

2023 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範圍

本文件向您詳細介紹 2023 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。這是一份重要法律文件。請將之妥善保存。

如對本文件有疑問，請撥打會員服務部電話 713-442-CARE (2273) 或免付費電話 1-866-535-8343 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 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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。）

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，它指的是 KelseyCare Advantage Gold。）

可免費獲得此文件的西班牙語版本。

如有需要，我們亦可提供盲文點字、大型字體或其他格式之版本。

福利、免賠額和/或共付額/共同保險可能會在 2024 年 1 月 1 日進行變更。

處方集、藥局網路和/或提供者網路可能隨時發生變化。您在必要時會收到通知。我們將至少提前 30 天向參保者告知變更內容。

本文件將介紹您的福利與權利。藉由本文件瞭解以下內容：

- 您的計劃保費與費用分攤；
- 您的醫療與處方藥福利；
- 若對服務或治療不滿意，應如何進行申訴；
- 若需要進一步協助，如何聯絡我們；以及
- Medicare 法律規定的其他保護。

H0332_002EOC23_C

2023 年承保證明書

目錄

第 1 章：	會員入門指南.....	4
第 1 節	介紹.....	5
第 2 節	如何符合計劃會員之資格？	6
第 3 節	您將收到的重要會員資料.....	7
第 4 節	您的 KelseyCare Advantage Gold 每月費用.....	9
第 5 節	關於您的每月保費的更多資訊.....	11
第 6 節	持續更新您的計劃會員記錄.....	13
第 7 節	其他保險如何與我們的計劃配合使用.....	14
第 2 章：	重要電話號碼 和資源.....	15
第 1 節	KelseyCare Advantage Gold 聯絡人（如何與我們聯絡，包括如何 與會員服務部聯絡）	16
第 2 節	Medicare（如何直接從聯邦健康保險計劃取得協助與資訊）	21
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）	22
第 4 節	品質改善組織.....	23
第 5 節	社會保險.....	24
第 6 節	Medicare	25
第 7 節	有關可以幫助人們支付處方藥費用的計劃之資訊.....	26
第 8 節	如何聯絡鐵路退休委員會.....	29
第 9 節	您是否有來自雇主的「團體保險」或其他健康保險？	29
第 3 章：	使用計劃 您的醫療服務.....	30
第 1 節	作為我們的計劃會員取得醫療護理的須知事項.....	31
第 2 節	使用計劃網路中的提供者，取得您的醫療護理.....	32
第 3 節	當您有緊急或急需護理需求或在災難期間，應如何獲得服務.....	36
第 4 節	如果您直接被收取服務的全額費用，該怎麼做？	38
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？	38
第 6 節	在「宗教性非醫療健康照護機構」獲取護理的規則.....	40
第 7 節	耐用醫療設備的所有權規則.....	41

第 4 章：	醫療福利表（承保內容和 您支付的費用）	43
第 1 節	了解您的承保服務自付費用	44
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	45
第 3 節	計劃不承保哪些服務？	87
第 5 章：	使用計劃承保您的 Part D 處方藥	90
第 1 節	介紹	91
第 2 節	在網路藥局或透過計劃的郵購服務配處方藥	91
第 3 節	您的藥物需要在計劃的「藥品清單」上	95
第 4 節	一些藥物的承保有限制	97
第 5 節	如果您的某種藥物沒有按照您希望的方式獲得承保怎麼辦？	98
第 6 節	如果您的某一種藥物的承保發生了變化怎麼辦？	101
第 7 節	計劃不承保哪類藥物？	103
第 8 節	取得處方藥	104
第 9 節	特殊情況下的 Part D 藥物承保	105
第 10 節	藥物安全和藥物治療管理相關計劃	106
第 6 章：	您為您的 Part D 處方藥支付的費用	109
第 1 節	介紹	110
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」	112
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	113
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	114
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	115
第 6 節	承保缺口階段的費用	119
第 7 節	在重大傷病承保階段，計劃將會支付您的大部分藥物費用	120
第 8 節	Part D 疫苗您支付的費用取決於您如何以及在哪接種	120
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	123
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	124
第 2 節	如何要求我們補償或支付您收到的帳單	126
第 3 節	我們會考量您的付款請求並就是否付款進行回應	127

第 8 章：	您的權利和責任	128
第 1 節	我們的計劃必須尊重您做為計劃會員的權利與文化敏感性.....	129
第 2 節	作為計劃的會員，您所具有的責任.....	142
第 9 章：	如果您有問題該怎麼辦（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦.....	143
第 1 節	介紹.....	144
第 2 節	哪裡可以獲取更多資訊和個人化協助.....	144
第 3 節	若要處理您的問題，您應使用哪個流程？	145
第 4 節	承保決定和上訴的基礎指南.....	146
第 5 節	您的醫療護理：如何對申請承保決定，或對承保決定提出上訴.....	148
第 6 節	您的 Part D 處方藥：如何申請承保決定，或提出上訴	155
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。	164
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.....	170
第 9 節	將您的上訴提升至第 3 級及更高級別.....	175
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。	178
第 10 章：	終止您的計劃會員資格.....	181
第 1 節	介紹如何終止您在我們的計劃中的會員資格.....	182
第 2 節	您何時可以終止您在我們的計劃中的會員資格？	182
第 3 節	您如何終止您在我們的計劃中的會員資格？	184
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.....	185
第 5 節	在某些情況下，KelseyCare Advantage Gold 必須結束您的計劃會員資格.....	185
第 11 章：	法律通知.....	187
第 1 節	適用法律通知.....	188
第 2 節	關於非歧視的通知.....	188
第 3 節	關於 Medicare 次要付款人代位追償權的通知	188
第 12 章：	重要詞彙定義.....	189

第 1 章：

會員入門指南

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。我們必須承保所有 Part A 和 Part B 服務。但是，本計劃中的費用分攤與提供者獲取情況與 Original Medicare 不同。

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。請前往國稅局 (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 《Evidence of Coverage》（承保證明書）文件的內容為何？

本《Evidence of Coverage》（承保證明書）文件告訴您如何獲得您醫療護理和處方藥。本文件說明了您的權利和責任、承保範圍、作為計劃會員應支付的費用以及對決定或治療不滿意時如何提起投訴。

「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《Evidence of Coverage》（承保證明書）文件。

如果您有所疑惑或疑慮，或有任何問題，請聯絡會員服務部。

第 1.3 節 有關承保證明書的法律資訊

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、承保藥品清單（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 2023 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日之間加入 KelseyCare Advantage Gold 的月份數。

第 1 章 會員入門指南

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 2023 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 2023 年 12 月 31 日之後停止在您的服務區提供該計劃。

Medicare（聯邦醫療保險和聯邦醫療輔助計劃服務中心 (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，您就可以每年繼續獲得 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：

- 您同時擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B
- -- 並且 -- 您居住在我們的地理服務區（下文第 2.2 節描述了我們的服務區）。受監禁人員即使身處地理服務區內，亦不被視為居住在地理服務區。
- -- 並且 -- 您是美國公民或具有美國合法居住權

第 2.2 節 以下是 KelseyCare Advantage Gold 的計劃服務區

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，您將無法繼續成為本計劃的會員。請致電會員服務部，諮詢我們是否有在您的新區域提供計劃。當您搬離時，您將有一個特殊投保期 (Special Enrollment Period)，在此期間您可以轉換到 Original Medicare 或投保新地點提供的 Medicare 保健或藥物計劃。

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 節找到社會保險部的電話號碼和聯絡方式。

第 2.3 節 美國公民或合法居留者

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。如果您符合條件，KelseyCare Advantage Gold 必須將您除名。

第 3 節 您將收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

若您是我們計劃的會員，無論何時您獲得本計劃承保的服務以及您在網路藥局獲取處方藥，您都必須使用您的會員卡。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：

		Gold HMO	
Name MEMBER NAME ID Number - 123450000 Issuer (80840) 9210567898 Policy # H0332 PCP: PCP \$XX, Specialist \$XX ER \$XXX, Urgent Care \$XX MOOP \$XXXX, Deductible \$X		RxBin: XXXXXX RxPCN: XXXXXXXX RxGroup: XXXXXX 	
		Member Services TTY Prescription Drug (CVS Caremark) VSP Member Services UBH Mental Health UM/Medical Authorization FCL Dental (Claims verification)	866-535-8343 711 888-970-0914 800-877-7195 800-817-4808 888-684-5283 877-493-6282
		Send Medical Claims to: PO Box 841649 Pearland, TX 77584 Send Mental Health & Substance Abuse Claims to: UBH – PO Box 30757 Salt Lake City, UT 84130-0757	
		WWW.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 Medicare 批准的臨床研究（亦稱臨床試驗），可能會要求您出示該卡。

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。

第 3.2 節 提供者名錄

《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。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。

