

KelseyCare Advantage

GOLD
(HMO)

2022 承保證明



2022 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

承保證明書：

您作為 KelseyCare Advantage Gold (HMO) 會員的 Medicare 健康福利和服務以及處方藥承保

本手冊向您詳細介紹 2022 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間的 Medicare 醫療保健和處方藥承保相關詳細資訊。它介紹了獲得您所需醫療保健服務和處方藥承保的方法。這是一份重要法律文件。請將之妥善保存。

本計劃 KelseyCare Advantage Gold 由 KS Plan Administrators, LLC（商業名稱 KelseyCare Advantage）提供。（當此 *Evidence of Coverage*（承保證明書）提及「我們」或「我們的」時，表示 KS Plan Administrators, LLC。當提及「計劃」或「我們的計劃」時，表示 KelseyCare Advantage Gold。）

可免費獲得此文件的西班牙語版本。

請致電我們的會員服務部電話 713-442-CARE (2273) 或免費電話 1-866-535-8343 瞭解其他資訊。（TTY 用戶應撥打 711）。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦假日使用留言服務。

如有需要，我們亦可提供盲文點字、大型字體或其他格式之資訊。

福利、免賠額和/或共付額/共同保險可能會在 2023 年 1 月 1 日進行變更。

處方集、藥房網路和/或提供者網路可能隨時發生變化。必要時，您將會收到通知。

H0332_002EOC22_C

2022 年承保證明書

目錄

本章節及頁碼列表為您的起始點。如需尋找所需資訊之協助，請瀏覽章節的第一頁。您將在每章的開頭找到詳細的主題清單。

第 1 章。 會員入門指南 4

說明何謂 Medicare 健康計劃以及本手冊的使用方法。介紹我們將向您發送的資料，您的計劃保費，Part D 逾期投保罰款，您的計劃會員卡，以及將您的會員記錄保持更新。

第 2 章。 重要電話號碼和資源 23

介紹您如何與我們的計劃（KelseyCare Advantage Gold）和其他組織取得聯絡，包括 Medicare、州健康保險援助計劃（State Health Insurance Assistance Program, SHIP）、品質改善組織、社會保障部（Social Security）、Medicaid（適用於低收入人群的州健康保險計劃），幫助人們支付處方藥費用的計劃，以及鐵路退休委員會（Railroad Retirement Board）。

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務 43

說明作為我們的計劃會員，取得醫療護理的重要須知事項。主題包括使用計劃網路中的提供者，以及遇到緊急情況時，應如何取得護理。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用） 59

詳細說明作為我們的計劃會員，服務所承保及不承保的醫療護理類型。說明您應支付的承保醫療護理費用的份額。

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥 108

說明您在獲得 Part D 藥物時需要遵守的規則。告知如何使用計劃的承保藥物清單（處方集）來找出承保的藥物。告知哪些藥品不在承保範圍內。說明幾種適用於某些藥物承保的限制。說明您可以去哪配處方藥。告知計劃的藥物安全和藥物管理方案。

第 6 章。	您為您的 Part D 處方藥支付的費用	132
	介 紹藥物承保的四個階段（免賠額階段、初始承保階段、承保缺口階段、重大傷病承保階段），以及這些階段如何影響您支付的藥物費用。 說明您的 Part D 藥物的 5 個費用分攤層級，並介紹您在每個費用分攤層級必須為藥物支付的費用。	
第 7 章。	要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額	151
	說 明當您想要求我們就您的承保服務或藥物報銷我們的費用份額時，何時以及如何向我們發送帳單。	
第 8 章。	您的權利和責任.....	159
	說 明您作為我們的計劃會員所擁有的權利和責任。說明當您的權利未受到尊重時，可以採取的動作。	
第 9 章。	如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)	177
	逐 步說明作為我們的計劃會員，當您有問題或疑慮時，可以採取的動作。 • 說明如果您在獲得您認為我們的計劃承保的醫療護理或處方藥時遇到困難，如何要求承保決定並提出上訴。這包括要求我們對您的處方藥承保的規則或額外限制作出例外處理，並在您認為您的承保過早結束時要求我們繼續承保醫院護理和某些類型的醫療服務。 • 說明如何對護理品質、等候時間、客戶服務等其他問題提出投訴。	
第 10 章。	結束您的計劃會員資格.....	232
	說 明終止您的計劃會員資格的時間和方式。說明我們的計劃必須終止您的會員資格的情況。	
第 11 章。	法律公告	241
	包括適用法律和非歧視的通知。	
第 12 章。	重要詞彙定義	244
	說明本手冊所使用的關鍵術語。	

第 1 章

會員入門指南

第 1 章。 會員入門指南

第 1 節	介紹	6
第 1.1 節	您投保了 KelseyCare Advantage Gold, 其為一個 Medicare 健康維護組織 (Health Maintenance Organization, HMO) 計劃	6
第 1.2 節	承保證明書手冊的內容為何?	6
第 1.3 節	有關承保證明書的法律資訊	6
第 2 節	如何符合計劃會員之資格?	7
第 2.1 節	您的資格要求	7
第 2.2 節	什麼是 Medicare Part A 和 Medicare Part B?	7
第 2.3 節	以下是 KelseyCare Advantage Gold 的計劃服務區	8
第 2.4 節	美國公民或合法居留	8
第 3 節	您可以從我們獲取的其他資源?	8
第 3.1 節	您的計劃會員卡 – 用它獲得所有承保護理和處方藥	8
第 3.2 節	提供者名錄: 計劃網路內所有提供者指南	9
第 3.3 節	藥房名錄: 我們網路內藥房的指南	10
第 3.4 節	計劃的承保藥物清單 (處方集)	11
第 3.5 節	Part D 福利說明 (「Part D EOB」) 包含您為 Part D 處方藥支付費用摘要的報告	11
第 4 節	您的 KelseyCare Advantage Gold 每月保費	12
第 4.1 節	您的計劃保費是多少?	12
第 5 節	您是否需要支付 Part D 「逾期投保罰款」?	12
第 5.1 節	什麼是 Part D 「逾期投保罰款」?	12
第 5.2 節	Part D 逾期投保罰款金額是多少?	13
第 5.3 節	在某些情況下, 您可以逾期投保而不必支付罰款	14
第 5.4 節	如果您不同意您的 Part D 逾期投保罰款可以怎麼做?	14
第 6 節	您是否需要因收入支付額外的 Part D 金額?	15
第 6.1 節	誰來支付因收入產生的額外 Part D 金額?	15
第 6.2 節	額外 Part D 金額是多少?	15
第 6.3 節	如果您不同意支付額外的 Part D 金額可以怎麼做?	15
第 6.4 節	如果您不同意支付額外的 Part D 金額會怎麼樣?	15

第 1 章。 會員入門指南

第 7 節	關於您的每月保費的更多資訊.....	16
第 7.1 節	如果您支付 Part D 逾期投保罰款，您可以使用以下幾種方式支付罰款	16
第 7.2 節	我們是否可以在年內更改您的每月計劃保費？	18
第 8 節	請保持更新您的計劃會員記錄.....	19
第 8.1 節	如何幫助確保我們掌握有關您的準確資訊	19
第 9 節	我們保護您的個人健康資訊的隱私.....	20
第 9.1 節	我們確保您的健康資訊得到保護	20
第 10 節	其他保險如何與我們的計劃配合使用	20
第 10.1 節	當您有其他保險時，哪個計劃首先支付？	20

第 1 節 介紹

第 1.1 節 您投保了 KelseyCare Advantage Gold，其為一個 Medicare 健康維護組織 (Health Maintenance Organization, HMO) 計劃

您受 Medicare 承保，並且您已選擇透過我們的計劃 KelseyCare Advantage Gold 獲得您的 Medicare 醫療保健和處方藥承保。

有不同類型的 Medicare 健康計劃。KelseyCare Advantage Gold 是一個 Medicare Advantage HMO 計劃（HMO 指健康維護組織），經 Medicare 批准並由私人公司營運。

本計劃下的承保符合合格健康承保 (Qualifying Health Coverage, QHC) 要求並滿足患者保護和平價醫療法案 (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人分擔責任要求。請造訪國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站瞭解更多資訊，網址為：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。

第 1.2 節 承保證明書手冊的內容為何？

本 *Evidence of Coverage*（承保證明書）手冊告訴您如何透過我們的計劃獲得您的 Medicare 醫療護理和處方藥承保。本手冊說明了您的權利和責任、承保範圍，以及作為計劃的會員應支付的費用。

「承保」和「承保服務」係指您作為 KelseyCare Advantage Gold 會員可獲得的醫療護理和服務以及處方藥。

瞭解計劃的規則以及您所適用的服務非常重要。我們鼓勵您留出一些時間，閱讀本 *承保證明書* 手冊。

如果您有所疑惑或疑慮，或有任何問題，請來電聯繫我們的計劃的會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

第 1.3 節 有關承保證明書的法律資訊

這是我們與您的合約的一部分

此 *Evidence of Coverage*（承保證明書）是我們與您簽訂的關於 KelseyCare Advantage Gold 如何為您承保護理的合約的一部分。本合約的其他部分包括您的投保書、*承保藥物清單*（

第 1 章。 會員入門指南

處方集)，以及您收到的關於您的承保變更或影響您的承保之條款的所有我們的通知。這些通知有時被稱為「附加條款」或「修正條款」。

合約有效期為您在 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日之間加入 KelseyCare Advantage Gold 的月數。

每個日曆年，Medicare 都允許我們變更我們所提供的計劃。這意味着我們可以在 2022 年 12 月 31 日之後改變 KelseyCare Advantage Gold 的費用和福利。我們也可以選擇在 2022 年 12 月 31 日之後停止提供該計劃，或者在其他服務區提供該計劃。

每年 Medicare 都必需批准我們的計劃

Medicare（聯邦醫療保險和聯邦醫療補助計劃服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services)）必須每年批准 KelseyCare Advantage Gold。作為我們的計劃的會員，只要我們選擇繼續提供該計劃且 Medicare 續簽其所批准的計劃，您就可以繼續獲得 Medicare 承保。

第 2 節 如何符合計劃會員之資格？**第 2.1 節 您的資格要求**

只要滿足以下要求，即符合成為我們的計劃會員資格：

- 您具有 Medicare Part A 和 Medicare Part B（第 2.2 節闡述了 Medicare Part A 和 Medicare Part B）
- -- 並且 -- 您居住在我們的地理服務區（下文第 2.3 節描述了我們的服務區）。
- -- 並且 -- 您是美國公民或具有美國合法居住權

第 2.2 節 什麼是 Medicare Part A 和 Medicare Part B？

當您首次投保 Medicare 時，您便收到了 Medicare Part A 和 Medicare Part B 所承保的服務資訊。請記得：

- Medicare Part A
通常幫助承保醫院提供的服務（適用於住院服務、專業護理機構或家庭保健機構）。
- Medicare Part B
適用於大多數其他醫療服務（如醫生服務、家庭輸液治療和其他門診服務）和某些用品（如耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 和用品）。

第 2.3 節 以下是 KelseyCare Advantage Gold 的計劃服務區

雖然 Medicare 是一個聯邦計劃，但 KelseyCare Advantage Gold 只適用於居住在我們計劃服務區的人員。您必須持續居住在我們的計劃服務區，才可保有我們的計劃會員資格。服務區描述如下。

我們的服務區包括德州的這些縣：Brazoria、Fort Bend、Harris 和 Montgomery。我們的服務區包括德州的這些縣：Galveston，僅服務以下郵政編碼區域：77510、77511、77517、77518、77539、77546、77563、77565、77568、77573、77590 和 77591。

如果您計劃搬離服務區，請致電會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。當您搬離時，您將有一個特殊投保期，在此期間您可以轉換到 Original Medicare 或投保新地點提供的 Medicare 健康或藥物計劃。

同樣重要的是，如果您搬離，或變更了您的郵寄地址，您需來電聯繫社會保險部。您可以在第 2 章第 5 節找到社會保障部的電話號碼和聯絡方式。

第 2.4 節 美國公民或合法居留

Medicare

保健計劃的會員必須是美國公民或美國合法居留者。如果您沒有資格在此基礎上繼續成為會員，Medicare（聯邦醫療保險和聯邦醫療輔助計劃服務中心）將通知 KelseyCare Advantage Gold。如果您不滿足這一要求，KelseyCare Advantage Gold 必須將您除名。

第 3 節 您可以從我們獲取的其他資源？**第 3.1 節 您的計劃會員卡 – 用它獲得所有承保護理和處方藥**

當您是我們計劃的會員時，無論何時您獲得本計劃承保的任何服務以及您在網路藥房獲取處方藥，您都必須使用您的計劃會員卡。如若適用，您亦應向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 卡。以下是會員卡樣本，供您瞭解您的會員卡外觀為何：

第 1 章。 會員入門指南**KelseyCare Advantage**

Medicare Advantage Plan

Name**MEMBER NAME**

ID Number - 123450000

Issuer (80840) 9210567898

Policy # H0332

PCP \$X, Specialist \$XX

ER \$XXX, Urgent Care \$XX

RxBin: XXXXXX

RxPCN: XXXXXXX

RxGroup: XXXXXX

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

H0332 <XXX>_RXID21

Member Services: 1-866-535-8343

TTY: 711

Prescription Benefit provided by
CVS Caremark: 1-888-970-0914VSP Member Services:
1-800-877-7195

UBH Mental Health: 1-800-817-4808

UM/Medical Authorization:
1-888-684-5283Submit Medical Claims to:
P.O. Box 841649
Pearland, TX 77584Submit Mental Health &
Substance Abuse Claims to:
UBH
P.O. Box 30757
Salt Lake City, UT 84130-0757www.kelseycareadvantage.com

作為計劃會員期間，請勿使用您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡獲得承保醫療服務。如果您使用 Medicare 卡而不是 KelseyCare Advantage Gold 會員卡，您可能需要自己支付全額醫療服務費。請妥善保存您的 Medicare 卡。如果您需要醫院服務、安寧服務，或參與定期研究，可能會要求您出示該卡。

以下解釋了這為什麼這麼重要：如果您在成為計劃會員期間使用紅色、白色和藍色 Medicare 卡獲得承保服務，而非 KelseyCare Advantage Gold 會員卡，則您可能需要自己支付全額費用。

如果您的計劃會員卡受損、遺失或遭竊，請立即來電聯繫會員服務，我們將寄送一張新計劃會員卡給您。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）

第 3.2 節**提供者名錄：計劃網路內所有提供者指南**

Provider Directory（提供者名錄）列出了我們的網路提供者和耐用醫療設備供應商。

什麼是「網路提供者」？

網路提供者是與我們達成協議，接受我們的付款和任何計劃全額費用分攤付款的醫生和其他醫療照護專業人員、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院和其他醫療照護機構。我們已安排這些提供者為我們的計劃的會員提供承保服務。最新的提供者和供應商清單可在我們的以下網站上找到 www.kelseycareadvantage.com。

醫療集團是由醫生組成的協會，包括與 HMO 簽訂合約的 PCP、專科醫生和其他醫療服務提供者，包括醫院，以向參保者提供服務。一些醫療集團有正式的轉診圈，這意味著他們的醫療服務提供者只會將病人轉給屬於同一醫療集團的其他醫療服務提供者。

為什麼您需要知道哪些提供者是我們網路的一部分？

瞭解哪些提供者屬於我們的網路很重要，因為除了少數例外情況，當您是我們計劃的會員時，您必須使用網路提供者來獲得醫療護理和服務。唯一的例外包括緊急情況、網路不可用時急需的服務（通常是在您不在該區域時）、區外透析服務，以及 KelseyCare Advantage Gold 授權使用網路外提供者的情況。請參閱第 3 章（使用計劃承保您的醫療服務）以深入瞭解緊急情況、網路外、服務區外的承保具體資訊。

如果您沒有 *Pharmacy*

Directory（藥局名錄）副本，您可以向會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）索取一份副本。您可向會員服務部查詢有關我們網路提供者的更多資訊，包括他們的資格。

您也可以以下網址看到 *Provider*

Directory（提供者名錄）www.kelseycareadvantage.com。會員服務部和網站都可以為您提供關於我們網路提供者變化的最新資訊。

第 3.3 節 藥房名錄：我們網路內藥房的指南

什麼是「網路藥房」？

網路藥房是所有同意為我們的計劃會員配承保處方藥的藥房。

為什麼您需要瞭解網路藥房？

您可以使用 *Pharmacy*

Directory（藥房名錄）來查找您想要使用的網路藥房。明年我們的藥房網路將會有一些變化。更新的 *Pharmacy Directory*（藥房名錄）位於我們的網站

www.kelseycareadvantage.com 上。

您也可以致電會員服務部獲取最新的提供者資訊，或要求我們給您郵寄一份 *Pharmacy*

Directory（藥房名錄）。請查看 2022 年 *Pharmacy*

Directory（藥房名錄），瞭解我們網路中有哪些的藥房。

Pharmacy

Directory（藥房名錄）還會告訴您我們網路中的哪些藥房有首選費用分攤，這可能低於其他網路藥房為某些藥物提供的標準費用分攤。

如果您沒有 *Pharmacy*

Directory（藥房名錄），您可以致電會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）獲取一份複本。您可以隨時致電會員服務部，獲取有關藥房網路變化的最新資訊。您也可以我們的網站 www.kelseycareadvantage.com 上找到這些資訊。

第 1 章。 會員入門指南

某些被稱為「複雜複合藥物」的藥物只有在由網路證照審核審查委員會 (Networks Credentialing Review Committee, NCRC)

批准配發此類藥物的藥房配發的情況下才會被承保。這種嚴格的附加申請僅適用於藥房配發複雜複合藥物。可以繼續在任何網路藥房配發所有其他藥物（非複雜複合藥物）。欲瞭解更多關於哪些藥店可以配發複雜複合藥物的資訊，請致電 CVS Caremark® 客戶服務部免費電話 1-888-970-0914, TTY 711。

第 3.4 節 計劃的承保藥物清單（處方集）

計劃有一個承保藥物清單（處方集）。我們簡稱它為「藥品清單」。它說明了 KelseyCare Advantage Gold 中包含的 Part D 福利涵蓋哪些 Part D 處方藥。該清單上的藥物在一組醫生和藥劑師的幫助下由計劃進行選擇。該清單必須符合 Medicare 規定的要求。Medicare 已經批准了 KelseyCare Advantage Gold 藥品清單。

藥品清單還告知您是否有任何規則限制您的藥物承保。

我們會向您提供一份藥品清單複本。

要獲得關於承保藥物的最完整和最新資訊，您可以造訪本計劃的網站 (www.kelseycareadvantage.com) 或致電會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。

第 3.5 節 Part D 福利說明（「Part D EOB」）包含您為 Part D 處方藥支付費用摘要的報告

當您使用 Part D

處方藥福利時，我們將向您發送一份摘要報告，以幫助您瞭解並追蹤您的 Part D 處方藥付款情況。摘要報告被稱為「Part D 福利說明」（或「Part D EOB」）。

Part D 福利說明告知您、代表您的其他人以及我們在您的 Part D

處方藥上花費的總金額，以及在使用 Part D 福利的每個月內為您的每種 Part D

處方藥支付的總金額。Part D EOB

提供了更多關於您所服用藥物的資訊，例如價格上漲以及可提供的其他費用分攤較低的藥物。您應該向您的開藥者諮詢這些較低費用選項。第 6 章（您為 Part D

處方藥支付的費用）提供有關 Part D

福利說明以及它如何幫助您追蹤您的藥物承保的更多資訊。

可應要求提供 Part D

福利說明。要獲得複本，請聯絡會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。

可在 Caremark.com 上取得 Part D Explanation of Benefits (Part D 福利說明) 摘要的電子版。

第 4 節 您的 KelseyCare Advantage Gold 每月保費

第 4.1 節 您的計劃保費是多少？

您不需要為 KelseyCare Advantage Gold 單獨支付每月計劃保費。您必須繼續支付 Medicare Part B 保費（除非您的 Part B 保費是由 Medicaid 或其他第三方為您支付）。

在某些情況下，您的保費可能會更高

在某些情況下，您的保費可能會高於上述第 4.1 節中列出的金額。這些情況描述如下。

- 如果您註冊了額外福利，也稱為「可選補充福利」，那麼您每個月要為這些額外福利支付額外保費。如果您有關於計劃保費的任何問題，請致電會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。牙科可選補充福利的每月保費金額為 \$32.80。
- 一些會員需要支付 Part D 逾期投保罰款，因為他們在首次獲得資格時沒有加入 Medicare 藥物計劃，或者因為他們連續 63 天或更長時間沒有「可計入」處方藥承保。（「可計入」是指平均而言，預計支付的藥品承保金額至少與 Medicare 的標準處方藥承保金額相當。）對於這些會員，會將 Part D 逾期投保罰款新增到計劃的月保費中。他們的保費金額將是每月計劃保費加上他們的 Part D 逾期投保罰款金額。
 - 如果您需要支付 Part D 逾期投保罰款，逾期投保罰款的費用取決於您沒有 Part D 或其他可計入處方藥承保的時間。第 1 章第 5 節解釋了 Part D 逾期投保罰款。
 - 如果您有 Part D 逾期投保罰款，但不支付，您可能會被計劃除名。
- 一些會員可能會被要求支付額外的費用，稱為「Part D 收入相關月度調整金額」，也稱為「IRMAA」，因為 2 年前，他們 IRS 納稅申報單上的調整後總收入高於一定數額。需要承擔 IRMAA 的會員必須支付標準保費及此額外費用，這些費用將加到他們的保費中。第 1 章第 6 節對 IRMAA 作了更詳細的解釋。

第 5 節 您是否需要支付 Part D「逾期投保罰款」？

第 5.1 節 什麼是 Part D「逾期投保罰款」？

註：如果您從 Medicare 獲得支付處方藥費用的「額外幫助」，您將不會支付逾期投保罰款。

第 1 章。 會員入門指南

逾期投保罰款是新增到您的 Part D

保費中的金額。如果在您的初始投保期結束後的任何時間，您有連續 63 天或更長時間沒有 Part D 或其他可計入處方藥承保，您可能需要繳納 Part D

逾期投保罰款。（「可計入處方藥承保」是指符合 Medicare

最低標準的承保，因為它預計平均至少支付與 Medicare

標準處方藥承保相同的費用。）逾期投保罰款的費用取決於您沒有 Part D

或其他可計入處方藥承保的時間。只要您有 Part D 承保，您就必須支付此罰款。

當您第一次加入 KelseyCare Advantage Gold 時，我們會讓您知道罰款金額。您的 Part D

逾期投保罰款被視為您的計劃保費。如果您不支付 Part D

逾期投保罰款，您可能會失去處方藥福利。

第 5.2 節 Part D 逾期投保罰款金額是多少？

Medicare 決定罰款金額。以下是計算方式：

- 在您的資格加入後，首先計算您逾期加入 Medicare 藥物計劃的整月數。或者，如果承保中斷時間達 63 天或更長時間，則計算您沒有可計入處方藥承保的整月數。對於沒有可計入承保的月份，罰款是每月 1%。例如，如果您 14 個月沒有承保，則罰款是 14%。
- 然後，Medicare 確定上一年的全國 Medicare 藥物計劃平均每月保費金額。2022 年的平均保費金額為 \$33.37。
- 要計算您的每月罰款，您可以將罰款百分比乘以平均每月保費，然後將其四捨五入到最接近的 10 美分。在本例中，它將是 14% 乘以 \$33.37，等於 \$4.6718。這四捨五入為 \$4.70。這一金額將被新增到有 Part D 逾期投保罰款之人的每月保費中。

關於此每月 Part D 逾期投保罰款，有三件重要的事情需要注意：

- 首先，**罰款可能每年都會發生變化**，因為平均每月保費每年都在變化。如果全國平均保費（由 Medicare 確定）增加，您的罰款將增加。
- 其次，只要您參加了具有 Medicare Part D 藥物福利的計劃，即使您更改計劃，**您仍將每月繼續支付罰款**。
- 第三，如果您年齡在 65 歲以下，目前正在接收 Medicare 福利，那麼當您 65 歲時，Part D 逾期投保罰款將清零。65 歲之後，您的 Part D 逾期投保罰款將僅基於您在年齡符合 Medicare 的初始投保期後沒有承保的月份。

第 5.3 節 在某些情況下，您可以逾期投保而不必支付罰款

即使您在第一次有資格投保提供 Medicare Part D 承保的計劃時已經逾期了，有時您也不必支付 Part D 延遲投保罰款。

如果您處於以下任何一種情況，則無需為逾期投保支付罰款：

- 如果您已經有預計支付金額平均將至少與 Medicare 的標準處方藥承保相當的處方藥承保。Medicare 稱之為「可計入藥物承保」。請注意：
 - 可計入承保可以包括前雇主或工會、TRICARE 或退伍軍人事務部 (Department of Veterans Affairs) 提供的藥品承保。您的保險公司或人力資源部門每年將告訴您您的藥物承保是否為可計入承保。此類資訊可能會以信函的形式發送給您，也可能包含在計劃的時事通訊中。請保留此資訊，因為如果您以後加入 Medicare 藥物計劃，您可能會需要它。
 - 請注意：如果您在健康承保結束時收到一份「可計入承保證明」，這可能並不表示您的處方藥承保為可計入。通知必須說明您已經有預計支付金額平均將至少與 Medicare 的標準處方藥承保相當的「可計入」處方藥承保。
 - 以下不是可計入處方藥承保：處方藥折扣卡、免費診所和藥品折扣網站。
 - 有關可計入承保的其他資訊，請參閱您的 *Medicare & You 2022* (2022 年聯邦醫療保險與您) 手冊或致電 Medicare 電話 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。TTY 用戶請撥打 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些 24 小時全年無休的電話號碼。
- 如果您沒有可計入承保，但您沒有的天數少於連續 63 天。
- 如果您正從 Medicare 接受「額外幫助」。

第 5.4 節 如果您不同意您的 Part D 逾期投保罰款可以怎麼做？

如果您不同意您的 Part D

逾期投保罰款，您或您的代表可以要求對您的逾期投保罰款相關決定進行審核。一般來說，您必須在收到第一封說明您必須支付逾期投保罰款的信函後的 **60** 天內提出此審核申請。如果您在加入我們的計劃之前支付了罰款，您可能沒有機會再次申請逾期投保罰款審核。請致電會員服務部瞭解更多關於如何做到這一點的資訊（電話號碼印於本手冊封底）。

第 1 章。 會員入門指南

重要事項：在等待有關逾期投保罰款的決定審核結果期間，請不要停止支付 Part D 逾期投保罰款。如果您停止支付，您可能會因為未能支付計劃保費而被除名。

第 6 節 您是否需要因收入支付額外的 Part D 金額？**第 6.1 節 誰來支付因收入產生的額外 Part D 金額？**

如果您 2 年前在 IRS

納稅申報單上報告的調整後總收入高於一定數額，您將支付標準保費和收入相關月度調整金額，也稱為「IRMAA」。IRMAA 是新增到您的保費中的額外費用。

如果您必須支付額外的費用，社會保障部，而不是您的 Medicare

計劃，會寄給您一封信，告訴您額外費用是多少以及如何支付。額外金額將從您的社會保障部，鐵路退休委員會，或人事管理辦公室的福利支票中扣除，無論您通常如何支付您的計劃保費，除非您的每月福利不足以支付所欠的額外金額。如果您的福利支票不足以支付額外金額，您會收到 Medicare

的帳單。您必須向政府支付額外費用。它不能與您的每月計劃保費一起支付。

第 6.2 節 額外 Part D 金額是多少？

如果您在 IRS

納稅申報單上報告的調整後總收入高於一定數額，除了您的每月計劃保費外，您還要支付一筆額外的費用。根據您的收入，您可能需要支付的額外金額的更多資訊，請造訪 www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html。

第 6.3 節 如果您不同意支付額外的 Part D 金額可以怎麼做？

如果您不同意因為您的收入而支付額外金額，您可以要求社會保障部重新審核您的決定。您瞭解更多關於如何做到這一點的資訊，請致電社會保障部電話 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)。

第 6.4 節 如果您不同意支付額外的 Part D 金額會怎麼樣？

對於您的 Medicare Part D 承保，額外金額將直接支付給政府（而非您的 Medicare 計劃）。如果您被法律要求支付額外金額，但您沒有支付，您將被計劃除名，並失去處方藥承保。

第 7 節 關於您的每月保費的更多資訊

許多會員必須支付其他 Medicare 保費

許多會員被要求支付其他 Medicare 保費。如上文第 2 節所述，為符合我們的計劃資格，您必須擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B。某些計劃會員（那些未符合免保費 Part A 之會員）支付了 Medicare Part A 的保費。大多數計劃會員都支付了 Medicare Part B 的保費。您必須持續支付您的 Medicare 保費，才可保有計劃會員資格。

如果您 2 年前在 IRS 納稅申報單上報告的調整後總收入高於一定數額，您將支付標準保費和收入相關月度調整金額，也稱為「IRMAA」。IRMAA 是新增到您的保費中的額外費用。

- 如果您被要求支付額外的費用，但您沒有支付，您將被計劃除名，並失去處方藥承保。
- 如果您必須支付額外金額，社會保障部，而不是您的 Medicare 計劃，會寄給您一封信，告訴您額外費用是多少。
- 有關基於收入的 Part D 保費的更多資訊，請參閱本手冊第 1 章第 6 節。您也可以造訪網站 www.medicare.gov，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，24 小時全年無休為您服務。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。或者您可以致電社會保障部電話 1-800-772-1213。TTY 用戶應撥打 1-800-325-0778。

您的 *Medicare & You 2022* (2022 年聯邦醫療保險與您) 手冊在名為「2022 年 Medicare 費用」的章節中提供了有關 Medicare 保費的資訊。這解釋了不同收入人群的 Medicare Part B 和 Part D 保費的差異。每年秋天，每個擁有 Medicare 的人都會收到一份 *Medicare & You 2022* (2022 年聯邦醫療保險與您) 手冊的複本。新加入 Medicare 計劃的人會在首次投保後一個月內收到該手冊。您也可以從 Medicare 網站上 (www.medicare.gov) 下載「*Medicare & You 2022*」(2022 年聯邦醫療保險與您) 的手冊副本。或者，您可以撥打 24 小時全年無休的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以訂購一份副本。TTY 用戶請撥打 1-877-486-2048。

第 7.1 節	如果您支付 Part D 逾期投保罰款，您可以使用以下幾種方式支付罰款
----------------	--

如果您需支付 Part D 逾期投保罰款，您可以透過三種方式支付罰款。聯絡會員服務部可瞭解更多關於如何更改支付罰款方式的資訊。

第 1 章。 會員入門指南

如果您決定更改支付 Part D 逾期投保罰款的方式，您的新支付方式可能需要 3 個月才能生效。當我們在處理您的新支付方式申請時，您有責任確保按時支付您的 Part D 逾期投保罰款。

選項 1：您可以使用支票支付

您可以決定透過支票直接向我們的計劃支付逾期投保罰款。如果您選擇用支票支付您的罰款，您將會收到一份月結單。您也可以前往 11511 Shadow Creek Parkway, Pearland, TX 77584

現場付款。現場付款可以使用支票或匯票進行。如果用支票付款，支票抬頭請寫計劃，而非聯邦醫療保險和聯邦醫療輔助計劃服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 或衛生與公眾服務部 (Department of Health and Human Services, HHS)。支票因資金不足而被拒絕時，每次將收取 \$25 費用。您的付款應在您對帳單日後的下個月五 (5) 號之前送達。

選項 2：您可以透過電子資金轉帳 (EFT) 付款

您可以選擇從您的銀行帳戶中自動扣除您的 Part D 逾期投保罰款，而不是用支票支付。您的 Part D 逾期投保罰款將在當月 5 日或前後自動從您的銀行帳戶中扣除並發送至計劃。要設定自動從您的銀行帳戶中扣除付款，您需要填寫一份電子資金轉帳 (EFT) 授權表。請致電 KelseyCare Advantage Gold 會員服務部以獲取表格的複本。

選項 3：您可以選擇從每月社會保障支票中扣除 Part D 逾期投保罰款

您可以選擇從每月社會保障支票中扣除 Part D 逾期投保罰款。請聯絡會員服務部以瞭解更多關於如何以此方式支付您的罰款的資訊。我們很樂意幫助您設定。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）

如果您在支付 Part D 逾期投保罰款方面有困難該怎麼辦

您的 Part D 逾期投保罰款應在當月 5 日之前交到我們的辦公室。如果我們未在 5 號前收到您的罰款金額，我們將向您發出通知並告知您，如果我們沒有收到您的 Part D 逾期投保罰款，一旦您的欠款金額超過 \$150，將終止您的計劃會員資格。如果您被要求支付 Part D 逾期投保罰款，您必須支付罰款才能保留處方藥承保。

如果您在按時支付 Part D 逾期投保罰款方面有困難，請聯絡會員服務部，看看我們是否可以將您引導至有助於您支付罰款的計劃。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）

第 1 章。 會員入門指南

如果我們因為您沒有支付 Part D 逾期投保罰款而終止您的會員資格，您將擁有 Original Medicare 的健康承保。

如果我們因為您沒有支付 Part D

逾期投保罰款而終止您的計劃會員資格，那麼如果您在年度投保期間投保新的計劃，您可能要到下一年才能獲得 Part D 承保。在年度 Medicare 開放投保期間，您可以加入一個獨立的處方藥計劃或一個也提供藥物承保的健康計劃。（如果您沒有「可計入」藥品承保超過 63 天，只要您有 Part D 承保，您就必須支付 Part D 逾期投保罰款。）

如果您認為我們錯誤地終止了您的會員資格，您有權透過提出投訴要求我們重新考慮這一決定。本手冊第 9 章第 10

節介紹了如何進行投訴的資訊。如果您遇到了無法控制的緊急情況，並且導致您無法在我們的寬限期內支付 Part D 逾期投保罰款，您可以在 10 月 1 日至 3 月 31

日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00 之間撥打 713-442-CARE

(2273)，或免費電話 1-866-535-8343，要求我們重新考慮此決定。4 月 1 日至 9 月 30

日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上

8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。TTY 用戶應撥打

711。您必須在您的會員資格結束後 60 天內提出申請。

第 7.2 節 我們是否可以在年內更改您的每月計劃保費？

否。我們不被允許在年內開始收取月度計劃保費。如果來年的每月計劃保費有所變更，我們將於九月告知，且該變更將於 1 月 1 日生效。

然而，在某些情況下，您可能需要開始支付或可能能夠停止支付逾期投保罰款。（如果您連續 63

天或更長時間沒有「可計入」處方藥承保，那麼您可能需要支付逾期投保罰款。）如果您有資格加入「額外幫助」計劃，或者在年內失去「額外幫助」計劃的資格，則可能會發生這種情況：

- 如果您目前支付 Part D 逾期投保罰款，並在年內符合「額外幫助」資格，則您可以停止支付罰款。
- 如果您失去了「額外幫助 (Extra Help)」，如果您連續 63 天或更長時間沒有 Part D 或其他可計入的處方藥承保，您可能要承擔逾期投保罰款。

您可以在第 2 章第七 7 節找到更多關於「額外說明」計劃的資訊。

第 8 節 請保持更新您的計劃會員記錄

第 8.1 節 如何幫助確保我們掌握有關您的準確資訊

您的會員記錄包括您的投保表格中的資訊，包含您的地址和電話號碼。它會顯示您的具體計劃承保範圍。

醫生、醫院、藥劑師和計劃網路中的其他提供者需要掌握關於您的正確資訊。這些網路提供者使用您的會員記錄來瞭解您的承保服務和藥物以及費用分攤金額。因此，協助我們隨時更新您的資訊非常重要。

讓我們瞭解這些資訊變更的內容：

- 您的姓名、地址或電話號碼之變更
- 您擁有的其他任何健康保險承保內容的變更（例如來自您的僱主、您配偶的僱主、勞工津貼或 Medicaid 的變化）
- 如果您有任何責任索賠，例如汽車事故索賠
- 如果您住進了照護機構
- 如果您在區外或網路外的醫院或急診室接受治療
- 如果您指定的責任方（如照顧者）有所變更
- 如果您正在參與臨床研究

如果以上任何資訊有所變更，請來電聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）以告知我們。

同樣重要的是，如果您搬家或變更了您的郵寄地址，請去電社會保險部。您可以在第 2 章第 5 節找到社會保險部的電話號碼和聯絡方式。

請仔細閱讀我們寄送給關於您所投保的其他險種的資訊

Medicare

要求我們需向您取得您所擁有的任何其他醫療或藥物保險相關資訊。這是因為我們必須將您所擁有的其他保險與我們的計劃所提供的福利互相協調。（如果您有其他保險，請參閱本章第 10 節，瞭解更多有關我們的承保運作方式的資訊。）

每年，我們都會寄送一封信給您，列出我們所知道的其他醫療或藥物承保範圍。請仔細閱讀該資訊。如果一切正確，您無需採取任何動作。如果資訊有誤，或如果您有未於該清單中列出的承保內容，請來電聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

第 9 節 我們保護您的個人健康資訊的隱私

第 9.1 節 我們確保您的健康資訊得到保護

聯邦與州際法律會保護您的醫療記錄與個人健康資訊的隱私。我們按照這些法律的要求，保護您的個人健康資訊。

有關我們如何保護您的個人健康資訊的更多資訊，請參閱本手冊第 8 章第 1.3 節。

第 10 節 其他保險如何與我們的計劃配合使用

第 10.1 節 當您有其他保險時，哪個計劃首先支付？

如果您有其他保險（例如僱主團體健康承保），Medicare 有制定規則，決定是我們的計劃或是您其他的保險應先支付。首先支付的保險稱為「首要保險」，支付金額達其承保範圍之上限。其次支付的保險稱為「次要保險」，只有在具有首要保險未完全承保的費用的情況下，方進行支付。次要保險可能不會支付所有未完全承保的費用。

這些規則適用於僱主或工會團體保健計劃承保範圍：

- 如果您有退休保險，Medicare 會優先支付。
- 如果您的團體保健計劃承保是根據您或家庭成員目前的工作，優先支付的保險取決於您的年齡、您的僱主所雇用的人數，以及您是否因年齡、殘疾或末期腎臟病（End-Stage Renal Disease, ESRD）而擁有 Medicare：
 - 如果您的年齡在 65 歲以下，有殘疾，並且您或您的家庭成員仍在工作，如果僱主有 100 名或以上雇員，或多雇主計劃中至少有一個雇主有 100 名以上雇員，則您的團體健康計劃首先支付費用。
 - 如果您的年齡超過 65 歲，並且您或您的配偶仍在工作，如果僱主有 20 名或以上雇員，或多雇主計劃中至少有一個雇主有 20 名以上雇員，則您的團體健康計劃首先支付費用。
- 如果您因 ESRD 而有 Medicare，在您取得 Medicare 投保資格前 30 個月，您的團體保健計劃會優先支付費用。

這些類型的承保內容通常首先會為每一類型的相關服務支付費用：

- 無過失保險（含車險）
- 責任險（含車險）

第 1 章。 會員入門指南

- 黑肺病
- 勞工津貼

Medicaid 和 TRICARE 從不會首先支付 Medicare 承保的服務內容它們只會在 Medicare、僱主團體保健計劃和/或 Medigap 支付後才會支付。

如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥局。如果您對首先支付方有所疑問，或您需要更新您的其他保險資訊，請來電聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。您可能需要把您的計劃會員身分識別碼給您的其他保險公司（一旦您確認了他們的身分），這樣您的帳單才能正確且及時地完成支付。

第 2 章

*重要電話號碼
和資源*

第 2 章。 重要電話號碼和資源

第 1 節	KelseyCare Advantage Gold 聯絡人 （如何與我們聯繫，包括如何與計劃中的會員服務部聯繫）.....	24
第 2 節	Medicare （如何直接從聯邦健康保險計劃取得協助與資訊）.....	32
第 3 節	州醫療保險補助計劃。 （免費提供您對於 Medicare 所需之協助、資訊及答案）.....	33
第 4 節	品質改善組織 （由 Medicare 支付，用於檢查具有 Medicare 的人員所獲得的照護品質）.....	34
第 5 節	社會保險	35
第 6 節	Medicare （聯邦與州的聯合計劃，幫助一些收入和資源有限的人支付醫療費用）.....	36
第 7 節	有關可以幫助人們支付處方藥費用的計劃之資訊	37
第 8 節	如何聯絡鐵路退休委員會	40
第 9 節	您是否有來自雇主的「團體保險」或其他健康保險？	41

第 1 節 KelseyCare Advantage Gold 聯絡人

(如何與我們聯繫，包括如何與計劃中的會員服務部聯繫)

如何與我們的計劃的會員服務部聯繫

如有索賠、帳單或會員卡方面的問題需要幫助，請致電或致函 KelseyCare Advantage Gold 會員服務部。我們很樂意協助您。

方法	會員服務部 – 聯絡資訊	
電話	1-866-535-8343 撥打此號碼免費。 服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。 會員服務部也可為非英語母語者提供免費語言口譯服務。	
TTY	711 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。	
傳真	713-442-5450	
來函	KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	– 或 – KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
網站	www.kelseycareadvantage.com	

如何與我們聯絡以要求作出醫療護理承保決定

承保決定是我們就您的福利和承保範圍，或我們將為您的醫療服務支付的金額所做出的決定。有關要求作出醫療保健承保決定的更多資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）。

如果您對我們的承保決定過程有所疑問，請來電聯繫我們。

方法	醫療保健承保決定 – 聯絡資訊	
電話	1-866-535-8343 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。	
TTY	711 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。	
傳真	713-442-5450	
來函	KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	– 或 – KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
網站	www.kelseycareadvantage.com	

第 2 章。 重要電話號碼和資源**如何與我們聯絡以提出醫療護理相關上訴**

上訴是一種要求我們審查並改變我們作出的承保決定的正式方式。有關提出醫療保健上訴的更多資訊，請參閱第 9

章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）。

方法	醫療保健上訴 – 聯絡資訊	
電話	1-866-535-8343 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。	
TTY	711 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。	
傳真	713-442-9536	
來函	KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	– 或 – KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
網站	www.kelseycareadvantage.com	

第 2 章。 重要電話號碼和資源**如何與我們聯絡以提出醫療護理相關投訴**

您可以對我們或我們的網路提供者之一提出投訴，包括您的護理品質相關投訴。這類投訴不涉及承保或付款爭議。（如果您的問題與計劃的承保或款項相關，您應查看上述章節針對提出上訴的部分。）有關提出醫療保健投訴的更多資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）。

方法	醫療保健相關投訴 – 聯絡資訊	
電話	1-866-535-8343 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。	
TTY	711 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。	
傳真	713-442-9536	
來函	KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	– 或 – KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提交關於 KelseyCare Advantage Gold 的投訴。若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。	

如何與我們聯絡以要求作出 Part D 處方藥承保決定

承保決定是指我們就您的福利和承保或我們將為您計劃中包含的 Part D 福利所涵蓋的處方藥支付的金額作出的決定。有關要求作出 Part D

第 2 章。 重要電話號碼和資源

處方藥相關承保決定的更多資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）。

方法	Part D 處方藥承保決定 – 聯絡資訊
電話	1-888-970-0914 撥打此號碼免費。服務時間：24 小時全年無休。
TTY	711 撥打此號碼免費。服務時間：24 小時全年無休。
傳真	1-855-633-7673
來函	CVS Caremark® P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
網站	www.kelseycareadvantage.com

如何與我們聯絡以提出 Part D 處方藥相關上訴

上訴是一種要求我們審查並改變我們作出的承保決定的正式方式。有關提出 Part D 處方藥上訴的更多資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）。

方法	Part D 處方藥上訴 – 聯絡資訊
電話	1-866-535-8343 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。
TTY	711 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。
傳真	713-442-9536

第 2 章。 重要電話號碼和資源

方法	Part D 處方藥上訴 – 聯絡資訊	
來函	KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	– 或 – KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
網站	www.kelseycareadvantage.com	

如何與我們聯絡以提出 Part D 處方藥相關投訴

您可以對我們或我們的網路藥店之一提出投訴，包括您的護理品質相關投訴。這類投訴不涉及承保或付款爭議。（如果您的問題與計劃的承保或款項相關，您應查看上述章節針對提出上訴的部分。）有關提出 Part D 處方藥投訴的更多資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）。

方法	Part D 處方藥投訴 – 聯絡資訊	
電話	1-866-535-8343 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。	
TTY	711 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。	
傳真	713-442-9536	
來函	KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	– 或 – KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832

第 2 章。 重要電話號碼和資源

方法	Part D 處方藥投訴 – 聯絡資訊
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提交關於 KelseyCare Advantage Gold 的投訴。若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

向何處發送要求我們就您收到的醫療護理或藥物支付屬於我們的費用份額的請求

有關您可能需要向我們申請報銷或支付您從提供者那裡收到的帳單的情況的更多資訊，請參閱第 7

章（*要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額*）。

請注意：如果您向我們提出支付要求，而我們拒絕您所提要求的任何一部分，您皆可以對我們的決定提出上訴。請參閱第 9

章（*如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦*）瞭解更多資訊。

方法	支付申請 – 聯絡資訊
電話	<u>醫療索賠</u> - 1-866-535-8343 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。 <u>Part D 藥物索賠</u> - 1-888-970-0914 撥打此號碼免費。服務時間：24 小時全年無休。
TTY	<u>醫療索賠</u> - 711 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。 <u>Part D 藥物索賠</u> - 711 撥打此號碼免費。服務時間：24 小時全年無休。
傳真	<u>醫療索賠</u> 713-442-5450

第 2 章。 重要電話號碼和資源

方法	支付申請 – 聯絡資訊	
來函	<u>醫療索賠</u>	– 或 –
	KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	KelseyCare Advantage 關涉人：Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
	<u>Part D 藥物索賠</u>	
	CVS Caremark® Part D 服務 P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	
網站	www.kelseycareadvantage.com	

第 2 節 Medicare (如何直接從聯邦健康保險計劃取得協助與資訊)

Medicare 是聯邦健康保險計劃，適用於 65 歲或以上的人、某些 65 歲以下具有殘疾的人，以及患有末期腎臟病的人（需要透析或腎臟移植的永久性腎衰竭者）。

負責 Medicare 的聯邦機構是醫療保險和醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, 有時稱為「CMS」）。該機構與包括我們在內的 Medicare Advantage 組織簽訂合約。

方法	Medicare – 聯絡資訊
電話	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 撥打此號碼免費。 24 小時全年無休。
TTY	1-877-486-2048 此號碼需要使用特殊的電話設備，僅適合具有聽力或說話困難者使用。 撥打此號碼免費。
網站	www.medicare.gov 這是 Medicare 的政府官方網站。它為您提供關於 Medicare 和當前 Medicare 議題的最新資訊。它也能提供關於醫院、療養院、醫生、居家照護機構和透析設備的資訊。包括可以直接從電腦列印的手冊。您也可以找到您所在州際的 Medicare 聯絡資訊。 Medicare 網站亦使用以下工具，提供您的 Medicare 資格和投保選項之詳細資訊： • Medicare 資格工具：提供 Medicare 資格狀態資訊。 • Medicare 計劃搜尋器：提供有關您所在地區適用的 Medicare 處方藥計劃、Medicare 保健計劃和 Medigap（Medicare 附加保險 [Medicare Supplement Insurance]）保單的個人化資訊。這些工具可以估算您在不同 Medicare 計劃中可能需要支付的自付費用。

第 2 章。 重要電話號碼和資源

方法	Medicare – 聯絡資訊
網站 (續)	您也可以使用該網站向 Medicare 告知您的任何 KelseyCare Advantage Gold 相關投訴： 將您的投訴告知 Medicare：您可以直接向 Medicare 提交關於 KelseyCare Advantage Gold 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會認真看待您的投訴，並善用這些資訊以協助改善 Medicare 計劃的品質。 如果您沒有電腦，您的本地圖書館或樂齡中心可以協助您使用電腦造訪此網站。或者，您可以來電 Medicare，並告知對方您在尋找的資訊內容。他們將於網站上搜尋該資訊、把它列印出來，並寄送給您。（您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫 Medicare，24 小時全年無休提供服務。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。）

第 3 節 州醫療保險補助計劃。 (免費提供您對於 Medicare 所需之協助、資訊及答案)

州醫療保險補助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 是一項政府計劃，每個州都有訓練有素的顧問。在德克薩斯州 (Texas)，SHIP 被稱為健康資訊諮詢和宣傳計劃 (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP)。

健康資訊諮詢和宣傳計劃

(HICAP) 是獨立的（與任何保險公司或健康計劃無關）。這是一個州計劃，從聯邦政府獲得資金，為有 Medicare 的人提供免費的地方健康保險諮詢。

健康資訊諮詢和宣傳計劃 (HICAP) 顧問可以幫助您解決 Medicare 疑問或問題。他們可以幫助您瞭解您的 Medicare 權利，幫助您投訴您的醫療保健或治療，並幫助您解決您的 Medicare 帳單問題。健康資訊諮詢和宣傳計劃 (HICAP) 顧問還可以幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇，並回答有關轉換計劃的問題。

第 2 章。 重要電話號碼和資源

聯絡 SHIP 的方式與其他資源：

- 請造訪 www.medicare.gov
- 點擊選單最右上方的「**表單、協助與資源 (Forms, Help, and Resources)**」
- 在下拉式選單中，點選「**電話號碼與網站 (Phone Numbers & Websites)**」
- 現在您有數個選項可以使用
 - 選項 #1：您可以進行即時交談
 - 選項 #2：您可以點選底部選單的任一「**主題 (TOPICS)**」
 - 選項 #3：您可以在下拉式選單中，選取您的州，並點選前往。這將帶您前往包含您所在州的電話號碼和資源的頁面。

方法	健康資訊諮詢和宣傳計劃 (HICAP) (德州的 SHIP) – 聯絡資訊
電話	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 此號碼需要使用特殊的電話設備，僅適合具有聽力或說話困難者使用。
來函	701 West 51st Street MC:W352 Austin, TX 78751
網站	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

第 4 節 品質改善組織

(由 Medicare 支付，用於檢查具有 Medicare 的人員所獲得的照護品質)

每個州都有一個指定的品質改善組織 (Quality Improvement Organization)，為 Medicare 受益人提供服務。在德州，品質改善組織被稱為 KEPRO。

第 2 章。 重要電話號碼和資源

KEPRO 有一群醫生和其他醫療照護專業人員，他們由聯邦政府支付報酬。該組織由 Medicare 支付，用於檢查並協助改善具有 Medicare 的人員所獲得的照護品質。KEPRO 是一個獨立的組織。它與我們的計劃無關。

您應該在以下任一情況下聯絡 KEPRO：

- 您對所接受的照護品質有所不滿。
- 您認為您的住院承保過早結束。
- 您認為家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診康復機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務的承保過早結束。

方法	KEPRO（德州的品質改善組織）– 聯絡資訊
電話	1-888-315-0636 工作日：上午 9:00 至下午 5:00，週末及假日：上午 11:00 至下午 3:00
TTY	711
來函	5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
網站	https://www.keproqio.com/

第 5 節 社會保險

社會保險負責確認 Medicare 的資格並處理投保程序。65

歲或以上、或具有殘疾問題或末期腎臟病，且符合某些條件的美國公民和合法永久居民，皆符合 Medicare 之資格。如果您已經取得社會保險的補貼，則會自動加入 Medicare。如果您未取得社會保險的補貼，您必須參加 Medicare。若要申請 Medicare，您可以來電聯繫社會保險，或造訪您的當地的社會保險辦公室。

社會保障部還負責確定誰還必須因收入較高而為 Part D

藥物承保支付額外費用。如果您收到一封來自社會保障部的告知您必須支付額外金額的信函，並且對該金額有疑問，或者如果您的收入因為人生轉變事件而下降，您可以致電社會保障部要求重新考慮。

如果您搬家或變更了您的郵寄地址，請務必來電通知社會保險。

第 2 章。 重要電話號碼和資源

方法	社會保障部 – 聯絡資訊
電話	1-800-772-1213 撥打此號碼免費。 服務時間：星期一至星期五，上午 7:00 至下午 7:00。 您可以 24 小時隨時使用社會保險的自動通話服務，以取得記錄資訊，並進行某些業務。
TTY	1-800-325-0778 此號碼需要使用特殊的電話設備，僅適合具有聽力或說話困難者使用。 撥打此號碼免費。 服務時間：星期一至星期五，上午 7:00 至下午 7:00。
網站	www.ssa.gov

第 6 節**Medicare**

（聯邦與州的聯合計劃，幫助一些收入和資源有限的人支付醫療費用）

Medicaid

是聯邦與州的聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。某些具有 Medicare 的人也符合 Medicaid 的資格。

