

## 預註冊清單

在做出註冊決定之前，您必須充分瞭解我們的福利和規則。如果您有任何疑問，您可以撥打 713-442-CARE (2273) 或免費電話 1-866-535-8343 (TTY 用戶可撥打：711) 與客戶服務代表交談。

## 瞭解福利

	查看 <i>Evidence of Coverage</i> (EOC, 承保證明) 中的完整福利清單，尤其是那些您經常去看醫生的服務。造訪 <a href="http://www.kelseycareadvantage.com">www.kelseycareadvantage.com</a> 或撥打 1-866-535-8343 (TTY 用戶可撥打 711) 查看 EOC 的副本。
	查看 <i>Provider Directory</i> (提供者名錄) (或詢問您的醫生) 以確保為您提供看診的醫生在網路中。如果他們不在清單中，則表示您可能必須選擇一名新醫生。
	查看 <i>Pharmacy Directory</i> (藥房名錄) 以確保您購買任何處方藥的藥房在網路中。如果藥房不在清單中，您可能必須選擇一家新藥房。

## 瞭解重要規則

	除了您的每月計劃保費 (如果適用)，您必須繼續支付您的 <b>Medicare Part B</b> 保費。該保費通常每月從您的社會保障支票中扣除。
	福利、保費和/或共付額/共同保險可能會在 2023 年 1 月 1 日發生變化。
	除突發情況或緊急情況外，我們不承保網路外提供者 (未列入提供者名錄中的醫生) 提供的服務，除非您參加 <b>KelseyCare Advantage Gold Freedom</b> 計劃。
	<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom</b> 計劃允許您會見我們網路之外的提供者 (非簽約提供者)。但是，雖然我們將為非簽約提供者提供的承保服務付費，但提供者必須同意為您進行治療。除非在突發情況或緊急情況下，非簽約提供者可會拒絕提供護理。此外，您將為非簽約提供者提供的服務支付更高的分攤費用。

## 一般計劃資訊

<b>比較您的 Medicare 選擇的提示</b>	<p>這份福利摘要手冊概述了 <b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b> 承保範圍以及您支付的費用。它並未列出我們承保的每項服務，也未列出每項限制或排除情況。要獲得我們承保服務的完整清單，給我們來電並索取「<b>Evidence of Coverage</b>」（承保證明）。</p> <p>比較您的 Medicare 選擇的提示：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 如果您想將我們的計劃與其他 Medicare 健康計劃進行比較，請向其他計劃索取其福利摘要手冊。或者，造訪 <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a> 使用 Medicare 計劃搜尋器。</li><li>• 如果您想瞭解有關 Original Medicare 承保範圍和費用的更多資訊，請查看您當前的「<b>Medicare &amp; You</b>」（聯邦醫療保險與您）手冊。您可造訪 <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a> 線上查看該手冊或者撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，隨時（每週 7 天每天 24 小時）提供服務。TTY 用戶可致電 1-877-486-2048。</li></ul>
<b>本手冊中的章節</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>KelseyCare Advantage Gold Freedom</b> 須知事項</li><li>• 每月保費、免賠額、您為承保服務支付的費用限額</li><li>• 承保的醫療和醫院福利</li><li>• 處方藥福利</li></ul>
<b>服務時間</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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。</li></ul>
<b>電話號碼和網站</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 如果您是此計劃的會員，請撥打免費電話 1-866-535-8343（TTY 用戶可撥打 711）。</li><li>• 如果您不是此計劃的會員，請撥打免費電話 1-800-663-7146（TTY 用戶可撥打 711）。我們的網址：<a href="http://www.kelseycareadvantage.com">www.kelseycareadvantage.com</a></li></ul>
<b>哪些人可以加入？</b>	<p>要加入 <b>KelseyCare Advantage</b>，您必須有權享受 Medicare Part A，投保了 Medicare Part B，並居住在我們的服務區。</p> <p>我們的服務區包括德州的以下各縣：Brazoria、Fort Bend、Harris、Montgomery 和 Galveston（不包括島嶼）。</p>