您必須經由網路提供者來獲得醫療護理和服務。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。有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。如果您在未經適當授權的情況下前往其它單位，您將必須全額付款。例外狀況包括緊急情況、網路不可用時急需服務（即網路內的服務不合理或不可取得時）、區外透析服務，以及 KelseyCare Advantage Gold 授權使用網路外提供者的情況。

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。

如果您沒有《Pharmacy Directory》（藥局名錄）副本，您可以向會員服務部索取一份。

第 3.3 節 藥局名錄

《Pharmacy Directory》（藥局名錄）列明了我們的網路藥局。**網路藥局**是所有同意為我們的計劃會員配承保處方藥的藥局。您可以使用《Pharmacy Directory》（藥局名錄）來查找您想要使用的網路藥局。查閱第 5 章第 2.5 節瞭解您何時可以使用不在計劃網路內的藥局。

Pharmacy Directory（藥局名錄）還會告訴您我們網路中的哪些藥局有較佳的費用分攤，這可能低於其他網路藥局為某些藥物提供的標準費用分攤。

如果您沒有《Pharmacy Directory》（藥局名錄），您可以致電會員服務部獲取一份副本。您也可以在我们的網站 www.kelseycareadvantage.com 上找到這些資訊。

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局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局配發的複雜複合藥物。可以持續在任何網路藥局配所有其他藥物（非複雜複合藥物）。欲瞭解更多關於哪些藥局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 計劃的承保藥品清單（處方集）

計劃有一個**承保藥品清單（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副本。要獲得關於承保藥物的最完整和最新資訊，您可以前往本計劃的網站 (www.kelseycareadvantage.com) 或致電會員服務部。

第 4 節 您的 KelseyCare Advantage Gold 每月費用

您的費用可能包含以下項目：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- 每月 Medicare Part B 保費（第 4.2 節）
- 可選補充福利保費（第 4.3 節）
- Part D 逾期投保罰款（第 4.4 節）
- 收入相關月度調整金額（第 4.5 節）

第 4.1 節 計劃保費

您不需要為 KelseyCare Advantage Gold 單獨支付每月計劃保費。

第 4.2 節 月度 Medicare Part B 保費

許多會員必須支付其他 Medicare 保費

您須持續支付您的 Medicare 保費，才可保有本計劃會員資格。這包括您的 Part B 保費。可能包含 Part A 保費，可能會影響不符合免交 Part A 保費資格的會員。

第 4.3 節 可選補充福利保費

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。請參閱第 4 章第 2.2 節瞭解詳細資訊。牙科可選補充福利的每月保費金額為 \$32.80。

第 4.4 節 Part D 逾期投保罰款

有些會員可能需要支付 Part D **逾期投保罰款**。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的承保，則必須繳納 Part D 逾期投保罰款，這是必須為 Part D 承保支付的額外保費。「可計入處方藥承保」是達到 Medicare 最低標準的承保，因為平均而言，該承保預期將支付至少與 Medicare 的標準處方藥承保相當的費用。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。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。

如有以下情形，您**將不必**支付這款罰款：

- 您從 Medicare 獲得支付處方藥費用的「額外幫助」：
- 您沒有可計入承保的天數少於連續 63 天。
- 您透過前雇主或工會、TRICARE 或退伍軍人事務部 (Department of Veterans Affairs) 等其他來源取得了可計入藥物承保。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。
 - **註：**所有通知中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。
 - **註：**以下項目**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。

由 Medicare 決定罰款金額。以下是計算方式：

- 首次有資格參保 Part D 後沒有 Part D 或其他可計入處方藥承保達 63 天或更長時間，則計劃將計算您沒有承保的整月數。對於沒有可計入承保的月份，罰款是每月 1%。例如您 14 個月沒有承保，則罰款將會是 14%。
- 然後，Medicare 會確定上一年的全國 Medicare 藥物計劃平均每月保費金額。2023 年的平均保費金額為 \$32.74
- 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 \$32.74，等於 \$4.5836。這四捨五入為 \$4.60。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，**罰款每年都可能發生變化**，因為平均每月保費每年都在變化。
- 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**仍需持續每月支付罰款**。
- 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 逾期投保罰款將會清零。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。

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。但是，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。

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 4.5 節 收入相關月度調整金額

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」。額外收費將使用您 2 年前在 IRS 納稅申報單上所報告的調整後總收入計算。如果此數額高於一定數額，您將需支付標準保費和額外 IRMAA。根據您的收入，您可能需要支付額外金額，更多資訊請前往 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您必須支付額外金額，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。無論您通常如何支付您的計劃保費，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，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。如果不支付額外費用，您將被計劃除名，並失去處方藥承保。

如果您不同意支付額外金額，您可以要求社會保障部重新審核決定。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 5 節 關於您的每月保費的更多資訊

第 5.1 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

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更改支付罰款方式的資訊。

選項 1：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，支票抬頭請寫計劃名稱，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。您支付的款項應在結算月末之前送達。

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副本。

選項 3: 選擇從每月社會保障支票中扣除 Part D 逾期投保罰款

更改您的 Part D 逾期投保罰款的支付方式。如果您決定更改 Part D 逾期投保罰款的支付方式，您的新支付方式最長可能需要 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。若要變更您的支付方式，請聯絡會員服務部以瞭解更多關於如何更改計劃保費支付方式的資訊。

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 逾期投保罰款應在結算月末之前交到我們的辦公室。如果您需要支付 Part D 逾期投保罰款，該罰款應在結算月末之前交到我們的辦公室。如果我們未在月末之前收到您的付款，我們將向您發出通知並告知您，如果我們沒有收到您拖欠的 Part D 逾期投保罰款，一旦您的欠款金額超過 \$150，您的計劃會員資格將終止。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。

如果您在按時支付拖欠的 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費用的計劃。

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。此外，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。（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，您可以提起投訴（亦稱申訴）；請參閱第 9 章瞭解如何提出投訴。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拖欠的 Part D 逾期投保罰款，您可以提出投訴。若有投訴，我們將重新審核我們的決定。本文件第 9 章第 10 小節將介紹如何提出投訴，您也可以撥打 713-442-CARE (2273) 或免費電話 1-866-535-8343，服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天提供服務。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 5.2 節 我們是否可以在計劃年度內更改您的每月計劃保費？

不能。我們不被允許在年內變更我們收取的每月計劃保費。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，您可以停止支付拖欠的逾期投保罰款，或需要開始支付逾期投保罰款。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，並在年中符合「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)」，並連續 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 7 節找到更多關於「額外說明」計劃的資訊。

第 6 節 持續更新您的計劃會員記錄

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，包括您的初級照護提供者/醫療集團/獨立執業協會（Independent Practice Association, IPA）。。。

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
- 如果您在地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，（**註：**您不必向計劃告知您打算參與的臨床研究，但我們鼓勵您告知。）

如果以上任何資訊有所變更，請來電聯繫會員服務部以告知我們。

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。

第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合使用

其他保險

Medicare 要求我們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。這稱為**福利協調**。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。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。

如果您有其他保險（例如僱主團體健康承保），Medicare 有為此制定規則，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。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥局。

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會首先支付費用。
 - 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會首先支付費用。
- 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）
- 黑肺病
- 勞工津貼

Medicaid 和 TRICARE 絕不會首先支付 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。

第 2 章： 重要電話號碼 和資源

第 1 節 KelseyCare Advantage Gold 聯絡人 (如何與我們聯絡，包括如何與會員服務部聯絡)

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 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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 ATTN: 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關於您的醫療護理與 Part D 處方藥的承保決定或上訴

「承保決定 (coverage decision)」是我們就您的福利和承保或我們將為您的醫療服務或 Part D 處方藥支付的金額做出的決定。上訴是要求我們審查並改變我們作出的承保決定的正式方式。有關要求作出醫療護理或 Part D 處方藥相關承保決定或上訴的更多資訊，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	醫療護理的承保決定與上訴 – 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 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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 ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
網站	www.kelseycareadvantage.com

方法	Part D 處方藥的承保決定和上訴 – 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醫療護理與 Part D 處方藥相關投訴

您可以對我們或我們的網路提供者或藥局之一提出投訴，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。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	醫療護理與 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 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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 ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832

方法	醫療護理與 Part D 處方藥投訴 – 聯絡資訊
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提出關於 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 。

應向何處提出請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

如果您收到了帳單或為服務支付了費用（列如提供者帳單），且您認為應該由我們支付這筆費用，您可能需要向我們申請補償，或者要求我們支付提供者帳單。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	支付要求 – 聯絡資訊
電話	醫療索賠 - 1-866-535-8343 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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。 Part D 藥物索賠 - 1-888-970-0914 撥打此號碼免費。服務時間：24 小時全年無休。
TTY	醫療索賠 - 711 撥打此號碼免費。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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。 Part D 藥物索賠 - 711 撥打此號碼免費。服務時間：24 小時全年無休。
傳真	醫療索賠 713-442-5450

