分攤費用。

第 2.2 節 福全健保全加計劃 的計劃服務區域

福全健保全加計劃 僅適用於居住在我們計劃服務地區的人士。如需保留我們計劃的會員身分，您 必須繼續居住在我們的服務地區。本計劃服務區域如 下方。

我們的服務區域包含以下 California 各郡：洛杉磯、橘郡、聖貝納迪諾、河濱及聖地牙哥。

如果您搬離計劃服務區域，則您將無法維持本計劃會員資格。請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（TTY 使用者請致電 711），以瞭解我們是否在您新的地區設有計劃。如果您遷出，則您將擁有一段「特別投保期」，可以轉換為 Original Medicare 或投保新地點的聯邦醫療保險健康或藥物計劃。

如果您搬家或變更通訊地址，也請務必致電社會安全局。致電社會安全局，電話號碼是 1-800-772-1213（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-800-325-0778）。

第 2.3 節 美國公民或合法居留者

您必須為美國公民，或於美國合法居留之人，才能成為聯邦醫療保險健保計劃會員。聯邦醫療保險（Medicare 和 Medicaid 服務中心）將通知 福全健保全加計劃 您是否有資格在此基礎上繼續成為我們計劃的會員。如果您不符合此要求，福全健保全加計劃 必須將您退保。

第 1 章：開始成為會員

第 3 節 重要的會員資格資料

第 3.1 節 本計劃會員卡

每當您接受本計劃的承保服務，或者向網路藥房領取處方藥時，請使用您的會員卡。您亦應向醫療機構出示您的 Medicaid 卡（如果您有）。計劃會員卡範本：

		Clever Care Total+ (HMO C-SNP) EFFECTIVE DATE: 01/01/26 PCP EFFECTIVE DATE: 01/01/26	
MEMBER NAME John A. Smith MEMBER ID 000-000-0000 Health Plan (80840)		COPAYMENTS (\$0 if Full Medi-Cal) PCP VISIT: \$0 SPECIALIST VISIT: \$0 URGENT CARE: \$25 ER: \$95	
PCP NAME Brandon Lee MD (555) 555-5555 MEDICAL GROUP/NETWORK Acme Medical Partners		 RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX25AZ H7607 016	
IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER			
MEMBER SERVICES (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com Telehealth: (800) 835-2362 PPO Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: NationsHearing (866) 304-7577 Vision: (855) 492-9028 Transportation: CareCar (844) 743-4344		HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (888) 888-8888 PRIOR AUTHORIZATION (800) 800-8080 PROFESSIONAL CLAIMS NOBLE AMA IPA 1234 Main St, Suite 100 Small Town, CA 90210 INSTITUTIONAL CLAIMS Prospect Health 456 Elm Dr, Suite 200 Big Town, CA	
PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (866) 693-4620 CVS Caremark Medicare Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066		Printed: 01/01/26	

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

如果您的計劃會員卡受損、遺失或遭竊，請立刻致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），我們會補發新卡給您。

第 3.2 節 醫療機構目錄

醫療機構目錄 (zh.clevercarehealthplan.com/provider) 列出我們目前的網路醫療機構和耐用醫療設備供應商。**網路醫療機構**是與我們定有協議的醫生和其他醫療保健專業人員、醫療團體、耐用醫療器材供應商、醫院，及其他醫療保健機構，他們接受以我方的付款及任何費用分攤支付所有費用。

您必須使用網路醫療機構來取得您的醫療照護和服務。如果您未經適當授權便前往其他地方，您就必須支付全額費用。只有下列情況例外：在無法使用網路（即不合理或無法取得網路內服務的情況）時獲得的急診或緊急需求服務、區域外洗腎服務，以及福全健保全加計劃授權使用網路外醫療機構的情況等。

我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com/provider 提供最新的醫療機構和供應商清單。

如果您沒有**醫療機構目錄**，可向會員服務索取副本（電子或紙本形式），電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。要求的紙本**醫療機構目錄**將在 3 個工作日內郵寄給您。

第 1 章：開始成為會員**第 3.3 節 藥房目錄**

藥房目錄 zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy 列出我們的網路藥房。**網路藥房**是同意為本計劃會員的承保處方籤配藥的藥房。請使用**藥房目錄**找出想要使用的網路藥房。請參閱第 5 章第 2.4 節，瞭解您何時可以使用本計劃網路外藥房的資訊。

如果您沒有**藥房目錄**，可以向 會員服務 索取一份副本，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。您也可以在我们的網站上找到這項資訊：zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy。

第 3.4 節 藥物清單（處方集）

本計劃有一份**承保藥物清單**（也稱為**藥物清單**或**處方集**）。其說明 福全健保全加計劃 包含哪些由 D 部分福利承保的處方藥。清單上的藥物都是經由本計劃在醫師與藥劑師的幫助下選出。藥物清單必須符合聯邦醫療保險的規定。根據聯邦醫療保險藥物價格議定計劃議定價格的藥物將納入您的藥物清單，除非已按第 5 章第 6 節所述移除和更換。Medicare 已核准 福全健保全加計劃 藥物清單。

藥物清單也會說明藥物承保是否有任何規則限制。

我們會提供一份藥物清單給您。如欲取得有關哪些藥物屬於承保範圍的最完整和最新資訊，請造訪 zh.clevercarehealthplan.com/druglist 或致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（TTY 使用者請致電 711）。

第 4 節 您的福全健保全加計劃 每月費用

費用	2026（明年）
每月計劃保費*	\$0
* 您的保費可能高於或低於此金額。如需詳細資訊，請參閱第 4.1 節。	
自付額	\$0
	然而，本計劃針對部分醫院和醫療服務以及 D 部分處方藥收取自付額。
年度自付額上限金額	\$9,250
這是您將支付的最高自付費用，涵蓋的承保服務。	
（如需詳細資訊，請參閱第 1 節。）	
基層照護診所就診	每次就診 \$0
專科醫生診所就診	每次就診 \$0

第 1 章：開始成為會員

費用	2026 (明年)
住院治療	自付額： \$1,736 每個福利期，第 1 至 60 日以及第 91 日及之後，每日共付額為 \$0；第 61 至 90 日，每日共付額為 \$434。
D 部分藥物承保自付額 (如需詳細資訊，請參閱第 4 節。)	自付額：\$615 不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗。
D 部分藥物承保 (請參閱第 6 章瞭解詳細資訊，包括年度自付額、初始承保以及重大傷病承保階段。)	初始承保階段期間的共付額／共保額： - 藥物層級 1：\$0 - 藥物層級 2：10% - 藥物層級 3：25% 您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。 - 藥物層級 4：25% 您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。 - 藥物層級 5：25% 您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。 - 藥物層級 6：\$0 重大傷病承保： 在這個付款階段，針對 D 部分承保藥物，以及我們的加強型福利所承保的排除承保藥物，您不需要支付任何費用。

您的費用可能包括下列各項：

- 計劃保費 (第 4.1 節)
- Medicare B 部分月保費 (第 4.2 節)
- D 部分延遲投保罰款 (第 4.3 節)
- 依收入調整的每月金額 (第 4.4 節)
- Medicare Prescription Payment Plan 金額 (第 4.5 節)

第 1 章：開始成為會員**第 4.1 節 計劃保費**

您無需為 福全健保全加計劃 單獨繳納每月計劃保費。

如果您已從其中一項此種計劃獲得協助，則本承保範圍說明書中關於保費的資訊 可以不適用於您。我們 另外寄給您一份文件，標題為：取得處方藥付款額外補助之會員的承保範圍說明書附約（也稱為「低收入補貼附約」或「LIS 附約」），其中說明您藥物承保的資訊。如果您沒有此插頁，請致電 會員服務 索取「LIS 附加條款」，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

第 4.2 節 聯邦醫療保險 B 部分每月保費

有許多會員都必須支付其他聯邦醫療保險保費

，您必須繼續支付您的聯邦醫療保險保費才能繼續成為本計劃會員。這包括您的 B 部分保費。如果您不符合 A 部分保費免費資格，您也可能支付 A 部分的保費。

第 4.3 節 D 部分延遲投保罰款

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

在您初次投保 福全健保全加計劃 時，我們會告知您罰款金額。如果您不支付 D 部分延遲投保罰款，您可能會失去處方藥品福利。

如果符合下列條件，您不必支付 D 部分延遲投保罰款：

- 您由聯邦醫療保險的額外補助協助支付處方藥費用。
- 您沒有可替代承保的天數持續不到 63 天。
- 您已透過其他方式獲得可替代藥物承保（例如前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人健康管理局 (VA)）。您的保險公司或人力資源部門將會告訴您，您每年的藥物承保是否為可替代承保。您可能會在該計劃的信函或電子報中獲得此資訊。如果您稍後加入聯邦醫療保險藥物計劃，您可能會需要此資訊，請妥善保管。
 - 注意：任何信函或通知皆必須指出，您擁有預期支付費用等同於聯邦醫療保險標準藥物計劃的可替代處方藥物承保。
 - 注意：處方藥優惠卡、免費診所，以及藥物折扣網站並非可替代處方藥物承保。

D 部分延遲投保罰款金額由聯邦醫療保險訂定。以下為計算方式：

- 如果您在初次符合 D 部分投保資格後，沒有 D 部分或其他可替代處方藥物承保的天數超過 63 天或以上，本計劃將計算您沒有承保的完整月份數。您沒有可替代承保的每一個月份，都會計算 1% 的罰款。例如，假設您有 14 個月未投保，則您的罰款百分比將為 14%。
- 聯邦醫療保險計算罰款的根據是聯邦醫療保險藥物計劃去年在國內的平均每月計劃保費（國家基準受益人保費）。以 2026 年而言，此平均保費金額為 \$32.74。

第 1 章：開始成為會員

- 將罰款百分比乘上國家基準受益人保費，然後四捨五入至小數點第一位，便能算出您的每月罰款。此處範例的罰款為 14% 乘以 \$32.74，等於 \$4.58。四捨五入後是 \$4.60。這個數字會加到每月計劃保費當中，作為 D 部分延遲投保罰款。

此每月 D 部分延遲投保罰款的三項須知：

- **罰款可能每年變更**，因為國家基準受益人保費可能每年變更。
- 只要您投保附有聯邦醫療保險 D 部分藥物福利的計劃，**就必須每月持續支付罰款**，即使您變更計劃亦然。
- 如果您未滿 65 歲並且投保聯邦醫療保險，則該 D 部分延遲投保罰款將在您年滿 65 歲時重新計算。在您年滿 65 歲以後，D 部分延遲投保罰款將僅根據您在聯邦醫療保險最初投保期的無承保月份。

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

第 4.4 節 依收入調整的每月金額

有些會員可能需要支付額外費用，稱為 D 部分依收入調整的每月金額 (IRMAA)。該額外費用是使用您 2 年前的 IRS 納稅申報表上申報的修正調整後總收入 (modified adjusted gross income) 計算。如果此金額超過一定的額度，您將支付標準保費金額和額外的 IRMAA。有關根據您的收入您可能必須支付之額外金額的更多資訊，請造訪 <https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs>。

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

如果您對支付額外 IRMAA 有異議，可向社會安全局申請審核該決定。如欲瞭解如何提出該請求，請致電社會安全局：1-800-772-1213（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-800-325-0778）。

第 4.5 節 聯邦醫療保險處方藥付款計劃金額

如果參與聯邦醫療保險處方藥付款計劃，您每月需支付本計劃保費（如果有計劃保費），而且會收到健保或藥物計劃的處方藥帳單（而非向藥房付款）。每月帳單金額是根據您處方藥的欠款，加上前一個月的餘額，再除以這一年剩餘的月份數。

第 2 章第 7 節將詳細介紹聯邦醫療保險處方藥付款計劃。如果您不同意作為本付款選項部分的帳單金額，可以遵循第 9 章中的步驟提出投訴或上訴。

第 5 節 關於每月計劃保費的詳細資訊

第 5.1 節 如何支付您的 D 部分延遲投保罰款

有兩種支付罰款的方式。

選項 1：以支票付款

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

支票應以 **Clever Care of Golden State** 為抬頭，並郵寄至：

福全健保 (Clever Care Health Plan)
Attn: Accounting Department
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

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

選項 2：從您的每月社會安全支票中扣除 D 部分延遲投保罰款。

變更您支付 D 部分延遲投保罰款的方式。 如果您決定變更支付 D 部分延遲投保罰款的方式，新的支付方式最多需要 3 個月的時間方能生效。在我們為您處理新付款方式時，您仍需要負責確保您的 D 部分延遲投保罰款準時支付。如欲變更付款方式，請致電會員服務部。

如果您在支付 D 部分延遲投保罰款 遇到困難

您的 D 部分延遲投保罰款 在我方辦事處的期限為 承保月份結束。如果我們沒有在 承保月份結束，我們會寄給您通知，告知您如果我們沒有在 內收到您的 D 部分延遲投保罰款付款，我們的計劃會員資格將終止。在該月的最後一天之前。如果您積欠 D 部分延遲投保罰款，則必須支付罰款才能保有您的藥物承保。

如果您因故無法按時支付 D 部分延遲投保罰款，請聯絡 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），瞭解我們能否將您轉介至可協助您支付費用的方案。

如果我們因您未支付 D 部分延遲投保罰款 而終止您的會員資格，您將享有 **Original Medicare** 的醫療保險。如果您在開放投保期內投保新計劃，則您可能需要等到次年才能獲得 D 部分藥物承保。（如果您沒有可替代藥物承保的時間超過 63 天，只要您還享有 D 部分承保，您就可能需要支付 D 部分延遲投保罰款）。

如果您將來想再次投保本計劃（或我們提供的其他計劃），您需要在投保前支付您所積欠的款項。

如果您認為我們非合理地終止您的會員資格，您可以提出申訴（也稱為訴願）。如果您由於不可控的緊急情況，無法在我們的寬限期內支付您所積欠的 D 部分延遲投保罰款，您可以提出申訴。針對申訴，我們會再次審查我們的決定。請參閱第 9 章瞭解如何提出投訴，或致電 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）聯絡我們，服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週

第 1 章：開始成為會員

五，上午 8 時至晚上 8 時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711。您必須在您的會員資格結束日期後的 60 個日曆日內提出申訴。

第 5.2 節 年度以內我們的每月計劃保費不會變更

我們不得在年度以內變更本計劃的每月計劃保費金額。如果隔年的每月計劃保費有所變更，則我們會在 9 月通知您，且該新保費將於來年 1 月 1 日生效。

然而，在某些狀況下，您可能可以停止支付延遲投保罰款（如您有欠款），或者您可能必須開始支付延遲投保罰款。如果您符合額外補助的資格，或在年度以內失去額外補助的資格，便可能發生這個情況。

- 如果您目前正在支付 D 部分延遲罰款，並且在年度以內獲得額外補助的資格，則您可能可以停止支付罰款。
- 如果您失去額外補助，則若您連續 63 天以上沒有 D 部分或其他可替代處方藥物承保，則您必須支付 D 部分延遲投保罰款。

如需詳細瞭解額外補助計劃，請參閱第 2 章第 7 節。

第 6 節 隨時更新本計劃的會員記錄

您的 會員記錄 包含您在投保申請書上填寫的資訊，例如您的地址與電話號碼。其顯示您的特定計劃承保 包括您的主治醫生。

本計劃網路內的醫生、醫院、藥劑師及其他服務提供者會使用您的 會員記錄 瞭解哪些服務與藥物獲得承保，以及您的分攤費用金額。因此，協助我們持續更新您的資訊非常重要。

如果您有任何這些變更，請告訴我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更
- 任何您所擁有的健康承保異動（例如來自您的雇主、您配偶或同居人的雇主、勞工賠償，或 Medicaid）
- 任何賠償請求，例如來自汽車事故的請求
- 如果您於護理之家住院
- 如果您獲得服務區外或網路外醫院或急診室的照護
- 如果您的指定負責方（例如照護者）有所變動
- 如果您參與一項臨床研究試驗（**請注意：**關於您打算參加臨床研究試驗一事，不一定需要告知本計劃，但我們鼓勵您這麼做）。

如果此資訊有任何變更，請致電 會員服務 告知我們，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

如果您搬家或變更通訊地址，請務必聯絡社會安全局 (Social Security)。致電社會安全局，電話號碼是 1-800-772-1213（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-800-325-0778）。

第 1 章：開始成為會員**第 7 節 其他保險如何與本計劃配合**

聯邦醫療保險要求我們收集有關您擁有之任何其他醫療或藥物承保的資訊，以便我們能夠協調任何其他承保與您在本計劃下的福利。這稱為**福利協調**。

我們將每年寄一封信函給您，列出任何其他我們所知的醫療或藥物承保。請詳閱這些資訊。如果該資訊正確，則您無須採取任何行動。如果該資訊不正確，或如果您有其他未列出的承保，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。您可能必須向您的其他保險公司提供本計劃會員 ID 編號（您確認他們的身份後），以便您的帳單準時正確付款。

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

以下規則適用於雇主或工會團體健保計劃承保：

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

以下類型的承保通常優先理賠與各個類型相關的服務：

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

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

第 2 章

重要電話號碼與資源

第 1 節 福全健保全加計劃 聯絡人

如需理賠、帳單或會員卡問題的協助，請致電或寫信至 福全健保全加計劃 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。我們會很高興協助您。

會員服務部 — 聯絡資訊

請致電	(833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語） 以上號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五 會員服務 ((833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）)（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）也為非英語使用者提供免費的口譯服務。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 以上號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五
傳真	1-657-276-4720
郵寄	福全健保 (Clever Care Health Plan) 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 customerservice@ccmapd.com
網站	zh.clevercarehealthplan.com

如何要求針對您的醫療照護做出承保決定或上訴

承保決定指我們對您的福利和承保範圍，或我們將為您的醫療服務或 D 部分藥物所支付的金額，所作出的決定。上訴為要求我們審核和變更承保決定的正式方式。如需更多有關

第 2 章 重要電話號碼與資源

如何要求針對您的醫療照護或 D 部分藥物做出承保決定或上訴的資訊，請參閱第 9 章以取得更多資訊。

醫療照護承保決定與上訴 — 聯絡資訊

致電	(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 以上號碼 免費。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五 會員服務 ((833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語)) (聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711) 也為非英文使用者提供免費的口譯服務。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 以上號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五
傳真	1-657-276-4715
郵寄	福全健保 (Clever Care Health Plan) Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 customerservice@ccmapd.com
網站	zh.clevercarehealthplan.com

D 部分藥物承保決定與上訴 — 聯絡資訊

致電	1-866-693-4620 以上號碼 免費。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免付費電話且將進行通話錄音。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五

第 2 章 重要電話號碼與資源**D 部分藥物承保決定與上訴 — 聯絡資訊**

傳真	1-800-378-0323
郵寄	CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072
網站	caremark.com

如何針對您的醫療照護提出投訴

您可針對我方或我們的網路醫療機構或藥房提出申訴，包括申訴您所獲得的護理品質。此類申訴不包含承保範圍或費用爭議。如需更多有關如何針對您的醫療照護提出申訴的資訊，請參閱第 9 章。

醫療照護申訴 — 聯絡資訊

請致電	(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 以上號碼 免費。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 以上號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五
傳真	1-657-276-4715
郵寄	福全健保 (Clever Care Health Plan) Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
聯邦醫療保險 (Medicare) 網站	若要直接向聯邦醫療保險 (Medicare) 提出福全健保全加計劃申訴，請前往 https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint 。

如何要求我們為您獲得的醫療照護或藥物支付我們應分攤的費用

如果您收到帳單或已支付您認為應該由我們支付的服務（例如醫療機構帳單），您可能必須要求我們為您報銷，或支付醫療機構帳單。如需詳細資訊，請參閱第 7 章。

第 2 章 重要電話號碼與資源

如果您向我方提出的支付請求有任何部分遭拒，則您可針對我們的決定提出上訴。如需詳細資訊，請參閱第 9 章。

付款申請 — 聯絡資訊

請致電	1-866-693-4620 10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五 以上號碼 免費。		
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 以上號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五		
傳真	醫療：1-657-276-4715 藥房：1-800-378-0323		
郵寄	<table border="0"> <tr> <td> 醫療： 福全健保 (Clever Care Health Plan) Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 </td> <td> 藥房： CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072 </td> </tr> </table>	醫療： 福全健保 (Clever Care Health Plan) Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647	藥房： CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072
醫療： 福全健保 (Clever Care Health Plan) Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647	藥房： CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072		
網站	zh.clevercarehealthplan.com		

第 2 節 向聯邦醫療保險尋求協助

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

聯邦醫療保險的聯邦主管機關是聯邦醫療保險與 Medicaid 服務中心 (CMS)。這個機構與聯邦醫療保險優勢組織（包括本計劃）簽署合約。

聯邦醫療保險 — 聯絡資訊

致電	1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227 以上號碼為免付費電話。 全年無休服務。
-----------	--

第 2 章 重要電話號碼與資源**聯邦醫療保險 - 聯絡資訊**

聽障專線 (TTY)	1-877-486-2048 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 以上號碼為免付費電話。
即時聊天	在 https://www.Medicare.gov/talk-to-someone 即時聊天。
郵寄	寫信至聯邦醫療保險，地址是 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	www.medicare.gov • 取得您所在地區聯邦醫療保險健康和藥物計劃的相關資訊，包括其費用及所提供的服務。 • 尋找聯邦醫療保險簽約醫生或其他醫療保健機構和供應商。 • 瞭解聯邦醫療保險承保的項目，包括預防服務（例如篩檢、注射或疫苗，以及年度「健康」門診）。 • 取得聯邦醫療保險上訴資訊與表格。 • 取得由計劃、護理之家、醫院、醫師、居家健康機構、透析設施、安寧照護中心、住院復健設施和長期照護醫院所提供的照護品質資訊。 • 查詢有用的網站和電話號碼。 您也可以造訪 Medicare.gov 向聯邦醫療保險提出您對 福全健保全加計劃 的任何申訴。 如要向聯邦醫療保險提出申訴，請前往 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。聯邦醫療保險會審慎處理您的申訴，並運用此資訊協助改善聯邦醫療保險計劃的品質。

第 3 節 州健康保險援助計劃 (SHIP)

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，由每個州受過訓練的顧問免費為您提供協助、資訊和聯邦醫療保險問題解答。在 California，SHIP 稱為 健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)。

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

HICAP 顧問可協助您瞭解您的聯邦醫療保險權利、協助您提出有關醫療照護或治療的投訴，以及解決與聯邦醫療保險帳單有關的問題。健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) 顧問也可協助您解決聯邦醫療保險的疑問或問題、協助您瞭解您的聯邦醫療保險計劃選擇，以及回答有關轉換計劃的問題。

第 2 章 重要電話號碼與資源**健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) 聯絡資訊**

致電	1-800-434-0022
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。
郵寄	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	aging.ca.gov/hicap/

第 4 節 品質促進組織 (QIO)

指定品質促進組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 為各州有聯邦醫療保險的人士提供服務。California 的品質促進組織稱為 Livanta。

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

如有任何下列情況，請聯絡 Livanta：

- 您欲針對獲得的照護品質提出申訴。照護品質疑慮的範例包括獲得錯誤的藥物、不必要的檢測或程序，或誤診。
- 您認為您的住院承保結束過早。
- 您認為您的居家式醫療保健、專業護理之家照護，或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務承保結束過早。

Livanta (California 品質促進組織)

請致電	1-877-588-1123 週一至週五，上午 8 時至下午 5 時；週六及週日，上午 11 時至下午 3 時；假日，上午 7 時至下午 3:30。
聽障專線 (TTY)	1-855-887-6668 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。

第 2 章 重要電話號碼與資源**Livanta (California 品質促進組織)****郵寄**

Livanta
BFCC-QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701

網站

livantaqio.com

第 5 節 社會安全局

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

如果您搬家或變更通訊地址，請聯絡告知社會安全局告知。

社會安全局 — 聯絡資訊**致電**

1-800-772-1213

以上號碼為免付費電話。

服務時間為週一至週五上午 8 時至晚上 7 時。

您一天 24 小時皆可以使用社會安全局的自動語音專線服務取得預錄的資訊或處理某些業務。

聽障專線 (TTY)

1-800-325-0778

本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。

以上號碼為免付費電話。

服務時間為週一至週五上午 8 時至晚上 7 時。

網站

www.ssa.gov

第 6 節 Medicaid

Medicaid 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，對某些收入及資源有限之人提供醫療費用援助。部分投保聯邦醫療保險的人亦符合資格申請 Medicaid。Medicaid 提供的計劃可幫助擁有聯邦醫療保險的人士支付其聯邦醫療保險費用，例如其聯邦醫療保險保費。這些聯邦醫療保險儲蓄計劃包括：

第 2 章 重要電話號碼與資源

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

如需瞭解有關 Medicaid 和聯邦醫療保險儲蓄計劃的詳細資訊，請聯絡 聯邦醫療補助 (Medi-Cal)。

聯邦醫療補助 (Medi-Cal) – 聯絡資訊

請致電	1-800-541-5555 服務時間為週一至週五，上午 8 時至下午 5 時；不包括州定假日。
聽障專線 (TTY)	本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。
郵寄	California Department of Health Care Services Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
網站	dhcs.ca.gov

第 7 節 協助大眾支付處方藥費用的計劃

Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。以下計劃可以幫助收入有限的人士。

聯邦醫療保險 (Medicare) 的額外補助

聯邦醫療保險和社會安全局有一項稱為額外補助的計劃，該計劃可協助收入和資源有限的人士支付藥物費用。如果您符合資格，則您可在支付您的聯邦醫療保險藥物計劃的每月計劃保費、每年自付額，以及共付額時獲得援助。此額外補助也計入您的自付費用。

如果您自動符合額外補助的資格，聯邦醫療保險會郵寄一封紫色的信函通知您。如果您未自動符合資格，您可以隨時申請。如需確認您是否符合額外補助的資格，請：

- 造訪 <https://secure.ssa.gov/i1020/start> 線上申請
- 致電社會安全局，電話號碼是 1-800-772-1213。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-800-325-0778。

當您申請額外補助時，您也可以開始聯邦醫療保險儲蓄計劃 (MSP) 的申請程序。這些州政府計劃提供其他聯邦醫療保險費用的協助。社會安全局會將資訊傳送給您所在的州以啟動 MSP 申請，除非您在額外補助申請上告訴他們不要。

第 2 章 重要電話號碼與資源

如果您符合額外補助的資格，而且您認為您在藥房支付了不正確的處方藥金額，本計劃有一套流程協助您取得正確共付額金額的證據。如果您已有正確金額的證據，我們可以協助您與我們分享此證據。

- 如果您想要求協助取得最佳可用證據，或想提供證據，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。
- 當我們收到顯示正確共付額等級的證據時，我們將更新我們的系統，以便您在下次領取處方藥時支付正確金額。如果您超額支付您的共付額，我們將以支票或未來的共付額折讓退款給您。如果藥房未收取您的共付額，而您積欠他們款項，則我們可能直接向藥房付款。如果州政府代表您付款，則我們會直接付款給州政府。如果您有疑問，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

如果您享有州政府藥物援助計劃 (SPAP) 的額外補助和承保，該怎麼辦？

許多州提供支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用的協助。如果您投保了州政府藥物援助計劃 (SPAP)，聯邦醫療保險的額外補助會先支付。

如果您擁有額外補助與愛滋病藥物援助計劃 (ADAP) 會有什麼影響嗎？

愛滋病藥物援助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 旨在確保符合資格的 HIV／愛滋病患者可獲得能拯救其性命的 HIV 治療藥物。也列於 ADAP 處方集的聯邦醫療保險 D 部分藥物可透過 愛滋病藥物援助計劃 (ADAP) 取得處方藥分攤費用協助

注意：大眾必須符合特定標準，方具備參加所在州 ADAP 的資格。這些標準包括州居住證明和 HIV 狀態、低收入戶（由州政府定義），以及無保險/保險不足的狀態。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 投保工作人員，以便您可以繼續獲得協助。如需資格標準、承保藥物，或如何投保此計劃的資訊，請致電 加州的 ADAP 計劃，電話：1-844-421-7050。

州政府藥物援助計劃

許多州都有州政府藥物援助計劃，根據財務需求、年齡、醫療狀況或殘疾協助民眾支付處方藥費用。每個州對為其會員提供藥物承保都有不同的規則。

- 在 California，州政府藥物援助計劃是 愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)。

請致電	1-844-421-7050
郵寄	California Department of Public Health, Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
網站	https://adap.directory/california

Medicare Prescription Payment Plan

聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥付款計劃是與您目前的藥物承保搭配使用的付款選項，此計劃會將我們計劃承保藥物的費用分攤到整個日曆年（1 月至 12 月），協助您管理這些

第 2 章 重要電話號碼與資源

藥物的自付費用。任何人只要擁有聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃，或包含藥物承保的聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃（例如包含藥物承保的聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃），皆可使用此付款選項。此付款選項可協助您管理開支，但無法為您省錢或降低藥物費用。如果您已經參加聯邦醫療保險處方藥付款計劃，且繼續投保保留相同的 D 部分計劃，將會自動為您續約至 2026。若要瞭解有關此付款選項的更多資訊，請致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），或造訪 www.Medicare.gov。

聯邦醫療保險處方藥付款計劃 - 聯絡資訊

請致電	(833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語） 以上號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五 會員服務 ((833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語））（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）也為非英文使用者提供免費的口譯服務。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 以上號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五
傳真	1-657-276-4720
郵寄	福全健保 (Clever Care Health Plan) 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
網站	zh.clevercarehealthplan.com

第 8 節 鐵路退休委員會 (RRB)

鐵路職工退休管理局是一個獨立的聯邦機構，為全國的鐵路從業者及其家屬管理各種福利計劃。如果您是透過鐵路職工退休管理局獲得聯邦醫療保險，則如果您搬家或通訊地址變更，請告知他們。如果對於自己的鐵路職工退休管理局福利有問題，請聯絡該機構。

第 2 章 重要電話號碼與資源**鐵路職工退休管理局 (RRB) – 聯絡資訊**

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

第 9 節 如果您有團體保險或其他雇主提供的健康保險

如果您、您的配偶或同居人，享有您、您配偶或同居人之雇主或退休團體所提供的本計劃福利，則您如有任何疑問，請致電雇主／工會管理員或會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。您可以諮詢的內容包括您、您配偶或同居人的雇主或退休人員健康福利、保費或投保期間。您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向其詢問您在此計劃下的聯邦醫療保險承保相關事項。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。

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

第 3 章

將本計劃用於您的醫療服務

第 1 節 如何以本計劃會員的身分接受醫療照護

本章說明關於使用本計劃取得承保醫療照護的須知事項。有關本計劃承保哪些醫療照護，以及您在接受照護時需支付多少費用的詳細資訊，請參閱第 4 章的醫療福利表。

第 1.1 節 網路醫療機構及承保服務

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

第 1.2 節 您的醫療照護受本計劃承保的基本規則

作為聯邦醫療保險健保計劃，福全健保全加計劃 必須承保所有 Original Medicare 的承保服務，並且遵守 Original Medicare 的承保規則。

只要符合以下條件，福全健保全加計劃 通常將承保您的醫療照護：

- 您獲得的照護列於我們計劃第 4 章的醫療福利表中。
- 您獲得的照護經認定為醫療上有必要。醫療上有必要係指為預防、診斷或治療您的醫療狀況所需，且符合獲認可之醫療實務標準的服務、用品、設備或藥物。
- 您擁有網路家庭醫生 (PCP) 負責提供並監督您的照護。身為本計劃會員，您必須選擇網路家庭醫生（詳細資訊請參閱第 2.1 節）。
 - 在大多數情況下，您的網路家庭醫生 您在使用本計劃網路中其他醫療機構（例如專科醫生、醫院、專業護理之家，或居家式醫療保健機構）之前，必須事先獲得核准（轉診）。如需詳細資訊，請參閱第 2.3 節。
 - 您不需要為急救照護或緊急需求服務取得您的家庭醫生的轉診。如需瞭解不需要事先經過家庭醫生核准您即可獲得的其他照護類型，請參閱第 2.2 節。
- 您必須從網路醫療機構獲得照護（請參閱第 2 節）。在大多數的狀況下，您由網路外醫療機構（未參與本計劃的網路醫療機構）獲得的照護不會獲得承保。這表示您必須全額支付醫療機構您獲得的服務。以下 3 種狀況為例外：

