Clever Care Health Plan Medicare Advantage (HMO) 和 (HMO C-SNP) 計劃 2023 年度變更通知的變更

2023 年 3 月

這是有關您的 Clever Care Medicare Advantage (HMO) 或 (HMO C-SNP) 計劃承保範圍更改的重要信息。

我們之前向您發送了年度變更通知 (ANOC)，其中提供了有關您作為我們計劃的投保人承保範圍變更的信息。本通知旨在讓您知道您的 ANOC 中存在錯誤。您將在下面找到描述和更正錯誤的信息。請保留此信息以供參考。可以在我們的網站上找到正確的 ANOC zh.clevercarehealthplan.com.

ANOC 的變更

您在哪裡可以找到 2023年 ANOC 裡面的錯誤	**原資訊**	**更正的資訊**	**對您來說，這意味著什麼？**
第 1.4 節 – 醫療服務福利和費用變更 **Medicare B 部分藥物**	化療藥品需付 Medicare 允許金額的 20% 共保額 其他 B 部分藥物需付 Medicare 允許金額的 20% 共保額	費用的 20% 共保額或 Medicare 允許的共保額，化療和其他 B 部分藥物以較低者為準。 價格可能每季度變更一次，但用於化療或其他 B 部分藥物的費用分攤不會超過共同保險的 20% 。 從 2023 年 7 月 1 日開始，B 部分承保的一個月胰島素供應量將不超過 $35 。	您支付的費用不會超過化療藥物或其他 Medicare B 部分藥物零售費用的 20% 。 您為一個月的胰島素供應支付的費用不會超過 $35。

您無需對此文件採取任何行動，但我們建議您保留此資訊以備將來參考。如果您有任何疑問，請致電 (833) 808-8153 (普通話) 或者 (833) 808-8161 (粵語)（TTY：711），服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8時；4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時.。

Clever Care Health Plan, Inc. 是一項與 Medicare 簽有合約的 HMO 和 HMO 慢性病特殊需求（C-SNP）計劃。投保需視合約續約情況而定。

M10164-ANOCER-EN (03/23)

2023 年 1 月 1 日 — 2023 年 12 月 31 日

承保範圍說明書 (Evidence of Coverage，EOC)

您身為 Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) 會員的 Medicare 健康福利與服務，以及處方藥物承保範圍

本文件詳細記載您在 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間的 Medicare 健康照護及處方藥物承保範圍。**此為重要法律文件。請妥善保管。**

如對本文件有任何疑問，請致電 (833) 808-8153 (普通話) 或者 (833) 808-8161 (粵語)聯絡客戶服務部，瞭解更多資訊。（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711。） 我們的服務時間從 10 月 1 日至來年 3 月 31 日，每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，以及從 4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 時至晚上 8 時。

本計劃由 Clever Care Health Plan, Inc. (Clever Care) 提供。本*承保範圍說明書*上的「我們/我方」或「我們的/我方的」等用語係指 Clever Care Health Plan。手冊上的「計劃」或「本計劃」係指 Clever Care Longevity。

本文件免費提供中文、韓文、西班牙文和越南文等版本。若您需要其他格式的計劃資訊（例如放大或語音版本），請致電上列客戶服務專線。

服務、保費、自付額，及/或共付額/共保額將於 2024 年 1 月 1 日變更。

處方集、藥局網路及/或服務提供者網路可能隨時更動。在必要的時候，您將收到通知。我們將至少提前 30 天將變更事項通知受影響的投保人。

本文件說明您的福利和權利。使用此文件來瞭解：

- 您的分攤費用；
- 您的醫療和處方藥品福利；
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴；
- 如果您需要進一步協助，如何與我們聯絡；以及，
- Medicare 法律規定的其他保護。

H7607_23_ CM1340_C File & Use

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

2023 年承保範圍說明書

目錄

第 1 章： *開始成為會員* 5

第 1 節 介紹 6

第 2 節 成為計劃會員的資格為何？ 7

第 3 節 您會收到的重要會員資料 8

第 4 節 您的 Clever Care Longevity 每月費用 10

第 5 節 關於每月保費的進一步詳情 13

第 6 節 請隨時更新您的計劃會員紀錄 15

第 7 節 其他保險如何與本計劃配合 16

第 2 章： *重要電話號碼 與資源* 18

第 1 節 Clever Care Longevity 聯絡人 （如何聯絡我們，包括如何聯絡本計劃客戶服務部） 19

第 2 節 Medicare （如何直接從聯邦 Medicare 計劃取得協助與資訊） 23

第 3 節 州立健康保險援助計劃 （提供免費協助與支援，並回答您關於 Medicare 的計劃） 25

第 4 節 品質改善組織 26

第 5 節 社會安全局 27

第 6 節 Medicaid 28

第 7 節 處方藥費援助計劃資訊 29

第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休管理局 31

第 9 節 您是否有「團體保險」或其他雇主提供的健康保險？ 32

第 3 章： *將本計劃 用於您的醫療服務* 33

第 1 節 以本計劃會員的身分接受醫療照護時的須知 34

第 2 節 使用本計劃網路的醫療服務提供者取得醫療照護.....36
第 3 節 如何在您有緊急狀況或緊急照護需求時取得服務.....40
第 4 節 如果您直接收到所接受服務的全額帳單，該怎麼做？.....43
第 5 節 如果您參與「臨床研究試驗」，則您的醫療服務將如何承保？.....43
第 6 節 於「宗教性非醫療健康照護機構」取得照護的規則.....46
第 7 節 耐用醫療設備的所有權規則.....47

第 4 章：*醫療福利表 （承保與 自費項目）* 49

第 1 節 了解您的承保服務自付費用.....50
第 2 節 使用*醫療福利表*了解承保範圍和您需支付的費用.....52
第 3 節 哪些服務不屬於本計劃的承保範圍？.....106

第 5 章：*使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物* 109

第 1 節 介紹.....110
第 2 節 在網路藥局或透過本計劃的郵購服務領取您的處方藥.....110
第 3 節 您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上.....114
第 4 節 部分藥物有承保限制規定.....116
第 5 節 如果您的其中一種藥物未以您希望的方式承保，該如何處理？.....118
第 6 節 如果您其中一種藥物的承保有所變更，該如何處理？.....121
第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？.....124
第 8 節 領取處方藥.....125
第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保.....126
第 10 節 藥物安全與藥物管理計劃.....127

第 6 章：*您需為 D 部分處方藥支付的費用* 130

第 1 節 介紹.....131
第 2 節 您支付的藥物費用視您取得該藥物時的「藥物付款階段」而定.....133

其他協助資源：請聯絡我們的客戶服務部，電話號碼是：1-833-388-8168（聽障專線 TTY：711），瞭解更多資訊。10 月 1 日 至 3 月 31 日，每週 7 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 3 節 我們寄送報告給您，說明藥物款項以及您目前的付款階段 134

第 4 節 Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) 無自付額。 136

第 5 節 在初始承保階段期間，本計劃為您的藥物費用支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用.....136

第 6 節 承保缺口階段的費用.....140

第 7 節 在重大傷病承保階段期間，本計劃將為您支付大部分的藥物費用.....141

第 8 節 D 部分疫苗。您支付的金額取決於您取得的方式和地點.....141

第 7 章：*針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用* 144

第 1 節 針對您的承保服務或藥物，您應要求我們支付我們應分攤費用的情況.....145

第 2 節 如何要求我們退款或支付您收到的帳單.....147

第 3 節 我們將考慮您的付款要求，並表示同意或不同意.....148

第 8 章：*您的權利和責任*..... 150

第 1 節 本計劃必須尊重您身為計劃會員的權利及文化敏感性.....151

第 2 節 您身為計劃會員的責任.....166

第 9 章：*如何提出疑問 或申訴（承保決定、上訴、申訴）* 168

第 1 節 介紹.....169

第 2 節 可以從哪裡取得更多資訊和個人化協助.....170

第 3 節 您應透過哪一個程序來處理您的問題？ 170

第 4 節 承保決定和上訴入門指引.....171

第 5 節 您的醫療照護：如何要求承保決定或為某承保決定提出上訴.....174

第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定和提出上訴.....182
第 7 節 如果您認為醫師太早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期間.....192
第 8 節 若您覺得承保太快結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務.....199
第 9 節 讓您的上訴進入第 3 級（或以上）.....206
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.....209

第 10 章：*計劃會員身分的終止*.....213

第 1 節 終止您本計劃會籍的 簡介.....214
第 2 節 您何時可以終止您於本計劃的會員資格？.....214
第 3 節 您該如何終止您於本計劃的會員資格？.....217
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服務和藥物.....217
第 5 節 Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) 必須在特定情況下終止您的計劃會員資格.....218

第 11 章：*法律聲明*.....220

第 1 節 適用法律聲明.....221
第 2 節 不歧視聲明.....221
第 3 節 Medicare 次要付款人代位追償權益聲明.....221
第 4 節 追討溢付金額.....222
第 5 節 通報詐欺、浪費及濫用.....222
第 6 節 有關協助協調重要健康資訊的 Manifest MedEx 通知.....223

第 12 章：*重要字詞定義*.....225

第 1 章:

開始成為會員

第 1 節 介紹

第 1.1 節 您投保的是 Clever Care Longevity，為 Medicare HMO 計劃

您由 Medicare 承保，且您選擇透過我們的計劃 Clever Care Longevity (HMO) 取得 Medicare 健康照護和處方藥物承保。依規定，我們必須承保所有 A 部分和 B 部分服務。然而，此計劃的分攤費用和醫療服務提供者的使用有別於傳統 Medicare。

Clever Care Longevity 是經由 Medicare 核准，且由私人公司營運的 Medicare Advantage HMO 計劃（HMO 係指「健康維護組織」(Health Maintenance Organization)）。

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

第 1.2 節 本*承保範圍說明書*是什麼?

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

「承保」及「承保服務」係指您能夠以本計劃會員身分使用的醫療照護與服務，以及處方藥。

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

如果您有不清楚的地方、擔憂或有疑問，請聯絡客戶服務部。

第 1.3 節 本*承保範圍說明書之相關法律資訊*

本*承保範圍說明書*係我方與您針對本計劃如何承保您的照護所訂立之合約的一部分。本合約的其他部分包括您的投保申請書、*承保藥物清單（處方集）*、我方向您發送的承保變動

通知，以及我方針對將影響您的承保的條件變動而向您發送的通知。此等通知有時稱為「附加條款」(rider) 或「修訂」(amendment)。

本合約生效期間為 2023 年 1 月 1 日至同年 12 月 31 日之間您投保本計劃的月份。

Medicare 允許我方於每個日曆年度變更所提供的計劃。這表示我們可以在 2023 年 12 月 31 日之後變更本計劃的費用和福利。我方亦得於 2023 年 12 月 31 日後選擇停止在您的服務區域提供本計劃。

本計劃每年皆必須經過 Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) 核准。只要我方選擇繼續提供本計劃，且 Medicare 亦持續核准本計劃，則您每年便可繼續以我方計劃會員的身分取得 Medicare 承保。

第 2 節 成為計劃會員的資格為何?

第 2.1 節 您的資格要求

只要您符合下列條件，便具備會員資格:

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

第 2.2 節 Clever Care Longevity 計劃服務區域

Clever Care Longevity 僅提供給居住在本計劃服務區域的個人。如欲維持本計劃的會員身分，您必須持續居住於本計劃的服務區域。本計劃服務區域如下。

加州：洛杉磯、橘郡、聖伯納迪諾、河濱市和聖地牙哥。

如果您預計搬離服務區域，則您將無法維持本計劃會籍。請聯絡客戶服務部，瞭解我們是否在您的新地區設有計劃。如果您遷出，則您將擁有一段「特別投保期」，讓您得以轉換為傳統 Medicare，或投保可於新地點投保的 Medicare 健康或藥物計劃。

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

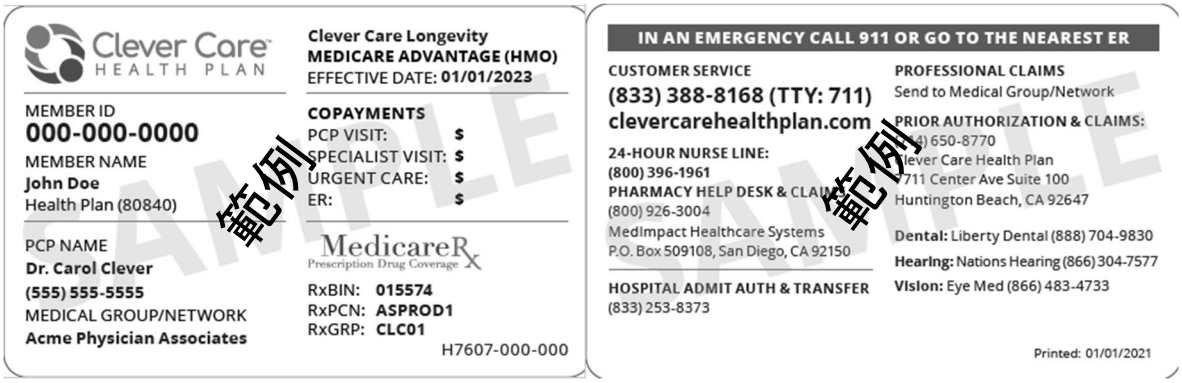
第 2.3 節 美國公民或合法居留者

Medicare 健康計劃會員必須為美國公民，或於美國合法居留之人。如果您不符合該條件以保有會員身分，則 Medicare (the Centers for Medicare & Medicaid Services) 將會通知 Clever Care Longevity。如果您不符合此要求，本計劃必須讓您退保。

第 3 節 您會收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

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



如果您是本計劃會員，則請勿於接受承保醫療服務時使用您的紅白藍 Medicare 卡。如果您使用了 Medicare 卡，而非 Clever Care Longevity 會員卡，就必須自行支付該醫療服務的

全額費用。請妥善收存您的 Medicare 卡。如果您需要醫院服務、善終服務或參與 Medicare 核准的臨床研究（也稱為臨床試驗），則您會被要求出示該卡片。

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

第 3.2 節 醫療服務提供者目錄

*醫療服務提供者目錄*羅列了我們的網路。**「網路提供者」**係指與我們訂有協議的醫生及其他醫療照護專業人士、醫療團體、醫院，及其他健康照護機構，他們接受我們的付款及計劃的任何費用分攤，以作為全額的支付。

您必須使用網路醫療服務提供者，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）時接受的急診或緊急需求服務、區域外洗腎服務，以及 Clever Care 授權使用網路外醫療服務提供者的情況等。

服務提供者的最新目錄請見我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com。如果您手邊沒有*醫療服務提供者目錄*的副本，可以向客戶服務部索取。

第 3.3 節 藥局目錄

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

如果您手邊沒有*藥局目錄*，可以向客戶服務部索取。您也可以在我們的網站上找到這項資訊：zh.clevercarehealthplan.com。

第 3.4 節 本計劃承保藥物清單*（處方集）*

本計劃有一份*承保藥物清單（處方集）*。該清單簡稱為「藥物清單」。其說明本計劃包含哪些由 D 部分福利承保的 D 部分處方藥物。這份清單上的藥物是由本計劃在醫師和藥劑

師團隊的協助下選出。該清單必須符合 Medicare 的規定。Medicare 已經核准了 Clever Care Longevity 的藥物清單。

本藥物清單也會說明您的藥物是否受到任何規則的限制。

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

第 4 節 您的 Clever Care Longevity 每月費用

您的費用可能包括下列各項：

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

在某些狀況下，您的計劃保費可能會較低

有些計劃可協助資源有限的人士支付藥費。這些包括「Extra Help」計劃，可協助資源有限的人士支付藥費。第 2 章第 7 節對此有更多說明。如果您符合資格，投保該計劃可能降低您的每月保費。

如果您已經投保，且從其中一項此種計劃獲得協助，則**本*承保範圍說明書***中關於保費的資訊並不適用於您。我們已另外寄給您一份插頁，稱為「取得處方藥物額外輔助會員之承保範圍證明附約」（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，請致電客戶服務部並索取「LIS 附約」。

針對收入不同者，Medicare B 部分及 D 部分的保費也有所不同。如果您對這些保費有疑問，請查閱您的 *Medicare & You 2023* 手冊，該部分標題為「2023 年 Medicare 費用」。若您需要該份資料，也可以從 Medicare 網站下載（www.medicare.gov）。或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取紙本手冊，服務時間每週七天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 4.1 節 計劃保費

您並非獨立繳交 Clever Care Longevity 的每月計劃保費。

第 4.2 節 Medicare B 部分每月保費

有許多會員都必須支付其他 Medicare 保費

您必須繼續支付 Medicare 保費，才能繼續成為本計劃的會員。這包括您的 B 部分保費。也可能包括 A 部分的保費，這會影響不符合 A 部分保費免費資格的會員。

第 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倘若您在最初投保期結束後，連續 63 天以上沒有 D 部分承保或其他可替代處方藥物承保，便需要為 D 部分承保支付的額外保費。「可替代處方藥物承保」是由於預期平均付款至少等於 Medicare 標準處方藥物承保，而符合 Medicare 最低標準的承保。延遲投保罰款的金額，取決於您沒有 D 部分承保或其他可替代處方藥物承保的期間長度。只要您有 D 部分承保，您就必須支付該罰款。

初次投保 Clever Care Longevity 時，我們會告知您罰款金額。

如有下列情況，**您便無需**支付該費用：

- 您接收來自 Medicare 的「Extra Help」來支付您的處方藥物。
- 您沒有可替代承保的天數持續不到 63 天。
- 您已透過其他方式獲得可替代藥物承保，例如前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人事務部。您的保險人或您的人力資源部門將會告訴您，您每年的藥物承保是否為可替代承保。這項資訊可能會以信件的形式發送，或者夾帶於計劃電子報當中。倘若您稍後加入 Medicare 藥物計劃，您可能會需要此資訊，請妥善保管。
    - **注意：**任何通知皆必須指出您擁有預期支付費用等同於 Medicare 標準處方藥物計劃的「可替代」處方藥物承保。

- **注意：**以下項目*並非*處方藥物承保：處方藥優惠卡、免費診所，以及藥物折扣網站。

罰款金額乃由 Medicare 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，則您的罰款將為 14%。
- Medicare 計算罰款的根據是 Medicare 去年在國內的平均每月保費。以 2023 年而言，此平均保費金額為 $34.71。
- 將罰款百分比乘上平均每月保費，然後四捨五入至小數點第一位。在剛剛的範例中，罰款為 14% 乘以 $34.71，總額為 $4.859。四捨五入後是 $4.86。這個數字會加**到每月保費當中，作為 D 部分延遲投保罰款。**

關於此每月 D 部分延遲投保罰款，有三項須知：

- 首先，由於平均月保費每年都可能變動，因此**該罰款可能每年都會變動。**
- 第二，只要您投保附有 D 部分藥物福利的計劃，就必須每月**持續支付罰款**，即使您變更計劃亦然。
- 第三，如果您未滿 65 歲並且正在接受 Medicare 福利，則該 D 部分延遲投保罰款將在您年滿 65 歲時重新計算。在您年滿 65 歲以後，您的 D 部分延遲投保罰款將只計算您在達到 Medicare 年齡而進入最初投保期的無承保月份。

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

第 4.4 節 依收入調整的每月金額

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

如果您必須支付額外費用，則社會安全局（而非您的 Medicare 計劃）便會向您發送信函，通知您需要繳交的費用。無論您通常如何支付您的計劃保費，該額外費用將會自您的社會安全局、鐵路職工退休管理局或人事管理局福利中扣除，除非您的每月福利不足以付清必須支付的額外費用。如果您的福利支票不足以支付該額外費用，則您將會收到 Medicare 的帳單。**您必須向政府支付該額外費用。該費用不得與您的每月計劃保費一同支付。如果您未支付該費用，則您會自本計劃退保，並失去處方藥物承保。**

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

第 5 節 關於每月保費的進一步詳情

第 5.1 節 如需要支付 D 部分延遲投保罰款，可透過多種方式支付該罰款

共有三種支付罰款的方式。

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天前入帳。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 Clever Care 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 Health Plan*** 為抬頭，郵寄至：

福全健保
Attention: Finance 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：從您的銀行帳戶自動付款

您可以選擇從您的銀行支票或存款帳戶向我方發送 ACH 付款。請聯絡您的銀行，為 Clever Care 設定 ACH 付款。Clever Care 銀行帳號及匯款路徑號碼請見您的每月帳單。

選項 3：使用您的每月社會安全局支票，來支付 D 部分延遲投保罰款

變更 D 部分延遲投保罰款的支付方式。如果您決定變更支付保費的方式，新的支付方式最多需要三個月的時間方能生效。在我們為您處理轉換支付方式的請求時，您需要負責確保您的計劃保費準時支付。如欲變更付款方式，請聯絡客戶服務部。

如果您在支付 D 部分延遲投保罰款時遭遇問題，該怎麼做?

如果您必須支付 D 部分延遲投保罰款，則應於承保當月月底繳交至我們的辦公室。如果我們在該月最後一天未收到您的 D 部分延遲投保罰款，則我們會向您發送通知，說明您的 D 部分延遲投保罰款已經逾期。如果您必須支付 D 部分延遲投保罰款，則必須支付罰款才能保有您的處方藥物承保。

如果您因故無法按時支付 D 部分延遲投保罰款，請聯絡客戶服務部，瞭解我們能否將您轉介至可協助您支付費用的方案。

第 5.2 節 我方是否得於年中變更您的每月計劃保費?

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

然而，在某些狀況下，您可能可以停止支付延遲投保罰款（若有欠款），或需要開始支付延遲投保罰款。如果您在年中獲得或失去「額外補助」(Extrp Help) 計劃的資格。

- 如果您目前正在支付 D 部分延遲罰款，並且在年中獲得「額外補助」的資格，則您有可能得以停止支付罰款。
- 如果您失去「額外補助」資格，則若您連續 63 天以上沒有 D 部分或其他可替代處方藥承保，則您將需要支付延遲投保罰款。
- 如欲更進一步了解「Extra Help」計劃，請見第 2 章第 7 節。

第 6 節 請隨時更新您的計劃會員紀錄

您的會員紀錄包含您在投保申請書上填寫的資料，例如您的地址與電話號碼。會員紀錄呈現您具體的計劃投保範圍，包括主治醫生/醫療團體/IPA。

醫師、醫院、藥劑師，以及計劃網路中的其他提供者，都需要擁有關於您的正確資訊。**這些網路提供者需要使用您的資料以得知承保的服務與藥物，以及您的分攤費用。**因此，協助我們維持您資料的更新非常重要。

如果下列事項有所變動，請通知我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更
- 任何您所擁有的健康保險承保異動，例如來自您的雇主、您配偶的雇主、勞工賠償，或 Medicaid
- 如果您有任何賠償請求，例如來自汽車事故的請求
- 如果您於護理之家住院
- 如果您接受服務區外或網路外醫院或急診室的照護
- 如果您的指定負責方（例如照護者）有所變動
- 如果您正在參與一項臨床研究試驗（**請注意：**您不一定得告知您的計劃您打算參與的臨床研究試驗，但我們鼓勵您這麼做）

如果上述資訊有任何變更，請致電客戶服務部告知我們。

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

第 7 節 其他保險如何與本計劃配合

其他保險

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

我們將每年發送一封信函給您，列出任何其他我們所知的醫療或藥物承保。詳仔細詳閱該資訊。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，請致電客戶服務部。在您確定您的其他承保人後，您可能會需要向他們提供您的計劃會員 ID 編號，以便您的帳單可準時正確付款。

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

以下規則適用於雇主或工會團體健康計劃承保：

- 如果您有退休承保，則 Medicare 優先理賠。
- 如果您的團體健康計劃承保是因您或您家人目前的雇傭關係而取得，則主要支付者的判定取決於您的年齡、您的雇主所聘雇的員工人數，以及您是否乃基於年齡、身心障礙或末期腎臟疾病 (ESRD) 而取得 Medicare：
    - 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，則由您的團體健康計劃優先理賠。
    - 如果您超過 65 歲，並且您或您的配偶仍在工作，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，則由您的團體健康計劃優先理賠。
- 如果您是因為 ESRD 而取得 Medicare 承保，則在您取得 Medicare 資格之後的前 30 個月，由您的團體健康計劃優先理賠。

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 永遠不為 Medicare 承保服務擔任主要支付者。這兩者只在 Medicare、雇主團體健康計劃，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 Clever Care Longevity 聯絡人
(如何聯絡我們，包括如何聯絡本計劃客戶服務部)

如何聯絡本計劃的客戶服務部

若在理賠、帳單或會員卡相關問題上需要協助，請致電或寫信給 Clever Care 客戶服務部。我們會很高興協助您。

方式	客服 - 聯絡資訊
請致電	(833) 808-8153 (普通話) 或者 (833) 808-8161 (粵語) 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。 客戶服務部也為非英語使用者提供免費的口譯服務。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(657) 276-4720
郵寄	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
網站	zh.clevercarehealthplan.com

如何聯絡我們，要求針對您的醫療照護做出承保決定或上訴

承保決定指我們對您的福利和承保範圍，或我們將為您的醫療服務或 D 部份處方藥物所支付的金額，所做出的決定。上訴為要求我們審核和變更已做出之承保決定的正式方式。如欲了解如何為您的醫療服務或 D 部分處方藥物，要求我方做出承保決定或提出上訴的更多資訊，請見第 9 章（*如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）*）。

方式	醫療照護或 D 部分處方藥物承保決定與上訴 — 聯絡資訊
請致電	(833) 388-8168 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。 客戶服務部也為非英語使用者提供免費的口譯服務。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(657) 276-4715
郵寄	Clever Care Health Plan Grievance &Appeals 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
網站	vi.clevercarehealthplan.com/our-members

方式	D 部分處方藥物承保決定與上訴 — 聯絡資訊
請致電	(800) 926-3004 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。 客戶服務部也為非英語使用者提供免費的口譯服務。
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(858) 790-6060
郵寄	MedImpact Healthcare Systems PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
網站	medimpact.com

若您欲針對您的醫療照護提出申訴，如何聯絡我方

您可針對我方或我們的網路提供者或藥局提出申訴，包括申訴您所獲得的護理品質。此類申訴不包含承保範圍或費用爭議。如欲進一步了解針對您的醫療照護提出申訴，請見第 9 章（*如何提出疑問或申訴（承保決定、上訴、申訴）*）。

方式	醫療護理申訴 — 聯絡資訊
請致電	(833) 388-8168 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
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。 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(657) 276-4715
郵寄	Clever Care Health Plan Grievance & Appeals 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
MEDICARE 網站	您也可以直接向 Medicare 提出針對 Clever Care 的投訴。如欲向 Medicare 提出線上申訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

如欲要求我們為您所接收的醫療照護或藥物支付我們的分攤份額，該將請求發送至何處

如果您收到帳單或已支付您認為應該由我們支付的服務（例如醫療服務提供者帳單），您可能需要要求我們將費用付還給您，或支付醫療服務提供者帳單。請見第 7 章（*針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用*）。

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

方式	支付請求 — 聯絡資訊
請致電	(800) 926-3004 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
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。 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(858) 790-6060
郵寄	MedImpact Healthcare Systems PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
網站	medimpact.com

第 2 節 Medicare
(如何直接從聯邦 Medicare 計劃取得協助與資訊)

Medicare 是聯邦健康保險計劃，對象為 65 歲以上之人、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。

Medicare 的聯邦主管機關是 Centers for Medicare & Medicaid Services，有時簡稱「CMS」。該機構與諸 Medicare Advantage 組織皆訂有合約，包括我們。

方式	Medicare – 聯絡資訊
請致電	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 以上號碼為免費電話。 全年無休服務。

方式	Medicare – 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。 以上號碼為免費電話。
網站	www.medicare.gov 此為 Medicare 的官方政府網站。 該網站提供最新的 Medicare 資訊並說明目前的 Medicare 議題。在上面也可以找到關於醫院、護理之家、醫生、居家式健康機構及透析機構的資訊。您可直接從該網站下載上面所提供的文件。您也可以找到您所屬州的 Medicare 聯絡人資訊。 該 Medicare 網站也透過下列工具，針對您的 Medicare 資格與投保選項提供詳細資訊： • **Medicare Eligibility Tool：**提供 Medicare 資格認定狀態資訊。 • **Medicare Plan Finder：**針對您所在的區域，提供關於 Medicare 處方藥、Medicare 健康計劃，以及 Medigap (Medicare 補充保險) 政策的個人化資訊。這些工具可協助您*估算*在不同的 Medicare 計劃下的自付費用金額。 您也可以利用該網站，向 Medicare 提出任何關於本計劃的投訴： • **向 Medicare 提出申訴：**您也可以直接向 Medicare 提出針對本計劃的投訴。如欲向 Medicare 提出申訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會審慎處理您的申訴，並運用此資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。 如果您沒有電腦，則您當地的圖書館或老人中心或許可協助您使用他們的電腦存取該網站。或您可致電 Medicare，告訴他們您正在尋找哪些資訊。他們會在網站上找到資訊並與您一同檢閱。您可以致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 3 節 州立健康保險援助計劃

（提供免費協助與支援，並回答您關於 Medicare 的計劃）

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有訓練有素的顧問。在加州，SHIP 計劃稱為 Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)。

HICAP 是一個獨立（與任何保險公司或健康計劃皆無關聯）的州立計劃，由聯邦政府提撥資金，為投保 Medicare 者提供免費的當地健康保險諮詢。

HICAP 顧問能幫助您了解 Medicare 權益、就您的醫療照護或服務提出申訴，以及解決與 Medicare 帳單相關的問題。HICAP 顧問可以在 Medicare 相關疑問或問題上協助您，幫助您了解您的 Medicare 計劃選擇，並回答有關轉換計劃的問題。

使用 SHIP 及其他資源的方式：

- 前往 *www.medicare.gov*
- 點選首頁中間的「**Talk to Someone**」（專人諮詢）
- 您現在有以下選項
  - 選項 1：您可以**與 1-800-MEDICARE 代表進行即時聊天**
  - 選項 2：您可從下拉式選單選取您的**州**，然後按一下「GO」（前往）。這會將您轉到一個網頁，列出專屬於該州的電話號碼與資源。

方式	**HICAP（加州 SHIP）**
請致電	(800) 434-0222
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。

方式	HICAP（加州 SHIP）
郵寄	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

第 4 節 品質改善組織

各州都有為 Medicare 受益人服務的指定品質改善組織。

Livanta 由一群醫師和其他健康照護專業人員組成，這些人員受聘於 Medicare，負責檢查並協助改善 Medicare 保戶的照護品質。Livanta 為一獨立組織。該組織與我方計劃並無關聯。

如有任何下列情況，則您應聯絡 Livanta：

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

方式	Livanta（加州的品質改善組織）
請致電	(877) 588-1123 週一至週五上午 8 時至下午 5 時，週六及週日上午 11 時至下午 3 時，假日上午 7 時至下午 3:30。
聽障專線 (TTY)	(855) 887-6668 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。

方式	Livanta（加州的品質改善組織）
郵寄	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	www.livantaqio.com

第 5 節 社會安全局

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

社會安全局也負責判定有哪些人因為收入較高，而必須為其 D 部分處方藥物承保支付額外費用。如果您收到社會安全局去信指出您必須支付額外費用，而您對該費用有疑問，或您的收入因為重大變故而有所下降，您可致電社會安全局要求重新判定。

如果您搬家或變更通訊地址，請務必告知社會安全局。

方式	社會安全局 — 聯絡資訊
請致電	1-800-772-1213 以上號碼為免費電話。 開放時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時。 您可隨時使用社會安全局的語音專線服務取得預錄的資訊或處理某些業務。

方式	社會安全局 — 聯絡資訊
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。 以上號碼為免費電話。 開放時間為週一至週五，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。在加州，該計劃稱為「Medi-Cal」。部分有資格投保 Medicare 之人亦擁有 Medi-Cal 之資格。

此外，Medi-Cal 也提供某些計劃，幫助擁有 Medicare 之人支付其 Medicare 費用，例如其 Medicare 保費。這些「Medicare 儲蓄計劃」包括：

- **符合資格的 Medicare 受益人 (QMB)：**協助支付 Medicare 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 之人亦符合 Medicaid 完整福利 (QMB+) 資格。）
- **特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：**協助支付 B 部分保費。（部分擁有 SLMB 之人亦符合 Medicaid 完整福利 (SLMB+) 資格。）
- **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。

如欲進一步了解 Medi-Cal 及其計劃，請聯絡加州衛生服務部 (California Department of Health Care Services, DHCS)。

方式	由加州衛生服務部負責之 Medi-Cal（即加州的 Medicaid 計劃）— 聯絡資訊
請致電	(800) 541-5555 開放時間為週一至週五，上午 8 時至下午 5 時。
聽障專線 (TTY)	(800) 735-2922 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	www.dhcs.ca.gov

第 7 節 處方藥費援助計劃資訊

Medicare.gov 網站 (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人士，還有其他計劃可提供協助，如下所述。

Medicare 的「Extra Help」計劃

Medicare 提供「Extra Help」，幫助收入資源有限之人支付處方藥費。資源包括您的存款與股票，但不包含您的房屋或汽車。如果您符合資格，則您可在支付任何 Medicare 藥物計劃的每月保費、每年自付額，以及處方共付額時獲得援助。此「Extra Help」也適用於您的自付費用。

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048，服務時間每週 7 天，每天 24 小時；

- 社會安全辦公室 (Social Security office) 電話為 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時。聽障專線使用者請致電 1-800-325-0778（申請）；或
- 您的州政府 Medicaid（申請）辦事處（聯絡方式請見本章第 6 節）。

如果您認為自己符合「Extra Help」資格，並且您在藥局領取處方藥時支付的分攤費用金額不正確，本計劃有相關流程，讓您可藉以請求協助取得適當共付額等級證明，或在您已有證明時提供給我們。

- 如果我們收到您的共付額等級證明，我們將會更新系統，使您得以於下次在藥局領取處方藥時得以支付正確的共付額。如果您的共付額有溢繳，我們會退款給您。我們會向您提供溢繳金額的支票，或者減免未來的共付額。如果藥局未收取您的共付額，而是為您記帳，則我們將會直接向藥局付款。如果款項是以您的名義向州政府付款，則我們會直接向其付款。若有疑問，請聯絡 Clever Care 客戶服務部。

如果您享有州政府藥物援助計劃（State Pharmaceutical Assistance Program，SPAP）的承保，該怎麼辦?