方法	支付要求 – 聯絡資訊
來函	<u>醫療索賠</u> KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832 <u>Part D 藥物索賠</u> CVS Caremark® Part D Services 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 是聯邦的健康保險計劃，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，僅適合具有聽力障礙或語言障礙者使用。 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文件。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。

方法	Medicare – 聯絡資訊
網站（續）	您也可以使用該網站向 Medicare 提出您的任何 KelseyCare Advantage Gold 相關投訴： ● 將您的投訴告知 Medicare： 您可以直接向 Medicare 提出關於 KelseyCare Advantage Gold 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。 Medicare 會認真處理您的投訴，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前往此網站。或者，您可以致電 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並與您一起審核資訊。（您可以撥打 24 小時全年無休的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫 Medicare。TTY 用戶應致電 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，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 (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) 是一個獨立（不牽涉任何保險公司或健康計劃）的州計劃，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 (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) 顧問可以幫助您瞭解您的 Medicare 權利，幫助您投訴醫療保健或治療，並幫助您解決 Medicare 帳單問題。健康資訊諮詢和宣傳計劃 (HICAP) 顧問還可以幫助解決 Medicare 疑問或問題，幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇，並回答有關轉換計劃的問題。

聯絡 SHIP 的方式與其他資源：

- 請前往 www.medicare.gov
- 點選首頁上的「Talk to Someone」（諮詢）
- 現在您有以下選項可以使用
 - 選項 #1：您可以與 **1-800-MEDICARE** 代表進行即時交談
 - 選項 #2：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，僅適合具有聽力障礙或語言障礙者使用。
來函	701 West 51st Street MC:W352 Austin, TX 78751
網站	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

第 4 節 品質改善組織

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。

KEPRO 有一個由醫生與其他健康護理專業人士組成的團隊，Medicare 會向他們支付費用，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、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (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，或前往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改變人生的重大事件而下降，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。

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 8:00 至晚上 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，僅適合具有聽力障礙或語言障礙者使用。 撥打此號碼免費。 服務時間：星期一至星期五，上午 8:00 至晚上 7:00。
網站	www.Ssa.gov

第 6 節 Medicare

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。

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）包括：

- **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。
- **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，僅適合具有聽力障礙或語言障礙者使用。
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.gov 網站 (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) 提供關於如何降低您的處方藥費用的資訊。收入有限的人士還可享受其他計劃的協助，見下文所述。

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。

如果您自動符合「額外幫助」資格，Medicare 會給您寄一封信。您無需申請。如果您沒有自動符合，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 8 點至晚上 7 點。TTY 用戶應撥打 1-800-325-0778（申請）；或
- 您的州 Medicaid 辦公室 (State Medicaid Office)（申請）。（聯絡資訊請參閱本章第 6 節）。

第 2 章 重要電話號碼和資源

如果您認為自己有資格獲得「額外幫助」，並且您認為在藥局獲取處方時支付的費用分攤額不正確，我們的計劃有一個程序供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。

- 該計劃將接受藥局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副本，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，以便您在藥局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。我們可能會向您寄送多付金額的支票，或抵消未來的共付額。如果藥局未向您收取共付額，並將您的共付額作為您所欠的債務，我們可能直接向藥局付款。如果州代表您付款，我們可能會直接向州付款。如果您有疑問，請聯絡會員服務部。

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

很多州以及美屬維京群島提供處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用的付費幫助。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。同樣在 ADAP 處方集上的 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。如果您變更計劃，請通知當地 ADAP 投保工作人員，以便繼續接受援助。

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。

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 MC 1938, P.O. Box 149030 Austin, TX 78714-9947
網站	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

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，您的一個月供應量選擇胰島素自付費用將為 \$30 - \$35 共付額。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。**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《Drug List》（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文件封底）。

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。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。

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，僅適合具有聽力障礙或語言障礙者使用。 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印於本文件封底。）您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)，詢問與您在本計劃下享有的 Medicare 承保有關的問題。

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 您的醫療服務

第 1 節 作為我們的計劃會員取得醫療護理的須知事項

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、設備、處方藥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」？

- 「**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。當您前往網路提供者看診，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、設備與處方藥。您的醫療護理的承保服務已列在第 4 章的福利表中。您的處方藥承保服務在第 5 章中討論。

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（該表在本文件第 4 章）。
- 您接受的護理被認為具有醫療上的必要性。「醫療上的必要性」是指為預防、診斷或治療您的疾病所需的服務、用品、設備或藥物，並且符合認可的醫療實踐標準。
- 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服務。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）。
 - 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，例如專科醫生、醫院、專業護理機構或居家照護機構。這稱作提供您「轉診」。關於這方面的更多資訊，請參閱本章第 2.3 節。

第 3 章 使用計劃承保您的醫療服務

- 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**（有關此服務的更多資訊，請參閱本章第 2 節）。在大多數情況下，您從網路外的提供者（不屬於本計劃的網路提供者）接受的護理將不被承保。這意味著您必須向提供者全額支付已提供的服務費用。*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，而我們網路中沒有專科醫生提供這種護理，您可以從網路外提供者那裡獲得這種護理，但費用分攤需等同於您通常在網路內支付的金額。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，或此服務的提供者暫時不可用或無法使用時，您在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。您向計劃支付的透析費用分攤絕不能超過 Original Medicare 的費用分攤。若您在計劃的服務區外且獲得計劃網路外提供者的透析服務，您的費用分攤不能超過您在網路內支付的費用分攤金額。但是，若您的常用網路內透析提供者暫時不可用，且您選擇在服務區內取得計劃的網路外提供者的服務，透析的費用分攤金額可能會更高。

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 會與專科醫生協調您的臨床照護。

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，並去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。若要變更您的 PCP，請致電會員服務部。每個計劃 PCP 可能會將您轉診至特定計劃專科醫生並使用網路內的特定醫院。這表示您選擇的計劃 PCP 可以決定您可以使用的專科醫生與醫院。如果您希望使用特定的專科醫生或醫院，請查明您的計劃 PCP 是否使用這些專科醫生或醫院。

您隨時可以去電會員服務部變更您的 PCP。會員服務部可以協助您選擇新的 PCP。您應預留充足的時間等待 PCP 選擇生效。若您請求變更 PCP，其將在次月 1 號生效。

第 2.2 節 在您未取得 PCP 轉診的情況下，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。

- 定期婦女醫療照護，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，只要您是從網路提供者那裡獲得這些服務。
- 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
- 急需服務是承保的非緊急服務，在網路提供者暫時不可用或無法使用時或參保者身處服務區外時提供。例如，您在週末時需要立即得到護理。需要立即取得服務且醫學上必要。

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。（如有可能，請在您離開服務區前去電會員服務部，以便我們可以幫助安排您在離開期間持續進行透析。

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 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。

第 3 章 使用計劃承保您的醫療服務**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）。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。
- 如果我們的網路沒有合格的專科醫生提供計劃承保的服務，我們必須按照網路內費用分攤承保服務。可能需要事先授權。
- 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。
- 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，您有權向 QIO 提出護理質量投訴，向計劃提出護理質量申訴，或兩者都進行。請參閱第 9 章。

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，您從網路外的提供者（不屬於本計劃網路的提供者）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的狀況，請參閱本章第 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。
- 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，應如何獲得服務

第 3.1 節 在您有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，該怎么做？

「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（若您是孕婦，則以防流產）、截肢或喪失肢體機能、身體機能喪失或出現嚴重損害的情況。醫療症狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病。

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。您無需使用網路醫生。在美國或其屬地的任何地方，您都可接受具有適當州執照的提供者的服務，即使提供者不屬於我們的網路，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。
- **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 小時內來電告訴我們您的緊急護理。請致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？

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。我們還承保緊急情況下的醫療服務。

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。您的醫生將繼續為您提供治療，直至您的醫生聯絡我們並制定其他護理計劃。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為您提供緊急護理服務，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。

第 3 章 使用計劃承保您的醫療服務

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」，且您遵守取得該急需護理的規則（關於這方面的更多資訊，參閱下文第 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」？**

急需服務是非緊急情況，您需要立即得到醫療護理，但根據您的情況，無法取得網路提供者的服務或這樣做不合理。計劃必須承保網路外提供的急需服務。急需服務的部分範例包括 i) 週末出現嚴重的咽喉痛或 ii) 暫時離開服務區時不可預見地突然爆發未知疾病。

若要取得有關本計劃網路中的急診護理中心的資訊，請參考位於以下網址

www.kelseycareadvantage.com 的 *Provider Directory*（提供者名錄）或聯絡會員服務部。

（會員服務部的電話號碼列印於本文件封底。）如果您在非上班時間對急診護理服務有疑問，您可以致電 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。

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您在服務提供時支付護理費用。您需要向計劃提出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，請參閱本文件第 4 章。