<p>我可以<b>使用</b>哪些醫生和醫院？</p>	<p>KelseyCare Advantage Gold Freedom 擁有由醫生、醫院和其他提供者組成的網路。對於某些服務，您可以使用不在我們網路中的提供者。</p>
<p>除緊急情況外，網路外/非簽約提供者沒有義務治療 KelseyCare Advantage 會員。請撥打我們的客戶服務電話或查看您的 <i>Evidence of Coverage</i> (承保證明) 瞭解更多資訊，包括適用於網路外服務的費用分攤。</p>	
<p>我可以<b>使用</b>哪家藥房？</p>	<p>一般情況下，您必須使用網路藥房來為您的 Part D 承保藥物配處方藥。</p> <p>我們的一些網路藥房有優惠的費用分攤。如果您使用這些藥房，您可以支付更少費用。</p> <p>您可以在我們的網站上查看我們計劃的提供者名錄和藥房名錄 (<a href="http://www.kelseycareadvantage.com">www.kelseycareadvantage.com</a>)。或者，撥打上述電話聯絡我們，我們將給您發送一份提供者和藥房名錄的副本。</p>
<p>我們承保<b>哪些</b>方面？</p>	<p>與所有 Medicare 健康計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有內容，甚至更多。</p> <p>我們計劃的會員可享受 Original Medicare 承保的所有福利。對於其中一些福利，您在我們的計劃中支付的費用可能高於您在 Original Medicare 中支付的費用。而對於其他福利，您可能支付的費用更少。</p> <p>我們計劃的會員可享受的福利比 Original Medicare 承保的福利更多。本手冊概述了其中一些額外福利。</p> <p>我們承保 Part D 藥物。我們承保 Part B 藥物，例如化療和一些由您的提供者管理的藥物。</p> <p>您可以在我們的網站 (<a href="http://www.kelseycareadvantage.com">www.kelseycareadvantage.com</a>) 上查看完整的計劃處方集 (Part D 處方藥清單) 和任何限制。或者，打電話給我們，我們將給你發送一份處方集副本。處方集和/或藥房網路可能隨時發生變化。必要時，您將會收到通知。</p>
<p>我將如何<b>確定</b>我的藥物費用？</p>	<p>我們的計劃將每種藥物劃分為 5 個「層級」之一。您將需要使用您的處方集來找到您的藥物處於哪個層級，從而確定您需要支付多少費用。您支付的金額取決於藥物的層級以及您達到的福利階段。在本文件的後面部分，我們將討論在您達到免賠額後出現的福利階段：初始承保階段、承保缺口階段、重大傷病承保階段。</p>

# 福利摘要

2022 年 1 月 1 日 – 2022 年 12 月 31 日

## 每月保費、免賠額、您為承保服務支付的費用限額

	<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b>
每月保費是多少？	每月 \$0。 此外，您必須繼續支付您的 Medicare Part B 保費。
免賠額是多少？	本計劃沒有醫療免賠額。
我為承保服務支付的費用是否有限制？	是。與所有 Medicare 健康計劃一樣，我們的計劃對您的醫療和住院護理自付費用設定年度限額來保護您。如果您達到自付費用的限額，您將繼續獲得承保的醫院和醫療服務，我們將支付今年剩餘時間的全部費用。 請注意，您仍需支付每月 Part B 保費和 Part D 處方藥分攤費用。
(最高自付費用)	您在此計劃中的年度限額： <ul style="list-style-type: none"><li>• \$3,450 用於您從網路內提供者處獲得的服務。</li><li>• \$10,000 用於您從網路外提供者處獲得的服務。</li></ul>
本計劃支付的費用是否有限額？	我們的計劃每年對某些網路內福利有承保限額。聯絡我們瞭解適用的服務。
住院病人醫院承保 <sup>1,2</sup>	我們的計劃為住院病人一次住院承保 90 天。 我們的計劃還包括 60 個「終身保留天數」。這些都是我們承保的「額外」天數。如果您的住院時間超過 90 天，您可以使用這些額外的天數。一旦您用完這些額外的 60 天，您的住院病人住院承保將被限制為每個福利期 90 天。 <u>網路內：</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• 每次住院 \$375 共付額（如被確診患有 COVID-19 則免除之）</li><li>• 每天 \$0 共付額，適用於終身保留天數（如可用）</li></ul> <u>網路外：</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• 每晚住院須支付 40% 共同保險（如被確診患有 COVID-19 則免除之）</li></ul>
門診醫院承保 <sup>1,2</sup>	<u>網路內：</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$300 共付額</li></ul> <u>網路外：</u> <ul style="list-style-type: none"><li>• 20% 共同保險</li></ul>