許多州和美屬維京群島都提供處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用的協助。如果您參加了州政府藥物援助計劃 (SPAP)，或者任何其他提供 D 部分藥物承保的計劃（「Extra Help」除外），您仍然可以獲得承保原廠藥 70% 的折扣。此外，本計劃在承保缺口階段支付原廠藥物費用的 5%。70% 的折扣和計劃支付的 5% 均適用於任何 SPAP 或其他保險尚未承保前的藥物價格。

關於您為胰島素支付的費用的重要信息 - 對於我們計劃涵蓋的每種胰島素產品的一個月供應量，無論它處於哪個成本分攤級別，您支付的費用不會超過 $35。某些優選胰島素的定額手續費將是 $0。要了解哪些藥物是精選胰島素，請查看我們以電子方式提供的最新藥物清單。如果您對藥物清單有任何疑問，也可以致電我們（電話號碼印在本手冊封底）。要了解哪些藥物是精選胰島素，請查看我們以電子方式提供的最新藥物清單。如果您對藥物清單有任何疑問，也可以致電我們（電話號碼印在本手冊封底）。

如果您擁有愛滋病藥物援助計劃（AIDS Drug Assistance Program，DAP），會有什麼影響嗎？什麼是愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)?

愛滋病藥物援助計劃 (ADAP) 有助於符合 ADAP 資格的 HIV/愛滋病患者能獲得拯救生命的 HIV 治療藥物。同時列於 ADAP 處方集內的 Medicare D 部分處方藥物，也符合由 ADAP 加州辦公室補助處方費用分攤的資格。

注意：個人必須符合特定標準，方能符合所在州 ADAP 的資格。這些標準包括州居住證明和 HIV 狀態、州定義的低收入，以及未投保/保險不足狀態。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 登錄工作人員，以便您可以繼續獲得協助。如需資格標準、承保藥物或投保此計劃方式的資訊，請致電 1-844-421-7050。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 711 以取得協助。

第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休管理局

鐵路職工退休管理局是一個獨立的聯邦機構，為全國的鐵路從業者及其家屬管理各種福利計劃。如果您是透過鐵路職工退休管理局獲得 Medicare，則若您搬家或通訊地址有變，請務必告知他們。如果您對於自己的鐵路職工退休管理局福利有問題，請聯絡該機構。

方式	鐵路職工退休管理局 — 聯絡資訊
請致電	1-877-772-5772 以上號碼為免費電話。 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 時之間，如果您按下「0」，就可與鐵路職工退休管理局代表通話。 您亦可隨時（包含假日與非假日）按下「1」，接通鐵路職工退休管理局語音服務專線並取得預錄的資訊。
聽障專線 (TTY)	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	rrb.gov/

第 9 節 您是否有「團體保險」或其他雇主提供的健康保險?

如果您或您的配偶，享有您或您配偶的雇主或退休團體所提供的本計劃福利，則您若有任何疑問，可致電雇主/工會管理員或客戶服務部。您可以詢問的議題包括您或您配偶的雇主或退休人員健康福利、保費或投保期間。（客戶服務部電話號碼請見本文件封底。）您亦可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；TTY：1-877-486-2048）向其詢問您在此計劃下的 Medicare 承保相關事項。

如果您有透過您或您配偶的雇主或退休團體取得其他處方藥物承保，請**聯絡該團體的福利管理人員**。福利管理人員可以幫助您判定，您目前的處方藥物承保是否可與本計劃並存。

第 3 章:

將本計劃

用於您的醫療服務

第 1 節 以本計劃會員的身分接受醫療照護時的須知

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

如欲進一步了解本計劃承保的醫療照護內容，以及您在接受這些照護時應支付的費用，請參閱下一章，亦即第 4 章（*醫療福利表（承保內容和您支付的費用）*）所提供的福利表。

第 1.1 節 何謂「網路提供者」及「承保服務」？

- **「醫療服務提供者」**係指經州政府認證，得提供醫療服務與照護的醫生及其他醫療照護專業人士。「醫療服務提供者」一詞也包含醫院及其他健康照護機構。
- **「網路提供者」**係指與我們訂有協議的醫生及其他醫療照護專業人士、醫療團體、醫院，及其他健康照護機構，他們接受我們的付款及您的費用分攤金額，以作為全額的支付。我們已經安排好由這些服務提供者向本計劃會員提供承保服務。屬於我方網路的醫療服務提供者會直接將您的照護帳單發送給我們。如果您於網路提供者處就醫，則您只需要為其服務支付您的分攤費用。
- **「承保服務」**係指本計劃所承保的一切醫療照護、健康照護服務、用品設備及處方藥物。您的醫療照護承保服務列於第 4 章的福利表。第 5 章說明您的處方藥物承保服務。

第 1.2 節 接受本計劃承保服務的基本規則

作為 Medicare 健康計劃，我們必須承保所有傳統 Medicare 的承保服務，並且必須遵守傳統 Medicare 的承保規則。

只要符合以下條件，本計劃通常會承保您的醫療護理：

- **您接受的照護包含於本計劃的福利表中**（該表格請見本文件第 4 章）。
- **您所接受的照護或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。

- **您擁有網路主治醫生 (PCP) 負責提供並監督您的照護。**身為本計劃會員，您必須選擇網路主治醫生 (PCP)。相關詳細資訊請見本章第 2.1 節。
  - 在大多數的狀況下，您在使用本計劃的其他網路提供者（例如專科醫生、醫院、專業護理之家，或居家式健康照護機構）之前，必須先通過網路內主治醫生的核准。這稱為提供您「轉診」。相關詳細資訊請見本章第 2.3 節。
  - 急診照護或緊急需求服務不需要由您的主治醫生轉診。您還可接受其他類型的照護而不需要事先經過您的主治醫生核准。相關詳細資訊請見本章第 2.2 節。
- **您的服務必須接受自網路提供者**（相關詳細資訊請見本章第 2 節）。在大多數的狀況下，您接受自網路外提供者（未參與我方計劃網路的醫療服務提供者）的照護不會獲得承保。這表示您必須全額支付醫療服務提供者所提供的服務。*以下三種狀況為例外：*
  - 本計劃承保您接受自網路外提供者的急診照護或緊急需求服務。相關詳細資訊及「急診」/「緊急需求服務」之涵義請見本章第 3 節。
  - 如果您需要的是 Medicare 要求本計劃承保的醫療護理、但我們的網路中沒有提供此護理的專科醫生，則您可以從網路外提供者處獲得此護理；在您尋求護理之前，必須先獲得本計劃的預先授權。在此情況下，您將支付的費用將與您自網路服務者接受服務相同。關於取得核准以便向網路外醫師求診，詳細資訊請見本章第 2.4 節。
  - 如果您暫時不在本計劃的服務區域內、或您需要的該服務提供者暫時無法取得或無法使用，則若您自 Medicare 認證透析機構接受的腎臟透析服務，則本計劃亦將承保之。您為透析支付計劃的費用分攤永遠不得超過傳統 Medicare 的費用分攤。如果您在本計劃的服務區域外，並從計劃網路外的提供者處接受透析，您的分攤費用不得超過您在網路內支付的費用分攤。但是，如果您平常網路內的透析服務提供者暫時無法使用，且您選擇從計劃網路外提供者處獲得服務區域內的服務，則透析的分攤費用可能較高。

第 2 節 使用本計劃網路的醫療服務提供者取得醫療照護

第 2.1 節 您必須選擇主治醫生 (PCP)，由其提供及監督您的醫療照護

何謂主治醫生 (PCP)？他們可以為您做什麼？

您加入本計劃時，必須選擇一個網路提供者擔任您的「主治醫生」（Primary Care Provider，PCP）。主治醫生是您的健康夥伴，負責提供及協調您的照護。您的主治醫生是健康照護專業人士，符合州政府的條件，並受過能向您提供基礎醫療照護的訓練。這包括以家庭醫學科、一般診療科、內科為專科的醫生。

由於您的主治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紀錄發送至主治醫生的辦公室。您的主治醫生也將負責安排或協調您身為本計劃會員所接受的其餘承保服務。這包括但不限於：

- X 光
- 實驗室檢驗
- 治療
- 專科醫師照護
- 住院
- 追蹤照護

「協調」您的服務包括針對接受的照護內容與成效，向其他計劃提供者提出確認與諮詢。如果您需要特定類型的承保服務或物品，則您必須事先取得主治醫生的書面核准，例如提供轉診單讓您可向專科醫師求醫。

- 在某些狀況下，您的主治醫生、專科醫師，或其他您正由其治療的提供者，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）。需要預先授權的服務及項目清單請見本手冊第 4 章。

如何選擇主治醫生?

加入 Clever Care Health Plan 時，您便可使用加州洛杉磯、橘郡、聖伯納迪諾、河濱市和聖地牙哥等郡的大型醫療服務提供者網路，他們都會向我們的會員提供照護。如欲選擇主治醫生，請前往我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com/provider，並從本計劃網路選擇主治醫生。客戶服務部亦可協助您選擇主治醫生。

選擇主治醫生時，您也可以選擇醫院以及與主治醫生相關的專科網路。請務必寫下該醫師的姓名及 ID 編號。這組編號將需要寫在投保申請書中。

您投保本計劃後，我們會寄發一張 Clever Care 會員 ID 卡給您。您的主治醫生名稱和電話號碼都會印在您的會員 ID 卡上。如果您未選擇主治醫生，或如果您選擇的主治醫生無法於本計劃中使用，則我們將會自動為您指派一個主治醫生。

變更主治醫生

您可以隨時因任何理由變更您的主治醫生。您的主治醫生也有可能退出本計劃的提供者網路，使您必須尋找新的主治醫生。有許多主治醫生都與醫療網或獨立醫師協會（Independent Physician Association，IPA）有配合，而這些組織都有預先決定的專科醫師及其他醫療照護提供者名單。如果您是選擇的 PCP 來自這些醫療網/IPA 中，則您的 PCP 將會引導您從該提供者及醫院組織（可視為次級提供者網路）尋求照護。

如欲變更主治醫生，請聯絡客戶服務部。如果您欲求醫於專科醫師或取得其他需要主治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），請告知我們。我們的代表將會協助確保您在變更主治醫生後，可繼續接受您所需要的專科照護及其他服務。他們也會確認您想選擇的新主治醫生能夠接收新患者。

如果您想在同一個指定醫療網/IPA 中選擇新的主治醫生，則最遲必須在該月份最後一天收到您的請求（例如 3 月 31 日）。該變更將在下個月首日生效（例如 4 月 1 日）。

如果您希望保留原有的主治醫生，但是想選擇一個與其有配合的新醫療網/IPA，或打算同時變更您的主治醫生及醫療網/IPA：

- 在該月份 25 日（例如 3 月 25 日）或之前收到的申請將在下個月的首日（4 月 1 日）生效。

- 在該月份 25 日之後（例如 3 月 26 日）收到的申請將在隔月的首日（5 月 1 日）生效。

無論哪一種情況，您都會收到印有新資訊的新會員卡。如果您選用的主治醫生未印於您的會員卡上，則您將需要支付較高的分攤費用，或您的理賠申請可能遭拒。

第 2.2 節 您可接受哪些醫療照護，而不需要透過主治醫生轉診?

您可以接受下列的服務而無需事先經過主治醫生核准。

- 來自網路提供者的定期女性健康護理，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、骨盆檢查。
- 來自網路提供者的流感疫苗、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎疫苗。
- 急診服務，不論來自網路或網路外提供者
- 緊急需求服務是不屬於急診服務的承保服務，前提是網路醫療服務提供者暫時無法提供服務或無法取得服務，或投保人不在服務區域時。例如，您在週末需要立即照護。服務必須為立即需要且為醫療所必需。
- 如果您暫時不在本計劃的服務區域內，則若您自 Medicare 認證透析機構接受腎臟透析服務，則亦可獲得承保。（如有可能，請在離開服務區域前聯絡客戶服務部，讓我們可以協助為您安排在異地持續接受透析服務。）

第 2.3 節 如何自專科醫師及其他網路提供者取得照護

專科醫師是指對特定疾病或身體部位提供健康照護服務的醫師。專科醫師的種類繁多。例如：

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

您的主治醫生會為您提供專科醫師的轉診。每個主治醫生都有特定的轉診用計劃專科醫師。這表示您選擇的主治醫生也會決定為您看診的專科醫師。如果您希望使用特定的醫院，您必須先了解您的主治醫生是否有使用該醫院。

只要是純粹討論照護需求而未進行任何處置的初診，本計劃允許您由網路專科醫師看診而無須授權。如果您想向某個專科醫師回診以接受更進一步的照護，請務必先獲得本計劃透過您的主治醫生發出的授權（事先核准），同意您於該專科醫師處進一步就診。

在專科醫師初診或任何專科處置後，對於後續追蹤照護，您的主治醫生或專科醫師將需要事先取得 Clever Care 核准。這稱為取得「預先授權」。預先授權亦即事先核准接受服務。部分網路醫療服務，必須由您的醫生或其他網路提供者取得本計劃的「預先授權」方得承保。需要預先授權的承保服務項目請見第 4 章第 2.1 節的福利表。

如果您沒有針對後續的專科照護及服務取得書面的預先授權，則這些服務將必須由您全額自費。

如果專科醫師或其他網路提供者退出我方計劃，該怎麼辦?

我們可能會在年度中變更您計劃中的醫院、醫師和專科醫師（提供者）。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您擁有以下總結的特定權利和保障：

- 儘管我們的提供者網路在當年度可能會變更，但 Medicare 要求我方必須讓您持續獲得合格醫師和專科醫師的服務。
- 我們將盡力在至少 30 天前通知您提供者將退出本計劃，讓您有時間選擇新的提供者。
- 我們將協助您選擇新的合格提供者，以繼續管理您的健康照護需求。
- 如果您正在接受治療，您有權要求確保您正在接受的醫療上必要的治療不會中斷，我們也將就此與您合作。
- 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。需要獲得預先授權。

- 如果您發現您的醫師或專科醫師要退出您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您尋找新的提供者負責您的照護。
- 如果您認為我們沒有為您提供合格的提供者來替代您先前的提供者，或者您的照護未得到適當管理，您有權向品質改善組織或/及本計劃提出醫療品質的申訴。請參閱第 9 章。

第 2.4 節 如何自網路外提供者取得照護

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：會員有權接受網路外提供者的急診服務或緊急需求服務。此外，末期腎臟疾病會員若因離開計劃服務區域而無法使用簽約的末期腎臟疾病提供者，則本計劃必須承保其透析服務。末期腎臟疾病必須由 Medicare 認證透析機構提供方可承保。

第 3 節 如何在您有緊急狀況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（若您是孕婦則以防胎兒流產）、截肢或喪失肢體功能、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：

- **請盡快取得救護。**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。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服務提供者取得承保緊急醫療照護，即使這些提供者並非我們網路的一部分。

- **請盡快確保本計劃就您的緊急狀況獲得告知。**我們需要追蹤您的急診照護。通常您或其他人應在 48 小時內致電我們，告知您的急診照護。電話號碼在計劃會員卡背面）。

如果您遭遇醫療緊急狀況，有哪些承保項目?

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

提供您緊急照護的醫生將會判定您的情況何時可視為穩定，並終止該醫療緊急狀況。

在緊急狀況結束後，您可接受後續照護以確保您的情況穩定。您的醫師將持續治療您，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。

如果您的緊急照護是由網路外提供者所提供，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提供者接手您的照護。

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緊急照護，而醫生卻說這完全不是醫療緊急狀況。在最終判定並非醫療緊急狀況的案例中，如果您合理認為自己的健康遭遇重大危險，則我們也會承保您的照護。

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

- 您的額外照護是由網路提供者提供。
- *– 或是 –* 您的額外照護被認定為「緊急需求服務」，並且您確實遵循接受緊急服務的規則（詳細資訊請見下文第 3.2 節）。

第 3.2 節 在您有緊急服務需求時取得照護

何謂「緊急需求服務」？

緊急需求服務是需要立即醫療照護的非緊急狀況，但根據您的情況，從網路內醫療服務提供者取得這些服務是不可能或不合理的。本計劃必須承保網路外提供的緊急需求服務。部分緊急需求服務的範例包括：i) 發生在週末的嚴重喉嚨痛，或 ii) 暫時離開服務區域時，發生無法預見的已知病況發作。

您應該總是先嘗試自網路提供者取得緊急需求服務。然而，如果網路提供者暫時無法使用或無法取得，且無法合理地等到網路可用後再接受網路提供者的服務，則我們會承保您接受自網路外提供者的服務。

如果您需要緊急照護，請先聯絡您的主治醫生或醫療團體。如果兩者都無法使用，您可以致電我們的 24 小時護士專線，電話號碼是 1-800-396-1961，或者致電 Teladoc 提供者：1-800-TELADOC (835-2362)。您可在我們的醫療服務提供者目錄中找到急診照護中心名單，網址是 zh.clevercarehealthplan.com/provider。您可致電客戶服務部，電話號碼列於本手冊背面。

在此情況下，本計劃承保全世界的美國境外急診與緊急照護服務：在美國及其屬地境外所接受，符合緊急、急診與後續穩定照護定義的服務。本服務每年額度上限為 $50,000。如欲進一步了解詳細資訊，請見本手冊第 4 章醫療服務表中的「全球急診/緊急承保」，或以本手冊封底上的電話號碼聯絡客戶服務部。

第 3.3 節 在災害期間取得照護

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

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

如果您於災害期間無法運用網路提供者，則您的計劃將允許您以網路內的費用分攤，接受網路外提供者的服務。如果您於災害期間無法使用網路藥局，則您得於網路外藥局領取您的處方藥。詳細資訊請見第 5 章第 2.5 節。

第 4 節 如果您直接收到所接受服務的全額帳單，該怎麼做?

第 4.1 節 您可要求我們支付我方的承保服務分攤費用

如果您為承保服務支付的費用高於您的計劃分攤份額，或如果您收到了承保服務的全額帳單，請參閱第 7 章（*針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用*）進一步了解應對措施。

第 4.2 節 針對我方計劃不予承保的服務，您必須支付全額費用

本計劃承保本文件第 4 章醫療福利表所列的所有醫療所必需服務。如果您接受不在我們計劃承保範圍內的服務，或從網路外獲得且未獲得授權的服務，您有責任支付全額服務費用。

對於設有福利上限的承保服務，如果您用盡該承保服務類型的福利額度，則您需支付任何後續服務的全額費用。一旦達到福利額度上限，您為服務支付的費用將不再計入年度自付額上限。關於福利額度上限及自付額上限，詳細資訊請參閱第 4 章。如果您想知道您目前已經使用了多少福利額度，可聯絡客戶服務部。

第 5 節 如果您參與「臨床研究試驗」，則您的醫療服務將如何承保?

第 5.1 節 何謂「臨床研究試驗」?

臨床研究試驗亦稱為「臨床試驗」，是醫師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 Medicare 核准。Medicare 核准的臨床研究試驗通常會要求志願者參與試驗。

一旦您參與的試驗經 Medicare 核准，且您也對其表達興趣，試驗人員便會與您聯絡，進一步說明試驗細節，並檢視您是否符合負責執行試驗的科學家所設定的條件。只要您符合試驗的條件，*並且*您充分了解並接受參與試驗的相關事項，您便可參與試驗。

如果您參與的試驗經過 Medicare 核准，則傳統 Medicare 會為您參與試驗期間所接受的承保服務負擔大部分費用。如果您告訴我們您正在參與一項合格的臨床試驗，則您僅需負責該試驗服務的網路內分攤費用。如果您支付了更多費用，例如若您已經支付傳統 Medicare 的分攤費用金額，我們便會付還給您支付的費用與網路內分攤費用之間的差額。但是，您需要提供文件證明您支付了多少費用。如果您參與臨床研究試驗，則您得維持投保本計劃，並繼續透過本計劃取得與試驗無關的其餘服務。

如果您想要參與經過 Medicare 核准的臨床研究試驗，您*不需要*告知我們，或經過我方或您的主治醫生同意。在臨床研究試驗中向您提供服務的提供者*不需要*是本計劃的網路提供者。

雖然您不需要取得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 Medicare 資格的臨床試驗時提前通知我們。

如果您參與的研究試驗*未*經 Medicare 核准，*則您將必須負責支付參與該試驗的所有費用*。

第 5.2 節 如果您參與臨床研究試驗，其中的各項費用將各自由誰支付?

如果您參與的臨床研究試驗經過傳統 Medicare 核准，則您在試驗期間的例行項目及服務皆有承保，例如：

- Medicare 將負擔住院時的房間與膳食，即便並非為試驗之故亦然。
- 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 Medicare 為這些服務支付其分攤費用後，本計劃將支付傳統 Medicare 的分攤費用和您作為本計劃會員的網路內分攤費用之間的差額。這表示您為試驗服務所支付的費用將與透

過本計劃接受這些服務的費用相同。但是，您必須提出顯示您支付多少分攤費用的文件。關於提出支付請求，詳細資訊請見第 7 章。

> *以下是此等分攤費用的計算方式範例：*例如您在研究試驗中接受了要價 $100 的醫學檢驗。假設您為該檢驗負擔的分攤費用在傳統 Medicare 之下為 $20，然而在本計劃的福利下為 $10。在此情況下，傳統 Medicare 會為測試支付 $80，而您則需支付傳統 Medicare 所要求的 $20 共付額。您將接著通知您的計劃，說明您已接受合格的臨床試驗服務並繳交文件，例如服務提供者向計劃請款的帳單。然後本計劃會直接支付您 $10。因此，您的淨付款額為 $10，與您在本計劃福利下支付的金額相同。請注意，為了從您的計劃獲得付款，您必須向您的計劃繳交文件，例如醫療服務提供者帳單。

如果您參與了臨床研究試驗，則 **Medicare 及本計劃皆不會理賠下列任何項目：**

- Medicare 一般而言*不*負擔該試驗所測試的新型項目或服務，除非它們是 Medicare 在您*沒有*參與研究時，原本就予以承保的項目或服務。
- 僅為蒐集資料而提供，並未直接用於健康照護的項目或服務。例如，假設您的病症通常只需要一次 CT 掃描，則 Medicare 將不理賠試驗中的任何每月 CT 掃描。

您想進一步了解更多資訊嗎?

關於參與臨床研究試驗，如欲進一步了解更多資訊，請造訪 Medicare 網站，或下載出版物「Medicare 及臨床研究試驗」(Medicare and Clinical Research Studies)。該出版物的下載網址為：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 6 節 於「宗教性非醫療健康照護機構」取得照護的規則

第 6.1 節 何謂「宗教性非醫療健康照護機構」？

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

第 6.2 節 自宗教性非醫療健康照護機構取得照護

如欲自宗教性非醫療健康照護機構取得照護，您必須簽署一份法律文件，表明您是有意識地反對接受「非排他」(non-excepted) 治療。

- 「非排他」醫療照護或治療係指任何*自願*且*並非*由任何聯邦、州或地方法律所規定的醫療照護或治療。
- 「排他性」醫療照護係指任何*非*自願或由聯邦、州或地方法律所*規定*的醫療照護或治療。

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

- 該設施提供的照護必須通過 Medicare 驗證。
- 本計劃針對您接受的服務所提供的承保僅限於*非宗教*性質的照護。
- 如果您在任何設施接受此等機構的服務，則適用以下的條件
  - 您的健康狀況必須允許您接受我們予以承保的住院照護服務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。

第 7 節 耐用醫療設備的所有權規則

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

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

在傳統 Medicare 當中，租用特定類型 DME 之人會在為該物品支付完 13 個月的共付額後，獲得其所有權。然而，作為本計劃的會員，無論您在作為本計劃的會員期間為該器材支付多少次共付額，您都不會獲得所租用之 DME 的所有權；即使您在加入本計劃之前根據傳統 Medicare 連續為該 DME 支付了最多 12 次費用，無論您在作為本計劃的會員期間為該器材支付多少共付額，您也不會獲得所有權。請致電客戶服務部瞭解更多資訊。

如果您轉換至傳統 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，則您轉換至傳統 Medicare 後，將必須再連續支付 13 期費用方能獲得其所有權。在投保您的計劃期間所支付的費用不計算在內。

範例 1：您連續為傳統 Medicare 中的設備支付 12 次或以下的費用，然後加入本計劃。您在傳統 Medicare 中支付的款項不計入您將必須為傳統 Medicare 中的設備連續支付 13 次款項，然後加入本計劃。您參加了本計劃，但在參加本計劃期間沒有獲得所有權。然後您返回傳統 Medicare。一旦您重返傳統 Medicare，您必須為該設備的所有權重新連續支付 13 期費用。所有先前付款（無論是支付給本計劃或傳統 Medicare）皆不計入。

第 7.2 節氧氣設備、耗材與維護規定

您可享有哪些氧氣設備相關福利?

如果您符合 Medicare 氧氣設備承保資格，我們將承保：

- 氧氣設備租金

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

如果您退出 Clever Care Longevity 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。

如果您從您的計劃退保而重回傳統 Medicare，會發生什麼事?

傳統 Medicare 要求氧氣供應商為您提供五年的服務。在最初 36 個月期間，您租用設備。剩下的 24 個月，由供應商提供設備和維護（您仍需負擔氧氣的共付額）。五年後，您可以選擇繼續用同一家公司或換成另一家公司。此時五年的週期會重新開始，即使您仍繼續用同一家公司，您仍需在前 36 個月支付共付額。如果您加入或退出本計劃，五年週期便會重新計算。

第 4 章:

醫療福利表

(承保與

自費項目)

第 1 節 了解您的承保服務自付費用

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

第 1.1 節 您可能需為承保服務支付的自付費用類型

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

- **「共付額」**(copayment) 係指您每次接受特定醫療服務時支付的固定金額。您需於接受醫療服務時支付共付額。第 2 節的醫療福利表會進一步說明共付額。
- **「共保額」**(Coinsurance) 是您需為特定醫療服務負擔的總額比例。您需於接受醫療服務時支付共保額。第 2 節的醫療福利表會進一步說明共保額。

大部分符合 Medicaid 或合格 Medicare (QMB) 計劃資格之人，皆應永久免付自付額、共付額或共保額。請務必於適用時向您的醫療服務提供者出示您的 Medicaid 或 QMB 資格證明。

第 1.2 節 您為承保醫療服務的最高限額為何?