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。

請前往以下網站：<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。

第 3 章 使用計劃承保您的醫療服務

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中的藥局，您可能能夠從網路外藥局配處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，以了解更多資訊。

第 4 節 如果您直接被收取服務的全額費用，該怎麼做？

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計劃費用分攤，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，這些服務列於本文件第 4 章的醫療福利表上。如果您接受我們的計劃不承保的服務或網路外的服務，且未經授權，您有責任支付全部服務費用。

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，您還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。

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。某些臨床研究由 Medicare 批准。Medicare 批准的臨床研究通常會請求志願者參與研究。

一旦 Medicare 批准研究，而且您表示有興趣參與研究，進行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。如果您告訴我們您參加了合格的臨床試驗，那麼您僅負責該試驗中服務的網路內費用分攤。如果您支付了更多的金額，例如您已經支付了 Original Medicare

第 3 章 使用計劃承保您的醫療服務

費用分攤金額，我們將補償您已付的金額與網路內費用分攤之間的差額。但是，您將需要提供文件向我們表明您已支付的金額。當您在進行臨床研究時，您可以繼續投保我們的計劃，並透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）。

如果您想參與 Medicare 批准的臨床研究，您無須告知我們或獲得我們或您的 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，但我們鼓勵您在選擇參與 Medicare 認證的臨床試驗之前通知我們。

如果您參加的研究未獲得 Medicare 或我們計劃的批准，*您將負責支付您所參與研究的所有費用。*

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，Original Medicare 將承保作為研究一部分的日常項目和服務，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。

Medicare 支付其應付的服務費用份額之後，我們的計劃將支付 Original Medicare 的分攤費用與我們的計劃會員的網路內分攤費用間的差額。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。但是，您需要提交文件表明您已支付的費用分攤金額。更多關於提出付款申請的資訊，請參閱第 7 章。

以下是一個費用分攤的範例：假設您花費了 \$100 進行實驗室測試，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，根據 Original Medicare 的規定，Original Medicare 將支付 \$80 的測試費，您將支付 \$20 共付額。然後，您需要通知您的計劃您已接受合格的臨床試驗服務，並向計劃提交提供者帳單等文件。然後，計劃將直接向您支付 \$10。因此，您的淨支付金額為 \$10，這與您在我們的計劃福利中所支付的金額完全一致。請注意，為了接收您的計劃支付的款項，您必須向您的計劃提出提供者帳單等文件。

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：

第 3 章 使用計劃承保您的醫療服務

- 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。
- 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。例如如果您的健康狀況通常只需進行一次 CT 掃描，Medicare 不會支付作為研究的一部分的每月 CT 掃描的費用。

您還想深入了解什麼資訊？

您可以前往 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 用戶應致電 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。這項福利只提供 Part A 的住院服務（非醫療保健服務）。

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：
 - 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。

第 3 章 使用計劃承保您的醫療服務

- – 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擔額，您通常不會獲得租用的耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME) 的所有權，即使您在加入我們的計劃之前為 Original Medicare 下的 DME 物品連續支付了 12 筆款項。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。致電會員服務部瞭解更多資訊。

如果您轉換至 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。您參保計劃時支付的款項不計入在內。

範例 1：您在 Original Medicare 中為物品連續付款了 12 次以下，之後加入了我們的計劃。您在 Original Medicare 中支付的款項不計入在內。

範例 2：您在 Original Medicare 中為物品連續付款了 12 次以下，之後加入了我們的計劃。您之前參保了我們的計劃，但未在參保我們計劃的期間取得所有權。之後您回到了 Original Medicare。您一旦返回使用 Original Medicare，您將必須進行 13 次新的連續付款才能擁有該物品。之前的所有付款（不論付給我們的計劃還是付給 Original Medicare）均不計入在內。

第 7.2 節	氧氣設備、用品和維護規則
---------	--------------

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，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內容物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，那麼必須將氧氣設備歸還。

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

Original Medicare 要求氧氣提供者為您提供五年服務。前 36 個月，您可以租用設備。提供者在剩下的 24 個月提供設備與維護（您仍然負責支付氧氣共付額）。五年後，您可以選擇保留原公司或換用公司。此時，五年週期重新計算，即使您保留原公司，您仍需要支付前 36 個月的共付額。如果您加入或離開我們的計劃，五年週期將重新計算。

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

本章將提供醫療福利表，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）。

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，您每年必須自付的總金額是有限制的。此限制稱為醫療服務的自付額上限（MOOP）金額。在 2023 日曆年，該金額為 \$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 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。提供者不增加額外的單獨收費，稱為「餘額帳單」。這種保護適用於：即使我們支付給提供者的服務費用低於提供者的收費，或甚至是存在糾紛且我們不支付某些提供者的收費的情況。

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、遇到緊急情況或需要急需服務時。）
 - 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、遇到緊急情況或需要急需服務時。）
- 如果您認為提供者給您「餘額帳單」，請致電會員服務部。

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。Part D 處方藥承保範圍在第 5 章。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。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備與 Part B 處方藥）必須有醫療上的必要性。「醫療上的必要性」是指為預防、診斷或治療您的疾病所需的服務、用品或藥物，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的護理將不被承保，除非共為突發或緊急護理，或者除非您的計劃或網路提供者為您提供轉診。這意味著您必須向提供者全額支付已提供的服務費用。
- 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。

第 4 章 醫療福利表（承保內容和您支付的費用）

- 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會在醫療福利表中以註腳標註。
- 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，請致電會員服務部。

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，請查看您的《2023 年 Medicare & You》（2023 年聯邦醫療保險與您）手冊。您可以前往 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 用戶應致電 1-877-486-2048）。
- 我們也免費為您承保所有在 Original Medicare 中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而接受的護理支付共付額。
- 如果 Medicare 在 2023 年期間為任何新服務新增承保內容，Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。



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， 所須支付的内容
 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診，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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容

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：

- 持續長達 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、發炎性、感染疾病性等無關者）；
- 與手術無關者；以及
- 與妊娠無關者。

針對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。

網路內：

\$20 共付額適用於每次 Medicare 承保看診。

需要事先授權。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
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。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
 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 歲間的基本乳房 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（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。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
 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。
 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（或大腸鉭劑灌腸造影篩檢） 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（或大腸鉭劑灌腸造影篩檢） 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 承保鉭劑灌腸。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。如果大腸鏡檢查和其他非大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。

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： <u>預防性牙科服務</u> <u>臨床口腔評估</u> • D0120 定期口腔評估，每 6 個月 1 次 • D0140 有限口腔評估，每 12 個月 1 次 • D0150 綜合口腔評估 - 新出現或既有症狀，每 12 個月 1 次 • D0160 廣泛口腔評估，側重具體問題，每 12 個月 1 次	<u>Medicare 承保服務：</u> <u>網路內：</u> \$25 共付額適用於每次 Medicare 承保牙科服務。 <u>預防性牙科服務：</u> <u>網路內：</u> \$0 共付額。
<u>每次診斷影像的射線照片</u> • *D0210 口腔內 - 完整系列（包括咬翼），每 12 個月 1 次 • D0220 口腔內 - 根尖周首張牙片，每 12 個月 1 次 • D0230 口腔內 - 根尖周每張額外的牙片，每 12 個月 1 次 • D0240 X 光口腔內合面牙片，每 12 個月 1 次 • D0270 咬翼，單張牙片，每 12 個月 1 次 • D0272 咬翼，兩張牙片，每 12 個月 1 次。 • D0273 咬翼，三張牙片，每 12 個月 1 次 • D0274 咬翼，四張牙片，每 12 個月 1 次。 • D0277 垂直咬翼，7 到 8 張圖像，每 12 個月 1 次 • *D0330 全景片，每 12 個月 1 次	
*全景片 (D0330) 可能會取代口腔完整系列 (D0210)。	
<u>牙齒清潔</u> • D1110 預防 - 成年人，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。	

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
牙科服務（續） 註： 如果您參加了我們的可選補充牙科福利計劃，您可能會有額外的牙科福利。請參閱本章第 2.2 節瞭解詳細資訊。	
 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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後， 所須支付的内容

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。
- 在特定條件下，還包括糖尿病自我管理培訓。

網路內：

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。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
 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。 零售藥局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。
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品 （關於「耐用醫療設備」的定義，請參閱本文件第 12 章及第 3 章第 7 節。） 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。	<u>網路內：</u> 每個 Medicare 承保用品須支付 20% 共同保險。

為您承保的服務

當您取得這些服務後， 所須支付的内容

耐用醫療設備 (DME) 和相關用品（續）

我們隨本**承保證明書**（*Evidence of Coverage*）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，如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼辦。）

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

參保 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。

需要事先授權。

為您承保的服務

當您取得這些服務後， 所須支付的内容

緊急護理

緊急護理意指以下項目之服務：

- 由符合提供緊急服務資格的提供者所提供，並且
- 需評估或穩定的緊急醫療情況。

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（若您是孕婦，則以防流產）、截肢或肢體殘障或肢體機能出現損害的情況。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。