第 3 章 將本計劃用於您的醫療服務

- 本計劃承保您由網路外醫療機構獲得的急救照護或緊急需求服務。如需詳細資訊，及急救或緊急需求服務之涵義，請參閱本章第 3 節。
- 如果您需要接受的醫療照護係聯邦醫療保險要求本計劃承保之項目，但本計劃的網路內並無可提供該照護的專科醫生，則您可接受由網路外醫療機構提供的照護，且與一般網路內的分攤費用相同。在此情況下，您所支付的費用與您由網路醫療機構獲得之服務的費用相同。關於取得核准以便向網路外醫生就診的資訊請參閱本章第 2.4 節。
- 本計劃會承保您在聯邦醫療保險認證的透析機構接受的腎臟透析服務，若您暫時不在本計劃的服務區域內，或為您提供這項服務的醫療機構暫時無法提供服務或無法前往。您為透析支付本計劃的分攤費用永遠不得高於 **Original Medicare** 的分攤費用。如果您在本計劃的服務區域外，並在本計劃網路外的醫療機構獲得透析，您的分攤費用不得高於您在網路內支付的分攤費用。然而，如果平常為您進行透析的網路內醫療機構暫時無法提供服務，且您選擇在我們的服務區域內獲得由本計劃網路外醫療機構提供的服務，則您的透析分攤費用可能較高。

第 2 節 使用本計劃網路的醫療機構取得醫療照護

第 2.1 節 您必須 選擇主治醫生 (PCP) 為您提供並監督醫療照護

何謂家庭醫生？他們可以為您做什麼？

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

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

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

協調您的服務包括針對您的照護內容與進展，向其他的計劃醫療機構確認或諮詢。如果您需要特定類型的承保服務或物品，則您必須事先取得家庭醫生的書面核准，例如提供轉診單讓您可向專科醫生求醫。在某些狀況下，您的家庭醫生、專科醫生，或其他您正由其治療的醫療機構，將需要為特定類型的承保服務及物品取得我們的預先授權（預先核准）。需要事先授權的服務及物品清單請參閱本手冊第 4 章。

如何選擇家庭醫生？

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

第 3 章 將本計劃用於您的醫療服務

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

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

如何更換您的家庭醫生

您可以隨時因任何理由變更您的家庭醫生。您的家庭醫生也有可能退出本計劃的醫療機構網路，使您必須選擇新的家庭醫生。

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

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

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

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

第 2.2 節 您不需要透過主治醫生轉診即可獲得的醫療照護

您可以接受下列的服務而無需事先經過主治醫生核准。

- 由網路醫療機構提供的例行性女性衛生保健，包括乳房檢查、乳房攝影篩檢（乳房 X 光攝影）、子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 只要是由網路醫療機構提供
- 流感疫苗（或疫苗）、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗及肺炎疫苗 只要是由網路醫療機構提供
- 急救服務，不論來自網路或網路外醫療機構
- 如果您暫時不在本計劃服務區域內，或者由於您的時間、地點和情況從網路醫療機構處取得此服務並不合理，則需要立即就醫（而非急救）的服務即為緊急需求計劃承保服務。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症意外發作。醫療必需的例行性醫療機構就診（例如年度檢查），即使您在計劃服務區域外或計劃網路暫時無法使用，也不會被視為緊急需求。
- 您接受經聯邦醫療保險認證的透析機構提供的腎臟透析服務，如果您暫時不在本計劃的服務區域內。如有可能，請在離開服務區域前請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），讓我們可以協助為您安排在異地持續接受透析服務。

第 3 章 將本計劃用於您的醫療服務**第 2.3 節 如何取得專科醫生及其他網路醫療機構的照護**

專科醫生是指對特定疾病或身體部位提供醫療保健服務的醫生。有很多種專科醫生。例如：

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

如果您的病況需要專科醫生的專業知識，或者需要住院於我們網路內的醫院，您的家庭醫生將填寫轉診所需的必要文件。您的醫療團體會將轉診的最終決定郵寄給您和您的家庭醫生。該信函將載明專科醫生以及如何安排您的預約。

有關哪些服務需要預先授權的資訊，請參閱第 4 章第 2 節。

當專科醫生或其他網路醫療機構退出本計劃

我們可能會在年度中變更本計劃中的醫院、醫生和專科醫生（醫療機構）。如果您的醫生或專科醫生退出本計劃，您擁有的下列權利和保障：

- 儘管我們的醫療機構網路在當年度可能會變更，但聯邦醫療保險要求讓您持續獲得合格醫生和專科醫生的服務。
- 如果您的醫療機構退出計劃，我們會通知您，以便您有時間選擇新的醫療機構。
 - 如果您的主治醫生或行為健康醫療機構從本計劃退保，且您在過去 3 年內曾前往該處就診，我們將通知您。
 - 如果您的任何其他醫療機構從本計劃退保，若您被指派到該醫療機構、目前正在獲得該醫療機構提供的照護，或在過去三個月內曾前往該處就診，我們將通知您。
- 我們將幫助您選擇一位新的合格網路醫療機構，以繼續接受照護。
- 如果您正在接受目前醫療機構的醫療或療法，您有權要求繼續接受醫療上有必要的治療或療法。我們將與您合作，以便您可以繼續獲得照護。
- 關於可利用的投保期以及您在變更計劃上可能會有的選擇，我們將為您提供相關資訊。
- 當網路醫療機構或福利無法或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在本計劃的醫療機構網路之外安排任何醫療上必要的承保福利，分攤費用與網路醫療機構相同。
- 如果我們的網路沒有符合計劃承保服務資格的專科醫生，我們必須按網路內分攤費用承保該項服務。您的家庭醫生應就欲由本計劃承保的服務提交適當的預先授權。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生要退出本計劃，請聯絡我們，以便我們協助您選擇新的醫療機構管理您的照護。
- 如果您認為我們沒有為您提供合格的醫療機構來代替您先前的醫療機構，或者您的照護未得到適當管理，您有權向品質改善組織 (QIO) 或／及本計劃提出醫療品質的申訴。請參閱第 9 章。

第 3 章 將本計劃用於您的醫療服務

第 2.4 節 如何取得由網路外醫療機構提供的照護

如欲接受網路外提供者的服務，您的醫生必須先向本計劃提出授權請求，為該服務徵求書面的預先授權。

注意：會員有權在無預先授權的情況下接受網路外醫療機構的急救服務或緊急需求服務。末期腎臟疾病會員如果因離開本計劃服務區域而無法使用簽約的末期腎臟疾病醫療機構，則本計劃承保其透析服務。

第 3 節 如何在有緊急狀況、災難或緊急照護需求時取得服務

第 3.1 節 在您有醫療緊急狀況時取得照護

何謂醫療緊急狀況？如果您遭遇此種狀況，該怎麼做？

醫療緊急狀況係指當您或具備健康與醫療一般知識的任何其他謹慎的非醫療專業人士，認為您具有的醫學症狀需要立即就醫，以防發生危及性命（如果您是孕婦，則為以防發生流產）、截肢或喪失肢體功能，以及對身體功能有嚴重損害之情況。醫學症狀可能是疾病、傷勢、嚴重疼痛或會迅速惡化的醫療狀況。

如果您遭遇醫療緊急狀況：

- **請盡快尋求協助。** 請致電 911 求援，或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不需要先經過主治醫生的核准或轉診。您無需使用網路內醫生。只要是在美國境內或屬地內，均可隨時向任何持有適當州執照的醫療機構取得承保的急救醫療照護，即使這些醫療機構並不屬於我們網路。
- **請盡快確保您的緊急狀況已告知本計劃。** 我們需要追蹤您的急救照護。您或任何他人應聯絡我們，告知您所接受的急救照護。這通常需於 48 小時內完成。請致電 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五。

您遭遇醫療緊急狀況時的承保項目

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

提供您急救照護的醫生將會判定您的情況何時穩定，以及該醫療緊急狀況何時結束。

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

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

如果那不是醫療緊急狀況，會發生什麼事？

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

第 3 章 將本計劃用於您的醫療服務

然而，在醫生表示並非醫療緊急狀況的案例中，對於額外照護，我們只為下列 2 種情況提供承保：

- 您的額外照護是由網路醫療機構提供，或
- 您的額外照護經認定為緊急需求服務，並且您確實遵循接受緊急護理的下列規則。

第 3.2 節 在您有緊急服務需求時取得照護

何謂緊急需求服務？

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

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

如果您需要緊急護理，請先聯絡您的家庭醫生或醫療團隊。如果兩者都無法聯絡上，您可以致電 Teladoc（服務時間每天 24 小時），電話號碼是 1-800-TELADOC (835-2362)。

本計劃承保全球 在下列情況下在美國境外的 服務：定義為緊急、急救和穩定後照護。

第 3.3 節 在災害期間取得照護

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

請造訪 zh.clevercarehealthplan.com 以取得如何在災難期間獲得所需照護的資訊。

如果您於災害期間無法運用網路醫療機構，則本計劃將允許您以網路內的分攤費用，獲得網路外醫療機構的照護。如果您於災害期間無法使用網路藥房，則您得於網路外藥房領取您的處方藥。請參閱第 5 章第 2.4 節。

第 4 節 如果您直接收到了承保服務的全額帳單，該怎麼做？

如果您為承保服務支付的金額超過本計劃的分攤費用，或者您收到承保醫療服務全額費用的帳單，您可以要求我們支付承保服務我們的分攤費用。請參閱第 7 章，瞭解有關該如何處理的資訊。

第 4.1 節 針對本計劃不予承保的服務，您必須支付全額費用

福全健保全加計劃 承保第 4 章醫療福利表所列之所有醫療上必要的服務。如果您獲得不在我們計劃承保範圍內的服務，或從網路外獲得未授權的服務，您有責任支付全額服務費用。

第 3 章 將本計劃用於您的醫療服務**第 5 節 臨床研究試驗中的醫療服務****第 5.1 節 何謂臨床研究試驗**

臨床研究試驗亦稱為**臨床試驗**，是醫生及科學家用於測試新的醫療照護類型的方法，例如某種癌症新藥的藥效。某些臨床研究已獲得聯邦醫療保險核准。聯邦醫療保險核准的臨床研究試驗通常會要求志願者參與試驗。如果您參與臨床研究試驗，您可以繼續投保本計劃，並繼續透過本計劃取得與試驗無關的其餘照護。

如果您參與經聯邦醫療保險核准的試驗，則 **Original Medicare** 會為您參與試驗期間獲得的承保服務負擔大部分費用。如果您告訴我們您正在參與一項合格的臨床試驗，您僅需負責該試驗服務的網路內分攤費用。如果您支付更多費用（例如您已經支付 **Original Medicare** 的分攤費用金額），我們便為您報銷您所支付的費用與網路內分攤費用之間的差額。您需要提供文件證明您支付了多少費用。

如果您想要參與經過聯邦醫療保險核准的臨床研究試驗，您不需要告知我們，也不需要我方或您的主治醫生同意。或您的家庭醫生同意。作為臨床研究的一部分，為您提供照護的醫療機構無需成為我們計劃網路的一部分（這不適用於需要臨床試驗或登記以評估福利的承保福利，包括要求承保與證據開發 (NCDs-CED) 和研究性裝置豁免 (IDE) 試驗的特定福利。這些福利也可能受預先授權和其他計劃規則約束。）

檢管您不需要本計劃的許可即可參與臨床研究試驗，但我們鼓勵您在選擇參與符合聯邦醫療保險資格的臨床試驗時提前通知我們。

如果您參加的試驗未獲得聯邦醫療保險 核准，您將負責支付您參與試驗的所有費用。

第 5.2 節 誰支付臨床研究試驗的服務費用

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

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

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

臨床試驗分攤費用範例：例如您在研究試驗中接受了要價 \$100 的醫學檢驗。您為該檢驗負擔的分攤費用在 **Original Medicare** 之下為 \$20，但是在本計劃下為 \$10。在此情況下 **Original Medicare** 會為檢驗支付 \$80，而您則需支付 **Original Medicare** 所要求的 \$20 共付額。您將通知您的計劃，說明您已獲得合格的臨床試驗服務並向本計劃繳交文件（例如醫療機構的帳單）。本計劃會直接支付您 \$10。因此您的淨付款額為 \$10，與您在本計劃福利下支付的金額相同。

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

第 3 章 將本計劃用於您的醫療服務

- Medicare 一般而言不負擔該試驗所測試的新型物品或服務，除非該物品或服務是聯邦醫療保險原本就在非試驗狀態下便會負擔的項目。
- 僅為蒐集資料而提供，並未直接用於醫療保健的項目或服務。例如，假設您的病症通常只需要一次 CT 掃描，則聯邦醫療保險將不理賠試驗中的任何每月 CT 掃描。
- 由研究贊助單位免費為試驗參加者提供的項目和服務。

取得更多關於參加臨床研究試驗的資訊

關於參與臨床研究試驗，如要瞭解更多資訊，請造訪 <https://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>，參閱「聯邦醫療保險及臨床研究試驗」(Medicare and Clinical Research Studies)。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障人士請致電 1-877-486-2048。

第 6 節 於宗教性非醫療醫療保健機構取得照護的規則

第 6.1 節 宗教性非醫療醫療保健機構

宗教性非醫療醫療保健機構是一種機構，針對通常在醫院或專業護理之家治療的病症提供照護。如果在醫院或專業護理之家接受照護違反會員的宗教信仰，則我們將轉而承保在宗教性非醫療醫療保健機構接受的照護。本福利僅限 A 部分住院服務（非醫療醫療保健服務）。

第 6.2 節 如何自宗教性非醫療醫療保健機構取得照護

如要從宗教性非醫療醫療保健機構取得照護，您必須簽署一份法律文件，說明您是有意識地反對接受 **non-excepted** 治療。

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

如欲獲得本計劃的承保，您接受自宗教性非醫療醫療保健機構的服務必須符合下列條件：

- 該設施提供的照護必須通過聯邦醫療保險驗證。
- 本計劃僅承保 *non-religious* 方面的照護。
- 如果您在任何設施接受此等機構的服務，則下列適用條件：
 - 您的健康狀況必須允許您獲得我們予以承保的住院治療照顧或專業護理之家照護。
 - - 且 - 您必須在入住該設施前先取得本計劃的核准，否則您的住留將不予承保。

可能會有 Medicare 住院治療的承保限制。有關 Medicare 住院治療承保限制的更多資訊，請參閱福利表第 4 章。

第 3 章 將本計劃用於您的醫療服務**第 7 節 耐用醫療設備的所有權規則****第 7.1 節 您在本計劃下支付特定金額後，不會擁有某些耐用醫療設備**

耐用醫療設備 (DME) 包含各種物品，例如氧氣設備與耗材、輪椅、助行器、動力床系統、拐杖、糖尿病用品、言語生成裝置、靜脈注射幫浦、噴霧器，以及由醫療機構為會員訂購且於住家中使用的醫院用床。會員必定擁有某些 DME 物品，例如義肢。您必須租用的其他類型 DME。

在 Original Medicare 當中，租用特定類型 DME 的人士會在為該物品支付完 13 個月的共付額後，獲得其所有權。身為 福全健保全加計劃 的會員，您 通常 無論您以本計劃會員的身分支付了多少共付額，皆不會獲得所租用之 DME 的所有權 即使您在加入本計劃前已經在 Original Medicare 之下連續支付了 12 期費用，您都不會獲得該物品的所有權。

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

如果您在本計劃下並未獲得 DME 物品的所有權，則您轉換至 Original Medicare 後，將必須再連續支付 13 期費用方能獲得其所有權。您在投保本計劃時支付的費用並不會計入這 13 期的費用中。

範例 1：您連續為 Original Medicare 中的器材支付 12 次或以下的費用，然後加入本計劃。您在 Original Medicare 下支付的費用不計入。

範例 2：您連續為 Original Medicare 中的器材支付 12 次或以下的費用，然後加入本計劃。您在參加本計劃時未獲得該物品的所有權。然後您再換回 Original Medicare。您再次加入 Original Medicare 後，您必須重新連續支付 13 期費用才能擁有該物品。任何您已支付的款項（無論是支付給本計劃或 Original Medicare）皆不計入。

第 7.2 節 氧氣設備、耗材與維護規定

如果您符合聯邦醫療保險氧氣設備承保資格，福全健保全加計劃 將承保：

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

如果您退出 福全健保全加計劃 或氧氣設備對您而言不再有醫療上的必要，則必須歸還該氧氣設備。

如果您退出本計劃並重新加入 Original Medicare，會發生什麼事？

Original Medicare 要求氧氣供應商為您提供 5 年的服務。在最初 36 個月期間，您租用設備。其餘 24 個月，由供應商提供設備和維護（您仍需負擔氧氣的共付額）。5 年後，您可以選擇繼續用同一家公司或換成另一家公司。此時 5 年的週期會重新開始，即使您仍繼續用同一家公司，您仍需在前 36 個月支付共付額。如果您加入或退出本計劃，5 年週期便會重新計算。

第 4 章

醫療福利表 (承保與自費項目)

第 1 節 瞭解您的承保服務自付費用

醫療福利表列出您身為 福全健保全加計劃 會員的承保服務，以及說明您為每一項承保服務支付的費用。本節也說明有關未承保之醫療服務的資訊 並說明特定服務的限制。

第 1.1 節 您可能需為承保服務支付的自付費用

您可能需為承保服務支付的自付費用類型包括：

- **自付額：**在本計劃開始支付其應分擔的費用前，您必須先為醫療服務支付的金額。（第 1.2 節為您提供關於特定類別服務自付額的更多資訊。）
- **共付額：**您每次接受特定醫療服務時支付的固定金額。您需於接受醫療服務時支付共付額。（醫療福利表會進一步說明共付額。）
- **共保額：**您需為特定醫療服務負擔的總額比例。您需於接受醫療服務時支付共保額。（醫療福利表會進一步說明共保額。）

大部分符合 Medicaid 或符合資格的聯邦醫療保險受益人 (QMB) 計劃資格之人，無需支付自付額、共付額或共保額。如果您參加其中一項此種計劃，請務必向您的醫療機構出示您的 Medicaid 或 QMB 資格證明。

第 1.2 節 對於特定類型服務，本計劃 有 自付額

本計劃的特定服務有自付額。在您支付自付額之前，您必須支付 住院治療和/或精神科住院 的全額費用。當您支付自付額金額後，我們將為這些服務支付我方的分攤費用，而您將支付您的分攤費用。醫療福利表列出服務類別自付額。

第 1.3 節 您為 承保醫療服務的最高限額為何？

聯邦健保優勢計劃對於 由本計劃承保的網路內醫療服務，您每年必須支付的自付費用總金額設有上限。此上限稱為醫療服務「年度自付額上限」(MOOP)。**2026 日曆年度的 MOOP 金額為 \$9,250。**

您為 的自付額、共付額和共保額 網路內承保服務支付的金額都會計入年度自付額上限。您為 D 部分藥物所支付的費用不計入您的年度自付額上限。如果您達到了 \$9,250 的年度自付額上限，則您將無須再為今年度的網路內 承保服務支付任何自付費用。然而，您必須繼續支付 聯邦醫療保險 B 部分保費（除非您的 B 部分保費是由 Medicaid 或其他第三方支付）。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

第 1.4 節 本計劃不允許醫療機構向您收取差額負擔

身為 福全健保全加計劃 的會員，您擁有重要的保護，因為 在您達到任何自付額後，當您接受本計劃承保的服務時，只須支付您的分攤費用金額。醫療機構不能向您收取額外的單獨費用，稱為**差額負擔**。即使我們支付醫療機構的費用少於醫療機構收取的服務費用，且即使我方因爭議而不支付特定的醫療機構費用，此保障仍適用。

以下是差額負擔保護的運作方式：

- 如果您的分攤費用是共付額（一筆固定金額，例如 \$15.00），您僅需為網路醫療機構的任何承保服務支付該金額。
- 如果您的分攤費用是共保額（總費用的百分比），永遠不需支付超過該百分比的金額。但是，您的費用須視您就診的醫療機構類型而定：
 - 如果您從網路醫療機構取得承保服務，您支付的金額是共保額的百分比乘以本計劃的報銷費率（醫療機構和本計劃的合約中所訂定之費率）。
 - 如果您從參與聯邦醫療保險的網路外醫療機構處獲得承保服務，您支付的金額是共保額百分比乘以聯邦醫療保險支付參與醫療機構的費率。（本計劃僅在特定情況下承保網路外醫療機構的服務，例如您獲得轉診、使用急救或緊急需求服務時。）
 - 如果您獲得承保服務的網路外醫療機構並未參與聯邦醫療保險，您支付的金額是共保額百分比乘以聯邦醫療保險支付給未參與醫療機構的費率。（本計劃僅在特定情況下承保網路外醫療機構的服務，例如您獲得轉診、使用急救或不在服務區域內的緊急需求服務。）
- 如果您認為醫療機構要求您支付差額，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

第 2 節 醫療福利表列出您的醫療福利和費用

下頁的醫療福利表列出 福全健保全加計劃 承保服務以及您為每項服務支付的自付費用（D 部分處方藥物承保在第 5 章）。醫療福利表所列的服務僅在符合下列條件時才會獲得承保：

- 您的聯邦醫療保險承保的服務必須依據聯邦醫療保險承保指南提供。
- 您的服務（包括醫療照護、服務、用品、設備及 B 部分藥物）必須有醫療上的必要性。醫療上的必要性係指為預防、診斷或治療您的醫療狀況所需，且符合獲認可之醫療實務標準的服務、用品或藥物。
- 對於新的投保人，您的 MA 協調照護計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，任何有效療程使用新的 MA 計劃可能不需要預先授權，即使此療程是從網路外醫療機構開始的服務。
- 您從網路內醫療機構處獲得護理。大多數情況下，您從網路外醫療機構處獲得的護理將不予承保，除非是急救或緊急護理，或是由本計劃或網路內醫療機構為您轉診。這表示您會向醫療機構全額支付您獲得的網路外服務。
- 您有一位主治醫生 (PCP) 負責提供並監督您的護理。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

- 醫療福利表中所列的部分服務 *僅*在您的醫生或其他網路內醫療機構向我們取得事前核准（有時稱為預先授權）時，方可獲得承保。需要事前核准的承保服務在醫療福利表中以粗體字標示。
- 如果您的協調護理計劃核准治療療程的預先授權申請，只要醫療上合理且必要，該核准必須有效，以避免根據適用的承保標準、您的病史和負責治療之醫療機構的建議中斷護理。
- 我們也可能因您錯過約診或未於服務期間支付您需支付的分攤費用，而向您收取行政管理費。如果您對此行政管理費有任何疑問，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

關於我們承保的其他重要事項：

- 如同所有聯邦醫療保險健保計劃，我們承保 Original Medicare 承保的一切項目。對於其中某些福利，您在本計劃中支付的費用比在 Original Medicare 中支付的金額 *高*。對於其他福利，您支付的費用 *較少*。（如要瞭解 Original Medicare 的承保內容及費用，請參閱您的 *Medicare & You 2026* 手冊。請至 www.medicare.gov 線上檢視或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。）
- 對於 Original Medicare 免費承保的預防性服務，我們也會免費為您承保。但是，如果您在接受預防性服務時，同樣接受現有醫療狀況的治療或監測，則會對就現有醫療狀況所接受的護理收取共付額。
- 如果聯邦醫療保險在 2026 年期間為任何服務新增承保，聯邦醫療保險或本計劃都會承保這些服務。
- 如果您在本計劃視為持續符合資格的 2 個月期間內，我們會繼續提供所有計劃承保的福利，而且在此期間您的分攤費用金額不會變更。

對於符合額外補助資格之人士的重要福利資訊：

- 如果您獲得額外補助以支付聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃的費用，則您可能也有資格獲得其他針對特定情況的補充福利及／或分攤費用減額。

對於患有慢性病的投保人的重要醫療福利資訊

- 如果您遭診斷出患有下列任一慢性病，並符合特定標準，則您可能符合慢性病患者的特殊補充福利的資格。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

表 -1:

- 慢性酒精使用疾患和其他物質使用疾患：
 - 酒精使用疾患
 - 鴉片類藥物使用疾患
 - 大麻使用疾患
 - 鎮靜、安眠或抗焦慮藥物使用疾患
 - 古柯鹼使用疾患
 - 其他興奮劑使用疾患
 - 尼古丁依賴
 - 吸入劑使用疾患
 - 其他影響精神物質使用疾患
- 自體免疫疾病：
 - 乾癬性關節炎
 - 類風濕性關節炎
 - 全身性紅斑狼瘡
 - 皮膚肌炎
 - 多發性肌炎
 - 結節性多發動脈炎
 - 風濕性多肌痛症
 - 硬皮症
- 癌症 (不包括癌前病況或原位癌)
- 心血管疾病：
 - 心律不整
 - 冠狀動脈疾病
 - 慢性靜脈血栓栓塞性疾病
 - 周邊血管疾病
- 慢性心臟衰竭
- 失智症
- 糖尿病
 - 第 1 型糖尿病
 - 第 2 型糖尿病
- 慢性胃腸道疾病：
 - B 型肝炎
 - C 型肝炎
 - 胰臟炎
 - 發炎性腸道疾病
 - 非酒精性脂肪肝疾病 (NAFLD)
- 慢性腎臟疾病 (CKD)：
 - 需要透析的 CKD / 末期腎臟病 (ESRD)
- 嚴重血液疾病：
 - 再生不良性貧血
 - 血友病
 - 免疫性血小板低下紫斑症
 - 骨髓增生不良症候群
 - 鎌狀細胞貧血症 (鎌狀細胞特性除外)
 - 慢性靜脈血栓栓塞性疾病
- HIV / 愛滋病
- 慢性肺部疾病：
 - 氣喘
 - 慢性支氣管炎
 - 肺氣腫
 - 慢性阻塞性肺病 (COPD)
- 慢性及殘疾性心理健康障礙：
 - 躁鬱症
 - 重度憂鬱症
 - 妄想症
 - 精神分裂症
 - 情感性精神分裂症
- 神經疾病：
 - 纖維肌痛
 - 慢性疲勞症候群
 - 脊髓損傷
 - 肌萎縮側索硬化症 (ALS)
 - 癲癇
 - 腦性麻痺
 - 廣泛的癱瘓 (即偏癱、四肢癱瘓、截癱、單癱)
 - 亨廷頓舞蹈症
 - 多發性硬化症
 - 帕金森氏症
 - 多發性神經病變
 - 脊椎狹窄
 - 中風相關神經缺陷
- 中風
- 器官移植後照護
- 免疫缺乏和免疫抑制疾病
- 認知障礙相關病症：
 - 阿茲海默症

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

- 根據您的醫生確定並確認的慢性病合格臨床標準，您符合慢性病患者的特殊補充福利 (SSBCI) 資格。某些情況下，您也必須參與本計劃的其中一項「個案管理計劃」，其具有明訂目標及結果指標。
- 如需詳細資訊，請前往以下醫療福利表中的「慢性病患者的特殊補充福利」一列。
- 如欲瞭解您符合哪些福利資格，請與我們聯絡。