帶有 <sup>1</sup> 的服務可能需要事先授權。

帶有 <sup>2</sup> 的服務可能需要您醫生的轉介。

<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b>				
<b>日間手術中心 (Ambulatory Surgery Center, ASC)<sup>1,2</sup></b>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$225 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% 共同保險</li> </ul>			
<b>醫生看診（初級保健提供者和專科醫生）<sup>1,2</sup></b>	<p><u>網路內診室看診：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 初級保健：<b>\$0</b> 共付額</li> <li>• 專科醫生：<b>\$25</b> 共付額</li> </ul> <p><u>網路外診室看診：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 初級保健：<b>\$10</b> 共付額</li> <li>• 專科醫生*：<b>\$35</b> 共付額</li> </ul> <p>*每次 MD Anderson 提供者的看診，您支付 40% 共同保險</p>			
<b>預防保健</b>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% 共同保險</li> </ul> <p>預防性服務包括：</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 腹主動脈瘤篩檢</li> <li>• 酒精濫用諮詢</li> <li>• 骨量測定</li> <li>• 乳腺癌篩檢（乳房 X 光檢查）</li> <li>• 心血管疾病（行為療法）</li> <li>• 子宮頸癌和陰道癌篩檢</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 結腸直腸癌篩檢（結腸鏡檢查、糞便潛血試驗、軟式乙狀結腸鏡檢查）</li> <li>• 抑鬱症篩檢</li> <li>• 糖尿病篩檢</li> <li>• HIV 篩檢</li> <li>• 醫學營養治療服務</li> <li>• 肥胖篩檢和諮詢</li> <li>• 前列腺癌篩檢 (PSA)</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 性傳播感染篩檢和諮詢</li> <li>• 戒菸諮詢（為沒有菸草相關疾病跡象的人提供諮詢）</li> <li>• 疫苗，包括流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗</li> <li>• 「歡迎參加聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 預防性看診（一次性）</li> <li>• 年度「健康」看診</li> </ul> </td> </tr> </table> <p>在合約年度內，Medicare 批准的任何額外預防性服務都將得到承保。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 腹主動脈瘤篩檢</li> <li>• 酒精濫用諮詢</li> <li>• 骨量測定</li> <li>• 乳腺癌篩檢（乳房 X 光檢查）</li> <li>• 心血管疾病（行為療法）</li> <li>• 子宮頸癌和陰道癌篩檢</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 結腸直腸癌篩檢（結腸鏡檢查、糞便潛血試驗、軟式乙狀結腸鏡檢查）</li> <li>• 抑鬱症篩檢</li> <li>• 糖尿病篩檢</li> <li>• HIV 篩檢</li> <li>• 醫學營養治療服務</li> <li>• 肥胖篩檢和諮詢</li> <li>• 前列腺癌篩檢 (PSA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 性傳播感染篩檢和諮詢</li> <li>• 戒菸諮詢（為沒有菸草相關疾病跡象的人提供諮詢）</li> <li>• 疫苗，包括流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗</li> <li>• 「歡迎參加聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 預防性看診（一次性）</li> <li>• 年度「健康」看診</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 腹主動脈瘤篩檢</li> <li>• 酒精濫用諮詢</li> <li>• 骨量測定</li> <li>• 乳腺癌篩檢（乳房 X 光檢查）</li> <li>• 心血管疾病（行為療法）</li> <li>• 子宮頸癌和陰道癌篩檢</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 結腸直腸癌篩檢（結腸鏡檢查、糞便潛血試驗、軟式乙狀結腸鏡檢查）</li> <li>• 抑鬱症篩檢</li> <li>• 糖尿病篩檢</li> <li>• HIV 篩檢</li> <li>• 醫學營養治療服務</li> <li>• 肥胖篩檢和諮詢</li> <li>• 前列腺癌篩檢 (PSA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 性傳播感染篩檢和諮詢</li> <li>• 戒菸諮詢（為沒有菸草相關疾病跡象的人提供諮詢）</li> <li>• 疫苗，包括流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗</li> <li>• 「歡迎參加聯邦醫療保險」(Welcome to Medicare) 預防性看診（一次性）</li> <li>• 年度「健康」看診</li> </ul>		