網路內和網路外：

\$120 共付額適用於每次 Medicare 承保急診室看診。

如果您在 3 天內因同一情況而入院，則免除共付額會。

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。

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，這將不適用於您的自付額上限。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容



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 管理計劃相關的特殊飲食。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經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。

網路內：

\$0 共付額

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
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。）	網路內： \$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計劃承保額最高為 \$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	網路內： 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。

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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後， 所須支付的内容

安寧照護

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，您的剩餘壽命在 6 個月以下，您才有資格享受臨終關懷福利。您可能會獲得 Medicare 認證的安寧計劃之照護。您的計劃有責任幫助您尋找計劃服務區內 Medicare 認證的安寧計劃，包括 Medicare Advantage (MA) 組織擁有控制或存在經濟利益的計劃。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

您入住安寧機構時，有權繼續留在計劃中；若您選擇繼續留在計劃中，您必須繼續支付計劃保費。

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：Original Medicare（而非本計劃）將向您的安寧提供者支付您的安寧服務以及與您的末期預後相關的任何 Part A 和 Part B 服務費用。當您加入安寧照護計劃時，您的安寧照護提供者將向 Original Medicare 收取其所支付的服務費用。您將收到 Original Medicare 費用分攤的帳單。

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及遵照計劃規則（例如是否要求取得事先授權）而異。

- 如果您從網路提供者獲取承保的服務，並且遵照計劃中關於取得服務的規則，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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容

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：如果這些藥物與您的臨終關懷狀況無關，您需要支付費用分攤。如果這些藥物與您的臨終關懷狀況有關，那麼您需要支付 **Original Medicare** 費用分攤。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。

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

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。

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。

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起算。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

網路內：

對於 Medicare 承保的住院：

每次住院 \$375 共付額

包括 60 個終身保留天數，每天 \$0 共付額。

確診為 COVID-19 的急性住院患者將免除 \$375 的急性住院分攤費用。

為您承保的服務

當您取得這些服務後， 所須支付的内容

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? If You Have Medicare – Ask!（您是醫院住院病人還是門診病人？如果您有 Medicare——只需詢問即可！）」的 Medicare 資料說明書中找到更多資訊。可前往網頁 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
精神病院住院服務 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科提供的住院病人心理健康服務。	網路內： 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 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 ● 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	網路內： 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。 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。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
膳食福利	網路內： \$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。	網路內： 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。	網路內： 針對 MDPP 福利，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容

Medicare Part B 處方藥物

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：

- 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

以下連結將帶您進入可能需進行逐步療法的 Part B 藥品清單：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。

網路內：

Medicare Part B 承保藥物須支付 20% 共同保險；包括 Medicare Part B 承保化療。

需要事先授權。

藥物可能會進行逐步療法。

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。

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 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 • 進氣活動 • 定期評估	醫生/執業醫師服務： <u>網路內：</u> Medicare 承保的初級照護醫師每次看診的共付額為 \$0。 \$25 共付額適用於每次 Medicare 承保專科醫生看診。

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）	門診心理健康照護服務： <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。 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。

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 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： Medicare 承保 X 光檢查的共付額為 \$0。 Medicare 承保實驗室檢查的共付額為 \$0。 Medicare 承保手術用品，如醫生門診提供的敷料、夾板和石膏，其共付額為 \$0。 在非醫院設施進行的 Medicare 承保診斷性睡眠研究，其共付額為 \$0。 Medicare 心臟壓力檢查須支付 \$25 共付額。 每個服務日的 Medicare 承保 CT 掃描須支付 \$150 共付額。 每個服務日的 Medicare 承保 MRI 或 MRA 須支付 \$150 共付額。 每個服務日的 Medicare 承保 PET 掃描須支付 \$150 共付額。 Medicare 承保放射治療，包括每個服務日的調度調控放射治療 (intensity modulated radiation therapy, IMRT)，須支付 \$50 共付額。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
門診診斷性檢測和治療服務與用品（續）	診斷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? If You Have Medicare – Ask!（您是醫院住院病人還是門診病人？如果您有 Medicare——只需詢問即可！）」的 Medicare 資料說明書中找到更多資訊。可前往網頁 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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。

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? If You Have Medicare – Ask!（您是醫院住院病人還是門診病人？如果您有 Medicare——只需詢問即可！）」的 Medicare 資料說明書中找到更多資訊。可前往網頁 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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， 所須支付的内容

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。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
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。	網路內： \$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）。	網路內： Medicare 承保的物理和職能治療看診每次須支付 \$10 共付額。 \$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。	網路內： \$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。

為您承保的服務

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」。

當您取得這些服務後， 所須支付的内容

網路內：

Medicare 承保的即日手術中心看診每次須支付 \$225 共付額。

\$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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後， 所須支付的内容

非處方 (OTC) 商品

您的承保範圍包括非處方的健康相關物品，例如維生素、止痛藥、咳嗽和感冒藥以及急救用品。

這些物品無須處方即可獲得，且不受 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。

您可以彈性地、在實體商店、線上、致電或透過目錄購買符合條件的非處方商品。

- **實體商店：** 您將收到一張非處方藥物福利卡，可在您當地的非處方藥物零售網路地點購買計劃批准的非處方商品。
- **線上：** 造訪 www.KCAOTC.com
- **透過電話：** 可撥打非處方藥物免費維權電話 (800) 688-2719 (TTY/TDD: 711)，服務時間為週一至週五的上午 8:00 至晚上 11:00。（東部標準時間），節假日除外
- **透過郵寄：** 填寫並交回非處方藥物產品目錄中的非處方藥物訂單

請注意以下事項：

- 此產品清單可能會有所變化。用品、數量、尺寸和價值可能會根據可用性有所變化。如需了解適用的 OTC 產品的最新清單，請前往 www.kcaotc.com。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。
- 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個月。
- 您的採購總額將適用於收到訂單或進行採購的季度。

請參閱您的 2023 非處方藥物產品目錄以獲得計劃批准的非處方藥物用品的完整清單，或撥打非處方藥物維權電話以獲得更多資訊。您也可以我們的網站 www.kelseycareadvantage.com 上找到其他資訊。

針對計劃批准的非處方項目，無須支付共同保險、共付額或免賠額。

您每季可以收到高達 \$40，可用於購買計劃批准的非處方 OTC 商品。

對於計劃批准的非處方藥物商品，您每季度最多可以透過線上、電話或郵購下四 (4) 張訂單。

您必須在參與的非處方藥物零售網路地點使用您的非處方藥物福利卡購買計劃批准的非處方商品。

季度非處方藥物福利期為 1 月至 3 月、4 月至 6 月、7 月至 9 月以及 10 月至 12 月。

如果您未使用所有季度非處方藥物福利金額，剩餘餘額將不會結轉到下一季度或日曆年。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的內容
部分住院治療服務 「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，強度比在醫院或治療師辦公室所接受的治療更高，是住院治療的一種選擇。	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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後， 所須支付的内容

醫生/執業醫師服務，包括醫生門診

承保服務包括：

- 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。
- 部分遠距醫療服務包括醫生或執業人員為特定偏遠地區或 Medicare 批准的其他地方的患者進行諮詢、診斷與治療

網路內：

Medicare 承保的初級照護醫生門診每次的共付額為 \$0。

\$25 共付額適用於每次 Medicare 承保的專科醫生診室看診。

Medicare 承保的過敏檢測和過敏血清的共付額為 \$0。

與 PCP 的電話、遠端看診和視訊看診：Medicare 承保與初級照護醫生的遠端看診每次的共付額為 \$0。

專科醫師以及心理健康電話、遠端看診和視訊看診：Medicare 承保與專科醫師的遠端看診每次須支付 \$15 共付額。

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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容

醫生/執業醫師服務，包括醫生門診（續）

- 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。
- 在以下條件下為診斷、評估與治療心理健康障礙而提供的遠距醫療服務：
 - 您在首次遠距醫療看診之前 6 個月內曾親自前往看診。
 - 在接受這些遠距醫療服務期間，您每 12 個月親自前往看診一次。
 - 在特定情況下，以上條件可以有例外。
- 偏遠健康診所與聯邦認證的健康中心為心理健康看診提供的遠距醫療服務
- 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

可能需要事先授權，但
初級保健服務除外。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容

醫生/執業醫師服務，包括醫生門診（續）

- 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）

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。

看診期間提供的任何 Medicare 承保的矯正器須支付 20% 共同保險。

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。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
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：結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： 每個 Medicare 承保用品須支付 20% 共同保險。 Medicare 承保的相關用品須支付 20% 共同保險。 需要事先授權。
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。	網路內： 每日肺部疾病復健，最多為 Medicare 看診上限，須支付 \$20 共付額。 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）。	網路內： 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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後， 所須支付的内容