這顆蘋果會在醫療福利表中顯示預防性服務。

醫療福利表

承保服務	您支付的內容包括
 腹主動脈瘤篩檢 為有風險的人提供一次超音波篩檢。唯有因為您具有特定的風險因子，並且由醫生、醫生助理、專科護理師或臨床護理專科醫生予以轉診時，本計劃才會承保此篩檢。	符合資格接受此預防性篩檢的會員，無共保額、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
慢性下背部疼痛的針灸 承保服務包括： 下列情況下，90 天內承保最多 12 次就診： 出於此項福利的目的，慢性下背部疼痛的定義為： • 持續 12 週或更長時間； • 非特異性，其無可確定之全身性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性及疾病等無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 會為情況改善的病人另行承保 8 次療程。每年不得施行超過 20 次針灸治療。 如果病人情況未改善或退步即必須中止治療。 醫療機構要求： 醫生（如《社會安全法案》（法案）第 1861(r)(1) 條規定者）可依循適用之州政府要求施行針灸。 醫生助理 (PA)、專科護理師 (NP)／臨床護理專科醫生 (CNS)（如法案第 1861(aa)(5) 條規定者）及輔助人員若符合所有適用之州政府要求且具有下列資格，則可施行針灸： • 具有針灸和東方醫學認證委員會 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 認證之學校授予的針灸或東方醫藥碩士或博士學位；以及 • 現行版、完整、有效且不受限制，可在美國各州、領土或邦（即波多黎各）或者哥倫比亞特區施行針灸的執照。 按 42 CFR §§ 410.26 及 410.27 法規要求，輔助人員必須在醫生、醫生助理或專科護理師/臨床護理專家的適當程度監督下施行針灸。	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保服務的共保額為 20%。 需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
針灸 (例行性) 本計劃承保無限次網路內的例行性 (非由聯邦醫療保險 (Medicare) 承保) 針灸服務，每年以年度計劃最高金額為限。	網路內 不需要預先授權或轉診。 每次就診共付額為 \$0，最多不超過計劃最高限額 \$2,000。 本計劃支付就診的福利補助金上限之後，您必須負擔任何超出的費用。 年度計劃上限不會結轉至下一個計劃年度。
救護車服務 無論是否為緊急狀況，承保的救護車服務皆包括定翼和旋翼的空中救護機以及陸路救護車服務，前往最接近且可提供護理的適當設施。提供這類服務的條件是該會員的身體病況不允許使用其他交通運輸，否則可能危及健康；抑或是獲得本計劃授權。 如果承保的救護車服務並非用於緊急狀況，則應有文件記錄證明該會員的身體病況不允許使用其他交通運輸，否則可能危及健康，而且是基於醫療之必要性使用救護車運輸。	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的每一趟陸路救護車行程 (單程) 的共保額為 20%。 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的每一趟空中救護機行程 (單程) 的共保額為 20%。 非緊急救護車運輸服務須獲得預先授權。
 年度健康檢查 如果您擁有 B 部分承保超過 12 個月，則可以獲得一次年度健康檢查，以便根據您目前的健康與風險因子，制訂或更新個人專屬的預防計劃。承保每 12 個月一次此健康檢查。 注意： 首次年度健康檢查不得在「歡迎參加聯邦醫療保險 (Medicare)」預防性看診後的 12 個月內進行。不過，如果您已具有 B 部分承保長達 12 個月，則不需要先進行「歡迎參加聯邦醫療保險 (Medicare)」看診，也可以獲得年度健康檢查承保。	年度健康檢查無共保額、共付額或自付額。
 骨質密度檢查 符合資格的人 (一般是指有發生骨質流失或骨質疏鬆症風險的人)，如果有醫療之必要，則每隔 24 個月或更頻繁的情況下會承保以下服務：確認骨質密度、檢查骨質流失情況或判斷骨質的程序，包括醫生對結果之解讀。	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的骨質密度檢查，無共保額、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
 乳癌篩檢 (乳房攝影) 承保服務包括： • 35 至 39 歲之間一次初次乳房攝影檢查 • 40 歲以上婦女每 12 個月一次乳房攝影篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查	聯邦醫療保險 (Medicare) 所承保的乳房攝影篩檢，無共保額、共付額或自付額。
心臟復健服務 心臟復健服務的綜合計劃包括練習、教育和諮詢，符合特定條件且經醫生開立醫囑的會員可獲承保。 本計劃也承保密集心臟復健計劃，其通常較心臟復健計劃更嚴格或強度更高。	網路內 每項聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的門診共保額為 20%。 需要預先授權與轉診。
 心血管疾病風險降低門診 (治療心血管疾病) 我們承保每年一次您與主治醫生為協助您降低罹患心血管疾病風險的門診。門診過程中，醫生可能會討論服用阿斯匹靈（如適當）、檢查血壓，並給您建議，確保您維持健康飲食。	密集行為治療心血管疾病預防福利無共保額、共付額或自付額。
 心血管疾病篩檢檢測 每 5 年（60 個月）一次檢測心血管疾病（或與心血管疾病罹病風險上升相關的異常現象）的血液測試。	承保每 5 年一次的心血管疾病檢測無共保額、共付額或自付額。
 子宮頸癌與陰道癌篩檢 承保服務包括： • 所有婦女適用：承保每 24 個月一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 • 若您是子宮頸或陰道癌的高風險群，或者是適孕年齡且過去 3 年內子宮頸抹片檢查結果異常：承保每 12 個月一次子宮頸抹片檢查	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的預防性子宮頸抹片和骨盆檢查不需支付共保額、共付額或自付額。
脊椎矯正服務 承保服務包括： • 我們僅承保為矯正脊椎關節脫位的手動矯正	網路內 每項聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的門診共保額為 20%。 需要預先授權與轉診。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
慢性疼痛管理和治療服務 為慢性疼痛（持續或反覆疼痛超過 3 個月）患者提供的每月承保服務。服務可能包括疼痛評估、藥物管理，以及照護協調和規劃。	網路內 此服務的費用分攤會視治療過程中提供的個別服務而有所不同。 需要預先授權與轉診。
 大腸直腸癌篩檢 下列篩檢測試屬於承保範圍： • 大腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險患者，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非大腸直腸癌的高風險患者，在先前接受過軟管式乙狀直腸內視鏡 48 個月後予以承保；對於高風險患者，在先前接受過大腸鏡篩檢後，每 24 個月承保一次。 • 適用於 45 歲及以上未具大腸直腸癌高風險的患者，且上一次篩選電腦斷層掃描結腸鏡檢查的當月已過了至少 59 個月，或上一次篩選軟式乙狀結腸鏡檢查或篩選結腸鏡檢查的當月已過了 47 個月時，即屬於承保範圍。對於結腸直腸癌高風險患者，上一次篩選電腦斷層掃描結腸鏡檢查或上一次篩選結腸鏡檢查當月之後至少 23 個月之後進行的篩選電腦斷層掃描結腸鏡檢查可支付款項。 • 為 45 歲以上的患者承保軟管式乙狀直腸內視鏡。非高風險患者在接受大腸鏡篩檢後的承保為每 120 個月一次。高風險患者自上次接受軟管式乙狀直腸內視鏡或電腦斷層結腸造影檢查起，每 48 個月一次。 • 為 45 歲以上的患者承保糞便潛血測試篩檢。每 12 個月一次。 • 為 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者承保多靶點糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。 • 為 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者承保血液生物標記檢測。每 3 年一次。 • 大腸直腸癌篩檢測試包括由聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的非侵入性糞便大腸直腸癌篩檢測試得出陽性結果後，所進行的大腸鏡追蹤篩檢。 • 結腸直腸癌篩檢檢測包括計劃進行的篩檢軟式乙狀結腸鏡檢查或篩檢結腸鏡檢查，其涉及組織或其他物質的移除，或與篩檢檢測有關、結果及在相同臨床接觸中提供的其他程序。	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的大腸直腸癌篩檢無共保額、共付額或自付額。如果醫生在大腸鏡或軟管式乙狀直腸內視鏡檢查中發現並切除息肉或其他組織，則篩檢檢查會變為診斷性檢查。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
牙科服務 一般而言，Original Medicare 不承保預防性牙科服務（例如洗牙、例行性牙科檢查和牙科 X 光）。然而，聯邦醫療保險 (Medicare) 僅在特定的幾種情況下支付牙科服務，特別是當該服務是對患者主要醫療狀況特定治療的其中一部分時。例如，骨折或受傷後的顎骨重建、為準備顎骨附近的癌症放射治療而進行的拔牙，或器官移植前的口腔檢查。除此之外，我們還承保： 預防性牙科服務包括： • 洗牙，每年兩次 • 口腔檢查，每年兩次 • 塗氟治療，每年一次 • 咬翼 X 光片檢查，每年兩次 綜合性牙科服務包括但不限於： • 深層牙齒清潔 • 充填與修復 • 根管治療（牙髓病學） • 牙冠 • 植牙 • 牙橋 • 假牙 • 拔牙與其他服務 本計劃與 Liberty Dental Plan 合作為您提供牙科福利。請注意，某些服務需要在治療前進行臨床審查以獲得預先授權。某些文件必須連同預先授權要求一起提交，並使用所提供的文件進行臨床審查，以確定根據業界標準是否必要且適當，以及是否符合此類服務的所有特定要求。 經 Liberty Dental 的判斷後，任何其認為沒有必要或不符合計劃標準的治療將不予承保。如果未提供所需的文件，則無法對服務進行充分審查，因此會遭到拒絕。如果因任何原因未獲得預先授權，該服務將不予承保，您將承擔所有相關費用。出於美容或美觀原因進行的牙科療程不在承保範圍內。承保範圍僅限於福利表中所列的服務。如果某項服務未列出，則該服務不包括在內，也不予承保。若要尋找網路內醫	您支付的内容包括 不一定要使用網路內的醫療機構。 對於從網路外醫療機構接受的服務，本計劃最多會支付承保服務的允許金額，不會超過允許金額。會員需負責支付醫療機構帳單金額與合約規範補助金之間的差額。 特定牙科服務適用相關限制與排除項目。 預防性服務無需轉診。綜合性牙科服務需要轉診。 本計劃為預防性和綜合服務提供一年兩次的補助金 \$1,200。補助金會自您的生效日期和 7 月 1 日開始發放。 年度福利上限為 \$2,400。 計劃支付的福利用完之後，您必須負擔剩餘費用，並可使用彈性補助金作為付款方式。 任何 6 月 30 日前未使用的補助金，會累積至接下來的六個月期間，並於 12 月 31 日到期。 齒顎矯正除外。 植牙和其他服務需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
牙科服務 (續) 療機構，可在 zh.clevercarehealthplan.com/provider 搜尋線上醫療機構名錄。建議在獲得牙科服務之前，先向您的牙醫諮詢，以確認福利承保範圍。	
 憂鬱症篩檢 我們承保每年一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在能夠提供後續治療及／或轉診的基層醫療場所進行。	年度憂鬱症篩檢門診無共保額、共付額或自付額。
 糖尿病篩檢 若您具有這些任一風險因子，則我們承保此篩檢（包括空腹血糖檢查）：高血壓、膽固醇與三酸甘油酯水平異常（血脂異常）的病史、肥胖，或高血糖（葡萄糖）病史。若您滿足其他要求，例如體重過重以及擁有家族糖尿病史，則也可能會承保相關檢測。 最近一次糖尿病篩檢測試的日期之後，您可能有資格每 12 個月接受最多 2 次糖尿病篩檢。	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的糖尿病篩檢無共保額、共付額或自付額。
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品 適用於所有糖尿病患者（使用胰島素和非使用胰島素的使用者）。承保服務包括： • 血糖監測用品：血糖監測儀、血糖試紙、採血筆和採血針，以及用來檢查試紙和監測儀之準確性的葡萄糖品管液。 • 對於患有嚴重糖尿病足病的糖尿病患者：每個日曆年一雙訂做的治療用鞋（包括該鞋所附的鞋墊）以及額外 2 副鞋墊，或是一雙深鞋和 3 副鞋墊（不包括這類鞋款所附的非訂做拆卸式鞋墊）。承保內容包括裝配。 • 在特定條件下承保糖尿病自我管理訓練。	網路內 糖尿病用品共付額為 20%。 每個聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的糖尿病治療用鞋或鞋墊共保額為 20%。 糖尿病自我管理訓練共付額為 \$0。 需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
耐用醫療器材 (DME) 及相關用品 (有關耐用醫療設備的定義，請前往第 12 章和第 3 章。) 承保的項目包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床系統、糖尿病用品、由醫療機構訂購以供居家使用的醫院用床、靜脈注射幫浦、言語生成裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。 我們承保所有 Original Medicare 承保且有醫療必要性的 DME。若我們的供應商在您的區域沒有特定品牌或製造商的產品，則您可以詢問他們是否可以特別為您訂購。最新的供應商名單請參閱我們的網站：zh.clevercarehealthplan.com。 一般而言，本計劃承保清單上 Original Medicare 承保之任何品牌和製造商的 DME。除非您的醫生或其他醫療機構告訴我們該品牌適合您的醫療需求，否則我們不會承保其他品牌和製造商。如果您剛加入本計劃且正在使用未列於我們清單上的 DME 品牌，則我們會繼續為您承保此品牌最多 90 天。在此期間，您應與醫生討論，以決定在此 90 天期限後哪個品牌適合您的醫療情況。(如果您不同意醫生的意見，可以請醫生為您轉診以尋求第二意見。) 如果您(或醫療機構)不同意本計劃的承保決定，您或醫療機構可以提出上訴。如果您不同意您的醫療機構對何種產品或品牌適合您的病症之決定，您也可以提出上訴。(有關上訴的詳細資訊，請參閱第 9 章。)	網路內 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的耐用醫療設備及用品共保額為 20%。 您的分攤費用在投保後的 36 個月內不會變動。 如果您在投保 福全健保全加計劃 之前已為氧氣設備承保支付 36 個月的租金，則您的 福全健保全加計劃 分攤費用為 20% 共保額，視分攤費用結構而定。 需要預先授權。
中醫服務 本計劃包括由簽約針灸師提供以下任何單項服務或服務組合之中醫治療就診： • 拔罐／艾灸 • 推拿 • 刮痧 • MedX • 反射療法 每次保健服務就診不可超過 30 分鐘。超過 30 分鐘的任何服務將計為兩次就診。	網路內 不需要預先授權或轉診。 每次就診共付額為 \$0，每年允許最多 24 次。 達本計劃支付就診的允許最多次數之後，您必須承擔任何超出的費用。 任何剩餘的就診不會延續至下一個計劃年度。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
急救照護 急救照護是指符合以下情況的服務： • 由具有提供急救服務資格的醫療機構提供，以及 • 為評估或穩定急救病症之需要。 醫療緊急狀況是指，當您或具備健康與醫藥一般知識的任何其他謹慎的非醫療專業人士，認為您具有一些醫學症狀需要立即獲得醫療照護，以防發生危及性命（以及，如果您是孕婦則以防胎兒流產）、截肢或喪失肢體功能之情況。醫學症狀可能是疾病、傷勢、嚴重疼痛或會迅速惡化的醫療狀況。 網路外提供必要的緊急狀況服務之分攤費用，與網路內提供此類服務的情況相同。 全球急救承保範圍。	每次至急診室就診的共付額為 \$95。 如果您在 72 小時內住院，則共付額為 \$0。 如果您在網路外醫院接受急救照護，而在緊急狀況穩定之後需要住院治療，則您必須轉到網路內醫院，才能繼續承保照護，或者您必須到獲得我們計劃授權的網路外醫院住院，而您須支付的費用與您在網路內醫院的分攤費用相同。 \$0 共付額，以及美國及其屬地境外的急診及／或緊急需求服務的 \$100,000 年度合計最高金額。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
 健康與保健教育計劃 本計劃會提供靈活福利萬事達卡 (Flex Benefits Mastercard®) 並每三個月於其中儲值支出補助金，協助支付符合資格的健康保健相關支出： 非處方 (OTC) 品項 • OTC 品項是指不需要處方即可取得的藥物和健康相關產品。 • 依聯邦醫療保險 (Medicare) 核准，我們的計劃承保數千項 OTC 品項。 • 在線上和零售地點購買 OTC 品項。可能無法供應特定品牌，而且可能數量不多或受限。 中草藥保健品 • 本計劃承保用來治療過敏、焦慮、關節炎、背痛、濕疹、疲倦等的中草藥保健品。 • 您必須向網路供應商購買營養補充品。 符合要求的中草藥保健品完整清單請參閱我們的網站： zh.clevercarehealthplan.com。 健身活動課程 彈性補助金適用於合格的活動，包括： • 健身房會員資格 – 個人健身房會員之月費，如果是「單獨」費用的話；意思是其主要目的是提供該設施的訓練器材和器材使用指導。個人教練不適用。 • 使用公共運動設施的一般入場費用 – 使用公共游泳池或網球場的場地費用。若是高爾夫球，則僅適用於果嶺費或使用公共高爾夫練習場的費用。 • 團體健身課程 – 參加團體運動課程的費用（如：太極、舞蹈、瑜珈或皮拉提斯），且應有正式的合格講師。私人課程不適用。 即使包含健身設施，採會員制的設施，例如高爾夫球俱樂部、鄉村俱樂部或按摩／水療處所不適用。此外，補助金不得用於步行遊覽／導覽行程，或支付私人住宿或講師費用。所有相關要求均須獲得計劃核准。補助金不得用於支付入會費或註冊費、按比例收費、年費、帳戶凍結費、維護費和任何其他雜費或罰款，也不得用來購買或租用器材。最後，靈活福利補助金不得用來購買設施商品。	網路內 共付額為 \$0，以最高的計劃補助金額為上限。 您可以從符合資格的服務清單中選擇如何使用補助金。使用靈活福利萬事達卡 (Flex Benefits MasterCard®) 支付服務費用。 本計劃提供每季補助金 \$600；最高年度補助金為 \$2,400。 補助金從您的生效日期開始發放，之後於 4 月 1 日、7 月 1 日及／或 10 月 1 日發放。 任何在 3 月 30 日、6 月 30 日或 9 月 30 日前未使用的補助金，會累積至下一季並於 12 月 31 日到期。 計劃支付的福利用罄之後，您必須負擔剩餘的費用。 季度最後一天之前的購買，會從目前季度餘額中扣除。季度最後一天當日的購買，會從下個季度餘額中扣除。退貨必須在季度最後一個月的 25 日之前開始處理。（例如：今年第一季為 3 月 25 日。）只有在購買某一品項的當季度之內退貨時，會員才會能獲得退款。彈性健康保健津貼不適用於菸酒產品。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務

您支付的内容包括

健康與保健教育計劃 (續)

牙科、視力及／或聽力

- 補助金可用於支付超出計劃年度補助金的服務。詳情請參閱本表中「牙科服務、視力服務或聽力服務」的部分。

雜貨

- 只有在會員有符合資格的慢性病時，才能使用補助金購買健康食品和農產品。
- 慢性病必須由本計劃和會員的 **PCP 認定**。詳情請參閱本表中「特定慢性病的協助」的部分。

Flex 卡會在投保本計劃不久後郵寄給您。使用卡片之前，您需要致電 (877) 205-8005（聽障專線 (TTY)：711）或瀏覽 CleverCare.NationsBenefits.com/activate 啟動卡片。您不會收到卡片的 PIN 碼；因此，購買時請務必選擇「信用卡」(Credit) 選項，而非「金融卡」(Debit)。使用 **Benefits Pro** 應用程式或在 CleverCare.NationsBenefits.com 上追蹤您的補助金支出和餘額。部分網路內合作夥伴可能要求最低購買金額才符合免運門檻。每個接受靈活福利卡的廠商可能有自己的退貨規定。會員必須遵守廠商的政策。