此外，還有一些透過 Medicaid 提供的計劃，可協助具有 Medicare 的人支付其 Medicare 費用，比如其 Medicare 保費。這些「Medicare 儲蓄計劃 (Medicare Savings Programs)」每年幫助收入和資源有限的人省錢：

- **合格的 Medicare 受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) :**協助支付 Medicare Part A 和 Part B 保費，與其他費用分攤（例如免賠額、共同保險和共付額）。（某些具有 QMB 的人也符合完整 Medicaid 福利 (QMB+) 資格。）
- **指定低收入 Medicare 受益人 (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) :**協助支付 Part B 保費。（某些具有 SLMB 的人也符合完整 Medicaid 福利 (SLMB+) 資格。）
- **合格的個人 (Qualifying Individual, QI) :**協助支付 Part B 保費。

第 2 章。 重要電話號碼和資源

- 合格的殘疾且有工作的個人（**Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI**）：協助支付 Part A 保費。

想瞭解更多關於 Medicaid 及其計劃的資訊，請聯絡德州衛生和人類服務委員會 (Texas Health and Human Services Commission)。

方法	德州衛生和人類服務委員會 - 聯絡資訊
電話	1-800-252-8263 中央時區上午 8:00 至下午 5:00
TTY	1-800-735-2989 此號碼需要使用特殊的電話設備，僅適合具有聽力或說話困難者使用。
來函	Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd Austin, TX 78751-2316
網站	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

第 7 節 有關可以幫助人們支付處方藥費用的計劃之資訊**Medicare 的「額外幫助」計劃****Medicare**

為那些收入和資源有限的人提供「額外幫助」來支付處方藥費用。資源包括您的儲蓄和股票，而非您的房子或汽車。如果您符合條件，您將獲得支付任何 Medicare 藥物計劃的每月保費、年度免賠額和處方共付額方面的幫助。這種「額外幫助」也計入您的自付額。

有些人自動符合「額外幫助」資格，不需要申請。Medicare 會給那些自動符合「額外幫助」資格的人寄一封信。

您也許可以獲得「額外幫助」來支付處方藥保費和費用。想知道您是否有資格獲得「額外幫助」，請致電：

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048，每週 7 天，每天 24 小時提供服務；
- 社會保險辦公室 (Social Security Office) 的電話是 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。TTY 用戶應致電 1-800-325-0778（申請）；或

第 2 章。 重要電話號碼和資源

- 您的州 Medicaid 辦公室 (State Medicaid Office) (申請)。(聯絡資訊請參見本章第 6 節)。

如果您認為自己有資格獲得「額外幫助」，並且您認為在藥房獲取處方時支付的費用分攤額不正確，我們的計劃已經建立了一個程序，允許您申請協助以獲取您對應的共付額等級方面的證據，或者，如果您已經有證據，則可以透過該程序將此證據提供給我們。

- 該計劃將接受藥房或透過會員服務部接受「額外幫助」的最佳可用證據。您必須提交證明符合 Medicaid 資格的文書，比如 Medicaid 卡或其他證明符合 Medicaid 資格的州文書，或者證明您符合「額外幫助」資格的社會保障部信件或文書。如果您有所需的文書，您的藥物共付額將在銷售點進行調整。會員服務部將需要您的文書複本，以對共付額等級進行永久性調整。
- 當我們收到顯示您的共付額等級的證據時，我們將更新我們的系統，以便您在藥房獲得下一個處方時能夠支付正確的共付額。如果您多付了共付額，我們會給您報銷。我們可能向您寄送多付金額的支票，或抵消未來的共付額。如果藥房未向您收取共付額，並將您的共付額作為您所欠的債務，我們可能直接向藥房付款。如果州代表您付款，我們可能會直接向州付款。如果您有問題，請聯絡會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。

Medicare 承保缺口折扣計劃

Medicare 承保缺口折扣計劃為達到承保缺口但未獲得「額外幫助」的 Part D 會員提供品牌藥製造商折扣。對於品牌藥，製造商提供的 70% 折扣中不包括缺口費用中的配藥費。會員支付協議價格的 25% 和品牌藥的一部分配藥費。

如果您達到承保缺口，我們將在您的藥房向您收取處方費用時自動應用折扣，並且您的 *Part D 福利說明 (Part D EOB)* 將顯示提供的任何折扣。您支付的金額和製造商折扣金額都將計入您的自付額，就如同您已經支付了它們並推動您達到承保缺口。計劃支付的金額 (5%) 不計入您的自付額。

您也可以獲得一些學名藥的承保。如果您達到承保缺口，本計劃將支付學名藥價格的 75%，而您支付剩餘的 25%。對於學名藥，計劃支付的金額 (75%) 不計入您的自付額。只有您支付的金額才會被計入自付額，並推動您進入承保缺口。此外，配藥手續費包含在藥物費用中。

我們在全國提供 Medicare 承保缺口折扣計劃。由於 KelseyCare Advantage Gold 在承保缺口階段提供額外的缺口承保，您的自付費用有時會比本文描述的費用低。請參閱第 6 章第 6 節，瞭解有關您在承保缺口階段期間的承保的更多資訊。

第 2 章。 重要電話號碼和資源

KelseyCare Advantage Gold 為選擇胰島素提供額外的缺口承保。在承保缺口階段，您的 30 天供應量選擇胰島素自付費用將為 \$30 - \$35 自付額。請參閱第 6 章第 2.1 節，瞭解有關您在承保缺口階段期間的承保的更多資訊。註：這種費用分攤只適用於那些不符合幫助支付藥物費用計劃（「額外幫助」）資格的受益人。要瞭解哪些藥物是選擇胰島素，請查看我們提供的電子版最新藥品清單。您可以透過藥品清單中的「SI」符號來識別選擇胰島素。如果您對藥品清單有疑問，您也可以致電會員服務部（會員服務部的電話號碼印於本手冊封底）。

如果您對正在服用藥物的折扣可用性或 Medicare 承保缺口折扣計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。

如果您有州藥物援助計劃 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 的承保怎麼辦？

如果您參加了州藥物援助計劃 (SPAP)，或任何其他為 Part D 藥品提供承保的計劃（「額外幫助」除外），您仍然可以就承保品牌藥獲得 70% 折扣。此外，該計劃在承保缺口階段支付 5% 的品牌藥費用。70% 的折扣和計劃支付的 5% 都適用於任何 SPAP 或其他承保之前的藥品價格。

**如果您有 AIDS 藥物援助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 怎麼辦？
什麼是 AIDS 藥物援助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)？**

AIDS 藥物援助計劃 (ADAP) 幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲得挽救生命的 HIV 藥物。同樣受 ADAP 承保的 Medicare Part D 處方藥符合德州 HIV 藥物治療計劃 (Texas HIV Medication Program, THMP) 的處方藥費用分攤援助條件。註：要獲得在您所在州開展的 ADAP 的資格，個人必須滿足某些標準，包括州居住證明和 HIV 狀態證明、州定義的低收入以及無保險/保險不足的狀態。

如果您目前已加入 ADAP，它可以繼續針對 ADAP 處方集上的藥物為您提供 Medicare Part D 處方藥費用分攤援助。為確保您繼續獲得此援助，請將您 Medicare Part D 計劃名稱或保單編號的任何更改通知您當地的 ADAP 登記工作人員。

德州 HIV 藥物治療計劃 (THMP)
P.O. Box 149347, MC 1873, Austin, TX 78714
www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds
1-800-255-1090

有關資格標準、承保藥物或如何加入該計劃的資訊，請致電德州 HIV 藥物治療計劃電話 1-800-255-1090。

第 2 章。 重要電話號碼和資源

如果您獲得 Medicare「額外幫助」來幫助支付您的處方藥費用怎麼辦？您是否能獲得折扣？

否。如果您獲得「額外幫助」，您在承保缺口期間已經獲得了處方藥費用承保。

如果您沒有獲得您認為應該獲得的折扣該怎麼辦？

如果您認為自己已達到承保缺口並且在支付品牌藥費用時沒有獲得折扣，您應該查看下一份 *Part D 福利說明* (Part D EOB) 通知。如果折扣沒有出現在您的 *Part D 福利說明* 中，您應與我們聯絡，以確保您的處方記錄正確且及時更新。如果我們不同意應該為您提供折扣，您可以上訴。您可以從您的州健康保險援助計劃 (SHIP)（電話號碼在本章第 3 節中）或透過致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（服務時間為每週 7 天每天 24 小時）獲得提起上訴方面的幫助。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。

州藥品援助計劃

許多州都有州藥品援助計劃，可根據經濟需要、年齡、醫療狀況或殘疾狀況幫助某些人支付處方藥費用每個州都有為其會員提供藥物承保的不同規則。

方法	德州腎臟保健計劃 (Texas Kidney Health Care Program, KHC) – 聯絡資訊
電話	1-800-222-3986 週一至週五上午 8:00 至下午 5:00
TTY	711
來函	Kidney Health Care Eligibility Services MC 1938, P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347
網站	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

第 8 節 如何聯絡鐵路退休委員會

鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board)

是一個獨立的聯邦機構，負責管理全國鐵路工人及其家庭的全面性福利項目。如果您對鐵路退休委員會提供給您的福利有所疑問，請聯繫該機構。

第 2 章。 重要電話號碼和資源

如果您是透過鐵路退休委員會取得您的 Medicare，若您搬家或變更了您的郵寄地址，請務必去電並通知該機構。

方法	鐵路退休委員會 - 聯絡資訊
電話	1-877-772-5772 撥打此號碼免費。 如果您按「0」，您可以在星期一、星期二、星期四和星期五上午 9:00 至下午 3:30，以及星期三上午 9:00 至中午 12:00 與鐵路退休委員會（RRB）的代表進行通話。 如果您按「1」，您可以一天 24 小時（包括週末與假日），聯絡鐵路退休委員會（RRB）的自動服務熱線並獲取錄音訊息。
TTY	1-312-751-4701 此號碼需要使用特殊的電話設備，僅適合具有聽力或說話困難者使用。 撥打此號碼非免費。
網站	rrb.gov/

第 9 節 您是否有來自雇主的「團體保險」或其他健康保險？

如果您（或您的配偶）從作為本計劃一部分的您（或您的配偶）的僱主或退休人員團體獲得福利，如果您有任何問題，您可以致電僱主/工會福利管理員或會員服務部。您可以詢問您（或您的配偶）的僱主或退休醫療福利、保費或投保期。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)，詢問您在本計劃中享有的 Medicare 承保相關的問題。

如果您透過您的（或您配偶的）僱主或退休人員團體獲得其他處方藥承保，請聯絡**相關團體的福利管理員**。福利管理員可以幫助您確定您目前的處方藥承保如何與我們的計劃配合。

第 3 章

使用計劃承保 您的醫療服務

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

第 1 節	說明作為我們的計劃會員，取得承保的醫療護理的重要須知事項	45
第 1.1 節	什麼是「網路提供者」和「承保服務」？	45
第 1.2 節	取得計劃所承保的醫療護理的基本規則	45
第 2 節	使用計劃網路中的提供者，取得您的醫療護理.....	46
第 2.1 節	您必需選擇一個初級保健提供者 (PCP) 來提供和監督您的醫療護理 ...	46
第 2.2 節	在您未預先取得 PCP 批准的情況下，可以獲得何種醫療護理服務？ ..	47
第 2.3 節	如何從專科醫生和其他網路提供者取得照護	48
第 2.4 節	如何從網路外提供者取得照護	49
第 3 節	當您有緊急或急需護理需求或在災難期間如何獲得承保服務	50
第 3.1 節	在您有醫療緊急情況時取得護理	50
第 3.2 節	在您有迫切服務需求時獲得護理	51
第 3.3 節	在災難期間獲得護理	52
第 4 節	如果您直接被收取承保服務的全額費用，該怎麼做？	52
第 4.1 節	您可以要求我們支付我們承保服務部分的費用份額。	52
第 4.2 節	如果我們的計劃不承保該服務，您必須支付全額費用。	52
第 5 節	如果您正在參與「臨床研究」，您的醫療服務會如何受到承保？	53
第 5.1 節	什麼是「臨床研究」？	53
第 5.2 節	如果您參與了臨床研究，哪一方需支付哪些項目？	54
第 6 節	在「宗教性非醫療健康照護機構」獲取護理的規則	55
第 6.1 節	什麼是宗教性非醫療健康照護機構？	55
第 6.2 節	接受宗教性非醫療健康保健機構的護理	55
第 7 節	耐用醫療設備的所有權規則	56
第 7.1 節	根據我們的計劃支付了一定數量的款項後，您是否會擁有耐用醫療設備？	56
第 8 節	氧氣設備、用品和維護規則	57
第 8.1	您有權享用哪些氧氣福利？	57
第 8.2 節	什麼是您的費用分攤？36 個月後會改變嗎？	57

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

第 8.3 節	如果您離開您的計劃並回到 Original Medicare 會怎麼樣？	57
---------	--	----

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務**第 1 節****說明作為我們的計劃會員，取得承保的醫療護理的重要須知事項**

這一章說明了使用計劃取得承保的醫療護理的須知事項。它提供了術語的定義，並說明了取得醫療治療、服務和計劃所承保的其他醫療護理所須遵循的規範。

如需我們的計劃所承保的醫療護理之詳細資訊，以及取得該護理所需支付的金額，請使用下一章的福利表，第 4 章（*醫療福利表，承保內容和您支付的費用*）。

第 1.1 節 什麼是「網路提供者」和「承保服務」？

以下定義可協助您瞭解作為我們計劃的會員，您如何取得承保的醫療和服務：

- 「**提供者**」是經國家許可提供醫療服務和護理的醫生和其他醫療照護專業人員。「提供者」一詞還包括醫院和其他醫療照護機構。
- 「**網路提供者**」是與我們達成協議，接受我們的付款和您的費用分攤金額作為全額款項的醫生和其他醫療照護專業人員、醫療團體、醫院和其他醫療照護機構。我們已安排這些提供者為我們的計劃的會員提供承保服務。我們網路中的服務提供者將直接向我們收取他們為您提供護理的費用。當您看到網路提供者，您只須支付您使用其服務的份額費用。
- 「**承保服務**」包括我們計劃所承保的所有醫療護理、醫療照護服務、用品和設備。您的醫療護理的承保服務已列在第 4 章的福利表中。

第 1.2 節 取得計劃所承保的醫療護理的基本規則

作為一項 Medicare 健康計劃，KelseyCare Advantage Gold 必須承保 Original Medicare 涵蓋的所有服務，並且必須遵循 Original Medicare 的承保規則。

只要符合以下條件，KelseyCare Advantage Gold 通常都會承保您的醫療護理：

- 您所獲得的護理包含在計劃的醫療福利表上（該表在本手冊第 4 章）。
- 您接受的護理被認為有醫療上的必要性。「醫療上的必要性」是指為預防、診斷或治療您的疾病所必要的服務、用品或藥物，並且符合公認的醫療實踐標準。
- 您具有一名網路初級照護提供者 (**primary care provider, PCP**)，該提供者會提供並監督您的照護。作為我們計劃的會員，您必須選擇網路 PCP（關於這方面的更多資訊，請參閱本章第 2.1 節）。

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

- 在大多數情況下，我們的計劃必須事先批准，您才能使用計劃網路中的其他提供者，例如專科醫師、醫院、專業護理機構或居家照護機構。這稱為提供您「轉診」。關於這方面的更多資訊，請參閱本章第 2.3 節。
- 緊急護理或急需服務不需要 PCP 轉診。還有一些其他類型的護理無需事先獲得 PCP 的批准（關於這方面的更多資訊，請參閱本章第 2.2 節）。
- **您必須接受網路提供者的護理**（有關過於此的更多資訊，請參見本章第 2 節）。

在大多數情況下，您從網路外提供者（不屬於我們計劃網路的提供者）處接受的護理將不被承保。以下是三個例外：

- 計劃承保您從網路外提供者那裡獲得的緊急護理或急需服務。關於這方面的更多資訊以及什麼是緊急或急需服務，請參閱本章第 3 節。
- 如果您需要 Medicare 要求我們計劃承保的醫療護理，而我們網路中的提供者無法提供這種護理，您可以從網路外提供者那裡獲得這種護理。在尋求非緊急護理之前，應先獲得計劃的授權。在這種情況下，您支付的費用與您從網路提供者處獲得護理所支付的費用相同。如需獲得批准前往網路外醫生處就診的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
- 計劃涵蓋當您暫時不在計劃服務區時，您在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。

第 2 節 使用計劃網路中的提供者，取得您的醫療護理

第 2.1 節 您必需選擇一個初級保健提供者 (PCP) 來提供和監督您的醫療護理
--

什麼是「PCP」，以及 PCP 能為您提供什麼服務？

- **什麼是 PCP？** PCP 是一名網路中的醫生，能為您提供大部分日常健康照護需求，並協助協調您的其他醫療需求。
- **什麼類型的提供者可作為 PCP？** 通常，網路中的家庭醫學和內科醫生可作為 PCP。偶爾，另一名專科醫生會同意作為您的 PCP，如果他們管理您的所有護理問題。
- **PCP 在 KelseyCare Advantage Gold 中的作用是什麼？** 您的 PCP 會為您的日常醫療照護需求提供護理，並協助您協調您的護理問題。您的 PCP 會安排預防性醫療照護檢查，安排實驗室測試和其他診斷檢測。您的 PCP 會與專科醫師協調您的臨床照護。

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

- **PCP 在協調的承保服務中的角色為何？** 您的 PCP 會協助您協調您的醫療照護需求。協調您的護理包括向我們的計劃提供者諮詢您的護理，並監控您正在接受的任何治療。您的 PCP 還可以協助安排您可能需要的任何其他承保服務或用品，例如居家健康照護或醫療設備。專科醫生也會協助您安排其他服務。
- **PCP**
在作出預先授權的決定或獲取預先授權（如若適用）上的作用為何？在某些情況下，您的 PCP 或其他醫療服務提供者可能需要就某些類型的服務或測試提前獲得我們使用管理部門的批准（這被稱為獲得「事先授權」）。需要事先授權的服務和項目列在第 4 章。

您如何選擇您的 PCP？

您必須透過查看計劃的 *Provider*

Directory（提供者名錄）中列出的家庭醫學或內科醫生的列表來選擇您的

PCP，並致電提供者的主要號碼來預約。某些 PCP

只會在您是現有病人，且過去曾為您提供看診服務的情況下才會為您看診。

初級照護醫師服務必須由網路內的家庭醫學或內科提供者提供。

變更您的 PCP

您可以隨時以任何因素變更您的 PCP。此外，您的 PCP

可能會退出我們計劃的提供者網路，而您將必須另尋新的 PCP。

您隨時可以去電會員服務部，變更您的 PCP。

第 2.2 節 在您未預先取得 PCP 批准的情況下，可以獲得何種醫療護理服務？

在未預先取得 PCP 批准的情況下，您可以獲得以下列出的服務。

- 定期的婦女醫療保健，包括乳房檢查、乳房攝影檢查（乳房 X 光）、子宮頸抹片檢查和骨盆檢查，只要您從網路提供者獲得這些服務。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗接種、B 型肝炎疫苗接種和肺炎疫苗接種，只要您從網路提供者獲得這些服務。
- 來自網路提供者或網路外提供者的緊急服務
- 當網路提供者暫時不可用或無法使用時（例如，當您暫時不在計劃服務區時），網路提供者或網路外提供者提供的急需服務

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

- 當您暫時不在計劃服務區時，您在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎臟透析服務。（如果方便的話，請在您離開服務區前致電會員服務部，以便我們協助安排您在離開期間維持透析治療。會員服務部的電話號碼列印於本手冊的封底。）

第 2.3 節 如何從專科醫生和其他網路提供者取得照護

專科醫生是為特定疾病或身體的某個部位提供健康照護服務的醫生。有許多不同類型的專科醫生。以下是幾個範例：

- 為癌症病患提供護理的腫瘤醫生。
- 為心臟相關疾病病患提供護理的心臟科醫生。
- 為患有某些骨骼、關節或肌肉疾病病患提供護理的骨科醫生。

PCP 在將會員轉診給專科醫生和其他提供者方面的作用為何？**您的 PCP**

可能需要就某些類型的轉診事先得到我們計劃的批准（這被稱為獲得「事先授權」）。如有需要，您在計劃中的專科醫生或某些其他醫療服務提供者看診前，向您的 PCP 獲得轉診（事先授權/批准）是非常重要的（有幾個例外情況，包括我們在本節上文解釋的常規婦女保健）。如果您在接受專科醫生服務前沒有轉診（事先授權/批准），您可能需要自己支付這些服務的費用。

如果專科醫生希望您再來接受更多的治療，請先確認您向 PCP 得到的第一次看診的事先授權包括更多的專科看診。

您的 PCP

可以將您轉介給任何網路專科醫生。如果您想看某個特定的計劃提供者，您可以向 PCP 申請轉診。

註：如果專科醫生或其他醫療服務提供者與您的 PCP 屬於同一個獨立執業協會 (IPA) 和/或當地醫療服務組織 (LPO)，您可能不一定需要轉診。IPA/LPO

是一個由醫生組成的團體，包括與 HMO 簽訂合約的 PCP

和專科醫生，以及其他醫療服務提供者，包括醫院，以向會員提供服務。詢問您的 PCP 是否屬於 IPA/LPO，以及是否需要轉診去看同一 IPA/LPO 的專科醫生或其他醫療服務提供者。

進行某些類型的服務之前，您的 PCP

或專科醫生可能需要事先得到計劃的批准（事先授權）。如果獲得批准，事先授權將允許您接受特定的服務（或特定數量的服務）。一旦接受獲授權的服務數量，您的 PCP 或專科醫生將需要得到計劃的額外批准，以便您繼續接受專門治療。請參閱第 4 章第 2.1

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

節的醫療福利表，了解哪些服務可能需要事先授權，如果您不確定，務必請您的醫療服務提供者與計劃確認。

如果某位專科醫生或其他網路提供者退出了我們的計劃，會如何？

我們可能會在這一年更改您計劃中的醫院、醫生和專科醫生（提供者）。您的提供者可能出於多種原因退出您的計劃，但如果您的醫生或專科醫生確實退出了您的計劃，您將享有以下概述的某些權利和保護：

- 儘管我們的提供者網路在這一年中可能會發生變化，但 Medicare 要求我們提供您不間斷的合格醫生和專科醫師服務。
- 我們將盡最大的努力，至少提前 30 天通知您，告知您的提供者將退出我們的計劃，以便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，以繼續管理您的醫療保健需求。
- 如果您正在接受治療，您有權提出要求，並且我們將與您合作以確保您正在接受的醫學必要治療不會中斷。
- 如果您認為我們沒有為您提供合格的提供者來取代您之前的提供者，或者您的護理沒有得到適當的管理，您有權對我們的決定提出上訴。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生要退出您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您尋找新的提供者來管理您的護理。

請致電會員服務部電話 713-442-CARE (2273) 或免費電話 1-866-535-8343 瞭解其他資訊。（TTY 用戶應撥打 711。）服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。

第 2.4 節 如何從網路外提供者取得照護

一般來說，您必須接受網路提供者的護理。在大多數情況下，您從網路外提供者（不屬於我們計劃網路的提供者）處接受的護理將不被承保。以下是三個例外：

- 計劃承保您從網路外提供者那裡獲得的緊急護理或急需護理。有關這方面的更多資訊以及什麼是緊急或急需護理，請參見本章第 3 節。
- 如果您在計劃服務區外旅行時患有 ESRD，且無法獲取簽約的提供者之服務，則計劃會承保透析服務。這僅適用於美國境內。

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

- 如果您需要 Medicare
要求我們計劃承保的醫療護理，而我們網路中的提供者無法提供這種護理，您可以從網路外提供者那裡獲得這種護理。在向網路外提供者尋求非緊急護理之前，應獲得計劃的授權。在這種情況下，如果獲得授權，您支付的費用將與您從網路提供者處獲得護理所支付的費用相同。

第 3 節**當您有緊急或急需護理需求或在災難期間如何獲得承保服務****第 3.1 節 在您的醫療緊急情況時取得護理****什麼是「醫療緊急情況」，且如果有醫療緊急情況時，該怎麼做？**

「緊急醫療情況」是指您或其他任何具有一般健康和醫學常識的人，認為您的醫療症狀需要立即進行醫療處理，以防發生生命危險、截肢或肢體殘障的情況。醫療症狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的醫療狀況。

如果您有醫療緊急情況：

- **盡速取得協助。**撥打 911
以尋求協助，或前往最近的急診室或醫院。如有必要，請呼叫救護車。您無須先向您的 PCP 取得批准或轉診。
- **請盡速確保我們的計劃已知曉您的緊急情況。**我們必須追蹤您的緊急護理。您或其他人通常應該要在 48
小時內致電告訴我們有關您的緊急護理的資訊。請去電會員卡或本手冊封底上的會員服務部電話號碼。

如果您有醫療緊急情況，承保內容為何？

在美國或其屬地的任何地方，只要您需要，即可獲得緊急醫療護理承保。全球緊急護理也在承保範圍內。我們的計劃承保在以任何其他方式前往急診室可能危及您健康的情況下的救護車服務。有關更多資訊，請參見本手冊第 4 章的「醫療福利表」。

KelseyCare Advantage Gold

計劃提供全球緊急承保。您可以在美國之外獲得緊急護理。緊急護理包括急診室看診、緊急住院和送您前往急診室的救護車服務。計劃通常不支付在國外緊急護理後，返回美國的交通費用。如果這些服務是在美國取得，計劃將支付 Medicare 允許的服務金額的 100%，但會扣除任何共付額或共同保險。某些服務提供者，例如遊輪，會向您收取比 Medicare

還高的費用，因此您可能需支付較高的自付費用。美國以外的緊急護理提供者可能會要求

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

您在服務提供時支付護理費用。您需要向計劃提交收據和任何醫療資訊以進行付款。急診室或緊急入院以外的護理沒有全球承保。在美國以外購買的藥物亦不受承保。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章。

如果您有緊急情況，我們將與為您提供緊急護理的醫生聯繫，以協助管理並追蹤您的護理狀況。為您提供緊急護理的醫生將決定您的狀況何時穩定，以及醫療緊急情況結束的時間。

醫療緊急情況結束後，您有權進行後續護理，以確保您的狀況保持穩定。您的後續護理由我們的計劃所承保。如果是網路外的提供者提供您緊急護理服務，我們將在您的健康狀況與條件允許的情況下，盡速安排網路提供者接管您的護理服務。

如果並非醫療緊急情況，會如何？

有時，很難判斷您是否確實有醫療緊急情況。例如，您可能認為自己的健康狀況處於嚴重危險之中而前往急診護理，但醫生卻認為這並非醫療緊急情況。如若結果並非緊急情況，只要您有理由認為自己的健康狀態處於嚴重危險之中，我們便會承保您的護理所需。

然而，在醫生表明這並非緊急情況後，只有當您於以下兩種情況下取得額外護理時，我們才會承保該部分的額外護理：

- 您前往網路提供者那裡獲得額外護理。
- – 或者 –
您得到的額外護理被認為是「急需服務」，您遵守獲得這種急需服務的規則（有關這方面的更多資訊，參見下文第 3.2 節）。

第 3.2 節 在您有迫切服務需求時獲得護理**什麼是「急需服務」？**

「急需服務」是非緊急、不可預見的醫療疾病、受傷，或需要立即接受醫療護理的狀況所提供的服務。當網路提供者暫時不可用或無法使用時，網路提供者或網路外提供者提供的急需服務。例如，不可預見的狀況可能是您在已知狀況下不可預見的突發事件。

如果在您有急需服務需求時，您位於計劃的服務區域內，該怎麼做？

您應該總是嘗試從網路提供者獲得急需服務。但是，如果提供者暫時不可用或無法使用，並且等到網路可用時，再從您的網路提供者獲得護理並不合理，我們將承保您從網路外提供者獲得的急需服務。

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

若要取得關於本計劃網路中的緊急護理中心的資訊，請參考位於下列網址 www.kelseycareadvantage.com 的 *Provider*

Directory (提供者名錄) 或聯繫會員服務部。(會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。) 如果您在非上班時間對急診護理服務有疑問，您可以去電 Kelsey-Seybold Clinic 的 24 小時客服中心 713-442-0000，向註冊護理師或醫生諮詢。

如果在您有急需服務需求時，您位於計劃的服務區域外，該怎麼辦？

當您在服務區域外，且無法從網路提供者獲取醫療服務時，我們的計劃將承保您從任何提供者獲取的急需服務。

如發生本章上一節（第 3.1 節）所述的下列情況，我們的計劃承保美國以外的全球緊急服務。

第 3.3 節 在災難期間獲得護理

如果您所在州的州長、美國衛生及公共服務部長或美國總統，宣布您所在區域進入災難或緊急狀態，您仍有權享有您的計劃的護理服務。

請造訪以下網站：<https://www.kelseycareadvantage.com/medicare-compliance/emergency-notices>，以瞭解如何在災難期間獲得所需護理的資訊。

一般來說，如果您在災難期間無法使用網路提供者，您的計劃將允許您以分攤網路內費用的方式，從網路外提供者獲取醫療服務。如果您在災難期間不能使用網路藥房，您可能能夠從網路外藥房配處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，以了解更多資訊。

第 4 節 如果您直接被收取承保服務的全額費用，該怎麼辦？**第 4.1 節 您可以要求我們支付我們承保服務部分的費用份額。**

如果您為承保服務支付的費用超過了您的份額，或者如果您收到了承保醫療服務全部費用的帳單，請前往第 7

章（要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額）瞭解有關該怎麼做的資訊。

第 4.2 節 如果我們的計劃不承保該服務，您必須支付全額費用。

KelseyCare Advantage Gold

承保所有醫療必要的醫療服務，這些服務列於計劃的醫療福利表上（該表在本手冊第 4

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

章)，並且按照計劃規則獲得。您有責任支付非我們的計劃承保的服務的全額費用，因為該服務非計劃承保的服務，或者因為該服務是由網路外提供者所提供，且未獲得授權。

如果您對我們是否會支付您正在考慮獲取的任何醫療服務或護理有任何疑問，您有權在獲取該服務前，詢問我們是否會承保該服務。您也有權來信對此提出詢問。如果我們回應我們不會承保您的服務費用，您有權對我們不承保您的醫療費用之決定提出上訴。

第 9

章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）有更多關於您希望我們作出承保決定或希望對我們已經作出的決定提出上訴時應怎麼做的資訊。您也可以去電會員服務部以獲取更多資訊（電話號碼列印於本手冊封底）。

針對有賠付限制的承保服務，在您用完該類型承保服務的賠付額度後，您需要支付獲得的任何服務的全額費用。您在達到福利限額後支付的費用將不計入您的自付額上限。當您想知道自己已經使用了多少福利限額時，您可以致電會員服務部。

第 5 節**如果您正在參與「臨床研究」，您的醫療服務會如何受到承保？**

第 5.1 節**什麼是「臨床研究」？**

臨床研究（也稱為「臨床試驗」）是醫生和科學家測試新型醫療護理的一種方式，比如測試一種新的抗癌藥物的效果如何。他們會透過尋求志願者的協助以測試新型醫療程序或藥物。這種研究是協助醫生和科學家驗證新方法是否有效、是否安全的研究過程的最後階段中的一部分。

並非所有的臨床研究都向我們的計劃的會員開放。Medicare 首先需要批准研究。如果您參加的研究未獲得 Medicare 的批准，您將負責支付您所參與研究的所有費用。

一旦 Medicare

批准研究，開展研究的人員將與您聯絡，向您解釋有關該研究的更多資訊，並確認您是否符合進行該研究的科學家設定的要求。只要您符合該研究的要求，並且您對參與該研究所涉及的内容有充分的理解及接受，您便可以參與該研究。

如果您參與了 Medicare 所批准的研究，Original Medicare

將為您在研究中所獲得的承保服務支付大部分的費用。當您在進行臨床研究時，您可以繼續投保我們的計劃，並通過我們的計劃持續獲取您的其餘護理（此護理與該研究無關）。

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

如果您想參與 Medicare 批准的臨床研究，您無須獲得我們或您的 PCP 的批准。作為臨床研究的一部分，為您提供醫療服務的提供者無須是我們的計劃的網路提供者之一。

雖然您不需要得到我們的計劃的許可，即可參與臨床研究，但您需要在開始參與臨床研究之前通知我們。

如果您打算參與臨床研究，請聯繫會員服務部（電話號碼列印在本手冊封底），告知您將參與臨床試驗，並了解您的計劃所將支付的更多具體細節。

第 5.2 節 如果您參與了臨床研究，哪一方需支付哪些項目？

一旦您參與了 Medicare

批准的臨床研究，您將獲得作為研究一部分的日常項目和服務之承保，包括：

- Medicare 會支付住院期間的食宿費用，即使您並未參與研究。
- 手術或其他醫療程序，如果這是該研究的一部分。
- 新醫療護理的副作用和併發症之治療。

Original Medicare 會為您在研究中所獲得的承保服務支付大部分的費用。在 Medicare 支付了這些服務的費用後，我們的計劃也將支付部分費用。我們將支付 Original Medicare 的分攤費用與我們的計劃會員的分攤費用間的差額。這意味著，您在研究中獲得服務應支付的金額，與從我們的計劃中獲得該服務所需支付的金額相同。

以下是一個費用分攤的範例：假設您花費了 \$100 的實驗室測試，作為研究的一部分。另假設在 Original Medicare 中，您分攤的測試費用是 \$20，但在我們的計劃福利中，測試費用是 \$10。在這種情況下，Original Medicare 將支付 \$80 的測試費，我們將支付另外的 \$10。這意味著您將支付 \$10，這與您在我們的計劃福利中所支付的金額完全一致。

為使我們支付我們所需支付的費用份額，您需要提交另一份付款申請。根據您的請求，您需要寄送一份您的 Medicare Summary

Notices（摘要通知）或其他文件的副本給我們，說明您在研究中接受了哪些服務，以及所需支付的金額。更多關於提交付款申請的資訊請參閱第 7 章。

當您參與臨床研究時，Medicare 和我們的計劃都不會支付以下任何費用：

- 一般來說，Medicare 不會為研究正在測試的新項目或服務支付費用，除非 Medicare 將承保該項目或服務，即使您未參與研究。

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

- 該研究免費提供給您或其他任何參與者的項目或服務。
- 僅為蒐集數據而提供，且不用於您的直接醫療保健之項目或服務。例如，Medicare 不會支付作為研究的一部分的每月 CT 掃描的費用，如果您的健康狀況通常只需進行一次 CT 掃描。

您還想深入了解什麼資訊？

您可以造訪 Medicare 網站或下載出版物「Medicare and Clinical Research Studies (Medicare 和臨床研究)」，來獲得更多關於加入臨床研究的資訊。（該出版物可在下列網址取得：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）

您也可以撥打 24 小時全年無休的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。

第 6 節 在「宗教性非醫療健康照護機構」獲取護理的規則**第 6.1 節 什麼是宗教性非醫療健康照護機構？**

宗教性非醫療健康照護機構是為通常應在醫院或專業護理機構治療的病症提供護理的機構。如果在醫院或專業護理機構接受治療與會員的宗教信仰相違背，我們將提供宗教性非醫療健康照護機構的治療。您可以隨時以任何因素選擇就醫。這項福利只提供 Part A 的住院服務（非醫療保健服務）。Medicare 僅支付宗教性非醫療照護機構提供的非醫療照護服務。

第 6.2 節 接受宗教性非醫療健康保健機構的護理

若要從宗教性非醫療照護機構獲取醫療護理，您必須簽署一份法律文件，表明您出於良心反對接受「非例外」的治療。

- 「非例外」醫療護理或治療是指 *自願*且不受任何聯邦、州際或地方法律要求的任何醫療護理或治療。
- 「例外」醫療是指 *非自願*或根據聯邦、州際或地方法律要求的醫療護理或治療。

若要受我們的計劃承保，您從宗教性非醫療照護機構所獲得的護理必須滿足以下條件：

- 提供醫療服務的機構必須得到 Medicare 的認證。
- 我們的計劃所承保的服務範圍僅限於 *非宗教*方面的護理。
- 如果您從該機構所獲得的服務是由設施所提供，則適用以下條件：

第 3 章。 使用計劃承保您的醫療服務

- 您必須患有需要接受承保住院醫院護理或專業護理機構護理服務的醫療狀況。
- – 並且 –
在入住設施之前，您必須事先獲得我們計劃的批准，否則您的住院將不予承保。

根據所提供的護理類型，適用住院醫院保險範圍限制或專業護理設施限制。請參閱第 4 章的福利表以瞭解更多資訊。

第 7 節 耐用醫療設備的所有權規則**第 7.1 節**

根據我們的計劃支付了一定數量的款項後，您是否會擁有耐用醫療設備？

耐用醫療設備（Durable medical equipment, DME）包括氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音生成設備、靜脈輸液幫浦、霧化器和由提供者安排用於家用的醫院病床。會員總會擁有某些物品，比如義肢。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型的耐用醫療設備（DME）。

在 Original Medicare，租用某類 DME 者在支付 13 個月的共付額後即擁有該設備。然而，作為 KelseyCare Advantage Gold 的會員，無論您在作為我們計劃的會員期間為該物品支付了多少共付額，您通常不會獲得租用的耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 的所有權。在特定少數情況下，我們會把耐用醫療設備 (DME) 項目的所有權轉讓給您。請來電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）以了解您需符合的要求以及您需要提供的文件。

如果您轉換成 Original Medicare，您為耐用醫療設備所支付的款項會如何處理？

如果您在我們的計劃中未獲得耐用醫療設備 (DME) 項目的所有權，在您轉換成 Original Medicare 後，為擁有該項目，您將必須進行 13 次新的連續付款。您在我們的計劃中的付款不會計入這 13 次連續付款。

如果您在加入我們的計劃之前，為 Original Medicare 的耐用醫療設備 (DME) 支付的款項少於 13 次，則您之前的付款也不會計入這 13 次連續付款中。在您返回使用 Original Medicare 後，為擁有該項目，您將必須進行 13 次新的連續付款。當您返回使用 Original Medicare 後，沒有任何例外情況。

第 8 節 氧氣設備、用品和維護規則

第 8.1 您有權享用哪些氧氣福利？

如果您有資格享受 Medicare 氧氣設備承保，則只要您投保，KelseyCare Advantage Gold 將會承保：

- 氧氣設備租用
- 氧氣輸送與氧氣含量
- 用於輸送氧氣和氧氣含量的管道和相關氧氣附件
- 氧氣設備的維護與修復

如果您離開 KelseyCare Advantage Gold
或在醫療上不再需要氧氣設備，則必須將氧氣設備歸還給所有者。

第 8.2 節 什麼是您的費用分攤？36 個月後會改變嗎？

您的 Medicare 氧氣設備承保的費用分攤是每月 20% 網路內共同保險。

在加入 KelseyCare Advantage Gold 36 個月後，您的費用分攤將不會改變。

如果在加入 KelseyCare Advantage Gold 之前，您已經支付了 36 個月的氧氣設備承保租賃費，則您在 KelseyCare Advantage Gold 中的費用分攤是 20% 網路內共同保險。

第 8.3 節 如果您離開您的計劃並回到 Original Medicare 會怎麼樣？

如果您轉回 Original Medicare，那麼您便會開始一個新的 36 個月的週期，每五年更新一次。例如，如果您在加入 KelseyCare Advantage Gold 之前已經支付了 36 個月的氧氣設備租金，在加入 KelseyCare Advantage Gold 12 個月再轉回 Original Medicare 的情況下，您將支付氧氣設備承保的全部費用分攤。

同樣地，如果您在加入 KelseyCare Advantage Gold 期間已經支付了 36 個月的款項，然後又轉回了 Original Medicare，您將支付氧氣設備承保的全部費用分攤。

第 4 章

醫療福利表

(承保內容和
您支付的費用)

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

第 1 節	了解您的承保服務自付費用	60
第 1.1 節	您可能為承保服務支付自付費用的類型	60
第 1.2 節	您將為 Medicare Part A 和 Part B 承保的醫療服務支付的最高費用是 多少？	60
第 1.3 節	我們的計劃不允許提供者給您「餘額帳單 (balance bill)」	61
第 2 節	使用 <i>醫療福利表</i>，了解承保的內容以及您須支付的費用	61
第 2.1 節	您作為計劃會員的醫療福利和費用	61
第 2.2 節	您可以購買的額外「可選補充」福利	103
第 3 節	計劃不承保哪些服務？	104
第 3.1 節	我們不承保的服務（除外條款）	104

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）**第 1 節 了解您的承保服務自付費用**

本章重點為您的承保服務以及您為您的醫療福利所支付的費用。它包括一個醫療福利表，其中列出了您的承保服務，並顯示了您作為 KelseyCare Advantage Gold 會員將為每項承保服務支付多少費用。在本章的後面部分，您可以找到有關未承保的醫療服務相關資訊。它還解釋了對某些服務的限制。

第 1.1 節 您可能為承保服務支付自付費用的類型

若要瞭解我們在本章中提供給您的付款資訊，您需要瞭解您可能需為您的承保服務支付自付費用的類型。

- 「共付額」是您每次接受某種醫療服務時所支付的固定金額。當您獲取醫療服務時須支付共付額。（第 2 節的醫療福利表說明了更多共付額的相關資訊。）
- 「共同保險」是您支付的某些醫療服務總費用的百分比。當您獲取醫療服務時須支付共同保險。（第 2 節的醫療福利表說明了更多共同保險的相關資訊。）

大多數符合 Medicare 或合格的 Medicare

受益人（QMB）計劃的人都不應支付免賠額、共付額或共同保險。務必向您的提供者出示 Medicare 或 QMB

的資格證明（如若適用）。如果您認為您被要求支付的内容不當，請聯繫會員服務部。

第 1.2 節 您將為 Medicare Part A 和 Part B 承保的醫療服務支付的最高費用是多少？

因為您加入了 Medicare Advantage Plan，根據 Medicare Part A 和 Part B 承保的網路內醫療服務，您每年必須自付的金額是有限制的。（請參見下文第 2 節的醫療福利表）。此限制稱為醫療服務最高自付額。

作為 KelseyCare Advantage Gold 的會員，在 2022 年，您需要為網路內承保的 Medicare Part A 和 Part B 服務最多自付

\$3,450。您為網路內承保服務支付的共付額和共同保險額將計入此自付額上限。

（您支付的逾期投保罰款額和 Part D 處方藥金額不會計入您的自付額上限。

此外，您支付的某些服務金額不會計入您的自付額上限。這些服務在醫療福利表中以星號標記。）如果您達到 \$3,450

的自付額上限，您在這一年的其餘時間裡將不必為網路內承保 Part A 和 Part B

服務支付任何自付費。但是，您必須繼續支付 Medicare Part B 保費（除非您的 Part B 保費是由 Medicaid 或其他第三方為您支付）。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）**第 1.3 節 我們的計劃不允許提供者給您「餘額帳單 (balance bill)」**

作為 KelseyCare Advantage Gold

會員，對您來說，一個重要的保障是，當您接受我們計劃所承保的服務時，您只需要支付您的費用分攤額。我們不允許提供者增加額外的單獨收費，稱為「餘額帳單」。這種保護（您支付的費用永遠不會超過您的費用分攤）適用於：即使我們支付給提供者的服務費用低於提供者的收費，即使存在糾紛且我們不支付某些提供者的收費。

以下是這種保護的運用方式。

- 如果您的費用分攤是共付額（固定的美金數額，例如 \$15.00），那麼您只需為網路提供者提供的任何承保服務支付該金額。
- 如果您的費用分攤是共同保險（總費用的某百分比），那麼您永遠不會支付超過該百分比的費用。然而，您的費用取決於您就診的提供者類型：
 - 如果您從網路提供者獲取承保服務，則須支付共同保險百分比乘以計劃的保險補償給付費率（視提供者和該計劃間的合約而定）。
 - 如果您從參與 Medicare 的網路外提供者獲取承保服務，則須支付共同保險百分比乘以參與 Medicare 提供者的費率。（切記，計劃只有在某些情況下才承保網路外提供者所提供的服務，比如當您取得轉診時。）
 - 如果您從未參與 Medicare 的網路外提供者獲取承保服務，則須支付共同保險百分比乘以未參與 Medicare 提供者的費率。（切記，計劃只有在某些情況下才承保網路外提供者所提供的服務，比如當您取得轉診時。）
- 如果您認為提供者給您「餘額帳單」，請去電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

第 2 節 使用醫療福利表，了解承保的內容以及您須支付的費用**第 2.1 節 您作為計劃會員的醫療福利和費用**

以下幾頁的醫療福利表列出了 KelseyCare Advantage Gold 承保的服務以及您為每項服務所支付的自費額。醫療福利表中所列的服務只有在您滿足以下承保條件時，才受承保：

- 您的 Medicare 承保服務必須根據 Medicare 所設立的承保指南提供。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品和設備）必須有醫療上的必要性。「醫學必要性」是指服務、用品或藥物為預防、診斷或治療您的疾病所需，並且符合認可的醫療實踐標準。
- 您接受網路提供者的護理。在大多數情況下，您從網路外的提供者接獲得的護理將不被承保。第 3 章提供了更多關於使用網路提供者所需符合的要求，以及我們承保網路外提供者的服務的情況之資訊。
- 您具有一名初級照護提供者 (PCP)，該提供者會提供並監督您的照護。在大多數情況下，您必須事先取得 PCP 的批准，才能去看醫療集團之外的提供者。這稱為提供您「轉診」。第 3 章提供了更多關於如何取得轉診和不需轉診的情況的資訊。
- 醫療福利表中所列的一些服務只有在您的醫生或其他網路提供者事先得到我們的批准（有時稱為「事先授權」）時才會被承保。需要事先批准的承保服務在醫療福利表中以註腳標注。
- 我們也可能會向您收取「行政費用」，以彌補您錯過的預約或在服務時未支付所需的費用分攤。如果您有關於這些行政費用的問題，請去電會員服務部。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）

關於我們的承保範圍的其他重要須知事項：

- 與所有 Medicare 保健計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有內容。對於其中一些福利，您在我們的計劃中支付的費用會高於您在 Original Medicare 中支付的費用。而對於其他福利，您支付的費用會更少。（如果您想瞭解關於 Original Medicare 承保範圍和費用的更多資訊，請查看您 2022 年的「Medicare & You（聯邦醫療保險與您）」手冊。您可以造訪 www.medicare.gov 線上查看該手冊，或者撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，其服務時間為 24 小時全年無休。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。）
- 我們也免費為您承保所有在 Original Medicare 項下免費承保的預防服務。然而，如果您在接受預防服務期間也在接受現有醫療狀況的治療或監測，則您需要為因現有醫療狀況接受的護理支付共付額。
- 有時，Medicare 會在年度中於 Original Medicare 的承保內容底下新增新的服務。如果 Medicare 在 2022 年期間為任何服務新增承保內容，Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

您將在福利表的預防服務旁邊看到這個蘋果。

醫療福利表**為您承保的服務**

當您取得這些服務後，所
須支付的內容

**腹主動脈瘤篩檢**

對高危險者進行一次性超音波篩檢。只有當您有某些風險因素，並且您得到了醫生、醫生助理、執業護士或臨床護理專科醫生的篩檢轉介，計劃才會承保這項篩檢。

網路內：

符合這項預防性篩檢資格的會員無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
針灸治療慢性下背痛 承保服務包括： 在下列情況下，Medicare 受益人可在 90 天內接受多達 12 次就診： 若要獲取此福利，慢性下背痛之定義為： • 長達 12 週或以上； • 非特異性，因其無可識別的全身性病因（例如，與轉移性、炎症性、感染性等疾病無關者）； • 與手術無關者；以及 • 與妊娠無關者。 針對展現出狀態有所好轉的患者，將另行提供額外的八個療程。每年針灸治療不得超過 20 次。 如果患者狀態沒有好轉或正在惡化，則必須停止治療。 提供者要求： 根據《社會保險法 (the Act)》1861 (r)(1) 的規定，醫生可以按照適用的州要求提供針灸治療。 醫生助理 (Physician assistant, PA)、專科護理師 (nurse practitioner, NP)/臨床護理專家 (clinical nurse specialist, CNS)（根據《社會保險法 (the Act)》1861 (aa)(5) 所定義）以及輔助人員，如果他們符合所有適用州的要求並具備以下條件，則可以提供針灸服務： • 具有針灸和東方醫學認證委員會 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 認可的學校所頒發的東方醫學碩士或博士學位；並且 • 可在美國的某一州、屬地或聯邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區從事針灸工作的當前、全面、有效且不受限制的執照。 提供針灸服務的輔助人員必須受到我們 42 CFR§410.26 和 410.27 法規所要求的醫生、醫生助理或專科護理師/臨床護理專家的適當監管水準。	<u>網路內：</u> \$20 共付額適用於每次 Medicare 承保看診。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
救護車服務 - 承保的救護車服務包括固定翼救援、旋轉翼救援和地面救護車服務，目的地是可提供護理的最近適當設施，前提是獲得服務會員的醫療狀況使得其他運輸方式可能危及其健康，或者獲得計劃授權。 - 如果有文件證明，會員的情況若以其他運輸工具可能危及其健康，並且醫學上需要使用救護車運輸，則可適用非緊急救護車運輸。	網路內： \$225 共付額適用於每次單程 Medicare 承保救護車行程。 該計劃不支付在國外緊急護理後返回美國及其屬地的運輸費用。如果這些服務是在美國及其屬地取得，計劃將支付 Medicare 允許的服務金額的 100%，但會扣除任何共付額或共同保險。急診室或緊急入院以外的護理沒有全球承保。 非緊急 Medicare 服務需要事先授權。
年度身體檢查	網路內： \$0 共付額適用於每年一次的身體檢查。
 年度健康看診 如果您已具有 Part B 超過 12 個月，您可以每年進行一次健康看診，以根據您當前的健康和風險因素制定或更新個人化的預防計劃。該服務每 12 個月承保 1 次。 註：您無法在「歡迎參加聯邦醫療保險 (Welcome to Medicare)」預防性看診的 12 個月內進行首次年度健康看診。然而，在您具有 Part B 12 個月之後，您便無須接受「歡迎參加聯邦醫療保險 (Welcome to Medicare)」看診，即可承保年度健康看診。	網路內： 針對年度健康看診，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
 骨質密度檢查 針對合格的個人（通常，這代表人們具有骨質密度減少或骨質疏鬆症的風險），以下服務具有每 24 個月或更為頻繁（若有醫學上的必須性）的承保服務：檢測骨質密度、檢測骨質流失，或判定骨質，包括醫生對檢驗結果的解釋之程序。	<u>網路內：</u> 針對 Medicare 承保的骨質密度檢測，無須支付共同保險、共付額或免賠額。
 乳癌篩檢（乳房攝影檢查） 承保服務包括： • 介於 35 歲至 39 歲間的基線乳房 X 光檢查 • 40 歲及以上女性每 12 個月一次的乳房 X 光檢查 • 每 24 個月承保 1 次的臨床乳房檢測	<u>網路內：</u> 針對承保的乳房 X 光檢查之篩檢，無須支付共同保險、共付額或免賠額。
心臟復健服務 包括運動、教育和諮詢在內的全面性心臟復健服務計劃，對於符合特定條件並有醫生轉診的會員，可以得到承保。計劃亦承保強化心臟復健計劃，這通常比心臟復健計劃更為嚴格或密集。	<u>網路內：</u> \$25 共付額適用於 Medicare 承保的心臟和強化心臟康復治療，上限為 Medicare 批准的看診次數限制。 需要事先授權。
 降低心血管疾病風險的門診（心血管疾病治療） 我們承保您的初級照護醫生進行一年一度的檢查，以協助降低心血管疾病的風險。在就診期間，您的醫生可能會討論阿斯匹林的使用（如若適用）、檢查您的血壓，並給予您一些建議，以確保您的飲食健康。	<u>網路內：</u> 針對強化心血管疾病預防福利，無須支付共同保險、共付額或免賠額。
 心血管疾病檢測 每 5 年（60 個月）進行一次檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險升高相關的異常）的血液檢查。	<u>網路內：</u> 每 5 年承保一次心血管疾病檢測，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
 子宮頸癌和陰道癌篩檢 承保服務包括： - 針對所有女性：每 24 個月承保 1 次的子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 - 如果您是子宮頸癌或陰道癌的高危險族群，或是您是育齡婦女，並且在過去 3 年內曾有異常的子宮頸抹片檢查：每 12 個月進行一次子宮頸抹片檢查	<u>網路內：</u> 針對 Medicare 承保的預防性子宮頸抹片檢查和骨盆檢查，無須支付共同保險、共付額或免賠額。
脊椎矯正服務 承保服務包括： 我們只承保校正半脫位問題的脊椎手動調整治療	<u>網路內：</u> \$20 共付額適用於每次 Medicare 承保看診。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
 大腸直腸癌篩檢 針對 50 歲及以上族群，承保以下服務： - 每 48 個月進行一次乙狀結腸鏡檢查（或大腸鋇劑灌腸造影篩檢） 每 12 個月提供以下一項服務： - 癒創木脂糞便潛血測試 (gFOBT) - 糞便免疫化學檢查 (FIT) 每 3 年進行一次 DNA 型結直腸篩檢 針對大腸癌高危險族群，我們承保： - 每 24 個月進行一次大腸鏡檢查（或大腸鋇劑灌腸造影篩檢） 針對非大腸癌高危險族群，我們承保： - 每 10 年（120 個月）篩檢一次大腸鏡檢查，但不在乙狀結腸鏡篩檢後 48 個月內進行篩檢	<u>網路內：</u> 針對 Medicare 承保的大腸癌篩檢檢查，無須支付共同保險、共付額或免賠額。 \$0 共付額適用於每次 Medicare 承保鋇劑灌腸。 您將無須為大腸鏡檢查支付共付額，即使某些程序（如活檢或息肉切除）於大腸鏡檢查期間內進行。 如果結腸鏡檢查和其他非結腸鏡檢查結合在一起，您將支付門診醫院（\$300 共付額）或流動手術中心（\$225 共付額）。 需要事先授權。
便利照護 計劃僅承保由 CVS 於 Minute Clinic 提供的便利照護。	<u>網路內：</u> \$25 共付額適用於每次看診。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
牙科服務 一般來說，預防性牙科服務（如清潔、定期牙科檢查和牙科 X 光檢查）不受 Original Medicare 承保。我們承保： 預防性牙科服務 <u>口腔評估</u> - 定期口腔評估 (D0120)：每 6 個月 1 次 - 全面口腔評估 (D0150)：每 36 個月 1 次 <u>X-光檢查</u> - 口腔內完整系列放射圖像 (D0210)：每 36 個月 1 次 - 咬翼 – 兩張片 (D0272) 或四張片 (D0274)：每 12 個月 1 次 <u>清潔</u> - 預防 - 清潔 (D1110)：每 6 個月 1 次 所有其他未列明的規範不受承保，由會員自行負責。	Medicare 承保服務： <u>網路內：</u> \$25 共付額適用於每次 Medicare 承保牙科服務。 預防性牙科服務： <u>網路內：</u> 每次看診共付額為 \$25。
 憂鬱症篩檢 我們承保每年一次的憂鬱症篩檢。篩檢必須在能夠提供後續治療和/或轉診的初級照護環境中進行。	<u>網路內：</u> 針對每年一次的憂鬱症篩檢看診，無須支付共同保險、共付額或免賠額。
 糖尿病篩檢 如果您有以下危險因子：高血壓（高血壓）、膽固醇和三酸甘油酯標準異常（血脂異常）、肥胖，或高血糖（葡萄糖）史，我們會承保這項篩檢（包括空腹血糖檢測）。如果您符合其他要求，如過重或有糖尿病家族史，也可接受檢測。 根據這些檢查結果，您可能符合每 12 個月高達兩次的糖尿病篩檢之資格。	<u>網路內：</u> 針對 Medicare 承保的糖尿病篩檢檢測，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品 針對所有糖尿病患者（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括： • 監測血糖的用品：血糖監測儀、血糖試紙、血糖針裝置和血糖針、用於檢查試紙和監測儀準確性的血糖控制治療用品。 • 針對患有嚴重糖尿病足疾病的糖尿病患者：每日曆年度一雙治療性訂製模製鞋（包括與此類鞋配套的鞋墊）和兩對額外的鞋墊，或一雙深度鞋和三對鞋墊（不包括與此類鞋配套的非訂製可移動鞋墊）。承保包含配件。 • 在一定條件下，還包括糖尿病自我管理培訓。	<u>網路內：</u> 0% 共同保險如果您使用首選糖尿病檢測品牌用品（包括測量儀和試紙）。 首選品牌為：LifeScan（如 OneTouch®）和 Roche（如 ACCU-CHEK®）。 不承保非首選品牌的糖尿病用品（包括測量儀和試紙），除非醫生判斷有醫療必要性。 刺血針、刺血針裝置以及控制方案需支付 0% 的共同保險。 \$0 共付額適用於 Medicare 承保糖尿病自我管理培訓。 Medicare 承保的糖尿病鞋子和鞋墊須支付 20% 共同保險。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品（續）	20% 共同保險適用於 Medicare 承保胰島素泵和用品。 零售藥房的連續血糖監測儀為 15%，DME 供應商為 20%。所有其他 DME 為 20% 共同保險。首選連續血糖監測儀是 Dexcom 和 FreeStyle Libre，排除所有其他 CGM。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表 (承保內容和您支付的費用)