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 50 - 77 歲之間，無肺癌跡象或症狀，但具有至少 20 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。

針對初次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：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。

網路內：

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。

我們還為性行為活躍以及 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。

網路內：

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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容

治療腎臟疾病的服務

承保服務包括：

- 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，或為您提供此服務的提供者暫時不可用或無法使用時）
- 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）

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。

網路內：

Medicare 承保的腎透析治療每次須支付 20% 共同保險。

Medicare 承保的腎病教育服務的共付額為 \$0。

需要事先授權。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容

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，請參閱本文件第 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起算。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

第 21-100 天的每日共付額為 \$125。

在入院前不需要住院治療。

需要事先授權。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容

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）

如果您使用煙草，但沒有煙草相關疾病的跡象或症狀：我們承保 12 個月內兩次戒煙嘗試諮詢作為預防性服務，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。

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：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。

網路內：

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。

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。

網路內：

\$30 共付額適用於每次 Medicare 承保監督運動治療課程。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的內容
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。	網路內： \$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。

為您承保的服務

當您取得這些服務後，
所須支付的内容

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，但鑒於您的情況網路提供者的服務不可取得或不合理的狀況所提供的服務。計劃必須承保的網路外急需服務範例包括 i) 您在週末需要立即得到護理，ii) 您暫時離開計劃的服務區。需要立即取得服務且醫學上必要。如果鑒於您的情況立即取得網路提供者的醫療護理不合理，那麼您的計劃將承保網路外提供者提供的急需服務。

僅於美國境內承保急需照護。

網路內和網路外：

\$25 共付額適用於每次
Medicare 承保看診。

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。）

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。

年度青光眼篩檢的共付額
為 \$0。

白內障手術後的眼鏡、鏡
片或隱形眼鏡的共付額為
\$0。承保上限為 100%
Medicare 允許的金額。

為您承保的服務	當您取得這些服務後， 所須支付的内容
 視力保健（續） • 定期視力檢查 • 日常用眼鏡	\$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。
 「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。	<u>網路內：</u> 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。本節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。這是在任何您的 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 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。

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，下方列出的具體情況除外。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。唯一的例外是，如果由於您的特殊情況，經上訴且上訴後的判決為醫療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。（有關對我們作出的不承保醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參閱本文件第 9 章第 5.3 節。）

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		適用於特定情況下患慢性腰痛的人群。
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。
監護護理 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。	✓	

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
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 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）	✓	
矯正鞋或足部的支援裝置		鞋子是腿部支架的一部分，並且包含在支架的費用中。糖尿病足疾患者的矯正或治療用鞋。
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。	✓	
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。

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
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	✓	

第 5 章： 使用計劃承保您的 *Part D* 處方藥

第 1 節 介紹

本章描述使用您的 Part D 藥物承保的規則。請參閱第 4 章瞭解 Medicare Part B 藥物福利與安寧藥物福利。

第 1.1 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）為您開出適用州法律下有效的處方。
- 您的開藥者不得在 Medicare 的除外或排除名單上。
- 您通常必須使用網路藥局配處方藥。（請參閱第 2 節，在網路藥局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品清單清單（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，請參閱第 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 使用網路藥局

在大多數情況下，只有在計劃的網路藥局配藥時才會承保您的處方。（請參閱第 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。）

網路藥局是指與計劃簽訂合約為您提供承保處方藥的藥局。術語「承保藥物」是指包含在計劃《Drug List》（藥品清單）上的所有 Part D 處方藥物。

第 2.2 節 網路藥局

您如何找到所在區的網路藥局？

若要尋找網路藥局，您可瀏覽《Pharmacy Directory》（藥局名錄），請前往我們的網站（www.kelseycareadvantage.com）和/或致電會員服務部。

第 5 章 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

您可以前往我們的任何網路藥店。我們的部分網路藥局提供首選費用分攤，可能低於提供標準費用分攤的藥局的費用分攤。《Pharmacy Directory》（藥局名錄）會告訴您哪些網路藥局提供首選費用分攤。聯絡我們，詳細瞭解您的不同藥物的自付費用有何不同。

如果您使用的藥局退出網路該怎麼辦？

如果您一直使用的藥局退出了計劃網路，您將必須尋找網路中的新藥局。或者，如果您一直使用的藥局仍在網路內但不再提供首選費用分攤，您可能需要轉換到不同的網路或首選藥局（如可用）。要找到您所在區的另一家藥局，您可以向會員服務部尋求幫助或查閱《Pharmacy Directory》（藥局名錄）。您也可以在我们的網站 www.kelseycareadvantage.com 上找到相關資訊。

如果您需要專業藥局該怎麼辦？

有時必須在專業藥局配處方藥。專業藥局包括：

- 為居家輸液治療提供藥物的藥局。
- 為長期護理 (LTC) 設施居民提供藥物的藥局。LTC 設施（如療養院）通常有其自己的藥局。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) 服務的藥局（不適用於波多黎各）。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局。
- 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局。（註：這種情況應該很少發生。）

要找到專業藥局，請查看您的《Pharmacy Directory》（藥局名錄）或致電會員服務部。

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（藥品清單）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。

第 5 章 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

- 登入 Caremark.com 要求透過郵寄重配。
- 請前往 www.kelseycareadvantage.com，並列印一份郵購表。

通常，郵購藥局訂單會在 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。如果郵購藥局預計訂單延遲，將會向您通知。如果您因郵購延遲而需要緊急訂購，您可以聯絡客戶服務部門，以討論可能包括在當地零售藥局配藥或加快運輸方式的選項。請向代表提供您的 ID 編號和處方編號。如果您希望第二天或次日送達藥物，可以向客戶服務代表提出要求，但需額外付費。

藥局直接從您醫生的辦公室收到新的處方。

如果出現以下情況，藥局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。您可以在任何時候要求自動傳送所有新處方，方法是在 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，您可能資格獲得退款。

如果您過去使用過郵購並且不希望藥局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，藥局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。每次藥局聯絡您時，您都要做出回應，以讓他們知道是否要寄出、推遲或取消新處方。

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。藥局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，但仍需要郵購藥局寄送處方藥，請於目前的處方藥用完之前 15 天聯絡您的藥局。這將確保您的訂單及時送達。

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

第 5 章 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

如果您透過郵遞自動收到您不想要的補充藥品，您可能資格獲得退款。

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。）

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。（提供首選費用分攤），費用分攤額更低。其他零售藥房可能不同意較低的費用分攤額。在這種情況下，您將負責價格差額。您的 *Pharmacy Directory*（藥局名錄）中說明了我們網路中的哪些藥局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。
2. 您也可以透過我們的郵購計劃接收維持藥物。請參閱第 2.3 節，以瞭解更多資訊。

第 2.5 節 您何時可以使用不在計劃網路中的藥局？**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局時，我們才會承保網路外藥局配藥。為幫助您，我們在我們的服務區外設有網路藥局，您可以在那裡以我們的計劃會員的身份配處方藥。**請先與會員服務部聯絡**，以確認附近是否有網路藥局。您很可能需要支付您在網路外藥局支付的藥品費用和我們承保的網路內藥局藥品費用之間的差額。

在以下情況下，我們將承保在網路外藥局配的處方藥：

- 該處方用於醫療應急或緊急護理。
- 由於在合理的駕車距離內沒有 24 小時網路藥局，因此您無法在需要時獲得承保藥物。
- 處方是針對在可使用的網路零售或郵寄服務藥局缺貨的藥物（包括高成本和獨特的藥物）。
- 如果您因聯邦災難或其他公共衛生緊急聲明而被疏散或以其他方式離開家中。
- 在您的醫生門診接種的疫苗或藥物。

即使我們確實為您在網路外藥局購買的藥物提供承保，您支付的費用仍可能高於您在網路內藥局支付的費用。

如何申請計劃報銷？

如果您必須使用網路外藥局，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「承保藥品清單（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。此清單符合 Medicare 的要求且經 Medicare 批准。

《Drug List》（藥品清單）上的藥物僅是根據 Medicare Part D 承保的藥物。

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品清單上的藥物。「醫學認可的適應症」是指使用符合以下條件之一的藥物：

- 經食品和藥物管理局批准，可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。

《Drug List》（藥品清單）包括品牌藥、學名藥與生物仿製藥。

品牌藥是以藥品製造商擁有的商標名稱出售的處方藥。比普通藥（例如基於蛋白質的藥物）更加複雜的品牌藥叫做生物製品。在藥品清單上，我們所指的「藥物」可能表示藥物或生物製品。

學名藥是活性成分與品牌藥相同的處方藥。因為生物製品比普通藥更加複雜，所以沒有常規形態，它們有稱為生物仿製藥的多種替代品。一般來說，學名藥與生物仿製藥的效果和品牌藥或生物製品一樣好，而且通常更便宜。許多品牌藥和部分生物製品都有學名藥替代品或生物仿製藥替代品。