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

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
聽力服務 由您的家庭醫生執行以判斷您是否需要治療的診斷性聽力與平衡評估，是本計劃予以承保的門診護理，且必須由醫生、聽力師或其他合格的醫療機構為您評估。 本計劃承保 Original Medicare 未承保的其他聽力服務，包括： • 例行性聽力檢查 • 助聽器（每年每耳一個） 您必須透過 NationsHearing 取得助聽器配戴協助。如需更多資訊或要預約，請致電 (866) 304-7577（聽障專線 (TTY)：711）聯絡 NationsHearing。 助聽器福利包括： • 初次配戴日期起算一年內三 (3) 次後續追蹤門診 • 從配戴日期起算 60 天試用期 • 每副助聽器每年 60 個電池（3 年份用量） • 製造商 3 年維修保固期 • 對於遺失、遭竊或損壞的助聽器，提供一次補發服務 • 第一組耳模（如需要）	網路內 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的聽力檢查支付共付額為 \$0。 由網路內醫療機構每年提供一次的例行性聽力檢查，共付額為 \$0。 助聽器之共付額為 \$0，以補助金金額為上限。 本計劃提供每年每耳 \$600 的助聽器年度補助金。 計劃支付的福利用完之後，您必須負擔剩餘費用，並可使用彈性補助金作為付款方式。 任何未使用的補助金額度會在 12 月 31 日到期。 您可透過 NationsHearing 取得助聽器，且根據您的聽力需求，僅限取用特定裝置。因遺失、遭竊或損壞的助聽器需單次更換裝置時，需支付自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
特定慢性病的協助 患有下列慢性病並符合特定條件的投保人可能有資格獲得慢性病的補充福利。並非所有會員皆符合這些特殊補充福利的資格。是否符合資格由福全健保核准。適用診斷限制。條件包括： • 自體免疫疾病 • 癌症 • 心血管疾病 • 慢性酒精或藥物依賴 • 慢性及殘疾性心理健康障礙 • 慢性胃腸道疾病 • 慢性心臟衰竭 • 慢性腎臟疾病 • 慢性肺部疾病 • 認知障礙相關病症 • 失智症 • 糖尿病 • HIV／愛滋病 • 免疫缺乏和免疫抑制疾病 • 神經疾病 • 器官移植後照護 • 嚴重血液疾病 • 中風 若要符合資格，慢性病會員可參與明訂活動、目標及結果指標的「個案管理計劃」。居家安全評估僅限符合跌倒風險標準、步態、平衡或敏捷性困難者。您必須使用計劃的簽約廠商。食品雜貨津貼不適用於菸酒產品。	網路內 食品與農產品 (雜貨) \$0 共付額。經本計劃核准後，會提供健康保健靈活補助金 \$600，用於購買經核准的健康食品和農產品。 慢性疾病餐食 餐食協助共付額為 \$0，每天最多 3 餐，共 14 天；符合資格的會員每年最多 42 餐。 社交需求福利 非臨床個人照顧者提供陪伴服務的共付額為 \$0。服務限 24 次，每班四小時（總共 96 小時）。 遠距監測服務 監測醫療及其他健康資料的裝置共付額為 \$0。 居家安全評估 每年最多兩次評估的共付額為 \$0。 居家支援服務 日常生活的輔助服務的共付額為 \$0。每年僅限 40 小時。 照顧者支援 喘息照護共付額為 \$0。每年限提供 40 小時照護。 需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
 HIV 篩檢 對於要求進行 HIV 篩檢或 HIV 感染風險增高的人士，我們承保： • 每 12 個月一次篩檢。 若您懷孕，我們承保： • 懷孕期間最多 3 次篩檢。	符合聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員，無共保額、共付額或自付額。
居家醫療機構照護 接受居家醫療服務之前，必須由醫生證實您有居家醫療服務之需求，並將安排由居家醫療機構提供的居家醫療服務。您必須是不便出門者，意思是出門對您而言是非常困難的事情。 承保服務包括，但不限於： • 計時或短暫的專業護理與居家醫療輔助服務（要獲得居家醫療保健福利之承保，您的專業護理與居家醫療輔助服務必須合計少於每天 8 小時及每週 35 小時） • 物理治療、職能治療與語言治療 • 醫療與社會服務 • 醫療器材和用品	網路內 每項聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的居家醫療服務共付額為 \$0。 需要預先授權與轉診。
居家輸注服務 居家輸注服務是指在家中對個人進行靜脈或皮下注射藥物或生物製劑。執行居家輸注服務所需組件包括藥物（例如抗病毒藥物、免疫球蛋白）、器材（例如幫浦），以及用品（例如管路和導管）。 承保服務包括，但不限於： • 根據本照護計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 不在耐用醫療器材福利承保範圍內的病患訓練與教育 • 遠端監測 • 由合格的居家輸注治療供應商為提供居家輸注治療與居家輸注藥物而提供的監測服務	網路內 每項聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的服務共保額為 20%。價格可能每季度發生變化，但胰島素的分攤費用不會超過 20% 或 \$35。 您會繼續支付費用，直到達到自付費用上限。 需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
安寧照顧 如果醫生和安寧醫療主任為您提供末期預後計劃，證實您的疾病已至末期，且病況依正常情況發展只剩餘 6 個月或以下之壽命，則您即符合獲得安寧福利的資格。您可以獲得任何聯邦醫療保險 (Medicare) 認證的安寧計劃照護。本計劃有義務幫助您在計劃服務地區找到經聯邦醫療保險 (Medicare) 認證的安寧計劃，包括我們擁有、控制或擁有財務利益的計劃。您的安寧醫生可以是網路內醫療機構或是網路外醫療機構。 承保服務包括： • 控制症狀與舒緩疼痛的藥物 • 短期喘息服務 • 居家照護 入住安寧機構時，您有權留在本計劃中；如果您留在本計劃中，則須繼續支付計劃保費。 安寧服務以及聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分或 B 部分承保而且與您的末期預後情況相關的服務： Original Medicare（而非本計劃）會向您的安寧醫療機構支付您的安寧服務費用，以及與您的末期預後情況相關的任何 A 部分和 B 部分服務。在您參加安寧計劃期間，安寧照護醫療機構會針對 Original Medicare 支付的服務寄發帳單給 Original Medicare。會向您收取 Original Medicare 的分攤費用。 聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分或 B 部分承保而且與您的末期預後情況無關的服務： 如果您需要的非急救、非緊急需求之服務，獲得聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分和 B 部分承保而且與末期預後情況無關，您要為這些服務支付的費用，視您是否使用本計劃網路內的醫療機構並且遵守計劃規定而定（例如需要取得預先授權的要求）。 • 若您從網路內醫療機構處獲得承保服務並遵守取得服務的計劃規定，則只須支付網路內服務的本計劃分攤費用金額 • 如果您獲得由網路外醫療機構提供的承保服務，便要支付 Original Medicare 規定的分攤費用 福全健保全加計劃 承保但是聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分或 B 部分未承保的服務： 福全健保全加計劃會繼續承保計劃本身承保但是 A 部分或 B 部分未承保的服務，無論服務與您	當您參加聯邦醫療保險 (Medicare) 認證的安寧計劃，您的安寧服務，以及與末期預後情況相關的 A 部分和 B 部分服務由 Original Medicare 支付，而非 福全健保全加計劃。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
安寧照顧 (續) 的末期預後情況是否相關。您為這些服務支付本計劃分攤費用金額。 對於本計劃 D 部分福利可能承保的藥物：如果這些藥物與您的臨終安寧病況無關，則您需支付分攤費用。如果這些藥物與您的臨終安寧病況有關，則您支付 Original Medicare 分攤費用。安寧計劃與本計劃絕不會同時承保同一種藥物。更多資訊請前往第 5 章第 9.4 節)。 注意：如果您需要非安寧照顧（與您的末期預後情況無關的照顧），請聯絡我們安排服務。	
 免疫 聯邦醫療保險 (Medicare) B 部分承保的服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感／流行性感疫苗，秋冬的流感／流行性感活躍期接種一次，如果有醫療必要性則可接種更多次 • B 型肝炎疫苗，如果您是 B 型肝炎的高或中風險族群 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗，如果您是染病風險族群而且該疫苗符合聯邦醫療保險 (Medicare) B 部分承保規定 我們的 D 部分藥物福利也承保大多數其他成人疫苗。更多詳細資訊請前往第 6 章第 7 節。	肺炎、流感／流行性感、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗無共保額、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
住院治療照顧 包括急症住院、住院復健、長期照護醫院和其他類型的住院治療服務。住院治療照顧自您憑醫囑正式入院之日開始。出院前一天是您住院的最後一天。 承保服務包括但不限於： • 雙人病房（或單人病房，如有醫療必要性） • 包括特別餐的住院膳食 • 一般護理服務 • 特別照護病房的費用（例如加護病房或心臟加護病房） • 藥物與藥物治療 • 實驗室檢驗 • X 光與其他放射科服務 • 必要的手術與醫療用品 • 使用裝置，例如輪椅 • 手術室與恢復室費用 • 物理、職能與語言治療 • 物質濫用住院服務 • 某些情況承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟胰臟、心臟、肝臟、肺、心臟／肺、骨髓、幹細胞和腸道／多器官。您若需要移植，我們會安排聯邦醫療保險 (Medicare) 核准的移植中心審核您的個案，以便決定您是否適合移植。 移植醫療機構可能來自服務地區本地或外地。如果我們的網路內移植服務不屬於您社區照護模式，只要當地的移植服務提供者願意接受 Original Medicare 的費率，則您可以選擇在當地接受移植服務。若 Clever Care 提供移植服務的地點不屬於您所在社區的移植照護模式，而您選擇在此遙遠的地點接受移植，則我們會為您和一名陪同人員安排或支付合理的住宿和交通費用。 • 血液：包括保存與輸血。全血與紅血球濃厚液的承保，只能從您所需的第四品脫血液開始。您必須支付日曆年內獲得的前三品脫血液的費用，或由您或其他人捐血。所有其他血液成分均從第一品脫開始承保。 • 醫生服務 注意：若要成為住院病人，您的醫療機構必須提供入院醫囑，您才能正式成為醫院的住院病人。即使是在醫院過夜，	網路內 以下是 2026 年 Medicare 明確規定的數字。 自付額：\$1,736 從第 1 日至第 60 日與第 91 日及之後，共付額為每日 \$0；從第 61 日至第 90 日，共付額為每日 \$434。 福利給付期從您入院當日起算，並於您在連續 60 天未接受任何住院治療時結束。 如果在網路外醫院接受非急診住院照護，您需支付全額費用。 若您在緊急狀況穩定之後，獲得網路外醫院的住院照護，您的費用就是您在網路內醫院所支付的分攤費用。 需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
住院治療照顧 (續) 仍可能會認定您為「門診病人」。若您不確定您是住院病人或門診病人，應詢問醫院人員。 有關更多資訊，請參閱聯邦醫療保險 (Medicare) 資料單「聯邦醫療保險 (Medicare) 醫院福利」。此資料單請至 https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 瀏覽或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。	
精神科醫院的住院服務 承保的服務包括需要住院的心理醫療保健服務。本計劃承保最多 90 天入住有住院承保的精神科院所。精神治療醫院的住院服務有 190 天的終身福利上限。190 天的限度並不適用於一般醫院內精神科室提供的住院心理健康服務。	網路內 以下是 2026 年 Medicare 明確規定的數字。 自付額：\$1,736 從第 1 日至第 60 日與第 91 日及之後，共付額為每日 \$0；從第 61 日至第 90 日，共付額為每日 \$434。 福利給付期從您入院當日起算，並於您在連續 60 天未接受任何住院治療時結束。 如果在網路外醫院接受非急診住院照護，您需支付全額費用。 需要預先授權與轉診。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
住院：於非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務 如果您的住院福利已用罄或是住院需求並非合理且必要，則我們不會承保您的住院。某些情況下，我們會承保您在醫院或專業護理之家 (SNF) 住院期間所獲得的某些服務。承保服務包括，但不限於： • 醫生服務 • 診斷檢驗（例如實驗室檢驗） • X 光、鐳和同位素治療，包括技術員材料與服務 • 外科敷料 • 用來減少骨折與脫位的夾板、石膏和其他裝置 • 義肢與矯形器具（牙科除外），可代替全部或部分體內器官（包括鄰近組織），或全部或部分永久無法運作的機能或是失能的體內器官，包括這類裝置的替換或維修 • 腿部、手臂、背部和頸部支架；桁架，以及義腳、義手和義眼，包括因為破損、磨損、遺失或病患物理情況變動所需的調整、維修和替換 • 物理治療、語言治療和職能治療	您必須支付這些服務的適用分攤費用，如同這些服務是依門診標準提供。請參閱本表中適用的福利部分。 如果您在專業護理之家的住院期間，比計劃承保的時間更長，則須支付全額費用。
 醫療營養治療 此福利適用於患有糖尿病、腎病（但未做透析）的人士，或在腎臟移植之後由您的醫生轉診者。 您接受聯邦醫療保險 (Medicare)（包括本計劃、任何其他聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃或 Original Medicare）醫療營養治療服務的第一年，我們承保 3 小時的一對一諮詢服務，而在此後則是每年承保 2 小時。如果您的狀況、治療或診斷結果有變更，則可能可以接受更長時數的治療，需由醫生轉診。 如果您的治療必須持續至下一個曆年，則需要由醫生開立這些服務的處方，並每年更新轉診。	符合資格使用聯邦醫療保險 (Medicare) 承保醫療營養治療服務的會員，無共保額、共付額或自付額。
 聯邦醫療保險 (Medicare) 糖尿病預防計劃 (MDPP) 所有聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃符合資格的人士均可獲得承保 MDPP 服務。 MDPP 是以結構化方式介入改變健康行為，提供實務訓練以利長期改變飲食習慣、增加體能活動並提供解決問題的策略，協助克服持續減重與健康生活型態的各項挑戰。	MDPP 福利無共保額、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
聯邦醫療保險 (Medicare) B 部分處方藥 這些藥物由 Original Medicare 的 B 部分予以承保。本計劃會員會經由本計劃獲得這些藥物之承保。承保藥物包括： • 通常不是由病患自行施用的藥物，而且您在獲得醫生、醫院門診或日間手術中心服務時接受注射或輸注 • 透過耐用醫療器材提供胰島素（例如有醫療上必要的胰島素幫浦） • 使用本計劃授權的耐用醫療器材（如噴霧器）時施用的其他藥物 • 阿茲海默症藥物 Leqembi®（學名 lecanemab），以靜脈注射方式給藥。除了藥物費用之外，您可能需要在治療前及／或治療期間進行額外的掃描和檢驗，這可能增加您的總體費用。請與您的醫生討論治療過程中可能需要的掃描和檢驗。 • 若您患有血友病，您為自己注射的凝血因子 • 移植／免疫抑制劑藥物：如果聯邦醫療保險 (Medicare) 支付您的器官移植費用，則聯邦醫療保險 (Medicare) 承保移植藥物療程。您在接受承保移植時必須擁有 A 部分，且您在獲得免疫抑制劑藥物時必須擁有 B 部分。如果 B 部分不承保免疫抑制劑藥物，聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分藥物承保會予以承保 • 可注射的骨質疏鬆症藥物，如果您不便出門、發生骨折情況且醫生證實與停經後骨質疏鬆症相關，以及無法自行施用藥物 • 某些抗原：如果醫生準備抗原，且由獲適當指示的人士（可能是您本人，即患者）在適當監督下施打抗原，則聯邦醫療保險 (Medicare) 會予以承保 • 特定口服抗癌藥物：如果相同藥物可以注射形式提供，或該藥物是可注射藥物的前驅藥物（一種口服型的藥物，在攝入時分解成注射藥物中的相同活性成分），則聯邦醫療保險 (Medicare) 承保您口服的某些口服癌症藥物。隨著新的口服癌症藥物上市，B 部分可能予以承保。如果 B 部分不承保，D 部分會承保 • 口服止吐藥：如果在化療前、化療時或化療後 48 小時內使用，或作為靜脈注射止吐藥的完整治療替代藥物，則聯邦醫療保險 (Medicare) 承保在抗癌化療療程當中所使用的口服止吐藥 • 聯邦醫療保險 (Medicare) B 部分承保的特定口服末期腎臟病 (ESRD) 藥物 • ESRD 付款系統之下的擬鈣劑和磷酸鹽結合劑藥物，包括靜脈注射藥物 Parsabiv® 和口服藥物 Sensipar®	化療及其他 B 部分藥物需付聯邦醫療保險 (Medicare) 允許金額的 0 至 20% 共保額。價格可能每季度變更，但胰島素一個月供應量的分攤費用不會超過 20% 或 \$35。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
聯邦醫療保險 (Medicare) B 部分處方藥 (續) - 某些用於居家透析的藥物，包括肝素、肝素解毒劑、（醫療上必需時）以及局部麻醉劑 - 紅血球生成刺激劑：如果您患有末期腎臟病 (ESRD)，或需要此藥治療貧血相關特定的其他病症。（例如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera® 或 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta），聯邦醫療保險 (Medicare) 承保透過注射的紅血球生成素 - 原發性免疫缺陷病居家治療所需的靜脈注射免疫球蛋白 - 腸道外和腸道內營養（靜脈注射和管灌飲食） 我們也承保屬於 B 部分的某些疫苗和屬於 D 部分藥物福利的大多數成人疫苗。 第 5 章說明我們的 D 部分藥物福利，包括承保相關處方所需遵守的規定。第 6 章會說明您透過本計劃支付的 D 部分藥物。	
 糖尿病篩檢與治療以促使持續減重 如果您的身體質量指數為 30 以上，我們承保密集諮詢以協助您減重。如果您是在基層醫療場所諮詢，其可與您的綜合預防計劃協調，則予以承保。與您的主治醫生或醫事人員討論，以瞭解更多資訊。	預防性肥胖篩檢與治療無共保額、共付額或自付額。
鴉片類藥物治療計劃服務 我們計劃中患有鴉片類藥物使用疾患 (OUD) 的會員，可以透過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 獲得治療 OUD 的服務，其中包括以下服務： - 美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的鴉片類促效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。 - MAT 藥物的分發和施用（如適用） - 物質使用諮詢 - 個人和團體治療 - 毒理學檢測 - 攝取活動 - 定期評估	網路內 每次服務，包括團體或個人療程，需付共付額 20%。 需要預先授權與轉診。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
門診診斷檢驗與治療服務和用品 承保服務包括，但不限於： • X 光 • 放射性（鐳與同位素）治療，包括技術員材料和用品 • 外科用品，例如敷料 • 用來減少骨折與脫位的夾板、石膏和其他裝置 • 實驗室檢驗 • 血液：包括保存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保，只能從您需要的第四品脫血液開始。您必須支付日曆年內獲得的前三品脫血液的費用，或由您或其他人捐血。所有其他血液成分均從所使用的第一品脫開始承保。 • 診斷性非實驗室檢查，例如當您的醫生或其他醫療保健機構指示進行 CT 掃描、MRI、EKG 和 PET 掃描以治療醫療問題時。 • 其他門診診斷檢查	網路內 基本放射檢查、手術用品、化驗及血液檢查為 \$0。 X 光、進階診斷放射服務（MRI、CT、PET）共保額為 20%。 放射治療服務共保額為 20%。雖然您需為放射治療服務支付 20% 的費用，但支付的費用絕不會超過年度自付費用總額上限。 如果在同一天的相同地點接受多項服務，則適用共付額最高限額。如果使用網路外的醫療機構，則您須負擔全額費用。 需要預先授權與轉診。
門診留院觀察 留院觀察服務是醫院的門診服務，用來判斷您是否需要住院或是可以出院。 門診留院觀察服務必須符合聯邦醫療保險 (Medicare) 的標準且認定為合理且必要，才能獲得承保。只有在依據醫生之醫囑或州執照法授權的另一人和醫院人員依法讓病患住院，或囑咐進行門診檢驗，留院觀察服務才能獲得承保。 注意： 除非醫療機構立醫囑讓您住院，否則您就是門診病人並支付門診留院服務的分攤費用金額。即使是在醫院過夜，仍可能會認定您為門診病人。如果您不確定自己是不是住院病人，請詢問醫院人員。 有關更多資訊，請參閱聯邦醫療保險 (Medicare) 資料單「聯邦醫療保險 (Medicare) 醫院福利」。此資料單請至 https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 瀏覽或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。	網路內 門診留院觀察服務共保額為 20% 需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
門診留院服務 您為了某種疾病或傷勢的診斷或治療，在醫院的門診部所接受的有醫療必要性的服務，我們會予以承保。 承保服務包括，但不限於： • 在急診部或門診診所的服務，例如留院觀察服務或門診手術 • 實驗室與診斷檢驗會由醫院收費 • 心理醫療保健，包括部分住院計劃的照護，如果醫生證實如無此照護則需住院治療 • X 光和其他放射性服務由醫院收費 • 夾板和石膏等醫療用品 • 您無法自行施用的某些藥物和生物製劑 注意： 除非醫療機構立醫囑讓您住院，否則您就是門診病人並支付門診留院服務的分攤費用金額。即使是在醫院過夜，仍可能會認定您為門診病人。如果您不確定自己是不是住院病人，請詢問醫院人員。	網路內 門診留院服務共保額為 20% 需要預先授權與轉診。
門診心理醫療保健 承保服務包括： 由持有州執照的心理醫生或醫生、臨床心理醫生、臨床社工、臨床護理專科醫生、專科護理師、醫生助理或其他聯邦醫療保險 (Medicare) 合格心理醫療保健專業人士提供的心理健康服務，如適用州法律所允許者。	網路內 門診團體及／或個人療程共保額為 20%。 需要預先授權與轉診。
門診復健服務 承保服務包括物理治療、職能治療和語言治療。 門診復健服務在各種不同的門診場所提供，例如醫院門診部、獨立的治療師診間以及綜合門診復健機構 (CORF)。	網路內 每項聯邦醫療保險 (Medicare) 承保之復健治療服務共保額為 20%。 需要預先授權與轉診。
門診物質使用疾患服務	網路內 每次聯邦醫療保險 (Medicare) 承保諮詢療程的共保額為 20%。 需要預先授權與轉診。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
門診手術，包括在醫院門診環境和日間手術中心提供的服務 注意： 如果您在醫院設施進行手術，應與醫療機構確認您是住院病人或門診病人。除非醫療機構開立醫囑讓您住院，否則您就是門診病人並支付門診手術的分攤費用金額。即使是在醫院過夜，仍可能會認定您為門診病人。	網路內 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的門診機構或日間手術中心，的共保額為 20%。 需要預先授權與轉診。
部分住院服務及密集門診服務 <i>部分住院</i>是積極心理治療的結構式計劃，以醫院門診服務的方式提供或由社區心理健康中心提供。這比您在醫生、治療師、持照婚姻與家庭心理治療師 (LMFT)，或持照專業諮商師診間接受的護理更加密集，是住院治療的替代方案。 <i>密集門診服務</i>是在醫院門診部、社區心理健康中心、符合聯邦標準之健康中心或鄉村健康診所提供之積極行為（心理）健康治療的結構式計劃，這比您在醫生、治療師、持照婚姻與家庭心理治療師 (LMFT)，或持照專業諮商師診間接受的護理更加密集，但不像部分住院那樣密集。	網路內 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的部分住院服務和密集門診服務，每次就診共保額 20% 需要預先授權與轉診。
個人緊急回應系統 (PERS) 如果會員認為自己有在家中跌倒或發生緊急情況的風險，可以申請此行動監控裝置。只要按下按鈕，本服務即會為您連線至 24 小時的回應中心。	不需要預先授權或轉診。 每年一項裝置的共付額為 \$0。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
醫生／醫事人員提供的服務，包括醫生診間的門診 承保服務包括： - 在醫生診間、有認證的日間手術中心、醫院門診部或任何其他地點獲得之具醫療必要性的醫療照護或外科服務 - 由專科醫生提供的諮詢、診斷與治療 - 由您的專科醫生執行的基本聽力與平衡檢查，若您的醫生立醫囑要求確認您是否需要治療 - 在醫院或重症醫院的腎臟透析中心、腎臟透析機構或其他會員的家中，為居家透析的會員的終末期腎病相關的每月門診提供遠距醫療服務 - 用來診斷、評估或治療中風症狀的遠距醫療，無論您在何地 - 無論患有物質使用疾患或併發性精神障礙的會員位於何地，皆可提供遠距醫療服務 - 用於診斷、評估和治療精神健康疾病的遠距醫療服務，如果： - 您在第一次遠距醫療就診前 6 個月親自前往看診 - 接受這些遠距醫療服務時，每 12 個月須親自前往看診 - 上述的某些情況可例外處理 - 由 Rural Health Clinics 和聯邦合格健康中心提供的精神健康就診遠距醫療服務 如有以下情況，向您的醫生進行線上報到（例如用電話或視訊通話）5 至 10 分鐘： - 您不是新病患而且 - 報到與過去 7 天內的門診無關，而且 - 報到不會讓您在 24 小時內或有空檔的最早門診時間就診 若有以下情況，會評估您傳送給醫生的影片及／或影像，並由醫生在 24 小時內進行解讀和後續處理： - 您不是新病患而且 - 評估與過去 7 天內的門診無關，而且 - 評估不會讓您在 24 小時內或有空檔的最早門診時間就診 - 您的醫生與其他醫生透過電話、網際網路或電子病歷進行的諮詢 - 在手術前其他網路醫療機構給予的第二意見	網路內 對於聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的福利，由家庭醫生執行的服務共付額為 \$0。 由專科醫生針對聯邦醫療保險 (Medicare) 承保福利執行服務的共付額為 \$0。 由 PCP 或專科醫生針對聯邦醫療保險 (Medicare) 承保福利執行的服務需付共付額 \$0。 需要預先授權與轉診。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
足科服務 承保服務包括： - 足部傷勢和疾病之診斷、醫療或手術治療（例如鏈狀趾或足跟骨刺） - 例行性足部護理，適用於有某些醫療狀況影響下肢的會員	網路內 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的足科門診服務共保額為 20%。 每次就診共付額為 \$0，每年允許最多 12 次。 需要預先授權與轉診。
 預防 HIV 的暴露前預防 (PrEP) 如果您沒有 HIV，但醫生或其他醫療保健醫事人員認為您感染 HIV 的風險較高，則我們承保暴露前預防 (PrEP) 藥物及相關服務。 如果您符合資格，承保服務包括： - FDA 核准的口服或注射型 PrEP 藥物。如果您正在接受注射藥物，我們也承保注射藥物的費用。 - 每 12 個月最多 8 次個別諮詢療程（包括 HIV 風險評估、HIV 風險降低和用藥遵從性）。 - 每 12 個月最多 8 次 HIV 篩檢。 一次 B 型肝炎病毒篩檢。	PrEP 福利無共保額、共付額或自付額。
 攝護腺癌症篩檢 50 歲以上男士，每 12 個月承保一次以下服務： - 肛門指診 - 攝護腺特異抗原 (PSA) 檢查	每年度 PSA 檢查無共保額、共付額或自付額。
義肢與矯形裝置及相關用品 替代所有或部分身體部位或功能的裝置（牙科除外）。其中包括但不限於：使用義肢與矯形裝置的測試、裝配或訓練；以及與結腸造口護理直接相關的結腸造口袋和用品、心律調節器、矯形支架、矯形鞋、義肢和義乳（包括乳房外科手術之後的外科胸罩）。包括義肢與矯形裝置相關的一些用品，以及義肢與矯形裝置的維修及／或替換。也包括白內障移除或白內障手術之後的一些承保項目，請前往本表格後段的「視力照護」瞭解更多細節。	網路內 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的義肢與醫療用品共保額為 20%。 需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
肺部復健服務 患有中度至極嚴重的慢性阻塞性肺部疾病 (COPD) 而且具有慢性呼吸系統疾病的醫生提供肺部復健轉診的會員，可獲得綜合肺部復健計劃承保。	網路內 每次聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的肺部復健門診共保額為 20%。 需要預先授權與轉診。
預防再次入院 (居家治療) 本計劃提供綜合福利，協助在住院治療或入住專業護理之家出院後能盡速康復。您會享有： • 個人照護協調 • 到府送餐 • 居家支援服務 此外，還提供醫療約診、藥房就診或急診或緊急護理機構返診的交通服務，以及定期健康檢查就診。	網路內 從住院醫院或專業護理之家 (SNF) 出院後提供的以下服務，共付額為 \$0。不包括從日間手術中心出院。 請在出院後 7 天內致電會員服務部，方可授權服務。 照護協調 \$0 共付額。您會在 72 小時內接到個案經理的個別電話追蹤，以協助用藥審查與衛教，並視需求提供其他支援服務。 到府送餐 餐食協助共付額為 \$0，每天最多 3 餐，共 28 天；每年最多 84 餐。 居家支援 共付額為 \$0，可獲得最多 60 小時的日常生活協助 (ADL)，例如輕型家務、穿衣、小型庭院工作、藥物領取、註冊患者入口網站帳戶、雜貨購物和基本物品採購。 需要預先授權。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
 篩檢與諮詢以減少酒精濫用 我們為成人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢，而該成人是酒精濫用而非酒精依賴。 如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，則可以獲得每年最多 4 次，由合格的主治醫生或醫事人員在基層醫療場所中提供的簡短面對面諮詢療程（如果您有能力參加諮詢並在過程中保持警醒）。	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的減少酒精濫用預防性福利之篩檢與諮詢，無共保額、共付額或自付額。
 使用低劑量電腦斷層掃描的肺癌篩檢 (LDCT) 符合資格的人士，每 12 個月獲得承保一次 LDCT。 符合資格的會員包括年齡介於 50 至 77 歲之間的人士，沒有肺癌之跡象或症狀，但是有至少每年 20 包的抽菸史，而且目前仍抽菸或在過去 15 年內已戒菸。他們在肺癌篩檢諮詢與共同決策門診的過程中獲得醫囑進行 LDCT，而且符合聯邦醫療保險 (Medicare) 對此類門診之標準，並由醫生或非醫生的合格醫事人員提供。 初次 LDCT 篩檢之後的 LDCT 肺癌篩檢：會員必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的醫囑，可能在任何適合的門診時由醫生或非醫生的合格醫事人員提供。如果醫生或非醫生的合格醫事人員選擇為後續使用 LDCT 的肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢與共同決策門診，則該門診必須符合聯邦醫療保險 (Medicare) 對相關門診之標準。	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的 LDCT 諮詢與共同決策門診，無共保額、共付額或自付額。
 C 型肝炎病毒感染篩檢 如果主治醫生或其他合格的醫療保健機構開立醫囑，而且您符合下列其中一項條件，則我們會承保一次 C 型肝炎篩檢： • 您因為使用或曾經使用非法注射藥物而處於高風險。 • 您在 1992 年之前接受輸血。 • 您出生於 1945 至 1965 年之間。 如果您出生於 1945 至 1965 年之間，但未視為高風險，我們支付一次篩檢費用。如果您有高風險（例如，從上次的 C 型肝炎篩檢結果呈陰性以來，您一直使用非法注射藥物），我們承保年度篩檢。	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的 C 型肝炎病毒篩檢無共保額、共付額或自付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
 為預防性傳染病 (STI) 而進行之篩檢與諮詢 我們承保性傳染病 (STI) 的篩檢，包括披衣菌、淋病、梅毒與 B 型肝炎。孕婦及 STI 染病風險升高的特定人士，如果依主治醫生醫囑進行這些檢查，則我們會承保這些篩檢。我們承保每 12 個月檢查一次或是孕期中的特定時間點檢查。 我們也為 STI 染病風險升高的性活躍成人承保每年最多 2 個人 20 至 30 分鐘的面對面高強度行為諮詢療程。只有在這些諮詢療程作為預防性服務、由主治醫生提供而且在基層醫療場所例如醫生的診間進行時，我們才予以承保。	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的 STI 篩檢以及 STI 預防性福利的諮詢，無共保額、共付額或自付額。
治療腎臟病的服務 承保服務包括： • 腎臟病教育服務，教導腎臟照護並協助會員就自己的照護做出明智的決定。對於患有第四期慢性腎臟病的會員，如果經醫生轉診，我們承保終身最多 6 次腎臟病教育服務 • 門診透析治療（包括如第 3 章所述，當您暫時離開服務區域、或取得此服務的醫療機構暫時無法使用或無法取得時，所接受的透析治療） • 住院透析治療（若您住院以獲得特別照護） • 自助透析訓練（包括您自己以及任何協助您居家透析治療的人） • 居家透析器材與用品 • 某些居家支援服務（例如，必要時，由訓練有素的透析操作人員前往家中檢查您的居家透析，協助處理緊急狀況，並檢查透析器材與水源） 聯邦醫療保險 (Medicare) B 部分承保特定透析藥物。如需 B 部分藥物承保相關資訊，請前往本表中的聯邦醫療保險 (Medicare) B 部分藥物。	網路內 腎臟病教育服務共付額為 \$0。 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的每次透析治療，聯邦醫療保險 (Medicare) 允許金額的 20% 共保額。 這包括至專業（腎臟透析臨床門診）及透析機構看診。作為住院病人接受的透析服務，會按照醫院住院福利承保。 需要預先授權與轉診。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
專業護理之家 (SNF) 照護 (專業護理之家的定義請前往第 12 章。專業護理之家有時稱為 SNF。) 承保服務包括但不限於： • 雙人病房 (或單人病房，如有醫療必要性) • 住院膳食，包括特別餐 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療與語言治療 • 根據您的計劃對您施用的藥物 (這包括體內自然存在的物質，例如血液凝血因子。) • 血液：包括保存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保僅從您需要的第四品脫血液開始。您必須支付日曆年內獲得的前三品脫血液的費用，或由您或其他人捐血。所有其他血液成分均從所使用的第一品脫開始承保。 • 一般由 SNF 提供的醫療與外科用品 • 一般由 SNF 提供的實驗室檢驗 • 一般由 SNF 提供的 X 光和其他放射性服務 • 使用一般由 SNF 提供的裝置，例如輪椅 • 醫生／醫事人員提供的服務 一般而言，您會從網路內醫療機構取得 SNF 照護。在以下某些情況中，如該機構接受本計劃的付款金額，您可能可以對非網路內醫療機構的機構支付網路內的分攤費用。 • 您在住院之前所住的護理之家或長期照護樂齡人士社區 (只要其提供專業護理之家護理) • 您出院時您的配偶所住的專業護理機構	網路內 以下是 2026 年 Medicare 明確規定的數字。 每次在聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的專業護理之家住院，您需支付： 第 1 至 20 日每日共付額為 \$0；第 21 至 100 日每日共付額為 \$217。 不需要事先住院。 需要預先授權與轉診。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
 戒除抽菸與菸草使用 (戒菸諮詢) 符合以下標準的門診與住院患者，其戒煙諮詢屬於承保範圍： • 吸菸，不論是否表現出吸菸相關疾病的徵象或症狀 • 諮詢時有能力且警惕 • 由合格的醫生或其他聯邦醫療保險 (Medicare) 認可的醫事人員提供諮詢 我們承保每年 2 次戒煙嘗試 (每次嘗試最多可能包括 4 次中等或密集療程，患者每年最多接受 8 次療程。)	聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的戒除抽菸與菸草使用的預防性福利，無共保額、共付額或自付額。
慢性病患者的特殊補充福利 此計劃提供慢性病患者的特殊補充福利。並非所有會員都符合資格享有這些福利。請參閱本福利表「特定慢性病的協助」一列。	如果您的 PCP 確認了符合條件的病症，則提供的服務共付額為 \$0。
監督運動治療 (SET) 會員有周邊動脈疾病 (PAD) 之症狀，並由負責治療 PAD 的醫生提出 PAD 轉診，則我們會承保 SET。 若符合 SET 計劃要求，我們也承保 12 週期間的最多 36 個療程。 SET 計劃必須： • 包含持續 30 至 60 分鐘的療程，內含對跛行患者之 PAD 病況的運動訓練治療計劃 • 在醫院門診場所或醫生診間進行 • 必須由合格的輔助人員執行以確保利大於弊，並由受過 PAD 運動治療專業訓練的人員進行 • 在醫生、醫生助理或專科護理師／臨床護理專科醫生的監督之下進行，上述人員均受過基本與高階急救技巧的訓練 SET 若由醫療服務提供者認定有醫療之必要性，則承保範圍可以超過 12 週期間的 36 個療程，在更長的期間內再提供 36 個療程。	網路內 每次療程的共保額為 20%。 需要預先授權與轉診。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
遠距醫療服務 可使用手機、平板電腦或電腦進行遠距醫療就診。 • 醫生診所提供的視訊就診 • Teladoc® 就診 (Teladoc 醫生可以診斷和治療非緊急醫療狀況，也能夠在醫療上必要時開藥。) Teladoc 的醫生或心理健康醫療機構，每天 24 小時為非緊急健康問題提供服務。請致電 1-800-TELADOC (835-2362) 或瀏覽其網站 Teladoc.com 安排預約。	網路內 不需要預先授權。 每次由您的 PCP 執行的視訊門診共付額為 \$0。 透過 Teladoc 網路內醫療機構進行的心理健康線上就診，共付額為 \$0。
交通接送 (例行性) 計劃承保由 CareCar 提供的非緊急陸路運輸。CareCar 提供每天 24 小時，一週 7 天的服務，可以載運輸椅或擔架床。 路程限於本計劃的服務區域內最遠 30 英里的單程行程，以利取得本計劃福利提供的健康相關照護和服務。 • 單程路程 (30 英里或更少)：計為一次乘車 • 單程路程 (超過 30 英里)：計為兩次乘車 • 往返路程 (30 英里或更少)：計為兩次乘車 • 往返路程 (超過 30 英里)：計為四次乘車 如要安排接送服務，請致電 1-844-743-4344 或前往 getcarecar.com。在機送時間前 10 至 15 分鐘，司機或 CareCar 代表會與您聯絡，通知您預計抵達時間。 往返路程應至少提前 36 小時安排。24 小時內預約的接送，會根據 CareCar 的能力盡可能安排，但無法保證成行。 取消接送需於 24 小時前通知。 • 如果已預約接送，然後在 24 小時內提前取消，我們會扣除適當的接送次數 (無論哩程多少，單程計 1 次，往返計 2 次)。 如需更多關於計劃核准地點的詳細資訊，請使用本手冊封底的電話號碼，聯絡會員服務部。	網路內 不需要預先授權。 每年 48 次單程 非急診交通接送 \$0 共付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
緊急需求服務 如果您暫時不在本計劃服務區域內，或是即使在本計劃服務區內，考慮到時間、地點和情況從網路內醫療機構處取得此服務並不合理，則需要立即就醫而非急救的計劃承保服務即為緊急需求服務。本計劃必須承保緊急需求服務，且僅向您收取網路內分攤費用。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症意外發作。醫療必需的例行性醫療機構就診（例如年度檢查），即使您在計劃服務區域外或本計劃網路暫時無法使用，也不視為緊急需求。 全球緊急需求承保。	網路內 每次緊急需求服務共付額為 \$0。 \$0 共付額，以及美國及其屬地境外的急診及／或緊急需求服務的 \$100,000 年度合計最高金額。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
 視力照護 承保服務包括： - 為眼部疾病和傷勢之診斷和治療提供的門診醫生服務，包括老年性黃斑部病變的治療。Original Medicare 不承保眼鏡／隱形眼鏡的例行性眼科檢查（眼屈光）。 - 對於青光眼的高風險族群，我們每年承保一次青光眼篩檢。青光眼的高風險族群包括有青光眼家族史的人、糖尿病患者、50 歲以上的非裔美國人和 65 歲以上的西班牙裔美國人。 - 糖尿病患者每年獲承保一次糖尿病視網膜病篩檢。 - 每次白內障手術後一副眼鏡或隱形眼鏡，包括植入人工水晶體。如果您分別進行 2 次白內障手術，則在第一次手術之後無法保留福利，也無法在第 2 次手術之後購買兩副眼鏡。 視力照護（例行性） - 例行性眼睛檢查 - 眼鏡（鏡框、鏡片或隱形眼鏡） - 升級 您必須使用 VSP Vision Care 網路內的醫療機構。	網路內 治療眼睛狀況的每次聯邦醫療保險 (Medicare) 承保視力檢查共付額為 \$0。 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的青光眼篩檢共付額為 \$0。 聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的糖尿病視網膜病篩檢共付額為 \$0。 白內障手術後由聯邦醫療保險 (Medicare) 承保的一副眼鏡或隱形眼鏡共付額為 \$0。 需要預先授權。 例行性檢查無需轉診。 一次例行性視力檢查共付額為 \$0。 本計劃每年提供補助金 \$350 眼鏡（鏡框、鏡片或隱形眼鏡）共付額 \$0，以計劃補助金額為上限。 計劃支付的福利用完之後，您必須負擔剩餘費用，並可使用彈性補助金作為付款方式。 任何未使用的補助金額度會在 12 月 31 日到期。

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

承保服務	您支付的内容包括
 「歡迎參加聯邦醫療保險 (Medicare)」預防性門診 本計劃承保一次「歡迎參加聯邦醫療保險 (Medicare)」預防性門診。門診包括健康情況檢查以及您所需預防性服務的教育與諮詢資訊（包括一些篩檢和疫苗接種），以及必要時其他護理的轉診。 注意事項：我們對「歡迎參加聯邦醫療保險 (Medicare)」預防性門診的承保，僅限您參加聯邦醫療保險 (Medicare) B 部分保險的前 12 個月內。當您預約門診時，請讓醫生診間知道您想要預約「歡迎參加聯邦醫療保險 (Medicare)」預防性門診。	「歡迎參加聯邦醫療保險 (Medicare)」預防性門診，無共保額、共付額或自付額。

第 3 節 本計劃未承保的服務（排除項目）

本節說明哪些服務排除在聯邦醫療保險的承保範圍外，而不獲本計劃承保。

下表列出在任何條件下均不承保，或僅在特定條件下承保的服務和項目。

如果您獲得排除（不屬於承保範圍）的服務，您必須自行支付該服務的費用，僅下方列出的情況除外。即使您是在急診設施獲得排除的服務，仍不能獲得承保，且本計劃也不會為這些服務付款。唯一的例外情況是：如果該服務在上訴後，被裁定為由於您的特殊情況，我們應予支付或承保的醫療服務。（有關對我們做出不承保某項醫療服務之決定提出上訴的資訊，請參閱本手冊第 9 章第 5.3 節。）

聯邦醫療保險未承保的服務	僅在特定情況下承保
針灸	適用於特定情況下的慢性下背部疼痛患者。
整容手術或療程	意外受傷的情況或為改善畸形身體部位之功能會予以承保 在乳房切除手術後乳房重建的所有階段，以及為使外觀對稱而對未受影響的乳房所做的重建均有承保
監護照護 監護照顧是一種個人照顧，不需要受過訓練的醫療人員或輔助醫療人員持續關注，例如協助您的日常生活，如洗澡或穿衣的照顧	在任何情況下均不承保

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

聯邦醫療保險未承保的服務	僅在特定情況下承保
實驗性醫療與手術程序、器材和藥物 實驗性程序與項目是由 Original Medicare 確定未被醫學界普遍接受的程序與項目	按照聯邦醫療保險核准的臨床研究可能由 Original Medicare 承保，或由我們的計劃承保。 (參閱第 3 章第 5 節以瞭解臨床研究試驗的更多資訊。)
您的直系親屬或家庭成員所收取的照護費用	在任何情況下均不承保
居家全職護理照護。	在任何情況下均不承保
到府送餐	在任何情況下均不承保
家政服務包括基本的家事協助，包括簡單打掃或準備簡易餐點	在任何情況下均不承保
自然療法服務 (使用自然或替代治療)	在任何情況下均不承保
非例行性牙科照護	治療疾病或傷害所需的牙科照護可以作為住院或門診護理獲得承保。
足部矯形鞋或支撐裝置	屬於腿部支架一部分且包含在支架費用內的鞋子。糖尿病足患者的矯形鞋或治療用鞋
您在醫院或專業護理之家的病房中之私人物品，例如電話或電視機	在任何情況下均不承保
醫院的單人病房	有醫療必要性時才會承保
絕育手術逆轉和/或非處方避孕用品	在任何情況下均不承保
例行性脊椎矯正照護	承保矯正脊椎關節脫位的手動矯正
例行性牙科照護，例如洗牙、補牙或假牙	在任何情況下均不承保
例行性眼部檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力光學輔具	每次植入人工水晶體的白內障手術後，一副標準鏡框的眼鏡 (或一組隱形眼鏡) 可獲得承保。
例行性足部護理	例行性足部檢查承保最高至年度最高就診次數。請參閱上列醫療福利表以瞭解更多詳情。 根據聯邦醫療保險指南提供一些有限承保 (例如若您患有糖尿病)
例行性聽力檢查、助聽器或助聽器適配的檢查	在任何情況下均不承保

第 4 章 醫療福利表 (承保與自費項目)

聯邦醫療保險未承保的服務	僅在特定情況下承保
根據 Original Medicare 的標準，被認定為不合理且非必要的服務	在任何情況下均不承保

第 5 章： 使用 **Part D** 藥物的計劃承保

第 1 節 本計劃 **D** 部分承保的基本規則

有關聯邦醫療保險 **B** 部分藥物福利和安寧照護藥物福利，請參閱第 4 章的醫療福利表。

只要您遵從規定，本計劃一般將承保您的藥物：

- 您必須由醫療機構（醫生、牙醫或其他處方開立者）開立處方，且處方在適用的州法律下是有效的。
- 您的開立處方者不得列於聯邦醫療保險的「排除」或「禁止」名單中。
- 通常，您必須至網路藥房領取您的處方藥物（請參閱第 2 節）或者，您可以透過本計劃的郵購服務領取處方藥。
- 您的藥物必須列在我們計劃的藥物清單上（請參閱第 3 節）。
- 您的藥物必須用於醫療許可之適應症。「醫療許可之適應症」意即該藥物的使用已由 FDA 核准，或者獲得特定參考文獻的支持。（有關醫療許可之適應症的詳細資訊，請參閱第 3 節。）
- 在我們同意承保之前，您的藥物可能需要根據某些標準獲得本計劃的核准。（如需更多資訊，請參閱本章第 4 節）

第 2 節 在網路藥房配取處方藥或透過計劃的郵購服務配取處方藥

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

網路藥房是指與本計劃簽約為您提供承保藥物的藥房。「承保藥物」一詞指本計劃「藥物清單」上的所有 **D** 部分藥物。

第 2.1 節 網路藥房

尋找您所在地區的網路藥房？

若要尋找網路藥房，請查閱您的藥房名錄、造訪我們的網站 (zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy) 和/或致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

您可前往我們的任何一家網路藥房。

如果您的藥房退出網路

如果您使用的藥房退出本計劃的網路，您將必須找一家新的網路藥房。若要尋找您所在地區的另一間網路藥房，請向 會員服務 尋求協助，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保

(833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），或者查閱**藥房名錄**。您也可以在我们的網站 zh.clevercarehealthplan.com 找到資訊。

專門藥房

有時候，您必須前往專門藥房領取處方藥。專門藥房包括：

- 供應居家輸注治療用藥的藥房。
- 供應長期護理 (LTC) 機構居民用藥的藥房。LTC 機構（例如護理之家）通常有自己的藥房。如果您在 LTC 機構取得 D 部分藥物時遇到任何困難，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。
- 服務 Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health 計劃（不適用於波多黎各）的藥房。除緊急情況外，僅美國原住民或阿拉斯加原住民可使用這些網路內藥房。
- 負責配發 FDA 侷限於特定地點，或配發需要特殊處理、醫療機構協調，或者需提供用藥教育之藥物的藥房。若要尋找專門藥房，請查閱您的**藥房名錄**
zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy、致電 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）；或者致電 會員服務。

第 2.2 節 本計劃的郵購服務

針對特定種類的藥物，您可以使用本計劃的網路郵購服務。一般而言，可透過郵購方式取得的藥物屬於您定期服用，以治療慢性或長期醫療狀況的藥物。這些藥物在我們的藥物清單中標記為**郵購藥物**。

本計劃的郵購服務 允許 您訂購 **至少 30 天的藥量且不超過 100 天的藥量**。

若要取得 郵購處方藥的相關資訊，請致電會員服務部或前往我們的網站（電話號碼和網站均列於本手冊背面）。

通常，您透過郵購藥房訂購的藥物會在 10 天內送達。如果您的訂單延遲，請致電 CVS Caremark，電話：1-866-693-4620。

直接由醫生診所提供給藥房的新處方。 如果有以下情況，藥房會自動配藥並遞送從醫療保健機構收到的新處方，而無需先與您確認：

- 您過去曾使用本計劃的郵購服務，或
- 您已註冊自動遞送直接從醫療機構收到的所有新處方。您可以隨時要求自動遞送所有新處方，只需 致電 1-833-843-0559 與我們聯絡。

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

如果您過去使用過郵購服務，但不希望藥房自動配藥並遞送每份新的處方，請 致電 1-833-843-0559 與我們聯絡。

如果您從未使用過我們的郵購遞送服務及／或決定停止新處方的自動配藥，則藥房每次從醫療保健機構收到新處方時都會與您聯絡，確認您是否希望立即配藥並寄送該藥物。請您務必回覆藥房的每次聯絡，告知他們應該寄送、暫緩或取消新處方。

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保

如果要選擇退出自動遞送直接從醫療保健機構收到之新處方，請致電 1-833-843-0559 與我們聯絡。

續配郵購處方藥。 如需續配您的藥物，您可以選擇登記自動續配方案。根據此方案，當我們的紀錄顯示您的藥物即將用完時，我們會開始自動處理您的下一次續配。藥房會在寄送每次續配藥物之前與您聯絡，以確保您需要更多藥物，而且如果您有足夠的藥物或藥物已經改變，可以取消已安排的續配藥物。