由於您投保的是 Medicare Advantage 計劃，因此對於本計劃所承保的網路內醫療服務，您所必須支付的自付費用設有上限。此上限稱為醫療服務「年度自付額上限」(MOOP)。在 2023 日曆年度，此金額為 $1,700

您為網路內承保服務支付的共付額及共保額，都會計入自付費用最高限額。如果您達到了 $1,700 的自付費用最高限額，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，您必須持續支付 Medicare B 部分保費；除非您的 B 部分保費是由 Medicaid 或其他第三方為您支付。

第 1.3 節 我們的計劃不允許醫療服務提供者向您收取「差額負擔」

身為本計劃會員，您獲得的一項重要保障是您取得本計劃承保的服務時，只須支付您的費用分攤金額。醫療服務提供者不得增加額外的單獨收費（稱為「差額負擔」）。即使我們支付醫療服務提供者的費用少於醫療服務提供者收取的服務費用，且即使我方因爭議而不支付特定的醫療服務提供者費用，此保障仍適用。

以下是此保障的運作方式。

- 如果您的分攤費用是共付額（一筆固定金額，例如 $15.00），則您僅需為網路醫療服務提供者的任何承保服務支付該金額。
- 如果您的分攤費用是共保額（總費用的百分比），則永遠不需支付超過該百分比的金額。但是，您的費用須視您就診的醫療服務提供者類型而定：
  - 如果您從網路醫療服務提供者取得承保服務，您支付的金額是共保額的百分比乘以計劃的補償費率（如醫療服務提供者和本計劃的合約中所訂定的）。
  - 如果您從參與 Medicare 的網路外醫療服務提供者處接受承保服務，您支付的金額是共保額百分比乘以 Medicare 支付參與醫療服務提供者的費率。（請記住，本計劃僅在特定情況下承保網路外醫療服務提供者的服務，例如您獲得轉診、使用急診或緊急需要服務時。）
  - 如果您接受服務的網路外醫療服務提供者並未參與 Medicare，您支付的金額是共保額百分比乘以 Medicare 支付給未參與醫療服務提供者的費率。（請記住，本計劃僅在特定情況下承保網路外醫療服務提供者的服務，例如您獲得轉診、使用急診或緊急需要服務時。）
- 如果您認為提供者向您「收取了餘額」，請致電客戶服務部。

第 2 節 使用*醫療福利表*了解承保範圍和您需支付的費用

第 2.1 節 計劃會員的醫療福利和費用

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

- 您的 Medicare 承保服務必須依據 Medicare 制定的承保指南提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備及 B 部份處方藥物）*必須*有醫療上的必要性。「醫療上有必要」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、物品或藥物。
- 您從網路內醫療服務提供者處接受照護。在大多數情況下，您從網路外服務提供者處接受的護理將不予承保，除非是急診或緊急護理，或是由您的計劃或網路內服務提供者為您轉診。這表示您必須全額支付醫療服務提供者所提供的服務。
- 您有一位主治醫生 (PCP) 負責提供並監督您的照護。在大部分情況下，您的主治醫生必須事先核准，您才能向本計劃網路內的其他醫療服務提供者求診。這稱為提供您「轉診」。
- 醫療福利表中所列的部分服務*僅*在您的醫師或其他網路內醫療服務提供者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會在醫療福利表中標示出來。
- 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，請致電客戶服務部。

關於我們承保的其他重要事項：

- 如同所有 Medicare 健康計劃，我們承保傳統 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傳統 Medicare 中支付的金額*高*。對於其他福利，您支付的費用*較少*。（如欲了解傳統 Medicare 的承保內容及費用，請參閱您的 *Medicare & You 2023* 手冊。請至 www.medicare.gov 線上瀏覽或致電 1-800-

MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。)

- 對於傳統 Medicare 免費承保的所有預防性服務，我們也會免費為您承保。但是，如果您在接受預防性服務時，同樣接受現有醫療狀況的治療或監測，則針對現有醫療狀況接受的照護將收取共付額。
- 如果 Medicare 在 2023 年期間為任何服務新增承保，Medicare 或本計劃都會承保這些服務。

對於患有慢性病的投保者的重要醫療福利資訊

- 如果您被診斷出患有下列慢性病，並符合特定標準，您可能符合慢性病患者特殊補充福利的資格。
  - 心血管疾病
  - 慢性心衰竭
  - 失智症
  - 糖尿病
  - 末期肝臟疾病
  - 末期腎臟疾病
  - HIV/愛滋病
  - 慢性肺部疾病
  - 慢性及殘疾性心理健康障礙
  - 神經疾病
  - 中風
  - 根據您的醫師確定並確認的慢性病合格臨床標準，您符合資格。在某些情況下，您也必須參與本計劃的其中一項「個案管理計劃」，以及具有明訂目標及結果指標的活動。
- 如需詳細資訊，請參閱以下醫療福利表中的「慢性病患者特殊補充福利」一列。
- 要了解您符合哪些福利的資格，請與我們聯絡。

您將在福利表中的預防性服務旁看到此蘋果標誌。

醫療福利表

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
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，而且由醫師、醫師助理、護理從業人員或臨床護理專科醫師予以轉診時，本計劃才會承保此篩檢。	會員符合資格接受此一預防性篩檢時，不需支付共保額、共付額或自付額。

慢性下背部疼痛的針灸 承保服務包括： 在下列情況下為 Medicare 受益人在 90 天內承保最多 12 次就診： 基於此項福利的目的，慢性下背痛的定義為： • 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、感然及疾病等無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 情況改善的病人將另行承保八次療程。每年不得施行超過 20 次針灸治療。 如果病人情況未改善或退步即必須中止治療。 醫療服務提供者要求： 醫師（如 Social Security Act（本法案）第 1861(r)(1) 節規定者）可依循適用之州政府要求施行針灸。 醫師助理 (PA)、專科護理師 (NP)/臨床護理專家 (CNS)（如本法案第 1861(aa)(5) 節規定者）及輔助人員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，簡稱 ACAOM）認證之學校授予的針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及 • 一張現行版、完整、有效且不受限制，可在美國各州、領土或邦（即波多黎各）或者哥倫比亞特區施行針灸的執照。	Medicare 承保服務之**共付額為 $0。** **需要預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
慢性下背部疼痛的針灸（續） • 按 42 CFR §§ 410.26 及 410.27 法規要求，輔助人員必須在醫師、PA 或 NP/CNS 適當程度監督下施行針灸。	
補充針灸（例行） 非由 Medicare 承保的例行針灸服務	非由 Medicare 承保的例行就診無次數限制，**共付額為 $0**。每年補助金額上限為 $3,000，**無需轉診或預先授權**。 在本計劃支付就診的福利補助金上限之後，您必須負責支付任何超出的費用。 所有剩餘的補助金額將於 12 月 31 日到期。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
救護車服務 • 承保的救護車服務包括定翼和旋翼的空中救護機以及陸路救護車服務，前往最接近且可提供護理的適當設施。提供這類服務的條件是該會員的身體病況不允許使用其他交通運輸，否則可能危及健康；抑或是獲得計劃授權。 • 如果有文件記錄表示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，則可在非緊急狀況時使用救護車運輸。 會員在全世界接受的緊急交運運輸服務均有承保。（全世界是指在美國及其屬地以外接受的緊急護理）。	**網路內：** Medicare 承保的每一趟陸路救護車行程（單程）需付 **$40 共付額。** Medicare 承保的每一趟空中救護機行程（單程）為 **20% 共保額。** 全世界範圍的承保年度限額是 $75,000。在美國境外接受的急診交通服務每次 $0 共付額。 **非緊急救護車運輸服須獲得預先授權**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
每年例行健康檢查 本計劃包括一次例行健康檢查，而傳統 Medicare 未承保這項檢查。 這項非 Medicare 福利，是在 Medicare 承保的年度健康檢查以及「Welcome to Medicare」預防性看診之外的承保福利。您可以在每一個日曆年安排一次年度例行健康檢查。 年度例行健康檢查是廣泛的健康檢查，包括收集病歷記錄，也可能包含以下任一項：生命徵象、觀察外觀、頭頸檢查、心肺檢查、腹腔檢查、神經系統檢查、皮膚科檢查以及四肢檢查。健康檢查通常包括由醫生觸診、聽診或叩診。 在此次看診期間接受的預防性的實驗室、篩檢和/或診斷測試，須符合您的實驗室與診斷測試承保。如需詳細資訊，請參閱「**門診診斷測試和治療服務及用品**」。	**網路內：** 您每個日曆年在您的主治醫生診所執行的一次例行健康檢查，需付 **$0 共付額。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
年度健康檢查 若您擁有 B 部分承保超過 12 個月，您可以獲得一次年度健康檢查，以便根據您目前的健康與風險因子，制訂或更新個人專屬的預防計劃。承保每 12 個月一次此健康檢查。 **注意：**您的首次年度健康檢查不可以在「Welcome to Medicare」預防性看診之後 12 個月內進行。不過，若您已具有 B 部分承保長達 12 個月，則您不需要先進行「Welcome to Medicare」看診，也可以獲得年度健康檢查承保。	**網路內：** 年度健康檢查不需支付任何共保額、共付額或自付額。
骨質密度檢查 符合資格的個人（一般是指有發生骨質流失或骨質疏鬆症風險的人），若有醫療之必要，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，包括醫師對結果之解讀。	Medicare 承保的骨質密度檢查不需支付共保額、共付額或自付額。
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	所承保的乳房攝影篩檢不需支付共保額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
心臟復健服務 心臟復健服務的綜合方案包括練習、教育和諮詢，符合特定條件且經醫師轉診的會員可獲承保。此計劃也承保強化心臟復健方案，其通常較心臟復健方案更嚴格或強度更高。	**網路內：** 每次 Medicare 承保就診的**共付額為 $0** **服務必須獲得預先授權。**
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師為協助您降低罹患心血管疾病風險的門診。在門診過程中，您的醫師可能討論服用阿斯匹靈（若適當）、檢查您的血壓，並給您建議，確保您維持健康飲食。	強化行為治療心血管疾病預防福利不需支付共保額、共付額或自付額。
心血管疾病檢測 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不需支付共保額、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，或者您是適孕年齡且過去 3 年內子宮頸抹片檢查結果異常：承保每 12 個月一次子宮頸抹片檢查	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。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
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 Medicare 承保的脊骨神經矯治服務**共付額為 $20** **服務需要預先授權**
大腸直腸癌篩檢 對於 50 歲以上人士會承保以下檢查： • 每 48 個月軟式乙狀直腸內視鏡（或是改採鋇劑灌腸造影） • 每 12 個月承保以下其中一項： • 化學法糞便潛血檢查 (gFOBT) • 糞便免疫化學檢查 (FIT) 每 3 年 DNA 型大腸直腸篩檢 • 對於大腸直腸癌高風險族群，我們會承保： • 每 24 個月大腸鏡篩檢（或改採鋇劑灌腸造影） • 對於非大腸直腸癌高風險族群，我們會承保： • 每 10 年大腸鏡篩檢（120 個月），但是不得在軟式乙狀直腸內視鏡篩檢後 48 個月內	Medicare 承保的大腸直腸癌篩檢不需支付共保額、共付額或自付額。 **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
COVID-19 相關福利 當涉及 COVID-19 病毒時，由持照執業人員開立的檢測或治療將予以承保。 費用分攤豁免適用於所有 Clever Care Health Plan Medicare Advantage 會員。下列 C 部分服務若與 COVID-19 檢測或治療相關，則免除會員分攤費用，但不包括非由持照執業人員開立的檢測： • 適用於到醫生辦公室、急診照護、急診室、流動單位的就診。包括全世界的急救照護治療 • 所有服務地點的 COVID 醫療照護/治療，包括住院和留院觀察。包括專業護理之家和門診醫院 • 承保線上門診 • 如以任何其他交通工具運送保險對象將危及其健康之有醫療必要的服務	**診斷出與 COVID-19 相關的健康問題時，共付額為 $0。** 包括全世界的緊急救護治療。若發生緊急情況，網路及非網路醫療機構提供的照護皆予以承保。 **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
牙科服務 一般而言，傳統 Medicare 不承保預防性牙科服務（例如洗牙、例常牙科檢查和牙科 X 光）。我們承保： Medicare 承保的服務 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 • X 光，每年一次 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） • 齒冠（牙套） • 牙橋 • 假牙 • 拔牙及其他服務	**Medicare 承保的服務共付額為 $0** 預防性和綜合性牙科服務的共付額為 $0，直至補助金額上限。不含牙科植體的手術植入。 當使用完本計劃支付的牙科服務福利，您必須支付剩餘的費用。如果使用網路外提供者，您可能要負擔補助金額與帳單金額之間的差額。 本計劃提供**補助金 $625**，每年最多四次，自您的生效日期開始，之後每 3 個月提供一次（例如 4 月 1 日、7 月 1 日和 10 月 1 日）。 年度福利上限為 **$2,500。**任何在 3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日前未使用的金額，將結轉並在 12 月 31 日到期。 **不一定要使用網路內的提供者。**然而，若使用網路內的提供者，會員自付費用可能會更低。 **治療前授權** 需要在進行修復前取得 牙冠和固定式假牙。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
憂鬱篩檢 我們承保每年一次憂鬱篩檢。篩檢必須在能夠提供後續治療和/或轉診的基層醫療場所進行。	年度憂鬱篩檢門診不需支付共保額、共付額或自付額。
糖尿病篩檢 若您具有以下任一風險因子，則我們承保此篩檢（包括空腹血糖檢查）：高血壓、膽固醇與三酸甘油酯水平異常（血脂異常）的病史、肥胖，或高血糖（葡萄糖）病史。若您滿足其他要求，例如體重過重以及擁有家族糖尿病史，則相關檢測也有承保。 根據這些檢測結果，您可能符合資格享有每 12 個月最多兩次糖尿病篩檢的福利。	Medicare 承保的糖尿病篩檢不需支付共保額、共付額或自付額。
糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務及用品 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： • 監測血糖的用品：血糖監測、血糖試紙、採血筆和採血針以及用來檢查試紙和監測儀之準確性的葡萄糖品管液。 • 患有嚴重糖尿病足的糖尿病患者：每個日曆年一雙訂做的治療用鞋（包括該鞋所附的鞋墊）以及額外兩副鞋墊，或是一雙深鞋和三副鞋墊（不包括這類鞋款所附的非訂做拆卸式鞋墊）。承保內容包括配件。 • 在特定條件下承保糖尿病自我管理訓練。	**網路內：** 糖尿病治療用品**共付額為 $0** 每年一台血糖監測儀**共付額為 $0。** 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。** **服務需要預先授權**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
耐用醫療器材 (DME) 及相關用品 （有關耐用醫療器材的定義，請參閱本文件第 12 章及第 3 章第 7 節。） 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、由醫療服務提供者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。 我們承保所有傳統 Medicare 承保且有醫療必要性的耐用醫療器材。我們的供應商在您的區域沒有特定品牌或製造商的產品，您可以詢問他們是否可以特別為您訂購。	**網路內：** Medicare 承保的耐用醫療器材且於 Medicare 允許的 $500 額度內，**共保額 0%。** **Medicare 承保的耐用醫療器材如果超過 $500，**支付 Medicare 允許金額的 20% 共保額。 您需為此 Medicare 承保之氧氣設備分攤的費用為 0%-20 的共保額，視該器材的費用而定。您的分攤費用在投保後的 36 個月內不會變動。 如果您在投保本計劃之前已經為氧氣設備承保支付了 36 個月的租金，則根據設備的費用，您在本計劃中的分攤費用為 0%-20% 共保額。 **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
東方健康服務 我們的計劃包括每年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	**網路內：** 每次就診**共付額為 $0**，每年允許最多 **24 次**。 在年底所有未使用的就診剩餘次數都將失效。 在本計劃支付服務的最高福利補助金之後，您必須負責支付餘下任何費用。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
緊急照護	
緊急照護是指符合以下情況的服務： • 由具有提供緊急服務資格的醫療服務提供者提供，以及 • 為評估或穩定緊急醫療狀況之需要。 醫療緊急狀況是指，當您或具備健康與醫療一般知識的任何其他謹慎的非醫療專業人士，認為您具有一些醫學症狀需要立即獲得醫療照護，以防發生危及性命（若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。 網路外提供的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。 全世界均承保。	每次至急診室就診的**共付額為 $50**。 如果會員在 72 小時內因相同病症而住院，則共付額全免。 若您在網路外醫院接受緊急護理而在緊急狀況穩定之後需要入院治療，您必須回到網路內醫院，您的護理才能繼續獲得承保，或者您必須到獲得計劃授權的網路外醫院住院，而您須支付的費用與您在網路內醫院的分攤費用相同。 在美國及其屬地以外進行的急診與緊急服務，計劃年度承保限額合計為 $75,000。在美國及其屬地以外的每次急診就診，共付額皆為 $0。

彈性健康及保健補助金

本計劃會提供一張 Flex Mastercard® 並於其中儲值支出補助金，協助支付合格的健康保健相關健身活動、產品和服務、合格的非處方藥品項、和/或草藥營養補充品。

投保本計劃後不久，將郵寄該卡片給您。使用卡片前，您需要致電 **(833) 647-9633 啟用卡片**。購買時，**請務必**選擇「貸記」(Credit) 選項，而非「借記」(Debit)。若您需要協助，請致電客戶服務部，電話號碼是 (833) 388-8168（聽障專線：711）。若要追蹤您的補助金支出和餘額，請上 **flexccmapd.com**。

- 每個接受彈性健康與保健照護的供應商，可能有自己的退貨規定。會員必須遵守供應商的規定。

非處方藥品項 (OTC)

- 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 Medicare 核准，我們的計劃承保超過 1,000 項 OTC 品項。您必須透過本計劃核准的線上零售商下單購買。可能無法供應特定品牌，而且可能數量不多或受限。

草藥營養補充品

- 我們的計劃承保用來治療過敏、焦慮、關節炎、背痛、濕疹、疲倦、失眠、更年期症狀、肥胖症、以及許多其他病狀的草藥營養補充品。您必須向網路內針

共付額為 $0，以補助金額為上限

當使用完本計劃支付的福利之後，您必須支付剩餘的費用。

本計劃每季提供 **$300 的補助金**（1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日和 10 月 1 日）。

年度福利上限為 **$1,200**。任何在該季度結束之前未使用的金額（3 月 31 日、6 月 30 日或 9 月 30 日）將不會結轉至下一季度，並將於 12 月 31 日到期。不得兌換成現金。

您可以自行選擇如何支用補助金。可以用於支付合格的 OTC 品項、草藥營養補充品和/或符合資格的健身活動課程。使用您的 Flex Debit card 支付服務費用。

- 在季度最後一天之前進行的購買，將從當前季度餘額中扣除。在季度最後一天當日進行的購買，將從下個季度餘額中扣除。
- 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。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
灸師、網路供應商購買草藥營養補充品，或致電 Clever Care 購買。	• 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。） 彈性健康保健補助金不適用於菸酒產品。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
彈性健康及保健補助金 ***(續)***	
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** - 您的個人健身房會員之月費，若是「單獨」費用的話；意思是其主要目的是提供該處所的訓練器材和器材使用指導。個人教練不適用。 • **使用公共運動設施的一般情況** - 使用公共游泳池或網球場的場地費用。若是高爾夫球，則僅適用於果嶺費或使用公共高爾夫練習場的費用。 • **團體健身課程** - 參加團隊運動課程的費用（例如太極、舞蹈、瑜珈或皮拉提斯），且有正式的合格講師。私人課程不適用。 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<u>並不</u>適用，即使他們包含健身設施。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。 所有相關請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，補助金不得用來購買某個處所的商品。	

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
健康與保健教育計劃	
24 小時 Nurseline 每週七天，每天 24 小時均有合格的護士透過電話提供建議、回答問題或解決醫療問題或疑慮。 撥打 1-800-396-1961。	每次電話服務的**共付額為 $0**
個人緊急回應系統 (PERs) 本計劃為認為自己有跌倒或居家緊急情況風險的會員，提供個人緊急回應系統。這些會員一般是獨居者，或患有會嚴重限制安全行動能力的慢性疾病。 該行動裝置和監控服務讓您只需按一個按鈕，即可連接到一個 24 小時回應中心。	每部裝置的**共付額為 $0**

聽力服務 由您的主治醫生執行以判斷您是否需要治療的診斷性聽力與平衡評估，是本計劃予以承保的門診護理，必須由醫師、聽力師或其他合格的醫療服務提供者提供。 傳統 Medicare 未承保的其他聽力服務。 • 提供例行福利，例如每年一次的例行聽力檢查 • 聽力評估及助聽器配戴評估：每年三次助聽器配戴/評估	**網路內：** Medicare 承保的聽力檢查支付**共付額為 $0** 由網路醫療服務提供者每年提供的例常聽力檢查，**共付額為 $0。** 每年最多 3 次的助聽器適配及評估之**共付額為 $0。**
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） • 製造商三年維修保固期 • 遺失、失竊或損壞的助聽器享有更換一次的承保 • 第一組耳模（若需要） 您必須透過 NationsHearing 取得助聽器適配協助。如需更多資訊或要預約，請致電電話 (866) 304-7577（聽障專線：711）聯絡 NationsHearing。	助聽器之**共付額為 $0**，最高至補助金額上限。 當使用完本計劃支付的福利之後，您必須支付剩餘的費用 計劃提供每年每耳 **$1,500** 的助聽器**補助金。** 基礎助聽器的費用可能與補助金額相等或較低。當使用完本計劃支付的例行性聽力檢查或助聽器福利，您必須支付剩餘的費用。 您可透過 Nations Hearing 取得助聽器，且根據您的聽力需求，僅限取用特定裝置。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
	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。
HIV 篩檢 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 對於孕婦，我們承保： • 懷孕期間最多三次篩檢	符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員，不需支付共保額、共付額或自付額。
居家醫療機構照護 在接受居家醫療服務之前，必須由醫生證實您有居家醫療服務之需求，並將安排由居家醫療機構提供的居家醫療服務。您必須是不便出門者，意思是出門對您而言是非常困難的事情。 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（要獲得居家醫療護理福利之承保，您的專業護理與居家醫療輔助服務必須合計少於每天 8 小時及每週 35 小時） • 物理治療、職能治療與語言治療 • 醫療與社會服務 • 醫療器材和用品	**網路內：** 每項 Medicare 承保的居家醫療服務的**共付額為 $0** **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
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： • 計時或短暫的專業護理與居家醫療輔助服務（要獲得居家醫療護理福利之承保，您的專業護理與居家醫療輔助服務必須合計少於每天 8 小時及每週 35 小時） • 物理治療、職能治療與語言治療 • 醫療與社會服務 • 醫療器材和用品	**網路內：** 每項 Medicare 承保服務的共保額為 **20%** **服務需要預先授權**

安寧照顧

若您的醫師和安寧照顧醫療主任為您提供末期預後計劃，證實您的疾病已至末期，且您的病況依正常情況發展只剩餘 6 個月或以下之壽命，則您即符合獲得安寧照顧福利的資格。您可以接受任何 Medicare 認證的安寧照顧計劃之照顧。您的計劃有義務幫助您在計劃的服務地區找到經 Medicare 認證的安寧護理計劃，包括該 MA 組織擁有、控制或擁有財務利益的計劃。您的安寧照顧醫師可以是網路醫療服務提供者或是網路外醫療服務提供者。

承保服務包括：

- 控制症狀與紓緩疼痛的藥物
- 短期喘息服務
- 居家照顧

當您入住安寧療護機構時，您有權留在您的計劃中；如果您選擇留在計劃中，您必須繼續支付計劃保費。

安寧照顧服務以及 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：傳統 Medicare（而非本計劃）將向您的安寧照顧提供者支付您的安寧照顧服務費用，以及與您的末期預後情況相關的任何 A 部分和 B 部分服務。當您參加安寧照顧計劃時，您的安寧照顧提供者將會針對傳統 Medicare 支付的服務寄發帳單給傳統 Medicare。您將被收取的是傳統 Medicare 的分攤費用。

對於 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：若您需要的非緊急狀況、非迫切需求之服務，Medicare A 部分和 B 部分有承保而且與您的末期預後情況無關，您要為這些服務當您參加 Medicare 認證的安寧照顧計劃，您的安寧照顧服務，以及與您的末期預後情況相關的 A 部分和 B 部分服務由傳統 Medicare 而非本計劃支付。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
支付的費用，取決於您是否使用本計劃網路內的醫療服務提供者並且遵從計畫規定（例如需要取得預先授權的要求）。 • 若您從網路醫療服務提供者處接受承保服務並遵守取得服務的計劃規定，您只須支付網路內服務的計劃分攤費用金額 • 若您獲得由網路外醫療服務提供者提供的承保服務，您要支付 Medicare 按服務收費（傳統 Medicare）規定的分攤費用	
安寧照顧（續） 對於本計劃承保但 Medicare A 部分或 B 部分未承保的服務：本計劃會繼續承保計劃本身有承保但是 A 部分或 B 部分未承保的服務，無論服務與您的末期預後情況是否相關。您支付這些服務的計劃分攤費用金額。 對於可能由本計劃 D 部分福利承保的藥物：如果這些藥物與您的臨終安寧照護病況無關，您需支付分攤費用。如果這些藥物與您的臨終安寧照護病況有關，則您支付傳統 Medicare 分攤費用。安寧照護和我們的計劃絕不會同時承保藥物。如需詳細資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節 *(您參加 Medicare 認證安寧照顧計劃的處理方式)*。 • **注意：**若您需要非安寧照顧（與您的末期預後情況無關的照顧），您應聯絡我們安排服務。	

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
免疫 Medicare B 部分承保的服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，秋冬的流感流行期接種一次，若有醫療必要性則可接種更多次 • B 型肝炎疫苗，若您是 B 型肝炎的高或中風險族群 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗，若您是染病風險族群而且該疫苗符合 Medicare B 部分承保規定 我們的 D 部分處方藥物福利也承保某些疫苗。	肺炎、感冒、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗不需支付共保額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
住院患者的醫院護理 包括急症住院、住院復健、長期照護醫院和其他類型的住院服務。醫院住院照護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，若有醫療必要性） • 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	**網路內：** 每次住院的**共付額為 $0** 本計劃承保一次不限日數的住院治療。 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。 **服務必須獲得預先授權。**

住院患者的醫院護理（續）

- 在某些情況下承保以下類型的器官移植：角膜、腎臟、腎臟胰臟、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸道/多器官。若需要移植器官，我們會安排 Medicare 核准的器官移植中心審核您的個案，以便決定您是否適合進行器官移植。器官移植醫療機構可能在當地或在服務地區外。若我們的網路內移植服務不符合社區護理模式，您可以選擇在當地進行，只要當地的器官移植服務提供者願意接受傳統 Medicare 的費率。若我們的計劃在某個地點提供的器官移植服務，與您的社區器官移植護理模式不同，而您選擇在此較遠的地點接受移植的話，我們會為您及一位陪病者安排適當的住宿和交通或支付相關費用。
- 血液 - 包括保存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保僅從您需要的第四品脫血液開始。您必須支付您在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液的費用，或由您或其他人捐血。血液的所有其他成分均從所使用的第一品脫開始承保。
- 醫師服務

注意：要成為住院病人，您的醫療服務提供者必須提供入院醫囑，您才能正式成為醫院的住院病人。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為「門診病人」。若您不確定您是住院病人或門診病人，您應該詢問醫院人員。

您也可以參閱 Medicare 資料單張「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!」了解更多資訊。此資料單張請參閱網頁：
https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-

若您在緊急狀況穩定之後，獲得網路外醫院授權的住院照護，您的費用就是您在網路內醫院所支付的分攤費用。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或撥電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。免費號碼的服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。	
精神科醫院的住院服務 承保的服務包括需要住院的心理健康照護服務。本計劃承保最多 90 天入住有住院承保的精神科院所。精神治療醫院的住院服務有 190 天的終身福利上限。190 天的限度並不適用於一般醫院內精神科室提供的住院心理健康服務。	**網路內：** 第 1 日至第 7 日每日**共付額為 $150** 每次住院的第 8 日至第 90 日**共付額為 $0。** 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。 **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
住院：於非承保住院期間，在醫院或專業護理機構 (SNF) 接受的承保服務 若您的住院福利已用完或是住院需求並非合理且必要，我們不會承保您的住院。不過，在某些情況下，我們會承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 住院期間所接受的某些服務。承保服務包括，但不限於： • 醫師服務 • 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	**網路內：** 若您在醫院或專業護理機構的住院期間，比計劃承保的時間更長，您必須支付全額費用。 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。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
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，若是在腎臟移植之後由您的醫師轉診者。 在您接受 Medicare 計劃（包括本計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或傳統 Medicare）之下的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。若您的狀況、治療或診斷結果有變更，按照醫師的轉診，您可能可以接受更長時數的治療。若您的治療必須持續至下一個日曆年，則需要由一位醫師開立這些服務的處方，並每年更新轉診單。	符合資格使用 Medicare 承保的醫療營養治療服務的會員不需支付共保額、共付額或自付額。
Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 在所有 Medicare 健康計劃之下符合資格的保險對象，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 福利沒有共保額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
Medicare B 部分處方藥 這些藥物由傳統 Medicare 的 B 部分予以承保。本計劃會員會經由本計劃接受這些藥物之承保。承保藥物包括：	**網路內：** 化療藥品需付 Medicare 允許金額的 **20%** 共保額 其他 B 部分藥物需付 Medicare 允許金額的 **20% 共保額。** 您將繼續支付直至達到自付費用上限。 **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
Medicare B 部分處方藥（續） • 通常不是由病患自行施用的藥物，而且您在接受醫師、醫院門診或日間手術中心服務時接受注射或輸注 • 使用計劃授權的耐用醫療器材（如噴霧器）時施用的藥物 • 若您患有血友病，您給自己注射的凝血因子 • 免疫抑制劑藥品，若您在器官移植時已參加 Medicare A 部分 • 可注射的骨質疏鬆症藥物，若您不便出門，發生骨折情況且醫生證實與停經後骨質疏鬆症相關，而且無法自行施用藥物 • 抗原 • 特定口服抗癌藥物和止嘔吐藥 • 居家透析適用的某些藥物，包括肝素、有醫療必要性時使用的肝素解毒劑、局部麻醉劑以及紅血球生成刺激劑（例如 Epogen・、Procrit・、Epoetin Alfa、Aranesp・ 或 Darbepoetin Alfa） • 原發性免疫缺陷病居家治療所需的靜脈注射免疫球蛋白 根據我們的 B 部分和 D 部分處方藥福利，也承保某些疫苗。 第 5 章說明 D 部分處方藥福利，包括承保相關處方所需遵守的規定。第 6 章會說明您透過本計劃支付的 D 部分處方藥物。	