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，請參閱本章第 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。有些情況下，您可能可以取得不在藥品清單上的藥物。請參閱第 9 章，以瞭解更多資訊。

第 3.2 節 《Drug List》（藥品清單）上的藥物有 6 個「費用分攤層級」

計劃《Drug List》（藥品清單）上的每一種藥物都屬於 6 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：包含首選學名藥，可能包含一些品牌藥。
層級 2	學名藥：包含學名藥，可能包含一些品牌藥。
層級 3	首選品牌藥：包含首選品牌藥、非首選學名藥和選擇胰島素。
層級 4	非首選藥：包含非首選品牌藥和學名藥。
層級 5（費用分攤最高層級）	特級：為最高層級，包含高成本品牌藥和學名藥。
層級 6	選擇治療藥物：為最低層級，包含預防性疫苗和用於治療糖尿病、高血壓和高膽固醇等疾病的選擇治療學名藥。

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 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. 前往計劃的網站 (www.kelseycareadvantage.com)。網站上的藥品清單始終是最新的。
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副本。

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。為了鼓勵您與您的提供者以最有效的方式使用藥物，一組醫生和藥劑師制定了這些規則。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。若安全、成本較低的藥物在醫學上與較高成本藥物一樣有效，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。

請注意，有時一種藥物可能會在我們的藥品清單上出現不止一次。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，不同版本的藥物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？

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。

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。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。（請參閱第 9 章。）

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」的能效和品牌藥一樣，而且通常更便宜。在大多數情況下，當有品牌藥的學名藥時，我們的網路藥局將為您提供學名藥而非品牌藥。但是，如果您的提供

第 5 章 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

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**」。此規定是為了確保用藥安全，以及幫助指導合理使用特定藥物。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，我們會限制您每次配處方時可以獲得的藥物量。例如如果通常認為某種藥物每天只服用一粒藥丸是安全的，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 5 節 如果您的某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
----------------	------------------------------------

有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。
- 如第 4 節中所述，藥物受承保，但對藥物的承保有額外的規則或限制。
- 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。
- 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。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《Drug List》（藥品清單）上或受到限制，以下是您可以做的事情：

- 您可能可以獲得藥物臨時供應。
- 您可以更改為另一種藥物。
- 您可以申請例外處理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

在特定情況下，計劃必須臨時供應您已在服務的藥物。臨時供應可以讓您有時間與您的提供者討論承保變化，並決定應該做什麼。

為了符合臨時供應的資格，您一直以來在服用的藥物必須不在計劃的《Drug List》（藥品清單）上或現在受到某種限制。

- 若您是新成員，我們將承保您成為計劃會員的前 90 天藥物臨時供應。
- 若您去年在計劃內，我們將承保日曆年的前 90 天藥物臨時供應。
- 這一臨時供應將最多持續 30 天。如果為您開具處方的天數較少，我們將允許多次配藥，最多可提供 30 天的藥物。必須在網路藥店配處方。（請注意，長期護理藥局可能會一次提供少量藥物以防止浪費。）
- 對於那些加入計劃超過 90 天並居住在長期護理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 天緊急供應，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「護理等級變化」。

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）。

如對臨時供應有疑問，請諮詢會員服務部。

在您使用臨時藥物供應期間，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。您有兩個選擇：

1) 您可以改用另一種藥物

與您的提供者討論是否有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品清單。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。

2) 您可以要求作出例外處理

您和您的提供者可以要求計劃作出例外處理，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處理，您的提供者可以幫助您申請規則例外處理。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明年將從處方集中刪除或在某種程度上受到限制，我們將在新的一年到來之前告知您變化的內容。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處理，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：

您可以改用另一種藥物

如果您的藥物處於您認為太高的費用分攤層級中，請從與您的提供者討論。也許有費用分攤層級更低的藥物對您同樣有效。致電會員服務部，要求提供治療相同疾病的承保藥品清單。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。

您可以要求作出例外處理

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處理，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處理。

如果您和您的提供者想要申請例外處理，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處理的條件。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《Drug List》（藥品清單）做出一些改變。例如計劃可能會：

- 從藥品清單中新增或刪除藥品。
- 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。
- 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 的要求。

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《Drug List》（藥品清單）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。我們還會定期更新我們的線上《Drug List》（藥品清單）。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。

目前計劃年度內會影響到您的藥品承保變化

- 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，或兩者並行）
 - 如果我們用新批准的同一藥物的學名藥替代它，我們可能會立即刪除我們藥品清單上的品牌藥。該學名藥將出現在相同或更低的費用分攤層級，並且具有相同或較少的限制。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《Drug List》（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。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具體更改的資訊。這也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。

- 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。關於要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。
- **撤出市場的不安全藥品和藥品清單上的其他藥品**
 - 有時某種藥物可能會因為其他原因被視為不安全或被逐出市場。如果發生這種情況，我們可能會立即從《Drug List》（藥品清單）中移除該藥品。如果您正在服用這種藥物，我們會馬上告知您。
 - 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《Drug List》（藥品清單）上的品牌藥，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。
 - 對於這些變更，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局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達到您正在服務藥物的新限制。
 - 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。關於要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

本計劃年內不會影響您的《Drug List》（藥品清單）變化

我們可能會對《Drug List》（藥品清單）做出上文未描述的一些改變。在這些情況下，若在做出變更時您正在服務藥物，變更將不適用於您；但如果您留在同一個計劃內，這些變更可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日起影響到您。

一般而言，以下變化不會在目前計劃年度內對您造成影響：

- 我們將您的藥物轉到更高的費用分攤層級。
- 我們對您使用的藥物施加新限制。
- 我們從《Drug List》（藥品清單）中刪除您的藥品。

如果您正在服用的藥物發生任何這些變化（退出市場、學名藥取代品牌藥或上述章節中提到的其他變化除外），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。

我們不會直接向您告知目前計劃年度內的這類變化。您將需要查看下一個計劃年度的《Drug List》（藥品清單）（若清單在開放投保期可用），瞭解您正在服務的藥物在下一個計劃年度期間是否會發生任何會影響到您的變化。

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（我們的強化藥物承保所涵蓋的某些排除藥物除外）。如果您上訴且結果為請求的藥物未排除在 Part D 之外，我們將支付費用或為其承保。（有關就決定提出上訴的資訊，請參閱第 9 章）

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或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。
- 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。

此外，根據法律，Medicare 藥物計劃不承保以下類別的藥物：（我們的計劃透過強化藥物承保承保以下某些藥物。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：

西地那非 25 MG - QL 6/30

西地那非 50 MG - QL 6/30

西地那非 100 MG - QL 6/30

葉酸 1 MG - QL 30/30

麥角鈣化固醇 1.25 MG - QL 4/28

維生素 B12 1000 MCG/ML - QL 1/30

您為這些藥物支付的金額不計入您的重大傷病承保階段資格。（本文件第 6 章第 7 節描述了重大傷病承保階段。）

此外，如果您正在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。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 取得處方藥

第 8.1 節 提供會員資訊

要取得處方藥，請在您選擇的網路藥局提供會員卡上的計劃會員資訊。網路藥局將自動向計劃收取由我們分攤的您的藥費用份額。當您取處方藥時，您需要向藥局支付您分攤的費用份額。

第 8.2 節 如果您沒有會員資訊怎麼辦？

如果您在配處方藥時沒有計劃會員資訊，您或藥局可以打電話給計劃以獲取必要的資訊。

如果藥局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。請參閱第 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，只要藥物符合我們在本章中所述的所有承保規則，計劃就會承保您的處方藥。

第 9.2 節 如果您是長期護理 (LTC) 設施的住戶會怎樣？

長期護理 (LTC) 設施（如療養院）通常有其自己的藥局或使用某個藥局為其所有住戶提供藥品。如果您是 LTC 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局或其使用的藥物獲取您的處方藥。

查看您的《Pharmacy Directory》（藥局名錄），瞭解您的長期護理設施的藥局或其使用的藥局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或協助，請聯絡會員服務部。如果您在 LTC 設施中，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥局網路定期獲得您的 Part D 福利。

如果您是長期護理 (LTC) 設施的住戶且需要《Drug List》（藥品清單）上沒有或受到某種限制的藥物會怎樣？

請參閱第 5.2 節瞭解暫時或緊急供應相關資訊。

第 9.3 節 如果您仍然從雇主或退休人員團體計劃獲得藥物承保怎麼辦？

如果您目前透過您的（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**。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，如果您有員工或退休團體承保，您從我們這裡獲得的藥物承保將次於您的團體承保。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」。

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。

第 5 章 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

保留此可計入承保的通知，因為您以後可能需要它。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。如果您沒有收到可計入承保通知，請從您的雇主或退休人員計劃的福利管理員或雇主或工會那裡獲得一份副本。