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品 (關於「耐用醫療設備」的定義，請參見本手冊第 12 章。) 承保項目包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由提供者安排用於家用的醫院病床、靜脈輸液幫浦、語音生成設備、氧氣設備、霧化器和助行器。 我們隨本 <i>Evidence of Coverage</i> (承保證明書) 文件向您發送了 KelseyCare Advantage Gold 的 DME 清單。該清單告知您我們所承保的品牌和耐用醫療設備 (DME) 製造商。品牌、提供者和製造商的最新名單，可在我們的網站 www.kelseycareadvantage.com 上取得。 一般來說，KelseyCare Advantage Gold 承保來自此清單上的品牌和製造商的任何 Original Medicare 承保 DME。我們不承保其他品牌和製造商，除非您的醫生或其他提供者告知我們該品牌適合您的醫療需求。但是，如果您是新加入 KelseyCare Advantage Gold，並且正在使用不在我們清單上的 DME 品牌，我們將繼續為您承保這種品牌，最長可達 90 天。在這段時間裡，您應與您的醫生商談，以在 90 天後，決定哪一款品牌適合您的醫療需求。（如果您不同意您的醫生的觀點，您可以請他/她代您諮詢其他意見。） 如果您（或您的提供者）不同意計劃的承保決定，您或您的提供者可以提出上訴。如果您不同意您的提供者針對哪項產品或品牌適合您的醫療狀況之決定，您也可以提出上訴。（有關上訴的更多資訊，請參閱第 9 章，<i>如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦</i>）該怎麼辦。）	<u>網路內：</u> 20% 共同保險適用於每個 Medicare 承保用品。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
緊急護理	網路內和網路外：
緊急護理意指以下項目之服務：	\$120 共付額適用於每次 Medicare 承保急診室看診。
• 由符合提供緊急服務資格的提供者所提供，並且 • 需評估或穩定緊急醫療情況。	如果您在 3 天內因同一情況而入院，則免除共付額會。
緊急醫療情況是指您或其他任何具有一般健康和醫學常識的人	如果您在網路外醫院接受緊急護理，並在緊急情況穩定後需要住院護理，您必須在計劃授權的網路外醫院接受住院護理，而您的費用將是您在網路醫院需要支付的費用分攤額。
認為您的醫療症狀需要立即進行醫療處理，以防發生生命危險、截肢或肢體殘障的情況。醫療症狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病。	在美國境外的緊急護理承保達 Medicare 允許的費率減去您的共付額之金額。您可能須支付更高的自付費用，除緊急護理共付額外，這將不適用於您的最高自付額。
在網路外提供必要的緊急服務的費用分攤與在網路內提供此類服務的費用分攤相同。	
緊急護理為全球承保。如果您在美國境外獲取照護，您的自付費用可能會較高。	

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
 健康與福祉教育計劃 這些計劃著重於臨床健康狀況，例如高血壓、膽固醇、哮喘或慢性阻塞性肺病、糖尿病，以及與 Medicare 管理計劃相關的特定飲食。該計劃包括以下補充教育/福祉計劃： ● 健康教育用品 ● 電子報 ● 營養福利 ○ 該項目會追蹤當前的檢測結果，並讓工作人員提醒會員檢測事宜，並協助安排預約醫生。藥劑師會在服藥依從性、藥物教學和藥物遵從性方面協助指導會員。糖尿病教育課程也安排認證的糖尿病教育者為小組或個人進行課程。會員也可被轉診到 PCP 進行肥胖行為治療，註冊護理師將與醫生一起協助會員制定減肥計劃。 ● 護理熱線 ○ 24 小時護理師呼叫中心為想要詢問健康相關問題、獲得特定健康建議、評估症狀和提供治療護理建議的會員提供服務。護理師呼叫中心也可取得醫生的支援協助。 ● 健身 ○ 會員可使用 SilverSneakers® 服務。SilverSneakers® 可協助您過著更加健康、積極的生活。您也可以取得訓練有素的教練的協助，他們會帶領專門設計的團體進行運動課程。您可以在全國各地的參與點上課、使用運動器材和其他設施。*除了健身教室提供的 SilverSneakers 課程，SilverSneakers FLEX® 亦提供傳統參與地點以外的環境選項。SilverSneakers BOOM™ 課程「MIND, MUSCLE and MOVE（心靈、肌肉與動作）」在參與地點內提供更為密集強烈的鍛鍊活動。*課程和設施因地點而異。	<u>網路內：</u> \$0 共付額

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
聽力服務 提供者進行的聽力診斷和平衡評估，確定您是否需要以門診護理承保的醫療治療，此服務由內科醫生、聽力學家或其他合格的提供者提供。 額外承保服務包括： • 定期聽力檢查 - 當於 Kelsey-Seybold Clinic 或由您的 PCP 執行時，才受承保。 • 助聽器安裝測試。 • 助聽器。（不承保電池更換。）	<u>網路內：</u> \$25 共付額適用於每次 Medicare 承保診斷性聽力檢查。 \$0 共付額適用於每年 1 次常規聽力檢查。 *\$25 共付額適用於每年 1 次助聽器驗配和評估。 *每三年每只耳朵的助聽器福利的最高計劃承保額為 \$750。 *不計入自付費用上限。 針對非 Medicare 承保的服務，須要事先授權。
 HIV 篩檢 針對要求進行 HIV 篩檢測試或具較高 HIV 傳染風險者，我們承保： • 每 12 個月 1 次篩檢測試 針對懷孕女性，我們承保： • 在一次妊娠期間高達三次篩檢測試	<u>網路內：</u> 針對符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
居家健康機構照護 在接受居家健康服務之前，醫生必須證明您需要居家健康服務，並將開具由居家健康機構提供居家健康服務的醫囑。您必須因病而無法離家，意即離家需耗費大量精力。 承保服務包括但不限於： • 兼職性或間歇性專業護理和居家健康護理服務（若要納入居家健康護理福利，您的專業護理和居家健康護理服務加起來每日必須少於 8 小時，每週須少於 35 小時） • 物理治療、職能治療和語言治療 • 醫療和社會服務 • 醫療設備和用品	網路內： \$10 共付額適用於每次 Medicare 承保居家護理看診。 需要事先授權。
居家輸液治療 居家輸液治療包括在家中環境對個人進行靜脈或皮下注射藥物或生物製劑。進行居家輸液所需的物品包括藥物（如抗病毒藥物、免疫球蛋白）、設備（如幫浦）和用品（如導管和插管）。 承保服務包括但不限於： • 專業服務，包含按照護理計劃所提供的護理服務 • 病患培訓和教育不另涵蓋在耐用醫療設備福利之承保 • 遠端監測 • 由合格的居家輸液治療提供者所提供的居家輸液治療和居家輸液藥物的監測服務	網路內： 供應商上門服務須支付 \$10 居家健康共付額。 藥物注射須支付 20% Part B 共同保險。 如果藥物是從家庭輸液藥房獲得，請參閱第 6 章瞭解費用分攤金額。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務

當您取得這些服務後，所須支付的內容

安寧照護

您可能會獲得 Medicare 認證的安寧計劃之照護。當您的醫生和臨終關懷醫療主管給您的末期預後證明您患有末期疾病，且如果您的病程正常，您還有 6 個月或更少的壽命，您才有資格享受臨終關懷福利。您的安寧醫生可以是網路提供者或網路外提供者。

承保服務包括：

- 控制症狀和緩解疼痛的藥物
- 短期暫息護理
- 居家護理

針對安寧服務和 Medicare Part A 或 B

承保且與您的末期預後相關的服務：您的臨終關懷服務以及與您的末期預後有關的 Part A 和 Part B 服務由 Original Medicare（而非本計劃）支付。當您加入臨終關懷計劃期間，您的臨終關懷提供者將就 Original Medicare 支付的服務向 Original Medicare 收費。

針對 Medicare Part A 或 B

承保且與您的末期預後不相關的服務：如果您需要 Medicare Part A 或 B

承保且與您的末期預後不相關的非緊急、非急需服務，這些服務的費用依據您是否使用我們計劃的網路提供者而異：

- 如果您從網路提供者獲取承保的服務，您只需支付計劃中網路內服務的費用分攤額
- 如果您從網路外的提供者獲取承保的服務，您需依照按服務收費的 Medicare（Original Medicare）支付費用分攤額

當您加入 Medicare 認證的臨終關懷計劃時，您的臨終關懷服務以及與您的末期預後有關的 Part A 和 Part B 服務由 Original Medicare 支付，而非 KelseyCare Advantage Gold。

網路內：

\$0

共付額適用於選擇臨終關懷之前的臨終關懷諮詢服務。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務

當您取得這些服務後，所須支付的內容

安寧照護（續）

對於由 KelseyCare Advantage Gold 而非 Medicare Part A 或 B 承保的服務。KelseyCare Advantage Gold 將繼續承保 Part A 或 B

不承保的計劃承保服務，無論這些服務是否與您的末期預後有關。針對這些服務，您須支付您的計劃費用分攤額。

對於可能由計劃的 Part D

福利承保的藥物：臨終關懷計劃和我們的計劃絕不會同時承保藥物。有關更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節（如果您加入 Medicare 認證臨終關懷計劃會怎樣）。

註：如果您需要非安寧照護（與您的末期預後無關的護理），請聯繫我們以安排該服務。

我們的計劃為沒有選擇安寧福利的末期患者承保安寧諮詢服務（僅一次性）。]



疫苗接種

承保的 Medicare Part B 服務包括：

- 肺炎鏈球菌疫苗
- 流感疫苗，在秋季和冬季流感季節各注射一次，如果有醫療上的必要性，亦提供額外流感疫苗注射
- B 型肝炎疫苗（如果您具有中、高程度罹患 B 型肝炎之風險）
- COVID-19 疫苗
- 其他疫苗（如果您有此風險，且符合 Medicare Part B 承保規則者）

我們還透過 Part D 處方藥福利承保某些疫苗。

網路內：

針對肺炎鏈球菌、流感、B 型肝炎及 COVID-19 疫苗，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
住院醫療照護	網路內：
包括急症住院、住院康復、長期護理醫院等各類住院病人醫院服務。住院病人住院護理從您根據醫囑正式入院之日開始。出院前一天是您住院的最後一天。	對於 Medicare 承保的住院：
我們的計劃針對每個福利期承保 90 天。我們的計劃還包括 60 個終身保留天數，會員在一生中總共有 60 個保留天數可以使用。	每次住院 \$375 共付額
這是我們的計劃和 Original Medicare 衡量您使用醫院和專業護理機構（SNF）服務的方式。福利期從您進入醫院或專業護理機構當日算起。福利期於您連續 60 天未接受任何住院醫療照護（或專業護理機構 (SNF) 的專業護理）時結束。如果您在一個福利期結束後進入醫院或專業護理機構，將開始一個新的福利期。福利期的數量沒有限制。	包括 60 個終身保留天數，每天 \$0 共付額。
承保服務包括但不限於：	確診為 COVID-19 的住院患者將免除 \$375 的分攤費用。
• 半私人房（或私人房，若有醫療上的必要性） • 包含特殊飲食的膳食 • 日常護理服務 • 特殊護理病房（如加護病房或冠狀動脈護理病房）費用 • 藥物與藥物治療 • 實驗室檢測 • X 光檢查和其他放射治療服務 • 必要性手術和醫療用品 • 使用器材，例如輪椅 • 手術與休養室費用 • 物理、職能和語言治療 • 住院病人藥物濫用服務	

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務

當您取得這些服務後，所須支付的內容

住院醫療照護（續）

- 在某些條件下，承保以下類型的移植：角膜移植、腎臟移植、腎胰移植、心臟移植、肝臟移植、肺移植、心臟/肺移植、骨髓移植、幹細胞移植和腸道/多內臟移植。如果您需要移植，我們將安排 Medicare 批准的移植中心審查您的病例，該中心將決定您是否適合進行移植。移植提供者可能位於本地或服務區域外。如果我們的網路內移植服務在社區護理模式之外，只要當地移植提供者願意接受 Original Medicare 的費率，您即可選擇在本地移植。如果 KelseyCare Advantage Gold 提供移植服務的地點不在您所在社區的移植護理模式範圍內，而您選擇在這個遠距離地點接受移植，我們將為您和您的同伴安排或支付適當的住宿和交通費用。
- 血液 - 包含儲存與管理。全血和紅血球的承保從您需要的第一品脫血液開始計算。
- 醫生服務

註：您的提供者必須寫下醫囑，讓您正式成為醫院的住院病人，您才可以入住醫院。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為「門診病人」。如果您不確定自己是住院病人或者門診病人，您應詢問醫院工作人員。

您也可以在一份名為「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?（您是醫院住院病人還是門診病人？）」的 Medicare

資料說明書中找到更多資訊。找到更多資訊。可造訪網頁 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以取得此資料說明書。TTY 用戶請撥打 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些 24 小時全年無休的電話號碼。

如果您在緊急情況穩定後，在網路外醫院接受獲授權的住院護理，則您的費用是您在網路醫院要支付的費用分攤額。

需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
住院病人心理健康照護	網路內：
承保的服務包括需要住院的心理健康照護服務。 我們的計劃針對每個福利期承保 90 天。我們的計劃還包括 60 個終身保留天數，會員在一生中總共有 60 個保留天數可以使用。 精神病院住院服務的終身住院天數期限為 190 天。該 190 天限制不適用於在綜合醫院的精神科提供的住院病人心理健康服務。	對於 Medicare 承保的住院： 每晚共付額為 \$375。 60 個終身保留天數 - 每天 \$0 共付額。 需要事先授權。
住院：在非承保住院期間，醫院或專業護理機構 (SNF) 所提供的承保服務	網路內：
如果您已用盡您的住院福利，或住院不合理且不必要，我們將不承保您的住院費用。然而，在某些情況下，我們將承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 期間所獲得的某些服務。承保服務包括但不限於：	醫生服務 請參閱本表「醫生/執業醫師服務，包括醫生門診」的章節。
• 醫生服務 • 診斷性檢測（如實驗室檢測） • X 光、鐳和同位素治療，包括技師材料和服務 • 外科敷料 • 夾板、石膏和其他用於減緩骨折和脫位的設備 • 取代全部或部分的身體內部器官（包括鄰近組織），或永久性喪失功能或無法運作的身體內部器官的全部或部分功能的義肢和矯正裝置（牙科除外），包括替換或修復該裝置 • 腿部、手部、背部和頸部支架；骨架、腿部義肢、手部義肢和人造眼，包括因破損、磨損、遺失或患者身體狀況改變而需要的調整、修復和替換 • 物理治療、語言治療和職能治療	診斷性和放射性服務、外科敷料和夾板 請參閱本表「門診診斷性檢測和治療服務與用品」的章節。 義肢、矯正器和門診醫療/治療用品 請參閱本表「義肢裝置和相關用品」的章節。 物理、語言和職能治療服務 請參閱本表「門診復健服務」的章節。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
膳食福利	<u>網路內：</u> \$0 共付額適用於在因 COVID-19 診斷住院出院後的 7 天內，每天最多 2 餐。 需要事先授權。
 醫學營養治療 這一福利適用於糖尿病患者、腎病患者（但未進行透析），或是根據醫生轉診進行腎臟移植後的患者。 在您接受 Medicare（這包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）醫學營養治療服務的第一年，我們便會為您提供 3 小時的一對一諮詢服務，並於此後每年提供 2 小時該服務。如果您的病情、治療或診斷發生變化，您可以透過醫生的轉診接受更長時間的治療。如果您的治療需要延至下一個日曆年，醫生必須每年開出這些服務並更新其轉診。	<u>網路內：</u> 符合 Medicare 承保的醫學營養治療服務資格的會員，無須支付共同保險、共付額或免賠額。
 Medicare 糖尿病預防計劃 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 在所有 Medicare 保健計劃中，符合 Medicare 受益人資格者都將享有 MDPP 承保服務。 MDPP 是一種結構化的健康行為改變干涉計劃，提供長期飲食改變的實際訓練，提升身體活動，並提供克服挑戰，維持減重且健康的生活方式之問題解決策略。	<u>網路內：</u> 針對 MDPP 福利，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
Medicare Part B 處方藥物	<u>網路內：</u>
這些藥物受 Part B Original Medicare 所承保。我們的計劃會員可透過我們的計劃獲得這些藥物的承保。承保藥物包含：	20% 共同保險適用於 Medicare Part B 承保藥物；包括 Part B 承保化療。
• 通常非由病人自行服用，而是在醫生、醫院門診或即日手術中心獲取服務時，被注射或注入的藥物 • 使用計劃授權的耐用醫療設備（如霧化器）服用的藥物 • 若您患有血友病，您為自己注射的凝血因子 • 免疫抑制藥物（如果您在器官移植時，已投保 Medicare Part A） • 可注射的骨質疏鬆症藥物（如果您因病而無法離家，患有醫生證明與更年期後骨質疏鬆症相關的骨折，且無法自行服藥） • 抗原 • 特定口服抗癌藥物和抗噁心藥物 • 用於居家透析的某些藥物，包括肝素、醫療必要時用肝素解毒劑、局部麻醉劑和紅血球生成刺激劑（如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa） • 用於居家治療原發性免疫缺陷疾病的靜脈注射免疫球蛋白	需要事先授權。 藥物可能會進行逐步療法。
以下連結將帶您進入可能需進行逐步療法的 Part B 藥物清單：www.kelseycareadvantage.com	
我們還透過 Part B 和 Part D 處方藥福利承保某些疫苗。	
第 5 章解釋了 Part D 處方藥福利，包括您必須遵守才能獲得處方承保的規則。您透過我們的計劃為 Part D 處方藥支付的費用在第 6 章有相關解釋。	

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
 促進持續減重的肥胖症篩檢和治療 如果您的身體質量指數為 30 或以上，我們承保了強化諮詢以協助您減重。如果您在初級照護環境中取得該諮詢，則會承保該諮詢，它可與您的全面預防計劃互相協調。請諮詢您的初級照護醫生或執業醫師，以深入了解。	網路內： 針對預防性肥胖篩檢和治療，無須支付共同保險、共付額或免賠額。
鴉片類藥物治療計劃服務 我們鴉片類藥物使用障礙 (Opioid Use Disorder, OUD) 計劃的會員可以透過鴉片類藥物治療計劃 (Opioid Treatment Program, OTP) 獲得治療 OUD 的服務承保，其中包括以下服務： ● 美國食品和藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 批准的鴉片類激動劑和拮抗劑藥物輔助治療 (Medication-Assisted Treatment, MAT) 藥物。 ● MAT 藥物的配藥和管理（如適用） ● 藥物使用諮詢 ● 個人和集體治療 ● 毒理學試驗 ● 有氣活動 ● 定期評估	醫生/執業醫師服務： 網路內： \$0 共付額適用於每次 Medicare 承保初級保健醫生看診。 \$25 共付額適用於每次 Medicare 承保專科醫生看診。 門診心理健康照護服務： 網路內： \$20 共付額適用於每次 Medicare 承保個人或團體治療看診。 。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
鴉片類藥物治療計劃服務（續）	Medicare Part B 處方藥物： <u>網路內：</u> 20% 共同保險適用於屬於鴉片類藥物治療服務的藥物。 需要事先授權。 如在治療期間安排檢測服務，請參閱「門診診斷性檢測和治療服務及用品」，以瞭解共付額/共同保險金額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）**門診診斷性檢測和治療服務與用品**

承保服務包括但不限於：

- X-光檢查
- 輻射（鐳和同位素）治療，包括技師材料和用品
- 外科用品，例如敷料
- 夾板、石膏和其他用於減緩骨折和脫位的設備
- 實驗室檢測
- 血液 -
包含儲存與管理。承保從您需要的第一品脫血液開始計算。
- 其他門診診斷式檢測

網路內：

\$0 共付額適用於
Medicare 承保 X
光檢查。

\$0 共付額適用於
Medicare
承保實驗室檢查。

\$0 共付額適用於
Medicare
承保手術用品，如醫生辦
公室提供的敷料、夾板和
石膏。

\$0
共付額適用於在非醫院設
施進行的 Medicare
承保診斷性睡眠研究。

\$25 共付額適用於
Medicare 心臟壓力檢查。

\$150
共付額適用於每個服務日
的 Medicare 承保 CT
掃描。

\$150
共付額適用於每個服務日
的 Medicare 承保 MRI 或
MRA。

\$150
共付額適用於每個服務日
的 Medicare 承保 PET
掃描。

\$50 共付額適用於
Medicare
承保放射治療，包括每個
服務日的強度調控放射治
療 (IMRT)。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
門診診斷性檢測和治療服務與用品（續）	診斷性共付額也可適用於放射治療前、期間或之後的檢測。 其他門診共付額可能適用（若由公司提供給醫生）。 需要事先授權。
門診醫院觀察 觀察服務是醫院門診所提供的服務，以確定您是否需要住院或可以離院。 若要承保醫院門診觀察服務，其必須符合 Medicare 標準且須為合理且必要服務。觀察服務只有在醫生或具有其他州律法許可和醫院工作人員根據法律授權的個人醫囑下，要求病人入院或安排門診檢測時才受承保。 註：除非提供者已寫下醫囑讓您作為住院病人入院，否則您就是門診病人，並支付門診醫院服務的費用分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為「門診病人」。如果您不確定自己是否是門診病人，您應詢問醫院工作人員。 您也可以在一份名為「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?（您是醫院住院病人還是門診病人？）」的 Medicare 資料說明書中找到更多資訊。找到更多資訊。可造訪網頁 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以取得此資料說明書。TTY 用戶請撥打 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些 24 小時全年無休的電話號碼。	網路內： \$300 共付額適用於每次 Medicare 承保門診醫院住院觀察。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務

門診醫院服務

我們承保您在醫院門診部為診斷或治療疾病或受傷所獲取的必要醫療服務。

承保服務包括但不限於：

- 急診室或門診部的服務，例如觀察服務或門診手術
- 由醫院收費的實驗室和診斷性檢測
- 心理健康照護，包括部分住院治療計劃（如果醫生證明住院治療不需要該服務）
- 由醫院收費的 X 光檢查和其他放射治療服務
- 醫療用品，例如夾板和石膏
- 您無法自行服用的特定藥物和生物藥劑

註：除非提供者已寫下醫囑讓您作為住院病人入院，否則您就是門診病人，並支付門診醫院服務的費用分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為「門診病人」。如果您不確定自己是否是門診病人，您應詢問醫院工作人員。

您也可以在一份名為「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?（您是醫院住院病人還是門診病人？）」的 Medicare

資料說明書中找到更多資訊。找到更多資訊。可造訪網頁 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以取得此資料說明書。TTY 用戶請撥打 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些 24 小時全年無休的電話號碼。

當您取得這些服務後，所須支付的內容

網路內：

緊急服務

請參閱本表「緊急照護」的章節。

門診手術

請參閱本表「門診手術，包括醫院門診設施和即日手術中心提供的服務」和「門診醫院觀察」的章節。

實驗室和診斷性檢測、X 光檢查、放射性服務和醫療用品

請參閱本表「門診診斷性檢測和治療服務與用品」的章節。

心理健康保照護和部分住院治療

請參閱本表「門診心理健康照護」和「部分住院治療服務」的章節。

您無法自行服用的藥物和生物藥劑

請參閱本表「Medicare Part B 處方藥物」的章節。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
門診心理健康照護 承保服務包括： 由州持執照的精神病學家或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、專科護理師、醫生助理，或根據州法律所允許的其他符合 Medicare 資格的心理健康照護專業人員所提供的心理健康服務。	<u>網路內：</u> \$20 共付額適用於每次 Medicare 承保個人或團體治療看診。 需要事先授權。
門診復健服務 承保服務包含：物理治療、職能治療和語言治療。 各種門診環境皆提供門診復健服務，如醫院門診部、獨立治療師辦公室和綜合門診復健設施（Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF）。	<u>網路內：</u> \$10 共付額適用於每次 Medicare 承保物理和職能治療看診。 \$35 共付額適用於每次 Medicare 承保言語治療看診。 \$25 共付額適用於其他 Medicare 承保經批准治療看診，包括治療師提供的傷口護理和淋巴水腫。 需要事先授權。
門診藥物濫用服務 承保服務包括： 由州持執照的精神病學家或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、專科護理師、醫生助理，或適用州法律所允許的其他符合 Medicare 資格的心理健康照護專業人員所提供的藥物濫用服務。	<u>網路內：</u> \$20 共付額適用於每次 Medicare 承保個人或團體治療看診。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
門診手術，包括醫院門診設施和即日手術中心提供的服務 註：如果您正在醫院設施進行手術，您應與您的醫生確認您是住院病人還是門診病人。除非提供者寫下醫囑讓您作為住院病人入院，否則您就是門診病人，並支付門診手術的費用分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為「門診病人」。	<u>網路內：</u> \$225 共付額適用於每次 Medicare 承保流動手術中心看診。 \$300 共付額適用於每次 Medicare 承保門診醫院手術看診。 \$300 共付額適用於其他門診醫院服務，例如：化療、診斷性睡眠研究或住院觀察。 您將無須為大腸鏡檢查支付共付額，即使某些程序，如活檢或息肉切除，於大腸鏡檢查期間內進行。 如果大腸鏡檢查和其他非大腸鏡門診手術程序結合在一起，您將支付門診手術共付額。將需要支付門診醫院手術（\$300 共付額）或流動手術中心（\$225 共付額）。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
非處方商品	針對合資格非處方項目，無須支付共同保險、共付額或免賠額。
這項福利承保某些無須處方即可獲得的健康相關物品和藥物，且這些物品和藥物不受 Medicare Part A、Part B 或 Part D 所承保。只有您能使用您的福利，而非處方產品只能由您使用。	您每三個月可以收到高達 \$25，可在參與地點購買經批准的項目或透過計劃目錄送貨上門。
您可以靈活地在商店或透過目錄購買符合條件的非處方項目。項目可以在參與的 CVS 零售商用您的會員 ID 卡購買。您也可以透過目錄線上：www.cvs.com/otchs/kelsey-careadvantage 或致電 1-888-628-2770 下訂單，我們會把您的項目送上門，而不需要您支付額外費用。請注意，非處方藥物目錄可能每年會有所變更。請務必查看當前的目錄，以了解哪些項目是新的，並確定去年的項目是否有變化。對同一項目的訂購數量可能會有限制。	
如果您購買的店內經批准非處方物品費用高於提供的津貼，您將負責支付差額。您的訂單不能超過線上或透過呼叫中心購買的福利金額。如果您在任何特定時期的購買金額少於提供的津貼，剩餘的金額將不會結轉到下一季。	
您也可以我們的網站 www.kelseycareadvantage.com 上找到進一步資訊。	
部分住院治療服務	網路內： \$25 共付額適用於每天 Medicare 承保部分住院治療服務。 需要事先授權。
「部分住院治療」是一種結構化的積極精神治療計劃，由醫院門診服務或社區心理健康中心提供，比在醫院或治療師辦公室所接受的治療更為強烈，是住院治療的一種選擇。	

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
醫生/執業醫師服務，包括醫生門診	<u>網路內：</u>
承保服務包括：	\$0 共付額適用於每次 Medicare 承保初級保健醫生辦公室看診。
• 醫生門診提供具醫療必要性的醫療護理或外科服務、認證的即日手術中心、醫院門診部，或任何其他地點 • 由專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 • PCP 或專科醫生執行的基本聽力和平衡檢查，如果您的醫生開具醫囑，以確認您是否需要醫療治療 • 部分遠距醫療服務，包括： 初級保健醫生服務，醫生專科服務，心理健康專業服務個人和團隊課程。 ○ 您可以選擇親自前往看診或遠距醫療來獲取這些服務。如果您選擇以遠程保距醫療來獲得其中一項服務，則必須使用透過遠距醫療提供該服務的網路提供者。 ○ 手機、遠端看診和視訊看診是簽約提供者和簽約心理健康提供者的承保福利。	\$25 共付額適用於每次 Medicare 承保的專科醫生診室看診。
	\$0 共付額適用於 Medicare 承保過敏檢測和過敏血清。
	與 PCP 的電話、遠端看診和視訊看診：\$0 共付額適用於與初級保健醫生的每次 Medicare 承保遠端醫療看診。
	專業以及心理健康電話、遠端看診和視訊看診：\$15 共付額適用於與專科醫生進行的每次 Medicare 承保遠端醫療看診。
	如果在看診期間獲取 Part B 藥物，請參閱「Medicare Part B 處方藥物」以瞭解共同保險金額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務

當您取得這些服務後，所
須支付的內容

醫生/執業醫師服務，包括醫生門診（續）

可能需要事先授權，但
初級保健服務除外。

- 為居家透析會員在醫院或重症醫院的腎透析中心、腎透析機構或會員家中，提供每月與末期腎臟疾病相關看診的遠距醫療服務
- 無論您身處何處皆可進行診斷、評估或治療中風症狀的遠距醫療服務
- 不論地點，為有藥物使用障礙或同時出現心理健康障礙的會員提供遠距醫療服務。
- 與您的醫生進行 5-10 分鐘的虛擬簽到（例如，透過電話或視訊聊天），若：
 - 您非新病患，且
 - 該簽到與過去 7 天的門診診察無關，且
 - 該簽到不會導致您須在 24 小時內或在最快的可預約時段前往門診看診
- 對您傳送給醫生的影片和/或圖像的評估，並在 24 小時內由您的醫生進行解釋和追蹤狀況，若：
 - 您非新病患，且
 - 該評估與過去 7 天內的門診診察無關，且
 - 該評估不會導致您須在 24 小時內或在最快的可預約時段前往門診看診
- 您的醫生透過電話、網路或電子健康計錄與其他醫生進行的諮詢
- 術前第二意見來自另一網路提供者
- 非定期牙科護理（承保的服務僅限於下顎或相關結構的手術、下顎或顏面骨骨折修復、拔牙以備下顎接受腫瘤癌症放射治療，或由醫生提供的承保服務）

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
足病診療服務 承保服務包括： - 腳部損傷和疾病（如錘狀趾或跟骨骨刺）的診斷和內科或外科治療 - 為有某些影響下肢疾病的會員進行定期足部護理	網路內： \$25 共付額適用於每次 Medicare 承保看診。 20% 共同保險適用於在看診期間提供的任何 Medicare 承保矯形。 需要事先授權。
 前列腺癌篩檢檢查 針對 50 歲及以上男性，承保服務包含每 12 個月進行一次的以下檢測： - 肛門指診 - 前列腺特異抗原（Prostate Specific Antigen, PSA）檢測	網路內： 每年一次的 PSA 檢測無須支付共同保險、共付額或免賠額。 每年一次的 Medicare 承保肛門指診無須支付共同保險、共付額或免賠額。
義肢裝置和相關用品 取代全部或部分身體部位或功能的裝置（牙科除外）。這些包括但不限於：腸造口術和與結腸造口護理直接相關的用品、心臟起搏器、支架、矯正鞋、義肢和乳房假體（包括乳房切除術後的外科胸罩）。包括與假體裝置相關的某些用品，以及假體裝置的修理和/或更換。還包括一些白內障摘除或白內障手術後的承保 - 請參閱本節後面的「視力保健」以深入瞭解。	網路內： 20% 共同保險適用於每個 Medicare 承保用品。 20% 共同保險適用於相關 Medicare 承保用品。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
肺部復健服務 對於患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD)，以及有治療慢性呼吸道疾病的醫生的肺部疾病復健轉診的會員，可承保肺部疾病復健綜合計劃。	<u>網路內：</u> \$25 共付額適用於每天肺疾病康復，最多為 Medicare 看診上限。 需要事先授權。
 減少酒精濫用的篩檢和諮詢 我們為具有 Medicare 的濫用酒精但不依賴酒精的成年人（包括孕婦）承保一項酒精濫用篩檢。 如果您的酒精濫用篩檢呈陽性，您每年可以獲得最多 4 次由合格的初級保健醫生或初級保健機構的從業人員提供的簡短面對面諮詢課程（如果您在諮詢期間狀態良好並保持充分意識）。	<u>網路內：</u> 針對減少酒精濫用的 Medicare 承保篩檢和諮詢預防福利，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 4 章。 醫療福利表 (承保內容和您支付的費用)

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
 以低劑量電腦斷層掃描 (low dose computed tomography, LDCT) 篩檢肺癌 針對合格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。 符合資格的會員為：年齡在 55 - 77 歲之間，無肺癌跡象或症狀，但具有至少 30 包年的吸菸史，且目前吸煙或在過去 15 年內曾戒煙者、在肺癌篩查諮詢期間收到 LDCT 的書面醫囑，且其醫病共享決策看診符合 Medicare 對此類看診的標準，並由醫生或合格的非醫生執業人員提供。 <i>針對初次 LDCT 篩檢後的 LDCT</i> <i>肺癌篩檢：</i>成員必須收到一份 LDCT 肺癌篩檢的書面醫囑，該醫囑可以由醫生或合格的非醫生執業人員在任何適當看診期間提供。如果醫生或合格的非醫生執業人員選擇提供肺癌篩檢諮詢，並為隨後的 LDCT 肺癌篩檢提供醫病共享決策看診，則必須滿足 Medicare 對此類看診的標準。	<u>網路內：</u> Medicare 承保的諮詢和醫病共享決策門診或 LDCT，無須支付共同保險、共付額或免賠額。
 性傳播感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 篩檢和預防 STI 的諮詢 我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎方面的性傳播感染 (STI) 篩查。當初級保健提供者開具這些檢查的醫囑時，承保孕婦和某些 STI 風險較高人員接受這些篩檢。我們承保每 12 個月或在妊娠期間的特定時間進行一次檢測。 我們還為性活躍以及 STI 風險較高的成年人每年提供最多 2 次個人 20 至 30 分鐘的面對面高強度行為諮詢課程。若這些諮詢由初級照護提供者所提供，並且是在初級照護環境中進行，例如醫生的診療室，我們僅承保這些作為預防性服務的諮詢課程。	<u>網路內：</u> 針對 Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 預防福利的諮詢，無須支付共同保險、共付額和免賠額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
治療腎臟疾病的服務	網路內：
承保服務包括：	20% 共同保險適用於每次 Medicare 承保腎透析治療。
• 教導腎臟護理的腎臟疾病教育服務，並協助會員對其護理作出明智決定。對於經醫生轉診患有慢性腎臟疾病 IV 期的會員，我們為他們承保終身最多六期的腎臟疾病教育服務 • 門診透析治療（包括暫時離開服務區時的透析治療，詳情請見第 3 章） • 住院透析治療（如果您是為接受特殊護理而住院的病患） • 自我透析培訓（包括針對您和任何協助您進行居家透析治療者的培訓） • 居家透析設備和用品 • 某些居家支援服務（例如，在必要時，由訓練有素的透析工作者上門檢查您的居家透析情況、在緊急情況下提供協助，並檢查您的透析設備和水供應）	\$0 共付額適用於 Medicare 承保腎病教育服務。
某些透析藥物受您的 Medicare Part B 藥物福利所承保。如需 Part B 藥物承保資訊，請參閱「Medicare Part B 處方藥物」一節。	需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表 (承保內容和您支付的費用)

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
專業護理機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 護理 (關於「專業護理機構護理」的定義，請參見本手冊第 12 章。專業護理機構有時也被稱為「SNF」。 針對 Medicare 承保的專業服務，計劃提供每個 Medicare 福利期 100 天的承保。 這是我們的計劃和 Original Medicare 衡量您使用醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的方式。福利期從您進入醫院或專業護理機構當日算起。福利期於您連續 60 天未接受任何住院醫療照護 (或專業護理機構 (SNF) 的專業護理) 時結束。如果您在一個福利期結束後進入醫院或專業護理機構，將開始一個新的福利期。福利期的數量沒有限制。 承保服務包括但不限於： • 半私人房 (或私人房，若有醫療必要性) • 包含特殊飲食的膳食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 作為護理計劃的一部分提供給您的藥物 (這包括體內天然存在的物質，如凝血因子)。 • 血液 - 包含儲存與管理。全血和紅血球的承保從您需要的第一品脫血液開始計算。 • 一般由 SNF 提供的醫療與外科用品 • 一般由 SNF 提供的實驗室檢測 • 一般由 SNF 提供的 X 光檢查和其他放射治療服務 • 一般由 SNF 提供的器材使用，例如輪椅 • 醫生/執業醫師服務	網路內： 住院 1-20 天的每天共付額為 \$0 住院 21-100 天的每天共付額為 \$125。 在入院前不需要住院治療。 需要事先授權。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
專業護理機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 護理（續） 一般而言，您會從網路機構獲取您的 SNF 護理。然而，在以下某些條件下，您可以網路內的費用分擔向非網路提供者設施支付，如果該設施接受我們計劃的付款金額。 • 你去醫院之前住過的療養院或持續護理退休社區（只要它有提供專業護理設施的護理） • 當您離開醫院時，您的伴侶所居住的 SNF	
 戒煙和煙草戒斷（停止吸煙或煙草使用諮詢） <u>如果您使用煙草，但沒有煙草相關疾病的跡象或症狀：</u>我們承保 12 個月內兩次諮詢戒煙嘗試，作為預防性服務，不會對您收取任何費用。每次諮詢嘗試皆包含高達四次的面對面看診。 <u>如果您使用煙草，並被診斷患有與煙草相關的疾病，或正在服用可能受煙草影響的藥物：</u>我們承保戒菸諮詢服務。我們承保 12 個月內兩次諮詢戒煙嘗試，但是，您需支付相應的費用分攤。每次諮詢嘗試皆包含高達四次的面對面看診。	<u>網路內：</u> 針對 Medicare 承保的戒煙和煙草戒斷的預防福利，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
監督式運動治療 (SET) 已顯露症狀的周邊動脈疾病 (peripheral artery disease, PAD) 以及有負責 PAD 治療的醫生提供的 PAD 轉診的會員可以獲得 SET 承保。 如果滿足 SET 計劃要求，12 週內最多承保達 36 次課程。 SET 計劃必須： • 包括持續 30-60 分鐘的課程，包含為周邊動脈疾病 (PAD) 跛行患者提供一次治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診環境或醫生診療室進行 • 由受有 PAD 運動治療培訓經驗的合格輔助人員提供，以確保利大於弊 • 須在接受過基本和進階生命支援技術培訓的醫生、醫生助理或專科護理師/臨床護理專科醫生的直接監督下進行 SET 可以承保 12 週內 36 次以上課程，如果醫療服務提供者認為有醫療必要，還可以在延長的時間內額外增加 36 次課程。	<u>網路內：</u> \$30 共付額適用於每次 Medicare 承保監督運動治療課程。
交通服務 為前往服務區內的醫療預約和醫療設施的日常交通提供非緊急、非醫療運輸的承保服務。	<u>網路內：</u> \$0 共付額適用於最多每年 20 次前往計劃批准地點的單程行程。 僅限於服務區內的醫療預約和醫療設施。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
急需服務 急需服務是為治療非緊急、不可預見的醫療疾病、受傷，或需要立即接受醫療護理的狀況所提供的服務。當網路提供者暫時不可用或無法使用時，網路提供者或網路外提供者提供的急需服務。 在網路外提供必要的急需服務的費用分攤與在網路內提供此類服務的費用分攤相同。 僅於美國境內承保急需照護。	<u>網路內和網路外：</u> \$25 共付額適用於每次 Medicare 承保看診。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務

當您取得這些服務後，所須支付的內容



視力保健

承保服務包括：

- 為診斷和治療眼部疾病和損傷提供門診醫生服務，包括治療與年齡有關的黃斑變性。Original Medicare 不承保眼鏡/隱形眼鏡的定期眼科檢查（眼部屈光）
- 針對青光眼高度危險族群，我們每年承保一次青光眼篩檢。青光眼高危險族群包括：有青光眼家族病史者、糖尿病患者、50 歲及以上的非裔美國人和 65 歲及以上的西班牙裔美國人
- 針對糖尿病患者，每年承保一次糖尿病視網膜病變篩檢
- 每次白內障手術後提供一（1）副眼鏡或隱形眼鏡，包括植入人工晶體。（如進行兩次個別的白內障手術，您無法在第一次手術後保留該福利，並在第二次手術後購買兩副眼鏡。）
- 定期視力檢查
- 日常用眼鏡

網路內：

\$25 共付額適用於為診斷和治療眼病而進行的 Medicare 承保的眼科檢查。

如果在看診期間獲取 Part B 藥物，請參閱

「Medicare Part B 處方藥物」以瞭解共同保險金額。

\$0 共付額適用於年度青光眼篩檢。

\$0 共付額適用於白內障手術後的眼鏡、鏡片或隱形眼鏡。承保上限為 100% Medicare 允許的金額。

\$0 共付額適用於每年 1 次常規視力檢查。

*每年與白內障手術後無關的眼部用品、眼鏡和/或隱形眼鏡的計劃承保限額為

\$75。津貼只能在服務當日使用。

*不計入自付費用上限。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

為您承保的服務	當您取得這些服務後，所須支付的內容
 「Welcome to Medicare（歡迎參加聯邦醫療保險）」預防性看診 計劃承保一次「Welcome to Medicare（歡迎參加聯邦醫療保險）」預防性看診。此次看診包括對您的健康狀況的評估，以及您需要的預防服務相關教育和諮詢（包括某些篩檢和注射），以及必要時為接受其他護理的轉診。 重要事項： 我們只在您投保 Medicare Part B 的前 12 個月承保「Welcome to Medicare（歡迎參加聯邦醫療保險）」預防性看診。當您進行預約時，請告知您的醫生診療室您想安排您的「Welcome to Medicare（歡迎參加聯邦醫療保險）」預防性看診。	網路內： 針對「Welcome to Medicare（歡迎參加聯邦醫療保險）」預防性看診，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

第 2.2 節 您可以購買的額外「可選補充」福利

我們的計劃提供一些不在 Original Medicare 承保範圍內也不包含在您作為計劃會員的福利包中的額外福利。這些額外福利被稱為「**可選補充福利**」。如果您想要這些可選補充福利，您必須註冊，您可能也需要為它們支付額外的保費。牙科插頁中描述的可選補充福利與任何其他福利一樣需要經過相同的上訴程序。

可選補充福利包括 Medicare 不承保的牙科服務。提供該福利的每月計劃保費為 \$32.80。這是除任何您的 Medicare Advantage 計劃保費以外的費用。這些可選補充福利包括主要牙科服務。

如果在我們首次通知您欠繳補充保費後您連續 (3) 個月未能支付您的可選補充福利保費，您將退出可選補充福利承保。

更多計劃特定資訊、免賠額、共付額/共同保險、承保/除外規則、投保以及如何終止可選補充承保在可選補充牙科福利插頁中進行了說明。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）**第 3 節 計劃不承保哪些服務？****第 3.1 節 我們不承保的服務（除外條款）**

本節將闡述哪些服務「排除」在 Medicare

承保內容之外，因此不受這個計劃承保。如果某服務「排除在承保內容之外」，表示此計劃不承保該服務。

下表列出了在任何條件下都不受承保的服務和項目，或者只在特定條件下才受承保的服務和項目。

如果您使用排除在承保內容之外的服務（不承保），您必須自己支付相關費用。下表所列的排除在承保內容之外的醫療服務，除所列具體條件外，我們不予支付。唯一的例外是：如果由於您的特殊情況，在上訴中發現下表中的服務是我們本應支付或承保的醫療服務，我們將支付該服務費用。（有關就我們作出的不承保醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參閱本手冊第 9 章第 5.3 節。）

所有對服務的排除或限制皆於福利表或下表中所述。

即使您在緊急設施獲得了排除在承保內容之外的服務，該項排除在承保內容之外的服務仍然不在承保範圍內，我們的計劃不會支付該服務的費用。

Medicare 不承保的服務	在任何條件下都不受承保	僅在特定條件下受到承保
針灸		✓ 承保慢性下背痛
整容手術或程序		✓ 於意外傷害或改善畸形肢體功能的情況下受承保。 於乳房切除術後重建的所有階段，以及為使未受影響的乳房能產生對稱外觀的情況下受承保。

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

Medicare 不承保的服務	在任何條件下都不受承保	僅在特定條件下受到承保
監護護理是指當您不需要專業醫療護理或專業護理時，在療養院、安寧機構或其他設施環境中提供的護理。 監護護理是不需要訓練有素的醫務人員或輔助醫務人員持續照護的個人護理，例如協助您洗澡或穿衣等日常生活活動的護理。	✓	
實驗醫療和外科手術流程、設備和藥物治療。 實驗流程和項目是指由我們的計劃和 Original Medicare 判斷為不被醫學界普遍接受的項目和流程。		✓ 在 Medicare 批准的臨床研究或我們的計劃中可能受 Original Medicare 承保。 （參閱第 3 章第 5 節，以了解更多臨床研究資訊。）
您的直系親屬或家庭成員為照顧您而收取的費用。	✓	
您家裡的全職護理。	✓	
包括基本家務協助的家管服務，包含簡單的家務或簡單的膳食準備。	✓	
自然療法（使用自然或替代性療法）	✓	
矯正鞋		✓ 如果該鞋子是腿部支架的一部分，並且包含在支架的費用中，或者該鞋子是為糖尿病足病患者所準備者。
您在醫院或專業護理機構房間裡的個人物品，如電話或電視。	✓	

第 4 章。 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

Medicare 不承保的服務	在任何條件下都不受承保	僅在特定條件下受到承保
醫院的私人房。		✓ 只有在具醫療必要性時，方受承保。
放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力輔助手術。	✓	
絕育逆轉程序和/或非處方避孕用品。	✓	
定期脊椎矯正護理		✓ 校正半脫位問題的脊椎手動調整治療受承保。
常規牙科護理，如洗牙、補牙或義齒。		✓ 一些預防性牙科服務，如洗牙和檢查，可能也可承保。其他基本或主要牙科服務只有在參加可選補充牙科福利的情況下才可能被承保。
定期足部護理		✓ 根據 Medicare 指南提供的某些有限的承保範圍（例如，如果您有糖尿病）。
根據 Original Medicare 標準，被視為是不合理且不必要的服務	✓	
足部的支援裝置		✓ 糖尿病足疾患者的矯正或治療用鞋。

第 5 章

使用計劃承保您的
Part D 處方藥

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

第 1 節	介紹	110
第 1.1 節	本章描述您的 Part D 藥物承保	110
第 1.2 節	計劃 Part D 藥物承保基礎規則	111
第 2 節	在網路藥局或透過計劃的郵購服務配處方藥	111
第 2.1 節	要獲得處方承保，請使用網路藥房	111
第 2.2 節	查找網路藥房	112
第 2.3 節	使用計劃的郵購服務	113
第 2.4 節	您怎樣才能得到長期藥品供應？	114
第 2.5 節	您何時可以使用不在計劃網路中的藥房？	115
第 3 節	您的藥物需要在計劃的「藥品清單」上	115
第 3.1 節	「藥品清單」介紹了承保的 Part D 藥物	115
第 3.2 節	藥品清單上的藥物有 5 個「費用分攤層級」	116
第 3.3 節	您如何知道某一種藥物是否在藥品清單上？	117
第 4 節	一些藥物的承保有限制	117
第 4.1 節	為什麼有些藥物有限制？	117
第 4.2 節	有哪些限制？	117
第 4.3 節	這些限制中的任何一項是否適用於您的藥物？	118
第 5 節	如果您的一種藥物沒有按照您希望的方式獲得承保怎麼辦？	119
第 5.1 節	如果您的藥物未按照您希望的方式承保，您可以採取一些措施	119
第 5.2 節	如果您的藥物不在藥品清單上或該藥物在某種程度上受到限制，您該怎麼辦？	119
第 5.3 節	如果您的藥物處於您認為太高的費用分攤層級中，您該怎麼辦？	121
第 6 節	如果您的某一種藥物的承保發生了變化怎麼辦？	122
第 6.1 節	藥品清單在一年內可能會發生改變	122
第 6.2 節	如果您正在服用藥物的承保發生變化會發生什麼情況？	122
第 7 節	計劃不承保哪類藥物？	124
第 7.1 節	我們不承保的藥物類型	124