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
糖尿病篩檢與治療以促使持續減重 若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。若您是在基層醫療場所進行此諮詢，因為它可以與您的綜合預防計劃協調，所以我們將予以承保。與您的主治醫師或醫療人員討論以了解詳情。	預防性肥胖篩檢與治療不需支付共保額、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障礙 (OUD) 的會員，可以透過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 獲得治療 OUD 的服務，其中包括以下服務： • 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 $40** **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
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 • 進階放射診斷（MRI、MRA、SPECT、CT、PET） • 外科用品，例如敷料 • 用來減少骨折與脫位的夾板、石膏和其他裝置 • 實驗室檢驗 • 血液 - 包括保存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保僅從您需要的第四品脫血液開始。您必須支付您在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液的費用，或由您或其他人捐血。血液的所有其他成分均從所使用的第一品脫開始承保 • 其他門診診斷檢查	**網路內：** 基本 X 光檢查、放射檢查、實驗室、血液和其他門診診斷服務**共付額為 $0。** 進階放射診斷服務**共付額為 $75** 如果您使用網路外的醫療服務提供者，則您需負擔全額費用。 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。 **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
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 Medicare 的標準而且被認定為合理且必要，才能獲得承保。留院觀察服務獲得承保的唯一條件，是依據醫師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。 **注意：**除非醫療服務提供者立醫囑讓您住院，否則您就是門診病人並支付門診服務的分攤費用金額。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為「門診病人」。若您不確定自己是不是住院病人，您應該詢問醫院人員。 您也可以參閱 Medicare 資料單張「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!」了解更多資訊。此資料單張請參閱網頁：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或撥電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。免費號碼的服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。	**網路內：** 門診留院觀察服務每次住院**共付額為 $0。** **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
門診醫院服務 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 • 心理健康護理，包括部分住院計劃的護理，若醫生證實如無此護理則需住院治療 • X 光和其他放射性服務由醫院收費 • 醫療用品例如夾板和石膏 • 您無法自行施用的某些藥物和生物製劑 **注意：**除非醫療服務提供者立醫囑讓您住院，否則您就是門診病人並支付門診服務的分攤費用金額。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為「門診病人」。若您不確定自己是不是住院病人，您應該詢問醫院人員。 您也可以參閱 Medicare 資料單張「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!」了解更多資訊。此資料單張請參閱網頁：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或撥電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY) 使用者請撥打 1-877-486-2048。免費號碼的服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。	**網路內：** 為門診醫院服務之需，每次住院需付**共付額 $20。** 每次門診心理健康留院服務**共付額為 $40。** **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
住院病人心理健康照護 承保服務包括： 由持有州執照的心理醫師或醫師、臨床心理醫師、臨床社工、臨床護理專科醫師、護理師、醫師助理或其他 Medicare 合格心理健康護理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：** 每一個 Medicare 承保的門診團隊和/或個人療程需付**共付額 $40。** **服務需要預先授權**
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 Medicare 承保服務的**共付額為 $0。** **服務必須獲得預先授權。**
物質濫用門診服務 承保服務包括物質濫用服務的門診治療與諮詢。	**網路內：** 每次 Medicare 承保諮詢療程的**共付額為 $40。** **服務需要預先授權**
門診手術，包括在醫院門診環境和非臥床外科中心提供的服務 **注意：**若您在醫院設施進行手術，您應與醫療服務提供者確認您是住院病人或門診病人。除非醫療服務提供者立醫囑讓您住院，否則您就是門診病人並支付門診手術的分攤費用金額。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為「門診病人」。	**網路內：** Medicare 承保服務門診留院服務每次門診**共付額為 $20。** Medicare 承保的日間手術中心服務 (ASC) **共付額為 $20。** **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
部分住院服務 「部份住院」是一個結構化的計劃，以醫院門診服務的方式或由社區心理健康中心提供主動心理治療。這項治療比您在醫生或治療師診間接受的護理更加密集，是住院治療的替代方案。 **注意：**因為我們的網路內沒有社區心理健康中心，我們僅能以醫院門診服務的形式承保部分住院。	**網路內：** 每天的**共付額為 $55。** **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**

醫師/醫療人員提供的服務，包括醫生診間的門診
承保服務包括：
• 在醫師診間、有認證的非臥床外科中心、醫院門診部或任何其他地點提供的有醫療必要性的醫療照護或外科服務
• 由專科醫師提供的諮詢、診斷與治療
• 由您的主治醫師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
• 某些遠距醫療服務，包括主治醫師和專科醫師服務
  ○ 您可以選擇透過親身門診或以遠距醫療方式獲得這些服務。若您選擇使用遠距醫療來獲得其中一項服務，您必須使用提供遠距醫療服務的網路內醫療服務提供者。
• 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
• 為患有物質使用失調症或併發性精神障礙的會員提供遠距醫療服務，無論其在何地
• 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 個月內進行面對面就診
  ○ 您在接受這些遠距醫療服務時，每 12 個月進行一次面對面就診
  ○ 上述的某些情況可例外處理
• 由 Rural Health Clinics 和聯邦合格健康中心提供的精神健康就診遠距醫療服務
	網路內：
	由主治醫生或專科醫師針對 Medicare 承保福利執行的服務需付**共付額 $0。**
	由您的主治醫生或專科醫師執行的線上遠距醫療門診**共付額為 $0。**
	服務可能需要預先授權。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
• **若有以下情況**，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** ○ 進行報到，並不會讓您在 24 小時內或有空檔的最早門診時間就診 • **若有以下情況**，評估您傳送給醫生的影片和/或影像，並由您的醫生在 24 小時內進行解讀和後續處理： ○ 您不是新病患**而且** ○ 評估與過去 7 天內的門診無關，**而且** ○ 進行評估，並不會讓您在 24 小時內或有空檔的最早門診時間就診 • 您的醫生與其他醫生透過電話、網際網路或電子病歷進行的諮詢 • 在手術前另一位網路醫療服務提供者給予的第二意見 • 非例常性牙科護理（承保服務僅限下顎或相關結構之手術、下顎或臉部骨骼骨折復位、拔除牙齒以準備下顎進行腫瘤性癌症的放射性治療，或是由醫師提供便會承保的服務）	

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
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（例如鎚狀趾或足跟骨刺） • 例常足部護理，適用於有某些醫療狀況影響下肢的會員 **足科服務（例行）**	**網路內：** Medicare 承保的足科服務每次門診需付**共付額 $0。** **服務可能需要預先授權。** 不承保
出院後餐食福利 住院治療或入住專業護理之家後，本計劃會立即提供 28 天的餐食協助，每年不超過 84 餐以協助康復。 • 門診手術不符合此項福利的資格。	每年最高餐費金額上限內的**共付額為 $0** **服務可能需要預先授權。**
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 檢查不需支付共保額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
義肢裝置與相關用品 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：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、矯型支架、矯型鞋、義肢和義乳（包括乳房外科手術之後的外科胸罩）。包括與義肢相關的一些用品，以及義肢的維修和/或替換。也包括白內障移除或白內障手術之後的一些承保項目；請參閱本節後段的「視力照顧」了解更多細節。	**網路內：** Medicare 承保的義肢與醫療用品需付**共保額 20%。** **服務必須獲得預先授權。**
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：** 每次承保的肺部復康門診需付**共付額 $0。** **服務必須獲得預先授權。**
🍎篩檢與諮詢以減少酒精濫用 我們為由 Medicare 承保的成人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢，而該成人是酒精濫用而非酒精依賴。 若您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您可以獲得每年最多 4 次，由合格的主治醫師或醫療人員在基層醫療場所中提供的簡短面對面諮詢療程（若您在諮詢過程中有能力且保持警醒）。	Medicare 承保的減少酒精濫用預防性福利之篩檢與諮詢無需支付共保額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
使用低劑量電腦斷層掃描的肺癌篩檢 (LDCT) 符合資格的個人，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 20 包/年的抽菸史，而且目前仍抽菸或在過去 15 年內已戒菸。他們在肺癌篩檢諮詢與共同決策門診的過程中收到書面醫囑進行 LDCT，而且符合 Medicare 對此類門診之標準，並由醫師或非醫師的合格醫療人員提供。 *初次 LDCT 篩檢之後的 LDCT 肺癌篩檢：*會員必須收到 LDCT 肺癌篩檢的書面醫囑，可能在任何適合的門診時由醫師或非醫師的合格醫療人員提供。若醫師或非醫師的合格醫療人員選擇為後續使用 LDCT 的肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢與共同決策門診，則該門診必須符合 Medicare 對相關門診之標準。	Medicare 承保的 LDCT 諮詢與共同決策門診不需支付共保額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
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，若依主治醫師醫囑進行這些檢查，我們會承保這些篩檢。我們承保每 12 個月檢查一次或是孕期中的特定時間點檢查。 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、由主治醫師提供而且在基層醫療場所例如醫師的診間進行時，我們才予以承保。	Medicare 承保的 STI 篩檢以及 STI 預防性福利的諮詢不需支付共保額、共付額或自付額。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
治療腎臟病的服務 承保服務包括： • 腎臟病教育服務，教導腎臟護理並協助會員針對自己的護理做出明智的決定。對於患有第四期慢性腎臟病的會員，若經醫生轉診，我們承保終身最多 6 次腎臟病教育課程 • 門診透析治療（包括如第 3 章所述，當您暫時離開服務區域、或您取得此服務的提供者暫時無法使用或無法取得時，所接受的透析治療） • 住院透析治療（若您住院以獲得特別照護） • 自助透析訓練（包括您自己以及任何協助您進行居家透析治療的人） • 居家透析器材與用品 • 某些居家支援服務（例如，必要時，由訓練有素的透析操作人員前往家中檢查您的居家透析，協助處理緊急狀況，並檢查您的透析器材與水源） 您的 Medicare B 部分藥物福利會承保透析用的某些藥物。關於 B 部分藥物的承保資訊，請前往「Medicare B 部分處方藥」一節。	**網路內：** 腎臟病教育服務需付**共付額 $0** Medicare 承保的每次透析治療，需付 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 **服務必須獲得預先授權。**

專業護理機構 (SNF) 照護 （「專業護理機構」之定義，請參閱本文件第 12 章。專業護理機構有時稱為「SNF」。） 承保服務包括，但不限於： • 雙人病房（或單人病房，若有醫療必要性） • 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 • 根據您的護理計劃對您施用的藥物（這包括體內自然存在的物質，例如血液凝血因子。） • 血液 - 包括保存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保僅從您需要的第四品脫血液開始 – 您必須支付您在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液的費用，或者由您或其他人捐血。血液的所有其他成分均從所使用的第一品脫開始承保。 • 一般由專業護理機構提供的醫療與外科用品 • 一般由專業護理機構提供的實驗室檢驗 • 一般由專業護理機構提供的 X 光和其他放射性服務 • 使用一般由專業護理機構提供的裝置例如輪椅 • 醫師/醫療人員提供的服務 一般而言，您會從網路內醫療機構取得專業護理機構的護理。但是在以下某些情況中，若該機構接受本計劃的付款金額，您可能可以向非網路內醫療服務提供者的機構，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（只要它提供專業護理機構的護理） • 您出院時您的配偶所住的專業護理機構	**網路內：** 每次在 Medicare 認證的專業護理機構住院，您需支付： 每個福利給付期第 1 日至第 20 日每日**共付額為 $0。** 每個福利給付期第 21 日至第 100 日每日的**共付額為 $75。** 不需要事先住院。 **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
抽菸與戒菸（戒菸諮詢） 若您抽菸，但沒有抽菸相關疾病之跡象或徵狀：我們承保 12 個月期限內兩次戒菸諮詢，視為預防性服務且不向您收費。每次諮詢包括最多四次面對面看診。 若您抽菸且已診斷出患有抽菸相關疾病或是正在服用藥物而可能受到抽菸影響：我們承保戒菸諮詢服務。我們在 12 個月期限內承保兩次戒菸諮詢，但是，您須支付適用的分攤費用。每次諮詢包括最多四次面對面看診。	Medicare 承保的抽菸與戒菸預防性福利不需支付共保額、共付額或自付額。

慢性病患者的特殊補充福利

符合特定條件的慢性病投保人可能有資格獲得慢性病的補充福利。並非所有會員皆符合這些特殊補充福利的資格。

條件包括：

- 心血管疾病
- 慢性心衰竭
- 失智症
- 糖尿病
- 末期肝臟疾病
- 末期腎臟疾病
- HIV/愛滋病
- 慢性肺部疾病
- 慢性及殘疾性心理健康障礙
- 神經疾病
- 中風

若要符合資格，患有慢性疾病的會員必須參與個案管理計劃及具有已定義目標和結果的活動措施。

居家安全性評估僅限於符合跌倒風險標準、步態、平衡或敏捷性的困難。

網路內：

您必須使用計劃的簽約供應商。

慢性疾病餐食

若為符合資格的會員，**您支付 $0 共付額，可享用最多 42 餐（每日 3 餐，共 14 日）**。

雜貨

符合資格的雜貨品項需付 **$0 共付額**，且享有每月額度 $25，不得結轉至下個月。

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

使用遠距監測裝置的**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**。

照顧者支援

短期照護的**共付額為 $0**，每年限 40 小時照護。

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
	服務需要預先授權
監督運動治療 (SET) 會員有周邊動脈疾病 (PAD)，且負責治療 PAD 的醫師提出 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師診間進行 • 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進行 • 在醫師、醫師助理或護理師/臨床護理專科醫師的監督之下進行，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**共付額 $0。** **服務必須獲得預先授權。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
遠距醫療服務 • 您醫生的診所提供的視訊就診 • **Teladoc® 就診** **Teladoc 的醫生或心理健康服務提供者，每天 24 小時為非緊急健康問題提供服務。**請致電 1-800-TELADOC (835-2362) 或造訪其網站 Teladoc.com 安排預約。 Teladoc 醫生可以診斷和治療基本醫療狀況，而且他們也可以在醫療上必須時開藥。 遠距醫療就診可使用您的手機、平板電腦或電腦進行。	**網路內：** 每次就診的**共付額為 $0**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
交通（例行） 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，可以載運輪椅或擔架床。 路程限於本計劃的服務區域內最遠 25 英哩的單程行程，以取得本計劃福利提供的健康相關照護和服務。每 25 英哩便會被計算一趟行程。 若要安排接送服務，請致電 1-844-743-4344 或造訪 www.getcarecar.com。預約例常行程者，請至少提前 36 小時聯絡。在 24 小時以內預約的行程，會根據 CareCar 的能力盡可能安排，但無法保證成行。 在載送時間前 10 至 15 分鐘，司機或 CareCar 代表會與您聯絡，通知您預計抵達時間。取消行程需 24 小時前通知；否則您的帳戶會被扣除單程行程的費用。 **如需要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，聯絡客戶服務中心。**	每年 48 趟單程行程**共付額為 $0。**

為您承保的服務	您獲得這些服務**所需支付的費用**
緊急需求服務 緊急需求服務是為治療需要立即醫療照護的非急診、不可預見的醫療疾病、傷害或病況而提供，但根據您的情況，從網路內醫療服務提供者取得服務是不可能或不合理的。本計劃網路外必須承保的緊急需求服務範例為 i) 您在週末需要立即照護，或 ii) 您暫時不在本計劃的服務區域。服務必須為立即需要且為醫療所必需。如果以您的情況來說，立即從網路內的服務提供者處獲得醫療護理是不合理的話，您的計劃將承保網路外服務提供者提供的緊急護理服務。 全世界均承保。	**網路內：** 每次緊急需求服務**共付額$5** 如果會員在 72 小時內因相同病症而住院，則共付額全免。 在美國及其屬地以外進行的急診與緊急服務，計劃年度承保限額合計為 $75,000。在美國及其領土以外的每次緊急需求服務，共付額皆為 $0。

視力照顧
 	
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師服務，包括老年性黃斑部病變的治療。傳統 Medicare 不承保眼鏡/隱形眼鏡的例常眼科檢查（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
• 在包括置入人工水晶體的每次白內障手術之後提供一副眼鏡或隱形眼鏡（若您分別進行兩次白內障手術，您在第一次手術之後無法保留福利，也無法在第二次手術之後購買兩副眼鏡）。
 	
除了傳統 Medicare 承保的有醫療必要性的視力服務以外，本計劃透過 EyeMed 網路提供以下例常性視力護理服務：
• 例常視力檢查，包括屈光檢查，限一年一次。
• 眼鏡：
  ○ 眼鏡（鏡框與鏡片），或
  ○ 隱形眼鏡，或
  ○ 眼鏡鏡片，或
  ○ 眼鏡鏡框。
	網路內：
	
	治療眼睛狀況的每次 Medicare 承保視力檢查需付**共付額 $20。**
	
	Medicare 承保的青光眼篩檢需付**共付額 $0**
	
	Medicare 承保的糖尿病視網膜病篩檢需付**共付額 $0**
	
	在白內障手術後由 Medicare 承保的一副眼鏡或隱形眼鏡需付**共付額 $0。**
	
	服務必須獲得預先授權。
	
	一次例常視力檢查需付**共付額 $0**
	
	眼鏡之**共付額為 $0**，以補助金額為上限。
	
	本計劃支付視力服務的最高福利補助金之後，您必須負責支付餘下任何費用。
	
	計劃提供每兩年 **$300** 的補助金，可支付眼鏡和隱形眼鏡之費用。
	
	例常視力照顧服務必須使用參加 **EyeMed** 網路的服務提供者。

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

第 3 節 哪些服務不屬於本計劃的承保範圍?

第 3.1 節 我們*不*承保的服務（排除項目）

本節說明哪些服務「排除」在 Medicare 的承保範圍外，而不獲本計劃承保。

下表列出了在任何條件下均不承保，或僅在特定條件下承保的服務和項目。

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

Medicare 未承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定情況下承保
整容手術或療程		• 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。	✓	
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傳統 Medicare 確定未被醫學界普遍接受的程序與項目。		按照 Medicare 核准的臨床研究可能由傳統 Medicare 承保，或由我們的計劃承保。 （參閱第 3 章第 5 節以了解臨床研究的更多資訊。）
您的直系親屬或家中成員所收取的護理費用。	✓	
家中的全職護理照顧。	✓	
到府送餐		此項依慢性病患者的特殊補充福利予以承保。並非所有會員皆符合這些特殊補充福利的資格。參閱上列醫療福利表以了解更多詳情。

Medicare 未承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定情況下承保
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。		此項依慢性病患者的特殊補充福利予以承保。並非所有會員皆符合這些特殊補充福利的資格。參閱上列醫療福利表以了解更多詳情。
自然療法服務（使用自然或替代治療）。		這屬於我們健康與保健彈性福利的承保範圍。產品和服務在年度最高補助限額之內皆可使用。
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。糖尿病足患者的矯型鞋或治療用鞋。
您在醫院或專業護理機構的病房中之私人物品，例如電話或電視機。	✓	
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。	✓	
例常脊骨神經科護理		手動整正脊髓以治療半脫位。
例行眼部檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力光學輔具。		白內障手術後為患者承保定期眼科檢查和一副眼鏡（或隱形眼鏡）。
例常足部護理		根據 Medicare 指導方針提供一些有限承保（例如若您患有糖尿病）。
根據傳統 Medicare 的標準，被認定為不合理且無必要的服務	✓	

第 5 章:

使用本計劃的承保保障 D 部分處方藥物

第 1 節 介紹

本章**說明使用您 D 部分藥物承保的規則**。請參閱第 4 章瞭解 Medicare B 部分藥物福利和安寧療護藥物福利。

第 1.1 節 本計劃 D 部分藥物承保的基本規則

只要您遵從基本規定，本計劃一般將承保您的藥物：

- 您必須由醫療服務提供者（醫師、牙醫師或其他處方開立者）開立處方，且處方必須在適用的州法律下是有效的。
- 您的開立處方者不得列於 Medicare 的「Exclusion」或「Preclusion」名單中。
- 通常，您必須至網路藥局領取您的處方藥物。（請參閱第 2 節，*在網路藥局或透過本計劃的郵購服務領取您的處方藥*。）
- 您的藥物必須列於本計劃的*承保藥物清單（處方集）*（我們簡稱為「藥物清單」）上。（請參閱第 3 節，*您的藥物必須列於本計劃的「藥物清單」上*。）
- 您的藥物必須用於醫療許可之適應症。「醫療許可之適應症」意即該藥物的使用已由美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration，FDA) 核准，或者獲得特定參考書籍的支持。（有關醫療許可之適應症的詳細資訊，請參閱第 3 節。）

第 2 節 在網路藥局或透過本計劃的郵購服務領取您的處方藥

第 2.1 節 使用網路藥局

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

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

第 2.2 節 網路藥局

您如何尋找您所在地區的網路藥局?

若要尋找網路藥局，您可查看您的*藥局目錄*、瀏覽我們的網站 (zh.clevercarehealthplan.com)，或致電客戶服務部（電話號碼請見本手冊封底）。

您可前往我們的任何一家網路藥局。聯絡我們以瞭解更多有關不同藥物的自付費用，可能會有什麼不同。

您一直使用的藥局退出網路該怎麼辦?

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

若您需要專門藥局該怎麼辦?

有些處方藥物必須前往專門藥局領取。專門藥局包括:

- 供應居家輸注治療用藥的藥局。
- 供應長期護理 (long-term care, LTC) 機構居民用藥的藥局。LTC 機構（例如護理之家）通常有自己的藥局。如果您在 LTC 機構中取得 D 部分福利時遇到任何困難，請聯絡客戶服務部。
- 服務 Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health 計劃（不適用於波多黎各）的藥局。除緊急情況外，僅美國原住民或阿拉斯加原住民可使用這些網路內藥局。
- 負責配發 FDA 侷限於特定地點，或配發需要特殊處理、醫療服務提供者協調，或是需提供用藥教育之藥物的藥局。（**注意：**此情形極為罕見。）

若要尋找專門藥局，請查閱您的*藥局目錄*或致電客戶服務部。

第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務

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

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

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

通常，您透過郵購藥局訂購的藥物會在 10 天內送達。如果您的訂單延遲，請致電客戶服務部。

直接由您醫師的診所提供給藥局的新處方。
若有以下情況，藥局將自動配藥並遞送從健康照護提供者處收到的新處方，而無需先與您確認：

- 您過去曾使用本計劃的郵購服務，或
- 您註冊了自動遞送直接從健康照護提供者處收到的所有新處方。您可以隨時致電 MedImpact Direct，電話號碼為 (855) 873-8739，要求自動遞送所有新處方，或造訪其網站：medimpactdirect.com

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

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

如果您從未使用過我們的郵購遞送服務和/或決定停止新處方的自動配藥，藥局每次從健康照護提供者處收到新處方時都會與您聯絡，確認您是否希望立即配藥並寄送該藥物。重要的是您應回覆藥局的每次聯絡，告知他們應該寄送、暫緩或取消您的新處方。

若要選擇退出直接從健康照護提供者處收到之新處方的自動遞送服務，請致電客戶服務部與我們聯絡（電話號碼列於本手冊背面）。

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

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 2.4 節 如何取得長期藥量?

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

1. 部分網路內零售藥局可為您提供維護性藥物的長期藥量。您的*藥局目錄*將說明哪些網路內藥局可提供您維護性藥物的長期藥量。您也可以致電客戶服務部以了解更多資訊。
2. 您也可以透過我們的郵購方案獲得維護性藥物。更多資訊請見第 2.3 節。

第 2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網路外的藥局?

在特定情況下，您的處方可能獲得承保

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

若為以下情況，我們會承保於網路外藥局配取的處方藥：

- 您正在美國及其屬地內旅行，且您生病或處方藥遺失或用完。
- 此處方是為醫療急診或緊急照護而開立的。

- 由於在 25 英哩的車程內沒有提供 24 小時服務的網路藥局，使您無法於服務區域內及時取得承保藥物。
- 您正在配取一種無障礙網路零售藥局內未定期補給之承保藥物（例如罕見病藥物或其他專科藥物）的處方。

如何要求計劃報銷費用?

如果您必須使用網路外藥局，您通常必須在配取處方藥時支付全額費用（而非您一般的分攤費用）。您可以要求我們報銷我們應分攤的費用。（第 7 章第 2.1 節將說明如何要求計劃償付。）

第 3 節 您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上

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*承保證明*中，**我們稱之為「藥物清單」。**

這份清單上的藥物是由本計劃在醫師和藥劑師團隊的協助下選出。這份清單符合 Medicare 的規定，並已獲得 Medicare 的核准。

藥物清單上的藥物僅有 Medicare D 部分承保的藥物。

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

- 美國食品藥物管理局已核准該藥物用於處方所開立的診斷或病症。
- – *或* – 有特定參考資料的佐證，包括《美國醫院處方集服務藥物資訊》(American Hospital Formulary Service Drug Information) 和《藥物索引系統》(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 Medicare Plan Finder 上找到，並說明其承保的特定疾病。

藥物清單包含原廠藥和學名藥

原廠藥是以藥廠的商標名稱銷售的處方藥。比一般藥物（例如基於蛋白質的藥物）更複雜的原廠藥稱為生物製劑。若我們在藥物清單上提到「藥物」，可能指涉的是藥物或生物製劑。

學名藥是一種與原廠藥具有相同活性成分的處方藥。一般來說，學名藥與原廠藥一樣好，且通常費用較低。許多原廠藥都有學名藥可供替代。

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。如需詳細資訊請致電客戶服務部，電話號碼列於本手冊封底。

哪些藥物*不*在藥物清單上?

本計劃並未承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保特定類型的藥物（有關詳細資訊，請參閱本章第 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。更多資訊請見第 9 章。

第 3.2 節 藥物清單的藥物共有六種「分攤費用層級」

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

- 層級 1 包括首選學名藥。 *（最低費用層級。）*
- 層級 2 包括學名藥。
- 層級 3 包括首選原廠藥。

- 層級 4 包括非首選原廠藥。
- 層級 5 包括專科層級藥物。 *（最高費用層級。）*
- 層級 6 包括補充藥物

如欲了解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請查閱本計劃的藥物清單。

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

第 3.3 節 如何確認某種特定藥物是否列於藥物清單上?

您有兩種方法可以了解：

1. 瀏覽本計劃的網站 (zh.clevercarehealthplan.com/pharmacy)。網站上的藥物清單都會是最新版本。
2. 致電客戶服務部，以了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。（客戶服務部電話號碼請見本手冊封底。）

第 4 節 部分藥物有承保限制規定

第 4.1 節 為何有些藥物有限制?

特定處方藥設有特殊規則，限制本計劃承保的方式和情況。醫師和藥劑師團隊制定了這些規則，來鼓勵您及您的醫療服務提供者以最有效的方式使用藥物。如欲了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。若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服務提供者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，可能會因您的健康照護提供者所開立處方的劑量強度、份量或劑型而有所不同，而不同劑型的藥物（例如，10 mg 與 100 mg；每天一次與每天兩次；片劑與液體）可能會有不同的限制或分攤費用。

第 4.2 節 有何種限制?

以下各節將說明我們為特定藥物使用的限制類型的詳細資訊。

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

當有學名藥版本時限制原廠藥

一般而言，「學名」藥與原廠藥的藥效相同，且通常費用較低。**當原廠藥有其學名藥版本可用時，我們的網路藥局將為您提供學名藥而不是原廠藥。**但是，如果您的醫療服務提供者已在處方上註明「無替代藥物」，*或*已告訴我們在醫學上該學名藥或其他治療相同病症的承保藥物對您無效的理由，我們將承保該原廠藥。（您的原廠藥分攤費用可能高於學名藥分攤費用。）

事先取得計劃核准

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

首先嘗試不同藥物

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，若藥物 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。若藥物 A 對您無效，則本計劃將承保藥物 B。這種要求先嘗試不同藥物的做法稱為「**階段治療**」。

藥量限制

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

第 5 節 如果您的其中一種藥物未以您希望的方式承保，該如何處理?

第 5.1 節 如果您的藥物未以您希望的方式承保，您有幾種處理方式

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

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

第 5.2 節 如果您的藥物不在藥物清單上，或者如果該藥物受到某些限制，該如何處理?

如果您的藥物不在藥物清單上，或者如果該藥物受到某些限制，您有下列選擇：

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

您可能可以取得臨時藥量

在某些情況下，計劃必須提供您已經在服用的藥物的臨時藥量。這份臨時藥量可給予您一些時間，讓您和您的醫療服務提供者討論承保變更並決定如何處理。

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

- **如果您是新會員，**我們會在您成為本計劃會員**後的最初** 90 天內，為您的藥物承保暫時藥量。
- **如果您在去年加入本計劃，**我們會在日曆年**的前** 90 天承保您的臨時藥量。
- 此臨時藥量最多提供 30 天的藥量。如果您處方開立的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最長達 30 天份的藥物。處方必須至網路藥局配藥。（請注意，長期護理藥局可能每次僅提供較少份量的藥物，以免造成浪費。）
- **對於加入本計劃超過 90 天、居住於長期照護機構，並且立即需要一份藥量的會員：**

  我們將承保特定藥物一次 31 天的緊急藥量，或者或您處方的天數較少，則承保較少天數的藥量。這不包括在上述的臨時藥量中。
- **正要從長期照護 (long-term care, LTC) 機構或醫院出院回家，並立即需要過渡藥量的計劃現有會員：**

  我們將承保一次 30 天的藥量，如果您的處方天數較短，則承保較少的藥量（在此情況下，我們將允許多次配藥，直到合計領取達 30 天藥量為止）。
- **正要從家中或醫院移至長期照護 (long-term care, LTC) 機構，並立即需要過渡藥量的計劃現有會員：**

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

如對臨時藥量有疑問，請致電客戶服務部。

在您使用臨時藥量的期間，您應與醫療服務提供者討論，決定臨時藥量耗盡時的處理方式。您有兩種選擇：

1) 您可以更換為另一種藥物

請與您的醫療服務提供者討論是否有對您可能同樣有效的其他本計畫承保藥物。您可以致電客戶服務部，索取一份治療相同疾病的承保藥物清單。此清單可協助您的醫療服務提供者找到可能適合您的承保藥物。

2) 您可以要求例外處理

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

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

如果您和醫療服務提供者想申請例外處理，第 9 章第 6.4 節會說明該如何處理。其中說明了 Medicare 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 5.3 節 如果您認為您藥物的分攤費用層級過高，該如何處理?

如果您認為您藥物的分攤費用層級過高，您可以:

您可以更換為另一種藥物

如果您認為您藥物的分攤費用層級過高，請和您的醫療服務提供者討論。或許有較低分攤費用層級的不同藥物對您有相同療效。請致電客戶服務部，索取一份治療相同疾病的承保藥物清單。此清單可協助您的醫療服務提供者找到可能適合您的承保藥物。

您可以要求例外處理

您和您的醫療服務提供者可以要求本計劃對該藥物就分攤費用層級進行例外處理，使您能夠支付較少的費用。如果您的醫療服務提供者表示您有正當的醫療理由要求我們例外處理，則該醫療服務提供者可以協助您提出例外處理申請。

如果您和您的醫療服務提供者想申請例外處理，第 9 章第 6.4 節會說明該如何處理。其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理，因此制定的程序和截止日期。

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

第 6 節 如果您其中一種藥物的承保有所變更，該如何處理?