帶有 <sup>1</sup> 的服務可能需要事先授權。

帶有 <sup>2</sup> 的服務可能需要您醫生的轉介。

<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b>	
<b>緊急護理</b>	<p><b>\$120 共付額</b></p> <p>如果您在 3 天內入院，您不必支付您的緊急護理分攤費用。有關其他費用，請參閱本手冊的「住院病人住院護理」部分。</p>
<b>急需服務</b>	<p><b>\$25 共付額</b></p>
<b>診斷服務、實驗室、影像<sup>1,2</sup></b>	<p><u>放射診斷服務（例如 MRI、CT 掃描）：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>網路內</u>：<b>\$0 至 \$150 共付額</b>，取決於服務</li> <li>● <u>網路外</u>：<b>20% 共同保險</b></li> </ul> <p><u>診斷測試和程序：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>網路內</u>：<b>\$0 至 \$25 共付額</b>，取決於服務</li> <li>● <u>網路外</u>：<b>20% 共同保險</b></li> </ul> <p><u>實驗室服務：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>網路內</u>：<b>\$0 共付額</b></li> <li>● <u>網路外</u>：在 LabCorp 為 <b>\$0 共付額</b> 或其他提供者則為 <b>50% 共同保險</b></li> </ul> <p><u>門診 X 光檢查：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>網路內</u>：<b>\$0 共付額</b></li> <li>● <u>網路外</u>：<b>\$20 共付額</b></li> </ul> <p><u>放射治療服務（例如癌症放射治療）：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>網路內</u>：<b>\$50 共付額</b></li> <li>● <u>網路外</u>：<b>20% 共同保險</b></li> </ul>
<b>聽力服務<sup>1,2</sup></b>	<p><u>診斷和治療聽力和平衡問題的檢查：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>網路內</u>：<b>\$25 共付額</b></li> <li>● <u>網路外</u>：<b>20% 共同保險</b></li> </ul> <p><u>常規聽力檢查：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>網路內</u>：<b>\$0 共付額</b>。最多承保每年 1 次常規聽力檢查。</li> </ul> <p><u>助聽器津貼：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 我們計劃最多每三年為每只耳朵的助聽器福利支付計劃承保額 <b>\$750</b>。您支付超出此計劃允許金額的任何費用。</li> </ul>

帶有 <sup>1</sup> 的服務可能需要事先授權。

帶有 <sup>2</sup> 的服務可能需要您醫生的轉介。

<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b>	
<p><b>Medicare 承保的牙科服務<sup>1,2</sup></b>            (有關其他可用的牙科服務，請參閱附加福利部分)</p>	<p><u>Medicare 承保的牙科服務：</u>            (這不包括與護理、治療、補牙、拔牙或更換牙齒相關的服務)：</p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● \$25 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● \$35 共付額</li> </ul>
<p><b>視力服務</b></p>	<p><u>例行眼科檢查和眼部用品：</u></p> <p><u>僅限網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● \$0 共付額，適用於每年 1 次常規視力檢查</li> </ul> <p>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 \$125。津貼只能在服務當日使用。</p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● \$25 共付額，適用於為診斷和治療眼病而進行的每一次檢查</li> <li>● \$0 共付額，適用於每年一次的青光眼篩檢</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 20% 共同保險，適用於為診斷和治療眼病而進行的每一次檢查</li> <li>● 50% 共同保險，適用於每年一次的青光眼篩查</li> </ul> <p><u>白內障手術後的眼鏡或隱形眼鏡：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>網路內：</u> \$0 共付額</li> <li>● <u>網路外：</u> 50% 共同保險，最高可達 Medicare 允許的費率。</li> </ul>
<p><b>心理健康服務 (包括住院病人)<sup>1,2</sup></b></p>	<p><u>住院病人看診：</u></p> <p>我們的計劃為精神病院的住院病人心理健康保健終身提供最多 190 天的承保。住院病人住院護理限額不適用於在綜合醫院提供的住院病人心理服務。</p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 每次住院 \$375 共付額</li> <li>● 每天 \$0 共付額，適用於終身保留天數 (如可用)</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 每晚住院須支付 40% 共同保險</li> </ul> <p><u>門診個人或集體治療看診：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>網路內：</u> \$20 共付額</li> <li>● <u>網路外：</u> \$35 共付額</li> </ul>