如果您選擇不使用我們的自動續配計劃，但仍希望郵購藥房寄送處方給您，請在您目前的處方藥用完前 14 天聯絡您的藥房。這會確保您的訂單及時寄送給您。

如欲退出我們自動準備郵購續配藥物的計劃，請致電 1-833-843-0559 與我們聯絡。

如果您收到自動續配藥物的郵寄包裹不是您想要的，您可能符合退款資格。

第 2.3 節 如何取得長期藥量

本計劃提供 2 種方式，以取得本計劃藥物清單上維護性藥物的長期藥量（也稱為延長藥量）。（維護性藥物是指您定期服用的慢性或長期醫療狀況藥物。）您可以透過郵購（請參閱第 2.3 節）或前往零售藥房訂購此藥量。

1. 部分網路內零售藥房可為您提供維護性藥物。您的藥房目錄 zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy 說明哪些網路內藥房可提供您維護性藥物的長期藥量。如需更多資訊，您也可以致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。
2. 您也可以透過我們的郵購方案獲得維護性藥物。如需詳細資訊，請參閱第 2.3 節。

第 2.4 節 使用不在我們計劃網路內的藥房

一般而言，我們僅在您無法使用網路藥房時，才會承保在網路外藥房領取的藥物。我們在服務區域外也備有網路藥房，身為本計劃的會員，您可以在這些藥房配取處方藥。**請先與會員服務** 確認，致電 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（TTY 使用者請致電 711），以瞭解附近是否有網路藥房。

僅在下列情況我們會承保於網路外藥房配取的處方藥：

- 您正在美國及其屬地內旅行，且您生病、處方藥遺失或用完。
- 此處方是為醫療急救或緊急護理而開立的。
- 由於在 25 英里的車程內沒有提供 24 小時服務的網路藥房，使您無法於服務區域內及時取得承保藥物。
- 您正在配取一種無障礙網路零售藥房內未定期補給之承保藥物（例如罕見病藥物或其他專科藥物）的處方。

如果您必須使用網路外藥房，您通常必須在配取處方藥時支付全額費用（而非您一般的分攤費用）。您可以要求我們報銷我們應分攤的費用。（請參閱第 7 章第 2 節以瞭解如何要求本計劃退款。）您可能需要支付在網路外藥房購買藥物的費用與我們為網路內藥房承保費用之間的差額。

第 3 節 您的藥物必須在本計劃的藥物清單上

第 3.1 節 藥物清單說明哪些 **D** 部分藥物獲得承保

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

清單上的藥物都是經由本計劃在醫師與藥劑師的幫助下選出。這份清單符合聯邦醫療保險的規定，並已獲得聯邦醫療保險的核准。藥物清單上僅列出聯邦醫療保險 **D** 部分承保的藥物。

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

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

特定藥物對某些疾病可能屬於承保範圍，但對於其他疾病則視為非處方集藥物。這些藥物可在我們的藥物清單和 www.Medicare.gov 上找到，並說明其承保的特定疾病。

藥物清單包括原廠藥、副廠藥和生物製劑（可能包括生物相似性藥品）。

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

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

請參閱第 12 章，瞭解可能列於藥物清單上的藥品類型定義。

非處方藥

我們的計劃也承保特定非處方藥。有些非處方藥較處方藥便宜，但藥效相同。如需更多資訊，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

不在藥物清單上的藥物

本計劃並未承保所有處方藥。

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

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保

第 3.2 節 藥物清單藥物的六種分攤費用層級

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

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

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請查閱本計劃的藥物清單。您需為各分攤費用層級藥物支付的金額列於第 6 章。

第 3.3 節 如何確認某種特定藥物是否列於藥物清單上

要瞭解某種藥物是否在我們的藥物清單上，您有以下選項：

- 查閱最新的藥物清單，我們以電子方式提供。
- 造訪我們計劃的網站 (zh.clevercarehealthplan.com/druglist)。網站上的藥物清單都會是最新版本。
- 致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），以瞭解某種特定藥物是否列於本計劃的藥物清單上，或索取一份該清單的副本。
- 使用我們計劃的「即時福利工具」(zh.clevercarehealthplan.com) 搜尋藥物清單上的藥物，預估您將支付的費用，並查看藥物清單上是否有替代藥物可以治療相同的病症。您也可以致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

第 4 節 有承保限制的藥物

第 4.1 節 為何有些藥物有限制

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

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

請注意，有時某種藥物可能在我們的藥物清單上多次出現。這是因為相同一種藥物，可能會因您的醫療機構所開立處方的劑量強度、份量或劑型而有所不同，而不同劑型的藥物（例如，10 mg 與 100 mg；每天一次與每天 2 次；錠劑與液劑）可能會有不同的限制或分攤費用。

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保

第 4.2 節 限制類型

如果您的藥物有限制，這通常表示您或醫療機構須採取額外步驟，我們才會承保該藥物。請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）以瞭解您或您的醫療機構可以如何取得該藥物的承保。如果您希望我們為您取消該限制，您必須利用承保決定流程，並要求我們進行例外處理。我們不一定會同意為您取消該限制。（請參閱第 9 章。）

事先取得計劃核准

對於特定藥物，您或您的醫療機構需要先取得本計劃根據特定標準的核准，我們才能同意為您承保該藥物。這稱為**預先授權**。這是為了確保藥物安全，並協助指導適當使用特定藥物。如果您未取得此核准，您的藥物可能不會獲得本計劃的承保。您可以致電會員服務部取得本計劃的預先授權標準，電話：(833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），或瀏覽我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com。

首先嘗試不同的藥物

此項要求鼓勵您在本計劃承保其他藥物之前，先嘗試費用較低但藥效相同的藥物。例如，如果藥物 A 和藥物 B 皆可治療同一疾病，則本計劃可能會要求您先嘗試藥物 A。如果藥物 A 對您無效，本計劃便會承保藥物 B。這種要求先嘗試不同藥物的做法稱為**階段療法**。您可以致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）或瀏覽我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com/formulary，以取得本計劃的階段療法標準。

藥量限制

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

第 5 節 如果您的其中一種藥物未以您希望的方式承保，您可以做什麼

在某些情況下，您使用的處方藥或您和您的醫療機構認為您應服用的藥物不在我們的藥物清單上，且有所限制。例如：

- 該藥物可能完全沒有承保。或者，可能僅承保其學名藥，但您希望使用的原廠藥版本不在承保範圍內。
- 該藥物獲得承保，但承保範圍有額外的規則或限制。

如果您的藥物不在藥物清單上，或者受到限制，您可以採取下列行動：

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

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保**您可能可以取得臨時藥量**

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

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

- 如果您是**新會員**，我們會在您成為本計劃會員後的最初 **90 天**內，為您的藥物承保暫時藥量。
- 如果您在去年加入本計劃，我們會在日曆年的最初 **90 天**內承保您的臨時藥量。
- 此臨時藥量最多提供 **30 天**的藥量。如果您處方開立的天數較少，我們將允許多次配藥，最多提供 **30 天**份的藥物。處方必須至網路藥房配藥。（請注意，長期照護藥房可能每次僅提供較少份量的藥物，以免造成浪費。）
- 對於加入我們計劃超過 **90 天**且居住在長期照護機構且需要立即取得供藥：

我們將承保一次 **31-day** 的緊急藥量，或者若您處方的天數較少，則承保較少天數的藥量。這不包括在上述的臨時藥量中。

如對臨時藥量有疑問，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

在您使用臨時藥量期間，您應與醫療機構討論，決定臨時藥量耗盡時的處理方式。您有 **2 種**選項：

選項 1. 您可以更換為另一種藥物

請與您的醫療機構討論是否本計劃承保的其他藥物同樣適合您。請致電會員服務索取一份治療相同醫療狀況的承保藥物清單，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。此清單可協助您的醫療機構找到可能適合您的承保藥物。

選項 2. 您可以要求例外處理

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

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

如果您和醫療機構希望申請例外處理，請參閱第 9 章第 6.4 節以瞭解如何處理。其中說明聯邦醫療保險為確保您的請求得到及時公平的處理，因此制定的程序和截止日期。

第 5.1 節 如果您認為您藥物的分攤費用層級過高，該如何處理

如果您認為您藥物的分攤費用層級過高，您可以：

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保

您可以更換為另一種藥物

如果您認為您藥物的分攤費用層級過高，請和您的醫療機構討論。或許有較低分攤費用層級的不同藥物對您有相同療效。請致電會員服務索取一份治療相同醫療狀況的承保藥物清單，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。此清單可協助您的醫療機構找到可能適合您的承保藥物。

您可以要求例外處理

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

如果您和醫療機構想申請例外處理，請參閱第 9 章第 6.4 節以瞭解如何處理。其中說明聯邦醫療保險為確保您的請求得到及時公平的處理，因此制定的程序和截止日期。

在我們的層級 5 的藥物不符合此類例外處理的資格。我們無法降低該層級的藥物分攤費用。

第 6 節 我們的藥物清單可能會在年度中變更

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

- 從藥物清單中新增或移除藥物
- 將藥物移至較高或較低的分攤費用層級
- 新增或移除某藥物的承保限制
- 以學名藥取代原廠藥
- 以生物製劑可互換的生物相似性藥品取代原廠生物製劑

在我們變更本計劃的藥物清單前，我們必須遵循聯邦醫療保險規定。

藥物承保變更資訊

當藥物清單發生變更時，我們會在網站上發佈這些變更的相關資訊。我們也會定期更新線上藥物清單。有時，如果您使用的藥物發生變更，您將直接收到通知。

在本計劃年度期間對您造成影響的藥物承保變更

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

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保

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

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

在本計劃年度期間，不會對您造成影響的藥物清單變更

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

一般而言，在目前計劃年度期間不會對您造成影響的變更為：

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

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

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

第 7 節 我們不承保的藥物類型

某些類型的處方藥被排除在外。這表示聯邦醫療保險不會支付這些藥物的費用。

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保

如果您取得的藥物不予承保，您必須自行支付費用（除了我們加強版藥物承保所承保的某些排除藥物之外）。如果您提出上訴，且 D 部分未排除所要求的藥物，我們將支付或承保該藥物。（有關對決定提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。）

關於聯邦醫療保險 D 部分藥物計劃不承保之藥物，有 3 項一般規則：

- 我們計劃的 D 部分藥物承保無法承保聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保的藥物。
- 本計劃無法承保於美國及其屬地外購買的藥物。
- 本計劃無法承保 *off-label* 的藥物使用，若該用途無特定參考資料佐證，例如《美國醫院處方集服務藥物資訊》(American Hospital Formulary Service Drug Information) 和 Micromedex 藥物索引系統 (Micromedex DRUGDEX Information System)。Off-label 的使用，指的是任何非該藥物標籤上指示由 FDA 核准之用途。

此外，根據法律規定，下列類別的藥物不受聯邦醫療保險藥物計劃承保：

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

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

如果您**接受聯邦醫療保險 (Medicare) 的額外補助**，且以此支付您的處方藥費用，額外補助將不會支付通常不承保的藥物費用。（請前往本計劃的藥物清單，或致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。如果您透過 Medicaid 獲得藥物承保，您所在州的 Medicaid 計劃可能會承保聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃通常不承保的一些處方藥。請聯絡您的州 Medicaid 計劃，確定您可獲得哪些藥物承保。（Medicaid 的電話號碼及聯絡資訊請前往第 2 章第 6 節。）

如果您**接受額外補助**，且以此支付您的處方藥費用，額外補助將不會支付通常不承保的藥物費用。如果您透過 Medicaid 獲得藥物承保，您的州政府 Medicaid 計劃可能會承保部分聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃通常不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，以確定可為您提供哪些藥物承保。（Medicaid 的電話號碼及聯絡資訊請參閱第 2 章第 6 節。）

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保

第 8 節 如何領取處方藥

若要領取處方藥，請在您選擇的網路藥房提供您的本計劃會員資格資訊（詳細資訊請見您的會員卡）。網路藥房會自動向本計劃收取我們應分攤的藥物費用。當您領取處方藥時，您必須向該藥房支付您應分攤的費用。

如果您手邊沒有本計劃會員資格資訊，您或您的藥房可以致電本計劃以取得資訊；您也可以要求藥房查詢本計劃投保資訊。

如果該藥房無法取得所需資訊，您可能需要在配取處方藥時支付全額費用。您隨後可以要求我們報銷我們應分攤的費用。請參閱第 7 章第 2 節以瞭解如何要求本計劃申請報銷的資訊。

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保

第 9.1 節 在醫院或專業護理之家接受由本計劃承保的住院

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

第 9.2 節 身為長期照護機構 (LTC) 住民

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

請參閱您的藥房目錄 zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy，以確定您長期護理機構本身的藥房或其使用的藥房是否在我們的網路內。如果不是，或者如果您需要更多資訊或協助，請聯絡會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。如果您住在長期照護機構 (LTC)，我們必須確保您能定期透過我們的長期照護機構藥房網路獲得您的 D 部份福利。

如果您是 LTC 機構的住民，且需要的藥物未列於我們的藥物清單上或受到某些限制，請參閱第 5 節，以取得臨時或緊急藥量的資訊。

第 9.3 節 如果您也透過雇主或退休團體計劃取得藥物承保

如果您擁有透過您、您配偶或同居人的雇主或退休團體取得之其他藥物承保，請聯絡該團體的福利管理人員。他們可協助您確定目前的處方藥物承保是否適合本計劃。

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

關於可替代承保的特殊注意事項：

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

第 5 章：使用 **Part D** 藥物的計劃承保

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

保留任何關於可替代承保的通知，因為您稍後可能需要這些通知顯示您維持可替代承保。如果您沒有收到可替代承保的通知，您可以向雇主或退休團體的福利管理人員、該名雇主或工會索取一份副本。

第 9.4 節 如果您參加聯邦醫療保險認證的安寧照護

安寧照護和本計劃不同時承保同一藥物。如果您投保聯邦醫療保險安寧照護計劃，當您需要特定藥物（例如止吐藥、緩瀉劑、止痛藥或抗焦慮藥）時，安寧照護計劃基於與您的末期預後和相關病況無關而不予以承保，則本計劃承保該藥物前，必須收到開立處方者或您的安寧照護提供者的通知，聲明該藥物無關。為避免延誤取得本計劃應承保的這些藥物，請在配取處方藥前要求您的安寧照護提供者或處方開立者提供通知。

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

第 10 節 藥物安全與藥物管理計劃

我們進行用藥審核，以確保我們的會員獲得安全且適當的照護。

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

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

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的醫療機構一起修正問題。

第 10.1 節 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (DMP)

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

- 要求您從特定藥房取得所有鴉片類或苯二氮平類藥物的處方
- 要求您從特定開立處方者處取得所有鴉片類或苯二氮平類藥物的處方

第 5 章：使用 Part D 藥物的計劃承保

- 限制我們將為您承保的鴉片類或苯二氮平類藥物的藥量

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

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

第 10.2 節 藥物治療管理 (MTM) 協助會員管理其藥物

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

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

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

如果我們有符合您需求的計劃，我們將自動將您加入該計劃，並寄給您相關資訊。如果您決定不參與，請通知我們，我們會將您退出計劃。如有關於此計劃的問題，請聯絡會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

第 6 章： 您為 D 部分藥物支付的費用

第 1 節 您為 D 部分藥物支付的費用

如果您參加了協助支付藥費的計劃，則本承保範圍說明書中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可以不適用於您。我們已另外已傳送給您一份插頁，標題為：取得處方藥付款額外補助之會員的承保範圍說明書附約（也稱為「低收入補貼附約」或「LIS 附約」），其中說明您藥物承保的資訊。如果您尚未收到此插頁，請致電 會員服務 會員服務部並索取「LIS 附約」，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

我們在本章中使用「藥物」表示 D 部分處方藥。並非所有藥物都是 D 部分藥物。某些藥物屬於聯邦醫療保險 A 部分或 B 部分承保藥物，其他藥物則依法排除在聯邦醫療保險承保之外。

如欲瞭解付款資訊，您需要瞭解承保的藥物有哪些、配取處方藥的地點以及取得承保藥物時應遵守的規則。第 5 章說明這些規則。當您使用我們計劃的「即時福利工具」查詢藥物承保時 (zh.clevercarehealthplan.com/druglist)，您看到的費用顯示您預期支付的自付費用的估算值。您也可以致電會員服務部，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），以取得「即時福利工具」為您提供的資訊。

第 1.1 節 您可能為承保藥物支付的自付費用類型

您可能必須支付 3 種不同類型的 D 部分承保藥物自付費用：

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

第 1.2 節 聯邦醫療保險如何計算您的自付費用

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

這些款項均包含在您的自付費用中

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

- 當您在下列藥物付款階段時，您為藥物支付的金額：
 - 自付額階段

第 6 章：您為 D 部分藥物支付的費用

- 初始承保階段
- 您在加入本計劃前，於本日曆年度以不同聯邦醫療保險藥物計劃會員的身分支付的任何款項
- 家人或朋友為您的藥物支付的任何費用
- 由聯邦醫療保險、雇主或工會健康計劃、印第安人健康服務、AIDS 藥物援助計劃、和大多數慈善機構透過額外補助為您的藥物支付的任何款項

進入重大傷病承保階段：

當您（或代表您支付的人）在日曆年度內支付的自付費用總額達到 \$2,100 時，您會從初始承保階段進入重大傷病承保階段。

這些款項不計入您的自付費用中

您的自付費用**不包括**下列任何付款類型：

- 您在美國及其屬地外購買的藥物
- 不由我們計劃承保的藥物
- 您在網路外藥房取得，且不符合本計劃網路外承保要求的藥物
- A 部分或 B 部分承保的處方藥和疫苗
- 您為我們額外承保而聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃通常不承保的藥物所支付的款項
- 您為聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物計劃通常不承保的處方藥所支付的款項。
- 特定保險計劃和政府資助的健康計劃（例如 TRICARE 和退伍軍人健康管理局 (VA)）為您藥物支付的款項。
- 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項。
- 藥商依藥商折扣計劃支付的款項

提醒事項：如果有任何其他機構（例如上述組織）為您支付藥物部分或全部的自付費用，您必須致電 會員服務 告知本計劃電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

追蹤您的自付費用總額

- 您收到的 *D 部分福利說明 (EOB)* 包括您目前自付費用的總額。當此金額達到 \$2,100 時，*D 部分 EOB* 會告知您已離開初始承保階段，並進入重大傷病承保階段。
- **請確保我們取得所需資訊。**請參閱第 3.1 節以瞭解您如何協助我們確保您的花費記錄完整且維持在最新狀態。

第 2 節 福全健保全加計劃 會員的藥物付款階段

在本計劃中，您的 福全健保全加計劃 藥物承保有 3 個**藥物付款階段**。您為每種處方藥支付的費用視您配取或續配處方藥時所屬的階段而定。本章將詳細說明每個階段。這些階段包括：

第 6 章：您為 D 部分藥物支付的費用

第 1 階段：年度自付額階段

第 2 階段：初始承保階段

第 3 階段：重大傷病承保階段

第 3 節 您的 D 部分福利說明 (EOB) 會說明您處於哪個付款階段

本計劃會追蹤您的處方藥費用，以及您在藥房獲得處方藥時支付的費用。如此一來，我們就能告訴您何時從某個藥物付款階段進入下一個階段。我們追蹤 2 種費用類型：

- **自付費用：**這是您支付的金額。這包括您獲得承保 D 部份藥物時支付的費用、家人或朋友為您的藥物支付的任何費用，以及透過聯邦醫療保險的額外補助、僱主或工會健保計劃、印第安健康服務局、愛滋病藥物援助計劃、慈善機構和大多數州政府藥物援助計劃 (SPAP) 為您的藥物支付的任何費用。
- **藥物總費用：**這是為您承保 D 部分藥物支付的所有款項總額。其中包括本計劃支付的款項、您支付的款項，以及其他計劃或組織為您獲承保的 D 部分藥物支付的款項。

如果您在前一個月透過本計劃配取了一份或多份處方藥物，我們會寄給您一份 *D 部分 EOB*。*D 部分 EOB* 包括：

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

第 3.1 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

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

- **每次配取處方藥時，請出示您的會員卡。**這有助於確保我們瞭解您領取的處方藥和您支付的費用。
- **請確保我們取得所需資訊。**有時您可能支付處方藥的全額費用。在這些情況下，我們不會自動獲得追蹤您的自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，請提供您的收據副本。**何時應向我們提供您的藥物收據副本的範例：**
 - 當您在網路藥房以特殊價格，或使用不屬於本計劃福利的折扣卡購買承保藥物時。
 - 當您為藥廠病患協助計劃所提供的藥物支付共付額時。
 - 每當您在網路外藥房購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額費用時。
 - 如果您收到承保藥物的帳單，您可以要求本計劃支付我們應分攤的費用。有關如何進行的說明，請參閱第 7 章第 2 節。

第 6 章：您為 D 部分藥物支付的費用

- 請將其他人為您支付款項的資訊寄送給我們。特定他人與組織支付的款項，也會計入您的自付費用中。例如，由 州政府藥物援助計劃、AIDS Drug Assistance Program (ADAP)、印地安健康服務局 (Indian Health Service)，以及慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。請保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
- 請確認我們寄給您的書面報告。當您收到 D 部分 EOB 時，請仔細檢查，確保資訊完整且正確。如果您認為有遺漏或有疑問，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。請務必保留這些報告。

第 4 節 自付額階段

自付額階段是您的藥物承保的第一個付款階段，當您在年度中首次配取處方藥時，此階段即開始。在此付款階段，**您必須全額支付藥物費用**，直到達到本計劃的自付額金額（2026 年為 \$615）。

自付額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹疫苗、破傷風疫苗，以及旅遊疫苗。

您將支付每年自付額 \$615 為藥物。**您必須支付藥物的全額費用**，直到達到本計劃的自付額額度為止。對於所有其他藥物，您將無需支付任何自付額。由於本計劃已針對網路藥局的大部分藥物議定較低的價格，因此**全額費用**通常低於藥物一般的全價。根據聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物價格協商方案，全額費用不得超過協商價格之藥物的最高公平價格加上配藥費用。

一旦您支付 \$615 配取藥物，您便離開自付額階段並進入初始承保階段。

第 5 節 初始承保階段

第 5.1 節 您需為藥物支付的費用視藥物及您配取處方藥的地點而定

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

本計劃有六種分攤費用層級

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

- 層級 1 包括首選學名藥。（此為最低層級。）
- 層級 2 包括學名藥。
- 層級 3 包括首選原廠藥。
- 層級 4 包括非首選藥物。
- 層級 5 包括專科層級藥物。（這是最高層級。）
- 層級 6 包括精選照護藥物。
- 層級 3：您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。

第 6 章：您為 D 部分藥物支付的費用

- 層級 4：您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。
- 層級 5：您為這個層級每種承保胰島素產品的每月藥量支付 \$35。

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請查閱本計劃的藥物清單。

您的藥房選擇

您為藥物支付的金額取決於您是否自下列藥房取得藥物：

- 提供標準費用分攤的網路零售藥房。在提供首選費用分攤的藥房，費用可能較低
- 本計劃網路外的藥房。我們僅在有限的情況下承保網路外藥房配取的處方藥。如果想知道我們何時承保於網路外藥房配取之處方藥，請參閱第 5 章第 2.4 節。
- 本計劃的郵購藥房

有關這些藥房選擇與配取處方藥的更多資訊，請參閱第 5 章和本計劃的藥房目錄 (zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy)。

第 5.2 節 您為承保藥物 *one-month* 藥量支付的費用

在初始承保階段期間，您分攤的承保藥物費用將會是共付額或共保額。

共付額或共保額的金額取決於分攤費用層級。

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

您為 Part D 承保藥物 *one-month* 藥量支付的費用

層級	標準零售網路內 分攤費用 (最多 30 天藥量)	郵購分攤費用 (最多 30 天藥量)	長期照護 (LTC) 分攤費用 (最多 31 天藥量)	網路外分攤費用 (承保僅限於特定情況；如需詳細資訊，請參閱第 5 章。) (最多 30 天藥量)
分攤費用層級 1 (首選學名藥)	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
分攤費用層級 2 (學名藥)	10% 共保額	10% 共保額	10% 共保額	10% 共保額
分攤費用層級 3 (首選原廠藥)	25% 共保額	25% 共保額	25% 共保額	25% 共保額

第 6 章：您為 D 部分藥物支付的費用

分攤費用層級 4 (非首選藥物)	25% 共保額	25% 共保額	25% 共保額	25% 共保額
分攤費用層級 5 (專科)	25% 共保額	25% 共保額	25% 共保額	25% 共保額
分攤費用層級 6 (精選照護)	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額

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

有關 D 部分疫苗的更多資訊，請參閱本章第 7 節 D 部分疫苗分攤費用。

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

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

如果您取得的某些藥物藥量少於一個月，您將無需支付整月藥量的費用。

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

第 5.4 節 您為 D 部分承保藥物長期（最多 100 天）藥量支付的費用

對於某些藥物，您可以取得長期藥量（也稱為延長藥量）。長期藥量是 最多 100 天藥量。有時藥物的費用會低於您的共付額。在此情況下，您支付較低的藥物價格，而非共付額。

您為 **Part D** 承保藥物 **long-term**（最多 100 天）藥量支付的費用

層級	標準零售分攤費用（網路內） (最多 100 天藥量)	郵購分攤費用 (最多 100 天藥量)
分攤費用層級 1 (首選學名藥)	\$0 共付額	\$0 共付額

第 6 章：您為 D 部分藥物支付的費用

分攤費用層級 2 (學名藥)	10% 共保額	10% 共保額
分攤費用層級 3 (首選原廠藥)	25% 共保額	25% 共保額
分攤費用層級 4 (非首選藥物)	25% 共保額	25% 共保額
分攤費用層級 5 (專科)	25% 共保額	25% 共保額
分攤費用層級 6 (精選照護)	\$0 共付額	\$0 共付額

即使您尚未支付自付額，您需為每種承保胰島素產品（無論其分攤費用層級為何）的 2 個月藥量所支付的金額不會超過 \$70，3 個月藥量則不會超過 \$105。

第 5.5 節 您將停留在初始承保階段，直到您的該年自付費用達 \$2,100

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

您收到的 D 部分 EOB 可協助您追蹤您自己、本計劃和任何第三方在年度中代表您支付了多少費用。並非所有會員每年都會達到 \$2,100 自付費用限制。

如果您達到此額度，我們會通知您。有關聯邦醫療保險如何計算您自付費用的更多資訊，請參閱第 1.3 節。

第 6 節 重大傷病承保階段

在重大傷病承保階段，您不需要支付 D 部分承保藥物的費用。當您的自付費用在日曆年度內達到 \$2,100 的上限時，即進入重大傷病承保階段。一旦您進入重大傷病承保階段，您會停留在此付款階段，直到該日曆年結束。

- 在這個付款階段，針對 D 部分承保藥物，以及我們的加強型福利所承保的排除承保藥物，您不需要支付任何費用。

第 7 節 您為 D 部分藥物支付的費用

有關您支付疫苗費用的重要訊息 – 有些疫苗視為醫療福利，且屬於 B 部分承保範圍。其他疫苗則被視為 D 部分藥物。您可以在本計劃的藥物清單中找到這些疫苗。本計劃免費為您承保大多數成人 D 部分疫苗 即使您尚未支付自付額。有關特定疫苗的承保範圍和分

第 6 章：您為 D 部分藥物支付的費用

攤費用詳細資訊，請參閱本計劃的藥物清單或聯絡 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

我們的 D 部分疫苗接種承保包含 2 個部分：

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

您需為 D 部分疫苗支付的費用，視以下 3 者而定：

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

- 大多數成人 D 部分疫苗皆由 ACIP 推薦，您無需支付任何費用。

2. 您在何處取得疫苗。

- 疫苗本身可能由藥房分發或由醫生診所提供。

3. 誰為您接種疫苗。

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

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

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

以下是您可能接種 D 部分疫苗的 3 個範例。

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

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無須支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您將向藥房支付疫苗本身的 共保額，包括為您施打疫苗的費用。
- 本計劃將支付剩餘費用。

情境二： 您在醫生診間接種 D 部分疫苗。

- 當您接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身的全額，以及醫療機構為您施打的費用。
- 然後，您可以依第 7 章所述程序要求本計劃支付我們應分攤的費用。
- 對大多數的成人 D 部分疫苗，您將獲得您所支付之全額款項的退款。對於其他 D 部分疫苗，您將獲得報銷，報銷金額是您支付的費用減去疫苗接種的 共保額（包含施打）。

第 6 章：您為 D 部分藥物支付的費用

情境三： 您在網路藥房購買 D 部分疫苗，然後帶到您的醫生診間接種疫苗。

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無須為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他的成人 D 部分疫苗，您須向該藥房支付疫苗本身的 共保額。
- 當您的醫師為您接種疫苗時，您可能必須支付此服務的全部費用。
- 然後，您可以依第 7 章所述程序要求本計劃支付我們應分攤的費用。
- 對大多數的成人 D 部分疫苗，您將獲得您所支付之全額款項的退款。

第 7 章：

針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用

第 1 節 針對您的承保服務或藥物，您應要求我們支付我們應分攤費用的情況

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

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

以下範例為您可能需要要求本計劃為您退款或支付您所收到帳單的情況：

1. 當您從本計劃網路外醫療機構獲得急救或緊急需求醫療照護時

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

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

2. 當網路醫療機構寄給您認為不應支付的帳單時

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

第 7 章：針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用

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

3. 如果您回溯投保本計劃

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

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

4. 當您使用網路外藥房配取處方藥時

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

請留存您的收據，並在您要求就我們應分攤的費用退款給您時，寄送一份副本給我們。請記住，我們僅在有限的情況下承保網路外藥局。請參閱第 5 章第 2.4 節以瞭解這些情況。您在網路外藥房支付的藥物費用，與我們會支付給網路內藥房的金額之間的差額，我們並不會退還給您。

5. 當您因未攜帶本計劃會員卡，而支付處方藥的全額費用時

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

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

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用時

您可能會因為發現該藥物因某些原因未獲承保，而需要支付處方藥的全額費用。

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

當您向我們寄送付款申請時，我們將審查您的申請，並決定是否應承保該服務或藥物。這稱為做出**承保決定**。如果我們決定應該承保，我們將為該服務或藥物支付我們應分攤的費用。如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。第 9 章說明如何提出上訴的資訊。

第 7 章：針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用

第 2 節 如何要求我們退款或支付您收到的帳單

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

將您的付款要求連同任何帳單或收據郵寄給我們，地址為：

福全健保 (Clever Care Health Plan)
Attn: Claims Department
7711 Center Ave., Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

CVS Caremark
Attn: Claims Department
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072

第 3 節 我們將考慮您的付款要求，並表示同意或不同意

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

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

第 3.1 節 如果我們告知您我們不會支付該醫療照護或藥物的全部或部分費用，您可以提出上訴

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

第 8 章

您的權利和責任

第 1 節 本計劃必須尊重您的權利及文化敏感性

第 1.1 節 **We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, large print, or other alternate formats, etc.)**

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We provide written materials in these languages: English, Chinese (Traditional), Korean, Vietnamese, and Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services at 1-833-388-8168 (TTY users call 711).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with a Grievance & Appeals representative at 1-833-388-8168. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

本計劃必須確保所有服務（無論是臨床和非臨床）均以符合文化敏感度的方式提供，並使所有投保人（包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙者或具有不同文化和種族背景者）皆可獲得這些服務。本計劃可能滿足這些方便取用要求的範例包括但不限於提供筆譯

第 8 章 您的權利和責任

服務、口譯服務，或透過失聰專用電話裝置或聽障專線 (TTY) (文字電話或失聰專用電話裝置) 連線。

本計劃提供免費口譯服務，為非使用英語的會員解答疑問。如果您有需要，我們也可免費以點字版、大字版或其他替代格式為您提供資訊。按照規定，我們必須使用對您而言合適且方便取用的格式，為您提供本計劃福利相關資訊。若要以對您而言合適的方式從我們這裡取得資訊，請致電會員服務，電話是 1-833-808-8153 (普通話) 或者 1-833-808-8161 (粵語) (聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711)。

本計劃必須為女性投保人提供相關選項，方便他們直接前往網絡內婦女健康專科醫生處進行婦女例行性和預防性的醫療保健服務。

如果本計劃網絡內沒有特定專科的醫療機構，本計劃有責任在網絡外尋找能為您提供必要護理服務的專科醫療機構。在這種情況下，您只需要支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡內沒有專科醫生提供所需的服務，請致電本計劃諮詢相關資訊，以瞭解如何以網絡內分攤費用取得該服務。

如果無法透過對您而言合適且方便取用的格式從我們這裡取得資訊、到婦女健康專科醫生處看診或尋找網絡內專科醫生，請致電聯絡申訴與上訴代表 1-833-808-8153 (普通話) 或者 1-833-808-8161 (粵語) 以提出申訴。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向聯邦醫療保險 (Medicare) 提出申訴，或者直接向民權辦公室 (1-800-368-1019，聽障專線 (TTY) 1-800-537-7697) 提出申訴。

우리 플랜은 임상 및 비임상의 모든 서비스가 문화적 요구를 충족하는 방식으로 제공되며, 또한 영어 능력이 제한적이거나 읽기 능력이 제한적이거나 청각 장애가 있거나 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함한 모든 가입자가 이용할 수 있는 형태로 제공되도록 조치할 의무가 있습니다. 우리 플랜이 이러한 이용 요구를 충족시킬 수 있는 방법에는 번역 서비스, 통역 서비스, 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결 제공 등이 있지만 이에 국한되지 않습니다.