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

第 8 節	當您配處方藥時，請出示您的會員卡	126
第 8.1 節	請出示您的會員卡	126
第 8.2 節	如果您沒有帶會員卡怎麼辦？	126
第 9 節	特殊情況下的 Part D 藥物承保	126
第 9.1 節	如果您因計劃承保住院入住醫院或專業護理設施怎麼辦？	126
第 9.2 節	如果您是長期護理 (LTC) 設施的住戶會怎樣？	126
第 9.3 節	如果您還從雇主或退休人員團體計劃獲得藥物承保怎麼辦？	127
第 9.4 節	如果您加入 Medicare 認證臨終關懷計劃會怎樣？	128
第 10 節	藥物安全和藥物治療管理相關計劃	128
第 10.1 節	幫助會員安全用藥的計劃	128
第 10.2 節	幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (DMP)	129
第 10.3 節	幫助會員管理其藥物治療的藥物治療管理 (Medication Therapy Management, MTM) 計劃	129



您是否知道有一些計劃可以幫助人們支付他們的藥物費用？

有一些計劃可以幫助資源有限的人支付他們的藥物費用。這包括「額外幫助」和州藥品援助計劃。更多資訊請參閱第 2 章第 7 節。

您目前是否正在獲得幫助支付藥物費用？

如果您參加了協助支付藥物費用的計劃，本 *Evidence of Coverage* (承保證明書) 中有關 Part D 處方藥費用的某些資訊可能不適用於您。我們已寄給您一份獨立的插頁，稱為「Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (獲得額外協助支付處方藥費用人士的承保證明附加條款)」(也稱為「Low Income Subsidy Rider (低收入補貼附加條款)」或「LIS Rider (LIS 附加條款)」)，其中有關於您藥物承保的資訊。如果您沒有此插頁，請致電會員服務並索取「LIS Rider (LIS 附加條款)」。(會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。)

第 1 節 介紹

第 1.1 節 本章描述您的 Part D 藥物承保

本章描述使用您的 Part D 藥物承保的規則。下一章節介紹您為 Part D 藥物支付的費用 (第 6 章，您為 Part D 處方藥支付的費用)。

除了 Part D 藥物承保外，KelseyCare Advantage Gold 還承保計劃醫療福利下的一些藥物。透過其 Medicare Part A 福利的承保，我們的計劃通常承保您在承保醫院或專業護理機構住院期間接受的藥物。透過其 Medicare Part B 福利的承保，我們的計劃承保包括某些化療藥物、您在辦公室看診期間接受的某些藥物注射以及您在透析機構接受的藥物在內的藥物。第 4 章 (醫療福利表，承保內容和您支付的費用) 介紹在承保醫院或專業護理機構住院期間的藥物福利和費用，以及您的 Part B 藥物福利和費用。

如果您參與 Medicare 臨終關懷計劃，您的藥物可能由 Original Medicare 承保。我們的計劃僅承保與您的末期預後和相關病症無關的 Medicare Parts A、B 和 D 服務和藥物，因此其不在 Medicare 臨終關懷福利承保範圍內。有關更多資訊，請參閱第 9.4 節 (如果您加入 Medicare 認證臨終關懷計劃會怎樣)。有關臨終關懷承保的資訊，請參閱第 4 章的臨終關懷部分 (醫療福利表，承保內容和您支付的費用)。

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

以下部分討論了您根據計劃的 Part D 福利規則可獲得的承保。第 9 節，*特殊情況下的 Part D 藥物承保* 包括有關您的 Part D 承保和 Original Medicare 的更多資訊。

第 1.2 節 計劃 Part D 藥物承保基礎規則

只要您遵循以下基本規則，計劃一般會承保您的藥物：

- 您必須有一個提供者（醫生，牙醫或其他開藥者）為您開處方。
- 您的開藥者必須接受 Medicare 或向 CMS 提交證明他或她有資格開處方的文件，否則您的 Part D 索賠將被拒絕。下次您打電話或看診時，您應該詢問您的開藥者是否滿足此條件。如果不滿足，請注意您的開藥者需要時間為處理提交必要文書。
- 您通常必須使用網路藥房配處方藥。（請參閱第 2 節，*在網路藥房或透過計劃的郵購服務配處方藥*。）
- 您的藥物必須在計劃的*承保藥物清單清單（處方集）*上（我們簡稱它為「藥品清單」）。（請參閱第 3 節，*您的藥物需要在計劃的「藥品清單」上*。）
- 您的藥物必須用於醫學認可的適應症。「醫學認可的適應症」是指使用經食品和藥物管理局 (Food and Drug Administration) 批准或某些參考書支援的藥物。（有關醫學認可的適應症方面的更多資訊，請參見第 3 節。）

第 2 節 在網路藥局或透過計劃的郵購服務配處方藥**第 2.1 節 要獲得處方承保，請使用網路藥房**

在大多數情況下，*只有在計劃的網路藥房配藥時才會承保您的處方*。（請參見第 2.5 節，瞭解關於我們何時會承在網路外藥局配處方藥的資訊。）

網路藥房是指與計劃簽訂合約為您提供承保處方藥的藥房。術語「承保藥物」是指包含在計劃藥品清單上的所有 Part D 處方藥物。

我們的網路包括提供標準費用分攤的藥店和提供首選費用分攤的藥店。您可以前往任一類型的網路藥房領取您的承保處方藥。如果使用首選費用分攤藥房，您的費用分攤可能會更少。

第 2.2 節 查找網路藥房

您如何找到所在區的網路藥房？

若要尋找網路藥局，您可瀏覽 *Pharmacy Directory*（藥房目錄），請造訪我們的網站 (www.kelseycareadvantage.com)，或致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

您可以前往我們的任何網路藥店。

但是，如果您使用提供首選費用分攤的網路藥房而不是提供標準費用分攤的網路藥房，您的承保藥物費用可能會更低。*Pharmacy*

Directory（藥房名錄）會告訴您哪些網路藥房提供首選費用分攤。您可以透過聯絡我們，詳細瞭解有關您的不同藥物的自付費用有何不同的資訊。

如果您從一個網路藥局轉到另一個，而您需要重配您一直服用的藥物，您可以要求由提供者開具新的處方，或將您的處方轉到新的網路藥局。

如果您使用的藥房退出網路該怎麼辦？

如果您一直使用的藥房退出了計劃網路，您將必須尋找網路中的新藥房。或者，如果您一直使用的藥房仍在網路內但不再提供首選費用分攤，您可能需要轉換到其他藥房。要找到您所在區的另一家網路藥店，您可以向會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）尋求幫助或使用 *Pharmacy Directory*（藥房名錄）。您也可以在我们的網站 www.kelseycareadvantage.com 上找到相關資訊。

如果您需要專業藥房該怎麼辦？

有時必須在專業藥房配處方藥。專業藥房包括：

- 為居家輸液治療提供藥物的藥房。
- 為長期護理 (LTC) 設施居民提供藥物的藥房。通常，LTC 設施（如療養院）有其自己的藥房。如果您在 LTC 設施中，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房（LTC 設施通常使用的藥房）網路定期獲得您的 Part D 福利。如果您有在 LTC 設施中獲取 Part D 福利方面的任何困難，請聯絡會員服務部。
- 為印第安健康服務局 (Indian Health Service)/部落/城市印地安人健康計劃 (Urban Indian Health Program) 服務的藥房（波多黎各不適用）。除緊急情況外，只有美洲原住民或阿拉斯加原住民可以使用我們網路中的這些藥房。

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

- 分發食品和藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 限制在某些地點使用或需要特殊處理、提供者協調或使用教育的藥物的藥房。
(註：這種情況應該很少發生。)

要找到專業藥房，請查看您的 *Pharmacy Directory* (藥房名錄) 或致電會員服務部 (電話號碼印於本手冊封底)。

第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

對於某些種類的藥品，您可以使用計劃的網路郵購服務。一般來說，透過郵購提供的藥物是您定期服用用於治療慢性或長期健康狀況的藥物。不能透過本計劃的郵購服務獲得的藥物，在我們的 Drug List (藥物清單) 中會標記「NM」。

我們計劃的郵購服務使您可以訂購**多達 90 天的供應量**。

要想獲得訂購單和關於郵寄配處方藥的資訊，您可以：

- 致電 1-888-970-0914 尋求客戶服務代表的即時幫助。
- 登入 [Caremark.com](https://www.caremark.com) 要求透過郵寄重配。
- 請造訪 www.kelseycareadvantage.com，並列印一份郵購表。

通常，郵購藥房訂單會在 10 天內為您送到。如果您因郵購處方延誤而需要幫助，請致電 1-888-970-0914 尋求客戶服務代表的即時幫助。

藥房直接從您醫生的辦公室收到的新處方。

如果出現以下情況，藥房將就從醫療保健提供者那裡收到的新處方自動配藥並遞送，而無需事先與您確認：

- 您過去使用過此計劃的郵購服務，或
- 您註冊自動遞送從醫療保健提供者那裡收到的所有新處方。您可以現在或在任何時候要求自動傳送所有新處方，方法是在 [Caremark.com](https://www.caremark.com) 上註冊或致電 1-888-970-0914，以獲得客戶服務 (Customer Care) 代表的即時幫助。

如果您透過郵遞自動收到您不想要的處方，並且在發貨前沒有與您聯絡以瞭解您是否需要，您可能會有資格獲得退款。

如果您過去使用過郵購並且不希望藥房自動配藥和運送每個新處方，請透過致電 1-888-970-0914 聯絡我們，以獲得客戶服務代表的即時幫助。

如果您從未使用過我們的郵購遞送服務和/或決定停止新處方自動配藥服務，藥房會在每次從醫療保健提供者處獲得新處方時與您聯絡，以確認您是否希望立即配藥和發貨。這將

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

使您有機會確保藥房遞送正確的藥物（包括效力、數量和形式），並在必要時允許您在被計費和發貨前取消或延遲訂單。每次藥房聯絡您時，您都要做出回應，以讓他們知道如何處理新處方並防止運輸延誤，這一點很重要。

要選擇退出自動遞送直接從您的醫療保健提供者辦公室收到的新處方服務，請透過致電 1-888-970-0914 聯絡我們，以獲得客戶服務代表的即時幫助。

郵購處方補藥。如果您想補藥，您可以選擇註冊一個自動補藥計劃。根據此計劃，當我們的記錄顯示您的藥物即將用完時，我們將開始自動處理您的下一次補藥。藥房會在運送每次補藥之前與您聯絡，以確保您需要更多藥物，如果您的藥物已足夠或如果您的藥物發生變化，您可以取消預定的補藥。如果您選擇不使用我們的自動補藥計劃，請在您認為現有藥品快用完的 10 天前與您的藥房聯絡，以確保您的下一個訂單能及時送達。

要退出我們自動準備郵購補藥的計劃，請透過致電 1-888-970-0914 聯絡我們，以獲得客戶服務代表的即時幫助。

因此藥房可能在發貨前聯絡您確認您的訂單，請務必讓藥房知道與您聯絡的最佳方式。您可以透過致電 1-888-970-0914 聯絡我們，尋求客戶服務代表的即時幫助。

第 2.4 節 您怎樣才能得到長期藥品供應？

當您獲得長期藥品供應時，您的費用分攤可能會更低。該計劃提供了兩種獲得我們計劃藥品清單上「維持」藥物的長期供應（也稱為「延期供應」）的方式。（維持藥物是為慢性或長期健康狀況而定期服用的藥物。）您可以透過郵購的方式訂購此用品（見第 2.3 節），或者前往零售藥局。

1. 我們網路中的一些**零售藥局**允許您取得維持藥物的長期供應。對於長期供應維持藥品，其中一些零售藥房（提供首選費用分攤）可能同意接受較低費用分攤額。其他零售藥房可能不同意接受較低的長期供應維持藥物費用分攤額。在這種情況下，您將負責價格差額。您的 *Pharmacy Directory*（藥房名錄）中說明了我們網路中的哪些藥房可以為您提供長期維持藥物供應。您也可以致電會員服務部瞭解更多資訊（電話號碼印於本手冊封底）。
2. 對於某些種類的藥品，您可以使用計劃的網路**郵購服務**。不能透過本計劃的郵購服務獲得的藥物，在我們的 *Drug List*（藥物清單）中會標記「NM」。我們計劃的郵購服務使您可以訂購多達 90 天的供應量。參閱第 2.3 節可以瞭解有關使用我們的郵購服務的更多資訊。

第 2.5 節 您何時可以使用不在計劃網路中的藥房？**在某些情況下，可能會承保您的處方**

一般來說，只有當您無法使用網路藥房時，我們才會承保網路外藥房配藥。為幫助您，我們在我們的服務區外設有網路藥房，您可以在那裡以我們的計劃會員的身份配處方藥。如果您不能使用網路藥房，在以下情況下，我們將承保在網路外藥房配的處方藥：

- 當網路藥房不可用時的非常規情況。
- 如果您在美國及其領地內旅行並生病，藥物用完或丟失的情況。
- 作為醫療應急或緊急護理看診的一部分而開的處方。

在這些情況下，請先與會員服務部聯絡，以確認附近是否有網路藥店。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）您可能需要支付您在網路外藥房支付的藥品費用和我們承保的網路內藥房藥品費用之間的差額。

如何申請計劃報銷？

如果您必須使用網路外藥房，您通常必須在配處方時支付全部費用（而不是您的正常費用份額）。您可以要求我們報銷我們那部分的費用份額。（第 7 章第 2.1 節解釋了如何申請計劃報銷。）

第 3 節 您的藥物需要在計劃的「藥品清單」上**第 3.1 節 「藥品清單」介紹了承保的 Part D 藥物**

計劃有一個「承保藥物清單（處方集）」。

在此 *Evidence of Coverage*（承保證明書）中，我們簡稱它為「藥品清單」。

該清單上的藥物在一組醫生和藥劑師的幫助下由計劃進行選擇。該清單必須符合 Medicare 規定的要求。Medicare 已經批准了計劃的藥品清單。

藥品清單上的藥物僅是根據 Medicare Part D 承保的藥物（本章前面的第 1.1 節解釋了有關 Part D 藥物的資訊）。

只要您遵守本章中解釋的其他承保規則，並且藥物的使用是醫學認可的適應症，我們通常會承保計劃藥物清單上的藥物。「醫學認可的適應症」是指使用符合以下條件之一的藥物：

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

- 經食品和藥物管理局批准。（也就是說，食品和藥物管理局已批准藥物用於處方診斷或病症。）
- -- 或者 -- 有某些參考資料的支援，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information（美國醫院處方集服務：藥物資訊）和 DRUGDEX 資訊系統。

藥品清單包括品牌藥和學名藥

學名藥是活性成分與品牌藥相同的處方藥。一般來說，它的效果和品牌藥一樣好，而且通常更便宜。許多品牌藥都有學名藥替代品。

藥品清單上沒有什麼？

計劃並不承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保某些類型的藥物（有關這方面的更多資訊，請參見本章第 7.1 節）。
- 在其他情況下，我們已決定不將某一特定藥物列入藥品清單。

第 3.2 節 藥品清單上的藥物有 5 個「費用分攤層級」

我們計劃上的每一種藥物都屬於 5 個費用分攤層級中的一種。一般來說，費用分攤層級越高，您的藥物成本就越高：

費用分攤層級	層級包含藥物
層級 1（費用分攤最低層級）	首選學名藥
層級 2	學名藥
層級 3	首選品牌藥
層級 4	非首選藥物
層級 5（費用分攤最高層級）	特級

要知道您的藥物屬於哪一個費用分攤層級，請查閱計劃的藥品清單。

您為每個費用分攤層級中的藥物支付的費用見第 6 章（您為 *Part D* 處方藥支付的費用）。

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥**第 3.3 節 您如何知道某一種藥物是否在藥品清單上？**

您有三種尋找答案的方法：

1. 查看我們提供的電子版最新藥品清單。
2. 造訪計劃的網站
(www.kelseycareadvantage.com)。網站上的藥物清單始終是最新的。
3. 致電會員服務部瞭解特定藥物是否在計劃的藥品清單上或索取一份清單複本。
(會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。)

第 4 節 一些藥物的承保有限制**第 4.1 節 為什麼有些藥物有限制？**

對於某些處方藥，特殊規則限制了計劃如何以及何時對它們進行承保。由一組醫生和藥劑師制定了這些規則，以幫助我們的會員以最有效的方式使用藥物。這些特殊規則還有助於控制總體藥物成本，使您的藥物承保更容易負擔。

一般而言，我們的規則鼓勵您使用適合您的醫療狀況且安全有效的藥物。每當安全、成本較低的藥物在醫學上與較高成本藥物一樣有效時，計劃的規則目的在於鼓勵您和您的提供者使用這種成本較低的選擇。我們還需要遵守有關藥品承保和費用分攤的 Medicare 規章制度。

如果您的藥物受到限制，這通常表示您或您的提供者必須採取額外措施，以便我們承保該藥物。如果您希望我們為您免除限制，您將需要使用承保決定流程並要求我們做出例外處理。我們可能同意也可能不同意為您免除限制。（請參見第 9 章第 6.2 節關於請求例外的資訊。）

請注意，有時一種藥物可能會在我們的藥品清單中出現不止一次。這是因為根據您的醫療保健提供者開出的藥物的效力、數量或形式等因素，可能會適用不同的限制或費用分攤（例如，10 mg 相對於 100 mg；每天一次相對於每天兩次；片劑相對於液劑）。

第 4.2 節 有哪些限制？

我們的計劃使用不同類型的限制來幫助我們的會員以最有效的方式用藥。以下章節向您介紹有關我們對某些藥物使用的限制類型的資訊。

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥**在有學名藥可用的情況下，限制品牌藥的使用**

一般來說，「學名藥」的功效和品牌藥一樣，而且通常更便宜。

在大多數情況下，當有品牌藥的學名藥時，我們的網路藥房將為您提供學名藥。在學名藥可用的情況下，我們通常不會承保品牌藥。但是，如果您的提供者已告訴我們醫療原因，即學名藥或治療相同病症的其他承保藥物都不適用於您，那麼我們將承保品牌藥。（您分攤的品牌藥費用份額可能高於學名藥。）

提前獲得計劃批准

對於某些藥物，您或您的提供者需要獲得計劃的批准，然後我們才會同意為您承保該藥物。這被稱為「預先授權」。有時，預先獲得批准要求有助於指導正確使用某些藥物。如果您沒有獲得此批准，您的藥物可能不在計劃承保範圍內。

首先嘗試不同的藥物

此要求鼓勵您在計劃承保另一種藥物之前嘗試費用較低但通常同樣有效的藥物。例如，如果藥物 A 和藥物 B 治療相同的疾病，計劃可能會要求您先嘗試藥物 A。如果藥物 A 對您不起作用，計劃將承保藥物 B。這種首先嘗試不同藥物的要求被稱為「逐步療法」。

數量限制

對於某些藥物，我們透過限制您每次配處方時可以獲得的藥物量來限制您可以擁有的藥物量。例如，對於某種藥物，如果通常認為每天只服用一粒藥丸為安全，我們可能會將您處方的承保限制為每天不超過一粒藥丸。

第 4.3 節 這些限制中的任何一項是否適用於您的藥物？

計劃的藥品清單包括有關上述限制的資訊。要瞭解這些限制中的任何一項是否適用於您服用或想要服用的藥物，請查看藥品清單。相關最新資訊，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）或瀏覽我們的網站 (www.kelseycareadvantage.com)。

如果您的藥物受到限制，這通常表示您或您的提供者必須採取額外措施，以便我們承保該藥物。如果您要服用的藥物有限制，您應該聯絡會員服務部以瞭解您或您的提供者需要做什麼才能獲得藥物承保。如果您希望我們為您免除限制，您將需要使用承保決定流程並要求我們做出例外處理。我們可能同意也可能不同意為您免除限制。（請參見第 9 章第 6.2 節關於請求例外的資訊。）

第 5 節

如果您的一種藥物沒有按照您希望的方式獲得承保怎麼辦？

第 5.1 節

如果您的藥物未按照您希望的方式承保，您可以採取一些措施

我們希望您的藥品承保適用於您。但是，可能出現您目前正在服用的處方藥，或者您和您的提供者認為您應該服用的處方藥不在我們的處方集中，或者在我們的處方集中但有限制的情況。例如：

- 藥物可能根本不在承保範圍內。或者，藥物的學名藥版本可能受承保，但您想要服用的品牌藥版本不受承保。
- 藥物受承保，但對藥物的承保有額外的規則或限制。如第 4 節所述，本計劃承保的某些藥物有額外的規則來限制藥物使用。例如，您可能被要求先嘗試一種不同的藥物，看看它是否有效，然後才能為您承保您想要服用的藥物。或者，可能對某一特定時間段內承保的藥物數量（藥片數量等）有限制。在某些情況下，您可能希望我們為您免除限制。
- 藥物在承保範圍內，但它處於一個使您的費用分攤比想像的更昂貴的費用分攤層級中。計劃將每種承保藥物分為 5 個不同的費用分攤層級。您為處方支付的費用部分取決於您的藥物處於哪個費用分攤層級。

如果您的藥物未按照您希望的方式承保，您可以採取一些措施。
您的選擇取決於您有什麼類型的問題：

- 如果您的藥物不在藥品清單上，或者您的藥受到限制，請前往第 5.2 節瞭解您可以做什麼。
- 如果您的藥物所屬的費用分攤層級導致您的費用比您想像的要高，請參閱第 5.3 節瞭解您能做些什麼。

第 5.2 節

如果您的藥物不在藥品清單上或該藥物在某種程度上受到限制，您該怎麼辦？

如果您的藥物不在藥品清單上或受到限制，以下是您可以做的事情：

- 您或許可以獲得藥物的臨時供應（只有在某些情況下的會員才能獲得臨時供應）這將使您和您的提供者有時間更改為另一種藥物或提出藥物承保申請。

- 您可以更改為另一種藥物。
- 您可以申請例外並要求計劃承保該藥物或取消藥物限制。

您可能可以獲得臨時供應

在某些情況下，當您的藥物不在藥品清單上或在某種程度上受到限制時，計劃必須向您提供一種臨時藥物供應。這樣做可以讓您有時間與您的提供者討論承保變化，並找出應該做什麼。

為符合臨時供應資格，您必須滿足以下兩個要求：

1. 您的藥物承保變更必須屬於以下變更類型之一：

- 您正在服用的藥物不在計劃的藥品清單上。
- 或者 -- 您正在服用的藥物現在在某種程度上受到了限制（本章第 4 節介紹了有關限制的資訊。）

2. 您必須處於下述情況之一：

- 對於那些加入計劃超過 90 天並居住在長期護理 (LTC) 設施且需要立即供應的會員。
我們將提供一種特定藥物的 31 天供應，如果為您開具處方的天數較少，數量會更少。這是對上述臨時供應情況的補充。
- 當您從一種治療環境轉移到另一種治療環境時，例如從住院醫院環境轉移到家中，這稱為「護理水準變化」。

這些類型的更改通常不會讓您有足夠的時間來確定新處方是否包含不在計劃藥品清單中的藥物。在這些意外情況下，如果您居住在長期護理機構，我們將為您提供 30 天的臨時過渡供應或 31 天的過渡供應（除非為您開具的處方天數更少）。

想要申請臨時供應，請致電會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。

在您獲得臨時藥物供應期間，您應該與您的提供者討論，以決定當您的臨時供應用完時該怎麼辦。您可以轉換為另一種由計劃承保的藥物或要求計劃為您作出例外，承保您目前的藥物。以下章節向您介紹有關這些選項的資訊。

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥**您可以更改為另一種藥物**

從與您的提供者溝通開始。也許計劃承保的另一種藥物對您同樣有效。您可以致電會員服務部，要求提供治療相同疾病的承保藥物清單。此清單可以幫助您的提供者找到一種可能對您有效的藥物。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）

您可以要求作出例外

您和您的提供者可以要求計劃為您作出例外，並以您希望的方式承保藥物。如果您的提供者表明您有醫學理由可以要求我們作出例外，您的提供者可以幫助您申請規則例外。例如，您可以要求計劃承保某種藥物，即使它不在計劃的藥品清單上。或者，您可以要求計劃作出例外處理並不受限制地承保該藥物。

如果您是現有會員，而您正在服用的藥物將從處方集中刪除或在某種程度上受到限制，我們將允許您提前申請下一年度的處方集的例外情況。我們會告訴你下一年度您的藥物承保的任何變化。您可以在明年之前提出例外處理要求，我們會在收到您的請求（或您的處方醫生的支持聲明）後 72

小時內給你答覆。如果我們批准您的請求，我們將在變更生效前授權承保。

如果您和您的提供者想要申請例外，第 9 章第 6.4 節介紹了該怎麼做。它說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時和公平的處理而設定的程序和截止日期。

第 5.3 節 如果您的藥物處於您認為太高的費用分攤層級中，您該怎麼辦？

如果您的藥物處於您認為太高的費用分攤層級中，以下是您可以做的事：

您可以更改為另一種藥物

如果您的藥物處於您認為太高的費用分攤層級中，從與您的提供者溝通開始。也許有一種費用分攤較低的藥物對您同樣有效。您可以致電會員服務部，要求提供治療相同疾病的承保藥物清單。此清單可以幫助您的提供者找到一種可能對您有效的藥物。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）

您可以要求作出例外

您和您的提供者可以要求計劃作出藥物費用分攤層級例外，以便您支付更少的費用。如果您的提供者表明您有醫學理由可以要求我們作出例外，您的提供者可以幫助您申請規則例外。

如果您和您的提供者想要申請例外，第 9 章第 6.4 節介紹了該怎麼做。它說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時和公平的處理而設定的程序和截止日期。

我們的層級

5（特級）藥物不符合此類例外的條件。我們不會降低此層級藥品的費用分攤額。

第 6 節 如果您的某一種藥物的承保發生了變化怎麼辦？

第 6.1 節 藥品清單在一年內可能會發生改變

大部分藥品承保變化發生在每年年初（1 月 1 日）。然而，在這一年中，計劃可能會對藥品清單做出改變。例如，計劃可能：

- 從藥品清單中新增或刪除藥品。新藥變得可用，包括新學名藥。也許政府已經批准了現有藥物的新用途。有時，一種藥物被召回，我們決定不對其進行承保。或者，我們可能會從清單中刪除一種藥物，因為它已被發現無效。
- 將藥品移到更高或更低的費用分攤層級。
- 增加或刪除對藥品承保的限制（關於承保限制的更多資訊，請參見本章第 4 節）。
- 用學名藥代替品牌藥。

在我們改變計劃的藥品清單之前，我們必須遵循 Medicare 要求。

第 6.2 節 如果您正在服用藥物的承保發生變化會發生什麼情況？

有關藥物承保變更的資訊

當藥品清單在一年內發生變化時，我們會在我們的網站上公佈這些變化的相關資訊。我們將定期更新我們的線上藥品清單，包括上次更新後發生的任何變化。我們在下方指出了如果您正在服用的藥物發生變更您會收到直接通知的時間。您也可以致電會員服務部瞭解更多資訊（電話號碼印於本手冊封底）。

藥品承保變化是否會立即影響到您？

可能會對今年產生影響的變更：在以下情況下，您將會受到本年度承保變更的影響：

- 新學名藥替代藥品清單上的品牌藥（或者，我們改變費用分攤層級，或者對品牌藥增加新限制，或者兩者兼而有之）
 - 如果我們用新批准的同一藥物的學名藥替代它，該學名藥將出現在相同或更低的費用分攤層級，並且具有相同或更少的限制，我們可能會立即刪除我們

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

藥品清單上的品牌藥。此外，當新增新學名藥時，我們可能會決定將品牌藥保留在我們的藥品清單上，但會立即將其移到更高的費用分攤層級，或增加新的限制，或兩者兼而有之。

- 在我們做出改變之前，我們可能不會提前告訴您——即使您目前正在服用品牌藥。
 - 您或您的開藥者可以要求我們作出例外處理，繼續為您承保品牌藥。有關如何申請例外的資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）。
 - 如果在我們進行更改時您正在服用品牌藥物，我們將向您提供有關我們所做具體更改的資訊。這還將包括有關您可以採取哪些步驟來申請品牌藥承保例外的資訊。在我們做出更改之前，您可能不會收到此類通知。
- **撤出市場的不安全藥品和藥品清單上的其他藥品**
 - 有時，一種藥物可能會因為被發現不安全而突然撤出市場或因其他原因而撤市。如果發生這種情況，我們將立即從藥品清單中移除該藥品。如果您正在服用這種藥物，我們會馬上讓您知道此變更。
 - 您的開藥者也會知道這一變更，並可以與您一起為您的病情尋找另一種藥物。
 - **對藥品清單上藥物做出的其他變更**
 - 一旦新的一年開始，我們可能會做出影響您正在服用藥物的其他更改。例如，我們可能會增加一種非新上市的學名藥來替代品牌藥，或者改變費用分攤層級，或者對品牌藥增加新的限制，或兩者兼而有之。我們也可能根據 FDA 包裝警示或 Medicare 認可的新臨床指引做出改變。我們必須至少提前 30 天通知您該變更或向您提供變更通知並在網路藥房提供您正在服用藥物的 30 天補藥量。
 - 在您收到變更通知後，您應該與您的開藥者合作，轉換為我們承保的其他藥物。
 - 或者，您或您的開藥者可以要求我們作出例外處理，繼續為您承保該藥物。有關如何申請例外的資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）。

不會影響目前服藥之人的藥品清單藥物變更：對於上文未描述的藥品清單變更，如果您目前正在服用相關藥物，繼續參加計劃，以下類型的變更在明年 1 月 1 日之前不會對您產生影響：

- 如果我們將您的藥物轉到更高的費用分攤層級。

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

- 如果我們對您使用的藥物施加新限制。
- 如果我們從藥品清單中刪除了您的藥品。

如果您正在服用的藥物發生任何這些變化（但不是因為退市、學名藥取代品牌藥或上述章節中提到的其他變化），則該變化不會影響您的使用或您在明年 1 月 1

日之前承擔的費用份額。在該日期之前，您可能不會看到您的付款有任何增加或對您使用該藥物的任何額外限制。對於不影響您的變化，今年您不會得到直接通知。然而，在明年的 1 月 1

日，這些變化將會影響到您，重要的是要檢查新福利年度的藥品清單，以瞭解任何藥物變化。

第 7 節 計劃不承保哪類藥物？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節向您介紹哪些處方藥被「排除在外」。這表示 Medicare 不支付這些藥物。

如果您使用排除藥物，您必須自己支付相關費用。我們不會支付本節中所列的藥物（我們的強化藥物承保所涵蓋的某些排除藥物除外）。唯一例外：如果上訴後發現申請藥物不是 Part D

排除藥物，並且我們應該根據您的具體情況支付或承保該藥物。（有關就我們作出的不承保藥物的決定提出上訴的資訊，請參閱本手冊第 9 章第 6.5 節。）

以下是有關 Medicare 藥物計劃不會根據 Part D 承保的藥物的三條一般規則：

- 我們計劃的 Part D 藥物承保不會承保可根據 Medicare Part A 或 Part B 承保的藥物。
- 我們的計劃不會承保在美國及其領土以外購買的藥品。
- 我們的計劃通常不會承保藥品仿單標示外使用。「藥品仿單標示外使用」是指除經食品和藥物管理局批准的藥品標籤上註明的用途以外的任何藥物使用。
 - 一般來說，只有在某些參考文獻支援的情況下，才允許承保「藥品仿單標示外使用」，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information（美國醫院處方集服務：藥物資訊）和 DRUGDEX 資訊系統。如果任何這些參考文件均不支援使用，則我們的計劃不會承保其「藥品仿單標示外使用」。

此外，根據法律，Medicare

藥物計劃不承保這些類別的藥物：（我們的計劃透過強化藥物承保承保以下某些藥物，對此您可能需要支付額外的保費。更多資訊見下文。）

- 非處方藥（也稱為「櫃檯發售藥」）
- 用於促進生育能力的藥物
- 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
- 處方維生素和礦物質製品，但產前維生素和氟化物配製品除外
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食症、減肥或增重的藥物
- 製造商尋求要求相關測試或監測服務僅從製造商處購買作為銷售條件的門診藥物

我們為 Medicare

處方藥計劃中通常不包括的一些處方藥提供額外承保（強化藥物承保）。

這包括在層級 2 費用分擔層中的以下藥物的承保，並且每 30 天有 6 個數量限制：

西地那非 25 MG - QL 6/30 – 層級 2

西地那非 50 MG - QL 6/30 – 層級 2

西地那非 100 MG - QL 6/30 – 層級 2

您在按處方配這些藥物時支付的金額不計入您的重大傷病承保階段資格。（本手冊第 6 章第 7 節描述了重大傷病承保階段。）

此外，如果您正在從 Medicare

獲得支付處方藥費用的「**額外幫助**」，「額外幫助」計劃將不會支付通常不承保的藥物。（請參閱計劃的藥品清單或致電會員服務部瞭解更多資訊。會員服務部的電話號碼列印於本手冊封底。）然而，如果您透過 Medicaid 獲得藥物承保，您的州 Medicaid 計劃可能會承保一些通常不受 Medicare 藥物計劃承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，以確定您可以獲得哪些藥物承保。（您可以在第 2 章第 6 節找到 Medicaid 的電話號碼和聯絡方式。）

第 8 節 當您配處方藥時，請出示您的會員卡

第 8.1 節 請出示您的會員卡

要配處方藥，請在您選擇的網路藥房出示您的計劃會員卡。當您出示您的計劃會員卡時，網路藥房將自動向計劃收取我們分攤的您的承保處方藥費用份額。當您取處方藥時，您需要向藥房支付您分攤的費用份額。

第 8.2 節 如果您沒有帶會員卡怎麼辦？

如果您在配處方藥時沒有帶計劃會員卡，讓藥房打電話給計劃以獲取必要的資訊。

如果藥房無法獲得必要的資訊，您可能需要在取處方藥時支付全部費用。（您可以在之後要求我們為您報銷我們承擔的份額。請參見第 7 章第 2.1 節關於要求計劃報銷的資訊。）

第 9 節 特殊情況下的 Part D 藥物承保

第 9.1 節 如果您因計劃承保住院入住醫院或專業護理設施怎麼辦？

如果您因計劃承保住院入住醫院或專業護理設施，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。一旦您離開醫院或專業護理設施，只要藥物符合我們的所有承保規則，計劃就會承保您的藥物。請參閱本節的前面部分，瞭解獲得藥品承保的規則。第 6 章（您為 Part D 處方藥支付的費用）提供有關藥物承保或您支付費用的更多資訊。

請注意：當您進入、居住或離開專業護理設施時，您符合特殊投保期資格。在此時期，您可以轉換計劃或更改承保。（第 10 章，結束您的計劃會員資格，介紹了您可以何時退出計劃以及加入一個不同的 Medicare 計劃。）

第 9.2 節 如果您是長期護理 (LTC) 設施的住戶會怎樣？

通常，長期護理 (LTC) 設施（如療養院）有其自己的藥房或為其所有住戶提供藥品的藥房。如果您是長期護理設施的住戶，只要該設施是我們網路的一部分，您就可以透過該設施的藥房獲取您的處方藥。

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

查看您的 *Pharmacy*

Directory (藥房名錄)，瞭解您的長期護理設施的藥房是否是我們網路的一部分。如果不是，或者，如果您需要更多資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼列於本手冊封底）。

如果您是長期護理 (LTC) 設施的住戶並成為計劃的新會員該怎麼辦？

如果您需要的藥物不在我們的藥品清單上或在某些方面受到限制，計劃將在您成為會員的前 90 天承保您藥物的**臨時供應**。總供應上限將為 31 天或以下（如果您的處方開的天數更少）。（請注意，長期護理 (LTC) 藥房可能會一次提供少量藥物以防止浪費。）如果您成為計劃會員超過 90 天，並需要不在我們的藥品清單上的藥品，或者如果計劃對該藥品的承保有任何限制，我們將承保一次 31 天的供應量或以下（如果您的處方開的天數更少）。

在您獲得臨時藥物供應期間，您應該與您的提供者討論，以決定當您的臨時供應用完時該怎麼辦。也許計劃承保的另一種藥物對您同樣有效。或者，您和您的提供者可以要求計劃為您作出例外，並以您希望的方式承保藥物。如果您和您的提供者想要申請例外，第 9 章第 6.4 節介紹了該怎麼做。

第 9.3 節 如果您還從雇主或退休人員團體計劃獲得藥物承保怎麼辦？

您目前是否透過您的（或您配偶的）僱主或退休人員團體獲得其他處方藥承保？如果是，請聯絡**相關團體的福利管理員**。他或她可以幫助您確定您目前的處方藥承保如何與我們的計劃配合。

一般而言，如果您目前受雇，您從我們這裡獲得的處方藥承保將次於您的僱主或退休人員團體承保。這表示您的團體承保會先支付。

關於「可計入承保」的特別說明：

每年，您的僱主或退休人員團體都應向您發送一個通知，說明您下一個日曆年的處方藥承保是否「可計入」以及您有的藥物承保選擇。

如果團體計劃承保為「可計入」，這表示預計支付的計劃藥物承保平均金額，至少與 Medicare 的標準處方藥承保一樣多。

保留這些關於可計入承保的通知，因為您以後可能需要它們。如果您投保了包含 Part D 藥物承保的 Medicare

計劃，您可能需要這些通知來證明您有保持的可計入承保。如果您沒有從您的僱主或退休人員團體計劃收到關於可計入承保的通知，您可以從您的僱主或退休人員計劃的福利管理員或僱主或工會那裡獲得一份複本。

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥**第 9.4 節 如果您加入 Medicare 認證臨終關懷計劃會怎樣？**

臨終關懷計劃和我們的計劃絕不會同時承保藥物。如果您投保了 Medicare 臨終關懷，並需要因其與您的晚期疾病和相關病症無關而不被臨終關懷承保予以承保的抗嘔心、瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥，我們的計劃必須從開藥者或您的臨終關懷提供者那裡收到藥物不相關通知，然後我們的計劃才能承保該藥物。為防止延誤收到任何我們的計劃應該承保的不相關藥物，您可以詢問您的臨終關懷服務提供者或開藥者以確保我們在您要求藥房配藥之前收到藥物不相關通知。

如果您撤銷您的臨終關懷選擇或從臨終關懷機構出院，我們的計劃應承保您的所有藥物。

為防止當您的 Medicare

臨終關懷福利結束時出現任何藥房延誤，您應該攜帶證明文件前往藥房來驗證您的撤銷或出院。請參閱本節前面部分，其中介紹了有關根據 Part D

獲得藥物承保的規則的資訊。第 6 章（您為 Part D

處方藥支付的費用）提供有關藥物承保或您支付費用的更多資訊。

第 10 節 藥物安全和藥物治療管理相關計劃**第 10.1 節 幫助會員安全用藥的計劃**

我們針對會員開展藥物使用審查，以幫助確保他們獲得安全和適當的護理。這些審查對於那些有不只一個提供者為其開藥的會員來說尤其重要。

每次您配處方藥時，我們都會進行審查。我們也定期審查我們的記錄。在這些審查期間，我們會尋找以下潛在問題：

- 可能的用藥錯誤
- 因為您正在服用另一種藥物來治療同一疾病而可能不需要的藥物
- 由於您的年齡或性別而可能不安全或不合適的藥物
- 如果同時服用可能會傷害您的某些藥物組合
- 開具的含有您過敏成分的藥物之處方
- 可能存在的您正在服用藥物量（劑量）的錯誤
- 不安全的鴉片類止痛藥量

如果我們在您的藥物使用中發現了可能的問題，我們將與您的提供者合作來糾正相關問題。

第 10.2 節 幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們有一個計劃，可以幫助確保我們的會員安全使用處方鴉片類藥物，以及其他經常被濫用的藥物。該計劃被稱為「藥物管理計劃 (DMP)」。如果您使用從幾個醫生或藥房獲取的鴉片類藥物，或者如果您最近出現過鴉片類藥物過量，我們可能會與您的醫生溝通，以確保您的鴉片類藥物使用適當且具有醫學必要性。與您的醫生合作，如果我們決定讓您使用不安全的鴉片類或苯二氮平類藥物的處方，我們可能會限制您獲得這些藥物的方式。限制可能為：

- 要求您從某個藥房獲得所有鴉片類藥物或苯二氮藥物處方。
- 要求您從某個醫生那裡獲得所有鴉片類藥物或苯二氮藥物處方。
- 限制我們將為您承保的鴉片類藥物或苯二氮藥物的藥量

如果我們認為其中一項或多項限制應該適用於您，我們會提前寄信給您。該信函將包含說明我們認為應適用於您的限制的資訊。您也將有機會告訴我們您喜歡的醫生或藥局，以及您認為對我們來說很重要的任何其他資訊。在您有機會作出回應後，如果我們決定限制對您這些藥物的承保，我們將向您發送另一封信函以確認該限制。如果您認為我們犯了錯誤，或者您不同意我們認為您有濫用處方藥風險的決定或限制，您和您的開藥者有權向我們提出上訴。如果您選擇上訴，我們將審查您的案件並給您一個決定。如果我們繼續拒絕您的請求中與適用您的藥物獲取限制相關的任何部分，我們將自動把您的案件交給我們計劃以外的獨立審查員。關於如何要求上訴的資訊，請參見第 9 章。

如果您有某些病症，DMP

可能不適用於您，例如癌症或鐮刀型紅血球疾病、您正在接受安寧、舒緩照護或安寧照護，或住在長期照護機構。

第 10.3 節 幫助會員管理其藥物治療的藥物治療管理 (Medication Therapy Management, MTM) 計劃

我們有一個可幫助有複雜健康需求會員的計劃。

該計劃自願參與，對會員免費。一個藥劑師和醫生團隊為我們開發的這個計劃。該計劃可以幫助確保我們的會員從他們服用的藥物中獲得最大益處。我們的計劃被稱為藥物治療管理 (MTM) 計劃。

一些因不同疾病而服用藥物且藥物費用高昂或加入幫助會員安全使用鴉片類藥物的 DMP 中的會員可能能夠透過 MTM

計劃獲得服務。藥劑師或其他健康專家會對您的所有用藥進行全面的審查。您可以探討如何最好地服用藥物、費用以及您對處方藥和非處方藥的任何問題或疑問。您會得到一份此類討論的書面摘要。摘要中有一個藥物行動計劃，其中會建議您可以做些什麼來充分利用

第 5 章。 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

您的藥物，並留出空間讓您做筆記或寫下任何後續問題。您還將獲得一份個人用藥清單，其中包括您正在服用的所有藥物以及您服用這些藥物的原因。此外，MTM 計劃中的會員將收到有關安全處置受控物質處方藥的資訊。

在您的年度「健康」看診之前進行藥物審查是個好主意，這樣您就可以與您的醫生討論您的行動計劃和用藥清單。請在看診時或在與醫生、藥劑師和其他醫療保健提供者交談的任何時候隨身攜帶您的行動計劃和用藥清單。此外，為因應醫院或急診室之需，請隨身攜帶用藥清單（例如，和您的身份證件一起）。

如果我們有適合您需求的計劃，我們會自動為您投保該計劃並向您發送資訊。如果您決定不參加，請通知我們，我們會讓您退出計劃。如果您有關於這些計劃的任何問題，請聯絡會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。

第 6 章

您為 *Part D* 處方藥 支付的費用

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用**第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用**

第 1 節	介紹	134
第 1.1 節	將本章與解釋您的藥物承保的其他資料一起使用	134
第 1.2 節	您可能為承保藥物支付的自付額類型	135
第 2 節	您為藥物支付的費用取決於您獲得藥物時所處的「藥物支付階段」	135
第 2.1 節	KelseyCare Advantage Gold 會員的藥物支付階段是什麼？	135
第 3 節	我們向您發送說明您的藥物付款以及您處於哪個付款階段的報告	136
第 3.1 節	我們會寄給您名為 Part D Explanation of Benefits (Part D 福利說明) (「Part D EOB」) 的每月摘要	136
第 3.2 節	幫助我們及時更新您的藥物付款資訊	137
第 4 節	在免賠額階段，您須全額支付層級 3、4、5 藥物的費用	138
第 4.1 節	在您為您的層級 3、4、5 藥物支付達 \$100 之前，您會一直處於免賠額階段	138
第 5 節	在此初始承保階段，計劃為您的藥物費用支付其份額，您支付您的份額。	139
第 5.1 節	您為藥物支付的費用取決於藥物以及您在何處配處方藥	139
第 5.2 節	一張顯示您一個月藥物供應費用的表格	140
第 5.3 節	如果您的醫生開出少於一個月的處方藥供應量，您可能無需支付整月供應量的費用	141
第 5.4 節	一張顯示您的長期（最多 90 天）藥物供應費用的表格	142
第 5.5 節	在您當年的總藥物費用達到 \$4,430 之前，您會一直處於初始承保階段	143
第 6 節	在承保缺口階段，計劃會提供一些藥物承保	144
第 6.1 節	在您的自付額達到 \$7,050 之前，您會一直處於承保缺口階段	144
第 6.2 節	Medicare 如何計算您的處方藥自付額	145
第 7 節	在重大傷病承保階段，計劃支付您的大部分藥物費用	146
第 7.1 節	一旦您進入重大傷病承保階段，您將在當年餘下的時間裡一直保留在這個階段	146

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

第 8 節	您為 Part D 承保疫苗接種支付的費用取決於您如何以及在哪接種.....	147
第 8.1 節	我們的計劃可能會單獨承保 Part D 疫苗藥物本身和為您接種疫苗的費用	147
第 8.2 節	您可能想在接種疫苗前致電會員服務部聯絡我們	149



您是否知道有一些計劃可以幫助人們支付他們的藥物費用？

有一些計劃可以幫助資源有限的人支付他們的藥物費用。這包括「額外幫助」和州藥品援助計劃。更多資訊請參閱第 2 章第 7 節。

您目前是否正在獲得幫助支付藥物費用？

如果您參加了協助支付藥物費用的計劃，本 *Evidence of Coverage* (承保證明書) 中有關 Part D 處方藥費用的某些資訊可能不適用於您。我們已寄給您一份獨立的插頁，稱為「Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (獲得額外協助支付處方藥費用人士的承保證明附加條款)」(也稱為「Low Income Subsidy Rider (低收入補貼附加條款)」或「LIS Rider (LIS 附加條款)」)，其中有關於您藥物承保的資訊。如果您沒有此插頁，請致電會員服務並索取「LIS Rider (LIS 附加條款)」。(會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。)

第 1 節 介紹

第 1.1 節 將本章與解釋您的藥物承保的其他資料一起使用

本章重點為您為您的 Part D 處方藥支付的費用。為簡單起見，我們在本章中使用「藥物」來表示 Part D 處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物都屬於 Part D 藥物——某些藥物屬於 Medicare Part A 或 Part B 的承保範圍，而其他藥物則依據法律排除在 Medicare 承保範圍之外。

要瞭解我們在本章中提供給您的付款資訊，您需要瞭解承保藥物的基本知識、在哪裡配處方藥以及在獲得承保藥物時應遵循哪些規則。以下是解釋這些基本知識的材料：

- **計劃的承保藥品清單 (處方集)**。為簡單起見，我們稱之為「藥品清單」。
 - 藥品清單介紹了為您承保哪些藥物。
 - 它還介紹了藥物屬於 5 個「費用分擔層級」中的哪一個，以及您的藥物承保是否有任何限制。
 - 如果您需要藥品清單，請致電會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。您也可以在我们的網站 www.kelseycareadvantage.com 上找到 Drug List (藥物清單)。網站上的藥物清單始終是最新的。

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

- **本手冊第 5 章。第 5**
章提供了有關您的處方藥承保的詳細資訊，包括您在獲得承保藥物時需要遵守的規則。第 5 章還說明了哪些類型的處方藥不在我們計劃的承保範圍之內。
- **計劃的 Pharmacy Directory (藥房名錄)**。在大多數情況下，您必須使用網路藥房來獲取承保藥物（有關詳細資訊，請參閱第 5 章）。Pharmacy Directory (藥房名錄) 中有一份計劃網路中藥房的名單。它還告訴您我們網路中的哪些藥房可以為您提供長期藥物供應（例如，配三個月的處方供應量）。

第 1.2 節	您可能為承保藥物支付的自付額類型
----------------	-------------------------

若要瞭解我們在本章中提供給您的付款資訊，您需要瞭解您可能需為您的承保服務支付自付費用的類型。您為藥物支付的金額稱為「費用分攤」，可能會要求您透過三種方式進行支付。

- 「免賠額」是在我們的計劃開始支付其份額之前，您必須為藥物支付的金額。
- 「共付額」是指您在每次配處方藥時支付的一個固定金額。
- 「共同保險」是指您在每次配處方藥時支付的一個藥物總費用百分比。

第 2 節**您為藥物支付的費用取決於您獲得藥物時所處的「藥物支付階段」**

第 2.1 節	KelseyCare Advantage Gold 會員的藥物支付階段是什麼？
----------------	--

如下表所示，您在 KelseyCare Advantage Gold 下的處方藥承保有「藥物支付階段」。您為藥物支付的費用取決於您獲得處方配藥或補藥時所處的這些階段。

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

階段 1 年度免賠額 階段	階段 2 初始承保 階段	階段 3 承保缺口 階段	階段 4 重大傷病承保階 段
在此階段，您要全額支付 層級 3、4、5 藥物的費用。在此階段，您的 30 天供應量選擇胰島素自付費用將為 \$30 - \$35 共付額。 在您為您的層級 3、4、5 藥物支付達 \$100 (\$100 是您的層級 3、4、5 的免賠額) 之前，您會一直處於這個階段。 (詳情請參見本章第 4 節)。	在此階段，計劃會支付您層級 1 和 2 藥物的費用份額，而您則支付您的費用份額。在此階段，您的 30 天供應量選擇胰島素自付費用將為 \$30 - \$35 共付額。 在您（或其他代表您的人）符合層級 3、4、5 的免賠額後，計劃將支付您的層級 3 首選品牌藥、層級 4 非首選藥和層級 5 特級藥物的費用份額，而您則支付自己的份額。 在您從年初至今的「總藥費」（您的付款加上任何 Part D 計劃付款）總計達 \$4,430 之前，您會一直處於這個階段。 (詳情請參見本章第 5 節。)	在此階段，您繼續為層級 1 和層級 2 藥物支付計劃共付額或 25% 的費用，以較低者為準。您支付層級 5 學名藥價格的 25%。對於品牌藥，您支付 25% 的價格（加上一部分配藥費）。在此階段，您的 30 天供應量選擇胰島素自付費用將為 \$30 - \$35 共付額。 在您從年初至今的「自付費」（您的付款）達到總計 \$7,050 之前，您會一直處於這個階段。這一金額和將費用計入此金額的規則由 Medicare 制定。 (詳情請參見本章第 6 節。)	在此階段，計劃將支付您日曆年剩餘時間（至 2022 年 12 月 31 日）的大部分藥物費用。 (詳情請參見本章第 7 節。)

第 3 節

我們向您發送說明您的藥物付款以及您處於哪個付款階段的報告

第 3.1 節

我們會寄給您名為 **Part D Explanation of Benefits (Part D 福利說明)** (「**Part D EOB**」) 的每月摘要

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

我們的計劃會追蹤您的處方藥費用以及您在藥房配處方藥或補藥時已支付的款項。如此一來，我們可以告訴您何時從一個藥物支付階段轉移到了下一個階段。我們特別追蹤兩種類型的費用：

- 我們會追蹤您已支付的金額。這被稱為您的「自付」費用。
- 我們會追蹤您的「總藥費」。這是您的自付費用或其他人代您支付的金額加上計劃支付的金額。

當您在上個月透過計劃配了一個或多個處方時，我們的計劃將準備一份名為「*Part D 福利說明*」（有時稱為「Part D EOB」）的書面摘要。Part D EOB 提供了更多關於您所服用藥物的資訊，例如價格上漲以及可提供的其他費用分攤較低的藥物。您應該向您的開藥者諮詢這些較低費用選項。Part D EOB 包括：

- **相關月份資訊。**此報告提供有關您上個月所配處方的付款詳細資訊。它顯示總藥物費用、計劃支付的費用以及您和代表您的其他人支付的費用。
- **自 1 月 1 日以來的全年總額。**這被稱為「年初至今」資訊。它向您顯示自年初以來您的藥物總費用和總付款額。
- **藥價資訊。**此資訊將顯示總藥品價格，以及對於相同數量的每個處方索賠，從第一次配藥開始的任何百分比變化。
- **可用的較低成本替代處方。**這將包括有關每個可能可用處方索賠的分攤費用較低的其他藥物的資訊。