帶有 <sup>1</sup> 的服務可能需要事先授權。

帶有 <sup>2</sup> 的服務可能需要您醫生的轉介。

<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b>	
<b>專業護理機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) <sup>1,2</sup></b>	<p>我們的計劃每個福利期最多承保 100 天的 SNF 服務。</p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1-20 天，每天 \$0 共付額</li> <li>• 21-100 天，每天 \$125 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每次住院 50% 共同保險</li> </ul>
<b>物理治療<sup>1,2</sup></b>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$40 共付額</li> </ul>
<b>救護車 (Medicare 承保的 地面和空中運輸服 務)</b>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$225 共付額，適用於每次單程</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$250 共付額適用於每次單程救護車行程</li> <li>• 每次單程空中救護車行程須支付 50% 共同保險</li> </ul>
<b>交通</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 共付額</li> </ul> <p>本計劃承保每年最多 20 次前往計劃批准地點的單程旅行。交通僅限於計劃服務區內的醫療預約和醫療設施。</p>
<b>Medicare Part B 藥物<sup>1</sup></b>	<p><u>Part B 化療藥物和其他 Part B 藥物：</u></p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% 共同保險</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% 共同保險</li> </ul>

帶有 <sup>1</sup> 的服務可能需要事先授權。

帶有 <sup>2</sup> 的服務可能需要您醫生的轉介。

## 處方藥福利 – Part D

### 初始承保限額

您將為層級 3、4、5 藥物支付年度免賠額 \$100。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。選擇胰島素沒有免賠額。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。在您支付年度免賠額後，您需要支付以下費用，直到您的年度藥物總費用達到 \$4,430。年度藥物總費用是您和我們的 Part D 計劃支付的藥物總費用。

您可以在網路零售店和郵購藥房買到您的藥物。

### 標準零售費用分攤

層級	30 天供應量	60 天供應量	90 天供應量
層級 1 (首選學名藥)	\$3 共付額	\$6 共付額	\$9 共付額
層級 2 (學名藥)	\$15 共付額	\$30 共付額	\$45 共付額
層級 3 (首選品牌藥)	\$45 共付額	\$90 共付額	\$135 共付額
(選擇胰島素*)	\$35 共付額	\$70 共付額	\$105 共付額
層級 4 (非首選藥物)	\$90 共付額	\$180 共付額	\$270 共付額
層級 5 (特級)	31% 共同保險	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。

\*該計劃參與 2022 日曆年 Part D 高級救助模型，承保了層級 3 中的選擇胰島素。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。如果您對藥物清單有疑問，您也可以致電會員服務部。

## 首選零售和郵購費用分攤（初始承保限額）

層級	30 天供應量	60 天供應量	90 天供應量
層級 1（首選學名藥）	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
層級 2（學名藥）	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
層級 3（首選品牌藥）	\$40 共付額	\$80 共付額	\$100 共付額
（選擇胰島素*）	\$30 共付額	\$60 共付額	\$75 共付額
層級 4（非首選藥物）	\$80 共付額	\$160 共付額	\$200 共付額
層級 5（特級）	31% 共同保險	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。

\*該計劃參與 2022 日曆年 Part D 高級救助模型，承保了層級 3 中的選擇胰島素。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。如果您對藥物清單有疑問，您也可以致電會員服務部。