영어를 사용하지 않는 가입자는 우리 플랜에 질문할 때 무료 통역사를 이용하실 수 있습니다. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 큰 활자 또는 다른 대체 형식으로 작성된 정보를 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. 우리는 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방법으로 정보를 얻고자 하시면 회원 서비스에 1-833-808-8164 (TTY 사용자는 711)번으로 전화하시기 바랍니다.

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

우리 플랜의 네트워크 내에서 전문 분야 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우, 귀하에게 필요한 서비스를 제공할 네트워크 외의 전문 서비스 제공자를 찾는 것은 우리 플랜의 책임입니다. 이 경우 귀하는 네트워크 내 비용 부담액만 지불합니다. 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 우리 플랜의 네트워크 내에 없는 상황이라면, 우리 플랜에 전화하여 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 받을 수 있는 곳을 알아보십시오.

우리 플랜으로부터 귀하에게 접근 가능하고 알맞은 형식으로 정보를 얻거나 여성 건강 전문의 또는 네트워크 내 전문의를 찾는데 어려움이 있는 경우 고충 및 이의 제기 담당자에게 1-833-808-8164 에 전화하여 고충을 제기하십시오. 또한 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 직접 민권실에 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 전화하여 불만을 제기하실 수도 있습니다.

第 8 章 您的權利和責任

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos quienes tengan un conocimiento limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablen inglés. También podemos brindarle información en braille, letra grande y otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicios a los Miembros al 1-833-388-8168, (usuarios de TTY llamen al 711).

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

Si no hay proveedores de la red de nuestro plan disponibles para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que puedan brindarle la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja ante un representante de quejas y apelaciones al 1-833-388-8168. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để giải đáp thắc mắc của các hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, bản in cỡ chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện cho Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-808-8163 (Người dùng TTY xin gọi 711).

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

第 8 章 您的權利和責任

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

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể tiếp cận được và phù hợp với quý vị, gặp một bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, hãy gọi điện để gửi đơn khiếu nại với một chuyên viên về Khiếu nại & Kháng nghị theo số 1-833-808-8163. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân quyền theo số điện thoại 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

第 1.2 節 我們必須確保您及時取得承保服務和藥物

您有權選擇 主治醫生 (PCP) 由本計劃網路內的 提供及為您安排承保服務。您也有權利不必透過轉診，即於女性健康診所就診（如：婦科醫生）。我們不會要求您取得轉診以前往網路內醫療機構就診。

您有權於合理時間範圍內，向本計劃醫療機構網路約診和取得承保服務。這包括當您需要照護的時候，向專科醫生取得及時服務的權利。您也有權不需久候，於任一間網路藥房取得您的處方藥或續配處方藥。

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

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊隱私

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

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

我們如何保護您的健康資訊隱私？

- 我們確保未經授權的人無法看到或更動您的紀錄。
- 除以下所述情況外，如果我們打算將您的健康資訊，提供給未提供您照護或支付照護費用的任何人，我們必須取得您或經過您合法授權人士的書面許可，以便先為您做出決定。
- 在某些例外情形下，我們不必事先取得您的書面同意。這些例外情形為法律允許或規定。
 - 例如，我們必須向稽查照護品質的政府機關釋出健康資訊。

第 8 章 您的權利和責任

- 因為您透過聯邦醫療保險成為本計劃的會員，我們必須向聯邦醫療保險提供您的健康資訊，包括您的 D 部分藥物資訊。如果聯邦醫療保險將您的資訊用於研究或其他用途，這將根據聯邦法令和規章辦理；通常規定不得共享得以辨識您身分的資訊。

您可以在您的記錄中看到這些資訊，並瞭解分享給他人的情形

您有權查看您在本計劃的醫療紀錄，並取得您的記錄副本。我們可以向您收取副本製作費用。您也有權要求我們增加或修正您的醫療紀錄。如果您要求我們這麼做，我們將與您的健康照護提供者諮詢，以決定是否需要變更。

您有權知道您的健康資訊基於非常態性目的而分享給其他人的情形。

如果您對於您的個人健康資訊隱私有問題或疑慮，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

隱私措施聲明

Clever Care of Golden State Inc. 係 Clever Care Health Plan, Inc. 的獨資子公司（以下簡稱為福全健保），其須依法保護您健康資訊的隱私。我們也必須提供您本隱私措施聲明，其解釋我們如何使用關於您的資訊以及我們何時可以提供或將該資訊「揭露」給他人。本聲明也敘述您對您的健康資訊的權利。我們有義務遵守本聲明中所述條款，並根據適用的聯邦和州隱私法律保護您的健康資訊。

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

我們有權更改我們的隱私措施以及本聲明的條款。如果我們對隱私措施做出重大更改，我們將在下一年度分發時向您提供修訂後的聲明或資料變更的相關資訊，並告知您如何取得修訂後的聲明。

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

福全健保會收集與維護口頭、書面、電子形式的資訊，以管理我們的業務並為我們的投保人提供產品、服務及重要資訊。根據適用州及聯邦法，我們維護實體、電子及程序式安全防护以處理和維護我們投保人的資訊，以降低遺失、損壞或濫用的風險。

我們如何使用或揭露資訊

我們必須使用及揭露您的健康資訊以提供該資訊：

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

第 8 章 您的權利和責任

我們獲法律允許基於與您的治療、您的醫療保健付款及營運我們的業務有關的目的使用及揭露您的受保護健康資訊 (PHI)。這包括與醫療保健機構、藥房和涉及您照護的其他實體分享資訊。例如，我們可能使用或揭露您的健康資訊：

用於支付我們應付的保費，以確定您的保險範圍，以及處理您的醫療保健服務理賠，包括取代或協調您可能擁有的其他福利。例如，我們可能會告訴醫生您是否有資格獲得承保，以及帳單中可以給付的比例。

用於治療。我們可能會使用或揭露健康資訊，以協助治療或協調照護過程。例如，我們可能會向您的醫生或醫院揭露資訊，以幫助他們為您提供醫療照護。

用於醫療保健作業。我們可能會根據需要使用或揭露健康資訊，以營運和管理我們的業務活動；此業務活動與提供和管理您的醫療保健承保範圍相關。例如，我們可能會與您的醫生討論，針對疾病管理或保健計劃提供建議，以協助改善您的健康，或者我們可能會分析資料，以確定我們可以如何改善服務。我們也可能根據適用法律去除可識別身分的健康資訊。去除可識別身分的資訊後，這些資訊將不再受本聲明之約束，我們可能會將該資訊用於任何合法目的。

為您提供健康相關計劃或產品方面的資訊，例如替代醫學治療和計劃，或關於健康相關產品和服務的資訊，但需遵守法律限制。

用於計劃贊助商。如果您是透過雇主贊助的團體健保計劃投保，我們可能會與計劃贊助商分享摘要健康資訊以及投保和退保資訊。此外，如果計劃贊助商同意根據聯邦法律使用和揭露資訊的相關特殊限制，我們可能會基於計劃管理的目的，與計劃贊助商分享其他健康資訊。

用於承保目的。我們可能會基於承保目的使用或揭露您的健康資訊，但我們不會基於此類目的使用或揭露您的基因資訊。

用於提醒。我們可能會使用或揭露健康資訊，以便向您發送有關福利或照護的提醒，例如為您提供醫療照護之醫療機構的預約提醒。

在有限的情況下，**我們可能**基於以下目的而使用或揭露您的健康資訊：

按法律要求。如果法律有此要求，我們可能會揭露資訊。

向您的照護相關人員揭露資訊。如果您喪失行為能力或在緊急情況下，或者當您提供口頭同意、書面授權，或有機會選擇時表示同意或未表示反對，我們可能會使用您的健康資訊，或者向參與您的照護或幫助您支付照護費用的人員（例如家庭成員）揭露您的健康資訊。如果您在緊急情況下無行為能力或無法表示反對，我們將運用最佳判斷決定此項揭露是否符合您的最佳利益。特殊規則適用於我們可能將健康資訊揭露給涉及身故個人照護的家庭成員以及其他人的情況。除非我們清楚如此做會與身故者生前明確表達的偏好不一致，否則我們可能會在對象身故之前、照護身故者期間為身故者支付照護費用時，向涉及的任何人員揭露健康資訊。

基於公共衛生活動，例如向公共衛生機構報告或預防疾病爆發。

第 8 章 您的權利和責任

用於向獲得法律授權可接收此類資訊的政府機關**報告虐待、疏忽或家庭暴力的受害者**，包括社會服務或保護服務機構。

基於健康監督活動，向法律授權活動的健康監督機構揭露資訊，例如發放許可證、政府審計以及欺詐和濫用調查。

基於司法或行政訴訟，例如回應法院命令、搜查證或傳票。

基於執法目的。我們可能基於某些目的向執法官員揭露您的健康資訊，例如提供有限資訊以尋找失蹤人口或舉報犯罪行為。

避免對您、其他人或公眾的健康或安全構成嚴重威脅，例如向公共衛生機構或執法機構揭露資訊，或當發生緊急情況或天然災害時。

基於專門的政府職能，例如軍事和退伍軍人活動、國家安全和情報活動，以及總統和其他人員的保護服務。

基於勞工賠償要求，依據管理工作相關傷害或疾病的國家工人賠償法所授權，或者遵守前述法律所需。

基於研究目的，例如與評估某些治療或者疾病或殘障預防相關的研究，前提是該研究符合聯邦隱私法規定。

提供有關身故者的資訊。我們可能會依據法律授權向驗屍官或法醫揭露資訊，以確定死亡者身分以及確定死亡原因。我們也可能會視需要向喪葬承辦者揭露資訊，以利其履行職責。

基於器官勸募目的。我們可能會使用資訊或將資訊揭露給負責器官、眼睛或細胞組織勸募、存放或移植業務的實體，以促進捐贈和移植。

向懲教所或執法官員揭露，如果您是懲教所的受刑人或者受執法官員的監管，但僅在以下必要情況 (1) 用於懲教所為您提供醫療保健照護；(2) 保護您以及他人的健康和安全；或確保懲教所的安全和保障。

向業務夥伴：向代表我們履行職能或為我們提供服務的業務夥伴揭露資訊，前提是相關資訊對此類職能或服務具有必要性。根據與我們簽訂的合約以及美國聯邦法律，我們的業務夥伴需要保護您資訊的隱私，不得在本合約規定以及聯邦法律允許以外的範圍使用或揭露任何資訊。

有關資訊使用和揭露的其他限制。

特定聯邦和州法律可能要求實施特殊的隱私保護措施，以限制特定健康資訊的使用和揭露，包括有關您的高度機密資訊。這些法律可能保護以下類型的資訊：

- 酒精和物質濫用
- 生物辨識資訊
- 兒童或成人虐待或忽視，包括性侵犯

第 8 章 您的權利和責任

- 傳染病
- 基因資訊
- HIV／愛滋病
- 心理健康
- 未成年人資訊
- 處方
- 生殖健康
- 性傳播疾病

如果本聲明上述的健康資訊之使用或揭露受到適用於我們之其他法律的禁止或實質限制，則我們旨在符合較嚴峻法律的要求。

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

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

我們的責任

我們有法律義務維護維護您受保護的健康資訊的隱私和安全。如果發生可能會損害您資訊的隱私或安全的違規行為，我們將依法立即通知您。我們必須遵守本聲明中所述的職責和隱私措施，並在您索取時提供本聲明的副本。

您享有的權利

您對自己的健康資訊享有以下權利：

您有權要求限制基於治療、支付或醫療保健營運使用或揭露您的資訊。您還有權要求將揭露對象限定為家庭成員或涉及您的醫療保健或醫療保健款項支付的其他人。我們同時還有關於受撫養者存取權的政策，您的受撫養家屬可依此請求某些限制。**儘管我們將盡一切努力接納您的要求並履行符合我們政策的要求，但請注意，除非法律要求，否則我們無須同意任何限制。**

您有權要求以不同方式或在不同地點接收機密通訊（例如，將資訊發送至郵政信箱，而不是您的住家地址）。如果揭露您的全部或部分健康資訊可能會對您個人構成危害，我們將接納合理的要求。在某些情況下，我們會接受您要求接收機密通訊的口頭申請，但我們也可能要求您以書面形式確認您的要求。此外，任何修改或取消先前機密通訊的要求，都必須以書面形式提出。將您的要求郵寄至下列地址。

第 8 章 您的權利和責任

您有權查看並獲得我們所維護的關於您的某些健康資訊，例如索賠和病例或醫療管理記錄。如果我們以電子形式維護您的健康資訊，您有權要求我們以電子格式向您發送健康資訊副本。您還可以要求我們將您的資訊副本提供給您確認的第三方。在某些情況下，您可能會收到此健康資訊的摘要。您必須提出書面要求以檢查和複製您的健康資訊，或者將您的資訊發送給第三方。將您的要求郵寄至下列地址。在少數特定情況下，我們可能會拒絕您檢查和複製健康資訊的要求。如果我們拒絕您的要求，您有權複查拒絕的原因。我們可能針對索取的任何副本收取合理費用。

如果您認為有關您的健康資訊錯誤或不完整，**您有權要求修改**我們所維護的關於您的特定健康資訊，例如索賠和病例或醫療管理記錄。您必須採取書面形式提出要求，並提供要求修改的原因。將您的要求郵寄至下列地址。如果我們拒絕您的要求，您可以在健康資訊中加入有關不同意內容的聲明。

您有權收到一份明細，其中列有我們在您提出要求之前的六年間對您的資訊進行的某些揭露。此明細將不包括下列情形的資訊揭露：(i) 基於治療、付款和醫療保健的運作目的；(ii) 向您或根據您的授權所作的揭露；以及 (iii) 對懲教所或執法官員所作的揭露；以及 (iv) 聯邦法律不要求我們提供明細的其他揭露。

您有權獲得本聲明的紙本副本。您可隨時索取本聲明的副本。即使您已同意以電子形式收到本聲明，您仍有權獲得本聲明的紙本副本。如果我們有維護網站，我們將在網站上發布修訂後聲明的副本。您還可以在您的網站上獲得本聲明的副本，網址為：
zh.clevercarehealthplan.com。

行使您的權利

聯絡您的 Health Plan。如果您對本聲明有任何疑問，或希望瞭解有關如何行使權利的資訊，請致電您的健保計劃 ID 卡上的免付費會員電話號碼，或者致電會員服務免付費電話 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY)：711），服務時間為 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日，平日上午 8 時至晚上 8 時。

提交書面請求。

您可以郵寄書面要求以行使您的任何權利，包括修改或取消機密通訊、索取記錄副本，或要求修改記錄，郵寄地址如下：

福全健保 (Clever Care Health Plan)
Attn: Privacy Officer
7711 Center Ave., Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

或者，您也可以透過電子郵件提交申請至：compliance@ccmapd.com

提出申訴。

第 8 章 您的權利和責任

如果您認為自己的隱私權遭到侵犯，可以按上述地址向我們提出申訴。您還可以向美國衛生及公共服務部部長提出申訴。法律禁止我們以任何方式報復您提出投訴。您決定提出投訴不會影響您的福利或您接受的照護。

財務資訊隱私權聲明

本聲明描述我們會如何使用與揭露有關您的財務資訊。請仔細檢閱。

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

我們收集的資訊

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

- 透過您的申請表或其他表格所收到的資訊，例如姓名、地址、年齡、醫療資訊和社會安全號碼。
- 與本公司、我們的附屬公司或其他人交易的相關資訊，例如支付保費和索賠記錄。
- 來自消費者報告機構的資訊。

資訊揭露

除非法律要求或允許，否則我們不會向非附屬第三方揭露有關我們的投保人或先前投保人的個人財務資訊。舉例來說，在我們的一般業務實務過程中，在法律允許的情況下，我們可能在未經您授權下，向以下類型機構揭露我們收集之有關您個人的任何財務資訊，包括但不限於：

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

保密性和安全性

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

有關本聲明的問題

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

第 8 章 您的權利和責任

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

身為 福全健保全加計劃 的會員，您有權向我們取得多種資訊。

如果您想要下列任何資訊，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）：

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

第 1.5 節 您有權知道您的治療選項及參與您的照護決定

您有權從您的醫生或其他醫療保健機構取得完整資訊。您的醫療機構必須以您能理解的方式說明您的醫療情況和您可選擇的治療方式。

您也有權全程參與有關您的醫療保健的決定。為幫助您與醫生做出最適合您的治療決定，以下為您的權利：

- **瞭解您所有的選擇。**您有權被告知所有就您的情況所建議的治療選項，不論其費用多寡或者否為本計劃所承保。這也包括告知本計劃所提供的方案，用於協助會員管理他們的藥物治療和安全用藥。
- **瞭解其中的風險。**您有權被告知任何與您的照護有關的風險。如果有任何建議的醫療照護，或治療方式為研究實驗的一部分，您必須事前被告知。您永遠可以選擇拒絕任何實驗性治療。
- **說「不」的權利。**您有權拒絕任何建議的治療方式。這包括離開醫院或其他醫療場所的權利，即便您的醫生建議您不要離開。您也有權停止用藥。如果您拒絕治療或停止用藥，您須對您的身體產生的後果承擔全部的責任。

如果您無法為您自己做出醫療決定，您有權指示應做事項

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

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

您在這些情況可用來事先提供指示的法律文件稱為**預立醫囑**。文件如**生前預囑**與**醫療保健授權書**即為預立醫囑。

如何擬定預立醫療指示以提供指示：

第 8 章 您的權利和責任

- **取得表單。** 您可以從您的律師、社工或一些辦公用品商店取得預立醫囑表單。有時您可以從提供民眾聯邦醫療保險資訊的組織取得預立醫囑。
- **填寫表單並簽名。** 無論您從何處取得此表單，其都是一份法律文件。請考慮請律師協助您準備填寫。
- **將表單副本交給正確的人。** 請將表單副本交給您的醫生，以及您於表單上指名在您無法做決定時，能代替您做決定的人。您可能也會希望將副本交給親近的友人或親屬。在家保存一份副本。

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

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

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

如果未遵照您的指示

如果您簽署預立醫囑，而且您認為醫師或醫院未遵照裡面的說明，您可以向 California 衛生部提出申訴。

第 1.6 節 您有權提出申訴及要求我們重新考慮我們做出的決定

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

第 1.7 節 如果您認為您受到不公平的對待，或您的權利不受尊重

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

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

- 請致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。
- 致電 SHIP，電話號碼是 1-800-434-0022。
- 聯絡聯邦醫療保險，電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（聽障專線 (TTY) 1-877-486-2048）。

第 1.8 節 如何取得更多與您的權利有關的資訊

從以下單位獲取有關您權利的更多資訊：

- 致電本計劃的會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）

第 8 章 您的權利和責任

- 致電您當地的 **SHIP**，電話號碼是 1-800-434-0022.
- 聯絡聯邦醫療保險
 - 造訪 <https://www.Medicare.gov> 閱讀刊物 *Medicare Rights & Protections*（可在以下網址取得：www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf。）
 - 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（聽障專線 (TTY) 1-877-486-2048）。

第 2 節 您身為本計劃會員的責任

身為本計劃會員，您必須完成的事項如下。如有疑問，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

- 請熟悉您的承保服務與取得這些承保服務時須遵守的規定。請使用 *承保範圍說明書* 來瞭解承保服務，以及取得承保服務時須遵守的規定。
 - 第 3 章和第 4 章說明有關醫療服務的詳細資訊。
 - 第 5 章和第 6 章說明 D 部分藥物承保範圍的詳細資訊。
- 如果您除了本計劃，還有其他承保的健康保險或藥物承保，請務必告訴我們。第 1 章告訴您如何協調這些福利。
- 告知您的醫生和醫療保健機構，您已投保本計劃。當您取得醫療照護或 D 部分藥物時，請出示本計劃的會員卡。
- 藉由提供資訊、提出問題和完成您的照護協助您的醫生和其他幫助您的醫療機構。
 - 為了幫助您獲得最佳照護，請將您的健康問題告知您的醫生和其他醫療機構。遵從您與您的醫生均同意的治療計劃和指示。
 - 請確保您的醫生知道所有您正在服用的藥物，包括非處方藥、維他命和補給品。
 - 如果您有問題，請務必詢問並取得您可以理解的答案。
- 為他人著想。我們期望我們的會員尊重其他病患的權利。我們也期望您的行為有助於您醫生的診所、醫院和其他診所順利運作。
- 支付您的欠款。身為計劃會員，您有責任支付這些費用：
 - 您必須繼續為您的聯邦醫療保險 B 部分支付保費，才能繼續成為本計劃的會員。
 - 對於本計劃承保的多數醫療服務和藥物，您須於取得時支付分攤費用。
 - 如果您必須支付延遲投保罰款，您必須支付罰款才能保有您的藥物承保。
 - 如果您因年收入而須支付 D 部分額外金額，您必須繼續直接支付額外金額給政府，以維持計劃會籍。
- 如果您於本計劃的服務區域內搬家，請告知我們，以利更新您的會員記錄及瞭解如何與您聯絡。
- 如果您搬離計劃服務區域，則您無法維持本計劃會籍。
- 如果您搬家，請告知社會安全局（或鐵路退休委員會）。

第 9 章：

如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 1 節 如果您有問題或疑慮該如何處理

本章說明 2 種處理問題和疑慮的程序：

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

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

本章中的資訊將協助您確定應使用的正確流程和應採取行動。

第 1.1 節 法律術語

本章說明有些規則、步驟和期限類型會使用到的法律術語。這些術語對多數人來說很陌生。為了讓事情更輕鬆，本章使用更熟悉的詞彙取代一些法律術語。

然而，知道正確的法律術語有時很重要。為了幫助您瞭解應該用哪些術語以獲得正確的協助或資訊，當我們提供處理特定情況的詳細資訊時，我們會包含這些法律術語。

第 2 節 可以從哪裡取得更多資訊和個人化協助

我們隨時能協助您。即使您對我們對待您的方式提出申訴，我們仍有義務尊重您申訴的權利。您應隨時致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）尋求協助。在某些情況，您可能也想要從與我們無關聯的人士取得協助或指引。兩個可以幫助您的組織是：

州健康保險援助計劃 (SHIP)

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

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

聯邦醫療保險

您也可以聯絡聯邦醫療保險尋求協助。

- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 請造訪 www.Medicare.gov

第 3 節 您的問題應使用哪個流程

您的問題或疑慮是否與您的福利或承保範圍有關？

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

是。

請參閱第 4 節，承保決定和上訴入門指南。

編號

請參閱第 10 節，如何提出關於照護品質、等待時間、客服和其他方面的申訴。

承保決定和上訴

第 4 節 承保決定和上訴入門指南

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

在您接受服務之前要求承保決定

如果您希望在接受醫療照護之前，知道我們是否承保，您可以要求我們為您做出承保決定。承保決定指我們對您的福利和承保範圍，或我們支付您的醫療照護金額所做出的決定。例如，如果本計劃網路醫生將您轉診至網路外的醫療專科醫生，則該轉診會被視為有利的承保決定；除非您或您的網路醫生能證明您收到了該醫療專科醫生的標準拒絕通知，或**承保範圍說明書**已明確說明轉診服務在任何情況下皆不予承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保特定醫療服務或拒絕提供您認為您需要的醫療照護，您與醫生也可以與我們聯絡並要求承保決定。

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

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

提出上訴

無論是我們在您接受福利之前或之後所做出的承保決定，如果您不滿意，您都可以對該決定提出**上訴**。上訴為要求我們審核和變更已作出之承保決定的正式方式。在某些情況下，

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

您可以要求對該承保決定提出加快或**快速上訴**。您的上訴由不同審核人員處理，而不是做出原先決定的人員。

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

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

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

- 您不需做任何事，即可開始第 2 級上訴。聯邦醫療保險規定如我們不完全同意您的第 1 級上訴，我們會自動將您的醫療照護上訴轉至第 2 級。
- 有關第 2 級醫療照護上訴的更多資訊，請參閱**第 5.4 節**。
- D 部分上訴將在第 6 節中進一步討論。

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

第 4.1 節 取得要求承保決定或提出上訴方面的協助

如果您決定要求任何類型的承保決定或對決定提出上訴，這裡有一些資源：

- 請致電 會員服務 聯絡我們，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）
- 向州健康保險協助計劃免費取得協助
- 您的醫生可以為您提出請求。如果您的醫生協助處理第 2 級之後的上訴，他們必須被指定為您的代表。請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）並索取 代表委任表。（表格也可在 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或造訪我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com 取得。）
 - 對於醫療照護或 B 部分藥物，您的醫生可代表您要求承保決定或第 1 級上訴。如果您的上訴在層級 1 時遭到拒絕，將自動轉交層級 2。
 - 對於 D 部分藥物，您的醫生或其他開立處方者可代表您要求承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴遭拒，您的醫生或開立處方者可以要求第 2 級上訴。
- 您可以要求某人代表您。您可以指名另一人作為您的代表，要求承保決定或提出上訴。
 - 如果您希望由朋友、親戚或其他人來擔任您的代表，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），並索取 代表委任表。（表格也可在 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或造訪我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com 取得。）此表單允許該人士代表您。您與您希望代表您的人士皆須在表單上簽名。您必須提供我們一份完成簽署的表單副本。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

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

第 4.2 節 不同情況的規則和期限

共有 4 種不同的情況需要承保決定和上訴。每種情況都有不同的規則和期限。我們提供以下每種情況的詳細資訊：

- **第 5 節：醫療照護：**如何要求承保決定或提出上訴
- **第 6 節：D 部分藥物：**如何要求承保決定或提出上訴
- **第 7 節：**如果您認為您出院的時間太早，如何要求我們承保更長時間的住院治療
- **第 8 節：**如果您認為您的承保服務太早結束，如何要求我們繼續承保某項醫療服務（*僅適用於以下服務：居家醫療保健、專業之家與綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務*）

如果您不確定哪些資訊適用於您，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。您也可以向 SHIP 取得協助或資訊。

第 5 節 醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴

第 5.1 節 如果您在取得承保醫療照護時遇到問題，或者您希望我們退還您照護分攤費用，該如何處理

您的醫療照護福利如醫療福利圖表第 4 章所述。某些案例中，B 部分藥物的請求適用不同規定。這些案例中，我們將說明 B 部分藥物的規定與醫療項目和服務的規定有何不同。

此節說明如果您為下列 5 種情況的任一種，您可以怎麼做：

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

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

注意：如果停止的承保服務為醫院照護、居家醫療保健、專業護理之家或綜合門診復健設施（**Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF**）服務，請參閱第 7 與第 8 節。這些類型的照護有特殊規定。

第 5.2 節 如何要求我們做出承保決定**法律術語：**

包含您的醫療照護的承保決定稱為**組織裁決**。

快速承保決定即所謂的**加速裁決**。

第 1 步：決定您需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。

醫療項目或服務受我們預先授權規則約束時標準承保決定通常在 7 個日曆天內做出，所有其他醫療項目和服務則為 14 個日曆天內，B 部分藥物則為 72 小時。醫療服務的快速承保決定通常在 72 小時之內做出；對於 B 部分藥物，則於 24 小時之內做出。如欲取得快速承保決定，您必須符合 2 個條件：

- 您只能要求醫療項目和／或服務的承保（不得要求為已獲得的項目和／或服務付款）。
- 只有在使用標準期限可能嚴重損害您的健康或傷害重新恢復功能的能力時，您才可以取得快速承保決定。

如果您的醫生告訴我們，您因健康情況需要快速承保決定，我們將自動同意提供您快速承保決定。

如果您在沒有醫師支持的情況下，自行要求快速承保決定，將由我們決定您的健康情形是否需要我們提供快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您：

- 說明我們將使用標準期限
- 說明如您的醫生要求快速承保決定，我們將自動提供您快速承保決定
- 向您說明對於我們的決定（即提供您標準承保決定，而不是您申請的快速承保決定），您可以要求快速申訴。

第 2 步：請本計劃做出承保決定或快速承保決定。

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

第 3 步：我們會考慮您的醫療照護承保請求，並給您答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準期限。

這表示我們將在收到您對於某受您的預先授權規則約束之醫療項目或服務的請求後，於 7 個日曆日內答覆您。如果您請求的醫療項目或服務不受我們的預先授權規則約束，我們會在收到您的要求後 14 個日曆天內給您答覆。如果您的請求為 B 部分藥物，我們將於收到請求後的 72 小時內答覆您。

- 然而，對於醫療用品或服務的要求，如您要求更多時間，或者如我們需要更多可能有利於您的資訊，則可能延長最多 14 個日曆日。如果我們延長天數，會以

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

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

- 如果您認為我們不應該延長天數，您可以提出快速申訴。一旦做出決定，我們將盡快答覆您的申訴。（提出申訴程序與承保決定及上訴流程不同。請參閱第 10 節以瞭解關於申訴的資訊。）

對於快速承保決定，我們使用加快時限。

快速承保決定是指如果您的請求為醫療用品或服務，我們將於 72 小時內答覆。如果您的請求為 B 部分藥物，我們將於 24 小時內答覆。

- 然而，對於醫療項目或服務的請求，若您要求更多時間，或者若我們需要更多可能對您有利的資訊，則可能需要延長至多 14 天。如果我們延長天數，會以書面形式告知您。若您的請求為 B 部分藥物，則我們無法延長做決定的時間。
- 如果您認為我們不應該延長天數，您可以提出快速申訴。（請參閱第 10 節以瞭解有關申訴的資訊。）我們一做出決定就會打電話給您。
- 如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求，我們便會寄書面聲明給您，說明拒絕的原因。

第 4 步：如果我們拒絕您承保醫療照護的請求，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過提出上訴，要求我們重新考慮該項決定。這表示再次要求獲得您想要的醫療照護承保。若提出上訴，即代表您進入第 1 級上訴流程。

第 5.3 節 如何提出第 1 級上訴

法律術語：

向本計劃上訴醫療承保決定，稱為計劃再議。

快速上訴也稱為加速再議。

第 1 步：決定您需要的是「標準上訴」或「快速上訴」。

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

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

第 2 步：向本計劃提出上訴或快速上訴

- 如果您要求標準上訴，請以書面形式遞交您的標準上訴請求。您也可以致電我們提出申訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，請依書面形式或致電我們提出上訴。第 2 章有聯絡資訊。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

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

第 3 步：我們會考慮您的上訴並答覆您。

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

快速上訴的期限

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

標準上訴的期限

- 針對標準上訴，我們必須在收到您的上訴後，**於 30 個日曆日內**答覆您。如果您的請求為您未獲得的 B 部分藥物，我們將於收到上訴後的**7 個日曆日內**答覆您。如果您的健康情況需要，我們將更快提供決定給您。
 - 對於醫療用品或服務的要求，如您要求更多時間，或者如我們需要更多可能有利於您的資訊，則**可能延長最多 14 個日曆日**。如果我們延長天數，會以書面形式告知您。若您的請求為 B 部分藥物，則我們無法延長做決定的時間。
 - 如果您認為我們不應該延長天數，您可以提出快速申訴。如果您提出快速申訴，我們便會在 24 小時內答覆您的申訴。（有關申訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）
 - 如果我們未於時限內（或於延長期限截止時）答覆您，我們會將您的請求轉送至第 2 級上訴，交由獨立審核組織審核。第 5.4 節說明第 2 級上訴程序。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 如果我們的答覆為同意部分或全部的要求，若為醫療用品或服務請求，我們須於 30 個日曆日內授權或提供承保；如請求為 B 部分藥物，則於 7 個日曆日內授權或提供承保。
- 如果本計劃拒絕您上訴的全部或部分內容，我們將自動將您的上訴轉至獨立審核機構，進行第 2 級上訴。