第 3.2 節 幫助我們及時更新您的藥物付款資訊

為了追蹤您的藥物費用和您為藥物支付的費用，我們使用從藥房獲得的記錄。您可以透過以下方式幫助我們保持您的資訊正確和及時更新：

- **當您獲取處方配藥時，請出示您的會員卡。**為確保我們瞭解您正在配的處方以及您支付的費用，請在每次獲取處方配藥時出示您的計劃會員卡。
- **確保我們擁有所需的資訊。**有時，您可能需要為處方藥付費，但我們不會自動獲取追蹤您的自付費用所需的資訊。為幫助我們追蹤您的自付費用，您可以向我們提供您購買藥物的收據複本。（如果您被收取承保藥物費用，您可以要求我們的計劃支付我們分攤的費用。有關如何做到這一點的說明，請參閱本手冊第 7 章第 2 節。）在以下一些情況類型下，您可能希望向我們提供您的藥物收據複本，以確保我們擁有您為藥物花費金額的完整記錄：
 - 當您在網路藥房以特價或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡購買承保藥物時。
 - 當您為根據藥物製造商患者援助計劃提供的藥物承擔共付額時。

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

- 任何您在網路外藥房購買了承保藥物的時候，或者在其他特殊情況下您支付了承保藥物全價的時候。
- **向我們發送有關其他人為您支付的款項的資訊。**某些其他個人和組織支付的款項也計入您的自付費用，並有助於您獲得重大傷病承保資格。例如，州藥物援助計劃、AIDS 藥物援助計劃 (ADAP)、印第安健康服務局和大多數慈善機構的付款都將計入您的自付費用。您應該保留這些付款的記錄並將它們發送給我們，以便我們可以追蹤您的費用。
- **檢查我們發送給您的書面報告。**當您收到郵件中的 *Part D 福利說明*（「Part D EOB」）時，請仔細查看以確保資訊完整和正確。這些資訊也提供電子版。如果您認為報告缺少內容，或者有任何問題，您可以致電會員服務部來聯絡我們（電話號碼列印於本手冊封底）。一定要保存這些報告。它們是您藥品費用的重要記錄。

第 4 節 在免賠額階段，您須全額支付層級 3、4、5 藥物的費用**第 4.1 節 在您為您的層級 3、4、5 藥物支付達 \$100 之前，您會一直處於免賠額階段**

免賠額階段是您的藥物承保的第一個付款階段。您將為層級 3、4、5 藥物支付 \$100 的年度免賠額。在達到計劃的免賠額之前，您必須全額支付層級 3、4、5 藥物的費用。對於所有其他藥物，您無需支付任何免賠額，並會立即開始接受承保。

- 您的「全部費用」通常低於藥物的正常全價，因為我們的計劃已經協商降低大多數藥物的費用。
- 「免賠額」是在我們的計劃開始支付其份額之前，您必須為 Part D 處方藥支付的金額。

一旦您為您的層級 3、4、5 藥物支付達到 \$100，您就離開了免賠額階段並進入下一個藥物支付階段，即初始承保階段。

對於選擇胰島素，KelseyCare Advantage Gold 沒有免賠額。在免賠額階段，您的 30 天供應量選擇胰島素自付費用將為 \$30 - \$35 共付額。要瞭解哪些藥物是選擇胰島素，請查看我們提供的電子版最新藥品清單。您可以透過藥品清單中的「SI」符號來識別選擇胰島素。如果您對藥品清單有疑問，您也可以致電會員服務部（會員服務部的電話號碼印於本手冊封底）。

第 5 節

在此初始承保階段，計劃為您的藥物費用支付其份額，您支付您的份額。

第 5.1 節 您為藥物支付的費用取決於藥物以及您在何處配處方藥

在初始承保階段，計劃為您的藥物費用支付其份額，您支付您的份額（您的共付額或共同保險額）。您的費用份額將根據藥物和您配處方藥的地點而有所不同。

計劃有 5 個費用分攤層級

我們計劃上的每一種藥物都屬於 5 個費用分攤層級中的一種。一般來說，費用分攤層級數越高，您的藥物成本就越高：

費用分攤層級	層級包含藥物
層級 1（費用分攤最低層級）	首選學名藥
層級 2	學名藥
層級 3	首選品牌藥
層級 4	非首選藥物
層級 5（費用分攤最高層級）	特級

要知道您的藥物屬於哪一個費用分攤層級，請查閱計劃的藥品清單。

您的藥房選擇

您為藥物支付的費用取決於您是否從以下地點獲得藥物：

- 提供標準費用分攤的網路零售藥房
- 提供首選費用分攤的網路零售藥房
- 不在計劃網路中的藥房
- 計劃的郵購藥房

有關這些藥房選擇和配處方藥的更多資訊，請參閱本手冊的第 5 章和計劃的 *Pharmacy Directory*（藥房名錄）。

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

一般而言，*只有*在我們其中一家網路藥房配藥時我們才會承保您的處方。我們的一些網路藥房也提供首選費用分攤。您可以前往提供首選費用分攤的網路藥房或其他提供標準費用分攤的網路藥房來領取您的承保處方藥。在提供首選費用分攤的藥房，您的費用可能會更低。

第 5.2 節 一張顯示您一個月藥物供應費用的表格

在初始承保階段，您分擔的承保藥物費用將是共付額或共同保險。

- 「**共付額**」是指您在每次配處方藥時支付的一個固定金額。
- 「**共同保險**」是指您在每次配處方藥時支付的一個藥物總費用百分比。

如下表所示，共付額或共同保險的金額取決於您的藥物處於哪個費用分攤層級。請注意：

- 如果您的承保藥物費用低於圖表中列出的共付額，您將為該藥物支付較低的價格。您支付藥物的全價或共付額，*以較低者為準*。
- 我們僅在有限的情況下承保在網路外藥房配的處方藥。關於我們何時會承保在網路外藥局配藥的資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

當您獲得一個月的承保 Part D 處方藥時，您分擔的費用：

	標準零售費用分攤（網路內） （最多 30 天供應量）	首選零售費用分攤（網路內） （最多 30 天供應量）	首選郵購費用分攤 （最多 30 天供應量）	長期護理 (LTC) 費用分攤 （最多 31 天供應量）	網路外費用分攤 （承保僅限於某些情況；有關詳細資訊，請參閱第 5 章。） （最多 30 天供應量）
費用分攤層級 1 （首選學名藥）	\$3 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$3 共付額	\$3 共付額
費用分攤層級 2 （學名藥）	\$15 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$15 共付額	\$15 共付額
費用分攤層級 3 （首選品牌藥）	\$45 共付額/\$35 共付額適用於選擇胰島素	\$40 共付額/\$30 共付額適用於選擇胰島素	\$40 共付額/\$30 共付額適用於選擇胰島素	\$45 共付額/\$35 共付額適用於選擇胰島素	選擇胰島素須支付 \$45 共付額/\$35 共付額。
費用分攤層級 4 （非首選藥物）	\$90 共付額	\$80 共付額	\$80 共付額	\$90 共付額	\$90 共付額
費用分攤層級 5 （特級）	31% 共同保險	31% 共同保險	31% 共同保險	31% 共同保險	31% 共同保險

第 5.3 節

如果您的醫生開出少於一個月的處方藥供應量，您可能無需支付整月供應量的費用

通常情況下，您為處方藥支付的金額涵蓋了整個月的承保藥物供應量。但是，您的醫生可以開出少於一個月的藥物供應量。您有時可能會想讓您的醫生開不到一個月的藥物供應量（例如，當您第一次嘗試一種已知有嚴重副作用的藥物時）。如果您的醫生開出少於一個月的處方藥供應量，您無需為某些藥物支付整個月的供應費用。

當您獲得的供應量不足一整個月時，您支付的金額將取決於您負責支付共同保險（占總成本的百分比）還是共付額（固定美元金額）。

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

- 如果您負責共同保險，您將支付藥物總費用的一定百分比。無論處方是一整個月的藥量還是幾天的藥量，您支付的比例都是一樣的。但是，因為如果您獲得的藥量少於一整個月的供應量，則整個藥物成本會更低，因此您支付的金額會更少。
- 如果您負責藥物的共付額，您的共付額將基於您收到藥物的天數。我們將計算您每天為您的藥物支付的金額（「每日費用分攤率」）並將其乘以您獲得藥物的天數。
 - 範例如下：假設您的藥物整月供應（30 天供應）共付額為 \$30。這表示您每天為藥物支付的金額為 \$1。如果您收到 7 天的藥物供應量，您的付款將為每天 \$1 乘以 7 天，共計支付 \$7。

每日費用分攤可讓您在支付整個月的供應費用之前確保藥物對您有效。您還可以讓您的醫生開具以及讓您的藥劑師配少於一個月的藥物供應量，如果這有助於您更好地計劃不同處方的補藥日期，從而減少您去藥房的次數。您支付的金額將取決於您收到的藥物供應天數。

第 5.4 節 一張顯示您的長期（最多 90 天）藥物供應費用的表格

對於某些藥物，您可以在配處方時獲得長期供應（也稱為「延期供應」）。長期供應最多可達 90 天供應量。（關於在何處以及如何獲得長期藥物供應的詳細資訊，請參閱第 5 章第 2.4 節。）

下表顯示當您獲得長期（最多 90 天）藥物供應費用時所支付的費用。

- 請注意：如果您的承保藥物費用低於圖表中列出的共付額，您將為該藥物支付較低的價格。您支付藥物的全價或共付額，以較低者為準。

當您獲得承保 Part D 處方藥的長期供應時，您分擔的費用為：

	標準零售費用分攤 (網路內) (最多 90 天供應量)	首選零售費用分攤 (網路內) (最多 90 天供應量)	首選郵購費用分攤 (最多 90 天供應量)
費用分攤層級 1 (首選學名藥)	\$9 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
費用分攤層級 2 (學名藥)	\$45 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
費用分攤層級 3 (首選品牌藥)	\$135 共付額/\$105 共付額適用於選擇 胰島素	\$100 共付額/\$75 共付額適用於選擇 胰島素	\$100 共付額/\$75 共付額適用於選擇 胰島素
費用分攤層級 4 (非首選藥物)	\$270 共付額	\$200 共付額	\$200 共付額
費用分攤層級 5 (特級)	層級 5 中的藥物無法長期 供應。	層級 5 中的藥物無法長期 供應。	層級 5 中的藥物無法長期 供應。

第 5.5 節 在您當年的總藥物費用達到 \$4,430 之前，您會一直處於初始承保階段

在您的已配藥和補藥的處方藥總額達到初始承保階段的 \$4,430 限額之前，您一直處於初始承保階段。

您的總藥物費用基於您已支付的費用和任何 Part D 計劃已支付費用的總和：

- 自您開始當年第一次藥物購買以來，**您已為**所有承保藥物**支付**的費用。（請參閱第 6.2 節瞭解有關 Medicare 如何計算您的自付額的詳細資訊。）這包括：
 - 您在免賠額階段支付的\$100。
 - 您在初始承保階段作為藥品費用份額所支付的總額。
- **計劃**在初始承保階段作為其藥品費用份額所**支付**的費用。（如果您在 2022 年的任何時間投保了不同的 Part D 計劃，該計劃在初始承保階段支付的金額也計入您的總藥物費用。）

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

我們為某些通常不在 Medicare Prescription Drug Plan 承保範圍內的處方藥提供額外承保。為這些藥物支付的款項將不計入您的初始承保限額或總自付額。要瞭解我們的計劃承保哪些藥物，請參閱您的處方集。

我們發送給您的 *Part D 福利說明 (Part D EOB)*

將幫助您追蹤您和計劃以及任何第三方在這一年中代表您支付的費用。很多人在一年內都達不到 \$4,430 的限額。

如果您達到 \$4,430

額度，我們會通知您。如果您確實達到了這個額度，您將離開初始承保階段，進入承保缺口階段。

第 6 節 在承保缺口階段，計劃會提供一些藥物承保

第 6.1 節 在您的自付額達到 \$7,050 之前，您會一直處於承保缺口階段

當您在承保缺口階段，Medicare

承保缺口折扣計劃提供品牌藥製造商折扣。您支付協議價格的 25%

和品牌藥的一部分配藥費。您支付的金額和製造商折扣金額都將計入您的自付額，就如同您已經支付了它們並使其推動您達到承保缺口。

您繼續支付層級 1 首選學名藥和層級 2 學名藥的初始承保階段費用分攤。

您也可以獲得一些層級 5（特級）學名藥的承保。您支付不超過 25%

的學名藥費用，其餘部分由計劃支付。對於學名藥，計劃支付的金額 (75%)

不計入您的自付額。只有您支付的金額才會被計入自付額，並推動您進入承保缺口。

您繼續支付品牌藥的折扣價和不超過學名藥成本的 25%，直到您的年度自付費用達到 Medicare 設定的金額上限為止。2022 年，該金額為 \$7,050。

Medicare 對哪些算作和哪些不算作您的自付費用有規定。當您達到 \$7,050

的自付費用限額時，您將離開承保缺口階段並進入重大傷病承保階段。

KelseyCare Advantage Gold 為選擇胰島素提供額外的缺口承保。在承保缺口階段，您的 30 天供應量選擇胰島素自付費用將為 \$30 - \$35

自付額。要瞭解哪些藥物是選擇胰島素，請查看我們提供的電子版最新藥品清單。您可以透過藥品清單中的「SI」符號來識別選擇胰島素。如果您對藥品清單有疑問，您也可以致電會員服務部（會員服務部的電話號碼印於本手冊封底）。

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用**第 6.2 節 Medicare 如何計算您的處方藥自付額**

以下是我們在追蹤您的藥物自付費用時必須遵守的 Medicare 規則。

這些費用包括在您的自付費用中

當您將自付費用相加時，您可以包括下方列出的款項（只要它們是 Part D 承保藥物費用，並且您遵守了本手冊第 5 章中說明的藥物承保規則）：

- 當您處於以下任一藥物付款階段時，您為藥物支付的金額：
 - 免賠額階段
 - 初始承保階段
 - 承保缺口階段
- 在加保我們的計劃之前，您在本日曆年內作為不同的 Medicare 處方藥計劃的會員所支付的任何款項。

誰付款很重要：

- 如果您自己支付這些款項，它們將包含在您的自付費用中。
- 如果這些款項由某些其他個人或組織代表您支付，也包括在內。這包括您的朋友或親戚、大多數慈善機構、AIDS 藥物救助計劃、Medicare 認證的州藥物援助計劃 (State Pharmaceutical Assistance Program) 或印地安健康服務署 (Indian Health Service) 為您支付的藥物費用。Medicare 的「額外幫助」計劃支付的費用也包括在內。
- Medicare 承保缺口折扣計劃支付的某些費用包括在內。製造商為您的品牌藥支付的金額包括在內。但計劃為您的學名藥支付的金額不包括在內。

轉到重大傷病承保階段：

當您（或代表您支付的人）在日曆年內花費了 \$7,050 的自付總額時，您將從承保缺口階段轉移至重大傷病承保階段。

這些費用不包括在您的自付費用中

當您將自付費用相加時，您不得將以下任何類型的處方藥付款包括在內：

- 您在美國及其領土以外購買的藥品。
- 我們的計劃不承保的藥物。

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

- 您在網路外藥房獲得但不符合計劃的網路外承保要求的藥物。
- Part A 或 Part B 承保處方藥。
- 您為在我們的額外承保範圍內但通常不在 Medicare Prescription Drug Plan 承保範圍內的藥物支付的款項。
- 您為通常不在 Medicare Prescription Drug Plan 承保範圍內的處方藥支付的款項。
- 在承保缺口期間，計劃為您的品牌藥或學名藥支付的款項。
- 由包括包括雇主健康計劃在內的團體健康計劃支付的藥物款項。
- 由某些保險計劃和政府資助健康計劃（例如 TRICARE 和退伍軍人事務部 (Veterans Affairs)）支付的藥物款項。
- 由具有處方費用支付法律義務的第三方支付藥物款項（例如，工傷賠償）。

提示：如果有如上方所列組織的任何其他組織支付了您的部分或全部藥物自付費用，您必須告知我們的計劃。致電會員服務部告知我們（電話號碼印於本手冊封底）。

您可以如何追蹤您的自付費用總額？

- **我們將幫助您。**我們發送給您的 *Part D 福利說明* (Part D EOB) 摘要包括您當前的自付費用金額（本章第 3 節介紹了本報告）。當您當年的自付總額達到 \$7,050 時，這份報告將告知您，您已經離開了承保缺口階段，進入了重大傷病承保階段。
- **確保我們擁有所需的資訊。**第 3.2 節說明了您可以採取哪些措施來幫助確保我們對您花費的記錄完整且及時更新。

第 7 節 在重大傷病承保階段，計劃支付您的大部分藥物費用

第 7.1 節

一旦您進入重大傷病承保階段，您將在當年餘下的時間裡一直保留在這個階段

當您的自付額達到日曆年度的 \$7,050

限額時，您就有資格進入重大傷病承保階段。一旦您進入重大傷病承保階段，在日曆年結束前，您將一直處於此付款階段。

在此階段，計劃將支付您的大部分藥物費用。

- 您**分擔**的承保藥物費用將是共同保險或共付額，以金額較大者為準：

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

- – 要麼是 – 藥物費用的 5% 共同保險
- – 或者 – 學名藥或被視為學名藥的藥物的 \$3.95，所有其他藥物為 \$9.85。
- 我們的計劃支付剩餘的費用。
- 您為作為補充福利承保的排除藥承擔的費用份額為
 - - 要麼是，藥物費用的 5% 共同保險
 - 或者 \$3.95

第 8 節 您為 Part D 承保疫苗接種支付的費用取決於您如何以及在哪接種

第 8.1 節	我們的計劃可能會單獨承保 Part D 疫苗藥物本身和為您接種疫苗的費用
----------------	---

我們的計劃承保多種 Part D 疫苗。我們也承保被視為醫療福利的疫苗。您可以在第 4 章第 2.1 節的醫療福利表中找到關於這些疫苗承保的資訊。

我們對 Part D 疫苗接種的承保分兩個部分：

- 承保的第一部分是**疫苗藥物本身**的費用。疫苗是處方藥。
- 承保的第二部分是**為您接種疫苗**的費用。（這有時被稱為疫苗的「注射」。）

您為 Part D 疫苗接種支付什麼費用？

您為 Part D 疫苗接種支付的費用取決於三個因素：

1. **疫苗類型**（您接種的是什麼）。
 - 有些疫苗被視為醫療福利。您可以透過查看第 4 章，*醫療福利表（承保內容和您支付的費用）*瞭解您的這些疫苗承保情況。
 - 其他疫苗被視為 Part D 藥物。您可以在計劃的**承保藥品清單（處方集）**中找到這些疫苗。
2. **您在哪裡接種疫苗藥物。**
3. **誰為您接種疫苗。**

第 6 章。 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

您在接受 Part D 疫苗接種時支付的費用可能因情況而異。例如：

- 有時，當您接種疫苗時，您將必須支付疫苗藥物和接種疫苗的全部費用。您可以要求我們的計劃支付我們分攤的費用份額。
- 其他時候，當您接種疫苗藥物或疫苗時，您只需支付您分擔的費用份額。

為說明操作方式，以下是您可以獲得 Part D 疫苗的三種常見方式。請記住，在您處於福利的免賠額和承保缺口階段期間，您要負責所有與疫苗相關的費用（包括其管理）。

情景 1： 您在藥房購買 Part D 疫苗，然後在網路藥房接種疫苗。（是否有這個選擇取決於您住在哪。有些州不允許藥房接種疫苗。）

- 您必須向藥房支付您承擔的疫苗共付額金額以及為您接種疫苗的費用。
- 我們的計劃將支付剩餘的費用。

情景 2： 您在醫生辦公室進行 Part D 疫苗接種。

- 當您接種疫苗時，您將支付疫苗及其接種的全部費用。
- 然後，您可以使用本手冊第 7 章（要求我們支付您已收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的費用份額）中描述的程序要求我們的計劃支付我們的費用份額。
- 您將會得到的補償金額為您支付的金額減去您疫苗（包括管理）的正常共付額再減去醫生收取的與我們通常支付的金額之間的任何差額。（如果您獲得「額外幫助」，我們將為您報銷此差額。）

情景 3： 您在藥房購買 Part D 疫苗，然後將其帶到您的醫生辦公室，他們在那裡為您接種疫苗。

- 您必須向藥房支付疫苗本身的您的部分的共付額。
- 當您的醫生為您接種疫苗時，您將支付這項服務的全部費用。然後，您可以使用本手冊第 7 章中描述的程序要求我們的計劃支付我們的費用份額。
- 您將獲得醫生為接種疫苗而收取的費用扣除醫生收取的費用與我們通常支付的費用之間的任何差額的報銷。（如果您獲得「額外幫助」，我們將為您報銷此差額。）

第 8.2 節	您可能想在接種疫苗前致電會員服務部聯絡我們
----------------	------------------------------

疫苗接種的承保規則很複雜。我們隨時為您提供幫助。我們建議您在計畫接種疫苗時首先致電會員服務部。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）

- 我們可以告訴您有關我們的計劃如何承保您的疫苗接種的資訊，並解釋您分擔的費用。
- 我們可以告訴您如何透過使用我們網路中的提供者和藥房來降低您自己的成本。
- 如果您無法使用網路提供者和藥房，我們可以告訴您您需要做什麼才能從我們那裡獲得我們承擔的付款份額。

第 7 章

**要求我們支付您收到的承保醫療服務
或藥物帳單中的我們的份額**

第 7 章。**要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額**

第 1 節	您應要求我們支付您的承保服務或藥物費用份額的情況	152
第 1.1 節	如果您支付我們的計劃分攤的承保服務或藥物費用份額，或者如果您收到帳單，您可以要求我們付款	152
第 2 節	如何要求我們補償或支付您收到的帳單	155
第 2.1 節	向我們寄送您的付款請求的方式與地點	155
第 3 節	我們會考量您的付款請求並回應是否予以付款.....	155
第 3.1 節	我們會檢查我們是否應該承保服務或藥物以及我應付多少錢	155
第 3.2 節	如果我們告訴您我們不會支付全部或部分醫療護理或藥物費用，您可以提出上訴	156
第 4 節	您應該保存收據並將複本發送給我們的其他情況	156
第 4.1 節	在某些情況下，您應該將收據複本發送給我們，以幫助我們追蹤您的自付藥物費用	156

第 1 節 您應要求我們支付您的承保服務或藥物費用份額的情況

第 1.1 節

如果您支付我們的計劃分攤的承保服務或藥物費用份額，或者如果您收到帳單，您可以要求我們付款

有時，當您獲得醫療護理或處方藥時，您可能需要立即支付全額費用。其他時候，您可能會發現您所支付的費用超出了您在計劃承保規則的預期。無論何種情況，您可以要求我們的計劃向您返還該金額（返還金額稱常稱為向您「補償給付」）。只要您為我們的計劃承保的醫療服務或藥物支付的費用超過您應承擔的份額，您就有權獲得我們的計劃的補償。

有時，您也會收到醫療服務提供者的全額醫療費用帳單。在許多情況下，您應將帳單寄給我們，而非進行付款。我們會審查該帳單，並決定是否承保該服務。若我們決定承保該服務，我們會直接付款給提供者。

以下描述了您可能需要向我們申請補償或支付您收到的帳單的情況：

1. 當您從不在我們計劃網路內的提供者處獲得緊急或急需醫療護理時

您可以從任何提供者獲取緊急服務，無論該提供者是否屬於我們網路的一部分。當您從不屬於我們網路的提供者獲取緊急或急需服務時，您只需負責支付您的費用份額，而非全部費用。您應該要求提供者向計劃收取我們費用的份額。

- 如果您在接受治療時，自行支付了全額費用，您要求我們向您補償給付我們的費用份額。將帳單以及您支付的任何費用之文件寄給我們。
- 有時，您可能會收到提供者的帳單，要求您支付您認為自己不欠的款項。將此帳單以及您已支付的任何費用之文件寄給我們。
 - 若確實須向提供者支付款項，我們會直接付款給提供者。
 - 如果您支付的費用超過了您的費用份額，我們將判斷您所欠繳的金額，並向您補償給付我們的費用份額。

2. 當網路提供者寄給您一張您認為您不需支付的帳單

網路提供者應直接向計劃收取費用，並僅向您要求支付您的費用份額。但有時，他們會誤要求您支付超出您費用份額的款項。

- 當您接受我們計劃所承保的服務時，您只需要支付您的費用分額。我們不允許提供者增加額外的單獨收費，稱為「餘額帳單」。這種保護（您支付的費用永遠不會超過您的費用分攤）適用於：即使我們支付給提供者的服務費用低於提供者的收費，即使存在糾紛且我們不支付某些提供者的收費。關於「餘額帳單 (balance billing)」的更多資訊，請參閱第 4 章第 1.3 節。

第 7 章。 要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額

- 無論您何時從網路提供者那裡收到您認為超出您應支付的份額帳單時，請將該帳單寄給我們。我們會直接聯絡該提供者，並解決此收費問題。
- 如果您已經向網路提供者支付了帳單，但您覺得您支付的款項過多，請將該帳單以及您已支付的款項的文件寄給我們，並要求我們向您補償給付您所支付的金額與您在計劃下所應付款項的差額。

3. 如果您追溯加保我們的計劃

有時某人對計劃的投保是追溯加保。（追溯加保代表已過了其投保首日。投保日期甚至可能在去年。）

如果您是以追溯性方式加入我們的計劃，並且您在加入日期後自費支付了任何承保服務或藥物的費用，您可以要求我們向您償還我們應承擔的費用。您需要提交文件，以便我們處理報銷事宜。

請致電會員服務部，瞭解有關如何要求我們向您付款和提出要求的最後期限的更多資訊。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）

4. 當您使用網路外藥房配處方藥時

如果您前往網路外藥房並嘗試使用您的會員卡配處方藥，藥房可能無法直接向我們提交索賠。發生這種情況時，您必須支付處方的全部費用。（我們僅在幾個特殊情況下承保在網路外藥房配的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節以瞭解更多資訊。）

保存您的收據，並在您要求我們報銷我們的費用份額時將複本發送給我們。

5. 當您因為沒有隨身攜帶計劃會員卡而支付處方的全部費用時

如果您沒有隨身攜帶計劃會員卡，您可以要求藥房致電計劃或查詢您的計劃投保資訊。但是，如果藥房無法立即獲得他們需要的投保資訊，您可能需要自己支付處方的全部費用。

保存您的收據，並在您要求我們報銷我們的費用份額時將複本發送給我們。

6. 當您在其他情況下支付處方的全部費用時

您可能會因為發現某種原因藥物不在承保範圍內而支付處方的全部費用。

- 例如，藥物可能不在計劃的*承保藥物清單（處方集）*中；或者，它可能有您不知道或認為不應該適用於您的要求或限制。如果您決定立即獲得藥物，您可能需要支付全部費用。
- 保存您的收據，並在您要求我們為您報銷時將複本發送給我們。在某些情況下，我們可能需要從您的醫生那裡獲得更多資訊，以便報銷我們負擔的費用份額。

第 7 章。 要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額

7. 當您從獨立的急診室機構接受緊急或急需的醫療護理時。

獨立的急診室設施，不屬於任何本地連鎖醫院，不能拒絕為您提供緊急護理；然而，他們可能未獲 Medicare 的許可認證。因此，這些機構不需要接受 Medicare 的費用計價。這意味著醫療機構和治療醫生可向您開出比 Medicare 高額の帳單，這可能會使您的自付費用較高。如果您在這些機構中尋求緊急護理，您應詢問他們是否接受 Medicare 的費用計價。

- 如果您在接受服務時，自行支付了全額費用，您必須要求我們向您補償給付我們的費用份額。將帳單以及您支付的任何費用之文件寄給我們。計劃將支付 100% 的 Medicare 費用並減去急診室的共付額。
- 因為這些設施未獲得 Medicare 的許可認證，所以我們無法阻止他們向您收取高於 Medicare 的費用，也無法讓您免於支付較高的自付費用。

上述所有範例都是承保決定類型。這意味著如果我們拒絕您的付款請求，您可以上訴我們的決定。本手冊第 9

章（如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦）有關於如何提出上訴的資訊。

第 7 章。 要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額**第 2 節 如何要求我們補償或支付您收到的帳單****第 2.1 節 向我們寄送您的付款請求的方式與地點**

將您的付款請求以及您已支付的任何費用之帳單和文件寄給我們。建議您將帳單和收據複印一份，以做記錄。

將您的付款請求和任何帳單或已付款的收據寄到這個地址給我們：

對於 Part D 藥物索賠：

CVS Caremark® Part D 服務
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

對於醫療索賠：

KelseyCare Advantage
關涉人：Member Services
11511 Shadow Creek Parkway
Pearland, TX 77584

或

KelseyCare Advantage
關涉人：Member Services
P.O. Box 841569
Pearland, TX 77584-9832

您必須在收到服務、物品或 Part B 藥物之日起 **12 個月**內向我們提交索賠。對於 Part D 藥物，您必須在收到藥物之日起 **36 個月**內向我們提交索賠。

如果您有任何問題，請聯絡會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。如果您不知道您應支付的部分，或者您收到帳單卻不知道如何處理這些帳單，我們可以提供您協助。如果您想提供我們更多您已寄送給我們的付款請求之相關資訊，歡迎來電聯繫我們。

第 3 節 我們會考量您的付款請求並回應是否予以付款**第 3.1 節 我們會檢查我們是否應該承保服務或藥物以及我應付多少錢**

當我們收到您的付款請求後，若我們需要您提供任何額外資訊，我們將通知您。否則，我們將考慮您的請求，並做出承保決定。

- 如果我們決定醫療護理或藥物在承保範圍內，並且您遵守了獲得護理或藥物的所有規則，我們將支付我們的費用份額。如果您已經支付了服務或藥物的費用，我們將會將您分攤費用的報銷郵寄給您。如果您尚未支付服務或藥物費用，我們將會將付款直

第 7 章。 要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額

接郵寄給提供者。（第 3 章解釋了您為獲得醫療服務承保所需遵守的規則。第 5 章解釋了您為獲得 Part D 處方藥承保所需遵守的規則。）

- 如果我們決定醫療護理或藥物不在承保範圍內，或者您沒有遵守所有規則，我們將不會支付我們的費用份額。反之，我們將向您寄送一封信，說明我們沒有寄回您所要求的付款金額之原因，以及您對該決定提出上訴的權利。

第 3.2 節**如果我們告訴您我們不會支付全部或部分醫療護理或藥物費用，您可以提出上訴**

如果您認為我們拒絕您的付款請求有誤，或者您不同意我們支付的金額，您可以提出上訴。如果您提出上訴，這意味著您要求我們改變我們在拒絕您的付款請求時所做的決定。

有關於如何提出此類上訴的資訊，請查看本手冊第 9

章（*如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦*）。上訴流程是具有詳細程序和重要截止日期的正式流程。如果您不熟悉如何提出上訴，您會發現從閱讀第 9 章第 4 節開始會很有幫助。第 4

節是介紹部分，說明承保決定和上訴之流程，並提供「上訴」等術語之定義。然後，在您閱讀完第 4 節後，您可以轉到第 9 章中告知發生您的情況該怎麼辦的相關部分：

- 如果您想就獲得醫療服務費用報銷提出上訴，請轉至第 9 章的第 5.3 節。
- 如果您想就獲得藥物費用報銷提出上訴，請轉至第 9 章的第 6.5 節。

第 4 節**您應該保存收據並將複本發送給我們的其他情況****第 4.1 節****在某些情況下，您應該將收據複本發送給我們，以幫助我們追蹤您的自付藥物費用**

在某些情況下，您應該讓我們知道您為藥物支付的費用。在這些情況下，您不是要求我們付款。相反地，您是在告訴我們您的付款情況，以便我們可以正確計算您的自付費用。這可能會幫助您更快地獲得重大傷病承保階段的資格。

在下列兩種情況下，您需要將付款收據的副本寄給我們，以便我們瞭解您的藥物付款情況：

第 7 章。 要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額

1. 當您以低於我們的價格購買藥物時

有時，當您處於免賠額階段和承保缺口階段時，您可以在**網路藥房**以低於我們的價格購買藥物。

- 例如，藥房可能會以特價提供藥物。或者，您可能有一張不在我們福利範圍內但提供較低價格的折扣卡。
- 除非有特殊情況，否則您必須在這些情況下使用網路藥房，並且您的藥品必須在我們的藥品清單上。
- 保存您的收據並將複本發送給我們，以便我們可以將您的自付費用計入讓您符合重大傷病承保階段資格的總額。
- 請注意：如果您處於免賠額階段和承保缺口階段，我們可能不支付這些藥物費用的任何份額。但是，發送收據複本可以讓我們正確計算您的自付費用，並且可以幫助您更快地獲得重大傷病承保階段的資格。

2. 當您透過藥物製造商提供的患者救助計劃獲得藥物時

一些會員參加了由藥物製造商提供的不在計劃福利範圍內的患者援助計劃。如果您透過藥物製造商提供的計劃獲得任何藥物，您可以向患者援助計劃支付共付額。

- 保存您的收據並將複本發送給我們，以便我們可以將您的自付費用計入讓您符合重大傷病承保階段資格的總額。
- 請注意：因為您是透過患者援助計劃而非計劃的福利獲得藥物，所以我們不會支付這些藥物費用的任何份額。但是，發送收據複本可以讓我們正確計算您的自付費用，並且可以幫助您更快地獲得重大傷病承保階段的資格。

由於您沒有要求支付上述兩種情況的費用，這些情況不被認為是承保決定。因此，如果您不同意我們的決定也不能提出上訴。

第 8 章

您的權利和責任

第 8 章。 您的權利和責任**第 8 章。 您的權利和責任**

第 1 節	我們的計劃必須尊重您做為計劃會員的權利	160
第 1.1 節	我們必須以適合您的方式提供資訊（以英文以外的語言、盲文、大型字體或其他替代格式等）	160
Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)	160
第 1.2 節	我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物	161
第 1.3 節	我們必須保護您的個人健康資訊的隱私	161
第 1.4 節	我們必須提供您計劃、其網路提供者和您受承保的服務之相關資訊	170
第 1.5 節	我們必須支援您對自己的照護做出決定的權利	171
第 1.6 節	您有權利提出投訴，並要求我們重新考量我們的決定	173
第 1.7 節	如果您認為您受到了不公平的對待或您的權利未受尊重，您可以怎麼做?	173
第 1.8 節	如何取得關於您的權利的更多資訊	173
第 2 節	作為計劃的會員，您所具有的責任	174
第 2.1 節	什麼是您的責任?	174

第 8 章。 您的權利和責任**第 1 節 我們的計劃必須尊重您做為計劃會員的權利****第 1.1 節**

我們必須以適合您的方式提供資訊（以英文以外的語言、盲文、大型字體或其他替代格式等）

為了以適合您的方式從我們這裡獲得資訊，請去電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

我們的計劃提供人員和免費翻譯服務來回答殘疾人士和非英語使用者會員的問題。如有需要，我們亦可免費提供盲文、大型字體或其他格式之資訊。我們必須向您提供計劃福利的相關資訊，並以符合您獲取方式的適當格式提供您該資訊。為了以適合您的方式從我們這裡獲得資訊，請去電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

如果您對以可用和適合您的方式從我們的計劃獲取資訊有任何困難，請致電 713-442-CARE (2273) 或免費電話 1-866-535-8343 向會員服務部提出申訴。（TTY 用戶應撥打 711。）服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接向民權辦公室 (Office for Civil Rights) 提出投訴。聯絡資訊包含在本 Evidence of Coverage（承保證明書）或郵件中，或者您可以聯絡 KelseyCare Advantage Gold 會員服務部獲取更多資訊。

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services at 713-442-CARE (2273) or toll-free at 1-866-535-8343. Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m. local time, seven days a

第 8 章。 您的權利和責任

week, from October 1 – March 31. From April 1 – September 30, Monday through Friday, hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m. local time. Messaging service used weekends, after hours, and on federal holidays. TTY users should call 711. Calls to this number are free. 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. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact KelseyCare Advantage Gold Member Services for additional information.

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

作為我們計劃的會員，您有權在計劃網路中選擇初級照護提供者 (PCP) 來提供並安排您所承保的服務（第 3 章對此進行了詳細說明）。請去電會員服務部，以瞭解哪位醫生正在接受新的病患（電話號碼列印於本手冊封底）。您也有權在沒有轉診的情況下去看女性健康專科醫生（如婦科醫生）。

作為計劃的成員，您有權在合理的時間內從計劃的提供者網路獲取預約和承保服務。這包括當您需要護理時，及時從專科醫生獲取服務的權利。您還有權在沒有長時間延遲的情況下從我們的任何網路藥房配處方藥或補藥。

如果您認為您沒有在合理的時間內獲得醫療護理或 Part D 藥物，本手冊第 9 章第 10 節會介紹了您可以做什麼。（如果我們拒絕為您的醫療護理或藥品承保，而您不同意我們的決定，第 9 章第 4 節中介紹了您可以做什麼。）

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊的隱私

聯邦與州際法律會保護您的醫療記錄與個人健康資訊的隱私。我們按照這些法律的要求，保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括您投保本計劃時提供給我們的個人資訊、您的醫療記錄和其他醫療健康資訊。
- 保護您隱私的法律賦予您獲取資訊，以及控制您的健康資訊的使用方式之相關權利。我們會提供您一份名為「隱私政策通知」的書面通知書，說明這些權利，並解釋我們如何保護您的健康資訊的隱私。

我們如何保護您的健康資訊的隱私？

- 我們確保未經授權者無法查看或更改您的記錄。
- 在大多數情況下，如果我們將您的健康資訊提供給任何沒有為您提供醫療服務或支付醫療費用者，我們必須首先獲得您的書面許可。書面許可可以由您或您已賦予法律權力之人為您作出決定。

第 8 章。 您的權利和責任

- 有些例外情況不需要我們事先獲得您的書面許可。這些例外受法律允許或要求。
 - 例如，法律要求我們向正在檢查醫療品質的政府機構發佈健康資訊。
 - 由於您透過 Medicare 計劃成為我們的會員，我們需要向 Medicare 提供您的健康資訊，包括有關您的 Part D 處方藥的資訊。如果 Medicare 為研究或其他用途而發佈您的資訊，這將根據聯邦法律和法規進行。

您可以看到您的記錄中的資訊，並瞭解該資訊與他人共享的方式

您有權查看計劃中保存的醫療記錄，並獲取一份記錄副本。我們可以向您收取複印費。您也有權要求我們對您的醫療記錄進行補充或更正。如果您要求我們這麼做，我們將與您的醫療照護提供者合作，決定是否應該對該記錄進行更改。

您有權知道您的健康資訊因任何非例行目的而與他人共享的方式。

如果您對您的個人健康資訊的隱私有疑問或擔憂，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

KelseyCare Advantage Gold 的隱私慣例通知

KS Plan Administrators, LLC 致力於確保我們會員的受保護的健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 的隱私和機密性，並完全支持 1996 年健康保險便利及責任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 隱私條例的規定。

此通知說明您的醫療資訊的使用和揭露方式，以及您可以如何存取這些資訊。請仔細檢閱此內容。

KS Plan Administrators, LLC

致力於保護您的個人健康資訊的機密性。為了有效地向您提供和管理服務與福利，KS Plan Administrators, LLC 必須蒐集和揭露某些受保護的健康資訊。但是，這僅根據 KS Plan Administrators, LLC

的隱私政策進行。此外，聯邦與州際法律要求我們保護您受保護的健康資訊之隱私。如果發生可能損害您資訊的隱私或安全方面的侵犯行為，我們會立即通知您。

本隱私政策通知說明了 KS Plan Administrators, LLC

可能如何蒐集、使用和揭露您受保護的健康資訊，以及您與受保護的健康資訊相關的權利。受保護的健康資訊是關於您或您的家屬的資訊，包括人口統計資訊，這些資訊可以合理地用於識別您，而該資訊與您的過去、現在或未來的身體或精神健康或狀況、向您提供的醫療保健服務或我們為該保健支付的費用有所相關。我們必須保護您受保護的健康資訊，並向您提供關於我們的法律責任和隱私政策之通知。在此通知生效期間，我們必須遵守此通知中描述的隱私政策。

此通知於 2007 年 4 月 1 日生效，並將持續有效，直到我們進行替換或修改。

第 8 章。 您的權利和責任

什麼是受保護的健康資訊 (Protected Health Information, PHI) ?

無論是根據我們的保密政策或相關法律，KS Plan Administrators, LLC

都會保護您受保護的健康資訊 (「PHI」) 的隱私。PHI

是我們向您收取或與蒐集的與您相關之資料，單獨或與其他資料相結合，以使您的身份得以識別的資訊。例如，用於協助會員獲得所需護理的醫療資訊，或您獲得服務的付款資訊，以及有關這些服務的描述資訊，這都是 PHI。

我們可能如何使用並揭露您的 PHI。

為了提供治療承保並支付這些服務，我們需要透過多種不同的方式使用和揭露您的

PHI。KS Plan Administrators, LLC 員工接受過適當處理您的 PHI

的培訓，並僅使用其職務所需的資訊來履行其特定職責。KS Plan Administrators, LLC

維護和執行管理員工使用 PHI 的政策，以確保他們有正確處理。為防止員工對 PHI

的不當處理提供內部保護的程序，包括與物理和技術保護相關的規定，以保護口頭、書面和電子 PHI

在員工履行職責時不被不當處理。以下是未經您授權的情況下，我們受允許使用及揭露您的 PHI 的範例：

用於付款

KS Plan Administrators, LLC 將使用和揭露您的 PHI

來管理您的健康福利政策或合約，這可能涉及確定資格；理賠付款；利用率審查活動；醫療必要性審查；協調福利並回應投訴、上訴和外部審查請求。範例包括：

- 使用 PHI 以支付醫生和醫院向我們提交的付款請求。
- 將受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 轉給第三方，以方便管理靈活支出帳戶、健康儲蓄帳戶、健康報銷帳戶或牙科福利計劃（如果您有）。
- 在管理家庭成員合約時，可與訂閱者分享受養人的額外 PHI（例如，受養人的共付額和免賠額的當前狀況）

用於健保業務

KS Plan Administrators, LLC 可能會出於運營目的使用和揭露您的 PHI。例如，您的 PHI

可能因以下目的揭露給 KS Plan Administrators, LLC

內的員工，例如醫療管理、風險管理或品質改善人員，以及其他人員：

- 評估你的病例和類似病例的照護品質和結果
- 學習如何透過內部和外部調查以改善我們的服務和設施
- 決定如何持續提升我們會員所獲取的醫療照護服務的品質和效率
- 評估我們員工的表現，例如，審查我們的會員服務代表的通話記錄

第 8 章。 您的權利和責任

此外，您的 PHI 可能會用於以下目的，每個目的也都被視為是健保業務：

- 與您的計劃擔保者共享（您的僱主和/或其代表，如果您是透過僱主計劃投保）用於投保、取消投保和保費帳單，以及摘要續約資料的資料
- 只有在 KS Plan Administrators, LLC 收到有關 PHI 不會被您的僱主用於雇傭決定或其他非預期目的的適當證明後，才能共用上面列出內容以外的其他資訊。
- 如果您具有一名管理您的醫療的初級照護醫生，我們可能會向您的計劃擔保者提供他/她的姓名，以便允許您的擔保者評估可用的網路之變更對您的影響。
- 向聯邦政府選擇的外部調查人提供聯絡資訊，以與我們的 KelseyCare Advantage Gold 受益人進行例行性滿意度調查。
- 品質評估和改善活動，例如同行評審和我們的聯盟提供者認證。
- 國家品質保證委員會 (National Committee for Quality Assurance) 等獨立組織的認證。
- 績效評估和成果評估、健康索賠分析和健康服務研究。
- 預防照護、疾病早期偵測、疾病管理、病例管理和協調護理方案，包括傳送預防照護服務提醒。
- 承保、費率制定和成本分攤金額的確定，以及再保險原則的管理。
- 風險管理、審計及偵測違法行為。
- 向其他保險公司、保健計劃或第三方管理者轉讓保單或合約。
- 促進「涵蓋實體」（如 KS Plan Administrators, LLC）與另一個涵蓋實體的任何全部或部分潛在出售、轉讓、併購或合併，以及與該活動相關的盡職調查。
- 其他一般行政活動，包括資料和資訊系統管理，客戶服務和收取保費。

用於治療**KS Plan Administrators, LLC**

可能會向請求獲得與您治療相關資訊的醫療照護提供者（醫生、牙醫、藥局、醫院和其他護理人員）揭露您的 PHI。例如，為了您的安全，我們可能會將您透過 KS Plan

Administrators, LLC

承保收到的藥物清單提供給治療您的急診室臨床醫生，以盡量減少藥物不良相互作用的可能性。除非您無法提供同意，否則只有在您同意的情況下，這些資訊才會提供給急診室的臨床醫生。我們也可能向醫療照護提供者揭露您的

PHI，以提供預防照護計劃、疾病早期偵測計劃和疾病管理計劃相關資訊。例如，KS Plan Administrators, LLC 可能會向參與您的護理的醫生揭露資訊，包括您使用 KS Plan Administrators, LLC

第 8 章。 您的權利和責任

承保的配藥清單（這將提醒治療您的醫生留意其他人為您開的藥物，並將有助於最大程度地減少藥物不良相互作用的可能性）。KS Plan Administrators, LLC

也可能向您的初級照護醫師揭露資訊，建議有助於改善您健康的疾病管理或健康計劃。

有時，KS Plan Administrators, LLC

可能會與其他組織簽訂合約，代表我們提供服務。在執行這些服務時，便會存取或揭露

PHI。在這些情況下，KS Plan Administrators, LLC

將簽訂合約，明確概述與保護、使用和揭露您的 PHI 相關的要求。

這種「商業夥伴」的範例包含行為健康管理公司和藥物福利管理者。

其他受允許或要求的 PHI 使用和揭露事項

無須您授權的其他受允許或要求的 PHI 使用和揭露事項，包括下述內容：

- **作為未成年者的個人代表的父母 -**
在大多數情況下，可能會對您揭露您未成年的孩子的 PHI。然而，我們可能會被法律要求拒絕父母獲得未成年人的 PHI，以進行某些診斷或治療，如性傳播疾病，計劃生育服務等。
- **勞工津貼 -** 為了遵守與勞工津貼相關的法律規範，可能會使用或揭露您的 PHI。
- **公共衛生活動 - 您的 PHI**
可能會因公共衛生活動而被使用或揭露，如協助公共衛生部門或其他法律部門預防或控制疾病、傷害或殘疾、追蹤處方藥物或醫療設備問題，或用於其他衛生監督活動。
- **研究 - KS Plan Administrators, LLC**
可能會在我們的品質改善委員會審查研究提案並根據用以確保您的 PHI 隱私的既定協定批准研究的情況下將您的 PHI 用於研究目的。
- **法律程序 - 您的 PHI**
可能會在任何法律程序中揭露，如回應法院或行政法庭之命令，或在某些情況下應傳票、發現請求或其他合法程序。
- **如果您已參加團體健康計劃 -** 如果您透過您的工作或家庭成員的保單加入了 KS Plan Administrators, LLC，則您加入了「團體健康計劃」。如果您的雇主已按照聯邦法律的要求制定了保護您的 PHI 的規程，並且團體健康計劃選擇從 KS Plan Administrators, LLC 接收 PHI，我們可能會將此類資訊披露給您的擔保雇主和/或其代表。和你的擔保僱主諮詢，以瞭解更多的細節。
- **健康監督 - 您的 PHI**
可能會被披露給授權監督醫療保健系統或政府計劃的政府機構或其承包商，[例如，美國衛生及公共服務部 (Department of Health and Human Services, HHS)、州保險部門或美國勞工部 (US Department of Labor)]

第 8 章。 您的權利和責任

以進行法律授權的活動，例如審計、審查、調查、檢查和許可活動。雖然我們預計以下情況不會經常發生，但這些潛在的使用和揭露事項可能會在沒有您的書面授權的情況下發生：

- **根據法律規定 – KS Plan Administrators, LLC**
可能根據法律要求使用和披露關於您的資訊。例如，KS Plan Administrators, LLC 可能出於以下目的披露資訊：
 - 舉報虐待、忽視或家庭暴力受害者的相關資料；
 - 協助執法人員執行其職務。
- **政府職能 - 根據適用法律，您的 PHI**
可能會被揭露，以防止對您或任何人的健康或安全造成嚴重威脅。出於國家安全目的，我們也可能將您受保護的健康資訊揭露給經授權的聯邦官員。此外，在某些情況下，如果您是或曾是武裝部隊成員，我們可能會揭露您的 PHI，以便相應的軍事當局進行認為必要之活動。
- **囚犯 - 如果您是囚犯，可能會向懲教機構或擁有合法羈押權的執法官員揭露您的 PHI**（若提供此類資訊是為您提供醫療保健、保護您本人及他人的健康和 safety，或者為維護懲教機構的安全保衛所必須者）。
- **亡者 - 可能會向殯儀承辦人或驗屍員揭露 PHI，以便其履行其合法職責。**
- **器官/組織捐贈 - 只有在獲得您的事先授權後，才可能將您的 PHI 用於或揭露給器官採購組織，以促進屍體器官、眼睛或組織的捐贈/移植。**

需要您事先書面授權的使用和揭露事項

除非法例另有許可或規定，否則使用及揭露 PHI（上文第 II 節所列之用途除外）須經您的書面授權才可作業。您可隨時以書面形式撤銷該授權，除非我們已根據先前簽署的授權採取行動。

如果獲得了您的書面授權，您的 PHI 可能會揭露給您的個人代表，即 KS Plan Administrators, LLC

承認有權代表他人執行與醫療保健相關決策的個人（成年人或獨立生活的未成年人）。許多會員出於未於此通知中未描述的原因，要求我們向第三方揭露其 PHI。例如，年長的會員經常要求我們將他們的記錄提供給家庭成員或照顧者。如出於未於此通知中描述之原因，而欲授權我們向個人或組織揭露您的 PHI，請撥打您身分證上的免費電話號碼，我們會向您提供相應的授權表格。請將填妥的表格寄回我們的會員服務部。您可隨時向我們位於 11511 Shadow Creek Parkway, Pearland, TX 77584 的會員服務部寄送信函，以撤銷授權。

請務必注意，一旦您授權我們發佈您的健康資訊，我們發佈的 PHI 就不受 KS Plan Administrators, LLC 的控制。KS Plan Administrators, LLC 無法保證此類 PHI 不會被您授權我們向其發佈的人員再次揭露。最後，KS Plan Administrators, LLC

不會在未經您授權的情況下，使用您的 PHI
向您提供與您的醫療保險承保或健康狀況無關的服務或產品。

關於您的 PHI 您所享有的權利

以下是您針對您的 PHI 所享有的權利。

獲取與收取您的 PHI 複本之權利

您有權利獲取或收取您的 PHI

複本。我們可能會要求您以書面形式要求查閱或複印您的記錄，並向我們提供我們滿足您的要求所需的具體資訊。我們保留就製作和郵寄該資訊複本的成本，收取合理且成本基礎費用之權利。我們將盡力在收到完整的書面請求和相關費用後的十五 (15)

個工作日內向您提供所要求的

PHI。如果我們使用的電子健康記錄系統能夠滿足您的要求，德州法律要求我們在收到您的書面要求後的第十五 (15)

個工作日內提供所要求的記錄，除非您同意接受其他形式的記錄，否則我們必須以電子形式向您提供這些記錄。在某些情況下，我們不被允許滿足您獲取或收取 PHI 的請求。

您不得查閱或複印：

- 在民事、刑事或行政訴訟或程序中，合理預期或使用而彙整的資訊；
- 可能會隨會員投訴或上訴而提交給 KS Plan Administrators, LLC 的心理治療記錄。（KS Plan Administrators, LLC 從不要求這些機密記錄。）；
- 受 1988 年《臨床實驗室改進修正案》(Clinical Laboratory Improvements Amendments)約束的 PHI；
- KS Plan Administrators, LLC 在包括治療在內的研究過程中建立或獲得的資訊。只要研究仍在進行，這些記錄的查閱獲取可能會暫停；
- 在保證保密的情況下，從醫療保健提供者以外的他處所獲得的 PHI，並且所要求的獲取很有可能揭露資訊的來源。