如果您住在長期護理機構，您支付的費用與在零售藥房支付的費用相同。您可以從網路外藥房獲得藥物，但支付的費用可能高於您在網路內藥房支付的費用。

## 承保缺口

大多數 Medicare 藥物計劃都有承保缺口（也稱為「甜甜圈洞」）。這表示您將為藥物支付的費用臨時會有變化。承保缺口在年度藥物總費用（包括我們的計劃已支付的費用和您已支付的費用）達到 \$4,430 後開始。

在您進入承保缺口後，您支付計劃對承保品牌藥協商價格的 25% 以及計劃對承保學名藥協商價格的 25%，直到您的自付費用總計 \$7,050，承保缺口期即結束。KelseyCare Advantage 為層級 1 和層級 2 藥物以及選擇胰島素提供額外的缺口承保。並非每個人都將進入承保缺口。

根據此計劃，您可以為處方集中的品牌藥和學名藥支付更少的費用。您的費用可能會根據層級而有所不同。您將需要使用您的處方集來找到您的藥物處於哪個層級。請參閱下面的圖表以瞭解您將支付多少費用。

### 標準零售費用分攤（承保缺口）

層級	承保的藥物	30 天供應量	60 天供應量	90 天供應量
層級 1（首選學名藥）	全部	\$3 共付額	\$6 共付額	\$9 共付額
層級 2（學名藥）	全部	\$15 共付額	\$30 共付額	\$45 共付額
（選擇胰島素）	不同	\$35 共付額	\$70 共付額	\$105 共付額

### 首選零售和郵購費用分攤（承保缺口）

層級	承保的藥物	30 天供應量	60 天供應量	90 天供應量
層級 1（首選學名藥）	全部	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
層級 2（學名藥）	全部	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
（選擇胰島素）	不同	\$30 共付額	\$60 共付額	\$75 共付額

## 重大傷病承保

在您每年自付費用的藥物費用（包括透過您的零售藥房和透過郵購購買的藥物）達到 \$7,050 後，您將支付以下金額中的較高者：

- 5% 的計劃協議價格，或
- \$3.95 共付額，適用於學名藥（包括被視為學名藥的品牌藥物），以及 \$9.85 共付額，適用於所有其他藥物。

## 額外處方藥福利

作為本計劃 2022 年日曆年強化藥物保險的一部分，層級 2 的被排除藥物西地那非也被包括在內。就被排除藥物支付的費用不包括在您的自付費用中。

## 其他醫療福利

<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b>	
<b>針灸<sup>1,2</sup></b>	<p>該計劃每年為慢性腰痛在 90 天內最多承保 12 次針灸看診；如果有所改善則額外承保 8 節。每年針灸治療不得超過 20 次。</p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 共付額</li> </ul>
<b>足部護理（足部服務）<sup>1,2</sup></b>	<p>如果您患有糖尿病相關的神經損傷和/或滿足某些條件，則進行足部檢查和治療：</p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 共付額</li> </ul>
<b>膳食<sup>1</sup></b>	<p>因 COVID-19 診斷住院出院後的 7 天內，每天最多 2 餐，您支付 \$0 共付額。</p>
<b>醫療設備/用品（耐用醫療設備、糖尿病用品、假肢設備和相關醫療用品）<sup>1</sup></b>	<p><u>耐用醫療設備：</u></p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% 共同保險</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% 共同保險</li> </ul> <p><u>糖尿病監測用品：</u></p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 如果您使用首選品牌（Roche 和 LifeScan），您需要為測量儀和試紙支付 0% 的共同保險。</li> <li>• 您需要為刺血針、刺血針裝置以及控制方案支付 0% 的共同保險。</li> <li>• 不承保非首選品牌的糖尿病用品（包括測量儀和試紙）。</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% 共同保險（即使使用首選品牌）</li> </ul>