第 6.1 節 藥物清單可能會在年度中變更

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

- **從藥物清單中新增或移除藥物。**
- **將藥物移至較高或較低的分攤費用層級。**
- **新增或移除某藥物的承保限制。**
- **以學名藥取代原廠藥。**

在我們變更計劃的藥物清單前，我們必須遵循 Medicare 規定。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥物承保變更，將會如何?

藥物承保變更資訊

當藥物清單發生變更時，我們會在網站上發佈這些變更的相關資訊。我們也會定期更新線上藥物清單。以下我們指出，如果您正在服用的藥物有所變更，您會收到直接通知的時間。

在目前計劃年度期間對您造成影響的藥物承保變更

計劃廠商可能立即以新副廠藥取代的預先一般通知：為了立即以新的治療等效學名藥取代原廠藥（或在加入新的學名藥後改變其層級或限制；或兩者一併實施，並在新增學名藥之後對原廠藥施行），符合要求的計劃廠商必須提供以下變更的預先一般通知：

- **新的學名藥取代了藥物清單上的原廠藥（或者我們變更分攤費用層級，或對原廠藥增加新限制，或兩者一併實施）**
    - 如果我們用新核准的學名藥替換該原廠藥，則我們將立即移除藥物清單中的原廠藥。學名藥將出現在相同或較低的分攤費用層級，其限制相同或更少。在增加新的學名藥時，我們可能會決定保留藥物清單上的原廠藥，但立即將其移至較高的分攤費用層級或增加新限制，或兩者一併實施。
    - 我們可能不會在做出變更之前提前通知您，即使您目前正在服用該原廠藥。如果您在我們進行變更時正在服用該原廠藥，我們將向您提供具體變更的資訊。其中也將包括您可採取哪些步驟，要求例外處理以承保該原廠藥的資訊。在我們進行變更之前，您可能不會收到此通知。
    - 您或您的開立處方者可要求我們為您進行例外處理，繼續為您承保該原廠藥。有關如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

不安全的藥物和藥物清單上遭下市的其他藥物

- 有時某種藥物可能因被視為不安全，或是其他原因而下市。如果發生這種情形，我們可能會立即將該藥物自藥物清單移除。如果您正在服用該藥物，我們將立即通知您。
- 您的開立處方者也將得知此項變更，並可以與您一起尋找另一種適合您病症的藥物。

- **藥物清單上藥物的其他變更**
    - 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，我們可能會在藥物清單上增加一種非新上市的學名藥以取代原廠藥，或變更分攤費用層級或增加原廠藥的新限制，或兩者一併實施。我們也可能根據 FDA 的粗體字加框警語或 Medicare 認可的新臨床準則進行變更。

- 針對這些變更，我們必須至少提前 30 天向您提供變更通知，或同時提供變更通知和在網路藥局續配您正在服用藥品的 30 天藥量。
- 您收到變更通知後，您應與開立處方者合作，改用我們承保的其他藥物，或遵守您正在服用之藥物的任何新限制。
- 您或您的開立處方者可要求我們進行例外處理，繼續為您承保該藥物。有關如何要求例外處理的資訊，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。

如果您正在服用的藥物發生上述任何變更（除了下市、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 前，此變更不會影響您的使用或分攤費用。在此日期之前，您支付的費用可能不會有任何增加，您對藥物的使用也不會增加任何限制。

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

第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保?

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節告訴您哪些種類的處方藥「被排除在外」。這表示 Medicare 不會支付這些藥物的費用。

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

關於 Medicare D 部分藥物計劃不承保之藥物，有三項一般規則：

- 本計劃的 D 部分藥物承保無法承保 Medicare 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。
- 本計劃通常無法承保仿單核准適應症外的使用。「仿單核准適應症外的使用」指的是任何非該藥物標籤上指示由美國食品藥物管理局批准之用途。
- 「仿單核准適應症外的使用」的承保僅在該用途有特定參考資料佐證的情況下才被允許，例如《美國醫院處方集服務藥物資訊》(American Hospital Formulary Service Drug Information) 和《藥物索引系統》(DRUGDEX Information System)。

此外，根據法律，以下類別的藥物不屬於 Medicare 藥物計劃承保範圍（本計劃透過加強型藥物承保範圍承保下列特定藥物，您可能需要支付額外的保費。更多資訊提供如下。）：

- 非處方藥（也稱為成藥）
- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
- 處方維他命與礦物質產品（產前維他命與氟化物製劑除外）
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物

- 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物
- 因藥廠試圖要求相關測試或監測服務，作為銷售條件只能自該藥廠購買的門診藥物

我們為 Medicare 處方藥物計劃通常不予承保的某些處方藥提供額外承保（加強型藥物承保範圍）。本計劃承保咳嗽藥 (Bezonatate)、維生素（B12、D2、葉酸）和治療勃起功能障礙的藥物（每 30 天僅限 6 錠）。您為這些藥物所支付的金額不計入重大傷病承保階段的資格。（重大傷病承保階段見本文件第 6 章第 7 節。）

此外，如果您正在**接受「Extra Help」**，且以此支付您的處方藥費用，該「Extra Help」計劃將不會支付通常不承保的藥物費用。然而，如果您透過 Medicaid 獲得藥物承保，您的州 Medicaid 計劃可能會承保部分 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見第 2 章第 6 節。）

第 8 節 領取處方藥

第 8.1 節 提供您的會員資料

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

第 8.2 節 如果您手邊沒有會員資訊，該如何處理?

如果您在配取處方藥時手邊沒有您的計劃會員資訊，您或您的藥局可以致電本計劃以取得所需資訊。

如果該藥局無法取得所需資訊，**您可能需要在配取處方藥時支付全額費用。**（您可以在之後**要求我們償付**我們應分攤的費用。有關如何要求計劃償付的資訊，請參閱第 7 章第 2.1 節。）

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保

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

如果您住進醫院或專業護理機構，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機構時，只要您的處方藥物符合我們於本章說明的所有承保規則，本計劃將承保該藥物。

第 9.2 節 如果您居住在長期護理機構 (LTC)，該如何處理?

通常，長期護理機構 (LTC)（例如護理之家）本身設有藥局，或使用可為其所有居民提供藥物的藥局。如果您居住在長期護理機構，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*藥局目錄*，以確定您長期護理機構本身的藥局或其使用的藥局是否在我們的網路內。如果不是，或者如果您需要更多資訊或協助，請聯絡客戶服務部。如果您住在長期護理機構，我們必須確保您能定期透過我們的長期機構護理藥局網路獲得您的 D 部份福利。

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

請參閱第 5.2 節有關臨時或緊急藥量的資訊。

第 9.3 節 如果您也透過雇主或退休團體計劃取得藥物承保，該如何處理?

如果您目前有透過您或您配偶的雇主或退休團體取得其他處方藥物承保，請**聯絡該團體的福利管理人員**。該福利管理員可協助您確定您目前的處方藥物承保是否適合我們的計劃。

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」的特別注意：

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處方藥物承保是否為「可替代」。

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

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

第 9.4 節 如果您參加 Medicare 認證的安寧照顧計劃，該如何處理？

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

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

第 10 節 藥物安全與藥物管理計劃

第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃

我們為會員進行用藥審核，以確保其獲得安全且適當的護理。

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

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

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

第 10.2 節 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (DMP)

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

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

如果我們預計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。該信函將說明我們認為應適用於您的限制。您將有機會告訴我們您偏好使用哪些醫師或藥局，以及您認為我們需要知道的任何其他重要資訊。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判斷或限制，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做出裁定。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。

如果您有特定醫療狀況，例如癌症引發的疼痛、鐮刀型紅血球疾病、正在接受安寧照顧、緩和療護或臨終照護，或居住在長期護理機構，您將不會被納入我們的藥物管理計劃。

第 10.3 節 協助會員管理其藥物的藥物治療管理 (MTM)

我們有計劃可幫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。

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

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

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

第 6 章:

您需為 D 部分處方藥支付的費用

您目前是否獲得支付藥費的補助?

如果您參加了協助支付藥費的計劃，**則本*承保證明*中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可能不適用於您。**我們已另外寄給您一份插頁，稱為「取得處方藥物額外輔助會員之承保範圍證明附約」（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，請致電客戶服務部並索取「LIS 附約」。

第 1 節 介紹

第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保的資料一起使用

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

如欲了解付款資訊，您需要了解承保的藥物有哪些、配取處方藥的地點以及取得承保藥物時應遵守的規則。第 5 章第 1 至 4 節說明這些規則。

第 1.2 節 您可能為承保藥物支付的自付費用類型

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

- 「**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 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付費用

Medicare 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）：

- 當您在下列任一藥物付款階段時，您為藥物支付的金額：
  - 初始承保階段
  - 承保缺口階段
- 您在加入本計劃前，於本日曆年度以不同 Medicare 處方藥物計劃會員的身分支付的任何款項。

根據由誰支付而定：

- 如果是**您自己**支付，這些款項將計入您的自付費用中。
- 如果是由**特定的其他個人或機構**代表您支付，這些款項*也會計入*。其中包括由朋友或親戚、大多數慈善機構、AIDS 藥物協助計劃、符合 Medicare 資格的州政府藥物援助計劃或印地安健康服務局 (Indian Health Service) 為您的藥物所支付的款項。由 Medicare 的「Extra Help」計劃支付的款項也包括在其中。
- 由 Medicare 承保缺口折扣計劃支付的部分款項也包括在其中。製造商為您的原廠藥支付的金額也包括在其中。但不包含本計劃為您的學名藥所支付的金額。

進入重大傷病承保階段：

當您（或代表您支付的人）在日曆年度內支付的自付費用總額達到 $7,400 時，您將會從承保缺口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。

- 您在網路外藥局取得，且不符合本計劃網路外承保要求的藥物。
- A 部分或 B 部分承保的處方藥。
- 您為我們額外承保而 Medicare 處方藥物計劃通常不承保的藥物所支付的款項。
- 您為 Medicare 處方藥物計劃通常不承保的處方藥物所支付的款項。承保缺口期間由計劃為您的原廠藥或學名藥所支付的款項。
- 團體健康計劃（包含雇主健康計劃）為您藥物支付的款項。
- 特定保險計劃和政府資助的健康計劃（例如 TRICARE 和退伍軍人事務部）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。

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，您必須致電客戶服務部告知本計劃。

如何追蹤您的自付費用總額?

- **我們將協助您。**您收到的 D 部分福利說明報告包括您目前自付費用的金額。當此金額達到 $*[insert 2023 out-of-pocket threshold] 時*，此報告將告知您已離開 [*insert as applicable*：初始承保階段或承保缺口階段，並進入重大傷病承保階段。
- **請確保我們取得所需資訊。**第 3.2 節說明您如何協助我們確保您的花費紀錄完整且維持在最新狀態。

第 2 節 您支付的藥物費用視您取得該藥物時的「藥物付款階段」而定

第 2.1 節 Clever Care Longevity 會員的藥物付款階段有哪些?

在本計劃中，您的處方藥物承保有四個「付款階段」。您支付的費用視您配取或續配處方藥時所屬的階段而定。各階段的詳細資訊請參閱本章第 4 至 7 節。這些階段包括：

第 1 階段：年度自付額階段

第 2 階段：初始承保階段

第 3 階段：承保缺口階段

第 4 階段：重大傷病承保階段

有關胰島素費用的重要訊息 - 您不會為本計劃承保的每種胰島素產品的單月用量支付超過 $35，無論其屬於哪個分攤費用等級。有些精選胰島素的共付額為 $0。請致電客戶服務部瞭解更多資訊。

第 3 節 我們寄送報告給您，說明藥物款項以及您目前的付款階段

第 3.1 節 我們會寄給您稱為 *D 部分福利說明的每月摘要*（亦稱「D 部分 EOB」）

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

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

如果您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 部分福利說明*（「D 部分 EOB」）。D 部分 EOB 包含：

- **該月的相關資訊。**此份報告提供有關您上個月配取處方藥的付款詳細資訊。這包含了藥費總額、計劃支付的費用，以及您和其他人代表您支付的金額。
- **自 1 月 1 日起該年度的全部資訊。** 這稱為「年初至今」資訊。該資訊顯示自年初以來，您藥物的藥費總額及付款總額。

- **藥物價格資訊。** 此資訊將顯示藥費總額，以及相同數量的每筆處方索賠自首次配藥起的金額提高資訊。
- **可取得的較低費用之替代處方藥。**其中包括關於每筆處方索賠中，分攤費用較低的其他替代藥物資訊。

第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

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

- **每次配取處方藥時，請出示您的會員卡。**這有助於確保我們瞭解您正在領取的處方藥和您要支付的費用。
- **請確保我們取得所需資訊。**有時您可能支付處方藥的全額費用。在這些情況下，我們不會自動獲得追蹤您的自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，請提供您的收據副本。以下是您何時應向我們提供您的藥物收據副本的範例：
    - 當您在網路藥局以特殊價格，或使用不屬於本計劃福利的折扣卡購買承保藥物時。
    - 當您為藥廠病患協助計劃所提供的藥物支付共付額時。
    - 每當您在網路外藥局購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額費用時。
    - 如果您收到承保藥物的帳單，您可以要求本計劃支付我們應分攤的費用。有關如何進行的說明，請參閱第 7 章第 2 節。
- **請將其他人為您支付的款項資訊寄送給我們。**特定之他人與機構支付的款項，也會計入您的自付費用中。例如，由州政府藥物援助計畫、AIDS 藥物協助計劃（AIDS Drug Assistance Program，ADAP）、印地安健康服務局 (Indian Health Service)，以及大多數的慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。請保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **請確認我們寄給您的書面報告。**當您收到 D 部分福利說明時，請仔細檢查，確保資訊完整且正確。如果您認為有遺漏的地方或有任何疑問，請致電客戶服務部與我們聯絡。請務必保留這些報告。

第 4 節 Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) 無自付額。

Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) 無自付額。當您在年度中首次配取處方藥時，初始承保階段即開始。有關您在初始承保階段的承保資訊，請參閱第 5 節。

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

第 5.1 節 您需為藥物支付的費用視藥物及您配取處方藥的地點而定

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

本計劃有六種分攤費用層級

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

- 層級 1 包括首選學名藥。 *（此為最低層級。）*
- 層級 2 包括學名藥。
- 層級 3 包括首選原廠藥。
- 層級 4 包括非首選原廠藥。也可能包括一些價格與原始原廠藥相似的非首選學名藥。
- 層級 5 包括專科層級藥物。 *（這是最高層級。）*
- 第 6 級包括 Medicare 排除的藥物，包括處方咳嗽藥、維他命和治療勃起功能障礙的藥物。

如欲了解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請查閱本計劃的藥物清單。

您的藥局選擇

您為藥物支付的金額取決於您是否自下列藥局取得藥物：

- 網路內零售藥局。
- 本計劃網路外的藥局。我們僅在有限的情況下承保網路外藥局配取的處方藥。若想知道我們何時承保於網路外藥局配取之處方藥，請參閱第 5 章第 2.5 節。
- 本計劃的郵購藥局。

有關這些藥局選擇與配取處方藥的更多資訊，請參閱第 5 章和本計劃的*藥局目錄*。

第 5.2 節 顯示您*一個月*藥量的費用表

在初始承保階段期間，您分攤的承保藥物費用將會是共付額或共保額。

如下表所示，共付額或共保額的金額視藥物的分攤費用層級而定。

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

當您取得 D 部分承保處方藥*一個月*藥量時的分攤費用：

層級	標準零售分攤費用（網路內）（最多 30 天藥量）	郵購分攤費用（最多 30 天藥量）	長期護理 (LTC) 分攤費用（最多 31 天藥量）	網路外分攤費用（承保僅限於特定情況；如需詳細資訊，請參閱第 5 章。）（最多 30 天藥量）
分攤費用層級 1（首選學名藥）	共付額 $0	共付額 $0	共付額 $0	共付額 $0
分攤費用層級 2（學名藥）	共付額 $0	共付額 $0	共付額 $0	共付額 $0

層級	標準零售分攤費用（網路內）（最多 30 天藥量）	郵購分攤費用（最多 30 天藥量）	長期護理 (LTC) 分攤費用（最多 31 天藥量）	網路外分攤費用（承保僅限於特定情況；如需詳細資訊，請參閱第 5 章。）（最多 30 天藥量）
分攤費用層級 3（首選原廠藥）	共付額 $35	共付額 $35	共付額 $35	共付額 $35
分攤費用層級 4（非首選原廠藥）	共付額 $99	共付額 $99	共付額 $99	共付額 $99
分攤費用層級 5（專科層級藥物）	共保額 33%	共保額 33%	共保額 33%	共保額 33%
分攤費用層級 6（補充藥物）	共付額 $0	共付額 $0	共付額 $0	共付額 $0

關於您為胰島素支付的費用的重要信息 - 對於我們計劃涵蓋的每種胰島素產品的一個月供應量，無論它處於哪個成本分攤級別，您支付的費用不會超過 $35。某些優選胰島素的定額手續費將是 $0。

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

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

如果您取得的某些藥物藥量少於一個月，您將無需支付整月藥量的費用。

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

第 5.4 節 *長期*（100 天）份量藥物的費用表

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

下表顯示您在取得長期藥量時須支付的費用。

當您取得 D 部分承保處方藥*長期*藥量時的分攤費用：

層級	標準零售分攤費用（網路內）（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）	共付額 $0	共付額 $0
分攤費用層級 2（學名藥）	共付額 $0	共付額 $0
分攤費用層級 3（首選原廠藥）	共付額 $105	共付額 $70
分攤費用層級 4（非首選原廠藥）	共付額 $297	共付額 $198
分攤費用層級 5（專科層級藥物）	共保額 33%	共保額 33%
分攤費用層級 6（精選照護藥物）	共付額 $0	共付額 $0

關於您為胰島素支付的費用的重要信息 - 對於我們計劃承保的每種 100 天供應量的胰島素產品，無論它處於哪個費用分攤級別，您支付的費用不會超過 $105。一些精選胰島素的共付額為 $0。

第 5.5 節 您將停留在初始承保階段，直到您一年內的藥費總額達到 $4,660

您將停留在初始承保階段，直到已配取的處方藥總金額達到 **$4,660 的初始承保階段上限。**

對於某些 Medicare 處方藥物計劃通常不承保的處方藥，我們提供額外承保。為這些藥物支付的金額將不計入您的初始承保限額或自付費用總額。

您收到的 D 部分福利說明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。許多人在一年內並未達到 $4,600 的上限。

如果您達到此額度，我們會通知您。如果您確實達到此金額，您將離開初始承保階段，進入承保缺口階段。請參閱第 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付費用。

第 6 節 承保缺口階段的費用

當您處於承保缺口階段時，Medicare 承保缺口折扣計劃會提供原廠藥的製造商折扣。您支付原廠藥議定價格的 25% 和一部分的配藥費用。您支付的金額和製造商折扣的金額皆如同已由您支付一般計入您的自付費用，並使您度過承保缺口。

您也會獲得部分學名藥承保。您為學名藥支付不超過費用的 25%，本計劃支付其餘費用。只有您所支付的費用計入其中，並使您度過承保缺口。

在您的年度自付費用達到 Medicare 規定的最高金額之前，您會繼續支付這些費用。一旦達到 $7,400 的額度，您將離開承保缺口階段，進入重大傷病承保階段。

Medicare 規定了哪些費用計入及哪些費用*不*計入您的自付費用（第 1.3 節）。

關於您為胰島素支付的費用的重要信息 - 對於我們計劃涵蓋的每種胰島素產品的一個月供應量，無論它處於哪個成本分攤級別，您支付的費用不會超過 $35。某些優選胰島素的定額手續費將是 $0。

第 7 節 在重大傷病承保階段期間，本計劃將為您支付大部分的藥物費用

當您的自付費用在日曆年度內達到 $7,400 的上限時，即進入重大傷病承保階段。一旦您進入重大傷病承保階段，您會停留在此付款階段，直到該日曆年結束。

在此階段，本計劃將為您支付大部分的藥費。您將支付：

- **您分攤**的承保藥物費用將會是共保額或共付額兩者之一，以*較高*金額為準：
  - – *可能是* – 藥費 5% 的共保額
  - – *或* – 學名藥或被視作學名藥的藥物為 $4.15，所有其他藥物則為 $10.35。

第 8 節 D 部分疫苗。您支付的金額取決於您取得的方式和地點

有關您為疫苗所支付之費用的重要訊息：本計劃免費為您承保大多數的 D 部分疫苗。請致電客戶服務部瞭解更多資訊。

我們的計劃為許多 D 部分疫苗以及醫療福利承保的疫苗提供承保。**因為疫苗承保可能會很複雜，如果有任何疑慮，我們建議您在接種任何疫苗之前，先致電客戶服務部。**

我們的 D 部分疫苗接種承保包含兩個部分：

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

您需為 D 部分疫苗接種支付的費用，視以下三者而定：

1. **疫苗類型**（您接種什麼疫苗）。
   - 某些疫苗被視為醫療福利。（請參閱第 4 章的*醫療福利表（承保與自費項目）*）。
   - 其他疫苗則被視為 D 部分藥物。您可以在本計劃的*承保藥物清單（處方集）*中找到這些疫苗。

2. **您在何處取得疫苗。**
   - 疫苗本身可能由藥局分發或由醫生診所提供。
3. **誰為您接種疫苗。**
   - 藥劑師可在藥局接種疫苗，或由其他提供者在醫生診所接種疫苗。

您獲得 D 部分疫苗接種時需支付的費用，將視情況及您所處的藥物階段而定。

- 有時候當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全額，以及醫療服務提供者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。
- 其他時候，當您接受疫苗接種時，您僅需支付 D 部分福利中應分攤的費用。

以下是您可能接種 D 部分疫苗的三個範例。

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

- 您將向藥局支付疫苗本身的共付額，包括為您施打疫苗的費用。
- 本計劃將支付其餘費用。

情境二: 您在醫師診間接受 D 部分疫苗接種。

- 當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全額，以及醫療服務提供者為您施打的費用。
- 然後，您可以依第 7 章所述的程序，要求本計劃支付我們應分攤的費用。
- 我們將為您報銷您支付的金額，其中扣除您通常的疫苗（包含施打）共保額，再扣除任何該醫師收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您獲得「Extra Help」，我們便會為您報銷此差額。）

情境三: 您在藥局購買 D 部分疫苗，然後帶到您的醫師診間接種疫苗。

- 您將須向該藥局支付疫苗本身的共付額。

- 當您的醫師為您接種疫苗時，您將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。
- 我們將為您報銷醫師為施打疫苗收取的費用，再扣除任何該醫師收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您獲得「Extra Help」，我們便會為您報銷此差額。）

第 7 章:

針對承保醫療服務或藥物，要求我方支付應分攤的費用

第 1 節 針對您的承保服務或藥物，您應要求我們支付我們應分攤費用的情況

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

有時候，您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要您支付您已接受的醫療照護的全部費用，或可能超出本文件中討論到的您分攤費用的份額。首先請試著與醫療服務提供者解決帳單問題。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，我們將直接支付醫療服務提供者。如果我們決定不支付，我們會通知醫療服務提供者。您不應支付超過計劃允許的費用分攤。如果該提供者為特約醫療服務提供者，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服務提供者接受急診或緊急需求醫療照護時

您可以接受任何醫療服務提供者所提供的急診或緊急需求服務，無論該醫療服務提供者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診或緊急需求服務費用分攤。法律要求急診服務提供者提供急診護理。如果您不小心在接受照護時自行支付全部金額，請要求我們向您付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。
- 您可能會收到醫療服務提供者要求付款的帳單，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。
    - 若應向該醫療服務提供者支付費用，我們將直接支付醫療服務提供者。
    - 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. 當網路醫療服務提供者寄給您認為不應支付的帳單時

網路醫療服務提供者應一律直接向本計劃開立帳單，並僅要求您支付您的分攤費用。但他們有時會犯錯，要求您支付高於您分攤的費用。

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

3. 如果您回溯投保本計劃

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

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

4. 當您使用網路外藥局配取處方藥時

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

請留存您的收據，並在您要求就我們應分攤的費用退款給您時，寄送一份副本給我們。請記住，我們僅在有限的情況下承保網路外藥局。有關這些情況的討論，請參閱第 5 章第 2.5 節。

5. 當您因未攜帶計劃會員卡，而支付處方藥的全額費用時

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

請留存您的收據，並在您要求就我們應分攤的費用退款給您時，寄送一份副本給我們。

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*承保藥物清單（處方集）*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師取得更多資訊，以便就我們應分攤的費用向您退款。

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

第 2 節 如何要求我們退款或支付您收到的帳單

您可以***以書面方式***向我們提出要求，要求我們退款給您。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、項目或藥物之日起 365 天內向我們提出索賠申請。

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

- 您不一定需要使用該表格，但其有助於我們更快地處理資訊。

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

將您的**醫療服務**付款要求連同任何帳單或收據郵寄給我們，地址為：

福全健保
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

將您的 **D 部分處方藥**付款要求連同任何帳單或收據郵寄給我們，地址為：

MedImpact Healthcare Systems
P.O. Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
傳真：858-549-1569
電子郵件：Claims@Medimpact.com

第 3 節 我們將考慮您的付款要求，並表示同意或不同意

第 3.1 節 我們會檢查是否應承保該服務或藥物以及應支付的金額

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

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

第 8 章:

您的權利和責任

第 1 節 本計劃必須尊重您身為計劃會員的權利及文化敏感性

第 1.1 節 我們必須提供方便您閱讀並符合您文化敏感性的資訊（英語以外之其他語言版本、盲文版、大字版或其他替代格式等）

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

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

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

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

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

我們的計劃提供免費的翻譯服務，以回答不說英語的會員提出的問題。我們提供以下語言的書面資料：英文、繁體中文、韓文、越南文和西班牙文。我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部。我們的計劃必須讓女性參保人可以選擇直接前往網絡內的女性健康專科醫生處，接受女性常規和預防性醫療保健服務。

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

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱和適合您的計劃資訊格式、去看女性保健專科醫生或尋找網絡內專科醫生，您可撥打「訴願與上訴」代表提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或直接致電民權辦公室 1-800-368-1019（聽障專線：1-800-537-7697）向 Medicare 提出投訴。

귀하의 플랜은 임상 및 비임상을 포함한 모든 서비스가 문화적 요구를 충족하는 방식으로 제공되며, 또한 영어 능력이 제한적이거나 읽기 능력이 제한적이거나 청각 장애가 있거나 다양한 문화적/민족적 배경을 가진 사람들을 포함한 모든 가입자가 이용할 수 있는 형태로 제공되도록 조치할 의무가 있습니다. 플랜이 이러한 접근성 요구를 충족할 수 있는 방법의 예에는 번역 서비스, 통역 서비스, 전신타자기 또는 TTY 연결(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 제공 등이 있지만 이에 국한되지는 않습니다.

영어를 사용하지 않는 가입자는 우리 플랜에 관하여 질문하실 때 무료 통역사를 이용할 수 있습니다. 우리는 다음 언어로 작성된 자료를 제공합니다. 영어, 중국어(번체), 한국어, 베트남어, 스페인어. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 대활자 또는 다른 형태로 작성된 정보를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형태로 보험 혜택에 관한 정보를 제공해 드립니다. 원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자 하시면 고객서비스팀에 전화주시기 바랍니다.

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

플랜의 네트워크 내부에서 전문 분야 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 귀하에게 필요한 케어를 제공할 네트워크 외부의 전문 서비스 제공자를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 귀하는 네트워크 내 비용 분담액만 지불합니다. 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 플랜의 네트워크 내부에 없는 상황이라면, 당 플랜에 전화하여 네트워크 내 비용 분담으로 해당 서비스를 제공받을 수 있는 곳을 알아보십시오.

우리 플랜으로부터 귀하에게 알맞은 접근성 형식으로 정보를 얻거나 여성 건강 전문의 또는 네트워크 내 전문의를 찾는데 어려움이 있는 경우, 고충 및 이의제기 팀 담당자에게 전화하여 고충을 제기하십시오. 또한 Medicare 에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 직접 민권실에 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697 번으로 전화하여 불만을 제기할 수도 있습니다.