第 5.4 節 第 2 級上訴程序**法律術語：**

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱作 **IRE**。

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

第 1 步：獨立審核機構會審核您的上訴。

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

如果您第 1 級是快速上訴，則第 2 級也會是快速上訴

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

如果您第 1 級是標準上訴，則第 2 級也會是標準上訴。

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

第 2 步：獨立審核組織會答覆您。

獨立審核組織將以書面方式告知您決定，並說明原因。

- 如果獨立審核組織同意您部分或全部的醫療用品或服務請求，我們須在收到獨立審核組織對於標準請求的決定後，於 72 小時內授權該項醫療照護承保，或在 14 個日曆日內提供該項服務。針對加速請求，從我們收到獨立審核組織的決定之日起，我們有 72 小時的時間。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 如果獨立審核組織同意您部分或全部的 B 部分藥物的請求，我們須在收到獨立審核組織對於標準請求的決定後，於 72 小時內授權或提供該 B 部分藥物。針對加速請求，從我們收到獨立審核組織的決定之日起，我們有 24 小時的時間。
- 如果該組織拒絕部分或全部的上訴，這代表其同意我們，不應核准您對於醫療照護承保的上訴（或您部分的上訴）。（這稱為維持決定或駁回上訴。）在此情況下，獨立審核組織將寄信給您：
 - 解釋決定
 - 如果醫療照護承保的現金價值達到一定的最低標準，則通知您有提出第 3 級上訴的權利。獨立審核組織給您的書面通知將說明您必須符合的金額，以繼續進行上訴流程。
 - 告訴您如何提出第 3 級上訴。

第 3 步：如果您的案件符合條件，則您選擇您是否要繼續上訴

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

第 5.5 節 如果您要求我們支付您收到之醫療照護帳單的分攤費用

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

要求報銷即要求我們做出承保決定

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

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

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

若要提出上訴，請依照第 5.3 節所述的上訴流程。關於報銷的上訴，請注意：

- 我們必須於收到您的上訴後，於 60 個日曆日內答覆您。如果您要求我們退還您已獲得並支付的醫療照護，您不得要求快速上訴。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 如果獨立審核組織裁定我們應支付費用，我們須於 30 個日曆日內將費用寄送給您或醫療機構。如果在第 2 級之後的任一層級上訴流程同意您的上訴，我們須於 60 個日曆日內，寄送您要求的費用給您或醫療機構。

第 6 節 D 部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴**第 6.1 節 本節 如果您在取得 D 部分藥物時遇到困難，或者您希望我們退還 D 部分藥物的費用，該如何處理**

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

- 如果您不知道某種藥物是否獲得承保或您是否符合規定，您可以詢問我們。部分藥物您需要獲得我們的核准，我們才會承保。
- 如果您的藥房告訴您，您的處方箋無法按所載內容領取，藥房將提供書面通知給您，說明如何與我們聯絡，以要求承保決定。

D 部分承保決定和上訴**法律術語：**

對於您的 D 部分藥物所做的最初承保決定，稱為**承保裁定**。

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

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

如果您不同意我們做出的承保決定，可以對我們的決定提出上訴。

本節說明如何要求承保決定與如何提出上訴。

第 6.2 節 要求例外處理

法律術語：

要求承保不在藥物清單上的藥物為**處方集例外處理**。

要求免除承保某項藥物的限制為**處方集例外處理**。

要求以較低價格支付非首選承保藥物為**層級例外處理**。

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

如果要我們考慮您的例外處理請求，您的醫生或其他開立處方者必須解釋您需要取得例外核准的醫療原因。以下 2 個您、您的醫生或其他開立處方者可以要求我們進行例外處理的案例：

1. **承保不在本計劃藥物清單上的 D 部分藥物。** 如果我們同意承保不在藥物清單上的藥物，您必須支付適用於我們所有的藥物的分攤費用。您不能要求以例外處理本計劃要求您支付藥物的分攤費用。
2. **免除某項承保藥物的限制。** 第 5 章說明適用於我們藥物清單上特定藥物的額外規則或限制。如果我們同意為您以例外處理並免除限制，您可以要求我們以例外處理您須支付的藥物分攤費用金額。
3. **更換為較低分攤費用層級的承保藥物。** 在藥物清單上的藥物可分為六個分攤費用層級。一般而言，數字越小，分攤費用層級越低，您須支付的藥物分攤費用越少。
 - 如果我們的藥物清單包含可治療您的病症的替代藥物，該藥物的分攤費用層級低於您的藥物，您可以要求我們以適用該替代藥物的分攤費用承保您的藥物。
 - 如果您正在使用的藥物是生物製劑，您可以要求我們以較低的分攤費用承保您的藥物。這包含用於治療您病症之生物製劑替代品的最低層級費用。
 - 如果您使用的藥物為原廠藥，您可以要求我們以可治療您的病症的原廠藥替代品之所在最低層級的分攤費用，來承保您的藥物。
 - 如果您使用的藥物為學名藥，您可以要求我們以可治療您的病症的原廠藥或學名藥替代品之所在最低層級的分攤費用，來承保您的藥物。
 - 您不能要求我們更改以下層級的任何藥物的分攤費用：層級 5。
 - 如果我們核准您的層級例外處理申請，且包含您無法使用的替代藥物的較低分攤費用層級不只一個，則您通常支付最低金額。

第 6.3 節 要求例外處理的重要須知

您的醫生務必告知我們醫療原因

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

在我們的藥物清單上，治療特定病症的藥物通常不只一種。這些不同的可能選項，稱為**替代藥物**。如果替代藥物與您要求的藥物同樣有效，且不會造成更多副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理請求。如果您要求層級例外處理，我們通常不會核准

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

您的要求，除非所有較低分攤費用層級的替代藥物不具相同療效，或可能造成負面影響或其他傷害。

我們可以同意或拒絕您的要求

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

第 6.4 節 如何要求承保決定，包括例外處理**法律術語：**

快速承保決定稱為**加速承保裁定**。

第 1 步：決定您需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。

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

如果您因健康情況需要，可要求我們提供您快速承保決定。如欲取得快速承保決定，您必須符合 2 個條件：

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

第 2 步：要求「標準承保決定」或「快速承保決定」。

請來電、寫信或傳真給本計劃，要求我們授權或承保您希望的醫療照護。您也可以透過我們的網站進入承保決定程序。我們必須接受任何書面申請，包括以 **CMS 制式承保裁決申請表** 提出的申請，或以我們計劃的表格提出的申請，該表單可於我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com 取得。第 2 章有聯絡資訊。為了協助我們處理您的要求，請附上您的姓名、聯絡資訊以及顯示哪個被拒絕的申請正在上訴的資訊。

您、您的醫生（或其他開立處方者）或您的代表都可提出。您也可以請律師來代表您。第 4 節會告訴您該如何透過書面同意書，讓其他人成為您的代理人。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

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

第 3 步：我們會考慮您的要求並答覆您。**快速承保決定的期限**

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

關於您未獲得之藥物的標準承保決定期限

- 我們通常必須在收到您的要求後，於 **72 小時內** 答覆您。
 - 針對例外處理，我們收到您醫生的佐證聲明後，於 72 小時內答覆您。如果您的健康情況有需要，我們會更快回覆。
 - 如果我們未於截止日期前答覆，則須將您的要求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核組織審核。
- 如果我們的答覆是同意部分或全部的要求，我們必須在收到您的要求或醫生的佐證聲明後，於 72 小時內提供我們同意的承保範圍。
- 如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求，我們便會寄書面聲明給您，說明拒絕的原因。我們也會告知您可以如何上訴。

有關支付您已購買之藥物的標準承保決定期限

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

第 4 步：如果我們拒絕您的承保要求，您可以提出上訴。

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

第 6.5 節 如何提出第 1 級上訴

法律術語：

向本計劃上訴 D 部分藥物承保決定，稱為計劃**重新裁定**。

快速上訴也稱為**加速重新裁定**。

第 1 步：決定您需要的是「標準上訴」或「快速上訴」。

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

- 如果您正在上訴我們對於您未獲得之藥物所做的決定，您和您的醫生或其他開立處方者將需決定您是否需要快速上訴。
- 提出快速上訴的條件與本章第 6.4 節的提出快速承保決定相同。

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

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

第 3 步：我們會考慮您的上訴並答覆您。

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

快速上訴的期限

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

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

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

關於您未獲得之藥物的標準上訴期限

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

有關支付您已購買之藥物的標準上訴期限

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

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

- 如果您決定再次上訴，這表示您即將進行第 2 級上訴流程。

第 6.6 節 如何提出第 2 級上訴**法律術語：**

獨立審核組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱作 **IRE**。

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

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

- 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，寄給您的書面通知將包括如何向獨立審核組織提出第 2 級上訴的指示。這些指示將說明誰可以提出第 2 級上訴、您應遵循的期限，以及如何與獨立審核組織聯絡。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 自書面通知上的日期起算，**請務必於 65 個日曆日內提出上訴請求。**
- 如果我們沒有在適用的時限內完成審查，或對我們的藥物管理計劃下 **at-risk** 的裁決做出不利決定，我們會自動將您的請求轉送至獨立審核組織。
- 我們將傳送您的上訴資訊給獨立審核組織。這些資訊稱為您的**案件檔案**。您有**權要求我們提供您的案件檔案副本**。我們可以向您收取複製和寄送此資訊給您的費用。
- 您有權提供額外的資訊給獨立審核組織，以支持您的上訴。

第 2 步：獨立審核機構會審核您的上訴。

獨立審核組織的審核人員會仔細檢視所有您上訴的相關資訊。

快速上訴的期限

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

標準上訴的期限

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

第 3 步：獨立審核組織會答覆您。**對於快速上訴：**

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

對於標準上訴：

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

如果獨立審核組織拒絕您的上訴，您可以怎麼做？

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

- 解釋決定。
- 如果您要求之藥物承保的現金價值達到一定的最低標準，則告知您提出第 3 級上訴的權利。如果您要求的承保藥物現金價值過低，您不能再次提出上訴，第 2 級決定即為最終決定。
- 通知您爭議中的現金價值必須達到多少，才能繼續進行上訴流程。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 4 步：如果您的案件符合條件，則您選擇您是否要繼續上訴。

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

第 7 節 如果您認為您出院的時間太早，如何要求我們承保更長時間的住院治療

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

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

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

第 7.1 節 於您住院治療期間，將收到聯邦醫療保險說明關於您的權利的書面通知

住院後 2 個日曆日內，您將收到一份來自聯邦醫療保險的書面通知，名為「*An Important Message from Medicare about Your Rights*」（聯邦醫療保險說明您相關權益的重要訊息）。所有投保 Medicare 的人都會收到本通知的副本。如果您未收到醫院人員（例如社會工作者或護理師）的通知，請向任何醫院員工索取。如果您需要協助，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），或者 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048)。

1. 請仔細閱讀這份通知，如有不懂的地方，請提出問題。 它告訴您：

- 您有權於住院期間或出院後依照醫囑獲得聯邦醫療保險承保的服務。這包括知道服務內容、誰會為其付款，以及何處可取得這些服務的權利。
- 您有權參與有關住院的任何決定。
- 有關醫院照護品質的疑慮可以回報到何處。
- 如果您認為醫院讓您太早出院，您有權**要求立即審核**讓您出院的決定。這是正式且合法的途徑，用於要求延後您的出院日期，以便我們承保更長的醫院照護期間。

2. 我們會要求您在書面通知上簽名，確認您已收到且瞭解自身權利。

- 您或代表您的人會被要求在通知上簽名。
- 簽署通知**僅**表示您已收到有關您權利的資訊。該通知不會提供您的出院日期。簽署通知**不代表**您同意出院日期。

3. 請保留您的通知，當您需要上訴（或回報照護品質疑慮）時，您可立即取得相關資訊。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 如果您在出院的 2 個日曆日之前簽署通知，您將在排定離院前收到另一份通知。
- 如需提前查看本通知，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），或者 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。您也可以上網取得通知，網址 <https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>。

第 7.2 節 如何提出第 1 級上訴，以變更您的出院日期

若要要求我們承保更長的住院治療服務期間，請透過上訴流程提出要求。開始之前，請先瞭解您需要做什麼和截止日期為何。

- 請遵守此流程
- 請遵守截止日期
- 如果您有需要，請尋求協助。如果您有疑問或需要協助，請致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。或致電您的州健康保險援助計劃 (SHIP) 尋求個人化協助。SHIP 聯絡資訊請見第 2 章第 3 節。

第 1 級上訴期間，由品質促進組織審核您的上訴。該組織將確認您計劃的出院日期是否適合您的醫療情況。品質促進組織是一個由執業醫生和其他醫療保健專家所組成的組織，由聯邦政府資助，檢視並協助改善提供給聯邦醫療保險投保人的照護。這包括審核聯邦醫療保險投保人的出院日期。這些專家並不屬於本計劃。

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

如何聯絡這個組織？

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

儘快行動：

- 如要上訴，您必須在離院前至離院當天午夜前聯絡品質促進組織。
 - 如果您在時間內提出上訴，在您等待品質促進組織做出決定前，便可在出院日後繼續住院且無需另外付款。
 - 如果您未趕上此期限，請聯絡我們。如果您決定在預計出院日期後繼續住院，您可能必須全額支付預計出院日後所獲得醫院照護的費用。
- 一旦您要求對您的出院進行立即審查，品質促進組織將與我們聯絡。在我們接獲聯絡後的次日中午之前，我們會給您一份詳細的出院通知。本聲明會告知您的預計出院日，並詳細說明您的醫施、醫院和我們認為您適合此時出院（醫學上合適）的原因。
- 您可以致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），或者 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，索取詳細的出院通知範例。（聽障專線 (TTY) 使用者請致電

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

1-877-486-2048。）或者，您也可以上網取得通知範例，網址為 <https://www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>。

第 2 步：品質促進組織會針對您的案子進行獨立審核。

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

第 3 步：收到所有必要資料後一天內，品質促進組織便會給予關於上訴的答覆。**如果上訴成功，會發生什麼事？**

- 如果獨立審核組織核准，只要這些服務為醫療上必需，我們必須持續提供您住院治療服務的承保。
- 您還是需要繼續支付開銷中您需負擔的部份（例如自付額或共付額，若適用）。除此之外，對於您醫院服務的承保或許有一些限制。

如果上訴失敗，會發生什麼事？

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

第 4 步：如果第 1 級上訴沒有通過，您可以決定是否再次提出上訴。

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

第 7.3 節 如何提出第 2 級上訴，以變更您的出院日期

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

第 1 步：請再次聯絡品質促進組織並要求再次審核。

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

第 2 步：品質促進組織會針對您的情況進行第二次審核。

- 品質促進組織的審核人員會再次仔細檢視您上訴的相關資訊。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

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

如果獨立審核組織核准您的上訴：

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

如果獨立審核組織駁回您的上訴：

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

第 4 步：如果答覆仍是不同意，您需要決定是否要進入第 3 級上訴。

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

第 8 節 如果您覺得承保太早結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務

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

當我們決定應停止為您承保上述 3 種照護的任一種時，我們必須提前告知您。您照護的承保結束時，我們會停止支付我們對於您的照護所應分攤的費用。

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

第 8.1 節 我們會提前知會您承保結束之日期

法律術語：

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

1. 您最晚會在本計劃即將停止承保您的照護至少 2 個日曆日前收到書面通知。該通知告訴您：

- 我們將停止為您承保該照護的日期。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 如何要求快速上訴，以要求我們繼續為您的照護承保更長時間。
2. 您或代表您的人將必須在書面通知上簽名，證明您已確實收到。簽署此通知僅代表您已收到有關承保結束時間的資訊。在上面簽名並不表示您同意本計劃停止照護的決定。

第 8.2 節 如何提出第 1 級上訴，讓本計劃延長您照護的承保

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

- 請遵守此流程。
- 請遵守截止日期。
- 如果您有需要，請尋求協助。如果您有疑問或需要協助，請致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。或致電您的州健康保險援助計劃 (SHIP) 尋求個人化協助。SHIP 聯絡資訊請見第 2 章第 3 節。

第 1 級上訴期間，由品質促進組織審核您的上訴。 其將決定您照護的結束日期在醫療上是否適當。**品質促進組織**是一個由執業醫生和其他健康照護專家所組成的組織，由聯邦政府資助，檢視並協助改善提供給聯邦醫療保險投保人的照護。這包括審核本計劃的決定，內容為何時停止承保特定類型的醫療照護。這些專家並不屬於本計劃。

第 1 步：提出第 1 級上訴：聯絡品質促進組織並要求快速上訴。您必須儘快行動。

如何聯絡這個組織？

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

儘快行動：

- 您必須在**聯邦醫療保險不予承保通知**上所載的**有效期限當日中午前**，聯絡品質促進組織並開始您的上訴。
- 如果您錯過截止日期，而您希望提出上訴，您仍然享有上訴權利。使用**聯邦醫療保險不予承保通知**上的聯絡資訊聯絡品質改進組織。亦可參考第 2 章，找到您所在州的品質促進組織名稱、地址與電話號碼。

第 2 步：品質促進組織會針對您的案子進行獨立審核。

法律術語：
不予承保之詳細說明。提供終止承保詳細理由的通知。

審核時會發生什麼事？

- 品質促進組織的健康照護專家（審核人員）將會詢問您或您的代表，您認為需要繼續承保這些服務項目的原因。您不需另外準備任何書面資料，但如果您願意也可以準備。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 獨立審核組織也將瞭解您的醫療資訊、和醫生討論，並審核本計劃提供給他們的資訊。
- 在審核人員告知我們對於您上訴的決定的當日結束前，您會收到一份我們寄出的「不予承保之詳細說明」，向您清楚解釋我們不再繼續承保您的服務的原因。

第 3 步：審核人員獲得所有所需資訊後，會在一天內告知您其決定。

如果審核人員核准，會發生什麼事？

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

如果審核人員駁回，會發生什麼事？

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

第 4 步：如果第 1 級上訴沒有通過，您可以決定是否再次提出上訴。

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

第 8.3 節 如何提出第 2 級上訴，讓本計劃延長您照護的承保

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

第 1 步：請再次聯絡品質促進組織並要求再次審核。

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

第 2 步：品質促進組織會針對您的情況進行第二次審核。

- 品質促進組織的審核人員會再次仔細檢視您上訴的相關資訊。

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

如果獨立審核組織核准您的上訴，會發生什麼事？

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

如果獨立審核組織駁回您的上訴，會發生什麼事？

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

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

第 4 步：若答案為否，您就需要決定是否將進入下一級的上訴。

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

第 9 節 讓您的上訴進入第 3、4 與 5 級

第 9.1 節 醫療服務請求的第 3、4 及 5 級上訴

如果您提出過第 1 與第 2 級上訴，且兩者皆被駁回，您或許可參考此節。

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

在大多數上訴的情況下，最後 3 級的上訴方式基本上與前 2 級一樣。以下列出各級別負責審核您上訴的人員。

第 3 級上訴

一位行政法法官或為聯邦政府工作的司法裁判員審核您的上訴並給予答覆。

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

第 4 級上訴

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

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

- 如果核准，或委員會駁回我們對有利於您的第 3 級上訴決定所提出的審核申請，上訴流程**不一定會結束**。與第 2 級的決定不同，我們有權利針對有利於您的第 4 級決定提出上訴。我們將決定是否針對此決定提出第 5 級上訴。
 - 如果我們決定不對此裁定提出上訴，我們必須在收到委員會的決定後 60 個日曆日內授權或提供您該醫療照護。
 - 如果我們決定對此決定提出上訴，我們會以書面通知您。
- 如果不核准或者委員會駁回審核的申請，上訴流程**不一定會結束**。
 - 如果我們決定接受駁回您上訴的決定，上訴的流程就結束了。
 - 如果您不接受此決定，您可能可以繼續進入下一級審核流程。如果該委員會駁回您的上訴，您便會收到一份通知，告訴您根據規則是否允許您進入第 5 級上訴及如何繼續提出第 5 級上訴。

第 5 級上訴

聯邦地方法院的法官將會審核您的上訴。

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

第 9.2 節 對於 D 部分藥物請求的第 3、4、5 級上訴

如果您提出過第 1 與第 2 級上訴，且兩者皆被駁回，您或許可參考此節。

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

在大多數上訴的情況下，最後 3 級的上訴方式基本上與前 2 級一樣。以下列出各級別負責審核您上訴的人員。

第 3 級上訴

一位行政法法官或為聯邦政府工作的司法裁判員審核您的上訴並給予答覆。

- 如果答覆為是，上訴的流程就結束了。我們會在接受決議後的 72 小時內（如果是加速上訴，則為 24 小時）授權或提供由行政法法官或司法裁判員核准的藥物承保，或者在 30 個日曆日內付款。
- 如果答覆為否，上訴的流程則**不一定會結束**。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴的流程就結束了。
 - 如果您不接受這個決定，可以繼續進入下一級審核流程。您收到的通知會告訴您如何處理第 4 級上訴。

第 4 級上訴

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

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

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

第 5 級上訴

聯邦地方法院的法官將會審核您的上訴。

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

提出申訴

第 10 節 如何提出關於照護品質、等待時間、客服和其他方面的申訴

第 10.1 節 有哪些問題可以走申訴流程？

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

申訴	範例
您醫療照護的品質	• 您是否對於您獲得的照護品質感到不滿意（包括在醫院受到的照護）？
尊重您的隱私	• 是否有人不尊重您的隱私權或分享機密資訊？
不尊重、不好的客服品質或其他負面的行為	• 是否有人對您態度不好或是不尊重？ • 您對我們的 會員服務 不滿意嗎？ • 您是否感到有人鼓勵您離開本計劃？
等待時間	• 您是否難以約到門診，或等太久才能約到門診？ • 您是否覺得醫生、藥劑師或其他健康管理專家讓您久候？還是我們的 會員服務 或我們計劃的其他員工讓您久候？ ◦ 這包括在電話上、等候室、檢驗室或取得處方藥時久候。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）

申訴	範例
衛生狀態	您是否對於診所、醫院或醫生診間的衛生或狀態感到不滿意？
您從我們這得到的資訊	- 我們是否未給您所需的資訊？ - 我們的書面資訊是否難以理解？
時效性 (這些類型的申訴均涉及我們對於您的承保決定與上訴相關處理的時效性)	如果您已經向我們要求承保決定或提出上訴，但您認為我們的回覆太慢，您可以針對這件事提出申訴。下面列出一些例子： - 我們拒絕您對我們提出快速承保決定或快速上訴的要求；您可以提出上訴。 - 您認為我們沒有符合承保決定或上訴的截止日期；您可以提出申訴。 - 您認為我們沒有符合承保或報銷您某些已核准的醫療項目、服務或藥物的截止日期；您可以提出申訴。 - 您認為我們未按規定截止日期將您的案件轉交給獨立審核機組織；您可以提出申訴。

第 10.2 節 如何提出申訴

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

第 1 步：馬上聯絡我們，用電話或書面均可。

- 致電 會員服務 通常是第一步，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。如有任何您需要知道的資訊，會員服務 都會告知您。
- 如果您不希望致電（或通話後感到不滿意），可以將申訴以書面形式寄給我們。如以書面形式申訴，我們也會以書面回覆。
- 我們將基於您的健康狀態儘速處理您的訴願，不會超過收到您的申訴之後 30 個日曆日。如果您提出延長或者我們提出正當理由說明需要更多資訊且延後時間是符合您的最大利益，那麼我們可能延長至多 14 天的處理時間。
- 關於計劃針對某承保決定或上訴決定不採用快速回覆，或如果我們在進行某承保決定或上訴時延期，則您可以提出加速訴願。我們將會在 24 小時內回覆您的加速訴願。
- 提出申訴的期限是自您想要申訴的問題發生的時間點起算 60 個日曆日。

第 9 章：如果您想提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）**第 2 步：我們將深入瞭解您的申訴並給予您答覆。**

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

第 10.3 節 您也可以針對照護品質向品質促進組織提出申訴

如果您的申訴是針對**照護品質**，您有 2 個額外選擇：

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

或

- 您可以同時向品質促進組織及我們提出申訴。

第 10.4 節 您也可以向聯邦醫療保險提出申訴

您也可以直接向聯邦醫療保險提出針對 福全健保全加計劃 的申訴。若要向聯邦醫療保險提出投訴，請前往 <https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint>。亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY/TDD) 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 10 章： 結束本計劃的會員資格

第 1 節 終止您在本計劃的會員資格

終止您於 福全健保全加計劃 的會員資格可能是**自願**（您自己選擇）或**非自願**（並非由您自己選擇）：

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

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

第 2 節 您何時可以終止您在本計劃的會員資格？

第 2.1 節 您可以在開放投保期時，終止您在本計劃的會員資格

您可以在每年的**開放投保期**終止您的在本計劃的會員資格。在此期間，請檢視您的健康和藥物承保，並決定來年的承保方案。

- **開放投保期**的期間為 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
- **選擇繼續使用您現有的承保，或者變更下一年的承保。** 如果您決定改用新的計劃，您可選擇以下幾種計劃：
 - 其他聯邦醫療保險健保計劃（無論有無藥物承保），
 - Original Medicare **加上**另外的聯邦醫療保險處方藥物計劃，或
 - Original Medicare **不另加**獨立聯邦醫療保險藥物計劃。
 - 如果您選擇此選項並接受額外補助，聯邦醫療保險可能會為您投保藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

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

- 當您的新計劃承保於 1 月 1 日生效時，您在本計劃的會員資格將終止。

第 10 章：結束本計劃的會員資格**第 2.2 節 您可以在聯邦醫療保險優勢開放投保期終止會員資格**

您可以在聯邦醫療保險優勢開放投保期間對您的健康承保進行一項變更。

- 聯邦醫療保險優勢開放投保期為 1 月 1 日至 3 月 31 日，且適用於投保 MA 計劃的新聯邦醫療保險受益人，從享有 A 部分和 B 部分權利的月份開始，直到享有權利的第 3 個月最後一天為止。
- 在聯邦醫療保險優勢開放投保期間您可以：
 - 轉換至另一項聯邦健保優勢計劃（無論有無藥物承保）。
 - 從本計劃取消投保並從 Original Medicare 獲得承保。如果您在此時期更換成 Original Medicare，您可以在同一時間加入另外的聯邦醫療保險藥物計劃。
- 您的會員資格將會在您投保另一份聯邦健保優勢計劃，或我們收到您轉換至 Original Medicare 的請求後下個月第一天終止。如果您同時選擇投保聯邦醫療保險藥物計劃，您的藥物計劃的會員資格將會在藥物計劃收到您投保申請後下個月第一天開始。

第 2.3 節 在特定情況下，您可以在特殊投保期終止您的會員資格

在特定的情況下，福全健保全加計劃 會員有資格在一年中的其他時間終止其會員資格。這就是**特殊投保期**。

若下列情況適用於您，您可能**有資格在特殊投保期終止您的會員資格**。這些只是範例。如需完整清單，您可以聯絡本計劃、致電聯邦醫療保險或造訪 www.Medicare.gov。

- 通常，當您搬家時
- 若您有 Medi-Cal
- 如果您有資格獲得支付聯邦醫療保險藥物承保的額外補助
- 如果我們違反與您簽訂的合約
- 如果您在某些機構接受照護，例如護理之家或長期照護 (LTC) 醫院

注意：如果您加入藥物管理計劃，您可能無法更換計劃。第 5 章 第 9 節 會告訴您更多關於藥物管理計劃的資訊。

投保期間將根據您的狀況而有所不同。

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

- 其他聯邦醫療保險健保計劃（無論有無藥物承保），
- Original Medicare 加上另外的聯邦醫療保險處方藥物計劃，或
- Original Medicare 不另加獨立聯邦醫療保險藥物計劃。

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

第 10 章：結束本計劃的會員資格

- 您的會員資格通常將在我們收到您申請變更本計劃的下個月首日終止。
- 您由聯邦醫療保險的額外補助協助支付藥物承保費用：如果您轉換至 Original Medicare 且不另外投保聯邦醫療保險藥物計劃，聯邦醫療保險可能讓您投保一個藥物計劃，除非您退出自動投保。

第 2.4 節 瞭解更多關於何時可以終止會員資格的資訊

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

- 請致電會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。
- 在 *Medicare & You 2026* 手冊找到相關資訊。
- 致電聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 3 節 如何終止您在本計劃的會員資格

下表說明您可如何終止您在本計劃的會員資格。

從本計劃轉換至：	以下是進行方法：
另一個聯邦醫療保險健保計劃	• 投保於新的聯邦醫療保險健保計劃。 • 您的新計劃承保開始後，您便會自動退保 福全健保全加計劃。
Original Medicare 加上獨立聯邦醫療保險藥物計劃。	• 投保新的聯邦醫療保險藥物計劃。 • 您的新藥物計劃承保開始後，您便會自動退保 福全健保全加計劃。
Original Medicare 不另加獨立聯邦醫療保險藥物計劃。	• 寄送書面退出投保申請給我們。如果您需要有關完成這些手續的更多資訊。請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。 • 您可以致電聯邦醫療保險，電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，並要求退保。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。 • 您將在 Original Medicare 承保開始時從 福全健保全加計劃 退保。

第 10 章：結束本計劃的會員資格

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

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

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

第 5 節 福全健保全加計劃 必須在特定情況下終止您的計劃會員資格

福全健保全加計劃 必須在下列任何情形發生時，終止您於本計劃的會員資格：

- 如果您不再擁有聯邦醫療保險的 A 部分及 B 部分承保。
- 若您搬離了我們的服務區域。
- 若您離開我們的服務區域超過 6 個月以上。
 - 若您搬家或長期旅遊，請致電會員服務部，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711），瞭解您的目的地是否涵蓋於本計劃的服務範圍中。
- 您不符合本計劃的特殊資格要求。
 - 您必須診斷患有心血管疾病、慢性心臟衰竭或糖尿病。此外，您的 PCP 必須向本計劃確認診斷。
- 若您被監禁（入獄）
- 若您不再是美國公民或在美國合法居留
- 若您對於其他提供您處方藥物承保的保險資訊，有所欺騙或隱瞞
- 您在投保於本計劃時刻意提供錯誤資訊，且此資訊影響您於本計劃的資格。（除非我們事前獲得聯邦醫療保險 (Medicare) 的許可，否則我們無法因此要求您退出本計劃。）
- 若您的行為模式持續具破壞性，或讓本計劃難以為您或其他會員提供醫療照護。（除非我們事前獲得聯邦醫療保險 (Medicare) 的許可，否則我們無法因此要求您退出本計劃。）
- 若您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療照護。（除非我們事前獲得聯邦醫療保險 (Medicare) 的許可，否則我們無法因此要求您退出本計劃。）
 - 我們如果以這個理由終止您的會員資格，那麼聯邦醫療保險 (Medicare) 會將您的案例交由監察長調查。

第 10 章：結束本計劃的會員資格

- 如果您因為收入而有義務繳付 D 部分的額外金額卻不繳付，聯邦醫療保險會將您從本計劃中退保，您也將會失去藥物承保。

若您有問題，或想瞭解我們何時可以終止您的會員資格的詳細資訊，請致電 會員服務，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。

第 5.1 節 **除非您不再具有投保 所規定的醫療狀況，否則我們不能基於任何健康相關理由要求您退出 福全健保全加計劃**

在大多數情況下，福全健保全加計劃 不能因為任何與您健康相關的原因要求您從本計劃退保。我們唯一可以這樣做的時候是，如果您不再有 醫療狀況投保 福全健保全加計劃 所需的。

如果發生此事，您該怎麼辦？

若您認為自己是因為健康相關的原因而被要求從本計劃退保，請致電聯邦醫療保險 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 5.2 節 **如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權利提出申訴**