修改或更正您的 PHI 的權利

如果您認為您受保護的健康資訊不正確或不完整，您有權要求我們修改您的

PHI。所有修改請求必須以書面形式提出。在某些情況下，我們可能會拒絕您的請求。例如，如果我們沒有建立該資訊（醫療資訊的常見情況是由提供者製作並儲存在我們的記錄中），或者我們認為當前資訊正確，則我們可能會拒絕該請求。所有拒絕均應在提出原始請求後六十 (60) 天內以書面形式提出。您可以向 KS Plan Administrators, LLC 提交書面異議聲明來回應，我們將有權反駁該聲明。

第 8 章。 您的權利和責任

如果您認為某人收到了我們未修改的

PHI，如果您希望他/她獲得我們隨後可能同意執行的任何修改之通知，則您應在提出要求時告知我們。

要求保密通訊的權利

KS Plan Administrators, LLC 承認，會員有權以個人認為安全的方式和地點接收關於其 PHI 的通信，以免未經授權的使用或揭露。為支持這一承諾，KS Plan Administrators, LLC 將允許個人請求他們透過其他方式或在其他地點接收

PHI。我們將考慮並盡力滿足所有合理的要求，如果您告訴我們，如果我們不這麼做，您便會有危險，則我們必須同意您的要求。所有請求必須以書面形式提出。

對 PHI 揭露事項進行會計核算的權利

您有權要求對我們對您提出要求之日期的前六 (6) 年所揭露的 PHI 的實例進行會計核算、我們與誰分享了該資訊，以及分享原因。所有請求必須以書面形式提出。KS Plan Administrators, LLC

將要求您向我們提供符合您的要求所需的具體資訊。本公司將每十二 (12)

個月免費提供一次該會計核算，但本公司可就您在該 12

個月期間內所要求的任何額外會計核算，向您收取合理的成本基礎費用。我們將包括除卻以下事項外的所有揭露事項：

- 針對治療、付款或保健業務所進行的揭露事項；
- 向參與您的醫療保健的其他人所揭露的事項；
- 您或您指定的個人代表所授權的揭露事項；
- 某些其他揭露事項，例如為國家安全目的而進行的揭露；
- 向懲教機構、執法機構或衛生監督機構所揭露的資訊；
- 為研究、公共衛生或保健業務目的而揭露或使用作為有限資料集一部分的資訊。

要求限制您的 PHI 的使用和揭露的權利

您有權要求我們對您用於治療、支付或醫療業務的 PHI

使用與揭露方式進行限制，或按照本通知名為「其他受允許或要求的 PHI

使用和揭露事項」部分的描述進行限制。然而，法律並沒有要求我們同意這些限制要求，如果這會影響到您的護理，我們可以拒絕您的限制要求。如果我們同意限制，我們不得違反該限制使用或揭露您的

PHI，除非與緊急情況有關。我們可能會要求您以書面形式提出這些限制要求。

第 8 章。 您的權利和責任

接收 KS Plan Administrators, LLC 的隱私政策通知的權利

即使您已經同意以電子方式接收通知，您也有權在任何時候根據要求接收一份紙本的隱私政策通知。根據州法律，您可能也有權要求額外的權利。

如何獲取本通知的相關資訊或投訴我們的隱私政策

如欲索取本私隱政策通知的複本，或獲取本通知的其他相關資訊，可聯絡：

KS Plan Administrators, LLC

會員服務部

11511 Shadow Creek Parkway

Pearland, TX 77584

1-866-535-8343 或造訪我們的網站 www.kelseycareadvantage.com。

如果您認為您的私隱權利受到侵犯，您可以向下列部門/對象提出書面投訴：

Director of Compliance,

KS Plan Administrators, LLC

11511 Shadow Creek Parkway

Pearland, TX 77584

或致電本辦公室電話 1-866-535-8343。

您也可以通知衛生及公共服務部 (Department of Health and Human Services, HHS) 部長。

請將您的投訴寄送至：

Medical Privacy, Complaint Division, Office for Civil Rights (OCR)

United States Department of Health and Human Services,

200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Building

Washington D.C., 20201

您亦可致電民權辦公室 (Office for Civil Rights, OCR) 的語音熱線電話 (800) 368-1019，或將資訊傳送至其網址 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/。

如果您向 OCR 或 KS Plan Administrators, LLC 投訴我們的隱私政策，KS Plan Administrators, LLC 不會對您採取報復行動。

對此通知的變更

我們可以在任何時候對本通知和我們的隱私政策作出變更，只要該變更符合我們當前的隱私政策或州或聯邦法律即可。如果我們對我們的政策作出重大變更，我們會及時以郵寄方式向您提供新的通知，並將其公佈在我們的網站上。

此通知的生效日期

此通知的生效日期為 2007 年 4 月 1 日。母語非英語的會員也可以致電 KS Plan Administrators, LLC 的會員服務部電話 1-866-535-8343，以幫助解答其問題。

第 1.4 節 我們必須提供您計劃、其網路提供者和您受承保的服務之相關資訊

作為 KelseyCare Advantage Gold 的會員，您有權利從我們這裡獲得多種資訊。（如上文第 1.1

節所述，您有權利以適合您的方式從我們這裡獲得資訊。這包含獲取以英文以外的語言和以大型字體或其他替代格式所提供的資訊。）

如果您想要任何以下類型資訊，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）：

- **關於我們的計劃的資訊。**這包含，例如，計劃財務狀況之資訊。它還包括有關會員提出的上訴數量和計劃的星級評定的資訊，包括計劃會員如何對其進行評定以及其與其他 Medicare 健康計劃的比較情況。
- **關於我們的網路提供者的資訊，包括我們的網路藥房。**
 - 例如，您有權從我們獲得有關我們網路中的提供者和藥店的資格以及我們如何向網路中的提供者付款的資訊。
 - 有關計劃網路中的提供者的清單，請參閱 *Provider Directory*（提供者名錄）。
 - 有關計劃網路中的藥房的清單，請參閱 *Pharmacy Directory*（藥房名錄）。
 - 關於我們的提供者或藥局的更詳細資訊，您可以致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底），或瀏覽我們的網站 www.kelseycareadvantage.com。
- **關於您的承保和使用承保時，必須遵循的規則之資訊。**
 - 在這本手冊的第 3 章和第 4 章，我們解釋了您所承保的醫療服務、對您的承保範圍的任何限制，以及你獲取承保的醫療服務所需遵循的規則。
 - 要獲取有關您的 Part D 處方藥承保的詳細資訊，請參閱本手冊的第 5 章和第 6 章以及計劃的 *承保藥物清單（處方集）*。這些章節，連同 *承保藥物清單（處方集）*，向您介紹承保藥物，並說明您必須遵守的規則以及對某些藥物承保的限制。
 - 如果您有關於規則或限制的問題，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。
- **關於為什麼某些服務未受承保以及該怎麼做的資訊。**
 - 如果您的醫療服務或 Part D 藥物不受承保，或者您的承保受到某種限制，您可以要求我們提供書面解釋。即使您從網路外提供者或藥房獲得醫療服務或藥物，您也有權獲得此解釋。
 - 如果您不滿意或不同意我們做出的為您承保哪些醫療護理或 Part D 藥物的決定，您有權要求我們更改決定。您可以提出上訴，以要求我們變更決定。如果沒有按照您認為應該承保的方式為您提供承保，有關如何處理這種情

第 8 章。 您的權利和責任

況的詳細資訊，請參閱本手冊的第 9

章。它提供了如果您希望我們變更決定，該如何上訴的詳細資訊。（第 9 章還介紹了有關如何投訴醫療品質、等待時間和其他問題方面的資訊。）

- 如果您想要求我們的計劃支付您已收到的醫療護理或 Part D 處方藥帳單中的我們的費用份額，請參閱本手冊的第 7 章。

第 1.5 節 我們必須支援您對自己的照護做出決定的權利**您有權利知道您的治療選項並參與您的照護決定**

您有權在您取得醫療護理時，從您的醫生和其他醫療照護提供者獲取完整資訊。您的提供者必須以您能理解的方式解釋您的病情和您的治療選擇。

您也有權利全權參與您的照護決定。為協助您與您的醫生針為最適合您的治療做出決定，您的權利包括下列內容：

- **瞭解您的所有選擇。**這意味著您有權瞭解針對您的病情所推薦的所有治療方案，無論這些方案費用為何或者是否受我們的計劃所承保。它還包括向您告知我們的計劃提供的幫助會員管理用藥和安全使用藥物的方案。
- **瞭解風險。**您有權利獲悉任何涉及您的護理的風險。如果任何建議的醫療護理或治療是研究實驗的一部分，您必須事先被告知。您隨時可選擇拒絕任何實驗性治療。
- **「拒絕」的權利。**您有權利拒絕任何建議的治療。這包括離開醫院或其他醫療設施的權利（即使您的醫生建議您不要離開）。您也有權停止服藥。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您將對由此導致的身體狀況承擔全部責任。
- **在您的護理承保遭拒時，收到解釋說明。**如果提供者拒絕您認為您應獲得之護理時，您有權利收到我們的解釋說明。若要收到此解釋，您須向我們申請承保決定。本手冊第 9 章介紹了如何要求計劃作出承保決定。

如果您無法為自己做出醫療決定，您有權指示該怎麼做

有時，由於事故或嚴重疾病，人們無法為自己做出醫療照護決定。如果您處在這種情況下，您有權利表示自己想要的決定。這表示，如果您想要，您即可：

- 如果您無法為自己做決定，您可以填寫一份書面表格，給予某人為您做出醫療決定的法律權力。
- 如果您無法自己做決定，可以給予您的醫生書面指示，說明您希望他們如何處理您的醫療護理。

第 8 章。 您的權利和責任

在這種情況下，您可以用來預先指示的法律文件名為「**預立醫療指示 (advance directives)**」。預立醫療指示有不同的類型和不同的名稱。所謂「**生前遺囑 (living will)**」和「**醫療照護委託書 (power of attorney for health care)**」都是預立醫療指示的範例。

如果您想使用「預立醫療指示」來提供您的指示，以下是運作流程：

- **取得表單。**如果您想要擁有預立醫療指示，您可以向您的律師、社會工作者或從某些辦公用品店取得表單。有時候您可以從某些提供他人 Medicare 資訊的組織獲取預立醫療指示表單。
- **填寫並簽署該表單。**無論您從何處取得該表單，請切記，這是法律文件。您應考量請律師協助您準備該文件。
- **將複印本交予適當的人員。**您應該給予您的醫生一份該表單的複本，亦應給予您無法作出決定時，表單上聲明請之代您做出決定者。您也可能會想將複本交給親密的朋友或家人。請務必在家中留一份複本。

如果您提前知道您將住院，並且您已經簽署了一份預立醫療指示，**請帶一份複本前往醫院。**

- 當您入住醫院時，他們會詢問您是否簽署了一份預立醫療指示表單，以及您是否有攜帶該表單。
- 如果您仍未簽署預立醫療指示表單，醫院會提供可用之預立醫療指示表單，並詢問您是否想要簽署一份。

請記住，是否要填寫預立醫療指示是您個人的選擇（包括在住院時，是否要簽署該表單）。根據法律，沒有人可以因為您是否簽署了預立醫療指示而拒絕提供您照護或歧視您。

如果您的指示未被遵循？

如果您已簽署了一份預立醫療指示，且您認為醫生或醫院並未遵守其中的指示，您可以提交投訴至

Texas Department of State Health Services（德州健康服務部）
Health Care Quality Section Health Facility Compliance（衛生保健品質科健康設施合規性）
P.O. Box 149347, MC-1913
Austin, TX 78714-9347 888-963-7111
dshs.texas.gov/consumerprotection

第 8 章。 您的權利和責任**第 1.6 節 您有權利提出投訴，並要求我們重新考量我們的決定**

如果您對承保服務或護理有任何問題或疑慮，本手冊的第 9 章會告訴您可以做什麼。它提供了如何處理所有類型的問題和投訴的細節。您為追蹤問題或疑慮所須採取之動作因情況而異。您可能需要要求我們的計劃為您做出承保決定，向我們提出上訴以更改承保決定，或提出投訴。無論您做什麼——詢問承保決定、提出上訴或投訴——**我們都必須公平對待您。**

您有權獲得關於其他會員在過去對我們計劃提出的上訴和投訴的資訊摘要。若要獲取該資訊，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。

第 1.7 節

如果您認為您受到了不公平的對待或您的權利未受尊重，您可以怎麼做？

若事關歧視，請去電民權辦公室。

如果您認為您的權利受到不公平對待，或出於你的種族、殘疾、宗教、性別、健康、族群、信仰（信念）、年齡或國籍因素而使您的權利未受尊重，您應該聯繫衛生及公共服務部的民權辦公室（1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697）或者聯繫當地的民權辦公室。

與其他因素相關嗎？

如果您認為您受到了不公平對待，或者您的權利未受到尊重，且這與歧視無關，您可以尋求協助，以解決您所面臨的問題：

- 您可以**聯繫會員服務部**（電話號碼列印於本手冊封底）。
- 您可以**致電州健康保險援助計劃**。如需該組織的詳細資訊與聯絡方式，請前往第 2 章第 3 節。
- 或者，您可以撥打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）**聯繫 Medicare**，24 小時全年無休提供服務。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。

第 1.8 節 如何取得關於您的權利的更多資訊

有數個地方可供您取得關於您的權利的資訊：

- 您可以**聯繫會員服務部**（電話號碼列印於本手冊封底）。
- 您可以去**電州醫療保險補助計劃 (SHIP)**。如需該組織的詳細資訊與聯絡方式，請前往第 2 章第 3 節。

第 8 章。 您的權利和責任

- 您可以聯絡 **Medicare**。
 - 您可以造訪 Medicare 網站以閱讀或下載出版物「Medicare Rights & Protections（聯邦醫療保險權利和保護）」。（該出版物可在下列網址取得：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
 - 或者，您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，24 小時全年無休提供服務。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。

第 2 節 作為計劃的會員，您所具有的責任

第 2.1 節 什麼是您的責任？

作為計劃的會員，您需做的事項列於下方。如果您有任何問題，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。我們隨時為您提供幫助。

- 熟悉您的承保服務，以及獲得這些承保服務所須遵守的規則。使用本 *Evidence of Coverage*（承保證明書）手冊，瞭解您的承保範圍以及需要遵循的規則，以獲得承保服務。
 - 第 3 章和第 4 章詳細介紹了您的醫療服務，包括哪些服務受到承保、哪些不受承保、須遵守的規則，以及您須支付的費用。
 - 第 5 章和第 6 章提供了有關您的 Part D 處方藥承保的詳細資訊。
- 如果您在我們的計劃之外還有任何其他健康承保或處方藥承保，您必須告訴我們。請致電會員服務部告知我們（電話號碼列印於本手冊封底）。
 - 我們必須遵循 Medicare 制定的規則，以確保當您從我們的計劃中獲得您受承保的服務時，您將同時使用您所有的承保範圍服務。這稱為「**福利協調**」，因為它涉及將您從我們的計劃中獲得的健康和藥物福利與您可以獲得的任何其他健康和藥物福利進行協調。我們將協助您協調您的福利。（有關福利協調的更多資訊，請前往第 1 章第 10 節。）
- 請告訴您的醫生和其他醫療照護提供者，您已投保我們的計劃。當您獲取醫療護理或 Part D 處方藥時，請出示您的計劃會員卡。
- 向您的醫生和其他提供者提供資訊、提出問題並遵循其對您的護理所示，以協助您的醫生和其他提供者，能提供您協助。
 - 為了協助您的醫生和其他醫療提供者給予您最好的治療，請盡可能深入瞭解您的健康問題，並向他們提供他們關於您和您的健康狀況所需的資訊。遵循您和您的醫生所同意的治療計劃和指示。

第 8 章。 您的權利和責任

- 確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維生素和補充劑。
- 如果您有任何疑問，請務必提出。您的醫生和其他醫療照護提供者應以您能理解的方式來解釋事情。如果您提出了一個問題，但您不明白回覆，請再問一遍。
- **體貼周到。**我們希望所有會員都能尊重其他患者的權利。我們也希望您的行為能協助醫生門診、醫院和其他門診的順利運作。
- **支付您所需支付的費用。**作為計劃的會員，您有責任支付這些費用：
 - 為符合我們的計劃資格，您必須擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B。某些計劃會員必須支付 Medicare Part A 之保費。大多數計劃會員必須支付 Medicare Part B 之保費以保有計劃會員資格。
 - 對於計劃承保的大部分醫療服務或藥物，您必須在獲得服務或藥物時支付您的費用份額。意即共付額（固定金額）或共同保險（總費用的百分比）。第 4 章介紹了您必須為您的醫療服務所支付的費用。第 6 章介紹了您必須為您的 Part D 處方藥支付的費用。
 - 如果您獲得我們的計劃或您可能擁有的其他保險不承保的任何醫療服務或藥物，您必須支付全額費用。
 - 如果您不同意我們拒絕承保某項服務或藥物的決定，您可以提出上訴。關於如何上訴的資訊，請參閱本手冊第 9 章。
 - 如果您被要求支付逾期投保罰款，您必須支付罰款才能保留處方藥承保。
 - 如果您因年度收入而需要為 Part D 支付額外費用，您必須直接向政府支付額外費用以保持計劃會員資格。
- **搬家時告知我們。**如果您要搬家，一定要馬上告訴我們。請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。
 - 如果您搬離我們的計劃服務區，您將無法繼續成為我們計劃的會員。（第 1 章說明了我們的服務區域。）我們可以協助您瞭解您是否正搬離我們的服務區。如果您搬離我們的服務區，您將獲得特殊投保期，在此期間您可以加入您的新區域的任何 Medicare 計劃。我們會告知您，我們是否有在您的新區域提供計劃。
 - 如果您在我們的服務區內進行搬家，我們仍然需要知道該資訊，以便我們及時更新您的會員記錄，並瞭解您的聯絡方式。
 - 同樣重要的是，如果您搬家了，請聯繫社會保障部（或鐵路退休委員會）。您可以在第 2 章找到這些組織的電話號碼和聯絡方式。
- **如果您有問題或疑慮，請致電會員服務部尋求幫助。**我們也歡迎您提出任何建議來改善我們的計劃。
 - 會員服務部的電話號碼與來電時間列印於本手冊封底。
 - 如需更多如何聯絡我們的相關資訊，包含我們的郵寄地址，請參閱第 2 章。

第 9 章

*如果您有問題或想投訴
(承保決定、上訴、投訴) 該怎麼辦*

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)

第 1 節	介紹	179
第 1.1 節	如果您有問題或想投訴該怎麼辦	179
第 1.2 節	法律術語該怎麼辦？	179
第 2 節	您可以向與我們無關的政府組織取得協助	179
第 2.1 節	哪裡可以獲取更多資訊和個人化協助	179
第 3 節	若要處理您的問題，您應使用哪個流程？	181
第 3.1 節	您應使用承保決定和上訴流程？或者您應使用提出投訴流程？	181
承保決定和上訴		181
第 4 節	承保決定和上訴的基礎指南	181
第 4.1 節	要求做出承保決定和上訴：大致流程架構	181
第 4.2 節	當您要求做出承保決定或提出上訴時，如何取得協助	183
第 4.3 節	本章的哪一節提供了適用於您的情況的詳細資訊？	183
第 5 節	您的醫療護理：如何申請承保決定，或提出上訴	184
第 5.1 節	本節向您介紹如果您在獲取醫療護理時遇到問題，或希望我們能補償我們對您的照護之費用份額，該怎麼做	184
第 5.2 節	步驟：如何申請承保決定。（如何要求我們的計劃授權或提供您想要的醫療護理承保）	186
第 5.3 節	步驟：如何提出第 1 級上訴（如何要求對我們計劃做出的醫療護理承保決定進行審查）	189
第 5.4 節	步驟：第 2 級上訴如何進行	192
第 5.5 節	如果您要求我們支付您收到的醫療護理帳單中的我們的份額？	194
第 6 節	您的 Part D 處方藥：如何申請承保決定，或提出上訴	195
第 6.1 節	本節向您介紹如果您在獲取 Part D 藥物時遇到問題或希望我們為您支付 Part D 藥物費用該怎麼辦	196
第 6.2 節	什麼是例外？	197
第 6.3 節	申請例外重要須知	199
第 6.4 節	步進法：如何申請承保決定，包括例外	200

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

第 6.5 節	步進法：如何提出第 1 級上訴（如何要求對我們計劃做出的承保決定進行審查）	203
第 6.6 節	步進法：如何提起 2 級上訴	206
第 7 節	如果您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院時間。	208
第 7.1 節	在您住院期間，您會收到 Medicare 的書面通知，其中會說明您的權利	208
第 7.2 節	步進法：如何提出第 1 級上訴以變更您的出院日期	209
第 7.3 節	步驟：如何提出第 2 級上訴以變更您的出院日期	212
第 7.4 節	如果您錯過了提出 1 級上訴的截止日期怎麼辦？	213
第 8 節	如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務	216
第 8.1 節	本節僅介紹三項服務：家庭健康護理、專業護理設施護理和綜合門診康復機構 (CORF) 服務	216
第 8.2 節	我們會提前告訴您您的承保何時會結束	217
第 8.3 節	步進法：如何提出第 1 級上訴，以讓我們的計劃承保您的護理更久	217
第 8.4 節	步進法：如何提出第 2 級上訴，以讓我們的計劃承保您的護理更久	219
第 8.5 節	如果您錯過了提出 1 級上訴的截止日期怎麼辦？	221
第 9 節	將您的上訴提升至 3 級及更高級別	223
第 9.1 節	針對醫療服務請求的 3、4、5 級上訴	223
第 9.2 節	針對 Part D 藥物請求的 3、4、5 級上訴	225
提出投訴	226	
第 10 節	如何對服務品質、等候時間、客戶服務等其他問題提出投訴。	226
第 10.1 節	投訴程序處理哪些問題？	227
第 10.2 節	「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」	228
第 10.3 節	步進法：提出投訴	228
第 10.4 節	您還可以向品質改善組織投訴護理品質	230
第 10.5 節	您也可以將您的投訴告知 Medicare	230

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

第 1 節 介紹

第 1.1 節 如果您有問題或想投訴該怎麼辦

這一章說明了兩種處理問題和疑慮的流程：

- 針對某些類型的問題，您需使用**承保決定和上訴流程**。
- 針對其他類型的問題，您需使用**提出投訴流程**。

這兩種流程皆受 Medicare

所批准。為確保公平和及時處理您的問題，每個流程都有一套我們和您皆需遵守的規則、流程和截止日期。

您該使用哪一個流程？這取決於您問題的類型。第 3 節的指南可協助您瞭解該使用的正確流程。

第 1.2 節 法律術語該怎麼辦？

本章針對一些規則、流程和截止日期類型有專門的法律術語解釋。大多數人都不熟悉這些術語，且這些術語亦不易理解。

簡單起見，本章會以簡單的詞語來代替某些法律術語，以解釋法律規則和流程。例如，本章通常說「提出投訴」而不是「提出申訴」、「承保決定」而不是「組織判定」或「承保判定」或「風險判定」以及「獨立審查組織」而不是「獨立審查實體」。它也盡可能地少用縮寫。

然而，瞭解正確的法律術語對您所處的情況有所幫助，有時甚至非常的重要。當您在處理您的問題時，知道使用哪些術語能協助您更清楚且準確地進行溝通，並獲得正確的協助或資訊。為協助您瞭解該使用哪些術語，我們在提供處理特定類型情況的細節時包括了法律術語。

第 2 節 您可以向與我們無關的政府組織取得協助

第 2.1 節 哪裡可以獲取更多資訊和個人化協助

有時，開始或遵循處理問題的過程可能很令人困惑。如果您感覺不適，或精力有限，這一點尤為明確。其他時候，您可能缺乏進行下一步所需的知識。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

取得獨立政府組織的協助

我們隨時可以提供您協助。但在某些情況下，您可能需要來自與我們無關的人的協助或指導。您隨時可以聯絡您的**州醫療保險補助計劃 (SHIP)**。該政府計劃在每一州皆具有培訓顧問。該計劃與我們或任何保險公司或保健計劃皆無關聯。該計劃的顧問可以協助您理解您應使用什麼流程來處理您所遇到的問題。他們也可以回答您的問題、給予您更多的資訊，並提供應採取動作的指引。

SHIP 諮詢服務為免費。您可以在本手冊第 2 章第 3 節找到電話號碼。

您也可以取得來自 Medicare 的協助和資訊。

如需更多資訊與處理問題之協助，您也可以聯絡 Medicare。以下有兩種方式，可直接從 Medicare 獲得資訊：

- 您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，隨時（每週 7 天每天 24 小時）提供服務。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。
- 您可以造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)****第 3 節 若要處理您的問題，您應使用哪個流程？****第 3.1 節 您應使用承保決定和上訴流程？或者您應使用提出投訴流程？**

如果您有問題或疑問，您只需閱讀本章中適用於您的情況的部分。下面的指南會有所幫助。

若要知道本章的哪一部分能協助您解決特定的問題或疑慮，請從這裡開始

您的問題或疑慮與您的福利或承保有關嗎？

(這包括特定醫療照護或處方藥是否受到承保、其承保方式，以及與醫療照護或處方藥支付相關的問題。)

是。我的問題與福利或承保有關。

前往本章的下一節，第 4 節「承保決定和上訴的基礎指南」。

不。我的問題與福利或承保無關。

跳到本章末尾的**第 10 節**：**「如何對服務品質、等候時間、客戶服務等其他問題提出投訴。」**

承保決定和上訴**第 4 節 承保決定和上訴的基礎指南****第 4.1 節 要求做出承保決定和上訴：大致流程架構**

承保決定和上訴的過程涉及與您的福利以及醫療服務和處方藥承保有關的問題，包括與支付有關的問題。這個流程用於諸如是否承保某事物，以及承保某事物的方式等問題。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

要求做出承保決定

承保決定是我們就您的福利和承保或我們將為您的醫療服務或藥物支付的金額做出的決定。例如，當您從您的計劃網路醫生處獲取醫療護理時，或者當您的網路醫生將您轉診至某醫療專科醫生時，您的計劃網路醫生會為您做出（有利的）承保決定。如果您的醫生不確定我們是否會承保某項醫療服務，或拒絕提供您認為您需要的醫療照護，您或您的醫生也可以聯繫我們，並要求做出承保決定。換言之，如果您想在您接受醫療服務之前知道我們是否會對其進行承保，您可以要求我們為您做出承保決定。在有限的情況下，承保決定請求將被駁回，這表示我們不會審查該請求。不受理的請求範例包括：請求不完整、有人代表您提出請求但未獲得法律授權，或者您要求撤銷請求。如果我們不受理做出承保決定之請求，我們將發出通知，解釋不受理該請求的原因，以及如何要求對其進行審查。

每當我們決定為您承保什麼以及我們支付多少費用時，我們都會為您做出承保決定。在某些情況下，我們可能會決定某種服務或藥物不在為您承保的範圍內，或者不再受到 Medicare 承保。如果您不同意此承保決定，您可以提出上訴。

上訴

如果我們做出了承保決定，而您對該決定不滿意，您可以「上訴」該決定。上訴是一種要求我們審查並改變我們作出的承保決定的正式方式。

當您第一次對決定提出上訴時，這稱為 1 級上訴。在這一上訴中，我們會審查我們做出的承保決定，以檢查我們是否正確地遵守了所有的規則。您的上訴會由不同的審查者進行處理，而非做出最初不利決定者。當我們完成審查後，我們會告知您我們的決定。在某些情況下（我們稍後會討論），您可以請求快速或「快速承保決定」或對承保決定的快速上訴。在有限的情況下，上訴請求將被駁回，這表示我們將不審查該請求。不受理的請求範例包括：請求不完整、有人代表您提出請求但未獲得法律授權，或者您要求撤銷請求。如果我們駁回上訴請求，我們將發出通知，解釋請求被駁回的原因以及如何要求對駁回進行審查。

如果我們拒絕您的全部或部分 1 級上訴，您可以繼續進行 2 級上訴。2 級上訴由與我們無關的獨立審查組織 (Independent Review Organization) 執行。（在某些情況下，您的案件將自動發送至獨立審查組織進行 2 級上訴。在其他情況下，您需要申請 2 級上訴。）如果您對 2 級上訴的決定不滿意，您可以繼續進行其他級別的上訴。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

第 4.2 節 當您要求做出承保決定或提出上訴時，如何取得協助

您需要協助嗎？如果您決定要求任何種類的承保決定或上訴決定，您可能會想使用以下資源：

- 您可以**聯繫我們的會員服務部**（電話號碼列印於本手冊封底）。
- 您可以從您的州健康保險援助計劃**獲得免費幫助**（請參閱本章第 2 節）。
- 您的醫生可為您提出請求。
 - 針對醫療護理或 Part B 處方藥，您的醫生可以代表您申請承保決定或 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒絕，它將自動轉到第 2 級。要在第 2 級之後申請任何上訴，必須指定您的醫生作為您的代表。
 - 對於 Part D 處方藥，您的醫生或其他開藥者可以代表您申請承保決定或 1 級或 2 級上訴。要在 2 級上訴之後申請任何上訴，必須指定您的醫生或其他開藥者作為您的代表。
- 您也可以請他人為您代理。如果您願意，您可以指定另一個人作為您的「代表」來要求做出承保決定或提出上訴。
 - 可能已經有某個人根據州法律被合法授權作為您的代表。
 - 如果您想要一位朋友、親人、您的醫生或其他提供者，或其他人作為您的代表，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）並要求提供「Appointment of Representative（委任代表）」表格。（該表格也可在 Medicare 的網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或我們的網站-www.kelseycareadvantage.com 上取得）。該表格允許該人代表您行事。該表格必須由您以及您希望代表您行事者簽名。您必須提供我們一份該簽署表格的副本。
- 您也有權利僱請律師代您行事。您可以聯繫您自己的律師，或者從您當地的律師協會或其他轉診服務機構尋得一名律師。如果您符合資格，也有可以提供您免費法律服務團體。然而，您無須僱請律師以要求任何種類的承保決定或上訴決定。

第 4.3 節 本章的哪一節提供了適用於您的情況的詳細資訊？

有四種不同類型的情況涉及承保決定和上訴。由於每種情況都有不同的規則和截止日期，我們在另一節中提供了每個情況的細節：

- 本章第 5 節：「您的醫療護理：如何申請承保決定，或提出上訴」
- 本章第 6 節：「您的 Part D 處方藥：如何申請承保決定，或提出上訴」

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 本章第 7
節：「如果您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院時間。」
- 本章第 8
節：「如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務」（只適用於這些服務：居家健康護理、專業護理機構護理和綜合門診復健機構（CORF）服務）

如果您不確定您應使用的章節，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。您也可以從政府機構取得協助或資訊，比如您的 SHIP（本手冊第 2 章第 3 節有該計劃的電話號碼）。

第 5 節 您的醫療護理：如何申請承保決定，或提出上訴



您是否已閱讀本章第 4 節（承保決定和上訴「基礎」指南）？如果沒有，您可能需要在開始本節之前閱讀它。

第 5.1 節

本節向您介紹如果您在獲取醫療護理時遇到問題，或希望我們能補償我們對您的照護之費用份額，該怎麼做

本節僅涉及您的醫療護理和服務之福利。這些福利詳述於本手冊第 4 章：醫療福利表（承保內容和您支付的費用）。為簡單起見，我們通常在本節的其餘部分使用「醫療護理承保」或「醫療護理」，而不是每次都重複「醫療護理或治療或服務」。

「醫療護理」一詞包括醫療物品和服務，以及 Medicare Part B

處方藥物。在某些情況下，不同的規則適用於 Part B

處方藥物的請求。在這些情況下，我們將說明 Part B

處方藥物的規則與醫療物品和服務的規則有何不同。

本節會說明，如果您處於以下五種情況中的任何一種，您可以採取什麼動作：

1. 您並未取得您想要的某種醫療護理，且您認為該護理受我們的計劃所承保。

- 2.

我們的計劃未批准您的醫生或其他醫療提供者想給予您的醫療護理，且您認為該護理受我們的計劃所承保。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

3. 您已獲取您認為應受計劃所承保的醫療護理，但我們已表示我們不會支付該護理費用。
4. 您已獲取並支付您認為應受計劃所承保的醫療護理，且您想要求我們的計劃補償該照護費用。
5. 您被告知，您已經獲取某些我們之前批准的醫療護理將被削減或停止，而您認為削減或停止該醫療護理對您的健康有害。

註：如果將停止的承保涉及醫院護理、家庭健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF)

服務，您需要閱讀本章的單獨部分，因為這些類型的護理適用特殊規則。以下是在這些情況下應閱讀的內容：

- 第 9 章第 7 節：如果您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承擔更長的住院時間。
- 第 9 章第 8 節：如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務。本節僅涉及三種服務：居家健康護理、專業護理機構護理和 CORF 服務。

對於所有其他涉及到被告知您已經獲得的醫療護理將被停止的情況，請使用本節（第 5 節）作為你應該採取之動作的指南。

您處於以下哪種情況？

如果您處在這種情況下：	這是您能採取的動作：
瞭解我們是否會承保您想要的醫療護理。	您可以要求我們為您做出承保決定。 前往本章的下一節，第 5.2 節。
如果我們已經告訴您，我們不會以您希望的方式承保或支付醫療服務費用。	您可以提出上訴。（這表示您可以要求我們重新考量。） 跳到本章的第 5.3 節。
如果您想要求我們就您已經收到並支付費用的醫療護理進行補償。	您可以將帳單寄給我們。 跳到本章的第 5.5 節。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)

第 5.2 節 步驟：如何申請承保決定。
(如何要求我們的計劃授權或提供您想要的醫療護理承保)

法律術語

當承保決定涉及您的醫療護理時，稱為「組織判定」。

步驟

1: 您要求我們的計劃針對您請求的醫療護理做出承保決定。如果您的健康狀況需要做出快速回應，您應向我們申請做出「快速承保決定」。

法律術語

「快速承保決定」稱為「加速判定」。

如何對您想要的醫療護理提出承保申請

- 首先去電、寫信或傳真給我們的計劃，請求我們授權或提供您想要的醫療護理。您、您的醫生或您的代表可以這樣做。
- 如需如何聯絡我們的詳細資訊，請轉至第 2 章第 1 節並尋找名為「當您就您的醫療護理申請承保決定時如何聯絡我們」的章節。

通常，對於向您告知我們的決定，我們使用標準截止日期

當我們給予您我們的決定時，我們將使用「標準」截止日期，除非我們同意使用「快速」截止日期。**標準承保決定表示我們將在收到您的醫療物品或服務申請後的 14 個日曆日內給您答覆。**如果您的請求與 **Medicare Part B 處方藥** 有關，我們將在收到您的請求後 **72 小時內** 給您答覆。

- **但是，針對醫療物品或服務的請求，若您需要更多的時間，或者我們需要可能對您有利的資訊（如網路外提供者的醫療記錄），我們可能需要最多 14 個額外的日曆天。**如果我們決定多花幾天時間做出決定，我們會以書面形式通知您。如果您的請求與 **Medicare Part B 處方藥** 有關，我們不能花費額外的時間來做出決定。
- 如果您認為我們不應花費額外天數，您可以對我們花費額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴後，我們會在您投訴 24 小時內給您答覆。（提出投訴的流程與承保決定和上訴流程不同。有關投訴流程的更多資訊，包括快速投訴，請參閱本章第 10 節。）

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

如果您的健康需要，請要求我們為您提供「快速承保決定」

- 快速承保決定表示我們將在收到您的醫療物品或服務申請後的 72 個小時內給您答覆。如果您的請求與 **Medicare Part B** 處方藥有關，我們將在 24 小時內給您答覆。
 - 但是，針對**醫療物品或服務**的請求，若我們發現對您有利的資訊有所缺漏（如網路外提供者的醫療記錄），或者若您需要更多的時間以取得資料供我們審核，**我們可能需要最多 14 個額外的日曆天**。如果我們決定多花幾天時間，我們會以書面形式通知您。如果您的請求與 **Medicare Part B** 處方藥有關，我們不能花費額外的時間來做出決定。
 - 如果您認為我們不應花費額外天數，您可以對我們花費額外天數的決定提出「快速投訴」。（有關投訴流程的更多資訊，包括快速投訴，請參閱本章第 10 節。）我們一做出決定，並會盡速通知您。
- 如欲獲得快速承保決定，您必須滿足兩個要求：
 - 僅當您索要尚未接受的醫療護理承保時，您才能獲得快速承保決定。（如果您提出的請求與您已經獲得之醫療護理付款相關，那麼您不能要求快速承保決定。）
 - 只有當使用標準截止日期可能對您的健康或功能造成嚴重損害時，您才能要求快速承保決定。
- 如果您的醫生告訴我們您的健康需要「快速承保決定」，我們將自動同意為您提供快速承保決定。
- 如果您自己申請快速承保決定，而沒有您的醫生的支持，我們將決定您的健康狀況是否需要我們為您提供快速承保決定。
 - 如果我們認為您的健康狀況不符合做出快速承保決定的要求，我們將致函向您說明（並且我們將改用標準截止日期）。
 - 這封信會告知您，如果您的醫生申請快速承保決定，我們將自動提供快速承保決定。
 - 這封信還將告訴您如何就我們決定向您提供標準承保決定，而不是您要求的快速承保決定的決定提出「快速投訴」。（有關投訴流程的更多資訊，包括快速投訴，請參閱本章第 10 節。）

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

步驟 2：我們會考慮您的醫療護理承保請求，並給您答覆。

「快速承保決定」的截止日期

- 一般來說，針對醫療物品或服務請求的快速承保決定，我們將在 **72 小時內**給您答覆。如果您的請求與 **Medicare Part B 處方藥**有關，我們將在 **24 小時內**給您答覆。
 - 如上述說明，在某些情況下，我們可能需要最多 **14 個額外的日曆天**。如果我們決定多花幾天時間做出承保決定，我們會以書面形式通知您。如果您的請求與 **Medicare Part B 處方藥**有關，我們不能花費額外的時間來做出決定。
 - 如果您認為我們不應花費額外天數，您可以對我們花費額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴後，我們會在您投訴 **24 小時內**給您答覆。（有關投訴流程的更多資訊，包括快速投訴，請參閱本章第 10 節。）
 - 如果我們在 **72 小時內**（或如果有延長期，在該期限結束前）或 **24 小時內**（如果您的請求與 **Part B 處方藥**有關）沒有給您答覆，您有權上訴。第 5.3 節說明了提出上訴的方式。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將以書面形式向您詳細說明拒絕原因。

「標準承保決定」的截止日期

- 一般來說，針對醫療用品或服務請求標準承保決定，我們將在**收到您的請求後 14 個日曆天內**給您答覆。如果您的請求與 **Medicare Part B 處方藥**有關，我們將在收到您的請求後 **72 小時內**給您答覆。
 - 針對醫療用品或服務的請求，在某些情況下，我們可能需要最多 **14 個額外的日曆天**（「延長期」）。如果我們決定多花幾天時間做出承保決定，我們會以書面形式通知您。如果您的請求與 **Medicare Part B 處方藥**有關，我們不能花費額外的時間來做出決定。
 - 如果您認為我們不應花費額外天數，您可以對我們花費額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴後，我們會在您投訴 **24 小時內**給您答覆。（有關投訴流程的更多資訊，包括快速投訴，請參閱本章第 10 節。）
 - 如果我們在 **14 個日曆天內**（或如果有延長期，在該期限結束前）或 **72 小時內**（如果您的請求與 **Part B**

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

處方藥有關) 沒有給您答覆, 您有權上訴。第 5.3 節說明了提出上訴的方式。

- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定, 我們將向您寄送一份解釋拒絕原因的書面。

步驟 3 : 如果我們拒絕您的醫療護理承保申請, 您可以決定是否提出上訴。

- 如果我們拒絕, 您有權提出上訴, 要求我們重新考量或改變此決定。上訴意味著再次嘗試獲得您想要的醫療護理承保。
- 如果您決定提出上訴, 則意味著您將進入上訴程序的第 1 級 (見下方第 5.3 節)。

第 5.3 節

步驟 : 如何提出第 1 級上訴

(如何要求對我們計劃做出的醫療護理承保決定進行審查)

法律術語

就醫療護理承保決定向計劃提出上訴稱為計劃「重新考量」。

步驟

1 : 您聯絡我們並提出上訴。如果您的健康狀況需要做出快速回應, 您必須申請「快速上訴」。

須知事項

- 如欲開始上訴, 您、您的醫生, 或您的代表必須聯絡我們。有關如何就與您的上訴相關的任何目的聯絡我們的詳細資訊, 請轉至第 2 章第 1 節並查找名為「當您就您的醫療護理提出上訴時如何聯絡我們」的章節。
- 如果您欲申請標準上訴, 請透過提交書面申請提出標準上訴。您也可以透過撥打第 2 章第 1 節中顯示的電話號碼聯絡我們申請上訴 (當您就您的醫療護理提出上訴時如何聯絡我們)。
 - 如果您有除您的醫生以外的人代表您對我們的決定提出上訴, 您的上訴必須包括一份授權該人代表您的 Appointment of Representative (委任代表) 表格。(如要獲得該表格, 請致電會員服務部 (電話號碼列於本手冊封底) 並要求提供「委任代表」表格。它也可

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

在 Medicare 的網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf, 或我們的網站 www.kelseycareadvantage.com 上取得)。

雖然我們可以在沒有表格的情況下接受上訴請求，但在收到它之前，我們無法開始或完成我們的審查。如果我們在收到您的上訴請求後 44 個日曆日內（我們對您的上訴作出決定的最後期限）沒有收到該表格，您的上訴請求將被駁回。如果發生這種情況，我們將向您發出書面通知，說明您有權要求獨立審查組織審查我們駁回您上訴的決定。

- 如果您要求快速上訴，請以書面形式提出上訴，或撥打第 2 章第 1 節（當您就您的醫療護理提出上訴時如何聯絡我們）中顯示的電話號碼與我們聯絡。
- 您必須在我們寄送書面通知答覆您承保決定之請求日起 **60** 個日曆天內提出上訴請求。如果您錯過了這個截止日期並且有充分的理由，在提出上訴時請解釋您延遲上訴的原因。我們可以給您更多的上訴時間。錯過截止日期的正當理由範例包括：您患有嚴重疾病，無法與我們聯繫，或者我們向您提供的申請上訴截止日期的相關資訊不正確或不完整。
- 您可以要求我們提供您的醫療決定相關資訊的複本，並添加更多資訊以支持您的上訴請求。
 - 您有權利要求我們提供您的上訴相關資訊之複本。我們可以向您收取複印及寄送此資訊給您之費用。
 - 如果您願意，您和您的醫生可以向我們提供更多資訊來支持您的上訴。

如果您的健康需要，請申請「快速上訴」（您可以聯繫我們以提出申請）

法律術語

「快速上訴」也稱為「**加急重新考量**」。

- 如果您對我們針對您尚未接受的承保護理做出的決定提出上訴，您和/或您的醫生將需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」和獲得「快速承保決定」的要求與流程相同。若要申請快速上訴，請遵循申請快速承保決定的指示。（這些指示已於本節的前面部分提供。）
- 如果您的醫生告訴我們您的健康需要「快速上訴」，我們將為您提供快速上訴。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

步驟 2：我們會考慮您的上訴，並給您答覆。

- 當我們的計劃審查您的上訴時，我們會再次仔細查看有關您的醫療護理承保申請的所有資訊。當我們拒絕您的申請時，我們會檢查自己是否遵守了所有的規則。
- 如果需要，我們會蒐集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫生以獲取更多資訊。

「快速上訴」的截止日期

- 當我們使用快速截止日期時，我們必須在收到您的上訴後的 **72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況有需要，我們會儘快給您答覆。
 - 但是，如果您要求更多時間，或是我們需要收集更多可能對您有利的資訊，若您的請求與醫療用品或服務有關，我們**可能需要最多 14 個額外的日曆天**。如果我們決定多花幾天時間做出決定，我們會以書面形式通知您。如果您的請求與 Medicare Part B 處方藥有關，我們不能花費額外的時間來做出決定。
 - 如果我們沒有在 72 小時內（或如果我們花費了額外天數，則在延長期結束之前）沒有給您答覆，我們必須自動將您的請求送到上訴流程的第 2 級，屆時將由獨立審查組織對其進行審查。在本節的後面部分，我們會告知您有關此審查組織的資訊並解釋上訴流程的第 2 級會發生什麼。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為肯定，我們必須在收到您的上訴後的 72 小時內，授權或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將自動將您的上訴送至獨立審查機構進行第 2 級上訴。

「標準上訴」的截止日期

- 如果我們使用標準截止日期，如果您的上訴是關於您尚未接受的服務承保，我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆天內**給予您醫療物品或服務請求的答覆。如果您的請求是關於您尚未收到的 Medicare Part B 處方藥，我們將在收到您的上訴後 **7 個日曆天內**給您答覆。如果您的健康需要，我們會儘快給予您我們的決定。
 - 但是，如果您要求更多時間，或是我們需要收集更多可能對您有利的資訊，若您的請求與醫療用品或服務有關，我們**可能需要最多 14 個額外的日曆天**。如果我們決定多花幾天時間做出決定，我們會以書面形式通知您。如果您的請求與 Medicare Part B 處方藥有關，我們不能花費額外的時間來做出決定。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果您認為我們不應花費額外天數，您可以對我們花費額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴後，我們會在您投訴 24 小時內給您答覆。（有關投訴流程的更多資訊，包括快速投訴，請參閱本章第 10 節。）
- 如果我們沒有在上述適用截止日期（或如果我們就您的醫療用品或服務請求花費了額外天數，則在延長期結束之前）沒有給您答覆，我們必須將您的請求送到上訴流程的第 2 級，屆時將由獨立審查組織對其進行審查。在本節的後面部分，我們會討論有關此審查組織的資訊並解釋上訴流程的第 2 級會發生什麼。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為同意，我們必須在 30 個日曆天內（如果您的請求與醫療物品或服務有關），或者在 7 個日曆天內（如果您的請求與 Medicare Part B 處方藥有關）授權或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將自動將您的上訴送至獨立審查機構進行第 2 級上訴。

步驟

3：如果我們的計劃對您上訴的部分或全部內容的回答為否定，您的案件將自動送至上訴流程的下一級別。

- 為了確保我們對您的上訴內容的回答為否定時，遵守了所有的規則，我們需要將你的上訴送交至「獨立審查組織」。當我們這麼做的時候，這意味著您的上訴將進入上訴流程的下一級別，也就是第 2 級。

第 5.4 節 步驟：第 2 級上訴如何進行

如果我們對您第 1

級上訴內容的回答為否定，您的案件將自動送至上訴流程的下一級別。在第 2 級上訴期間，獨立審查組織會審查我們對您第一次上訴時所做出的決定。該組織會決定我們所做的決定是否應變更。

法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱為「獨立審查實體 (Independent Review Entity)」。它有時被稱為「IRE」。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

步驟 1：獨立審查組織會審查您的上訴。

- 獨立審查組織是由 Medicare 所僱用的獨立組織。該組織與我們無關，且非政府機構。該組織是由 Medicare 選擇的公司，以處理作為獨立審查組織所須盡的職責。Medicare 會監督其作業。
- 我們會將有關您的上訴的資訊傳送給該組織。此資訊稱為您的「案件檔案」。您有權利要求我們提供您的案件檔案之複本。我們可以向您收取複印及寄送此資訊給您之費用。
- 您有權利提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查員會仔細查看所有與您的上訴相關的資訊。

如果您在第 1 級具有「快速上訴」，則您在第 2 級也會具有「快速上訴」

- 如果您在第 1 級具有對我們的計劃的快速上訴，則您在第 2 級也會自動收到快速上訴。審查機構必須在收到您的上訴後的 72 小時內答覆您的第 2 級上訴。
- 但是，如果您的請求與醫療物品或服務有關，而獨立審查組織需要收集可能對您有利的更多資訊，則可能最多需要 14 個額外的日曆天。如果您的請求與 Medicare Part B 處方藥有關，則獨立審查組織不能花費額外的時間來做出決定。

如果您在第 1 級具有「標準上訴」，則您在第 2 級也會具有「標準上訴」

- 如果您在第 1 級具有對我們的計劃的標準上訴，則您在第 2 級也會自動收到標準上訴。如果您的請求與醫療物品或服務有關，審查機構必須在收到您的上訴後的 30 個日曆天內答覆您的 2 級上訴。如果您的請求與醫療物品或服務有關，審查機構必須在收到您的上訴後的 7 個日曆天內答覆您的 2 級上訴。
- 但是，如果您的請求與醫療物品或服務有關，而獨立審查組織需要收集可能對您有利的更多資訊，則可能最多需要 14 個額外的日曆天。如果您的請求與 Medicare Part B 處方藥有關，則獨立審查組織不能花費額外的時間來做出決定。

步驟 2：獨立審查組織會給予您他們的答案。

獨立審查組織將以書面形式告訴您其決定，並解釋原因。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果審查組織對醫療用品或服務的部分或全部請求表示同意，我們必須在收到審查組織對標準請求的決定後的 72 小時內批准醫療護理承保或在 14 天內提供服務，或在收到審查組織對加急請求的決定後的 72 小時內提供服務。
- 如果審查組織對 Medicare Part B 處方藥的部分或全部請求表示同意，我們必須在收到審查組織對標準請求的決定後的 72 小時內，或在收到審查組織對加急請求的決定後的 24 小時內，批准或提供有爭議的 Part B 處方藥。
- 如果該組織對您上訴的部分或全部內容的答案為否定，這意味著他們同意我們不應批准您的醫療保險承保請求（或您的部分請求）。（這被稱為「維持決定」。也被稱為「駁回您的上訴」。）
 - 如果獨立審查組織「維持決定」，您有權提出 3 級上訴。然而，要提出 3 級上訴，您申請的醫療護理承保的美元價值必須達到某個最低限度。如果您申請的承保美元價值過低，您不能另行上訴，意即第 2 級決定即為最終決定。您從獨立審查組織收到的書面通知將告知您，如何查出美元金額，以繼續上訴流程。

步驟 3：如果您的案件符合要求，您可以選擇是否要進一步上訴。

- 在第 2 級上訴流程後，有三個額外的上訴流程級別（總共有五個上訴級別）。
- 如果您的第 2 級上訴遭駁回，而您符合繼續上訴流程的要求，您必須決定是否要繼續進行第 3 級上訴，並進行第三次上訴。關於如何做到這一點的細節，請參閱您在 2 級上訴後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人審理。本章第 9 節詳細介紹了有關 3、4、5 級上訴程序的更多資訊。

第 5.5 節 如果您要求我們支付您收到的醫療護理帳單中的我們的份額？

如果您想要求我們支付醫療護理費用，請先閱讀本手冊的第 7

章：要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額。第 7

章描述了您可能需要向我們申請報銷或支付您從提供者那裡收到的帳單的情況的更多資訊。它還介紹了如何向我們寄送要求我們支付的文書。

申請補償是向我們要求承保決定

如果您向我們寄送要求補償的文書，則您是在要求我們作出承保決定（更多關於承保決定的資訊，請參閱本章第 4.1

節）。若要做出承保決定，我們會檢查您支付的醫療護理是否為承保服務（請參閱第 4

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

章：醫療福利表（承保內容和您支付的費用）。我們也會檢查您是否遵守了使用您的醫療護理承保的所有規則（這些規則列在本手冊第 3 章：使用計劃承保您的醫療服務）。

我們會同意或拒絕您的申請

- 如果您所支付的醫療護理受到承保，並且您遵守了所有的規則，我們將在收到您的申請後 60 個日曆天內，寄送給您我們針對您的醫療護理的費用份額。或者，如果您尚未支付服務費用，我們會將付款直接寄送給提供者。（當我們寄送款項時，就等於對您的承保決定請求表示同意。）
- 如果該醫療護理不在承保範圍內，或者您沒有遵守所有規則，我們將不會支付費用。反之，我們會寄一封信函給您，告知您，我們不會支付該服務費用，並詳細說明原因。（當我們拒絕您的支付請求時，就等於對您的承保決定請求表示不同意。）

如果您申請付款，但我們表示我們將不支付該款項？

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，這意味著您要求我們改變我們在拒絕您的付款請求時所做的承保決定。

若要提出該上訴，請遵循我們於第 5.3

節所述的上訴流程。前往該節，並查看步驟指示。當您遵循該指示時，請注意：

- 如果您提出補償上訴，我們必須在收到您的上訴後的 60 個日曆天內給您答覆。（如果您要求我們就您已經收到並自行支付費用的醫療護理進行補償，您不可申請快速上訴。）
- 如果獨立審查組織撤銷我們拒絕付款的決定，我們必須在 30 個日曆天內將您要求的付款寄送給您或提供者。如果在第 2 級後的上訴過程的任何階段，對您的上訴的回答為肯定，我們必須在 60 個日曆天內將您要求的付款寄送給您或提供者。