帶有 <sup>1</sup> 的服務可能需要事先授權。

帶有 <sup>2</sup> 的服務可能需要您醫生的轉介。

<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b>	
<b>醫療設備/用品</b> (續)	<p><u>治療鞋或鞋墊以及假肢裝置：</u></p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% 共同保險</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% 共同保險</li> </ul> <p><u>連續血糖監測儀 – 首選品牌：Dexcom 和 Freestyle Libre：</u></p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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。</li> <li>• 不承保非首選品牌</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 不承保</li> </ul>
<b>健康計劃</b> (例如，健身)	您為 SilverSneakers® 健身計劃 – 基本健身中心會員 (包括健身課程) 支付 \$0 共付額。
<b>脊椎按摩護理</b> <sup>1,2</sup>	<p><u>調整脊柱以糾正半脫位 (當 1 塊或多塊脊柱的骨頭移位時)：</u></p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 共付額</li> </ul>
<b>糖尿病自我管理培訓</b> <sup>1,2</sup>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% 共同保險</li> </ul>
<b>居家健康護理</b> <sup>1,2</sup>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% 共同保險</li> </ul>
<b>臨終關懷</b>	您無需為經 Medicare 認證的臨終關懷機構提供的臨終護理支付任何費用。您可能需要支付部分藥物和臨時護理費用。臨終關懷不在我們的計劃承保範圍之內。請聯絡我們瞭解更多詳情。

帶有 <sup>1</sup> 的服務可能需要事先授權。

帶有 <sup>2</sup> 的服務可能需要您醫生的轉介。

<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b>	
門診藥物濫用 <sup>1,2</sup>	<p><u>個人或集體治療看診：</u></p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$35 共付額</li> </ul>
手術 <sup>1,2</sup>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$300 共付額，適用於在門診醫院</li> <li>• \$225 共付額，適用於在日間手術中心</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% 共同保險</li> </ul>
非處方商品 (OTC)	您每個月可以收到高達 \$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。
腎透析 <sup>1,2</sup>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% 共同保險</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% 共同保險</li> </ul>
遠端醫療看診	<p>遠端看診和視訊看診是 <b>Kelsey-Seybold</b> 初級保健和專科醫生的承保福利。</p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCP：與 PCP 的電話、遠端看診和視訊看診：\$0 共付額</li> <li>• 專科醫生：專科醫生以及心理健康電話、遠端看診和視訊看診：\$15 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 不承保</li> </ul>

帶有 <sup>1</sup> 的服務可能需要事先授權。

帶有 <sup>2</sup> 的服務可能需要您醫生的轉介。

<b>KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)</b>	
<b>門診康復<sup>1,2</sup></b>	<p><u>心臟康復服務</u>（最多為每天兩次，每次一小時，36 週內最多 36 個療程）：</p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% 共同保險</li> </ul> <p><u>職業治療：</u></p> <p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$10 共付額</li> </ul> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% 共同保險</li> </ul>
<b>預防性牙科服務</b>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每次看診 \$25 共付額</li> </ul> <p><u>定期口腔評估：</u>每 6 個月 1 次  <u>綜合口腔評估：</u>每 36 個月 1 次  <u>有限口腔評估：</u>每 12 個月 1 次  <u>口腔內完整系列放射圖像：</u>每 36 個月 1 次  <u>全景片：</u>每 12 個月 1 次  <u>咬翼 – 兩張片：</u>每 12 個月 1 次  <u>咬翼 – 四張片：</u>每 12 個月 1 次  <u>清潔：</u>每 6 個月 1 次</p> <p><u>網路外：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 不承保</li> </ul>
<b>綜合牙科服務</b>	<p><u>網路內：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每次服務須支付 50% 共同保險。</li> </ul> <p><u>牙周服務</u>  <u>口腔修復服務</u>  <u>修復服務</u>  <u>口腔頷面外科服務</u></p> <p>請參閱 Evidence of Coverage（承保證明）第 4 章瞭解詳情。</p> <p><u>網路外：</u></p> <p>不承保</p> <p>每年為綜合及預防性牙科服務提供最高 \$1,500 的計劃承保金額。</p>

帶有 <sup>1</sup> 的服務可能需要事先授權。

帶有 <sup>2</sup> 的服務可能需要您醫生的轉介。



本資訊並非福利的完整說明。致電 1-866-535-8343 瞭解更多資訊。TTY 用戶可致電 711。

KelseyCare Advantage 由 KS Plan Administrators, LLC 提供，這是一家簽訂了 Medicare 合約的 HMO。是否加入 KelseyCare Advantage 取決於合約的續簽。聯絡本計劃瞭解更多資訊。