如果我們終止您在本計劃的會員資格，我們必將以書面告知您我們終止您會員資格的理由。我們也須說明您該如何針對我們終止您會員資格的決定提出申訴或訴願。

第 11 章：法律聲明

第 11 章： 法律聲明

第 1 節 適用法律聲明

適用此承保範圍說明書文件的主要法律為《社會安全法案》第 18 編，其中的規範皆由《社會安全法案》下的聯邦醫療保險與 Medicaid 服務中心 (CMS) 所編列。此外，適用的法律可能還有其他聯邦法律，以及在特定情形下您居住地的州法律。即使這些法律條文在此文件中沒有收錄或解釋，但仍可能會影響您的權益和責任。

第 2 節 不歧視聲明

我們不會歧視不同的種族、文化、國籍、膚色、宗教信仰、生理性別、年齡、心智或肢體障礙、健康狀態、索賠經驗、病史、基因資訊、保險證明，或服務區域內的地理位置。所有提供聯邦健保優勢計劃的組織，例如本計劃，都必須遵守反歧視的聯邦法律，這包括 1964 年《民權法案》第 6 編、1973 年《康復法案》、1975 年《反年齡歧視法案》、《美國殘疾人法案》、《患者保護與平價醫療法案》第 1557 條、所有其他適用於由聯邦法律資助之組織的法律，和所有因任何其他原因適用的其他法律及規章。

如果您對於歧視或不公平待遇想瞭解更多資訊或有疑慮，請致電 1-800-368-1019（聽障專線 (TTY) 1-800-537-7697），聯絡衛生及公共服務部的民權辦公室或您所在地的民權辦公室。您亦可瀏覽衛生及公共服務部民權辦公室的資訊，網址 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>。

若您有殘疾且需要協助取得照護，請致電 會員服務 聯絡我們，電話號碼是 (833) 808-8153（國語）或 (833) 808-8161（粵語）（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711）。若您需要申訴，例如有輪椅取得上的問題，會員服務 可以提供協助。

第 3 節 聯邦醫療保險次要付款人代位追償權益聲明

當聯邦醫療保險不是首要付款人，我們將有權利與義務代理受聯邦醫療保險承保的服務收款。根據 CMS 在美國聯邦法規彙編 (CFR) 第 42 章第 422 條 108 款和第 423 條 462 款的辦法，福全健保全加計劃 作為聯邦醫療保險優勢組織，將行使相同於秘書長根據 CFR 第 42 章中 411 條 B 與 D 附條之 CMS 辦法行使者之追償權，且在此條中編列的規範將取代任何州法律。

第 4 節 追討溢付金額

我們對於任何接收到溢付金額的人員，或任何該為此服務負起支付責任的人員或組織，保留追討對於醫療保健服務溢付費用的權利。可向收到溢付費用的個人、提供者或實體，或對支付這些服務負有法律責任的組織追討賠償。所有追討工作將根據適用法律進行。

第 11 章：法律聲明

第 5 節 通報詐欺、浪費及濫用

您可協助防止醫療保健詐欺事件。

美國衛生保健反欺詐協會 (National Health Care Anti-Fraud Association) 估計，每天因醫療保健詐欺事件而導致約 1 億美元的財務損失。您可藉由通報任何可疑的行為協助 Clever Care Health Plan, Inc. 或我們預防、偵測及修正醫療保健詐欺事件。當您通報可能的醫療保健詐欺事件，您即在為協助醫療保健系統節省開銷盡一份力。

什麼是醫療保健詐欺、浪費及濫用？

詐欺為當有人故意且蓄意地提交偽造的申訴書以收受不實的款項。

範例：為沒有提供的服務開具發票、為患者的診斷書作假來隱瞞不需要的醫療程序、或為患者提供轉診而收取回扣。

浪費為過度使用服務或其他直接或間接造成沒有必要的醫療花費的行為。其包括濫用資源，這些資源一般認為並非為刑事疏忽事件。

範例：過量安排的診斷檢查、過度使用診所就診服務、或藥房在沒有確認會員仍需要藥物治療的情況下便寄送藥物給會員。

濫用是造成非必需的醫療花費的行為。當某人或機構非故意的或有目的性地虛偽陳述事實以獲得付款，即為濫用。

範例：為提供的服務或用品收取過高費用、提供非醫療所必需的服務、與不同的醫生會診或前往不同的急診室以獲得止痛藥。

保護您自身與您的福利

- 切記不要將您的社會安全號碼、聯邦醫療保險或健保計劃編號或銀行資訊透露給陌生或不信任的人。
- 切勿在沒有您醫生的醫囑下同意接受任何實驗室檢查
- 接受有價物品以換取醫療服務是違法行為。

請當心基因測試詐騙

詐欺犯會在健康展覽會、老人安置機構和其他受信賴的地方找上沒有疑心的投保人銷售基因測試詐騙。他們會對您保證聯邦醫療保險將負擔測驗費用，您只需要做口腔黏膜拭子、提供證件和聯邦醫療保險資訊就可以收到您的測驗結果。

如果您成為未經授權基因檢測的詐騙受害者，詐欺行為者可能會取得您的個人和基因資訊，這些資訊可用於就您從未接受的服務向聯邦醫療保險收取數千美元。

通報潛在性詐欺、浪費及濫用 (FWA)

Clever Care 提供您許多通報潛在性 FWA 事件的方式。如需更多如何通報的資訊，請造訪我們的網站，網址為：zh.clevercarehealthplan.com。

第 6 節 有關協助協調重要健康資訊的 Manifest MedEx 通知

Clever Care Health Plan, Inc. 已與非營利健康資訊交換機構 (HIE) Manifest MedEx (MX) 合作，協助醫生、醫院和其他醫療保健機構在治療我們的會員時，協調和分享重要的健康資訊。

MX 將來自不同健康照護提供者的資訊整合在一個地方，以便治療提供者能夠快速取得所需資訊，以針對您的照護做出更好的決定。

身為會員，您會自動投保該計劃。但如您不想將您的健康資訊提供給其他醫療機構，您可以「退出」。選擇退出 MX 即表示您選擇不讓醫療保健團隊透過 MX 系統存取您的健康記錄，包括您的主治醫生和 Clever Care 的護理照護經理。如果您選擇在使用某醫療機構時退出 MX，代表即使發生緊急情況，您的資訊也不會與任何醫療機構分享。

您有三種方式可選擇退出：

- 致電 Manifest MedEx 支援，電話：1 (800) 490-7617
- 上網填寫 MX 線上表格：<https://www.manifestmedex.org/opt-out>
- 填寫並掃描表格，網址為：<https://www.manifestmedex.org/opt-out-2/>

您選擇參與或不參與（選擇退出）將不會影響您接受醫療照護的能力；然而，我們希望您參與並享受更多協調式照護的益處。

第 12 章 定義

第 12 章 定義

日間手術中心 – 日間手術中心是專為不需住院或預計住院時間不超過 24 小時的病人，提供門診手術服務的機構。

上訴 – 如果您不同意我們拒絕承保醫療保健服務或處方藥物，或支付您已接受的服務或藥物申請，您可以提出上訴。對於我們終止您正在接受的服務的決定，如果您不同意，您也可以提出上訴。

差額負擔 – 醫療機構（如醫生或醫院）向病人收取大於本計劃所允許的分攤費用金額。身為福全健保全加計劃的會員，當您接受本計劃所承保的服務時，只需要支付本計劃中的分攤費用金額。我們不允許醫療機構向您收取**差額負擔**，或另外向您收取超過本計劃明定您所應負擔的分攤費用金額。

福利給付期 – 本計劃與 Original Medicare 用來衡量您使用的醫院及專業護理之家 (SNF) 服務的方式。福利給付期從您進入醫院或專業護理之家當天起算。只要您連續 60 天未接受任何住院治療照顧（或 SNF 的專業照護），福利給付期便結束。如果您在某個福利給付期結束後進入醫院或專業護理之家，新的福利給付期便會開始。您必須為每個福利給付期支付住院治療自付額。福利給付期並無次數限制。

生物製劑 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然和生物來源製成的處方藥。生物製劑比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式稱為生物相似性藥品。（請前往「**原始生物製劑**」和「**生物相似性藥品**」）。

生物相似性藥品 – 與原始生物製劑非常相似但不相同的生物製劑。生物相似性藥品與原始生物製劑一樣安全有效。某些生物相似性藥品在藥房可取代原始生物製劑，而不需要新的處方（請前往「**可互換生物相似性藥品**」）。

原廠藥 – 由原本研發與製造的藥廠製作與販售的處方藥。原廠藥和學名藥有相同的有效成分配方。不過，學名藥通常是由其他藥廠等到原廠藥專利過期後製作與販售。

重大傷病承保階段 – 當您（或其他可合格代表您之人士）在承保年度內已為 D 部分承保藥物支出達 \$2,100 後開始的 D 部分藥物福利階段。在此付款階段，對於 D 部分承保藥物，以及我們的加強型福利所承保的排除承保藥物，您不需要支付任何費用。

聯邦醫療保險 (Medicare) 與 Medicaid 服務中心 (CMS) – 管理聯邦醫療保險 (Medicare) 的聯邦機構。

慢性病特殊需求計劃 (C-SNP) – C-SNP 是特殊需求計劃，僅限於患有特定嚴重及慢性疾病的符合聯邦醫療保險優勢 (MA) 資格人士投保。

共保額 – 您可能必須支付的金額，以百分比表示（例如 20%），作為您為服務或處方藥支付的分攤費用（在您支付任何自付額之後）。

申訴 – 提出申訴的正式名稱為**遞交訴願**。此申訴流程只適用於特定類型的問題。這包括照護品質、等待時間及您獲得的客戶服務相關的問題。此申訴也包括若本計劃未遵循上訴流程的時限。

全方位門診復健機構 (CORF) – 專門提供疾病或損傷後復健服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療和言語及語言病理學服務，以及家庭環境評估服務。

第 12 章 定義

共付額 – 您可能必須支付的醫療服務或用品分攤金額，像是與醫生約診、醫院門診或處方藥物。共付額是固定金額（例如 \$10），而非比例。

分攤費用 – 分攤費用指的是會員在接受服務或藥物時所應支付的金額。（這是本計劃月付保費之外的費用。）分攤費用包含下列 3 種付款形式的任意組合：1) 計劃在承保任何服務與藥物之前，可能必須先行支付的自付額；2) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時，應支付的任何固定共付額金額；或是 3) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時，應支付的任何共保額金額，即是服務或藥物總費用的某個比例。

分攤費用層級 – 在承保藥物清單上的每一種藥物都屬於 六個分攤費用層級的其中一級。一般而言，分攤費用層級越高，您的藥物費用就越高。

承保裁定 – 關於為您開立的藥物是否在本計劃承保範圍內，以及如有需要，您需為此處方藥物支付的金額的決定。一般而言，如果您將處方箋帶至藥房，而藥房告知本計劃並未承保該處方藥物，則上述情況並不是承保裁定。您需要以電話或書面聯絡本計劃，要求承正式的承保決定。承保裁定在本文件中稱作**承保決定**。

承保藥物 – 為所有受本計劃承保的處方藥物的用詞。

承保服務 – 為所有受本計劃承保的醫療保健服務和用品的用詞。

可替代處方藥物承保 – 指預計至少能夠與聯邦醫療保險 (Medicare) 的標準處方藥物承保支付平均相同金額的處方藥物承保（例如由雇主或工會提供的承保）。有上述保險的人在符合加入聯邦醫療保險 (Medicare) 的資格後，即便他們之後決定投保聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥物承保，也通常不用繳交罰款。

監護式照護 – 監護式照護是由護理之家、安寧療護或其他機構在您不需專業醫療照護或專業護理照護時提供的個人化照護。監護式照護由不具專業技能或訓練的人員所提供，包括協助日常生活的活動像是洗澡、更衣、進食、上下床、站起坐下、走動及上廁所。這可能也包括大多數人自己做的健康相關照護，像是點眼藥水。聯邦醫療保險 (Medicare) 並不承保監護式照護。

每日分攤費用費率 – 當您的醫生開立不到一個月份量的特定藥物且您需要支付共付額時，可能適用每日分攤費用費率。每日分攤費用費率是以一個月的共付額除以該月天數的金額。以下為範例：如果某種藥物一個月供應量的共付額是 \$30，而本計劃中一個月供應量是 30 天，那麼您每日分攤費率是每天 \$1。

自付額 – 您必須在本計劃開始支付前，為醫療保健或處方藥物所支付的金額。

退保或取消投保 – 終止您本計劃會員資格的流程。

調配費 – 每次調配承保藥物時，用來支付配取處方藥物費用的手續費，例如藥師為準備及包裝處方藥物所花費的時間。

雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) – D-SNP 為同時享有聯邦醫療保險 (Medicare)（《社會安全法案》第 18 編）和 Medicaid 州計劃（第 19 編）醫療援助的人士投保。各州承保某些聯邦醫療保險 (Medicare) 費用，根據各州和個人資格而定。

雙重資格人士 – 符合聯邦醫療保險 (Medicare) 和 Medicaid 承保資格的人士。

耐用醫療設備 (DME) – 醫生基於醫療考量要求您使用的特定醫療設備。這包括助行器、輪椅、拐杖、動力床系統、糖尿病用品、靜脈注射幫浦、言語生成裝置、氧氣設備、噴霧器或由醫療機構訂購以供居家使用的醫院用床。

第 12 章 定義

緊急狀況 – 醫療緊急狀況是指，當您或具備健康與醫藥一般知識的任何其他謹慎的非醫療專業人士，認為您具有一些需要立即獲得醫療照護的醫學症狀，以防發生危及性命（如果您是孕婦，則為以防發生流產）、截肢或喪失肢體功能、身體功能，或對身體功能造成嚴重損害之情況。醫學症狀可能是疾病、傷勢、嚴重疼痛或會迅速惡化的醫療狀況。

急救照護 – 符合以下條件的承保服務：1) 由有資格提供急救服務的醫療機構提供；和 2) 必須治療、評估或穩定的緊急醫療情形。

承保範圍說明書 (EOC) 和公開資訊 – 此文件連同投保表格和任何其他附件、附約或其他您選擇的自選承保，其說明承保範圍、我們的義務、您的權益和您身為本計劃會員的義務。

例外處理 – 為一種承保決定，如經核准，其允許您接受不在我們的處方集內的藥物（處方集例外處理），或以較低的分攤費用層級取得非首選藥物（層級例外處理）。如果本計劃要求您在取得您申請的藥物前，先嘗試其他藥物；如果本計劃要求某種藥物預先授權，且您希望我們免除標準限制；或是本計劃限制您申請之藥物的數量與劑量（處方集例外處理），您也可以申請例外處理。

額外補助 – 用來幫助收入和資源有限的人支付聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥物計劃費用，像是保費、自付額和共保額的聯邦醫療保險 (Medicare) 計劃。

學名藥 – 學名藥是經 FDA 核准，具有與原廠藥相同活性成分的藥物。一般而言，學名藥與原廠藥的藥效相同，且通常費用較低。

訴願 – 一種您可以對本計劃、醫療機構或藥房提出的申訴形式，包含對於您收到的照護品質之申訴。不含承保範圍或費用爭議。

居家健康助手 – 其提供的服務不需要合格護理師或治療師所擁有的技能，例如協助個人照護（洗澡、上廁所、穿衣或執行運動醫囑）。

安寧療護 – 為醫療上認證為末期疾病，即預期壽命為 6 個月或以下的會員，提供特殊治療的福利。本計劃會提供您一份所在地區的安寧療護列表。若您選擇安寧照護且繼續支付保費，則您仍能保有本計劃的會員資格。您仍然可以獲得我們提供的所有醫療必需服務和附加福利。

醫院住院 – 當您因需要專業醫療服務時正式收治入院的醫院住院。即使是在醫院過夜，仍可能會認定您為門診病人。

依收入調整的每月金額 (IRMAA) – 如果您兩年前的 IRS 退稅單上之修正調整後總收入高於一定金額，便須支付標準保費和依收入調整的每月金額，也稱作 IRMAA。IRMAA 是一項外加於保費的額外費用。少於 5% 擁有聯邦醫療保險 (Medicare) 的人會受影響，所以大部分人無需繳納更高額的保費。

初始承保階段 – 這是您在該年度自付費用達到自付費用金額上限之前的階段。

初始投保期間 – 首次符合申請聯邦醫療保險 (Medicare) 的資格時，您可以申請聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分與 B 部分的期間。如果在滿 65 歲起符合聯邦醫療保險 (Medicare) 資格，則初始投保期間為從您達到 65 歲的前 3 個月開始起算的 7 個月期間，這包括生日當月和生日前後各 3 個月。

機構特殊需求計劃 (I-SNP) – I-SNP 限制投保對象為居住在社區但需要機構提供的護理層級，或至少連續 90 天在某些長期機構生活（或預期生活）的符合 MA 資格的人士。I-SNP 包括以下類型的計劃：機構等效特殊需求計劃 (IE-SNP) 混合型機構特殊需求計劃 (HI-SNP) 和機構型特殊需求計劃 (FI-SNP)。

第 12 章 定義

機構等效特殊需求計劃 (IE-SNP) – IE-SNP 限制投保的對象為居住在社區但需要機構提供的護理程度的符合 MA 資格人士。

可互換生物相似性藥品 – 一種生物相似性藥品，可在藥房用來取代原本的生物相似性藥品，而不需要新的處方，因為符合自動取代可能性的額外要求。藥房的自動更換受州法律約束。

承保藥物清單（處方集或藥物清單） – 受本計劃承保的處方藥物清單。

低收入補貼 (LIS) – 請前往「額外補助」。

製造商折扣計劃 – 藥物製造商需為承保的 D 部分品牌藥和生物製劑支付部分全額費用的計劃。折扣係根據聯邦政府和藥廠之間的協議而定。

最高公平價格 – 聯邦醫療保險 (Medicare) 協商的特定藥物價格。

年度自付額上限 – 您在日曆年中，為網路內承保 A 部分和 B 部分服務所須支付的自付額上限。您支付的本計劃保費、聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分和 B 部分保費及處方藥物的金額，不計入年度自付額上限中。除了網路內承保的年度自付額上限之外 A 部分和 B 部分醫療服務，我們也有特定服務類型的年度自付額上限。

Medicaid（或稱醫療協助） – 聯邦與各州的聯合計劃，用來幫助低收入與擁有有限資源的人支付醫療費用。各州之間的 Medicaid 計劃有所不同，但如果您同時符合聯邦醫療保險 (Medicare) 和 Medicaid 的資格，則大部分的醫療保健費用都會受到承保。

醫學上可接受的適應症 – 使用經 FDA 核准或特定參考資料佐證的藥物，例如《美國醫院處方集服務藥物資訊》(American Hospital Formulary Service Drug Information) 和 Micromedex 藥物索引系統 (Micromedex DRUGDEX Information System)。

醫療必需 – 代表服務、用品或藥物是用來預防、診斷或治療您的病症並符合可接受的醫療實務標準。

聯邦醫療保險 (Medicare) – 針對 65 歲以上、65 歲以下且患有特定殘疾和有末期腎臟疾病（通常有永久腎臟失能且需接收透析或腎臟移植）人士的聯邦健康保險計劃。

聯邦醫保優勢 (Medicare Advantage) 開放投保期 – 每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日，聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃會員可以取消其投保的計劃，並更換至其他聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃或透過 Original Medicare 取得承保。如果您選擇在此期間更換成 Original Medicare，則可以在那時加入另外的聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥物計劃。聯邦醫療保險優勢 (Medicare Advantage) 開放投保期亦開放三個月給第一次符合聯邦醫療保險 (Medicare) 申請資格的人。

聯邦健保優勢 (Medicare Advantage, MA) 計劃 – 有時稱為聯邦醫療保險 (Medicare) C 部分。由與聯邦醫療保險 (Medicare) 簽訂合約的私人公司提供的計劃，提供您所有聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分和 B 部分福利。聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃或是 iv) 聯邦醫療保險 (Medicare) 醫療存摺帳戶 (MSA) 計劃。除了從這些類型的計劃中選擇外，聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。大多數情況下，聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃也提供聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分（處方藥物承保）。這些計劃又稱作含處方藥物承保的聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃。

聯邦醫療保險 (Medicare) 費用計劃 – 此計劃是由健康維護組織 (HMO) 或競爭性醫療計劃 (CMP) 根據法案第 1876(h) 節的費用核銷合約所營運的計劃。

第 12 章 定義

聯邦醫療保險 (Medicare) 承保服務 – 即為聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分和 B 部分的承保服務。所有聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃均須承保聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分和 B 部分承保的所有服務。聯邦醫療保險 (Medicare) 承保服務一詞不包括聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力。

聯邦醫療保險 (Medicare) 健保計劃 – 此計劃由與聯邦醫療保險 (Medicare) 簽訂合約的私人公司提供 A 部分和 B 部分福利，給擁有聯邦醫療保險 (Medicare) 且投保於本計劃的人。這個專有名詞包含所有聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃、聯邦醫療保險 (Medicare) 費用計劃、特殊需求計劃、示範／試行計劃和老人全方位照護計劃 (PACE)。

聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥物承保 (聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分) – 幫您支付門診處方藥物、疫苗、生物製劑和非由聯邦醫療保險 (Medicare) A 部分和 B 部分承保的用品的保險。

藥物治療管理 (MTM) 計劃 – 聯邦醫療保險 (Medicare) D 部分計劃，旨在滿足符合特定要求或參與藥物管理計劃的人士的複雜健康需求。MTM 服務通常包括與藥劑師或醫療保健機構討論，以審查藥物。

Medigap (聯邦醫療保險 (Medicare) 附加保險) 政策 – 聯邦醫療保險 (Medicare) 附加保險由私人保險公司販賣，以填補 Original Medicare 的缺口。Medigap 政策僅適用於 Original Medicare。(聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃並不是 Medigap 政策。)

會員 (本計劃會員，或計劃會員) – 擁有聯邦醫療保險 (Medicare) 且符合接受承保服務的資格、投保於本計劃，且由聯邦醫療保險 (Medicare) 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認投保之人士。

會員服務部 – 本計劃負責回答關於您的會員資格、福利、訴願和上訴相關問題的部門。

網路內藥房 – 網路內藥房與本計劃簽約，計劃會員可以從該處取得其處方藥品福利。大部分情況下，我們僅承保在我們其中一間網路內藥房領取的處方藥。

網路內醫療機構 – **醫療機構**是用來稱呼醫生、其他醫療保健專業人士、醫院和其他領有執照或由聯邦醫療保險 (Medicare) 和州認證以提供醫療保健服務的醫療保健機構之通稱。**網路內醫療機構**與本計劃簽有合約，接受本計劃的付款為全額付款，且在某些情況下為本計劃會員協調或提供承保服務。網路內醫療機構也稱為**計劃醫療機構**。

開放投保期 – 即每年 10 月 15 日至 12 月 7 日，在此期間會員可以變更自己的健保或藥物計劃，或更換至 Original Medicare。

組織裁定 – 為本計劃所做出的決策，用以決定是否承保品項或服務，或您須為承保項目或服務支付多少金額。組織裁定在本文件稱作承保決定。

原始生物製劑 – 經 FDA 核准、做為製造生物相似性藥品版本的製造商比較的生物製劑，也稱為參考製劑。

Original Medicare (傳統聯邦醫療保險 (Medicare) 或 Fee-for-Service 聯邦醫療保險 (Medicare)) – Original Medicare 是由政府提供，而非私人健保計劃如聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃和處方藥物計劃。在 Original Medicare 之下，聯邦醫療保險 (Medicare) 服務的承保方式為支付醫生、醫院和其他醫療保健機構由議會訂定的費用金額。您可以去找任何接受聯邦醫療保險 (Medicare) 的醫生、醫院或其他醫療保健機構。您必須支付自付額。聯邦醫療保險 (Medicare) 會支付在聯邦醫療保險 (Medicare) 核准金額中，其所應負擔的部分，而您則須支付您的分攤部分。Original Medicare 分為 2 個部分：A 部分 (醫院保險) 和 B 部分 (醫療保險)，且在美國各地都適用。

第 12 章 定義

網路外藥房 – 未與本計劃簽訂合約，以為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。除非符合特定情形，您從網路外藥房取得的大部分藥物，本計劃皆不予承保。

網路外醫療機構或網路外機構 – 未與本計劃簽訂合約，以為本計劃會員協調或提供承保服務的醫療機構或設施。網路外醫療機構為非由本計劃雇用、擁有或管理的醫療機構。

自付費用 – 請前往前述分攤費用的定義。會員支付部分接受之服務或藥物的分攤費用要求，也稱為會員的自付費用要求。

自付費用上限 – 您為 D 部分藥物所支付的自付費用最高金額。

PACE 計劃 – PACE（老人全方位照護）計劃為衰弱人士提供結合了醫療、社會和長期照護 (LTSS) 的服務，幫助他們能夠在接受高品質照護的同時維持獨立，且盡量繼續住在其社區（而不是搬進護理之家）。投保於 PACE 計劃的人都會從本計劃同時獲得聯邦醫療保險 (Medicare) 和 Medicaid 的承保。

C 部分 – 請前往聯邦健保優勢 (Medicare Advantage, MA) 計劃。

D 部分 – 自願參與的聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥品福利計劃。

D 部分藥物 – 可能由 D 部分承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部分藥物。特定類別的藥物已由議會從 D 部分承保藥物中排除。特定類別的 D 部分藥物必須獲得每個計劃的承保。

D 部分延遲投保罰款 – 第一次符合加入 D 部分計劃的資格後，如果連續 63 天或以上沒有可替代的承保（預期能夠至少平均支付與標準聯邦醫療保險 (Medicare) 處方藥物承保相等的承保）時，則在您聯邦醫療保險 (Medicare) 藥物承保每月計劃保費之外，須另外支付的金額。

保費 – 定期向聯邦醫療保險 (Medicare)、保險公司或醫療保健計劃為健康或處方藥物承保所支付的款項。

預防服務 – 預防疾病或早期發現疾病以利早期治療的醫療保健（例如，預防服務包括子宮頸抹片檢查、流感疫苗和乳房 X 光檢查）。

主治醫生 (PCP) – 您遇到大部分健康問題時第一個求診的醫生或其他醫療機構。在許多聯邦醫療保險 (Medicare) 健保中，您必須先由主治醫生評估，才能去找其他的醫療保健機構。

預先授權 – 事先核准接受服務及／或某些根據特定標準的藥物。需要預先授權的承保服務標記在第 4 章的醫療福利表格中。需要預先授權的承保藥物會標示在處方集中，我們的標準會張貼在我們的網站上。

義肢和矯形器 – 包括但不限於下列的醫療器材：手臂、背部和頸部支架；人工義肢、人工義眼、任何需要用來替代體內器官組織或功能的儀器，包含造口術用品、腸內及腸外營養治療。

品質促進組織 (QIO) – 由執業醫生和其他醫療保健專家所組成的聯邦政府資助組織，檢視並改善提供給聯邦醫療保險 (Medicare) 病患的照護。

數量限制 – 專為品質、安全和使用原因而設計，來限制藥物使用的管理工具。限制內容可能是在每份處方或規定時間內，我們所承保的藥物數量。

「即時福利工具」 – 投保人可以在其中查詢專屬於投保人的處方集和福利資訊的入口網站或電腦應用程式，其內容完整、準確、及時且適用於臨床。這包括分攤費用金額、可用

第 12 章 定義

於治療與特定藥物相同健康狀況的替代處方藥，以及適用於替代藥物的承保限制（預先授權、階段療法、藥量限制）。

轉診 - 主治醫生給您的書面醫囑，讓您去看專科醫生或獲得某些醫療服務。若無轉診，我們的計劃不一定會支付專科醫生的服務。

復健服務 - 這些服務包括住院復健照護、物理治療（門診）、言語及語言治療和職能治療。

選定藥物 - 聯邦醫療保險 (Medicare) 協商制訂最高公平價格的 D 部分承保的藥物。

服務區域 - 指特定地理區域，您必須居住於其中才能加入特定的健保計劃。限制您可以使用的醫生及醫院的計劃，通常也在您可以獲得例行性（非緊急性）服務的區域。若您永久搬離本計劃服務範圍，則本計劃必須將您退保。

專業護理之家 (SNF) 照護 - 在專業護理之家每日持續提供日常專業護理照護和復健服務。照護範例包括只能由執業登記的護理師或醫生給予的物理治療或靜脈注射。

特殊投保期 - 會員可以變更自己的健保或藥物計劃，或更換回 Original Medicare 的一段固定時間。您可能符合使用特殊投保期之資格的情形包括：如果您搬離服務範圍、如果您正因您的處方藥物費用接受額外補助、如果您入住護理之家，或如果我們違反與您簽訂的合約。

特殊需求計劃 - 提供特殊族群更專門的醫療保健的特殊聯邦健保優勢 (Medicare Advantage) 計劃，例如同時擁有聯邦醫療保險 (Medicare) 和 Medicaid、住在護理之家，或有特定慢性病症的患者。

標準分攤費用 - 標準分攤費用是指網路內藥房提供的首選分攤費用以外的分攤費用。

階段治療 - 為一種使用工具，其要求您在我們承保醫生原先可能開立的藥物之前，先嘗試另一種藥物來治療您的病症。

補充保障收入 (SSI) - 由社會保安全局支付給有限收入和資源的殘障人士、盲人、65 歲或以上的老人的每月福利金。補充保障收入 (SSI) 福利與社會安全福利不同。

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

福全健保全加計劃 會員服務

方式	會員服務部 — 聯絡資訊
請致電	(833) 808-8153 (國語) 或 (833) 808-8161 (粵語) 以上號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五 會員服務 也為非英文使用者提供免費的口譯服務。
聽障專線 (TTY)	711 以上號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五
傳真	1-657-276-4720
郵寄	福全健保 (Clever Care Health Plan) 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
網站	zh.clevercarehealthplan.com

健康保險諮詢與倡導計劃 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) 是一個州立計劃，由聯邦政府提撥資金，為擁有聯邦醫療保險的人提供免費的當地健康保險諮詢。

方式	聯絡資訊
請致電	1-800-434-0022
郵寄	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	aging.ca.gov/hicap/

PRA 揭露聲明 根據 1995 年的《文書減量法案》(Paperwork Reduction Act) 規定，任何人皆無回應資料收集的義務，除非其出示有效的白宮管理及控制局 (OMB) 之控制碼。此資料收集的有效 OMB 控制碼為 0938-1051。如果您有任何關於改善此份資料的評語或意見，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。



反歧視與無障礙規定

歧視是違反法律的行為。

Clever Care Health Plan Inc. (以下簡稱 福全健保/Clever Care) 遵循適用的聯邦民權法，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別 (包括懷孕、性取向和性別認同) 而歧視。福全健保不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別 (包括懷孕、性取向和性別認同) 而排斥或區別對待他人。

福全健保/Clever Care：

- 為殘障人士提供免費援助和服務，讓其可以有效地與我們溝通，例如：
 - 合格手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊 (大字版、語音版、無障礙電子格式、其他格式)
- 為母語為非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的口譯員
 - 其他語言版本的書面資訊

如果您需要上述服務，請致電 (833) 808-8153 (國語) | (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)。

如果您認為福全健保未能提供這些服務或基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別 (包括懷孕、性取向和性別認同) 以其他方式歧視，您可以遞交投訴到：

Clever Care Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

電子郵件: civilrightscoordinator@ccmapd.com
傳真: (657) 276-4721

您可以通過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您需要幫助提出申訴時，我們福全健保的民權權利協調員可以為您提供幫助。

您也可以向美國衛生與公眾服務部的民權辦事處提出民權投訴，請透過民權辦事處的投訴入口網站 <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：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TTY)。
您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 找到投訴表。



Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider. **Español:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor. **Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. **中文:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粤语) (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。 **台語:** 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711) 或與您的提供者討論。 **Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. **한국어:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. **ՀԱՅԵՐԵՆ:** ՈՒՇԱԿՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Հանձնարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ: **РУССКИЙ:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. **ភាសាខ្មែរ:** សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់អ្នក ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ **日本語:** 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168(TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。 **ਪੰਜਾਬੀ:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਟਰਾਂਸਕ੍ਰਿਪਟ ਵਿੱਚ ਸਾਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। **ไทย:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ **Lus Hmoob:** LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntauv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

فارسی

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