第 6 節 您的 Part D 處方藥：如何申請承保決定，或提出上訴



您是否已閱讀本章第 4

節（承保決定和上訴「基礎」指南）？如果沒有，您可能需要在開始本節之前閱讀它。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

第 6.1 節 本節向您介紹如果您在獲取 Part D 藥物時遇到問題或希望我們為您支付 Part D 藥物費用該怎麼辦

您作為我們計劃會員的福利包括對許多處方藥的承保。請參閱我們計劃的 *承保藥品清單 (處方集)*。要獲得承保，藥物必須用於醫學認可的適應症。（「醫學認可的適應症」是指使用經食品和藥物管理局批准或某些參考書支援的藥物。有關醫學認可的適應症方面的更多資訊，請參見第 5 章第 3 節。）

- **本節僅涉及您的 Part D 藥物。**為簡單起見，我們通常在本節的其餘部分使用「藥物」，而不是每次都重複「承保門診處方藥」或「Part D 藥物」。
- **有關 Part D 藥物**的含義、承保藥品清單（處方集）、承保規則和限制以及費用資訊的詳細資訊，請參閱第 5 章（*使用我們的計劃承保您的 Part D 處方藥*）和第 6 章（*您為 Part D 處方藥支付的費用*）。

Part D 承保決定和上訴

如本章第 4

節所述，承保決定是我們就您的福利和承保或我們將為您的藥物支付的金額做出的決定。

法律術語

關於您的 Part D 藥物的初始承保決定稱為「承保判定」。

以下是您要求我們對您的 Part D 藥物做出的承保決定的範例：

- 您要求我們作出例外處理，包括：
 - 要求我們承保不在計劃 *承保藥物清單 (處方集)* 上的 Part D 藥物
 - 要求我們放棄對計劃藥物承保的限制（例如對您可以獲得的藥物數量的限制）
 - 要求為較高費用分攤層級的承保藥物支付較低的費用分攤金額
- 您詢問我們是否為您承保某種藥物以及您是否滿足任何適用的承保規則。（例如，當您的藥物在計劃的 *承保藥物清單 (處方集)* 上，但我們要求您在我們為您承保之前獲得我們的批准時。）
 - **請注意：**如果您的藥房告訴您您的處方不能按所寫配藥，藥房會給您一份書面通知，說明如何聯絡我們以要求做出承保決定。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 您要求我們為您已購買的處方藥付費。這是關於付款的承保決定申請。

如果您不同意我們做出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

本節將告訴您如何申請承保決定以及如何申請上訴。使用下表幫助您確定哪個部分具有適合您情況的資訊：

您處於以下哪種情況？

如果您處在這種情況下：	這是您能採取的動作：
如果您需要的藥物不在我們的藥品清單上，或者需要我們放棄對我們承保藥物的規定或限制。	您可以要求我們作出例外處理。（這是一種承保決定類型。） 從本章第 6.2 節開始。
如果您希望我們承保我們藥品清單上的藥物，並且您認為您符合適用於您需要藥物的任何計劃規則或限制（例如提前獲得批准）。	您可以要求我們作出承保決定。 跳到本章的第 6.4 節。
如果您想要求我們就您已經收到並支付費用的藥物進行報銷。	您可以要求我們為您報銷。（這是一種承保決定類型。） 跳到本章的第 6.4 節。
如果我們已經告訴您，我們不會以您希望的方式承保或支付藥物費用。	您可以提出上訴。（這表示您可以要求我們重新考量。） 跳到本章的第 6.5 節。

第 6.2 節 什麼是例外？

如果某種藥物未按照您希望的方式承保，您可以要求我們做出「例外」。例外是一種承保決定。與其他類型的承保決定類似，如果我們拒絕您的例外請求，您可以對我們的決定提出上訴。

當您要求例外時，您的醫生或其他開藥者需要說明您為何需要例外批准的醫學原因。我們將考慮您的請求。以下是您或您的醫生或其他開藥者可以要求我們做出的例外情況的三個範例：

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

1. 為您承保不在計劃承保藥品清單 (處方集) 上的 Part D 藥物。我們簡稱它為「藥品清單」。

法律術語

要求承保不在藥品清單上的藥物有時稱為要求「處方集例外」。

- 如果我們同意做出例外並承保不在藥品清單上的藥物，您將需要支付適用於層級 5 (特級) 藥物的費用分攤金額。對於我們要求您為藥物支付的共付額或共同保險金額，您不能要求例外。

2. 取消對我們承保藥物承保的限制。有適用於我們承保藥品清單 (處方集) 中的某些藥物的額外規則或限制 (有關更多資訊，請參閱第 5 章並查找第 4 節)。

法律術語

要求取消對藥物承保的限制有時被稱為要求「處方集例外」。

- 某些藥物承保的額外規則和限制包括：
 - 被要求使用學名藥而不是品牌藥。
 - 在我們同意為您承保藥物之前，提前獲得計劃批准。(這有時稱為「預先授權」。)
 - 在我們同意承保您要求的藥物之前，被要求先嘗試不同的藥物。(這有時稱為「逐步療法」。)
 - 數量限制。對於某些藥物，您可以服用的藥物數量有限制。
- 如果我們同意為您做出例外並免除限制，您可以要求對我們要求您支付的藥物共付額或共同保險金額進行例外處理。

3. 將藥物承保更改為較低的費用分攤層級。我們 Drug List (藥物清單) 上的每一種藥物都屬於 5

種費用分攤層級中的一種。一般來說，費用分攤層級號越低，您支付的藥物費用分攤費用就越少。

法律術語

要求為承保的非首選藥物支付較低的價格有時被稱為要求「分級例外」。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

- 如果我們的藥品清單包含可用來治療您的醫療狀況的替代藥，其費用分攤層級低於您的藥物，您可以要求我們按照適用於替代藥物的費用分攤金額來承保您的藥物。這將降低您的藥物費用份額。
 - 如果您正在服用的藥物是品牌藥，您可以要求我們按照適用於包含治療您病情的品牌藥替代品的最低層級的費用分攤金額來承保您的藥物。
 - 如果您正在服用的藥物是學名藥，您可以要求我們按照適用於包含治療您病情的品牌藥或學名替代藥的最低層級的費用分攤金額來承保您的藥物。
- 您不能要求我們改變層級 5（特級）中任何藥品的費用分攤層級。
- 如果我們批准您的分級例外請求，並且您不能服用的替代藥物有不只一個較低的費用分攤層級，您通常會支付最低的金額。

第 6.3 節 申請例外重要須知**您的醫生必須告訴我們醫療原因**

您的醫生或其他開藥者必須給我們一份聲明，解釋請求例外的醫療原因。為了更快地做出決定，當您要求例外時，請包括您的醫生或其他開藥者提供的此類醫療資訊。

通常，我們的藥品清單包含一種以上用於治療特定病症的藥物。這些不同的可能性被稱為「替代」藥物。如果替代藥物與您申請的藥物一樣有效並且不會引起更多副作用或其他健康問題，我們通常不會批准您的例外請求。

如果您向我們申請分級例外，我們通常不會批准您的例外請求，除非較低費用分攤層級中的所有替代藥物對您無效或可能導致不良反應或其他傷害。

我們可以同意或拒絕您的申請

- 如果我們批准您的例外請求，我們的批准通常有效期至計劃年度結束。只要您的醫生繼續為您開這種藥，並且該藥對治療您的病情仍然安全有效，這就適用。
- 如果我們拒絕您的例外請求，您可以透過上訴來要求對我們的決定進行審查。第 6.5 節說明了如果我們拒絕該如何上訴的資訊。

下一節將告訴您如何申請承保決定，包括例外。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)

第 6.4 節 步進法：如何申請承保決定，包括例外

步驟

1：您要求我們就您需要的藥物或付款做出承保決定。如果您的健康狀況需要做出快速回應，您必須向我們申請做出「快速承保決定」。如果您要求我們償還您已購買藥物的費用，那麼您不能要求快速承保決定。

須知事項

- 申請您想要的承保決定類型。首先致電、寫信或傳真給我們以進行申請。您、您的代表或您的醫生（或其他開藥者）可以這樣做。您還可以透過我們的網站進入承保決定流程。有關詳細資訊，請轉到第 2 章第 1 節並查找名為「*如何與我們聯絡以申請 Part D 處方藥承保決定*」的章節。或者，如果您要求我們償還您的藥費，請翻到名為「*here to send a request asking us to pay for our share of the cost for medical care or a drug you have received*（要向哪裡寄送請求，以要求我們支付您獲得的醫療護理或藥物中屬於我們的費用份額）」的章節。
- 您或您的醫生或代表您行事的其他人可以申請承保決定。本章第 4 節介紹了您可以如何書面許可他人擔任您的代表。您也可以請律師為您代理。
- 如果您想要求我們報銷您的藥物費用，請先閱讀本手冊的第 7 章：*要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物帳單中的我們的份額*。第 7 章描述了您可能需要申請報銷的情況。它還介紹了如何向我們發送要求我們向您報銷我們承擔的您的已支付藥物費用份額的文書。
- 如果您在申請例外，請提供「支援聲明」。您的醫生或其他開藥者必須向我們提供您請求藥物例外的醫療原因。（我們將此稱之為「支援聲明」。）您的醫生或其他開藥者可以將聲明傳真或郵寄給我們。或者，您的醫生或其他開藥者可以透過電話告訴我們，並在必要時透過傳真或郵寄書面聲明進行追蹤。參閱第 6.2 節和第 6.3 節可以瞭解有關例外申請的更多資訊。
- 我們必須接受任何書面請求，包括以可在我們的網站上獲得的 CMS Model Coverage Determination Request Form（CMS 制式承保判定申請表）或我們計劃的表格提交的請求。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

- 您或您的醫生或代表您行事的其他人可以提交我們網站上提供的安全電子承保判定申請。

法律術語

「快速承保決定」稱為「加速承保判定」。

如果您的健康需要，請要求我們為您提供「快速承保決定」

- 當我們給予您我們的決定時，我們將使用「標準」截止日期，除非我們同意使用「快速」截止日期。標準承保決定表示我們將在收到您醫生聲明後的 72 小時內給您答覆。快速承保決定表示我們將在收到您醫生聲明後的 24 小時內做出答覆。
- 如欲獲得快速承保決定，您必須滿足兩個要求：
 - 僅當您索取尚未收到藥物時，您才能獲得快速承保決定。（如果您要求我們償還您已購買藥物的費用，那麼您不能要求快速承保決定。）
 - 只有當使用標準截止日期可能對您的健康或功能造成嚴重損害時，您才能要求快速承保決定。
- 如果您的醫生或其他開藥者告訴我們您的健康需要「快速承保決定」，我們將自動同意為您提供快速承保決定。
- 如果您自己申請快速承保決定（沒有您的醫生或其他開藥者的支援），我們將決定您的健康狀況是否需要我們為您提供快速承保決定。
 - 如果我們認為您的健康狀況不符合做出快速承保決定的要求，我們將致函向您說明（並且我們將改用標準截止日期）。
 - 這封信會告知您，如果您的醫生或其他開藥者申請快速承保決定，我們將自動提供快速承保決定。
 - 這封信還將告訴您如何就我們決定向您提供標準承保決定而不是您要求的快速承保決定的決定提出投訴。它說明了如何提出「快速投訴」，這表示您將在我們收到投訴後 24 小時內得到我們對您投訴的答覆。（提出投訴的流程與承保決定和上訴流程不同。有關做出投訴的更多資訊，請參閱本章第 10 節。）

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

步驟 2：我們會考慮您的申請，並給您答覆。

「快速承保決定」的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在 **24 小時內**給您答覆。
 - 通常，這表示在我們收到您的申請後的 24 小時內。如果您正在申請例外，我們將在收到支援您的申請的醫生聲明後 24 小時內給您答覆。如果您的健康需要，我們會儘快給您答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期前給出答覆，我們必須將您的請求送到上訴流程的第 2 級，屆時將由獨立審查組織對其進行審查。在本節的後面部分，我們將討論有關此審查組織的資訊並解釋上訴級別 2 會發生什麼。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為肯定，我們必須在收到您的申請或支援您的申請的醫生聲明後的 24 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將向您發送一份解釋拒絕原因的書面聲明。我們還會告知您如何上訴。

關於尚未收到藥物的「標準承保決定」的截止日期

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在 **72 小時內**給您答覆。
 - 通常，這表示在我們收到您的申請後的 72 小時內。如果您正在申請例外，我們將在收到支援您的申請的醫生聲明後 72 小時內給您答覆。如果您的健康需要，我們會儘快給您答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期前給出答覆，我們必須將您的請求送到上訴流程的第 2 級，屆時將由獨立審查組織對其進行審查。在本節的後面部分，我們將討論有關此審查組織的資訊並解釋上訴級別 2 會發生什麼。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為肯定 –
 - 如果我們批准了您的承保申請，我們必須在收到您的申請或支援您的申請的醫生聲明後的 **72 小時內**提供我們同意提供的承保。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將向您發送一份解釋拒絕原因的書面聲明。我們還會告知您如何上訴。

關於已購買藥物付款的「標準承保決定」的截止日期

- 我們必須在收到您的申請後的 **14 個日曆日內**給您答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期前給出答覆，我們必須將您的請求送到上訴流程的第 2

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

級，屆時將由獨立審查組織對其進行審查。在本節的後面部分，我們將討論有關此審查組織的資訊並解釋上訴級別 2 會發生什麼。

- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為肯定，我們還需要在收到您的申請後的 14 個日曆日內付款給您。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將向您發送一份解釋拒絕原因的書面聲明。我們還會告知您如何上訴。

步驟 3：如果我們拒絕您的承保申請，您可以決定是否提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權申請上訴。申請上訴表示要求我們重新考慮——並可能改變——我們所做的決定。

第 6.5 節 步進法：如何提出第 1 級上訴 (如何要求對我們計劃做出的承保決定進行審查)

法律術語

就 Part D 藥物承保決定向計劃提出上訴稱為計劃「重新決定」。

步驟 1：您聯絡我們並提出 1

級上訴。如果您的健康狀況需要做出快速回應，您必須申請「快速上訴」。

須知事項

- 要開始上訴，您（或您的代表或您的醫生或其他開藥者）必須聯絡我們。
 - 有關如何就與您的上訴相關的任何目的透過電話、傳真、或郵件或我們的網站聯絡我們的詳細資訊，請轉至第 2 章第 1 節，並查找名為「當您就您的 Part D 處方藥提出上訴時如何聯絡我們」的章節。
- 如果您申請標準上訴，請透過提交書面申請提出上訴。您也可以透過撥打第 2 章第 1 節中顯示的電話號碼聯絡我們申請上訴（如何與我們聯絡以提出 Part D 處方藥相關上訴）。
- 如果您要求快速上訴，您可以以書面形式提出上訴，或撥打第 2 章第 1 節（當您就您的 Part D 處方藥提出上訴時如何聯絡我們）中顯示的電話號碼與我們聯絡。
- 我們必須接受任何書面申請，包括以可在我們的網站上獲得的 CMS Model Coverage Determination Request Form（CMS 制式承保判定申請表）提交的申請。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 您或您的醫生或代表您行事的其他人可以提交我們網站上提供的安全電子上訴申請。
- 您必須在我們寄送書面通知答覆您承保決定之請求日起 **60** 個日曆天內提出上訴請求。如果您錯過了這個截止日期並且有充分的錯過理由，我們可能會給您更多時間提出上訴。錯過截止日期的正當理由範例包括：您患有嚴重疾病，無法與我們聯繫，或者我們向您提供的申請上訴截止日期的相關資訊不正確或不完整。
- 您可以要求我們提供上訴資訊的複本並新增更多資訊。
 - 您有權利要求我們提供您的上訴相關資訊之複本。我們可以向您收取複印及寄送此資訊給您之費用。
 - 如果您願意，您和您的醫生或其他開藥者可以向我們提供更多資訊來支援您的上訴。

如果您的健康需要，請申請「快速上訴」

法律術語

「快速上訴」也稱為「加急重新決定」。

- 如果您對我們針對您尚未收到的藥物做出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他開藥者將需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」的要求與獲得本章第 6.4 節中「快速承保決定」的要求相同。

步驟 2：我們會考慮您的上訴，並給您答覆。

- 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細查看有關您的承保申請的所有資訊。當我們拒絕您的申請時，我們會檢查自己是否遵守了所有的規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他開藥者以獲取更多資訊。

「快速上訴」的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在收到您的上訴後的 **72 小時內**給您答覆。如果您的健康需要，我們會儘快給您答覆。
 - 如果我們沒有在 72 小時內給您答覆，我們需要將您的申請發送到上訴流程的第 2 級，屆時一個獨立審查組織將對其進行審查。在本節的後面部分，我們會討論有關此審查組織的資訊並解釋上訴流程的第 2 級會發生什麼。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為肯定，我們必須在收到您的上訴後的 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將向您發送一份解釋拒絕原因以及您如何對我們的決定提出上訴的書面聲明。

「標準上訴」的截止日期

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在收到您對您尚未收到藥物的上訴後的 7 個日曆日內給您答覆。如果您尚未收到藥物並且您的健康狀況要求我們這樣做，我們會儘快告知我們的決定。如果您認為您有健康需要，您應該申請「快速上訴」。
 - 如果我們沒有在 7 個日曆日內做出決定，我們需要自動將您的請求發送到上訴流程的第 2 級，屆時一個獨立審查組織將對其進行審查。在本節的後面部分，我們會討論有關此審查組織的資訊並解釋上訴流程的第 2 級會發生什麼。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為肯定 –
 - 如果我們批准了承保申請，我們必須根據您的健康需求儘快提供我們同意提供的承保，但不得晚於我們收到您的上訴後的 7 個日曆日內。
 - 如果我們批准了為您已購買藥物報銷的申請，我們必須在收到您的上訴申請後 30 個日曆日內向您付款。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將向您發送一份解釋拒絕原因以及您如何對我們的決定提出上訴的書面聲明。
- 如果您要求我們為您已購買藥物報銷，我們必須在收到您的申請後的 14 個日曆日內給您答覆。
 - 如果我們沒有在 14 個日曆天內做出決定，我們必須將您的請求送到上訴流程的第 2 級，屆時將由獨立審查組織對其進行審查。在本節的後面部分，我們將討論有關此審查組織的資訊並解釋上訴級別 2 會發生什麼。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為肯定，我們還需要在收到您的申請後的 30 個日曆日內付款給您。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將向您發送一份解釋拒絕原因的書面聲明。我們還將告知您如何對我們的決定提出上訴。

步驟 3：如果我們拒絕您的上訴，您可以決定是否繼續上訴程序並提出另一上訴。

- 如果我們拒絕您的上訴，則您可以選擇接受該決定還是繼續提出另一上訴。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果您決定提出另一上訴，則表示您的上訴將進入上訴程序的第 2 級（見下文）。

第 6.6 節 步進法：如何提起 2 級上訴

如果我們拒絕您的上訴，則您可以選擇接受該決定還是繼續提出另一上訴。如果您決定繼續進行 2

級上訴，**獨立審查組織**會審查我們在拒絕您的第一次上訴時做出的決定。該組織會決定我們所做的決定是否應變更。

法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查實體 (Independent Review Entity)**」。它有時被稱為「**IRE**」。

步驟 1：要提出 2

級上訴，您（或您的代表或您的醫生或其他開藥者）必須聯絡獨立審查組織並要求對您的案件進行審查。

- 如果我們拒絕您的 1 級上訴，我們發送給您的書面通知將包含**有關如何向獨立審查組織提出 2 級上訴的指示**。這些指示將說明誰可以提出此 2 級上訴、您必須遵守的截止日期以及如何聯絡審查組織。
- 當您向獨立審查組織提出上訴時，我們會將我們掌握的有關您的上訴的資訊發送給該組織。此資訊稱為您的「案件檔案」。您有權利要求我們提供您的案件檔案之複本。我們可以向您收取複印及寄送此資訊給您之費用。
- 您有權利提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。

步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行審查並給您答覆。

- **獨立審查組織是由 Medicare 所僱用的獨立組織。**該組織與我們無關，且非政府機構。這個組織是由 Medicare 選擇的公司，會與我們一起審查我們關於您的 Part D 福利的決定。
- 獨立審查組織的審查員會仔細查看所有與您的上訴相關的資訊。該組織將以書面形式告訴您其決定並解釋原因。

2 級「快速上訴」截止日期

- 如果您的健康需要，請向獨立審查組織申請「快速上訴」。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果審查組織同意進行「快速上訴」，則審查組織必須在收到您的上訴申請後的 **72 小時內**對您的 2 級上訴作出答覆。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為肯定，我們必須在收到審查組織的決定後 **24 小時內**提供經審查組織批准的藥物承保。

2 級「標準上訴」截止日期

- 如果您提起 2 級標準上訴，如果上訴有關您尚未收到的藥物，審查組織必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**對您的 2 級上訴作出答覆。如果您要求我們為您已購買的藥物報銷，審查組織必須在收到您的申請後的 **14 個日曆日內**對您的 2 級上訴作出答覆。
- 如果獨立審查組織對您請求的部分或全部內容的回答為肯定 –
 - 如果獨立審查組織批准了承保申請，我們必須在收到審查組織的決定後 **72 小時內**提供經審查組織批准的藥物承保。
 - 如果獨立審查組織批准了為您已購買藥物報銷的申請，我們必須在收到獨立審查組織決定後 **30 個日曆日內**向您付款。

如果審查組織拒絕您的上訴怎麼辦？

如果該組織拒絕您的上訴，則表示該組織同意我們不批准您的申請的決定。（這被稱為「維持決定」。也被稱為「駁回您的上訴」。）

如果獨立審查組織「維持決定」，您有權提出 3 級上訴。然而，要在提起另一 3 級上訴，您申請的藥物承保的美元價值必須達到最低金額。如果您申請的藥物承保美元價值過低，您不能另行上訴，2 級決定即為最終決定。您從獨立審查組織收到的通知將告知您，要繼續上訴程序，必須有爭議的美元價值。

步驟 3：如果您申請的承保美元價值符合這一要求，您可以選擇是否進一步上訴。

- 在第 2 級上訴流程後，有三個額外的上訴流程級別（總共有五個上訴級別）。
- 如果您的第 2 級上訴遭駁回，而您符合繼續上訴流程的要求，您必須決定是否要繼續進行第 3 級上訴，並進行第三次上訴。如果您決定進行第三次上訴，有關如何進行上訴的詳細資訊請參見您在第二次上訴後收到的書面通知。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

- 第 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人審理。本章第 9 節詳細介紹了有關 3、4、5 級上訴程序的更多資訊。

第 7 節**如果您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院時間。**

當您入住醫院時，您有權利獲得您所承保的所有診斷及治療您的疾病或受傷所必需的醫院服務。如需我們對您的醫院護理的承保範圍的更多資訊，包括承保範圍的任何限制，請參閱本手冊第 4 章：*醫療福利表（承保內容和您支付的費用）*。

在您的承保住院期間，您的醫生和醫院工作人員將與您一同為您離開醫院的那一天做準備。他們也會協助您安排您離開醫院後可能會需要的護理。

- 您離開醫院的那日稱為您的「出院日」。
- 當您的出院日確定了以後，您的醫生或醫院工作人員會告知您。
- 如果您認為您被要求過早離開醫院，您可以要求延長住院時間，而醫院將考慮您的請求。本節將告訴您如何提出要求。

**第 7.1 節 在您住院期間，您會收到 Medicare
的書面通知，其中會說明您的權利**

在您的承保住院期間，您會收到一份書面通知，名為 *An Important Message from Medicare about Your Rights*（來自 Medicare 關於您的權利的重要訊息）。每個具有 Medicare 的人在入住醫院時，都會收到一份該通知的複本。醫院中的工作人員（例如，社會工作者或護士）必須在您入院後兩天內將之交給您。如果您未收到該通知，請向醫院員工索取。如果您需要協助，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。您也可以撥打 24 小時全年無休的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。

1.

請仔細閱讀此通知，若有所不解，請提出疑問。它向您說明您作為醫院病人的權利，包含：

- 在您住院期間與之後，依據醫生的醫囑，您有權利獲得 Medicare 承保的服務。這包含瞭解該服務為何、該服務的費用支付者，以及哪裡可以獲得該服務的權利。
- 您有權參與關於您住院的任何決定，並且您有權知道誰將支付您的住院費用。
- 該向哪裡回報您對於住院護理品質的疑慮。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果您認為您的出院時間過早，您有權利對您的出院決定提出上訴。

法律術語

Medicare

的書面通知會告知您如何「申請立即審查」。申請立即審查是一種正式合法的方式，要求推遲您的出院日期，以便我們能為您提供更長時間的住院治療。（下文第 7.2 節會告知您如何申請立即審查。）

2. 將要求您在書面通知上簽名，以表明您已收到通知並瞭解您的權利。

- 會要求您或代表您行事的人簽署該通知。（本章第 4 節介紹了您可以如何書面許可他人擔任您的代表。）
- 簽署該通知僅表示您已獲得關於您權利的通知。該通知不會提供您的出院日期（您的醫生或醫院工作人員會告知您您的出院日期）。簽署該通知不代表您同意某個出院日期。

3.

請保留該通知的複本，這樣當您需要時，您手邊便具有提出上訴（或回報護理品質問題）所需的資訊。

- 如果您在出院前兩天以前簽署了這份通知，您將在預定出院前會獲得另一份複本。
- 要提前查看本通知的複本，您可以隨時（每週 7 天每天 24 小時）致電會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。您也可以造訪 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 在線上查看該通知。

第 7.2 節

步進法：如何提出第 1 級上訴以變更您的出院日期

如果您想要求我們承保您的住院醫療服務更長一段時間，您將需要使用上訴流程來提出這一申請。在您開始之前，請瞭解您需要採取的動作以及截止日期為何。

- 遵循流程。**前兩個級別的上訴流程之個別步驟於下說明。
- 符合截止日期要求。**截止日期很重要。請確保您瞭解並遵循您必須採取的動作的截止日期。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 如有必要，請尋求協助。若您有任何時候有問題或需要協助，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。或者，致電您的州健康保險援助計劃，其為一個提供個性化援助的政府組織（請參閱本章第 2 節）。

在第 1

級上訴期間，品質改善組織會審查您的上訴。它會檢查您的計劃出院日期是否在醫療上適合您的狀況。

步驟

1. 聯繫您所在州際的品質改善組織，要求對您的出院情況進行「快速審查」。您必須快速採取動作。

什麼是品質改善組織？

- 該組織有一群醫生和其他醫療照護專業人員，他們由聯邦政府支付報酬。這些專家並非我們的計劃的一員。該組織由 Medicare 支付，用於檢查並協助改善具有 Medicare 的人員所獲得的照護品質。這包括為具有 Medicare 者審查醫院出院日期。

如何聯絡該組織？

- 您所收到的書面通知 (*An Important Message from Medicare about Your Rights* [來自 Medicare 關於您的權利的重要訊息]) 會告訴您如何與該組織聯繫。（或者您可以在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州際的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。）

快速採取動作：

- 若要提出上訴，您必須在出院前且不遲於出院當天午夜前與品質改善組織聯絡。（您的「計劃出院日期」是指已為您確定的出院日期。）
 - 如果您符合該截止日期，您將被允許在您的出院日期之後繼續住院，而不需支付費用，同時您將等待品質改善組織對您的上訴作出決定。
 - 如果您未符合該截止日期內，並且您決定在計劃出院日期之後繼續住院，您可能需要支付在計劃出院日期之後繼續住院治療的所有費用。
- 如果您錯過了與品質改善組織聯絡的截止日期，而您仍然希望上訴，您必須直接向我們的計劃提出上訴。有關以這種其他方式提出上訴的詳細資訊，請參閱第 7.4 節。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

申請「快速審查」：

- 您必須向品質改善組織申請對您的出院情況進行「快速審查」。要求「快速審查」意味著您要求該組織對上訴使用「快速」截止日期而非使用標準截止日期。

法律術語

「快速審查」或亦稱為「立即審查」或「加急審查」。

步驟 2：品質改善組織會針對您的案件進行獨立審查。

該審查過程中，會發生什麼？

- 品質改善組織的衛生專業人員（我們簡稱之為「審查員」）會詢問您（或您的代表）為什麼您認為應該繼續承保該服務。您無須準備任何書面資料，但如果您願意，您也可以準備。
- 審查員還會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查醫院提供和我們提供給他們的資訊。
- 在審查員於第二天中午通知我們的計劃你的上訴後，您亦將收到一份書面通知，提供你計劃出院日期並詳細解釋為什麼您的醫生、醫院安排您於該日期出院，而我們認為這是正確的（醫學上適當的）決定。

法律術語

書面解釋稱為「**出院詳細通知 (Detailed Notice of Discharge)**」。您可以聯繫會員服務部，取得本通知的複本（電話號碼列印於本手冊封底），或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 小時全年無休通話服務。（TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。）或者，您可以造訪 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 在線上查看通知樣本。

步驟 3：在獲得所有所需資訊後的一天內，品質改善組織將對您的上訴給予答覆。

如果答案是肯定的，會發生什麼事？

- 如果審查機構對您的上訴給予肯定答覆，我們必須繼續提供您所受承保的住院醫療服務，只要這些服務具有醫療必要性。
- 您將必須繼續支付您的費用份額（如免賠額或共付額，如若適用）。此外，您的承保住院服務可能會有所限制。（請參閱本手冊第 4 章）。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

如果答案是否定的，會發生什麼事？

- 如果審查組織對您的上訴給予否定答覆，他們表示您的計劃出院日期為醫療上的適當決定。如果發生這種情況，我們對您的住院醫療服務的承保範圍將在品質改善組織對您的上訴作出答覆後隔日的中午結束。
- 如果審查機構對您的上訴給予否定答覆，而您決定繼續住院，您可能必須得支付品質改善組織對您的上訴作出答覆的隔日中午之後，繼續接受住院治療的全部費用。

步驟 4：如果您的第 1 級上訴獲得是否定答覆，您可以決定是否要再次上訴。

- 如果品質改善組織對您的上訴給予否定答覆，且您在計劃出院日期後仍持續住院，那麼您可以再次提出上訴。再次提出上訴意味著您將進入上訴程序的第 2 級。

第 7.3 節 步驟：如何提出第 2 級上訴以變更您的出院日期

如果品質改善組織對您的上訴給予否定答覆，且您在計劃出院日期後仍持續住院，那麼您可以提出第 2 級上訴。在第 2 級上訴中，您請求品質改善組織重新考量他們對您的第一次上訴所做的決定。如果品質改善組織駁回您的 2 級上訴，您可能必須支付您的計劃出院日其後的全部費用。

以下是第 2 級上訴流程的步驟：

步驟 1：您需再次聯絡品質改善組織，再申請一次審查。

- 您必須在品質改善組織對您的第 1 級上訴給予否定答覆之後的 60 個日曆天內提出審查要求。只有在護理承保終止後您仍在醫院住院的情況下，才可以申請審查。

步驟 2：品質改善組織會對您的情況進行第二次審查。

- 品質改善組織的審查員會再次仔細查看所有與您的上訴相關的資訊。

步驟 3：在收到您第二次審查請求後 14

個日曆天內，品質改善組織的審查員將對您的上訴作出決定，並告知你他們的決定。

如果審查組織給予肯定答覆：

- 自品質改善組織駁回您的第一次上訴之日起的第二天中午起，我們必須補償您屬於我們份額的住院治療費用。我們必須繼續為您提供住院病人醫院護理承保，只要它有醫療必要性。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

- 您必須繼續支付您的費用份額，且可能適用承保限制。

如果審查組織拒絕：

- 這意味著他們同意他們在您的第 1 級上訴中所做的決定，並且不會改變該決定。這被稱為「維持決定」。
- 您會收到書面形式通知，說明如果您想繼續審查流程，您可以採取的動作。它會告訴您如何進行下一級上訴的細節，下一級上訴由行政法官或律師仲裁人進行處理。

步驟 4：如果答案是否定的，您將需要決定是否繼續進行 3 級上訴。

- 在第 2 級上訴流程後，有三個額外的上訴流程級別（總共有五個上訴級別）。如果審查機構駁回了您的第 2 級上訴，您可以選擇接受這個決定，或是繼續進行第 3 級上訴，並提出另一上訴。在第 3 級，您的上訴會由行政法官或律師仲裁人進行審查。
- 本章第 9 節詳細介紹了有關 3、4、5 級上訴程序的更多資訊。

第 7.4 節 如果您錯過了提出 1 級上訴的截止日期怎麼辦？**您可以改為向我們提出上訴**

如 7.2

節中所述，您必須迅速聯絡品質改善組織，以開始您的第一次出院上訴。（「迅速」指的是在您出院之前，並且不遲於您計劃的出院日期，以時間較早者為準。）如果您錯過了與該組織聯繫的截止日期，還有另一種方式可以提出上訴。

如果你使用另一種方式提出上訴，那麼前兩個級別的上訴便會有所不同。

步驟：如何提出第 1 級替代上訴

如果您錯過了與品質改善組織聯繫的截止日期，您可以申請「快速審查」向我們提出上訴。快速審查是一種使用快速截止日期而非標準截止日期進行的上訴。

法律術語

「快速審查」（或「快速上訴」）也稱為「加急上訴」。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

步驟 1：聯絡我們並申請「快速審查」。

- 如需如何聯絡我們的詳細資訊，請翻至第 2 章第 1 節並尋找名為「當您就您的醫療護理提出上訴時如何聯絡我們」的章節。
- **務必申請「快速審查」。**這意味著您可以要求我們使用「快速」截止日期而非「標準」截止日期給與您答覆。

步驟 2：我們會對您的計劃出院日期進行「快速審查」，查看它在醫療上是否合適。

- 在審查過程中，我們會查看您的住院期間的所有資訊。我們會檢查您的計劃出院日期在醫療上是否合適。它會檢查您的出院日期決定是否公平且遵循規定。
- 在此情況下，對於為您提供此審核的答覆，我們將使用「快速」截止日期而不是標準截止日期。

步驟 3：我們會在您申請「快速審查」(「快速上訴」)後 72 小時內給予您決定。

- 如果我們同意您的快速上訴，這表示我們已經與您達成共識，您在出院日期後仍然需要住院，並將繼續提供您的承保住院服務，只要它有醫療必要性。這也表示我們已同意向您報銷自我們表示您的承保將終止之日起您所接受的護理費用中的我們分攤的費用份額。(您必須支付您的費用份額，並且可能存在適用的承保限制。)
- 如果我們對您的快速上訴給與否定答覆，表示我們認為您的計劃出院日期在醫療上是合適的。我們對您的住院服務的承保會於我們表示承保將終止的當日終止。
 - 如果您在計劃出院日期之後仍繼續住院，您可能需要支付在計劃出院日期之後繼續住院治療的所有費用。

步驟

4：如果我們對您快速上訴內容的答覆為否定，您的案件將自動送至上訴流程的下一級別。

- 為了確保我們對您的快速上訴內容的答覆為否定時，遵守了所有的規則，我們需要將你的上訴送至「獨立審查組織」。當我們這麼做的時候，這意味著您會自動進入第 2 級的上訴流程。

步驟：第 2 級替代上訴流程

在 2

級上訴期間，獨立審查組織會審查我們在拒絕您的「快速上訴」時做出的決定。該組織

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

會決定我們所做的決定是否應變更。

法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查實體 (Independent Review Entity)**」。它有時被稱為「IRE」。

步驟 1：我們將自動將您的案件轉交給獨立審查組織。

- 我們必須在我們告訴您我們對您的第一次上訴給予否定答覆的 24 小時內，將您的第 2 級上訴資訊轉交給獨立審查組織。（如果您認為我們並未符合此截止日期或其他截止日期，您可以提出投訴。投訴流程與上訴流程有所不同。本章第 10 節介紹了如何進行投訴的資訊。）

步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查者會在 72

小時內給您答覆。

- **獨立審查組織是由 Medicare 所僱用的獨立組織。**該組織與我們的計劃無關，且非政府機構。該組織是由 Medicare 選擇的公司，以處理作為獨立審查組織所須盡的職責。Medicare 會監督其作業。
- 獨立審查組織的審查員會仔細查看所有與您的醫院出院上訴相關的資訊。
- **如果該組織對您的上訴給予肯定答覆，**那麼自您的計劃出院日期當日起，我們必須償還您（補償給付您）已獲得的住院治療中屬於我們的費用份額。我們也必須延續計劃對您住院病人醫院護理方面的承保，只要它有醫療必要性。您必須繼續支付您的費用份額。如果有承保限制，這可能會限制我們償還的金額，或我們將繼續為您承保服務的時間。
- **如果該組織對您上訴答覆為否定，**這意味著他們同意我們的意見，認為您的計劃出院日期在醫學上是合適的。
 - 您會收到獨立審查機構的書面形式通知，說明如果您想繼續審查流程，您可以採取的動作。它會告訴您如何進行第 3 級上訴的細節，該上訴由行政法官或律師仲裁人進行處理。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

步驟 3：如果獨立審查組織駁回您的上訴，您可以選擇是否要進一步上訴。

- 在第 2 級上訴流程後，有三個額外的上訴流程級別（總共有五個上訴級別）。如果審查員對您的第 2 級上訴給予否定答覆，您需要決定是否接受其決定或繼續進行第 3 級上訴。
- 本章第 9 節詳細介紹了有關 3、4、5 級上訴程序的更多資訊。

第 8 節

如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

第 8.1 節	本節僅介紹三項服務： 家庭健康護理、專業護理設施護理和綜合門診康復機構 (CORF) 服務
----------------	--

本節僅介紹下列類型的護理：

- 您正在獲得的**家庭健康護理服務**。
- 您正在專業護理機構作為病人獲得的**專業護理照護**。（要瞭解被視為「專業護理機構」的要求，請參閱第 12 章，*重要詞彙定義*。）
- 您作為門診病人在 Medicare 批准的綜合門診康復機構 (CORF) 獲得的**康復護理**。通常，這意味著您正在為疾病或事故接受治療，或者您正從大型手術中進行恢復。（有關此類設施的更多資訊，請參閱第 12 章，*重要詞彙定義*。）

當您正在接受這些類型的護理時，只要需要該護理為您的疾病或受傷進行診斷和治療，您便有權利繼續獲得這種類型的護理所承保的服務。關於您的承保服務之詳情，包括您承保的費用份額及承保範圍的限制，請參閱本手冊第 4 章：*醫療福利表（承保內容和您支付的費用）*。

當我們決定是時候停止為您提供這三種類型的任何一種護理時，我們需要提前告知您。當您的護理承保終止時，我們將停止為您的護理支付我們的費用份額。

如果您認為我們過早結束了您的護理承保，您可以對我們的決定提出上訴。本節將告訴您如何申請上訴。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)****第 8.2 節 我們會提前告訴您您的承保何時會結束****1.**

您會收到書面通知。至少在我們的計劃停止支付您的護理費用的前兩天，您會收到通知。

- 書面通知會告知您我們將停止承保您的護理的日期。
- 書面通知還會告知您，如果您想要求我們的計劃改變結束您的護理時間之決定，並繼續為您承保該護理更長一段時間，您可以採取什麼動作。

法律術語

書面通知會告訴您可以採取什麼動作，同時告知您如何申請「快速追蹤上訴」。申請快速追蹤上訴是一種要求我們改變何時停止您的醫療承保決定的正式且合法的方式。（下文第 8.3 節會告知您如何申請快速追蹤上訴。）

該書面通知稱為「**Notice of Medicare Non-Coverage (Medicare 非承保範圍通知)**」

2. 將要求您在書面通知上簽名，以表明您已收到通知。

- 會要求您或代表您行事的人簽署該通知。（第 4 節介紹了您可以如何書面許可他人擔任您的代表。）
- 簽署該通知僅表示您已獲得關於您承保服務何時終止的資訊。簽署該通知不表示您同意該計劃應該停止取得護理。

第 8.3 節 步進法：如何提出第 1 級上訴，以讓我們的計劃承保您的護理更久

如果您想要求我們為您提供更長一段時間的護理，您將需要使用上訴流程來提出這一請求。在您開始之前，請瞭解您需要採取的動作以及截止日期為何。

- **遵循流程。**前兩個級別的上訴流程之個別步驟於下說明。
- **符合截止日期要求。**截止日期很重要。請確保您瞭解並遵循您必須採取的動作的截止日期。我們的計劃也有必須遵循的截止日期。（如果您認為我們並未符合我們的截止日期，您可以提出投訴。本章第 10 節介紹了如何提出投訴的資訊。）
- **如有必要，請尋求協助。**若您在任何時候有問題或需要協助，請聯繫會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。或者，致電您的州健康保險援助計劃，其為一個提供個性化援助的政府組織（請參閱本章第 2 節）。

如果您按時申請 1

級上訴，品質改善組織會審查您的上訴並決定是否更改我們的計劃做出的決定。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

步驟 1：提出您的第 1

級上訴：聯繫您所在州際的品質改善組織，並申請審查。您必須快速採取動作。

什麼是品質改善組織？

- 該組織有一群醫生和其他醫療照護專家，他們由聯邦政府支付報酬。這些專家並非我們的計劃的一員。他們會檢查有 Medicare 的人所接受的醫療的品質，並審查計劃決定何時停止承保某些類型的醫療護理。

如何聯絡該組織？

- 您所收到的書面通知會告訴您如何與該組織聯繫。（或者您可以在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州際的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。）

您該提出什麼申請？

- 向該組織申請「快速追蹤上訴」（進行獨立審查），以確定我們終止對您的醫療服務的承保在醫學上是否合適。

您聯絡該組織的截止日期。

- 您必須在 Notice of Medicare Non-Coverage (Medicare 非承保範圍通知) 生效日期的前一天中午之前，聯繫品質改善組織開始進行您的上訴。
- 如果您錯過了與品質改善組織聯繫的截止日期，而您仍然希望提出上訴，您必須直接向我們提出上訴。有關以這種其他方式提出上訴的詳細資訊，請參閱第 8.5 節。

步驟 2：品質改善組織會針對您的案件進行獨立審查。

該審查過程中，會發生什麼？

- 品質改善組織的衛生專業人員（我們簡稱之為「審查員」）會詢問您（或您的代表）為什麼您認為應該繼續承保該服務。您無須準備任何書面資料，但如果您願意，您也可以準備。
- 審查機構也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查我們的計劃提供給他們的資訊。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 一天結束時，審核員將您的上訴通知我們，您還將收到我們的書面通知，其中詳細解釋了我們終止您的服務承保的原因。

法律術語

該解釋通知稱為「**Detailed Explanation of Non-Coverage** (非承保範圍詳細說明)」。

步驟 3：在獲得所需資訊後的整整一天內，審核員將告知您他們的決定。

如果審核員對您的上訴給予肯定答覆，會發生什麼事？

- 如果審核員對您的上訴給予肯定答覆，那麼我們必須繼續提供您所受承保服務，只要這些服務具有醫療上的必要性。
- 您將必須繼續支付您的費用份額（如免賠額或共付額，如若適用）。此外，您的承保服務可能會有所限制（請參閱本手冊第 4 章）。

如果審核員對您的上訴給予否定答覆，會發生什麼事？

- 如果審核員對您的上訴給予否定答覆，那麼您的承保將於我們已告知您的日期終止。我們將於通知所列日期停止為您的護理支付我們的費用份額。
- 如果您決定在承保終止後，繼續接受居家健康護理、專業護理機構照護或綜合門診復健機構（Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF）的服務，那麼您必須自行支付這項護理的全額費用。

步驟 4：如果您的第 1 級上訴獲得否定答覆，您可以決定是否要再次上訴。

- 您提出的第一個上訴是「第 1 級」上訴流程。如果審核員對您的第 1 級上訴給予否定答覆，且您選擇在您的護理承保終止後繼續接受護理，那麼您可以再次提出上訴。
- 再次提出上訴意味著您將進入上訴程序的第 2 級。

第 8.4 節

步進法：如何提出第 2 級上訴，以讓我們的計劃承保您的護理更久

如果品質改善組織對已駁回您的上訴，且您選擇在您的護理承保終止後繼續接受護理，那麼您可以提出第 2 級上訴。在第 2

級上訴中，您請求品質改善組織重新考量他們對您的第一次上訴所做的決定。如果品質改進組織駁回您的 2

級上訴，您可能需要在我們說您的承保結束後支付您的家庭保健、或專業護理設施護理、

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

或綜合門診康復機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務的全部費用。

以下是第 2 級上訴流程的步驟：

步驟 1：您需再次聯絡品質改善組織，再申請一次審查。

- 您必須在品質改善組織對您的第 1 級上訴給予否定答覆的 **60 天內**提出審查要求。只有在護理承保終止後您仍取得護理的情況下，才可以申請該審查。

步驟 2：品質改善組織會對您的情況進行第二次審查。

- 品質改善組織的審查員會再次仔細查看所有與您的上訴相關的資訊。

步驟 3：在收到您的審查請求後 14

天內，審查員將對您的上訴作出決定，並告知您他們的決定。

如果審查組織對您的上訴給予肯定答覆，會發生什麼事？

- 我們必須向您償還自我們表示您的承保將終止之日起，您所接受的護理費用中屬於我們的分攤費用份額。我們必須繼續為該護理承保上的，只要它有醫療必要性。
- 您必須繼續支付您的費用份額，並且可能有適用的承保限制。

如果審查組織拒絕，會發生什麼事？

- 這意味著他們同意我們在您的第 1 級上訴中所做的決定，並且不會改變該決定。
- 您會收到書面形式通知，說明如果您想繼續審查流程，您可以採取的動作。它會告訴您如何進行下一級上訴的細節，下一級上訴由行政法官或律師仲裁人進行處理。

步驟 4：如果答覆是否定的，您將需要決定是否繼續上訴。

- 在第 2 級上訴後，有三個額外的上訴級別，總共有五個上訴級別。如果審查員駁回了您的第 2 級上訴，您可以選擇接受這個決定，或是繼續進行第 3 級上訴，並提出另一上訴。在第 3 級，您的上訴會由行政法官或律師仲裁人進行審查。
- 本章第 9 節詳細介紹了有關 3、4、5 級上訴程序的更多資訊。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**第 8.5 節 如果您錯過了提出 1 級上訴的截止日期怎麼辦？****您可以改為向我們提出上訴**

如 8.3

節中所述，您必須迅速聯絡品質改善組織，以開始您的第一次上訴（最多一兩天內）。如果您錯過了與該組織聯繫的截止日期，還有另一種方式可以提出上訴。如果你使用另一種方式提出上訴，*那麼前兩個級別的上訴便會有所不同。*

步驟：如何提出第 1 級替代上訴

如果您錯過了與品質改善組織聯繫的截止日期，您可以申請「快速審查」向我們提出上訴。快速審查是一種使用快速截止日期而非標準截止日期進行的上訴。

以下是第 1 級替代上訴的步驟：

法律術語

「快速審查」（或「快速上訴」）也稱為「加急上訴」。

步驟 1：聯絡我們並申請「快速審查」。

- 如需如何聯絡我們的詳細資訊，請翻至第 2 章第 1 節並尋找名為「*當您就您的醫療護理提出上訴時如何聯絡我們*」的章節。
- **務必申請「快速審查」。**這意味著您可以要求我們使用「快速」截止日期而非「標準」截止日期給與您答覆。

步驟 2：我們會「快速審查」我們針對何時停止承保您的服務所做的決定。

- 在審查過程中，我們會再次查看與您的案件相關的所有資訊。當我們訂定了終止您獲取服務的計劃承保的日期時，我們會檢查是否遵守了所有的規則。
- 我們將使用「快速」截止日期而不是標準截止日期來為您提供此審查的答覆。

步驟 3：我們會在您申請「快速審查」（「快速上訴」）後 72 小時內給予您決定。

- 如果我們同意您的快速上訴，這意味著我們已經與您達成共識，您需要更長時間的服務，且只要有醫療上的必要性，我們將繼續提供您的承保服務。這也表示我們

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

已同意向您報銷自我們表示您的承保將終止之日起您所接受的護理費用中的我們分攤的費用份額。(您必須支付您的費用份額，並且可能存在適用的承保限制。)

- 如果我們不同意您的快速上訴，那麼您的承保將於我們已告知您的日期終止，且我們不會支付在此日期後的任何費用份額。
- 如果您在我們已告知的承保日期終止之後，繼續接受居家健康護理、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 的服務，那麼您必須自行支付這項護理的全額費用。

步驟**4：如果我們對您快速上訴的回覆為否定，您的案件將自動繼續進行上訴流程的下一級別。**

。

- 為了確保我們對您的快速上訴內容的答覆為否定時，遵守了所有的規則，我們需要將你的上訴送至「獨立審查組織」。當我們這麼做的時候，這意味著您會自動進入第 2 級的上訴流程。

步驟：第 2 級替代上訴流程

在 2

級上訴期間，獨立審查組織會審查我們在拒絕您的「第一次上訴」時做出的決定。該組織會決定我們所做的決定是否應變更。

法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱為「獨立審查實體 (Independent Review Entity)」。它有時被稱為「IRE」。

步驟 1：我們將自動將您的案件轉交給獨立審查組織。

- 我們必須在我們告訴您我們對您的第一次上訴給予否定答覆的 24 小時內，將您的第 2 級上訴資訊轉交給獨立審查組織。(如果您認為我們並未符合此截止日期或其他截止日期，您可以提出投訴。投訴流程與上訴流程有所不同。本章第 10 節介紹了如何進行投訴的資訊。)

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查者會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織是由 Medicare 所僱用的獨立組織。該組織與我們的計劃無關，且非政府機構。該組織是由 Medicare 選擇的公司，以處理作為獨立審查組織所須盡的職責。Medicare 會監督其作業。
- 獨立審查組織的審查員會仔細查看所有與您的上訴相關的資訊。
- 如果該組織對您的上訴給予**肯定答覆**，那麼當我們表示您的承保終止日起，我們便必須償還您（補償給付您）已獲得的護理治療中屬於我們的費用份額。我們必須也繼續為該護理承保，只要它有醫療上的必要性。您必須繼續支付您的費用份額。如果有承保限制，這可能會限制我們償還的金額，或我們將繼續為您承保服務的時間。
- 如果該組織對您的上訴給予**否定答覆**，這意味著他們同意我們的計劃在您的第一次上訴中所做的決定，並且不會改變該決定。
 - 您會收到獨立審查機構的書面形式通知，說明如果您想繼續審查流程，您可以採取的動作。它會告訴您如何進行第 3 級上訴的細節。

步驟 3：如果獨立審查組織駁回您的上訴，您可以選擇是否要進一步上訴。

- 在第 2 級上訴後，有三個額外的上訴級別，總共有五個上訴級別。如果審查員對您的第 2 級上訴給予否定答覆，您可以選擇接受這個決定，或是繼續進行第 3 級上訴，並提出另一上訴。在第 3 級，您的上訴會由行政法官或律師仲裁人進行審查。
- 本章第 9 節詳細介紹了有關 3、4、5 級上訴程序的更多資訊。

第 9 節 將您的上訴提升至 3 級及更高級別

第 9.1 節 針對醫療服務請求的 3、4、5 級上訴

如果您已經進行了第 1 級上訴和第 2 級上訴，並且兩次上訴都遭駁回，本節可能適合你參考。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

如果您上訴的項目或醫療服務的美元價值達到一定程度的最低標準，您便可以繼續進行額外的上訴級別。如果美元價值低於最低標準，您將無法進一步提出上訴。如果美元的價值夠高，您收到的第 2 級上訴的書面回覆，將說明與誰聯絡以及如何申請第 3 級上訴。

針對大多數涉及上訴的情況，最後三個級別的上訴皆以相同的方式進行。以下是在這三者每個級別處理您的上訴之審查的人員。

3 級上訴

法官（稱為行政法法官）或為聯邦政府工作的律師裁決者將審查您的上訴並給您一個答覆。

- 如果行政法法官或律師仲裁人同意您的上訴，上訴過程 *可能會或可能不會結束* - 我們將決定是否將該決定上訴至第 4 級。與第 2 級（獨立審查組織）的決定不同，我們有權對有利於您的第 3 級決定提出上訴。
 - 如果我們決定不對該決定提出上訴，我們必須在收到行政法法官或律師仲裁人的決定後 60 個日曆天內，授權或向您提供該服務。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們會向您寄送一份第 4 級上訴申請的副本和任何隨附文件。在授權或提供有爭議的服務之前，我們可能會等待第 4 級上訴決定。
- 如果行政法法官或律師仲裁人不同意您的上訴，上訴過程 *可能會或可能不會結束*。
 - 如果你決定接受駁回您的上訴之決定，上訴流程便結束。
 - 如果您不想接受該決定，您可以繼續進行下一個級別的審查流程。如果行政法法官或律師仲裁人不同意您的上訴，您收到的通知會告知您，如果您選擇繼續上訴，下一步該怎麼做。