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

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

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

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

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

第 1.2 節 我們必須確保您及時取得您的承保服務和藥物

您有權利選擇計劃網路內的主治醫生 (PCP)，來提供及為您安排您的承保服務。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）。

您有權利*於合理時間範圍內*，向計劃醫療服務提供者網路約診和取得承保服務。這包括當您需要照護的時候，向醫師取得及時服務的權利。您也有權利不需久候，於任一間網路藥局取得您的處方藥或連續處方藥。

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

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊隱私

聯邦及各州法律保護您的醫療紀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，以及您的醫療紀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，方便先為您做出決定。*
- 在某些例外情形下，我們不必事先取得您的書面同意。這些例外情形為法律允許或規定。
    - 例如，我們必須向稽查照護品質的政府機關釋出健康資訊。
    - 因為您是透過 Medicare 成為我們計劃的會員，我們必須向 Medicare 提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥資訊。如果 Medicare 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。

您可以在您的紀錄中看到這些資訊，並了解分享給他人的情形

您有權查看您在計劃的醫療紀錄，並取得您的紀錄副本。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，請致電客戶服務部。

2021 年 1 月 1 日更新的隱私措施聲明如下。此聲明可能更改，為確保您現在檢視的是最新版本，您可以向客戶服務部索取現行版本（電話號碼請見本手冊封底）或在我們的網站 zh.clevercarehealthplan.com 上檢視。

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 Clever Care），其須依法保護您健康資訊的隱私。我們也必須寄送給您本通知，其解釋我們如何使用關於您的資訊以及我們何時可以提供或將該資訊「揭露」給他人。本通知也敘述您對您的健康資訊的權利。我們依法必須遵守本通知之條款。

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

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

根據適用法律，我們將藉由直接郵寄或電子郵件提供您這份訊息。無論如何，如果我們針對您的特定健康計劃而維護一個網站，我們將會在您的 Health Plan 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。

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

我們如何使用或揭露資訊

我們必須使用及揭露您的健康資訊以提供該資訊：

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

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

- **在應支付**我們的保費款項方面，用於確定您的保險範圍，以及處理您的健康照護服務理賠，包括取代或協調您可能擁有的其他福利。例如，我們可能會告訴醫生您是否有資格獲得承保，以及帳單中可以給付的比例。
- **治療方面。**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護理。
- **健康照護作業。**我們可能會根據需要使用或揭露健康資訊，以經營和管理我們的業務活動；此業務活動與提供和管理您的健康照護承保範圍相關。例如，我們可能會與您的醫師討論，針對疾病管理或保健計劃提供建議，以協助改善您的健康，或者我們可能會分析資料，以確定我們可以如何改善服務。我們也可能根據適用法律去除可識別身分的健康資訊。去除可識別身分的資訊後，這些資訊將不再受本通知之約束，我們可能會將該資訊用於任何合法目的。
- **為您提供健康相關計劃或產品方面的資訊**，例如替代醫學治療和計劃，或關於健康相關產品和服務的資訊，但需遵守法律限制。
- **對於計劃贊助商。**如果您是透過雇主贊助的團體健康計劃投保，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。

- **基於承保目的。**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護理的提醒，例如為您提供醫療照護的醫療機構的預約提醒。

在有限的情況下，**我們可能**出於以下目的而使用或揭露您的健康資訊：

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

- **出於勞工賠償要求**，依據管理工作相關傷害或疾病的國家工人賠償法所授權，或是遵守前述法律所需。
- **出於研究目的**，例如與評估某些治療或者疾病或殘障預防相關的研究，前提是該研究符合聯邦隱私法規定。
- **提供有關身故者的資訊。**我們可能會依據法律授權向驗屍官或法醫揭露資訊，以確定死亡者身分以及確定死亡原因。我們也可能會視需要向喪葬承辦者揭露資訊，以利其履行職責。
- **基於器官勸募目的。**我們可能會使用資訊或是將資訊揭露給負責器官、眼睛或細胞組織採購、存放或移植業務的實體，以促進捐贈和移植。
- **向懲教所或執法官員揭露。**如果您是懲教所的受刑人或者受執法官員的監管，但僅限於以下必要情況：(1) 用於懲教所為您提供醫療保健照護；(2) 保護您以及他人的健康和安全；或

  (3) 確保懲教所的安全和保安。
- **向業務夥伴。**向代表我們履行職能或為我們提供服務的業務夥伴揭露資訊，前提是相關資訊對此類職能或服務具有必要性。根據與我們簽訂的合約以及美國聯邦法律，我們的業務夥伴需要保護您資訊的隱私，不得在本合約規定以及聯邦法律允許以外的範圍使用或揭露任何資訊。
- **有關資訊使用和揭露的其他限制。**某些聯邦和州法律可能要求實施特殊的隱私保護措施，以限制某些健康資訊的使用和揭露，包括有關您的高度機密資訊。這些法律可能保護以下類型的資訊：

  1. 酒精和物質濫用
  2. 生物辨識資訊
  3. 兒童或成人虐待或忽視，包括性侵犯
  4. 傳染病
  5. 基因資訊
  6. HIV/愛滋病
  7. 心理健康
  8. 未成年人資訊
  9. 處方
  10. 生殖健康

11. 性傳播疾病

如果有其他適用法律禁止或實際限制本聲明中上述健康資訊的使用或揭露，則我們有意遵守較嚴峻法律的要求。

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

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

我們的責任

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

您享有的權利

您對自己的健康資訊享有以下權利：

- **您有權要求限制**出於治療、支付或健康照護營運而使用或揭露您的資訊。您還有權要求將揭露對象限定為家庭成員或涉及您的健康照護或健康照護款項支付的其他人。我們同時還有關於受撫養者存取權的政策，您的受撫養家屬可依此請求某些限制。**請注意，儘管我們將盡力滿足您的要求，並且會同意符合我們政策規定的要求，然而我們無需同意任何限制。**
- **您有權要求以不同的方式或在不同的地點收到機密通訊**（例如，將資訊發送至郵政信箱，而不是您的住家地址）。如果揭露您的全部或部分健康資訊可能會對您個人構成危害，我們將會接納合理的要求。在某些情況下，我們會接受您要求接收機密通訊的口頭申請，但我們也可能要求您以書面形式確認您的要求。此外，

任何修改或取消先前機密通訊的要求，都必須以書面形式提出。將您的要求郵寄至下列地址。

- **您有權查看並獲得**我們所維護的關於您的某些健康資訊，例如索賠和病例或醫療管理記錄。如果我們以電子形式維護您的健康資訊，您有權要求我們以電子格式向您發送健康資訊副本。您還可以要求我們將您的資訊副本提供給您確認的第三方。在某些情況下，您可能會收到此健康資訊的摘要。您必須提出書面要求以檢查和複製您的健康資訊，或者將您的資訊發送給第三方。將您的要求郵寄至下列地址。在少數特定情況下，我們可能會拒絕您檢查和複製健康資訊的要求。如果我們拒絕您的要求，您有權複查拒絕的原因。我們可能針對索取的任何副本收取合理費用。
- 如果您認為有關您的健康資訊錯誤或不完整，**您有權要求修改**我們所維護的關於您的某些健康資訊，例如索賠和病例或醫療管理紀錄。您必須採取書面形式提出要求，並提供要求修改的原因。將您的要求郵寄至下列地址。如果我們拒絕您的要求，您可以在健康資訊中加入有關不同意內容的聲明。
- **您有權收到一份明細**，其中列有我們在您提出要求之前的六年間對您的資訊進行的某些揭露。此明細將不包括下列情形的資訊揭露：(i) 基於治療、付款和健康照護的運作目的；(ii) 向您或根據您的授權所作的揭露；以及 (iii) 對懲教所或執法官員所作的揭露；以及 (iv) 聯邦法律不要求我們提供明細的其他揭露。
- **您有權獲得本聲明的紙本副本。**您可隨時索取本聲明的副本。即使您已同意以電子形式收到本聲明，您仍有權獲得本聲明的紙本副本。如果我們有維護網站，我們將在網站上發布修訂後聲明的副本。您還可以在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，或希望了解有關如何行使權利的資訊，**請致電您的 Health Plan ID 卡上的免付費會員電話號碼，或者致電客戶服務免付費電話 (833) 808-8153 (普通話) 或者 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)，10 月 1 日至次年 3 月 31 日期間的服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（週末無休），4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間則為上午 8 點至晚上 8 點（平日）。**
- **提出書面要求。**您可以郵寄書面要求以行使您的任何權利，包括修改或取消機

密通訊、索取紀錄副本，或要求修改紀錄，郵寄地址如下：

Clever Care Privacy Officer
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

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

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

財務資訊隱私權聲明

本聲明描述我們會如何使用與揭露有關您的財務資訊。請仔細檢閱。

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

我們收集的資訊

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

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

資訊揭露

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

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

保密性和安全性

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

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

有關本聲明的問題

如果您對本聲明有任何疑問，請致電您的 Health Plan ID 卡上的免付費會員電話號碼，或致電客戶服務部免付費電話 (833) 808-8153 (普通話) 或者 (833) 808-8161 (粵語) (TTY: 711)：**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：週一至週五，上午** 8 時至晚上 8 時。

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

身為本計劃的會員，您有權向我們取得多種資訊。如果您想要下列任何資訊，請致電客戶服務部：

- **有關本計劃資訊。**這包括，舉例來說，有關計劃財務情形的資訊。
- **有關我們的網路藥局和醫療服務提供者的資訊。**您有權取得有關網路內醫療服務提供者和藥局的合格資訊，以及我們如何支付網路內醫療服務提供者的資訊。

- **有關您的承保範圍和使用時必須遵守之規定的資訊。** 第 3 章和第 4 章提供有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供 D 部分處方藥物承保的相關資訊。
- **有關不予承保項目之原因以及您可以如何因應的資訊。** 第 9 章提供有關為何某項醫療服務或 D 部分藥物不獲承保，或您的承保受到限制的書面說明的資訊。第 9 章也提供要求我們變更決定的資訊，也稱為上訴。

第 1.5 節 我們必須支持您為您的照護做決定的權利

您有權知道您的治療選項及參與您的健康照護決定

您有權從您的醫師或其他健康照護提供者取得完整資訊。您的醫療照護提供者必須*以您能理解的方式*說明您的醫療情況和您可選擇的治療方式。

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

- **了解您所有的選擇。**您有權被告知所有就您的情況所建議的治療選項，不論其費用多寡或是否為本計劃所承保。這也包括告知本計劃所提供的方案，用於協助會員管理他們的藥物治療和安全用藥。
- **了解其中的風險。**您有權被告知任何與您的照護有關的風險。若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，即便您的醫師建議您不要離開。您也有權停止用藥。當然，如果您拒絕治療或停止用藥，您須對您的身體產生的後果承擔全部的責任。

如果您無法為您自己做出醫療決定，您有權指示應做事項

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

- 填寫表單以賦予**某人法定權力，萬一您無法為自己做決定時，可以為您做決定。**

- **提供書面說明給您的醫師**，關於當您無法自己做決定時，您希望他們如何處理您的醫療照護。

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

如果您希望使用「預立醫囑」來提供指示，做法如下：

- **取得表單。**您可以從您的律師、社工或一些辦公用品商店取得預立醫囑表單。有時您可以從提供民眾 Medicare 資訊的組織取得預立醫囑。您也可以聯絡客戶服務部索取表單。
- **填寫並簽名。**不論您從哪裡取得表單，請記住這是法律文件。您應該考慮請律師協助您準備填寫。
- **將副本交給適當的人。**您應該將表單副本交給您的醫師，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。
- 如果您尚未簽署預立醫囑表單，醫院有可填寫的表單，並會詢問您是否希望簽署。

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

假使未遵照您的指示該怎麼辦?

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

第 1.6 節 您有權提出申訴及要求我們重新考慮我們已做出的決定

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

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

如果涉及歧視，請致電民權辦公室

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

這涉及其他原因嗎?

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

- 您也可以**致電客戶服務部。**
- 您可以**致電 SHIP。**如需詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 或者，**您可以致電 Medicare**：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227，TTY：1-877-486-2048），服務時間每週 7 天，每天 24 小時。

第 1.8 節 如何取得更多與您的權利有關的資訊

您可以從許多地方取得更多與您的權利有關的資訊：

- 您也可以**致電客戶服務部。**
- 您可以**致電 SHIP。**如需詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可以聯絡 **Medicare。**
  - 您可以造訪 Medicare 網站，參閱或下載「Medicare 權利和保障」出版品。（此出版品網址為：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
  - 或者，您可以致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227，TTY：1-877-486-2048），服務時間每週 7 天，每天 24 小時。

第 2 節 您身為計劃會員的責任

身為計劃會員，您需要做的事項如下。若您有任何疑問，請致電客戶服務部。

- **請熟悉您的承保服務與取得這些承保服務時須遵守的規定。**請使用*承保範圍說明書*來了解您的承保服務，以及取得承保服務時須遵守的規定。
    - 第 3 章和第 4 章提供有關您醫療服務的詳細資訊。
    - 第 5 章和第 6 章提供您 Part D 處方藥物承保範圍的詳細資訊。
- **如果您除了本計劃，還有其他承保的健康保險或處方藥物，請務必告訴我們。**第 1 章告訴您如何協調這些福利。
- **告知您的醫師和其他健康照護提供者，您已投保本計劃。**當您取得醫療照護或 Part D 處方藥時，請出示您的計劃會員卡。
- **藉由提供資訊、提出問題和完成您的照護來協助您的醫師和其他幫助您的醫療服務提供者。**
    - 為了幫助您獲得最佳照護，請將您的健康問題告知您的醫師和其他醫療服務提供者。遵從您與您的醫師均同意的治療計劃和指示。
    - 請確保您的醫師知道所有您正在服用的藥物，包括非處方藥、維他命和補給品。
    - 如果您有任何問題，請務必詢問並取得您可以理解的答案。
- **為他人著想。**我們期望所有的會員尊重其他病患的權利。我們也期望您的行為有助於您醫師的診所、醫院和其他診所順利運作。
- **支付您應付的費用。**身為計劃會員，您有責任支付這些費用：
    - 您必須繼續為您的 Medicare B 部分支付保費，才能繼續成為本計劃的會員。
    - 您於本計劃承保的多數醫療服務和藥物，須於取得時支付分攤費用。
    - 如果您必須支付延遲投保罰款，您必須支付罰款才能保有您的處方藥物承保。但是，我們不會因您未付款而將您退保。

  - 如果您因年收入而須支付 Part D 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。

- **如果您於我們的服務區域*內*搬家，我們需要知道**，以利更新您的會員紀錄及了解如何與您聯絡。
- **如果您*搬離*計劃服務區域，則您將無法維持本計劃會籍。**
- 如果您搬家，也請務必告知社會安全局（或鐵路退休委員會）。

第 9 章:

如何提出疑問

或申訴（承保決定、上訴、申訴）

第 1 節 介紹

第 1.1 節 如何提出問題或疑慮

本章說明兩種處理問題和疑慮的程序：

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

這兩種程序皆已獲得 Medicare 核准。每種程序都有一套規則、步驟和期限，我們和您皆必須遵守。

第 3 節的指引將幫助您確認適用的程序以及該怎麼做。

第 1.2 節 有關法律術語的部分呢?

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

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

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

第 2 節 可以從哪裡取得更多資訊和個人化協助

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

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法律顧問。此計劃與我們或任何保險公司或健康計劃皆無關聯。此計劃的法律顧問能幫助您了解，您應該透過哪一個程序來處理您的問題。他們還能解答您的問題、提供您更多資訊，以及給予處理指引。

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

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求協助。若要聯絡 Medicare：

- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 您也可以造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

第 3 節 您應透過哪一個程序來處理您的問題?

如果您有問題或疑慮，僅須參閱本章適用於您的情況的部分。下面的指引將協助您。

您的問題或疑慮是否與您的福利或承保範圍有關?

這包括醫療照護或處方藥是否有承保、承保方式為何，以及支付醫療照護或處方藥費用相關的問題。

是。

請繼續參閱本章下一節，**第 4 節，「承保決定和上訴入門指引」。**

否。

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

承保決定和上訴

第 4 節 承保決定和上訴入門指引

第 4.1 節 要求承保決定和提出上訴：總覽

承保決定和上訴用於處理與您的福利和醫療服務及處方藥物承保範圍相關的問題，包含支付費用。此程序適用於確認某事物是否承保與承保方式。

在接受服務前要求承保決定

承保決定指我們對您的福利和承保範圍，或我們支付您的醫療服務或藥物金額所做出的決定。例如，當您接受您的計劃網路醫師的醫療照護，或當您的網路醫師幫您轉診至專科醫師，他或她為您做出（有利的）承保決定。如果您的醫師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，您與醫師也可以與我們聯絡並要求承保決定。換句話說，如果您希望在接受醫療服務之前，知道我們是否承保，您可以要求我們為您做出承保決定。少數情況下，承保決定的請求將不予受理，這表示我們將不會審核請求。不

受理請求的情形包括：該項請求不完整、由未經法律授權的人士代表您提出，或者您要求撤回。如果我們不受理承保決定請求，我們將寄通知說明請求不受理的原因，以及如何要求審核駁回案件。

當我們決定您的承保範圍為何與我們支付的金額，我們即為您做出承保決定。某些情況下，我們可能決定某項服務或藥物不予承保，或 Medicare 不再承保。如果您不同意此承保決定，您可以提出上訴。

提出上訴

無論是我們在您接受服務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做出之承保決定的正式方式。在後面我們將論及的某些情況下，您可以要求對該承保決定提出加快或「快速上訴」。您的上訴由不同審核人員處理，而不是做出原先決定的人。

當您首次上訴一項決定，此為第 1 級上訴。在此上訴中，我們審核我們已做出的承保決定，確認我們是否已嚴格遵守所有規定。當我們完成審核，我們將提供您我們的決定。少數情況下，第 1 級上訴的請求將不予受理，這表示我們將不會審核請求。不受理請求的情形包括：該項請求不完整、由未經法律授權的人士代表您提出，或者您要求撤回。如果我們不受理第 1 級上訴的請求，我們將寄通知說明請求不受理的原因，以及如何要求審核駁回案件。

如果我們受理您的案件，但拒絕您全部或部分的第 1 級上訴，您可以繼續提出第 2 級上訴。第 2 級上訴由與我們無關聯的獨立審核機構執行。（醫療服務和 B 部分藥品的上訴將自動送交獨立審核機構進行第 2 級上訴 – 您無需採取任何行動。對於 D 部分藥物上訴，如果我們拒絕您的全部或部分上訴，您將需要要求第 2 級上訴。D 部分上訴將在本章第 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。（本章第 9 節說明了第 3、第 4 及第 5 級的上訴程序）。

第 4.2 節 當您要求承保決定或提出上訴時，如何取得協助

如果您決定要求任何類型的承保決定或對決定提出上訴，這裡有一些資源：

- 您**可以致電客戶服務部。**
- 您可以向州健康保險協助計劃**免費取得協助。**
- **您的醫師可以為您提出請求。** 如果您的醫生協助處理第 2 級之後的上訴，他們將需要被指定為您的代表。請致電客戶服務部，索取「指定代表」表單。（該表單也可在 Medicare 的網站上取得，網址為：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或是我們的網站：zh.clevercarehealthplan.com。）
    - 針對醫療照護或 B 部分處方藥，您的醫師可以代表您請求承保決定或第 1 級上訴。如果您的上訴於第 1 級遭拒，將自動遞送至第 2 級。
    - 對於 D 部分處方藥，您的醫師或其他處方開立者可代表您申請承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴遭拒，您的醫師或處方開立者可以申請第 2 級上訴。
- **您可以要求某人代表您。**如果您希望，您可以指名另一人作為您的「代理人」，代理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理人，請致電客戶服務部並索取「代理人委任」表單。（該表單也可在 Medicare 的網站上取得，網址為：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或是我們的網站：zh.clevercarehealthplan.com。） 該表單允許該人士代表您。您與您希望代表您的人士皆須在表單上簽名。您必須提供我們一份完成簽署的表單副本。
    - 雖然我們可以在沒有表單的情形下接受上訴請求，但在收到表單之前，我們無法開始或完成我們的審核。如果我們在收到您的上訴請求後的 44 個日曆天內未收到表單（我們對您的上訴做出決定的期限），您的上訴請求將不受理。如果發生上述情形，我們將寄送書面通知給您，說明您有權要求獨立審核機構來審核我們不受理您的上訴的決定。
- **您也有權聘請律師。**您可以聯絡您的律師，或從當地律師公會或其他轉介服務取得律師資訊。如果您資格符合，某些團體也會提供您免費法律服務。然而，**您無須聘請律師**來要求任何類型的承保決定或上訴決定。

第 4.3 節 本章的哪一節可以為您的情況提供詳細資訊?

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

- 本章**第 5 節**：「您的醫療照護：如何要求承保決定和提出上訴」
- 本章**第 6 節**：「您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定和提出上訴」
- 本章**第 7 節**：「如果您認為醫師太早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期間」
- 本章**第 8 節**：「如果您認為您的承保服務太早結束，如何要求我們繼續承保某項醫療服務」（*僅適用於以下服務*：居家健康照護、專業護理設施照護與綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility，CORF) 服務）

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

第 5 節 您的醫療照護：如何要求承保決定或為某承保決定提出上訴

第 5.1 節 本節說明若您在取得承保醫療照護時遇到問題，或者若您希望我們償還您的照護分攤費用的處理方式

本節與您的醫療照護和服務福利有關。本文件第 4 章已說明這些福利：*醫療福利表（承保範圍與您支付的費用）*。為了簡單起見，我們常說的「醫療護理承保」或「醫療護理」包括的是醫療項目、服務以及 Medicare B 部分處方藥物。某些案例中，B 部分處方藥的請求適用不同規定。這些案例中，我們將說明 B 部分處方藥的規定與醫療項目和服務的規定有何不同。

此節說明如果您為下列五種情況的任一種，您可以怎麼做：

1. 您未能取得您想要的某項醫療照護，且您認為本計劃承保此項照護。**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師和其他醫療提供者希望為您提供的醫療照護，而您認為計劃承保此項照護。**請我們為您做出承保決定。第 5.2 節。**

3. 您已接受您認為由計劃承保的醫療照護，但我們卻表示我們將不會支付此項照護。**提出上訴。第 5.3 節。**

4. 您已接受並支付您認為由計劃承保的醫療照護，且您希望要求本計劃退款給您。**請將帳單寄給我們。第 5.5 節。**

5. 您被告知某項您一直在使用的醫療照護，原先為我們核准但預計減少或停止，而您認為減少或停止此項照護可能會危害您的健康。**提出上訴。第 5.3 節。**

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

第 5.2 節	**步驟說明：如何要求我們做出承保決定**

法律術語
當承保決定包含您的醫療照護，此為**「機構裁決」**。 「快速承保決定」指**「加速裁決」**。

第 1 步：決定您需要的是「標準承保決定」或「快速承保決定」。

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

- *您只能針對*您尚未接受的醫療照護*要求承保*。

- *只有*在使用標準期限可能*嚴重損害您的健康或傷害您的身體功能*時，您才可以取得快速承保決定。
- **如果您的醫師告訴我們，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。
  - 說明若您的醫師要求快速承保決定，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，而不是您請求的快速承保決定），您可以如何提出「快速申訴」。

第 2 步：請本計劃做出承保決定或快速承保決定。

- 請打電話、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、您的醫師或您的代理人都可提出。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 3：我們會考慮您的醫療照護承保請求，並給您答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準期限。

這表示我們將在收到您對於某醫療項目或服務的請求後，**於 14 個日曆天內答覆您。**如果您的請求為 **Medicare B 部分處方藥物**，我們將於收到請求後的 **72 小時內**答覆您。

- **然而，**對於醫療項目或服務的請求，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 Medicare B 部分處方藥，則我們無法延長做決定的時間。
- 如果您認為我們*不*應該延長天數，您可以提出「快速申訴」。一旦做出決定，我們將盡快答覆您的申訴。（提出申訴程序與承保決定及上訴流程不同。請參閱本章第 10 節以了解關於申訴的資訊。）

對於快速承保決定，我們使用加快時限

快速承保決定指若您的請求為醫療項目或服務，我們將於 72 小時內答覆。如果您的請求為 Medicare B 部分處方藥，我們將於 24 小時內答覆。

- **然而，**若您要求更多時間，或者若我們需要更多時間（這可能對您有利），則**我們會需要延長至多 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 Medicare B 部分處方藥，則我們無法延長做決定的時間。
- 如果您認為我們*不*應該延長天數，您可以提出「快速申訴」。（有關申訴的資訊，請參閱本章第 10 節。） 我們一做出決定就會打電話給您。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求**，我們便會寄書面聲明給您，說明拒絕的原因。

步驟 4：如果我們拒絕您承保醫療照護的請求，您可以提出上訴。

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

第 5.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

法律術語
向計劃上訴醫療承保決定，稱為計劃**「再議」**。 「快速上訴」也稱為**「加速再議」**。

第 1 步：決定您需要的是「標準上訴」或「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 30 天之內提出。「快速上訴」通常在 72 小時之內提出。

- 如果您正在對於我們承保您尚未接受的照護所做的決定進行上訴，您和/或您的醫師必須決定您是否需要「快速上訴」。如果您的醫師告訴我們您的健康情況需要「快速上訴」，我們將提供您快速上訴。

- 提出「快速上訴」的條件與本章第 5.2 節提出「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。**第 2 章有聯絡資訊。
- **如果您要求快速上訴，請以書面形式或致電我們提出上訴。**第 2 章有聯絡資訊。
- 自我們寄給您的承保決定答覆之書面通知上的日期起算，**請務必於 60 個日曆天內提出上訴請求。**如果您錯過截止期限，且情有可原，請於提出上訴時說明上訴延遲的原因。我們可能會給您更多時間來提出上訴。情有可原的情形可能包括：重症導致您無法與我們聯絡，或者我們提供的請求上訴期限資訊不正確或不完整。
- **您可以索取關於您的醫療決定的資訊副本。您和您的醫師可以提供更多佐證您的上訴的資訊給我們。**我們可以向您收取複製和傳送此資訊給您的費用。

步驟 3：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師來收集更多資訊。

「快速上訴」的期限

- 針對快速上訴，我們須在**收到您上訴後的 72 小時內**答覆您。如果您的健康情況有需要，我們會更快回覆。
  - 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 個日曆天。**如果我們延長天數，會以書面形式告知您。若您的請求為 Medicare B 部分處方藥，則我們無法延長時間。
  - 如果我們未於 72 小時內答覆您（若我們需要多幾天的時間，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，交由獨立審核機構審核。第 5.4 節說明第 2 級上訴程序。

- **如果我們的答覆是同意部分或全部的請求，**我們必須於收到您的上訴後的 72 小時內，授權或提供我們已同意的承保範圍。
- **如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的請求，**我們將以書面通知您我們的決定，並自動將您的上訴轉送至獨立審核機構，進行第 2 級上訴。獨立審核機構收到您的上訴時，會以書面方式通知您。

「標準上訴」的期限

- 針對標準上訴，我們必須於收到您的上訴後，**於 30 個日曆天內**答覆您。如果您的請求為您尚未接受的 Medicare B 部分處方藥，我們將於收到上訴後的 **7 個日曆天**內答覆您。若您的健康情況需要，我們將更快提供決定給您。
  - 然而，對於醫療項目或服務的請求，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 個日曆天**。如果我們延長天數，會以書面形式告知您。若您的請求為 Medicare 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」。若您提出快速申訴，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，交由獨立審核機構審核。第 5.4 節說明第 2 級上訴程序。
- **如果我們的答覆為同意部分或全部的請求，**對於醫療項目或服務請求，我們須於 30 個日曆天內授權或提供承保；若請求為 Medicare B 部分處方藥，則於 **7 個日曆天內。**
- **如果本計畫拒絕您上訴內容的全部或部分，**我們將自動將您的上訴傳送至獨立審核機構，進行第 2 級上訴。

第 5.4 節 步驟說明：第 2 級上訴如何完成

法律術語
「獨立審核機構」的正式名稱為**「獨立審核實體」**。有時稱作**「IRE」**。

獨立審核機構是由 Medicare 聘雇的獨立機構。其與本計劃無關，亦不是政府機構。此機構決定我們的做的決定是否正確或是需要更動。Medicare 會監督其成效。

第 1 步：獨立審核機構審核您的上訴。

- 我們將傳送您的上訴資訊給該機構。這些資訊稱為您的「案件檔案」。**您有權要求我們提供您的案件檔案副本。**我們可以向您收取複製和寄送此資訊的費用。
- 您有權提供額外的資訊給獨立審核機構，以支持您的上訴。
- 獨立審核機構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」，審核機構須於收到您的上訴後的 **72 小時內**，提供您第 2 級上訴的答覆。
- 然而，若您的請求為醫療項目或服務，且獨立審核機構需要收集更多可能對您有利的資訊，**則可能需要延長至多 14 個日曆天。**若您的請求為 Medicare B 部分處方藥，則獨立審核機構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」，如果您的請求為醫療項目或服務，獨立審核機構須於收到您的上訴後的 **30 個日曆天內**，答覆您的第 2 級上訴。如果您的請求為 Medicare B 部分處方藥，獨立審核機構須於收到您的上訴後的 **7 個日曆天內**，答覆您的第 2 級上訴。
- 然而，若您的請求為醫療項目或服務，且獨立審核機構需要收集更多可能對您有利的資訊，**則可能需要延長至多 14 個日曆天。**若您的請求為 Medicare B 部分處方藥，則獨立審核機構無法延長做決定的時間。

第 2 步：獨立審核機構會答覆您。

獨立審核機構將以書面方式告知您決定，並說明原因。

- **如果審核機構同意您部分或全部的醫療項目或服務請求**，我們須在收到審核機構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 個日曆天內提供該項服務。針對加速請求，從我們收到審核機構的決定之日起，我們有 72 小時的時間。
- **如果審核機構同意您部分或全部的 Medicare B 部分處方藥的請求**，我們須在收到審核機構對於**標準請求**的決定後，於 **72 小時**內授權或提供該項 B 部分處方藥。針對**加速請求**，從我們收到審核機構的決定之日起，我們有 **24 小時**的時間。
- **如果該機構拒絕部分或全部的上訴**，這代表他們同意我們，不應核准您對於醫療照護承保的上訴（或您部分的上訴）。（這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。） 在此情況下，獨立審核機構將寄信給您：
  - 解釋其決定
  - 如果醫療護理承保的美元價值達到一定的最低標準，則通知您有提出第 3 級上訴的權利。獨立審核機構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。

步驟 3：若您的案件符合條件，則您選擇您是否要繼續上訴。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。若您想繼續提出第 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 級上訴由行政法法官或司法裁判員審理。本章第 9 節說明了第 3、4 與 5 級上訴的流程。

第 5.5 節 如果您要求我們支付您已接受的醫療照護的分攤費用，可以怎麼做?

第 7 章描述的是您可能需要要求我們退款或支付您已收到來自醫療服務提供者之帳單。該章也說明如何將要求我們支付費用的文件寄給我們。

要求退款即要求我們做出承保決定

如果您將要求退款的文件寄給我們，您即要求承保決定。為了做出此決定，我們將檢查您支付的醫療照護是否為承保服務。我們也將檢查您是否遵守了使用承保醫療照護的所有規則。

- 若我們同意您的請求：如果該醫療照護屬於承保範圍且您遵循所有規定，我們將於收到您的請求後的 60 個日曆天內，將我們的分攤費用寄送給您。如果您尚未支付該項服務，我們將直接寄送該筆費用給醫療服務提供者。
- **若我們拒絕您的請求：**若該項醫療照護*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。我們將寄信告知您，我們將不會支付該項服務，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。

若欲提出上訴，請依照第 5.3 節所述的上訴流程。關於付還的上訴，請注意：

- 我們必須於收到您的上訴後，於 60 個日曆天內答覆您。如果您要求我們付還您已接受並支付的醫療照護，您不得要求快速上訴。
- 如果獨立審核機構裁定我們應支付費用，我們須於 30 個日曆天內將費用寄送給您或醫療服務提供者。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 個日曆天內，寄送您請求的費用給您或醫療服務提供者。

第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定和提出上訴

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

您的福利包括許多承保範圍內的處方藥。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，本節後續我們通常用「藥物」代替每次重複「承保門診處方藥」或「D 部分藥物」。我們也會用「藥物清單」一詞，來取代「承保藥物清單」或「處方集」。

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

D 部分承保決定和上訴

法律術語

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

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

如果您不同意我們做出的承保決定，可以對我們的決定提出上訴。

本節說明如何要求承保決定與如何提出上訴。

第 6.2 節 何為例外情況?

法律術語
要求承保不在藥物清單上的藥物，有時稱為要求**「處方集例外處理」**。 要求免除承保某項藥物的限制，有時稱為要求**「處方集例外處理」**。 要求以較低價格支付非首選承保藥物，有時稱為要求**「層級處理」**。

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。

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

1. **為您承保不在本計劃藥物清單上的 D 部分藥物。**如果我們同意承保不在藥物清單上的藥物，您將需要支付適用於第 4 層級的分攤費用。您不能要求以例外處理本計劃要求您支付藥物的分攤費用。
2. **免除某項承保藥物的限制。**第 5 章說明適用於我們藥物清單上特定藥物的額外規則或限制。如果我們同意為您以例外處理並免除限制，您可以要求我們以例外處理您須支付的藥物共付額或共保額。
3. **更換為較低分攤費用層級的承保藥物。**在藥物清單上的藥物可分為六種分攤費用層級。一般而言，數字越小，分攤費用層級越低，您須支付的藥物分攤費用越少。
   - 如果我們的藥物清單包含可治療您的醫療疾病的替代藥物，該藥物的分攤費用層級低於您的藥物，您可以要求我們以適用該替代藥物的分攤費用承保您的藥物。
   - 如果您正在使用的藥物是生物製劑，您可以要求我們以較低的分攤費用金額承保您的藥物。這是包含用於治療您病症之生物製劑替代品的最低層級費用。

- 如果您使用的藥物為原廠藥，您可以要求我們以可治療您的病症的原廠藥替代品之所在最低層級的分攤費用，來承保您的藥物。
- 如果您使用的藥物為學名藥，您可以要求我們以可治療您的病症的原廠藥或學名藥替代品之所在最低層級的分攤費用，來承保您的藥物。
- 您不能要求我們更改屬於第 5 層級藥物的分攤費用（特殊藥品）。

第 6.3 節 要求例外處理的重要須知

您的醫師務必告知我們醫療原因

您的醫生或其他處方醫生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處方醫生提供的醫療資訊。

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。如果替代藥物與您請求的藥物同樣有效，且不會造成更多副作用或其他健康問題，我們通常*不會*核准您的例外處理請求。如果您要求層級例外處理，我們通常*不會*核准您的請求，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請求

- 如果我們核准您的例外請求，該核准通常於計劃年度截止前有效。只要您的醫師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。
- 如果我們拒絕您的請求，您可以透過提出上訴要求再次審核。

第 6.4 節 步驟說明：如何要求承保決定，包括例外處理

法律術語
「快速承保決定」稱為**「加速承保裁決」**。

第 1 步：決定您需要的是「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，您必須符合兩個條件：**

- 您請求的必須是您尚未接受的藥物。（針對您已購買的藥物，您無法要求快速承保決定來報銷。）
- 使用標準期限可能會嚴重損害您的健康或傷害您的身體功能。
- **如果您的醫師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。**
- **如果您在沒有醫師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。
    - 說明若您的醫師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、而不是您請求的快速承保決定，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」。

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

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

- **如果您提出例外處理的申請，請提供「支持聲明」**，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，您的醫師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。

步驟 3：我們會考慮您的請求並答覆您。

「快速承保決定」的期限

- 我們通常必須於收到您的請求後，於 **24 小時內**答覆您。
  - 針對例外處理，我們將於收到您醫師的支持聲明後，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。
  - 若我們未於截止期限前答覆，則須將您的請求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核機構審核。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的請求，**我們必須於收到您的請求或醫師的支持聲明後，於 24 小時內提供我們已同意的承保範圍。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求**，我們便會寄書面聲明給您，說明拒絕的原因。我們也會告知您可以如何上訴。

關於您尚未接受之藥物的標準承保決定期限

- 我們通常必須於收到您的請求後，**於 72 小時內**答覆您。
  - 針對例外處理，我們將於收到您醫師的支持聲明後，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。
  - 若我們未於截止期限前答覆，則須將您的請求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核機構審核。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的請求，**我們必須**於收到您的請求或醫師的支持聲明後**，**於 72 小時內**提供我們已同意的承保範圍。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求**，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

- 我們必須於收到您的請求後，於 **14 個日曆天**內答覆您。
  - 若我們未於截止期限前答覆，則須將您的請求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核機構審核。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的請求，**我們必須在收到您的請求後，於 14 個日曆天內支付費用給您。
- **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。

步驟 4：若我們拒絕您的承保請求，您可以提出上訴。

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

第 6.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

法律術語
向計劃上訴 D 部分藥物承保決定，稱為計劃**「重定」**。 「快速上訴」也稱為**「加速重定」**。

第 1 步：決定您需要的是「標準上訴」或「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 7 天之內提出。「快速上訴」通常在 72 小時之內提出。若因您的健康情況需要，請要求「快速上訴」

- 如果您正在上訴我們對於您尚未接受的藥物所做的決定，您和您的醫師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 節提出「快速承保決定」相同。

第 2 步：您、您的代理人、醫師或其他開立處方者，請務必聯絡我們提出您的第 1 級上訴。若您的健康情形需要儘速答覆，請務必要求**「快速上訴」**。

- **對於標準上訴，請提出書面申請。**第 2 章有聯絡資訊。
- **如需快速上訴，請以書面形式提出您的上訴，或致電 1-833-388-8168 與我們聯絡。**第 2 章有聯絡資訊。
- **我們必須接受任何書面請求，**包括以 CMS 制式承保裁決申請表提出的請求，該表單可於我們的網站取得。請務必包含您的姓名、聯絡資訊和您的索賠相關資訊，以協助我們處理您的請求。
- 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 60 個日曆天內提出上訴請求。**如果您錯過截止期限，且情有可原，請於提出上訴時說明上訴延遲的原因。我們可能會給您更多時間來提出上訴。情有可原的情形可能包括：重症導致您無法與我們聯絡，或者我們提供的請求上訴期限資訊不正確或不完整。
- **您可以索取上訴資訊副本，並加入更多資訊。**您和您的醫師可以提供更多佐證您的上訴的資訊給我們。我們可以向您收取複製和傳送此資訊給您的費用。

步驟 3：我們會考慮您的上訴並答覆您。

- 當我們正在審核您的上訴，我們即再次仔細檢視所有與您承保請求有關的資訊。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。我們可能會與您或您的醫師或其他開立處方者聯絡，以取得更多資訊。

「快速上訴」的期限

- 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。
  - 若我們未於 72 小時內答覆您，則須將您的請求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核機構審核。第 6.6 節說明第 2 級上訴流程。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的請求，**我們必須於收到您的上訴後的 72 小時內，提供我們已同意的承保範圍。
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求，**我們將寄書面聲明給您，說明拒絕的原因，以及您可以如何對我們的決定提出上訴。

關於您尚未接受之藥物的「標準上訴」期限

- 針對標準上訴，我們必須於收到您的上訴後，**於 7 個日曆天內**答覆您。若您尚未接受該項藥物且您的健康情況需要我們做出決定，則我們將更快提供決定給您。
    - 若我們未於 7 個日曆天內提供決定給您，則須將您的請求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核機構審核。第 6.6 節說明第 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，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 個日曆天。**
- **如果我們的答覆是拒絕部分或全部的請求，**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

- 我們必須於收到您的請求後，於 **14 個日曆天**內答覆您。
    - 若我們未於截止期限前答覆，則須將您的請求傳送至上訴流程的第 2 級，由獨立審核機構審核。
- **如果我們的答覆是同意部分或全部的請求，**我們必須在收到您的請求後，於 30 個日曆天內支付費用給您。
- **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。

步驟 4：若我們拒絕您的上訴，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 級上訴程序。

第 6.6 節	**步驟說明：如何提出第 2 級上訴**

法律術語
「獨立審核機構」的正式名稱為**「獨立審核實體」**。有時稱作**「IRE」**。

獨立審核機構是由 Medicare 聘雇的獨立機構。其與本計劃無關，亦不是政府機構。此機構決定我們的做的決定是否正確或是需要更動。Medicare 會監督其成效。

第 1 步：您（或您的代理人、您的醫師或其他開立處方者）必須聯絡獨立審核機構，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**如何向獨立審核機構提出第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明誰可以提出第 2 級上訴，您應遵循的期限，以及如何與審核機構聯絡。但是，如果我們沒有在適用的時限內完成審查，或對我們的藥物管理計劃下「有風險」的裁決做出不利決定，我們會自動將您的索賠轉送至獨立審核機構。
- 我們將傳送您的上訴資訊給該機構。這些資訊稱為您的「案件檔案」。**您有權要求我們提供您的案件檔案副本**。我們可以向您收取複製和寄送此資訊的費用。
- 您有權提供額外的資訊給獨立審核機構，以支持您的上訴。

第 2 步：獨立審核機構審核您的上訴。

獨立審核機構的審核人員會仔細檢視所有您上訴的相關資訊。

「快速上訴」的期限

- 若您的健康情況需要，請向獨立審核機構要求「快速上訴」。
- 如果該機構同意給您「快速上訴」，則該機構須在收到您的上訴請求後，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，審核機構須在收到有關您尚未接受之藥物的上訴後，於 **7 個日曆天內**答覆您的第 2 級上訴。如果您請求我們退還您已購買的藥物費用，審核機構須在收到您的請求後，於 **14 個日曆天內**答覆您的第 2 級上訴。

步驟 3：獨立審核機構會答覆您。

對於「快速上訴」：

- **如果獨立審核機構同意部分或全部的請求，**我們必須在收到審核機構的決定後，於 **24 小時內**提供審核機構核准的藥物承保範圍。

若為「標準上訴」：

- **如果獨立審核機構同意部分或全部的請求，**我們必須在收到審核機構的決定後，於 **72 小時內提供審核機構核准的藥物承保範圍。**
- **如果獨立審核機構同意部分或全部退還您已購買之藥物費用的請求**，我們須於收到審核機構的決定後，**於 30 個日曆天內將費用寄送給您。**

如果審核機構拒絕您的上訴，您可以怎麼做?

如果該機構拒絕您**部分或全部**的上訴，這代表他們同意我們不核准您的請求（或部部分請求）之決定。（這稱為「維持決定」，也稱為「駁回上訴」。） 在此情況下，獨立審核機構將寄信給您:

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

步驟 4：若您的案件符合條件，則您選擇您是否要繼續上訴。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。
- 若您想繼續提出第 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。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 如果您認為醫師太早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期間

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。

於您承保的留院期間，您的醫師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，您的醫師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，且您的請求將納入考慮。

第 7.1 節 於您住院期間，您將收到 Medicare 說明關於您的權利的書面通知

住院後兩天內，您將收到一份來自 Medicare 的書面通知，名為*「An Important Message from Medicare about Your Rights」（關於您權益的重要訊息）*。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。若需協助，請致電客戶服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間每週七天，每天 24 小時（聽力語言殘障服務專線 TTY 1-877-486-2048）。

1. **請仔細閱讀這份通知，如有不懂的地方，請提出問題。** 它告訴您：
   - 您有權於住院期間或出院後接受醫師建議的 Medicare 承保的服務。這包括知道服務內容、誰會為其付款，以及何處可取得這些服務的權利。
   - 您有權參與有關住院的任何決定。
   - 有關醫院照護品質的疑慮可以回報到何處。
   - 如果您認為醫院讓您太早出院，您有權**要求立即審核**讓您出院的決定。這是正式且合法的途徑，用以要求延後您的出院日期，而我們將承保更長的醫院照護期間。
2. **我們會要求您在書面通知上簽名，確認您已收到且了解自身權利。**
   - 您或代理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的權利的資訊。該通知不會提供您的出院日期。簽署通知***不代表***您同意出院日期。
3. **請保留您的通知**，當您需要上訴（或回報照護品質疑慮）時，您可立即取得相關資訊。

- 如果您在出院前兩天之前簽署通知，您將在排定離院前收到另一份通知。
- 如欲事先檢視此通知，您可以致電客戶服務部或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。您也可以在線上檢視此通知，網址為：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 7.2 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，以更改您的出院日期

如果您希望要求我們承保更長的住院服務期間，您將需要透過上訴流程提出請求。開始之前，請先了解您需要做什麼和截止期限為何。

- **請遵守此流程。**
- **請遵守截止期限。**
- **若您有需要，請尋求協助。**若您有疑問或需要協助，請隨時致電客戶服務部。或者，致電給您的州健康保險協助計劃，該計劃由政府機構提供個人化協助。

第 1 級上訴期間，由品質促進組織審核您的上訴。該機構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師和其他健康照護專家所組成的組織，由聯邦政府資助來檢視並協助改善提供給 Medicare 投保人的照護。這包括審核 Medicare 保戶的出院日期。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（*來自 Medicare，關於您權益的一封重要訊息*）會告訴您聯絡此組織的方法。或是參考本手冊第 2 章，找到您所在州的品質促進組織名稱、地址與電話。

儘快行動：

- 若要上訴，您必須在離院*前*至**離院當天午夜前**聯絡品質促進組織。
  - **若您在時間內**提出上訴，在您等待品質促進組織做出決定前，您便可能在出院日*後*繼續住院且*無需另外付款*。
  - **若您*未*趕上截止期限**，且決定在預計出院日期後繼續住院，*您可能必須全額支付*預計出院日後所接受的所有照護費用。
- 若您錯過聯絡品質促進組織的時間，但您仍想上訴，就必須直接向本計劃提出上訴。請參閱第 7.4 節，了解上述另一種上訴方式。

一旦您要求對您的出院進行立即審查，品質促進組織將與我們聯絡。在我們接獲聯絡後的次日中午之前，我們會給您一份**詳細的出院通知**。本通知會告知您的預計出院日，並詳細說明您的醫師、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**致電客戶服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取詳細的出院**通知範例，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。（聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。）您也可以上網至 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 找到通知範例。

第 2 步：品質促進組織會針對您的案子進行獨立審核。

- 品質促進組織的健康照護專家（「審核人員」）將會問您（或代理人）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文字檔案，但若您願意也沒問題。
- 審核人員也會了解您的醫療資訊，和醫師聯絡，並審核醫院及我們提供給他們的資料。
- 審查員告知我們您的上訴後的隔天中午，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師、醫院和我們認為您適合此時出院（醫學上合適）的原因。

步驟 3：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。

若上訴成功，會發生什麼事?

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

若上訴失敗，會發生什麼事?

- 若審核機構*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。若是這樣，**我們對於您住院服務的承保，將會在**收到品質促進組織給予對於您上訴的答覆*後*的當天中午**結束。**
- 若審核機構*沒有核准*您的上訴，但您仍決定繼續住院，那麼在收到品質促進組織的上訴答覆後，**您可能必須全額支付**當天中午後所有的醫院照護金額。

步驟 4：若第 1 級上訴沒有通過，您可以決定是否再次提出上訴。

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

第 7.3 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，以更改您的出院日期

在第 2 級上訴中，您需要求品質促進組織再次審視他們對於您第一次上訴的決定。若是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*回絕*您第 1 級上訴後的 **60 天內**要求再次審核。只有您在照護給付結束後仍住在醫院，才能夠要求審核。

第 2 步：品質促進組織會針對您的狀況進行第二次審核。

- 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。

步驟 3：審核人員將在接收到您第 2 級上訴請求的 14 個日曆天內對上訴做出決定並通知您。

若是審核機構通過您的上訴：

- **我們會付還您**自品質促進組織駁回您初次上訴的該天中午後至今，所有醫院照護款項中我們應分攤的費用份額。**只要在醫學上有其必要，我們就必須繼續承保您在住院時的醫院照護。**
- 您仍須繼續繳付款項中所應負擔的部分，且承保也會有限制。

若是審核機構駁回您的上訴：

- 這代表他們同意他們在您第 1 級上訴時所做出的決定。這叫做「堅持決議」。
- 您收到的通知會以書面告訴您如果希望繼續此審核流程，可以做些什麼。

步驟 4：若是答覆仍是不通過，您就需要決定是否要進入第 3 級上訴。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。若您想繼續提出第 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。本章第 9 節有更多關於第 3、4 與 5 級上訴流程的說明。

第 7.4 節 若是錯過第 1 級上訴的時限，該怎麼辦?

法律術語
「快速審核」（或稱「快速上訴」）也可稱作「**加速審核**」。

您還可以向我們提出上訴

如上所述，您必須迅速採取行動，開始對您的出院日期提出第 1 級上訴。若您錯過聯絡品質促進組織的時限，還有另一個上訴的方法。

若您使用上述提到的另一個上訴方法，*前二級的上訴便會不同。*

步驟說明：如何提出第 1 級*替代*上訴

第 1 步：聯絡我們並要求「快速審核」。

- **要求「快速審核」。**這代表您要求我們給予答覆時，使用的是「快速」時限而非「標準」時限。第 2 章有聯絡資訊。

第 2 步：我們對於您的預計出院日做「快速審核」，檢視在醫學上是否適當。

- 審核時，我們會去了解與您住院相關的所有資訊。我們將檢視您的預計出院日在醫學上是否適當。我們會檢視決定您何時出院的決策是否公平且符合規範。

步驟 3：我們將在您尋求「快速審核」後 72 小時內，通知您我們的決定。

- **若我們核准您的上訴，**這代表我們認同您仍須在出院日後繼續住院。只要是醫療上所必需，我們將繼續為您提供承保的住院服務。這也代表我們同意付還您在我們通知的承保結束日期後，應由我們分攤的照護費用份額。（您仍須支付款項中您的分攤費用，且承保也會有限制。）
- **若我們沒有核准您的上訴，**代表您的預計出院日在醫學上是適當的。我們對於您住院醫院服務的承保，會結束於我們通知您的承保結束日。
    - 若在預計出院日*後*您仍繼續住院，**您將需要全額支付**預計出院日後所有的醫院照護費用。

步驟 4：若我們*沒有*核准您的上訴，您的案子會*自動*轉送至上訴流程的下一個階段。

步驟說明：第 2 級*替代*上訴流程

法律術語
「獨立審核機構」的正式名稱為**「獨立審核實體」**。有時稱作**「IRE」**。

獨立審核機構是由 Medicare 聘雇的獨立機構。其與本計劃無關，亦不是政府機構。此機構決定我們的做的決定是否正確或是需要更動。Medicare 會監督其成效。

第 1 步：我們將自動將您的案子轉交給獨立審核機構。

- 我們有義務在您的第 1 級上訴被駁回的 24 小時內，將您第 2 級上訴的資訊交給獨立審核機構。（若您認為我們沒有符合此時限或其他時限，可以提出申訴。本章第 10 節會告訴您如何提出申訴。）

第 2 步：獨立審核機構會對您的上訴進行「快速審核」。審核人員會在 72 小時內給您答案。

- 獨立審核機構的審核人員會仔細檢視所有與您出院上訴相關的資料。
- **若該機構*核准*您的上訴**，則我們必須付還您自預計出院日後，醫院照護費用中我們的分攤份額。在醫學上必要的情形下，我們也將繼續本計劃對於您住院醫院服務的承保。您亦須繼續支付您的分攤費用。若存在承保限制，則其可能限制我們付還給您的金額，以及我們繼續承保您所接收服務的時間長度。
- **若此組織*沒有核准*您的上訴**，代表他們同意您的預計出院日在醫學上是適當的。
    - 您從獨立審核機構收到的書面通知將說明如何透過審核流程開始第 3 級上訴，審核流程由行政法法官或司法裁判員處理。

步驟 3：若獨立審核機構駁回您的上訴，您可以選擇是否提出上訴至下一階段。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。若審核人員沒有核准您的第 2 級上訴，您可以選擇接受他們的決定，或是繼續提出第 3 級上訴。
- 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 若您覺得承保太快結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務

第 8.1 節 *這節只提及三種服務：* 居家健康照護、專業護理機構和全方位門診復健機構服務 (CORF)

當您接受**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承保服務。

當我們決定在某時間點應該停止承保您上述三種的任一種照護時，我們有義務提前知會您。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份額。*

若您認為我們過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。**這節將告訴您如何提出上訴。

第 8.2 節 我們會提前知會您承保結束之日期

法律術語
「**Medicare 不予承保之通知。**」 它告訴您如何請求**「快速上訴」**。請求快速上訴是以正式、合法的途徑，要求我們更改關於何時結束您的照護期之承保決定。

1. 您最晚會在本計劃即將停止承保您的照護的至少兩天前**收到書面通知**。該通知告訴您：
   - 我們將停止為您承保該照護的日期。
   - 如何請求「快速上訴」，要求我們繼續為您的護理承保更長時間。
2. **您或您的代理人會被要求在書面通知上簽名，證明您已確實收到。**簽署此通知*僅*代表您已接收到您承保的結束時間。**在上面簽名<u>並不</u>表示您同意**本計劃停止照護的決定。

第 8.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，讓本計劃延長您照護的承保

若您想請求我們延長對於您照護的承保，您就需要使用此上訴流程以完成申請。開始之前，請先了解您需要做什麼和截止期限為何。

- **請遵守此流程。**
- **請遵守截止期限。**
- **若您有需要，請尋求協助。**若您有疑問或需要協助，請隨時致電客戶服務部。或者，致電給您的州健康保險協助計劃，該計劃由政府機構提供個人化協助。

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

品質促進組織是一個由執業醫師和其他健康照護專家所組成的組織，由聯邦政府資助來檢視並協助改善給予 Medicare 投保人的照護。這包括審查本計劃的決定，內容為何時該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（*Medicare 不予*承保之通知）將告訴您該如何聯絡此組織。或是參考本手冊第 2 章，找到您所在州的品質促進組織名稱、地址與電話。

儘快行動:

- 您必須在「Medicare 不予承保之通知」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。

您聯絡此組織的時限。

- 若您錯過了聯絡品質促進組織的時限但仍希望上訴，則必須直接向我們提出上訴。請參閱第 8.5 節，了解上述另一種上訴方式。

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。**」提供詳細的終止承保之理由的通知。

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理人，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文字檔案，但若您願意也沒問題。
- 此審核機構也將了解您的醫療資訊、和醫師聯絡，並審核本計劃提供給他們的資料。

- 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。

步驟 3：審核人員獲得所有所需資訊後，會在一天內告知您他們的決定。

若是審核人員核准，會發生什麼事?

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

若是審核人員駁回，會發生什麼事?

- 若是審核人員*沒有核准*，那麼**您的承保會在我們告知的日期結束。**
- 若您決定在承保結束的日期*後*繼續接受居家健康照護、專業護理機構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。

步驟 4：若第 1 級上訴沒有通過，您可以決定是否再次提出上訴。

- 若是審核人員*沒有*核准您的第 1 級上訴，且您選擇在照護的承保結束後持續接受照護，您便可提出第 2 級上訴。

第 8.4 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，讓本計劃延長您照護的承保

在第 2 級上訴中，您需要求品質促進組織再次審視對於您第一次上訴的決定。若是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*，全額支付您接受到的居家健康照護、專業護理機構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 級上訴的 **60 天內**申請此項審核。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狀況進行第二次審核。

- 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。

步驟 3：審核人員將在接收到您上訴請求的 14 天內對上訴做出決定，並且告訴您。

若是審核機構核准您的上訴，會發生什麼事？

- **我們將會付還您**在之前通知的承保日期結束後，您接受的照護費用中我們所應分攤的份額。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。

若是審核機構沒有核准您的上訴，會發生什麼事？

- 這代表他們同意對您的第 1 級上訴所做出的決定。
- 您收到的通知會以書面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。

步驟 4：若是答案為否，您就需要決定是否將進入下一級的上訴。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。若您想繼續提出第 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。本章第 9 節有更多關於第 3、4 與 5 級上訴流程的說明。

第 8.5 節 若是錯過第 1 級上訴的時限，該怎麼辦？

您還可以向我們提出上訴

如上所述，您必須儘快聯絡品質促進組織以開始您的第一次申訴（一天內，最多兩天）。若您錯過聯絡此機構的時限，還有另一個上訴的方法。若您使用上述提到的另一個上訴方法，*前二級的上訴便會不同。*

步驟說明：如何提出第 1 級*替代*上訴

法律術語
「快速審核」（或稱「快速上訴」）也可稱作「**加速審核**」。

第 1 步：聯絡我們並要求「快速審核」。

- **要求「快速審核」**。這代表您要求我們給予答覆時，使用的是「快速」時限而非「標準」時限。第 2 章有聯絡資訊。

第 2 步：我們將對我們之前對於您服務承保結束時間的決定做出「快速審核」。

- 審核時，我們將會再次了解所有與您案子相關的資訊。當我們為您所接收的服務設定本計畫終止承保的日期時，會檢視我們是否符合所有規範。

步驟 3：我們將在您要求「快速審核」後的 72 小時內，通知您我們的決定

- **若我們核准您的上訴，**這代表我們認同您仍須接受服務，並且在醫學上必須的情形下，繼續提供您承保服務。這也代表我們同意付還您在我們通知的承保結束日期後，應由我們分攤的照護費用份額。（您仍須支付款項中您的分攤費用，且承保也會有限制。）
- **若我們沒有核准您的上訴，**那麼您的承保將在我們通知的日期結束，我們亦不會支付此日期後的任何分攤費用份額。
- 若您在我們告知您承保將結束的日期*之後*仍繼續接受居家健康照護、專業護理機構或全方位門診復健機構 (CORF) 的服務，**您將必須支付**此照護的全額費用。

步驟 4：若我們*沒有*核准您的快速上訴，您的案子會*自動*送至上訴流程的下一個階段。

法律術語
「獨立審核機構」的正式名稱為**「獨立審核實體」**。有時稱作**「IRE」**。

步驟**說明：第 2 級*替代*上訴流程**

在第 2 級的上訴中，**獨立審核機構**將審核我們對您提出之「快速審核」的決定。此機構會裁決該決定是否需要更動。**獨立審核機構是由 Medicare 聘雇的獨立機構。**這個組織與本計劃無關，亦不是政府機構。此機構係由 Medicare 選擇的公司，負責處理獨立審核機構負責的業務。Medicare 會監督其成效。

第 1 步：我們將自動將您的案子轉至獨立審核機構。

- 我們有義務在您的第 1 級上訴被駁回的 24 小時內，將您第 2 級上訴的資訊交給獨立審核機構。（若您認為我們沒有符合此時限或其他時限，可以提出申訴。本章第 10 節會告訴您如何提出申訴。）

第 2 步：獨立審核機構會對您的上訴進行「快速審核」。審核人員會在 72 小時內給您答案。

- 獨立審核機構的審核人員會仔細檢視所有您上訴的相關資訊。
- **若該機構*核准*您的上訴，**則我們必須向您付還自本計劃告知您承保即將結束的當日起，您所接受的照護費用中本計劃的分攤份額。只要在醫學上有其必要，我們就會繼續承保您的照護。您亦須繼續支付您的分攤費用。若存在承保限制，則其可能限制我們付還給您的金額，以及我們繼續承保服務的時間長度。
- **若該機構*駁回*您的上訴，**則代表他們同意本計劃對於您第一次上訴的決定，且不必更改。
- 您自獨立審核機構收到的通知會以書面方式告知您，若您希望繼續提出第 3 級上訴該怎麼做。

步驟 3：若是獨立審核機構駁回您的上訴，您可以選擇是否提出上訴至下一階段。

- 第 2 級之後有另外三個級別的上訴流程（上訴共有五個級別）。若您想繼續提出第 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 級上訴將由行政法法官或司法裁判員審核。本章第 9 節有更多關於第 3、4 與 5 級上訴流程的說明。

第 9 節 讓您的上訴進入第 3 級（或以上）

第 9.1 節 第 3、4、5 級關於醫療服務的上訴請求

若您提出過第 1 與第 2 級上訴，且兩者皆被回絕，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，最後三級的上訴方式基本上一樣。以下列出各級數負責審核您上訴的人。

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

- **若是行政法法官或司法裁判員核准您的上訴，則此上訴流程*可能會*、也*可能不會*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。
  - 若我們決定*不*提出上訴，我們必須在收到行政法法官或司法裁判員的決議後 60 個日曆天內授權或提供您服務。
  - 若我們決定對此決定提出上訴，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 級上訴的決議出來之前，我們將不會授權或提供此受爭議的服務。
- **若是行政法法官或司法裁判員不核准您的上訴，則此上訴流程*可能會*、*也可能不會*結束。**
  - 若您決定接受這個回絕您上訴的決議，上訴的流程就結束了。
  - 若您不接受這個決議，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	Medicare **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。

- **若是核准，或委員會駁回我們對有利於您的第 3 級上訴決議所提出的審核申請，上訴流程並不一定結束。**與第 2 級的決議不同，我們有權利針對有利於您的第 4 級決議提出上訴。我們將決定是否針對此決議提出第 5 級上訴。
  - 若我們決定*不*對此決議提出上訴，我們必須在收到委員會的決議後 60 天內授權或提供您服務。
  - 若我們決定對此決議提出上訴，我們會給您書面通知。
- **若是不核准或是委員會駁回審核的申請，上訴流程並不一定結束。**
  - 若您決定接受這個回絕您上訴的決議，上訴的流程就結束了。
  - 若您不接受此決議，您可能可以繼續進入下一級審核流程。若該委員會駁回您的上訴，您便會收到一份通知，告訴您規範是否允許您進入第 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 第 3、4、5 級對於 D 部分藥物的要求

若您提出過第 1 與第 2 級上訴，且兩者皆被回絕，您或許可參考此節。

若是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。若是金額未達要求，您將無法繼續後續上訴。針對您第 2 級上訴的書面回覆會告訴您該聯絡誰以及做什麼，以要求第 3 級上訴。

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

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

- **若答覆為是，上訴的流程就結束了。**我們會在接受決議後的 **72 小時內（若是加速上訴，則為 24 小時）授權或提供**由行政法法官或司法裁判員核准的**藥物承保**，**或是在 30 天內付款。**
- **若答覆為否，上訴的流程則不一定結束。**
  - 若您決定接受這個回絕您上訴的決議，上訴的流程就結束了。
  - 若您不接受這個決議，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	Medicare **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。

- **若答覆為是，上訴的流程就結束了。**我們會在接受決議後的 **72 小時內（若是加速上訴，則為 24 小時）授權或提供**由委員會核准的**藥物承保**，**或是在 30 天內付款。**
- **若答覆為否，上訴的流程則不一定結束。**
  - 若您決定接受這個回絕您上訴的決議，上訴的流程就結束了。
  - 若您不接受此決議，您可能可以繼續進入下一級審核流程。若您委員會否決您的上訴或駁回您審核上訴的申請，該通知會告訴您規範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。下面舉出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	• 您是否對於您接收到的照護品質感到不滿意（包括在醫院受到的照護）?
尊重您的隱私	• 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? • 您是否對於客服感到不滿意? • 您是否感到有推力讓您想離開此計劃?
等待時間	• 您是否難以約到門診，或等太久才能約到門診? • 您是否覺得醫師、藥師或其他健康管理專家讓您久候? 或是客服或本計劃其他員工讓您久候? ○ 這包括在電話上、等候室、檢驗室或取得處方藥時久候。
衛生狀態	• 您是否對於診所、醫院或醫師診間的衛生或狀態感到不滿意?
您從我們這得到的資訊	• 我們是否未能給您所需的通知? • 我們的書面資訊是否難以理解?