4 級上訴

Medicare

上訴委員會（委員會）將審查您的上訴並給您一個答覆。委員會是聯邦政府的一部份。

- 如果答覆為肯定，或如果委員會拒絕我們對有利的第 3 級上訴決定進行審查的請求，上訴過程 *可能會或可能不會結束* - 我們將決定是否將該決定上訴到第 5 級。與 2 級（獨立審查組織）的決定不同，如果物品或醫療服務的價值符合規定的美元價值，我們有權對有利於您的 4 級決定提出上訴。
 - 如果我們決定不對該決定提出上訴，我們必須在收到委員會的決定後 60 個日曆天內，授權或向您提供該服務。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

- 如果我們決定上訴該決定，我們會以書面形式通知您。
- 如果答覆是否定的，或者委員會拒絕審查要求，則上訴程序 *可能會也可能不會結束*。
 - 如果你決定接受駁回您的上訴之決定，上訴流程便結束。
 - 如果您不想接受該決定，您或許可以繼續進行下一個級別的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將告訴您規則是否允許您繼續進行第 5 級上訴。如果規則允許您繼續上訴，書面通知亦會告知您，如果您選擇繼續上訴，該聯繫誰，以及下一步該怎麼做。

5 級上訴 聯邦地區法院 (Federal District Court) 的法官將審查您的上訴。

- 這是上訴流程的最後一步驟。

第 9.2 節 針對 Part D 藥物請求的 3、4、5 級上訴

如果您已經進行了第 1 級上訴和第 2 級上訴，並且兩次上訴都遭駁回，本節可能適合你參考。

如果您上訴的藥物價值達到一定美元金額，您或許可以繼續上訴至其他級別。如果美元金額不夠，您將無法再提出上訴。您收到的 2 級上訴的書面回覆將說明與誰聯絡以及如何申請 3 級上訴。

針對大多數涉及上訴的情況，最後三個級別的上訴皆以相同的方式進行。以下是在這三者每個級別處理您的上訴之審查的人員。

3 級上訴：

法官（稱為行政法法官）或為聯邦政府工作的律師裁決者將審查您的上訴並給您一個答覆。

- 如果答案是肯定的，則上訴程序結束。您在上訴中要求的內容已獲批准。我們必須在 **72 小時內**（加急上訴為 **24 小時**）授權或提供經行政法法官或律師裁決者批准的藥物承保，或在我們收到決定後的 **30 個日曆日內** 付款。
- 如果答案是否定的，則上訴程序 *可能會也可能不會結束*。
 - 如果你決定接受駁回您的上訴之決定，上訴流程便結束。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果您不想接受該決定，您可以繼續進行下一個級別的審查流程。如果行政法官或律師仲裁人不同意您的上訴，您收到的通知會告知您，如果您選擇繼續上訴，下一步該怎麼做。

4 級上訴 Medicare
上訴委員會（委員會）將審查您的上訴並給您一個答覆。委員會是聯邦政府的一部份。

- 如果答案是肯定的，則上訴程序結束。您在上訴中要求的內容已獲批准。我們必須在 **72 小時內（加急上訴為 24 小時）** 授權或提供經委員會批准的藥物承保，或在我們收到決定後的 **30 個日曆日內** 付款。
- 如果答案是否定的，則上訴程序 **可能會也可能不會結束**。
 - 如果你決定接受駁回您的上訴之決定，上訴流程便結束。
 - 如果您不想接受該決定，您或許可以繼續進行下一個級別的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴審查申請，您收到的通知將告訴您規則是否允許您繼續進行 5 級上訴。如果規則允許您繼續上訴，書面通知亦會告知您，如果您選擇繼續上訴，該聯繫誰，以及下一步該怎麼做。

5 級上訴 聯邦地區法院 (Federal District Court) 的法官將審查您的上訴。

- 這是上訴流程的最後一步驟。

提出投訴

第 10 節

如何對服務品質、等候時間、客戶服務等其他問題提出投訴。



如果您的問題是與福利、承保或付款相關的決策，那麼本章節 **不適用於您**。反之，您需使用承保決定和上訴流程。前往本章第 4 節。

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

第 10.1 節 投訴程序處理哪些問題？

本節將說明如何使用提出投訴的流程。投訴流程僅適用於某些類型的問題。這包括你獲得與護理品質、等待時間和客戶服務相關的問題。以下是投訴程序處理的問題類型的範例。

如果您有任何這些類型的問題，您可以「提出投訴」

投訴	範例
您的醫療護理品質	您是否對您所接受的治療品質不滿意（包括在醫院接受的治療）？
尊重您的隱私權	您是否認為有人不尊重您的隱私權，或分享您認為應該保密的資訊嗎？
不尊重、不良客戶服務或其他負面行為	- 是否曾有人待您粗魯或不尊重您？ - 您對我們的會員服務部提供的服務不滿意嗎？ - 您認為有事物驅使著您離開計劃嗎？
等待時間	- 您是否有預約困難問題，或等待預約時間過長？ - 醫生、藥劑師或其他護理專業人士是否曾使您等待過久？或者我們的會員服務部或計劃的其他工作人員是否曾使您等待過久？ - 範例包含在電話中、候診室、獲取處方時或在檢查室等待時間過久。
清潔狀況	您是否對診所、醫院或醫生診療室的清潔狀況或環境感到不滿意？
我們提供給您的資訊	- 您認為我們未提供您某項我們必須提供您的通知？ - 您認為我們提供給您的書面資訊難以理解？

第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦 (承保決定、上訴、投訴)

投訴	範例
及時性 (這些類型的投訴都與我們與承保決定和上訴相關的行動的及時性有關)	本章第 4-9 節解釋了申請承保決定和提出上訴的流程。如果您申請承保決定或提出上訴，您須使用這個流程，而非投訴流程。 然而，如果您已經要求我們作出承保決定或提出上訴，而您認為我們的反應不夠迅速，您也可以對我們的遲緩行為提出投訴。以下是範例： • 如果您要求我們給予您「快速承保決定」或「快速上訴」，而我們表示我們不會提供，您可以就此提出投訴。 • 如果您認為我們並未在截止日期內提供您承保決定或答覆您的上訴請求，您可以提出投訴。 • 當我們做出的承保決定被審查並被告知我們必須為您承保或報銷某些醫療服務或藥物時，有適用的截止日期。如果您認為我們並未符合這些截止日期，您可以提出投訴。 • 若我們並未及時給予您決定，我們則必須將您的案件轉交給獨立審查組織。如果我們在規定的截止日期內並未這麼做的話，您可以提出投訴。

第 10.2 節 「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」

法律術語

- 本節所稱之「投訴」亦稱為「申訴」。
- 「提出投訴」的另一個術語是「提出申訴」。
- 「使用投訴流程」的另一種說法是「使用申訴流程」。

第 10.3 節 步進法：提出投訴

步驟 1：及時與我們聯繫 - 透過電話或以書面方式。

- 通常，聯繫會員服務部是第一步驟。如果有其他您需要採取的動作，會員服務部會告知您。請致電我們的會員服務部電話 713-442-CARE (2273)，或免費電話 1-

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

866-535-8343 以瞭解其他資訊。(TTY 用戶應撥打 711。) 服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日之間的每週七天，當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。4 月 1 日至 9 月 30 日，服務時間為週一至週五當地時間的上午 8:00 至晚上 8:00。週末、下班後和聯邦法定假日，請使用留言服務。會員服務部可為非英語母語者提供免費語言口譯服務。

- 如果您不願去電(或去電後仍不滿意)，您可以以書面形式向我們提出投訴。如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式回應您的投訴。
- 您有權利獲得針對服務和/或計劃所作決定之申訴的及時解決辦法。申訴將根據個人情況進行審查，我們將根據您的健康狀況需求儘快解決該申訴。如果該申訴與計劃拒絕加速處理您未接受的醫療服務請求有關，則加急或快速申訴將在 24 小時內進行回應。您的書面申訴應在事件或事情發生後 60 天內提交。我們將在收到您的投訴後 30 天內處理其他申訴請求。如果您要求延期，或者我們有理由需要額外資訊，且延期符合您的最大利益，我們可以將時間期限延長 14 天。我們會以書面方式回應書面申訴。
- 無論以電話或書面方式，您應立刻聯絡會員服務部。投訴必須在您遇到您想投訴的問題後 60 個日曆天內提出。
- 如果您提出投訴是因為我們拒絕了您的「快速承保決定」或「快速上訴」請求，我們將自動給予您「快速投訴」。如果您提起「快速投訴」，這表示我們會在 24 小時內給您答覆。

法律術語

本節所稱之「快速投訴」亦稱為「加急申訴」。

步驟 2：我們會查看您的投訴並給予您我們的答覆。

- 如果可以，我們會立刻回覆您。如果您以電話對我們進行投訴，我們可能可以直接在同一通通話中提供您答覆。如果您的健康狀況需要我們會儘快回應，我們將儘速回應。
- 大多數的投訴會在 30 個日曆天內回覆。如果我們需要更多資訊，且延長時間符合您的最大利益，或如果您要求更多時間，我們最多可能會再花 14 個日曆天（總共 44 個日曆天）來回覆您的投訴。如果我們決定多花幾天時間，我們會以書面形式通知您。

**第 9 章。 如果您有問題或想投訴該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴)**

- 如果我們不同意您的部分或全部投訴，或者對您所投訴的問題不負有責任，我們會告知您。我們的回應將包含對此答覆的原因。無論我們是否同意該投訴，我們都必須提供回應。

第 10.4 節 您還可以向品質改善組織投訴護理品質

您可以使用上方所列的步驟流程來投訴您所接受的護理品質。

若您的投訴涉及 *護理品質*，您還有兩個額外的選項：

- 您可以向品質改善組織提出您的投訴。如果您想，您可以使用直接向該組織針對您所接受的護理品質提出投訴（而無須向我們提出投訴）。
 - 品質改善組織是一個由執業醫生和其他醫療護理專家組成的組織，由聯邦政府支付報酬，負責檢查並改善為 Medicare 病患提供的醫療服務。
 - 您可以在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州際的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。如果您向該組織提出投訴，我們將與之合作以解決您的投訴。
- 或者，您可以同時向雙方投訴。如果您想，您可以向我們及品質改善組織提出您的護理品質投訴。

第 10.5 節 您也可以將您的投訴告知 Medicare

您可以直接向 Medicare 提交關於 KelseyCare Advantage Gold 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會認真看待您的投訴，並善用這些資訊以協助改善 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何其他意見反應或疑慮，或者您認為該計劃並未解決您的問題，請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 用戶可撥打 1-877-486-2048。

第 10 章

終止您的計劃會員資格

第 10 章。 結束您的計劃會員資格**第 10 章。 結束您的計劃會員資格**

第 1 節	介紹	233
第 1.1 節	本章重點為終止您在我們的計劃中的會員資格	233
第 2 節	您何時可以終止您在我們的計劃中的會員資格？	233
第 2.1 節	您可以在年度投保期終止會員資格	233
第 2.2 節	您可以在 Medicare Advantage 開放投保期間終止會員資格	234
第 2.3 節	在某些情況下，您可以在特殊投保期間終止會員資格	235
第 2.4 節	您可以在哪裡獲得更多關於何時可以終止會員資格的資訊？	236
第 3 節	您如何終止您在我們的計劃中的會員資格？	236
第 3.1 節	通常，您會以投保其他計劃來終止您的會員資格	236
第 4 節	在您的會員資格結束之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療服務和藥品	237
第 4.1 節	在您的會員資格終止之前，您仍是我們的計劃會員	237
第 5 節	在某些情況下，KelseyCare Advantage Gold 必須結束您的計劃會員資格	238
第 5.1 節	我們何時必須終止您的計劃會員資格？	238
第 5.2 節	我們無法以任何與您的健康相關的理由要求您退出我們的計劃。	239
第 5.3 節	如果我們終止了您在我們的計劃中的會員資格，您有權利提出投訴	239

第 10 章。 結束您的計劃會員資格**第 1 節 介紹****第 1.1 節 本章重點為終止您在我們的計劃中的會員資格**

終止您的 KelseyCare Advantage Gold

會員資格可能出於**自願**（您自己的選擇）或**非自願**（不是您自己的選擇）：

- 如果你已經決定您**想**離開我們的計劃，您可以離開我們的計劃。
 - 只有在一年中的特定時間或特定情況下，您才可以自願終止您的計劃會員資格。第 2 節闡述您**何時**可以終止您的計劃會員資格。
 - 自願終止會員資格的過程取決於您所選擇的新承保的類型。第 3 節闡述您在每個情況下，**如何**終止您的會員資格。
- 也有些少數的情況下，您未選擇離開計劃，而是我們必須終止您的會員資格。第 5 節闡述我們必須終止您的會員資格的情況。

如果您要退出我們的計劃，在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療護理和處方藥。

第 2 節 您何時可以終止您在我們的計劃中的會員資格？

您只能在一年中的特定時間（稱為「投保期」）終止您的計劃會員資格。所有會員在年度註冊期和 Medicare Advantage

公開投保期都有機會退出計劃。在某些情況下，您也有資格在一年的其他時間退出計劃。

第 2.1 節 您可以在年度投保期終止會員資格

您可以在**年度投保期**（也稱為「年度開放投保期」）終止您的會員資格。您應於此時審查您的健康和藥物承保，並決定您於來年的承保範圍。

- **何時是年度投保期？**投保時間介於 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- **在年度投保期間，您可以轉換至什麼類型的計劃？**您可以選擇保留您目前的承保，或為來年的承保範圍做出變更。如果您決定變更為新計劃，您可以選擇下任何類型的計劃：
 - 其他 Medicare 保健計劃。（您可以選擇承保處方藥的計劃或不承保處方藥的計劃）。
 - Original Medicare，含單獨的 Medicare 處方藥計劃。

第 10 章。 結束您的計劃會員資格

- ~~–或–~~ 沒有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
 - 如果您從 Medicare 獲得支付處方藥費用的「額外幫助」：如果您轉換到 Original Medicare，而不投保單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會將您納入一個藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

註：如果您退出 Medicare 處方藥承保並且連續 63 天或更長時間沒有可計入處方藥承保，則如果您之後加入 Medicare 藥物計劃，您可能需要支付 Part D 逾期投保罰款。（「可計入」承保是指平均而言，預計支付的藥品承保金額至少與 Medicare 的標準處方藥承保金額相當。）有關逾期投保罰款的更多資訊，請參見第 1 章第 5 節。

- 您的會員資格什麼時候結束？您的會員資格將於您的新計劃於 1 月 1 日開始承保時終止。

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

在 Medicare Advantage 開放投保期間，您有機會對您的健康承保進行一次更改。

- 何時是年度 Medicare Advantage 開放投保期？開放投保期的時間介於每年 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 在年度 Medicare Advantage 開放投保期間，您可以轉換至什麼類型的計劃？在此期間，您可以：
 - 轉換至其他 Medicare Advantage Plan。（您可以選擇承保處方藥的計劃或不承保處方藥的計劃）。
 - 取消投保我們的計劃，並透過 Original Medicare 獲取承保服務。如果您選擇在此期間轉換到 Original Medicare，您也可以在此時加保單獨的 Medicare 處方藥計劃。
- 您的會員資格什麼時候結束？您的會員資格將在您投保不同的 Medicare Advantage 計劃，或我們收到您要求轉換至 Original Medicare 計劃後，於第一個月的第一天終止。如果您也選擇投保 Medicare 處方藥計劃，您的藥物計劃會員資格將在該藥物計劃收到您的投保申請後的第一天開始。

第 2.3 節 在某些情況下，您可以在特殊投保期間終止會員資格

在某些情況下，KelseyCare Advantage Gold 會員也有資格在一年的其他時間退出計劃。這又稱為**特殊投保期 (Special Enrollment Period)**。

- **誰符合特殊投保期資格？**如果您適用任一種下列情況，您可能符合在特殊投保期間結束您的會員資格之資格。以下只是部分範例，若要取得完整的清單，您可以聯絡計劃，致電 Medicare，或者造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)：
 - 通常，當您必須搬家時。
 - 如果您有 Medicaid。
 - 如果您有資格獲得支付 Medicare 處方的「額外幫助」。
 - 如果我們違反與您的合約。
 - 如果您在一個機構接受護理，如療養院或長期護理 (LTC) 醫院。
 - **註：**如果您參加了藥物管理計劃，您可能無法更改計劃。第 5 章第 10 節中有更多關於藥物管理計劃的資訊。
- **何時是特殊投保期？**該投保期依您的狀況而異。
- **您可以怎麼做？**若要瞭解您是否符合特殊投保期，您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫 Medicare，24 小時全年無休提供服務。TTY 用戶請撥打 1-877-486-2048。如果您符合因為特殊情況而須終止您的會員資格的資格，您可以選擇改變您的 Medicare 醫療保險和處方藥承保。這意味著，您可以選擇下列任何類型的計劃：
 - 其他 Medicare 保健計劃。（您可以選擇承保處方藥的計劃或不承保處方藥的計劃）。
 - Original Medicare，含單獨的 Medicare 處方藥計劃。
 - –或– 沒有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

如果您從 Medicare 獲得支付處方藥費用的「額外幫助」：如果您轉換到 Original Medicare，而不投保單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會將您納入一個藥物計劃，除非您選擇退出自動投保。

註：如果您退出 Medicare 處方藥承保並且連續 63 天或更長時間沒有可計入處方藥承保，則如果您之後加入 Medicare 藥物計劃，您可能需要支付 Part D 逾期投保罰款。（「可計入」承保是指平均而言，預計支付的藥品承保金額至少與 Medicare

第 10 章。 結束您的計劃會員資格

的標準處方藥承保金額相當。) 有關逾期投保罰款的更多資訊, 請參見第 1 章第 5 節。

- 您的會員資格什麼時候結束? 您的會員資格通常會在收到變更計劃的請求後的第一個月第一天終止。

第 2.4 節 您可以在哪裡獲得更多關於何時可以終止會員資格的資訊?

如果您有任何疑問, 或想瞭解更多針對您何時可以結束您的會員資格的資訊:

- 您可以**聯繫會員服務部**(電話號碼列印於本手冊封底)。
- 您可以在 *Medicare & You 2022 (2022 年聯邦醫療保險與您)* 手冊中找到相關資訊。
 - 每年秋天, 每位擁有 Medicare 的人都會收到一份 *Medicare & You 2022 (2022 年聯邦醫療保險與您)* 手冊的複本。新加入 Medicare 計劃的人會在首次投保後一個月內收到該手冊。
 - 您也可以從 Medicare 網站 (www.medicare.gov) 下載一份副本。或者, 您也可以撥打下方號碼聯絡 Medicare 索取印刷本。
- 您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**, 其服務時間為 24 小時全年無休。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。

第 3 節 您如何終止您在我們的計劃中的會員資格?**第 3.1 節 通常, 您會以投保其他計劃來終止您的會員資格**

通常, 要終止您在我們計劃中的會員資格, 您只需在一個投保期投保另一個 Medicare 計劃 (有關投保期的資訊, 請參閱本章第 2 節)。然而, 如果您想從我們的計劃轉換到沒有 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare, 您必須申請退出我們的計劃。有兩種申請退保的方式:

- 您可以書面向我們提出申請。如果您需要有關如何實現的更多資訊, 請聯絡會員服務部 (電話號碼列於本手冊封底)。
- -或者-您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare, 其服務時間為 24 小時全年無休。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。

註: 如果您退出 Medicare 處方藥承保並且連續 63 天或更長時間沒有可計入處方藥承保, 則如果您之後加入 Medicare 藥物計劃, 您可能需要支付 Part D 逾期投保罰款。(「可計入」承保是指平均而言, 預計支付的藥品承保金額至少與

第 10 章。 結束您的計劃會員資格

Medicare 的標準處方藥承保金額相當。) 有關逾期投保罰款的更多資訊，請參見第 1 章第 5 節。

下方表格說明您應如何終止您在我們的計劃中的會員資格。

如果您想從我們的計劃轉換至：	這是您應採取的動作：
• 其他 Medicare 保健計劃。	• 投保新的 Medicare 保健計劃。 當您的新計劃承保開始時，您將自動退出 KelseyCare Advantage Gold。
• Original Medicare，含單獨的 Medicare 處方藥計劃。	• 投保新的 Medicare 處方藥計劃。 當您的新計劃承保開始時，您將自動退出 KelseyCare Advantage Gold。
• 沒有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。 ○ 註：如果您退出 Medicare 處方藥計劃並且連續 63 天或更長時間沒有可計入處方藥承保，則如果您之後加入 Medicare 藥物計劃，您可能需要支付一筆逾期投保罰款。有關逾期投保罰款的更多資訊，請參見第 1 章第 5 節。	• 向我們寄送書面退保申請。如果您需要有關如何實現的更多資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼列於本手冊封底）。 • 您也可以隨時（每週 7 天每天 24 小時）撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，要求退出。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。 • 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將退出 KelseyCare Advantage Gold。

第 4 節

在您的會員資格結束之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療服務和藥品

第 4.1 節

在您的會員資格終止之前，您仍是我們的計劃會員

如果您退出 KelseyCare Advantage Gold，您的會員資格結束和新的 Medicare 承保生效皆可能需要一段時間。（請參閱第 2 節，瞭解您的新承保服務何時開始之資訊。）在此期間，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療護理和處方藥。

第 10 章。 結束您的計劃會員資格

- 在您的計劃會員資格終止之前，您應該繼續使用我們的網路藥房來配處方藥。通常情況下，您只有在網路藥房配處方藥時才會得到承保，包括透過我們的郵購藥房服務配藥。
- 如果您在會員資格終止當天住院，我們的計劃通常會承保您的住院費用，直到您出院為止（即使您在新的醫療保險開始後才出院）。

第 5 節 在某些情況下，KelseyCare Advantage Gold 必須結束您的計劃會員資格

第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？

如發生以下任一情況，KelseyCare Advantage Gold 必須結束您的計劃會員資格：

- 如果您不再有 Medicare Part A 和 Part B。
- 如果您搬離出我們的服務區。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月以上。
 - 如果您搬離或前往長期旅行，您需要聯繫會員服務部，瞭解您將要搬往或旅行的地方是否在我們的計劃區域內。（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）
- 如果您受到監禁（入獄）。
- 如果您非美國公民或不具有美國合法居住權。
- 如果您欺騙或隱瞞有關您擁有的提供處方藥承保的其他保險的資訊。
- 如果您在加保我們的計劃時故意提供不正確的資訊，且該資訊會影響您加保我們計劃的資格。（我們無法因為這個原因要求您退出我們的計劃，除非我們先取得了 Medicare 的許可。）
- 如果您的行為持續破壞我們的計劃，使我們難以為您和其他成員提供醫療護理服務。（我們無法因為這個原因要求您退出我們的計劃，除非我們先取得了 Medicare 的許可。）
- 如果您讓他人使用您的會員卡取得醫療護理。（我們無法因為這個原因要求您退出我們的計劃，除非我們先取得了 Medicare 的許可。）
 - 如果我們因為這個原因終止您的會員資格，Medicare 可能會請監察長調查您的案件。
- 如果您不支付逾期投保罰款並且您欠的金額超過 \$150。

第 10 章。 結束您的計劃會員資格

- 如果您因收入而需要支付額外的 Part D 金額而您沒有支付，Medicare 會把您從我們的計劃中除名，您將失去處方藥承保。

您可以在哪裡獲得更多資訊？

如果您有任何疑問，或想瞭解更多針對我們何時可以終止您的會員資格的資訊：

- 您可以聯繫會員服務部以瞭解更多資訊（電話號碼烈印於本手冊封底）。

第 5.2 節	我們無法以任何與您的健康相關的理由要求您退出我們的計劃。
----------------	-------------------------------------

KelseyCare Advantage Gold 不得以任何與您的健康相關的理由要求您退出我們的計劃。

如果發生了這種情況，您可以怎麼做？

如果您認為您因為健康相關的原因，而被要求退出我們的計劃，您應撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以連繫 Medicare。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。您可以撥打該 24 小時全年無休的電話。

第 5.3 節	如果我們終止了您在我們的計劃中的會員資格，您有權利提出投訴
----------------	--------------------------------------

如果我們終止了您在我們的計劃的會員資格，我們必須以書面方式告知您我們終止您的會員資格之原因。我們也必須說明您該如何對我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。您可以查看第 9 章第 10 節瞭解有關如何進行投訴的資訊。

第 11 章

法律通知

第 11 章。 法律公告

第 1 節	適用法律通知.....	242
第 2 節	關於非歧視的通知.....	242
第 3 節	關於 Medicare 次要付款人代位追償權的通知	242

第 1 節 適用法律通知

許多法律適用於此 *Evidence of*

Coverage (承保證明書)，且因法律要求，某些附加條款可能亦可適用。這可能會影響您的權利和責任，即使該法規並未包含或於本文件中說明。適用於本文件的主要法律是《社會保險法 (Social Security Act)》第 XVIII 章，以及醫療保險和醫療補助服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services)，或稱 CMS

根據《社會保險法》所制定的法規。此外，其他聯邦法律也可能適用，在某些情況下，還可能適用您所在州的法律。

第 2 節 關於非歧視的通知

我們的計劃必須遵守保護您不受歧視或不公平待遇的法律。我們不會基於種族、民族、國籍、膚色、宗教、性、性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、遺傳資訊、可保性證明或服務區內的地理位置進行歧視。所有提供 Medicare Advantage 計劃的組織，比如我們的計劃，皆必須遵守反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年的《民權法案第六篇 (Title VI of the Civil Rights Act)》、1973 年的《復健法 (Rehabilitation Act)》、1975 年的《年齡歧視法 (Age Discrimination Act)》、《美國身心障礙者法案 (Americans with Disabilities Act)》、《平價醫療法案 (Affordable Care Act)》第 1557

節、適用於獲得聯邦資助的組織的所有其他法律，以及因任何其他原因而適用的任何其他法律和法規。

如果您需要更多資訊，或者對歧視或不公平對待有所疑慮，請撥打衛生及公共服務部的民權辦公室電話 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)，或者聯繫當地的民權辦公室。

如果您有殘疾問題且需要護理獲取協助，請聯繫我們的會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。如果您有投訴，例如具有對輪椅適用通道的問題，會員服務部可提供您協助。

第 3 節 關於 Medicare 次要付款人代位追償權的通知

我們有權利和責任為 Medicare 非主要支付者的 Medicare 承保服務收取費用。根據《聯邦規則彙編》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 篇第 422.108 和 423.462 節中的醫療保險和醫療補助服務中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) 規定，KelseyCare Advantage Gold 作為 Medicare Advantage 組織，將行使與美國衛生與公眾服務部部長在 CFR 第 42 篇第 411 部分 B 至 D 子部分中的 CMS 規定下行使的相同恢復權，本節中規定的規則取代任何州法律。

第 12 章

重要詞彙定義

第 12 章。 重要詞彙定義

流動手術中心 –

流動手術中心是一個專門為不需要住院的病人提供門診手術服務的實體，病人在該中心的預期停留時間不超過 24 小時。

年度投保期 – 每年秋天，會員可以變更他們的保健或藥物計劃，或轉換至 Original Medicare 的固定時間。年度投保期 從 10 月 15 日起至 12 月 7 日。

上訴 –

上訴是在您不同意我們拒絕承保醫療保健服務或處方藥或您已接受服務或藥物付款的請求的情況下做出的行為。如果您不同意我們停止您正在獲取的服務之決定，您也可以提出上訴。例如，如果我們不支付您認為您應該能夠獲得的藥物、物品或服務，您可以申請上訴。第 9 章解釋上訴，包括提出上訴的過程。

餘額帳單 -

當提供者（例如醫生或醫院）對病患收取超過計劃所允許的費用分攤金額。作為 KelseyCare Advantage Gold

會員，您在獲得我們計劃承保的服務時只需支付我們計劃的費用分攤額。我們不允許提供者收取「餘額帳單」，或以其他方式向您收取超過您的計劃規定您必須支付的費用份額之金額。

福利期 – 我們的計劃和 Original Medicare 衡量您使用醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的方式。福利期從您進入醫院或專業護理機構當日算起。福利期於您連續 60 天未接受任何住院醫療照護（或專業護理機構 (SNF) 的專業護理）時結束。如果您在一個福利期結束後進入醫院或專業護理機構，將開始一個新的福利期。福利期的數量沒有限制。

品牌藥 –

由最初研發藥物的製藥公司生產和銷售的處方藥。品牌藥與該藥物的學名藥具有相同的活性成分配方。但是，學名藥由其他藥品製造商生產和銷售，通常要等到品牌藥的專利到期後才可用。

重大傷病承保階段 – 這是 Part D

藥物福利中的階段，在此階段中，在您或其他代表您的合格方在承保年度內花費達 \$7,050 後，您將為您的藥物支付低共付額或共同保險。

醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) - 負責管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章解釋了如何聯絡 CMS。

第 12 章。 重要詞彙定義

共同保險 –

在您支付任何免賠額後，您可能需要支付的作為您承擔的服務或處方藥費用的份額。共同保險通常是百分比（比如 20%）。

投訴 –

「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」。投訴流程僅適用於某些類型的問題。這包括你獲得與護理品質、等待時間和客戶服務相關的問題。請參閱本定義列表中的「申訴」。

複合藥物/複合 –

一般來說，複合是一種做法，在這種做法中，執業藥劑師、執業醫師或在有外包機構的情況下，在執業藥劑師監督下的人員，結合、混合或改變藥物成分以創造出適合個別患者需要的藥物。

綜合門診康復機構 (CORF) –

主要提供患病或受傷後康復服務，並提供包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療和言語病理學服務以及家庭環境評估服務在內的多種服務的設施。

共付額（或「共付額」） –

您可能被要求支付的作為您承擔的醫療服務或用品費用份額的費用，如醫生看診，醫院門診，或處方藥。共付額是固定金額，而非百分比。例如，您可能會為看醫生看診或處方藥支付 \$10 或 \$20。

費用分攤 –

費用分攤是指會員在接受服務或藥物時必須支付的金額。費用分攤包含下列三種付款類型的任意組合：(1) 在服務或藥物被承保之前，計劃可能實施的任何免賠額；(2) 當獲得特定服務或藥物時，計劃要求的任何固定「共付額」金額；或者 (3) 任何「共同保險」金額，即為某項服務或藥物支付的總金額的一定百分比，當獲得某特定服務或藥物時，計劃所規定的金額。如果您的醫生為您開的某些藥物的供應量不足一個月，並且您需要支付共付額，則可能適用「每日費用分攤率」。

費用分攤層級 – 承保藥物清單上的每一種藥物都屬於 5

個費用分攤層級中的一種。一般來說，費用分攤層級越高，您的藥物成本就越高。

承保判定 –

關於為您開的藥物是否在計劃承保範圍內以及您需要為該處方支付的金額（如果有）的決定。一般而言，如果您將處方帶到藥房，而藥房告訴您該處方不在您的計劃承保範圍內，這不是承保決定。您需要向您的計劃致電或寫信，要求就承保作出正式決定。承保判定在本手冊中稱為「承保決定」。第 9 章解釋了如何向我們申請承保決定。

承保藥物 – 我們使用該術語來表示我們的計劃承保的所有處方藥。

第 12 章。 重要詞彙定義

承保服務 - 我們使用的一般術語是指我們計劃承保的所有醫療護理服務和用品。

可計入處方藥承保 -

處方藥承保（例如，來自僱主或公會的承保）預計支付金額的平均，至少與 Medicare 的標準處方藥承保相同。當符合享受 Medicare 資格而擁有這種承保的人，如果他們決定稍後加入 Medicare 處方藥承保，一般可以保留該承保而無需支付罰款。

監護護理 -

監護護理是指當您不需要專業醫療護理或專業護理時，在療養院、安寧機構或其他設施環境中提供的個人護理。監護人護理是可以由沒有專業技能或培訓的人提供的個人護理，例如幫助進行日常生活活動，如洗澡、穿衣、吃飯、上下床或椅子、走動和使用洗手間。它也可能包括大多數人自己進行的健康護理，比如使用眼藥水。Medicare 不支付監護護理。

每日費用分攤率 -

如果您的醫生為您開的某些藥物的供應量不足一個月，並且您需要支付共付額，則可能適用「每日費用分攤率」。每日費用分攤率是共付額除以一箇月的供應天數。範例如下：如果您的一個月藥物供應共付額是 \$30，而您計劃中的一個月藥物供應是 30 天，那麼您的「每日費用分攤率」是每天 \$1。這表示您在配處方藥時為每天的供應量支付 \$1。

免賠額 - 在我們的計劃開始支付之前，您必須為醫療保健或處方支付的金額。

取消投保或解除投保 -

終止您在我們計劃中的會員資格之流程。解除投保可能出於自願（您自己的選擇）或非自願（不是您自己的選擇）。

配藥費 -

每次配發承保藥物時收取的費用，用於支付配藥的費用。配藥費包括藥劑師準備和包裝處方藥的時間等費用。

耐用醫療設備 (DME) -

由您的醫生出於醫療原因而安排的某些醫療設備。包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液幫浦、語音生成設備、氧氣設備、霧化器，或由提供者安排用於家用的醫院病床。

緊急情況 -

緊急醫療情況是指您或其他任何具有一般健康和醫學常識的人，認為您的醫療症狀需要立即進行醫療處理，以防發生生命危險、截肢或肢體殘障的情況。醫療症狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的醫療狀況。

第 12 章。 重要詞彙定義

緊急護理 - 承保以下服務：1) 由合格提供緊急服務的提供者所提供；且 2) 需要治療、評估或穩定緊急醫療狀況。

承保證明書 (Evidence of Coverage, EOC) 和揭露資訊 -

本文件連同您的投保單和任何其他附件、附加條款或選擇的其他選用承保內容，說明了您的承保範圍、我們必須進行的事項、您的權利，以及您作為我們計劃的成員必須進行的事項。

例外 -

一種承保決定，如果獲得批准，將允許您取得不在您的計劃贊助商處方集上的藥物（處方集例外），或者以較低的費用分攤層級獲得非首選藥物（分級例外）。如果您的計劃贊助商要求您在收到您申請的藥物之前嘗試另一種藥物，或者計劃限制了您申請藥物的數量或劑量，您也可以申請例外（處方集例外）。

額外協助 - 一種 Medicare 計劃，能協助收入和資源有限的人支付 Medicare 處方藥計劃的費用，例如保費、免賠額和共同保險。

學名藥 - 一種經食品和藥物管理局(FDA)

批准的處方藥，其活性成分與品牌藥相同。一般來說，「學名藥」的功效和品牌藥一樣，而且通常更便宜。

申訴 -

您對我們或藥房提出的一種投訴，包括對您的護理品質的投訴。這類投訴不涉及承保或付款爭議。

居家健康護理 -

居家健康護理提供的服務不需要有執業護士或治療師的專業技能，比如協助個人護理（如洗澡、上廁所、更衣或進行處方的運動）。居家健康護理不具有護理執照或提供治療。

臨終關懷 - 活不到 6

個月的會員有權選擇臨終關懷。我們，您的計劃，必須提供您您所在地理位置的安寧清單。如果您選擇安寧，並繼續支付保費，您仍是我們的計劃的會員。您仍可以獲取醫療必要之服務以及我們所提供的補充福利。安寧會為您的狀況提供特殊治療。

住院治療 -

當您正式入院接受專業醫療服務時的住院治療。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為「門診病人」。

第 12 章。 重要詞彙定義

收入相關月度調整金額 (IRMAA) – 如果您 2 年前在 IRS 納稅申報單上報告的調整後總收入高於一定數額，您將支付標準保費和收入相關月度調整金額，也稱為「IRMAA」。IRMAA 是新增到您的保費中的額外費用。只有不到 5% 的 Medicare 投保人受到影響，所以大多數人不會支付更高的保費。

初始承保限額 – 初始承保階段下的最高承保限額。

初始承保階段 –

這是您的年度總藥費（包括您已支付的金額以及您的計劃代表您支付的費用）達到 \$4,430 之前的階段。

初始加入期 – 當您首次有資格加入 Medicare 時，您可以註冊 Medicare Part A 和 Part B 的時期。例如，如果您在滿 65 歲時有資格加入 Medicare，則您的初始加入期為 7 個月，從滿 65 歲之前的 3 個月開始，包括您滿 65 歲的月份，以及滿 65 歲之後的 3 個月。

機構同等特殊需求計劃 (SNP) –

一項機構特殊需求計劃，招收居住在社區但需要根據州評估的機構級護理的合格個人。評估必須使用相同的相應州級護理評估工具進行，並由提供計劃的組織以外的實體管理。如有必要，此類特殊需求計劃可能會限制居住在簽約輔助生活設施 (ALF) 中的個人投保，以確保統一提供專業護理。

機構特殊需求計劃 (SNP) – 一項特殊需求計劃，招收在長期護理 (LTC)

機構中連續居住或預計將連續居住 90 天或更長時間的合格個人。這些 LTC 機構可能包括專業護理機構 (SNF)、護理機構 (NF)、(SNF/NF)、智障人士中級護理機構 (ICF/IID) 和/或住院精神病院。為 LTC 設施的 Medicare 居民提供服務的機構特殊需求計劃必須與特定的 LTC 設施簽訂（或擁有和營運）合約安排。

承保藥物清單（處方集或「藥品清單」） –

計劃承保的處方藥清單。該清單上的藥物在醫生和藥劑師的幫助下由計劃進行選擇。該清單包括品牌藥和學名藥。

獨立執業協會 (IPA) - 為與第三方支付者簽約而建立的醫生組織。

當地醫療服務組織 (LPO) -

初級保健和專科保健醫生，他們可以按地理位置和診所轉診模式組隊。

低收入補貼 (LIS) - 見「額外幫助」。

第 12 章。 重要詞彙定義

自付額上限 – 您在日曆年中為網路內承保 Part A 和 Part B 服務支付的最高金額。您為 Medicare Part A 和 Part B

保費以及處方藥支付的金額不計入自付額上限。關於您的自付額上限的資訊，請參閱第 4 章第 1.2 節。

Medicaid (或醫療援助) -

聯邦和州的聯合計劃，幫助一些低收入和資源有限的人支付醫療費用。Medicaid

計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid

的資格，則大部分健康護理費用都可以獲得承保。關於如何聯絡您所在州的 Medicaid 的資訊，請參見第 2 章第 6 節。

醫療集團 - 一個由醫生組成的集合體，他們以合約形式相互合作。

醫學認可的適應症 –

使用經食品和藥物管理局批准或某些參考書支援的藥物。有關醫學認可的適應症方面的更多資訊，請參見第 5 章第 3 節。

醫學上必要 –

服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，並且符合公認的醫療實踐標準。

Medicare – 聯邦健康保險計劃，適用於 65 歲或以上的人，一些 65

歲以下有某些殘疾的人，以及患有末期腎病的人（一般是那些需要透析或腎移植的永久性腎衰竭者）。有 Medicare 的人可以透過 Original Medicare 或 Medicare Advantage Plan 獲得 Medicare 健康承保。

Medicare Advantage 開放投保期 – 每年固定的時間，Medicare Advantage

計劃的會員可以取消他們的計劃投保，轉到另一個 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 獲得承保。如果您選擇在此期間轉換到 Original

Medicare，您也可以在此時加保單獨的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放投保期是從 1 月 1 日到 3 月 31 日，也可在個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月內使用。

第 12 章。 重要詞彙定義

Medicare Advantage (MA) Plan – 有時也稱為 Medicare Part C，是由與 Medicare 簽約的私營公司提供的計劃，為您提供 Medicare Part A 及 Part B 的所有福利。Medicare Advantage 計劃可以是 HMO、PPO、私人按服務收費 (Private Fee-for-Service, PFFS) 計劃或 Medicare 醫療儲蓄帳戶 (Medicare Medical Savings Account, MSA) 計劃。當您加入 Medicare Advantage Plan 時，Medicare 服務是透過該計劃承保，而不是由 Original Medicare 支付。在大多數情況下，Medicare Advantage Plan 也提供 Medicare Part D（處方藥保險）。這些計劃被稱為**具有處方藥承保的 Medicare Advantage 計劃**。凡是擁有 Medicare Part A 和 Part B 的人都有資格加入他們所在地區提供的任何 Medicare Advantage 保健計劃。

Medicare 承保缺口折扣計劃 – 一項為已達到承保缺口階段且尚未獲得「額外幫助」的 Part D 會員提供大多數承保 Part D 品牌藥折扣的計劃。折扣基於聯邦政府與某些藥品製造商之間的協議。出於這個原因，大多數（但不是全部）品牌藥都有折扣。

Medicare 承保服務 - Medicare Part A 和 Part B 所承保的服務。所有 Medicare 保健計劃，包括我們的計劃，皆必須承保 Medicare Part A 和 Part B 所承保的所有服務。

Medicare 保健計劃 – Medicare 保健計劃是由一家與 Medicare 簽訂合約的私營公司提供，向參加該計劃的 Medicare 患者提供 Part A 和 Part B 福利。這一術語包括所有的 Medicare Advantage 計劃、Medicare 成本計劃 (Medicare Cost Plans)、示範/試前鋒計劃 (Demonstration/Pilot Programs) 和全包式老年人健康護理計劃 (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)。

Medicare 處方藥承保 (Medicare Part D) - 協助支付門診處方藥、疫苗、生物製品和 Medicare Part A 或 Part B 未承保的一些用品的保險。

「Medigap」 (Medicare 補充保險) 保單 – 私人保險公司出售的用以填補 Original Medicare「缺口」的 Medicare 補充保險。Medigap 保單僅可與 Original Medicare 相搭配使用。（Medicare Advantage 計劃非 Medigap 保單。）

會員 (我們的計劃會員，或「計劃會員」) - 具有 Medicare 且符合取得承保服務、已加入我們的計劃，且其投保已得到醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 確認的人。

會員服務部 -

我們的計劃中的一個部門，負責回答您關於會員、福利、申訴和上訴的問題。請參閱第 2 章以獲得如何聯絡會員服務部之資訊。

第 12 章。 重要詞彙定義

網路藥房 –

網路藥房是我們的計劃會員可以在其中獲得他們的處方藥福利的藥房。我們稱它們為「網路藥房」是因為它們與我們的計劃簽約。在大多數情況下，只有在我們其中一家網路藥房配藥時才會為您承保處方。

網路提供者 –

「提供者」是我們對醫生、其他醫療護理專業人員、醫院和其他醫療護理機構的總稱，這些機構由 Medicare

和國家批准或認證提供醫療護理服務。當他們與我們的計劃達成協議，接受我們的全額付款，並在某些情況下協調並向我們的計劃成員提供承保服務，我們便稱之為「**網路提供者**」。我們的計劃會根據與網路提供者的協定，或提供者是否同意向您提供計劃承保的服務，向網路提供者支付費用。網路提供者也可能被稱為「計劃提供者」。

網路證照審核審查委員會 (NCRC) – 網路證照審核審查委員會 (NCRC)

是一個用於確保藥房提供者在生產複合藥物時遵循製造傳統處方所需的相同標準的流程。

可選補充福利 – 可以支付額外保費購買的非 Medicare

承保福利，不包含在您的福利包中。如果您選擇可選補充福利，您必須支付額外的保費。您必須自願選擇可選補充福利才能獲得它們。

組織判定 – 當 Medicare Advantage

計劃決定是否承保用品或服務，或您必須為承保用品或服務支付多少費用時，計劃即作出組織判定。組織決定在本手冊中稱為「承保決定」。第 9 章解釋了如何向我們申請承保決定。

Original Medicare（「Traditional Medicare」或「按服務收費」Medicare）– Original Medicare

由政府提供，而不是像 Medicare Advantage Plans 和處方藥計劃那樣的私人健康計劃。在 Original Medicare 中，Medicare 服務由支付給醫生、醫院和其他醫療護理提供者的費用（該費用由國會所確定）所承保。您可以前往接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療護理提供者處看診。您必須支付免賠額。Medicare 會支付 Medicare 所批准金額的份額，而您支付您的分攤費用。Original Medicare 具有兩個部分：Part A（醫院保險）和 Part B（醫療保險），在美國的任何地方都可獲取。

網路外藥房 –

未與我們的計劃簽訂合約以協調或向我們的計劃會員提供承保藥物的藥房。如本 Evidence of Coverage（承保證明書）中所述，除非適用某些條件，否則您從網路外藥房獲得的大多數藥物均不在我們計劃的承保範圍內。

第 12 章。 重要詞彙定義

網路外提供者或網路外機構 -

我們未安排與之協調或向我們計劃會員提供承保服務的提供者或機構。網路外提供者是非由我們的計劃所僱用、擁有或經營的提供者，也不是根據合約向您提供承保服務的提供者。使用網路外提供者或機構在本手冊的第 3 章中進行了解釋。

自付額 -

請參見上文「費用分攤」的定義。會員支付部分收到的服務或藥物費用的費用分攤要求也稱為會員的「自付」費用要求。

Part C – 請參見「Medicare Advantage (MA) Plan」。

Part D - 自願 Medicare 處方藥福利計劃 (Medicare Prescription Drug Benefit Program)。(為便於參考，我們將處方藥福利計劃列為 Part D。)

Part D 藥物 – 可根據 Part D 承保的藥物。我們可能提供也可能不提供所有 Part D 藥物。(有關承保藥物的特定全、清單，請參閱您的處方集。) 某些類別的藥物已被國會明確排除在承保 Part D 藥物範圍之外。

Part D 逾期投保罰款 – 如果您在首次有資格加入一項 Part D 計劃後連續 63 天或更長時間沒有可計入承保 (預計平均支付至少與標準 Medicare 處方藥保險一樣多的承保)，一筆增加到您的 Medicare 藥物承保每月保費中的金額。只要您有 Medicare 藥物計劃，您就需要支付此更高的金額。有一些例外。例如，如果您從 Medicare 獲得支付處方藥計劃費用的「額外幫助」，您將不會支付逾期投保罰款。

首選費用分攤 – 首選費用分攤表示在某些網路藥房適用於某些承保 Part D 藥物的較低費用分攤。

首選提供者組織 (PPO) 計劃 – 首選提供者組織計劃是一個 Medicare Advantage Plan，擁有一個由同意以一定費用為計劃會員提供治療的簽約提供者網路。PPO 計劃必須承保所有計劃福利，無論這些福利是來自網路內還是網路外提供者。當計劃福利來自網路外供應者時，會員費用分攤通常會更高。PPO 計劃對您從網路 (首選) 醫療機構接受服務的自付額有一個年度限額，對您從網路 (首選) 和網路外 (非首選) 醫療機構接受服務的總自付額有一個較高的限額。

保費 – 為健康或處方藥 承保而定期支付給 Medicare、保險公司或醫療保健計劃。

處方藥福利管理者 – 處方藥福利管理者 (PBM) 是管理或處理處方藥 (Part D) 福利的公司。

第 12 章。 重要詞彙定義

初級保健提供者 (PCP) –

您的初級保健提供者是您因大多數健康問題而首先看的醫生或其他提供者。他/她會確保您得到您維持健康所需的護理。他/她也可能與其他醫生和醫療照護提供者談論您的護理，並將您轉診給他們。在許多 Medicare

健康計劃中，您必須在看其他醫療服務提供者之前先看您的主治醫生。有關初級保健提供者的資訊，請參閱第 3 章第 2.1 節。

事先授權–

用以獲得可能在我們的處方集中或可能不在我們處方集中的服務或某些藥物的預先批准。

某些網路內醫療服務只有在您的醫生或其他網路提供者獲得我們計劃的「事先授權」時才會被承保。需要事先授權的承保服務標註於第 4

章的福利表中。某些藥物只有在您的醫生或其他網路提供者獲得我們的「事先授權」時才會被承保。需要事先授權的承保藥物在處方集中進行了標記。

義肢和矯正器 -

這些是您的醫生或其他醫療照護提供者安排的醫療設備。承保項目包括但不限於手臂、背部和頸部支架；義肢；義眼；以及替換身體內部部位或功能所需的設備，包括造口用品和腸內和腸外營養治療。

品質改善組織 (QIO)

是一個由執業醫生和其他醫療照護專家組成的組織，由聯邦政府支付報酬，負責檢查並改善為 Medicare 病患提供的醫療服務。關於如何聯絡您所在州際的品質改善組織 (QIO) 的資訊，請參閱第 2 章第 4 節。

數量限制 –

一種管理工具，目的在於出於品質、安全或使用原因限制所選藥物的使用。限制可以有關於我們承保的每個處方的藥量，也可以是規定時間內的用量。

復健服務 - 這些服務包括物理治療、言語和語言治療以及職能治療。

服務區 –

在健康計劃根據人們居住的地方限制會員資格的情況下，健康計劃接受會員的地理區域。針對那些限制您可以選擇哪家醫生和醫院的計劃，它通常也是您可以獲得日常（非緊急）服務的地方。如果您永久搬出計劃的服務區域，該計劃可能會終止您的資格。

專業護理設施 (SNF) 護理 –

在專業護理設施中每天連續提供的專業護理和康復服務。專業護理機構護理的例子包括只能由註冊護士或醫生進行的物理治療或靜脈注射。

第 12 章。 重要詞彙定義

特別投保期 – 會員可以改變他們的健康或藥物計劃或返回 Original Medicare

的固定時間。您可能符合特殊投保期資格的情況包括：如果您搬到服務區之外，如果您正在獲得有關處方藥費用方面的「額外幫助」，如果您搬入療養院，或者如果我們違反我們與您訂立的合約。

特殊需求計劃 – 一種特殊類型的 Medicare Advantage

Plan，為特定人群提供更有針對性的醫療保健，例如同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人、居住在養老院的人，或有某些慢性疾病的人。

標準費用分攤 – 標準費用分攤是網路藥房提供的首選費用分攤以外的費用分攤。

逐步療法 –

一種使用工具，它要求您首先嘗試另一種藥物來治療您的健康狀況，然後我們才會承保您的醫生最初可能開出的藥物。

社會安全生活補助金 (Supplemental Security Income, SSI)

由社會保險每月支付給收入和資源有限的殘疾人士、盲人或 65 歲及以上者的福利。社會安全生活補助金 (SSI) 與社會保險福利有所不同。

急需服務 –

急需服務是為治療非緊急、不可預見的醫療疾病、傷害或狀況而提供，需要立即接受醫療護理。當網路提供者暫時不可用或無法使用時，網路提供者或網路外提供者提供的急需服務。

方式	KelseyCare 進階會員服務 - 聯絡資訊	
電話	1-866-535-8343 本號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日期間，服務時段為當地時間上午 8:00 至晚間 8:00，一週七天皆有服務。4 月 1 日至 9 月 30 日期間則為當地時間週一至週五上午 8:00 至晚間 8:00。週末、下班時間、聯邦假日期間提供簡訊服務。會員服務部也為非英語使用者提供免費口譯。	
TTY	711 本號碼為免付費電話。10 月 1 日至 3 月 31 日期間，服務時段為當地時間上午 8:00 至晚間 8:00，一週七天皆有服務。4 月 1 日至 9 月 30 日期間則為當地時間週一至週五上午 8:00 至晚間 8:00。週末、下班時間、聯邦假日期間提供簡訊服務。	
傳真	713-442-5450	
郵寄	KelseyCare Advantage ATTN:Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584	- 或 - KelseyCare Advantage ATTN:Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
網站	www.kelseycareadvantage.com	

健康資訊諮詢與倡導計畫 (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP)

健康資訊諮詢暨倡導計畫係州政府計畫，使用來自聯邦政府的財源向有 Medicare 之人提供免費的當地健康保險諮詢。

方式	健康資訊諮詢與倡導計畫（即德州的「SHIP」） - 聯絡資訊	
電話	1-800-252-9240	
TTY	1-800-735-2989 本號碼需要使用特殊的電話設備，並僅供聾啞人士使用。	
郵寄	701 West 51 st Street MC:W352 Austin, TX 78751	
網站	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap	

®CVS Caremark 標誌為 CVS Caremark 及/或其關係企業之商標及/或註冊商標。

個人責任協議 (Personal Responsibility Agreement, PRA) 揭露聲明：根據 1995 年《文書作業精簡法》(Paperwork Reduction Act)，除非收集資訊的要求具備有效的行政管理和預算局 (Office of Management and Budget, OMB) 編號，否則無需回應之。本資訊收集要求之有效 OMB 編號為 0938-1051。您如有改善本表單之意見或建議，請來信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.