申訴	範例
時效性 （此種類的申訴均與涉及我們對於您的承保決定與上訴相關的處理之時效性）	如果您已經向我們請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： • 您要求我們進行「快速承保決定」或是「快速上訴」，但我們回絕；您可以提出申訴。 • 您認為我們沒有符合承保決定或上訴的時限；您可以提出申訴。 • 您認為我們沒有符合承保或付還您某些已核准的醫療服務或藥物的期限；您可以提出申訴。 • 您認為我們未能按規定期限將您的案件轉交給獨立審核機構；您可以提出申訴。

第 10.2 節 如何提出申訴

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

第 10.3 節 步驟說明：提出申訴

第 1 步：馬上聯絡我們，用電話或是書面均可。

- **通常第一步是聯絡客戶服務部。**若有任何您需要知道的資訊，客戶服務部都會告知您。

- **若您不想致電（或是通話後感到不滿意），可以將申訴以書面形式寄給我們。**若以書面形式申訴，我們也會以書面回覆。
- **以下為運作方式：**
  - 您或您指定的人可以遞交訴願。您指定的人就是您的代理人。您可以指定一位親戚、朋友、律師、辯護律師、醫師或任何人來替您行使權益。
  - 若您希望尚未經過法院或州法授權的人替您行使權益，那麼您與該人士必須簽署一份聲明書並押上日期，藉此賦予該人士成為您代理人的法律許可。若需了解如何指定代理人，您可以聯絡客戶服務部。電話號碼印於本手冊封底。
  - 我們必將基於您的健康狀態儘速處理您的訴願，在收到您提出的申訴程序後不會超過 30 天。 若您提出延長或是我們提出正當理由說明需要更多資訊且延後時間是符合您的最大利益，那麼我們可能延長至多 14 天的處理時間。
  - 關於計劃針對某承保決定或上訴決定不採用快速回覆，或若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**截止日期是自您想要申訴的問題發生的時間點起算 60 個日曆天。

第 2 步：我們將深入了解您的申訴並給予您答覆。

- **若情況允許，我們將會馬上給予您答覆。**若是您致電提出申訴，我們或許可以在當下電話上給予您答覆。
- **大多數的申訴將在 30 天內得到答覆。** 如果我們需要更多資訊，而且此延長時段符合您的最佳利益，或您要求更多時間，我們最多可能還需要 14 天（共 44 天）來回覆您的申訴。如果我們決定延長天數，我們會以書面形式告知您。
- **若您是針對我們拒絕您提出的「快速承保決定」或是「快速上訴」的申請而申訴，那麼我們將自動將您列為「快速申訴」。**若您提出「快速申訴」，代表我們將在 24 小時內給您**答覆**。
- **若是我們並不認同**您申訴中的全部或某些部分，或者並不為您所申訴的問題負責，我們將會連同理由一起回覆給您。

第 10.4 節 您也可以針對照護品質向品質促進組織提出申訴

若您的申訴是針對*照護品質*，您有兩個額外選擇：

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

或

- **您可以同時向品質促進組織及我們提出申訴。**

第 10.5 節 您也可以向 Medicare 提出申訴

您也可以直接向 Medicare 提出針對 Clever Care 健康計劃的申訴。如欲向 Medicare 提出申訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線 (TTY/TDD) 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 10 章:

計劃會員身分的終止

第 1 節 終止您本計劃會籍的 簡介

終止您的 Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) 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 節提供自願終止會員資格的資訊。
- 也可能在某些有限的情況下，我們必須終止您的會員資格。第 5 節會告訴您我們必須終止您會員資格的情況。

如果您即將退出本計劃，本計劃必須繼續提供您的醫療護理和處方藥，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 您何時可以終止您於本計劃的會員資格?

第 2.1 節 您可以在年度投保期時，終止您於本計劃的會員資格

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

- **年度投保期 (AEP)** 的期間為 **10 月 15 日至 12 月 7 日。**
- **選擇繼續使用您現有的承保方案，或是在來年更改您現有的承保方案。**若您決定改用新的計劃，您可選擇以下幾種計劃：
    - 其他 Medicare 健康計劃，包含或不包含處方藥物承保。
    - 傳統 Medicare *再加上*另外的 Medicare 處方藥物計劃。
    - 傳統 Medicare *不外加*另外的 Medicare 處方藥物計劃。
        - 如果您選擇此選項，Medicare 可能會為您投保藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

注意：若您取消投保 Medicare 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 Medicare 藥物計劃時可能需要支付 D 部分延遲投保罰款。

- **您在本計劃的會員資格將在 1 月 1 日，即新的計劃生效時終止。**

第 2.2 節 您可以在 Medicare Advantage 開放投保期間時，終止會員資格

您將有機會在 **Medicare Advantage 開放投保期間**，對您的健康承保進行一*項*更動。

- **年度 Medicare Advantage 開放投保期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **在年度 Medicare Advantage 開放投保期間**您可以：
  - 轉換至另一項 Medicare Advantage 計劃（無論有無處方藥物承保）。
  - 從本計劃取消投保並從傳統 Medicare 獲得承保。若您選擇在此時期更換成傳統 Medicare，您可以在那時加入另外的 Medicare 處方藥物計劃。
- **您的會員資格**將會在您投保於另一份 Medicare Advantage 計劃，或我們收到您想更換至傳統 Medicare 的次月第一天終止。若您同時選擇投保 Medicare 處方藥物計劃，您藥物計劃的會員資格將會在藥物計劃收到您投保申請後的次月第一天開始。

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

若下列情況適用於您，您可能有資格在特殊投保期終止您的會員資格。下列只是舉例，若需了解完整清單，您可以聯絡本計劃、致電 Medicare 或上 Medicare 的官網查詢 (www.medicare.gov)：

- 通常是您搬家了。
- 若您有 Medi-Cal。
- 若您符合使用「Extra Help」來支付您 Medicare 處方的資格。

- 若我們違反與您簽訂的合約。
- 若您在某些機構接受照護，譬如護理之家或長照 (LTC) 醫院。

注意：若您投保於藥物治療計劃中，您將無法更換計劃。第 5 章第 10 節會告訴您更多關於藥物管理計劃的資訊。

此投保時間的期間將根據您的狀況而異。

若您需要了解您是否符合使用特殊投保期的資格，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。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 Medicare 健康承保和處方藥物承保。您可以選擇：

- 其他 Medicare 健康計劃（無論有無處方藥物承保）。
- 傳統 Medicare *再加上*另外的 Medicare 處方藥物計劃。
- *或是*傳統 Medicare，*不外加*另外的 Medicare 處方藥物計劃。

  注意：若您取消投保 Medicare 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 Medicare 藥物計劃時可能需要支付 D 部分延遲投保罰款。

您的會員資格通常將在我們收到您申請更改計劃後的次月首日終止。

若您接受 Medicare 的「Extra Help」來支付您的處方藥物：若您更換至傳統 Medicare 且不另外投保 Medicare 處方藥物計劃，Medicare 可能將您列入一個藥物計劃，除非您退出自動投保。

第 2.4 節 您可以在何處了解更多關於何時可以終止會員資格的資訊？

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

- **致電客戶服務部。**
- 您可以在 ***Medicare & You 2023*** 手冊上找到相關資訊。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，每天 24 小時，每週 7 天（聽障專線 TTY：1-877-486-2048）。

第 3 節 您該如何終止您於本計劃的會員資格?

下方的表格將告訴您該如何終止您於本計劃的會員資格。

若您希望從本計劃更換至:	您該這麼做:
• 另一個 Medicare 健康計劃。	• 投保於新的 Medicare 健康計劃。 • 您的新計劃承保開始後，您便會自動退保本計劃。
• 傳統 Medicare *再加上*另外的 Medicare 處方藥物計劃。	• 投保於一個新的 Medicare 處方藥物計劃。 您的新計劃承保開始後，您便會自動退保本計劃。
• 傳統 Medicare *不外加*另外的 Medicare 處方藥物計劃。	• **寄送書面退出投保申請給我們。**如果您需要退出投保程序的詳細資訊，請聯絡客戶服務部（電話號碼請見本手冊封底）。 • 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare** 要求退出投保，每天 24 小時，每週 7 天。聽障專線 (TTY) 使用者請致電 1-877-486-2048。 • 您會在傳統 Medicare 承保開始時從本計劃退保。

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服務和藥物

直到您的會籍終止且您的新 Medicare 承保開始為止，您必須繼續透過本計劃取得您的醫療照護和處方藥。

- **繼續使用我們的網路醫療服務提供者接受醫療照護。**
- **繼續使用我們的網路藥局或郵購來領取您的處方藥。**

- **若您在會員資格終止當天入院，我們會您的住院承保，直到您出院**（即使您是在新的健康保險開始後才出院）。

第 5 節 Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO) 必須在特定情況下終止您的計劃會員資格

第 5.1 節 我們會在什麼時候終止您的計劃會員資格?

我們必須在下列任何情形發生時，終止您於本計劃的會員資格：

- 若您不再擁有 Medicare 的 A 部分及 B 部分。
- 若您搬離了我們的服務區域。
- 若您離開我們的服務區域超過六個月以上。
  - 若您搬家或長期旅遊，請致電客戶服務部，了解您的目的地是否涵蓋於本計劃的服務範圍中。
- 若您被監禁（入獄）。
- 若您不再是美國公民或在美國合法居留。
- 若您對於其他提供您處方藥物承保的保險資訊，有所欺騙或隱瞞。
- 您在投保於本計劃時刻意給予我們錯誤資訊，且此資訊影響您於本計劃的資格。（除非我們事前獲得 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 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 Medicare 的許可，否則我們無法因此要求您退出本計劃。）
  - 我們若以這個理由終止您的會員資格，那麼 Medicare 將會將您的案子交由檢察總長調查。
- 若您因為您的收入而有義務繳付 D 部分的額外金額卻不繳付，Medicare 會將您從本計劃中退保，您也將會失去處方藥物承保。

您可以從哪裡獲得資訊?

若您有問題，或想更進一步了解我們何時可以終止您的會員資格，請致電客戶服務部。

第 5.2 節 我們不能因為任何與您健康相關的原因要求您退出我們的計劃

Clever Care 不能因為任何與您健康相關的原因要求您退出我們的計劃。

若是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退出本計劃，請致電 Medicare，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。（聽障專線：1-877-486-2048）。

第 5.3 節 若我們終止您於本計劃的會員資格，您將有權利提出申訴

若我們終止您於本計劃的會員資格，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 1 節 適用法律聲明

適用此*承保證明*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 Medicare & Medicaid 服務中心（或稱 CMS）所編列。此外，適用的法律可能還有其他聯邦法律，以及在特定情形下您居住地的州法律。即使這些法律條文在此文件中沒有收錄或解釋，但仍可能會影響您的權益和責任。

第 2 節 不歧視聲明

我們並不會歧視不同的種族、文化、國籍、膚色、宗教信仰、生理性別、社會性別、年紀、性取向、心智或肢體障礙、健康狀態、索賠經驗、病史、基因資訊、保險證明，或是服務地域的確切地理位置。所有提供 Medicare Advantage 計劃的組織，像是本計劃，都必續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。

若您對於歧視或不平等治療有更多想了解的資訊或有疑慮，請致電 1-800-368-1019 (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，網址是 https://www.hhs.gov/ocr/index。

若您有殘疾且需要幫助以取得照護，請致電客戶服務部聯絡我們。若您需要申訴，例如有輪椅取得上的問題，我們的客戶服務部可以提供協助。

第 3 節 Medicare 次要付款人代位追償權益聲明

當 Medicare 不是首要付款人，我們將有權利與義務代理受 Medicare 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，Clever Care 作為 Medicare Advantage 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

我們可對於任何接收到溢付金額的人，或任何該為此服務負起支付責任的人或組織，追討對於服務承保溢付的部分。

第 5 節 通報詐欺、浪費及濫用

您可協助防止健康照護詐欺事件。

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

什麼是健康照護詐欺、浪費及濫用?

詐欺為當有人故意且蓄意地提交偽造的申訴書以收受不實的款項。

例子：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。

例子：過量安排的診斷檢查、過度使用診所就診服務、或藥局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。

濫用是造成非必須的醫療花費的行為。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。

例子：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、與不同的醫師會診或前往不同的急診室以獲得止痛藥。

保護您自身與您的利益

- 切記不要將您的社會安全號碼、Medicare 編號、健康計劃編號或銀行資訊透露給您不認識的人。
- 切勿在沒有您醫師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受保人銷售基因測試詐騙。他們會對您保證 Medicare 將負擔測驗費用，您只需要做口腔粘膜拭子、提供證件和 Medicare 資訊就可以收到您的測驗結果。

若您淪為此種詐騙的受害者，這些不肖份子將持有您的個人與基因資訊，並藉此向 Medicare 對於您不曾接收過的服務申請高達數千元的給付。

通報潛在性詐欺、浪費及濫用 (FWA)

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，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 的健康計劃已與非營利健康資訊交換 (HIE) Manifest MedEx (MX) 合作，協助醫師、醫院和其他健康照護提供者在治療我們的會員時，協調和分享重要的健康資訊。

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

身為會員，您會自動登錄該計劃。但若您不想將您的健康資訊提供給其他提供者，您可以「退出」。選擇退出 MX 即表示您選擇***不***讓醫療團隊透過 MX 系統存取您的健康記錄，包括您的初級照護提供者和 Clever Care 的護士照護經理。若您選擇在使用某醫療服務提供者時退出 MX，代表即使發生緊急情況，您的資訊也不會與任何醫療服務提供者分享。

您有三種方式可選擇不參與：

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

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

第 12 章:

重要字詞定義

門診手術中心–門診手術中心的存在目的，是專為不需住院或預計住院時間不超過 24 小時的病人，提供門診手術服務。

年度投保期 – 即每年 10 月 15 日至 12 月 7 日，在此期間會員可以變更自己的健康或藥物計劃，或更換至傳統 Medicare。

上訴 – 若您不同意我們拒絕您所提出的要求，即對您已接受的健康照護服務或處方藥物予以承保或付款的話，您可以提出上訴。對於我們終止您正在接受的服務的決定，若您不同意，您也可以提出上訴。

差額支付 – 提供者（如醫生或醫院）向病人收取大於本計劃所允許的費用分攤額度。身為本計畫的會員，當您接受本計劃所承保的服務時，只需要支付您在本計劃中的費用分攤份額。我們不允許提供者「差額支付」或另外向您收取超過本計劃明定您所應負擔的金額。

福利津貼 – 是本計劃為特定目的而提供給您的款項，例如支付健康照護費用或存入用以支付服務的彈性花費帳戶。

福利給付期 – 本計劃與傳統 Medicare 用來衡量您使用的醫院及專業護理之家 (SNF) 服務的方式。福利給付期從您住入醫院或專業護理機構當天起算。只要您連續 60 天未接受任何住院醫院（或 SNF 的專業）護理，福利給付期便結束。若您在某個福利給付期結束後住入醫院或專業護理機構，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自付額。福利給付期並無次數限制。

原廠藥 – 一種由原本研發與製造的藥廠製作與販售的處方藥。原廠藥和學名藥有相同的有效成分配方。但是學名藥通常是由其他藥廠須等到原廠藥的專利過期後製作與販售的。

重大傷病承保階段 – 這是在 D 部分藥物福利中，當您或其他符合資格者在受保當年以您的名義在受承保的藥物上花費達到 $7,400 時，您支付的即為較低的共付額或共保額的階段。

Medicare & Medicaid 服務中心 (CMS) – 管理 Medicare 的聯邦機構。

慢性病照護特殊需求計劃 (Chronic-Care Special Needs Plan) – C-SNP 屬於特殊需求計劃，僅限於患有如 42 CFR 422.2 所定義之特定嚴重或致殘性慢性病的特殊需求人士投

保。慢性病照護特殊需求計劃必須具有超出所有 Medicare Advantage 協調照護計劃所需的基本 Medicare A 部分及 B 部分之服務和照護協調之屬性，才能獲得為該計劃提供的特殊委任、行銷及投保安排。

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。

申訴 – 「提出申訴」的正式名稱為「遞交訴願」。此申訴流程*只*適用於特定類型的問題。這包括與您接收到的照護品質、等待時間及客服相關的問題。此申訴也包括若您的計劃未遵循上訴流程的時限。

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

共付額（或稱「共付額」） – 是對於醫療服務或用品，像是與醫師約診、看門診或處方藥物，您可能須支付的分攤費用。共付額是一個固定金額（例如 $10），而非比例。

分攤費用 – 分攤費用指的是會員在接受服務或藥物時所應支付的金額。分攤費用包含下列三種付款形式的任意組合：(1) 計劃在承保任何服務與藥物之前，可能必須先行支付的自付額；(2) 計劃要求在接受特定服務或藥物時，應支付的任何固定「共付額」金額；或是 (3) 計劃要求在接受特定服務或藥物時，應支付的任何「共保額」金額，即是服務或藥物總費用的某個比例。

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。

承保決策 – 關於為您開立的藥物是否在計劃承保範圍內，以及若有需要，您需為此處方藥物支付的金額的決定。一般而言，若您將處方箋帶至藥局，而藥局告知您的計劃並不承保該處方藥物，上述情況並不是承保決策。您需要以電話或書面聯絡您的計劃，以要求承保的正式決議。承保決策在本文件中稱作「承保決定」。

承保藥物 – 為所有受本計劃承保的處方藥物的用詞。

承保服務 – 為所有受本計劃承保的健康照護服務和用品的用詞。

可替代處方藥物承保 – 指預計至少能夠與 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）。有上述承保的人在有資格加入 Medicare 時，即便他們之後決定投保於 Medicare 處方藥物承保，也通常不用繳交處分金。

監護式照護 – 監護式照護是一個由護理之家、安寧或其他機構在您不需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。Medicare 並不承保監護式照護。

客戶服務部 – 一個本計劃中負責回答關於您的會員資格、福利、申訴和上訴相關問題的部門。

每日分攤費率 – 「每日分攤費率」可能適用在您的醫師開立不到一個月份量的特定藥物且您需要支付共付額時。每日分攤費率是您一個月的共付額除以該月天數的金額。下面列出一個例子：如果您某種藥物一個月供應量的共付額是 $30，而您計劃中一個月供應量是 30 天，那麼您「每日分攤費率」是每天 $1。

自付額 – 您必須在本計劃開始支付前，為健康照護或處方藥物所支付的金額。

退保或**取消投保** – 終止您本計劃會員資格的流程。

調配費 – 每次承保藥物在配發時，用來支付配取處方藥物費用的手續費，例如藥師為調配及包裝處方藥物所花費的時間。

耐用醫療設備 (DME) – 醫師基於醫療考量要求您使用的特定醫療設備。範例包括：助行器、輪椅、拐杖、動力床系統、糖尿病用品、靜脈注射幫浦、言語生成裝置、氧氣設備、噴霧器或由醫療服務提供者訂購以供居家使用的醫院用床。

緊急狀況 – 醫療緊急狀況是指，當您或具備健康與醫療一般知識的任何其他謹慎的非醫療專業人士，認為您具有一些需要立即獲得醫療照護的醫學症狀，以防發生危及性命（若您是孕婦，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。

緊急照護– 1) 由一位有資格提供緊急服務的提供者所提供；和 2) 需要接受治療、評估或穩定的緊急醫療狀況的承保服務。

承保證明 (EOC) 和公開資訊 – 此文件連同投保表格和任何其它附件、附約或其他您選擇的自選承保，其中解釋了您的承保範圍、我們的義務、您的權益和您身為本計劃會員的義務。

例外處理 – 為一種承保決定，若經核准，其將允許您接受不在我們的處方集內的藥物（處方集例外處理），或以較低的分攤費用層級取得非首選藥物（層級例外處理）。若本計劃要求您在取得您申請的藥物前先嘗試其他藥物，或是本計劃限制您申請之藥物的數量與劑量時（處方集例外處理），您也可以申請例外處理。

Extra Help – 用來幫助收入和資源有限的人支付 Medicare 處方藥物計劃費用，例如保費、自付額和共保額的 Medicare 或州計劃。

學名藥 – 學名藥是經過美國食品藥物管理局 (FDA) 批准，具有與原廠藥相同主成分的藥物。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、服務提供者或藥局提出的申訴形式，包含對於您收到的照護品質的申訴。不含承保範圍或費用爭議。

居家健康助手 – 其提供的服務不需要合格護理師或治療師所擁有的技能，例如協助個人照護（洗澡、上廁所、穿衣或執行運動醫囑）。

安寧療護 – 為醫療上認證為末期疾病，即預期壽命為 6 個月或以下的會員，提供特殊治療的福利。我們（即您的計劃）會提供您一份地理範圍周遭的安寧照護列表。若您選擇安寧照護且繼續支付保費，您仍能保有本計劃的會員資格。您仍然可以獲得我們提供的所有醫療必需服務和附加福利。

醫院住院 – 當您因需要專業醫療服務時被正式收治入院的醫院住院。就算您在醫院過夜，您仍可能被認定為「門診病人」。

依收入調整的每月金額 (IRMAA) – 若您兩年前的 IRS 退稅單上之修正調整後總收入高於一定金額，您將需要支付標準保費和依收入調整的每月金額，也稱作 IRMAA。IRMAA

是一項外加於保費的額外費用。少於 5% 擁有 Medicare 人會受影響，所以大部分人不需繳納更高額的保費。

獨立醫師協會 (IPA) – 醫師和其他健康照護提供者組成的組織，其簽訂合約提供服務給 Clever Care 會員。

初始承保限額 – 初始承保階段下的承保上限。

初始承保階段 – 該年度總藥物費用（包含您所支付的金額和您的計劃以您的名義所支付的金額）達到 $4,660 前的階段

初始投保期間 – 在您首次符合申請 Medicare 的資格時，您可以申請 Medicare A 部分與 B 部分的期間。若您在滿 65 歲起符合 Medicare 資格，您的初始投保期間為從您達到 65 歲的前 3 個月開始起算的 7 個月期間，這包括您生日當月和生日前後各 3 個月。

承保藥物清單（處方集或「藥物清單」) – 受計劃承保的處方藥物清單。

低收入補貼 (LIS) – 見「Extra Help」。

年度自付額上限 – 您在一個日曆年中，為網路內承保服務所須支付的自付額上限。您支付的計劃保費、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。除了網路內承保醫療服務的年度自付額上限之外，我們還對某些類型的服務設有年度自付額上限。

Medicaid（或稱 Medical Assistance） – 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 計劃有所相異，但若您同時符合 Medicare 和 Medicaid 的資格，則大部分的健康照護費用都將受到承保。

「醫療核准適應症」 – 經美國食品藥物管理處核准或由特定參考書目所建議的藥物使用方法。

醫療必需 – 代表服務、用品或藥物是用來預防、診斷或治療您的醫療狀況並符合可接受的行醫標準。

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。

Medicare Advantage 開放投保期 – 在每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日，Medicare Advantage 計劃會員可以取消他們於計劃的投保，並更換至其他 Medicare Advantage 計劃或由傳統 Medicare 取得承保。若您選擇在此時期更換成傳統 Medicare，您可以在那時加入另外的 Medicare 處方藥物計劃。Medicare Advantage 的開放投保期亦開放三個月給第一次符合 Medicare 申請資格的人。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時稱為 Medicare C 部分。由與 Medicare 簽訂合約的私人公司提供的計劃，以提供您所有 Medicare A 部分和 B 部分福利。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) Medicare 醫療存摺帳戶 (MSA) 計劃。除了從這些類型的計劃中選擇外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 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 Medicare Advantage 計劃**。

Medicare 承保缺口折扣計劃 – 此計劃為已經達到承保缺口階段且仍未接收「Extra Help」的 D 部分會員，提供大部分受承保的 D 部分原廠藥物折扣。折扣基於聯邦政府和特定藥廠之間的協議而定。

Medicare 承保服務 –即為 Medicare A 部分和 B 部分的承保服務。所有 Medicare 健康計劃必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。Medicare 承保服務一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力。

Medicare 健康計劃 – Medicare 健康計劃由與 Medicare 簽訂合約的私人公司提供 A 部分和 B 部分承保，給擁有 Medicare 且投保於此計劃的人。這個專有名詞包含所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare Care 計劃、特殊需求計劃、示範/試行計劃和老人全方位照護計劃 (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)。

Medicare 處方藥物承保（Medicare D 部分） – 幫您支付門診處方藥物、疫苗、生物製劑和不由 Medicare A 部分和 B 部分承保的用品的保險。

「Medigap」（Medicare 附加保險）政策 – Medicare 附加保險由私人保險公司販賣，以填補傳統 Medicare 的「缺口」。Medigap 政策僅適用於傳統 Medicare。（Medicare Advantage 計劃並不是 Medigap 政策。）

會員（本計劃會員，或「計劃會員」） – 擁有 Medicare 且符合接受承保服務的資格、投保於本計劃，且由 Medicare & Medicaid 服務中心 (CMS) 確認投保之人士。

網路內藥局 – 網路內藥局與本計劃簽有合約，計劃會員可以從該處取得其處分藥物福利。在大部分情況下，只有您在我們其中一間網路藥局配取處方藥物時，我們才會予以承保。

網路內提供者 – 「提供者」是用來稱呼醫師、其他健康照護專業、醫院和其他領有執照或由 Medicare 和州認證以提供健康照護的健康照護機構的通稱。「**網路內提供者**」與本計劃簽有合約，接受本計劃的付款為全部付款，且在某些情況下為本計劃會員協調或提供承保服務。網路醫療服務提供者也稱為「計劃醫療服務提供者」。

組織決策 – 為本計劃所做出的決策，用以決定物品或服務是否予以承保，或您須為承保項目或服務支付多少金額。組織決策在本文件稱作「承保決定」。

傳統 Medicare（「Traditional Medicare」或「按服務計費」Medicare） – 傳統 Medicare 是由政府提供，而非私人健康計劃如 Medicare Advantage 計劃和處方藥物計劃。在傳統 Medicare 之下，Medicare 服務的承保方式為支付醫師、醫院和其他健康照護提供者由議會訂定的費用金額。您可以去找任何接受 Medicare 的醫師、醫院或其他健康照護提供者。您必須支付自付額。Medicare 將支付在 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。傳統 Medicare 分為兩個部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），且在美國各地都適用。

網路外藥局 – 未與本計劃簽訂合約，以為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥局。除非符合特定情形，您從網路外藥局取得的大部分藥物，本計劃皆不予承保。

網路外提供者或網路外機構 – 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提供者或機構。網路外提供者為非由本計劃雇用、擁有或管理的提供者。

自付費用 – 見前述「分攤費用」的定義。會員支付部分接受之服務或藥物的分攤費用要求，也稱為會員的「自付」費用要求。

PACE 計劃 – PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) 計劃為衰弱人士提供結合了醫療、社會和長期照護 (LTC) 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 計劃的人都將從此計劃同時收到 Medicare 和 Medicaid 的承保。

C 部分 – 參閱「Medicare Advantage (MA) 計劃」。

D 部分 – 自願參與的 Medicare 處方藥物福利計劃。

D 部分藥物 – 可能由 D 部分承保的藥物。我們並不一定提供所有 D 部分的藥物。特定類別的藥物已由議會從 D 部分承保藥物中排除。特定類別的 D 部分藥物必須獲得每個計劃的承保。

D 部分延遲投保罰款 – 在您第一次符合加入 D 部分計劃的資格後，若連續 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 Medicare 處方藥物承保相等的承保）時，在您每月 Medicare 藥物承保保費之外，須另外支付的金額。

保費 – 定期向 Medicare、保險公司或健康照護計劃為健康服務或處方藥物承保所支付的款項。

主治醫生 (PCP) – 您在有健康問題時第一個去看的醫師或其他醫療服務提供者。在許多的 Medicare 健康照護中，您必須先由您的主治醫生評估，才能去找其他的健康照護提供者。

預先授權 – 如果不需要任何醫療服務及/或藥物的預先授權，則事先核准以便取得服務或某些藥物。需要預先授權的承保服務標記在第 4 章的福利表格中。需要預先授權的承保藥物標記在處方集中。

假肢和矯形器 – 為包括但不限於下列的醫療器材：手臂、背部和頸部支架；人工義肢、人工義眼、任何需要用來替代體內器官組織或功能的儀器，包含造口術用品、腸內及腸外營養治療。

品質促進組織 (QIO) – 品質促進組織是由執業醫師和其他健康照護專家所組成的組織，由聯邦政府資助來檢視並改善提供給 Medicare 病患的照護。

數量限制 – 基於品質、安全和使用原因而設計來限制某些藥物使用的管理工具。限制內容可能是在每份處方或規定時間內，我們所承保的藥物數量。

復健服務 – 這些服務包括物理治療、言語及語言治療和職能治療。

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康計劃的。對您可以使用的醫生及醫院有所限制的計劃，通常也在您可以獲得例行（非緊急）服務的區域。若您永久搬離計劃服務範圍，本計劃必須將您退保。

專業護理機構 (SNF) 照護 – 專業護理機構每日持續提供日常專業護理照護和復健服務。照護例子包括只能由執業登記的護理師或醫師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康或藥物計劃，或更換回傳統 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：若您搬離服務範圍、若您正因您的處方藥物費用接受「Extra Help」、若您入住護理之家或若我們違反與您簽訂的合約。

階段治療 – 為一種使用工具，其要求您在我們承保您的醫師原先可能開立的藥物之前，先嘗試另一種藥物來治療您的醫療狀況。

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。補充保障收入福利與社會安全福利不同。

緊急需求服務 – 非急診服務的承保服務，前提是網路醫療服務提供者暫時無法提供服務或無法取得服務，或投保人不在服務區域時。例如，您在週末需要立即照護。服務必須為立即需要且為醫療所必需。

Clever Care 客戶服務部

方式	客服 - 聯絡資訊
請致電	(833) 808-8153 (普通話) 或者 (833) 808-8161 (粵語) 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。我們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。 本號碼為免費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日，服務時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時，4 月 1 日至 9 月 30 日服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。
傳真	(657) 276-4720
郵寄	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
網站	zh.clevercarehealthplan.com

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) (California SHIP)

HICAP 是一個州立計劃，由聯邦政府提撥資金，為擁有 Medicare 的人提供免費的當地健康保險諮詢。

方式	HICAP（加州 SHIP）聯絡資訊
請致電	(800) 434-0222
聽障專線 (TTY)	711 本號碼需要特殊的電話裝置，僅供有聽說障礙的人士使用。
郵寄	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

PRA 揭露聲明 *根據 1995 年的《文書減量法案》(Paperwork Reduction Act) 規定，任何人皆無回應資料收集的義務，除非其出示有效的白宮管理及控制局 (OMB) 之控制碼。此資料收集的有效 OMB 控制碼為 0938-1051。若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。*