第 9.4 節 如果您加入 Medicare 認證臨終關懷計劃會怎樣？

安寧計劃和我們的計劃不同時承保相同藥物。如果您投保了 Medicare 安寧計劃，並需要因其與您的晚期疾病和相關病症無關而不被安寧計劃承保予以承保的特定的藥物（例如抗噁心、瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥），我們的計劃必須從開藥者或您的安寧計劃提供者那裡收到藥物不相關通知，我們的計劃才能承保該藥物。為防止延誤收到我們的計劃應該承保的這些藥物，您可以要求您的臨終關懷服務提供者或開藥者在配藥之前提供通知。

如果您撤銷您的安寧選擇或從安寧機構出院，如本文件所述，我們的計劃應承保您的藥物。為防止當您的 Medicare 安寧福利結束時出現任何藥局延誤，請攜帶證明文件前往藥局來驗證您的撤銷或出院。

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**

我們針對會員進行藥物使用審查，以幫助確保他們獲得安全和適當的護理。

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
- 開具的處方藥物中含有使您過敏的成分
- 您正在服用的藥物量（劑量）可能有誤
- 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修正相關問題。

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局獲取的鴉片類藥物，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。如果我們將您放進我們的 DMP，限制可能為：

- 要求您從某個藥局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

如果我們計劃限制您取得這些藥物的方式或數量，我們將提前向您寄送一封信函。該信函將說明我們認為應適用於您的限制。您將有機會告訴我們您偏好的醫生或藥局，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，或者您不同意我們的決定或設下的限制，您和您的開藥者有權向我們提出上訴。如果您上訴，我們將審查您的案件並為您做出決議。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。關於要求上訴方式的資訊，請參閱第 9 章。

如果您有某些病症，您將不會進入我們的 DMP，例如活躍的癌症相關疼痛或鐮刀型紅血球疾病、您正在接受安寧、舒緩照護或臨終照護，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。我們的計劃被稱為藥物治療管理 (MTM) 計劃。該計劃為自願免費參與。為了確保我們的會員從他們服用的藥物中獲得最大益處，一個藥劑師和醫師團隊為我們開發了這個計劃。

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。審查期間，您可以探討關於您的藥物、費用以及您對處方藥和非處方藥的任何問題或疑問。您將取得書面摘要，其中將列明推薦的待辦事項清單，包含您應該採取的步驟，以便取得藥物的最佳效果。您還將獲得一份用藥清單，其中包括您正在服用的所有藥物、藥量以及您服用這些藥物的時間與原因。此外，MTM 計劃的會員將收到有關安全地處理管控物質處方藥的資訊。

第 5 章 使用計劃承保您的 Part D 處方藥

與您的醫生討論您的推薦待辦事項清單和用藥清單是個好主意。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摘要。此外，為因應醫院或急診室之需，請及時更新您的用藥清單並隨身攜帶用（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。如果您有關於這些計劃的任何問題，請聯絡會員服務部。

第 6 章： 您為您的 *Part D* 處方藥支付的費用

您目前是否正在獲得幫助以支付藥物費用？

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）」。

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 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。

要瞭解付款資訊，您需要瞭解承保藥物、在哪裡配處方藥以及在獲得承保藥物時應遵循哪些規則。第 5 章第 1 至 4 節解釋了這些規則。

第 1.2 節 您可能為承保藥物支付的自付額類型

有不同類型的 Part D 藥物自付額。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，您為藥物支付的金額。
- 「共付額」是每次您配處方藥時您支付的固定金額。
- 「共同保險」是每次您配處方藥時支付的總費用百分比。

第 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付額

Medicare 對哪些算作和哪些不算作您的自付費用有相關規定。以下是我們在追蹤您的自付費用時必須遵守的規則。

這些費用包括在您的自付費用中

您的自付費用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 \$7,400 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

您的自付費用不得將以下任何類型的付款包括在內：

- 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。
- 您在網路外藥局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的藥物款項（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，您必須透過致電會員服務部告知我們的計劃。

您可以如何追蹤您的自付費用總額？

- **我們將幫助您。** 您收到的《Part D 福利說明》（Part D EOB）將包括您當前的自付費用金額。此金額達到 \$7,400 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 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？

您在 KelseyCare Advantage Gold 下的處方藥承保有四個「藥品支付階段」。您支付的費用取決於您獲得處方配藥或補藥時所處的階段。如需各個階段的詳情，請參閱本章第 4 至 7 節。階段分為：

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

關於您需支付的胰島素費用的重要訊息 - 凡是我們的計劃承保的各種胰島素產品，您為一個月供應量支付的費用不會超過 \$35，不論其費用分攤層級為何，即使您未支付免賠額亦是如此。

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

我們的計劃會追蹤您的處方藥費用以及您在藥局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。

若您在上一個月透過計劃配了一個或多個處方，我們將向您發送一份《Part D 福利說明》（Part D Explanation of Benefits，亦稱「Part D EOB」）。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。它將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，以及自相同數量的每個處方索賠從第一次配藥開始的價格漲幅。
- **可用的較低成本替代處方。**這將包括有關每個處方索賠的分攤費用較低的其他可能藥物的資訊。

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，我們使用從藥局獲得的記錄。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：

- **您每次獲取處方配藥時，請出示您的會員卡。**這可以幫助確保我們瞭解您正在配的處方以及您支付的費用。
- **確保我們擁有所需的資訊。**有時您可能要支付處方藥的全部費用。在這些情況下，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，請向我們提供您的收據的副本。以下範例說明了您應該在何時為我們提供藥物收據的副本。

第 6 章 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

- 當您在網路藥局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。
 - 任何您在網路外藥局購買了承保藥物的時候，或者其他在特殊情況下您支付了承保藥物全價的時候。
 - 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，請參閱第 7 章第 2 節。
- **向我們發送有關其他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。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。請保留這些付款的記錄並將它們發送給我們，以便我們追蹤您的費用。
 - **檢查我們發送給您的書面報告。**當您收到《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。如果您認為缺少內容，或者有任何問題，您可以致電會員服務部來聯絡我們。您還可以在 [Caremark.com](https://www.caremark.com) 上取得電子版報告。一定要保存這些報告。

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

免賠額階段是您藥物承保的第一個付款階段。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**。對於所有其他藥物，您無需支付任何免賠額。「**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網路藥局中大多數藥物的費用。

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，您的一個月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《Drug List》（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文件封底）。

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 6 個費用分攤層級

計劃《Drug List》（藥品清單）上的每一種藥物都屬於 6 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：包含首選學名藥，可能包含一些品牌藥。
層級 2	學名藥：包含學名藥，可能包含一些品牌藥。
層級 3	首選品牌藥：包含首選品牌藥和非首選學名藥。
層級 4	非首選藥：包含非首選品牌藥和學名藥。
層級 5（費用分攤最高層級）	特級：為最高層級，包含高成本品牌藥和學名藥。
層級 6	選擇治療藥物：為最低層級，包含預防性疫苗和用於治療糖尿病、高血壓和高膽固醇等疾病的選擇治療學名藥。

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。

您的藥局選擇

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局。在提供首選費用分攤的藥局，費用可能會更低。
- 提供首選費用分攤的網路零售藥局。

第 6 章 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

- 不在計劃網路中的藥局。我們僅在有限的情況下承保在網路外藥局配的處方藥。如需瞭解我們何時會承保在網路外藥局配藥，請參閱第 5 章第 2.5 節。
- 計劃的郵購藥局。

有關這些藥局選擇和配處方藥的更多資訊，請參閱第 5 章和計劃的《Pharmacy Directory》（藥局名錄）。

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。

如下表所示，共付額或共同保險的金額取決於費用分攤層級。

有時，藥物的費用低於您的共付額。在這些情況下，您將支付更低的藥物價格，而非共付額。

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	\$45 共付額 /\$35 共付額適 用於選擇胰島 素
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
費用分攤層級 6 (選擇治療藥 物)	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額

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

一般情況下，您為處方藥支付的金額涵蓋了整個月的供應量。有時您或您的醫生可能希望您擁有不到一個月的藥物供應量（例如當您第一次嘗試一種藥物時）。您還可以讓您的醫

第 6 章 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

生開具以及讓您的藥劑師配少於一個月的藥物供應量，如果這有助於讓您對不同處方的補藥日期安排更好的計劃。

如果您收到少於一個月的特定藥物供應，您無需支付整個月的供應費用。

- 如果您負責共同保險，您將支付藥物總費用的一定百分比。因為共同保險基於藥物總費用，而藥物總費用將降低，所以您的費用將降低。
- 如果您負責藥物的共付額，您將僅為您收到藥物的天數非支付費用，而非整個月。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。

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。

下表顯示當您獲得長期藥物供應費用時所支付的費用。

- 有時，藥物的費用低於您的共付額。在這些情況下，您將支付更低的藥物價格，而非共付額。

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

	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 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。
費用分攤層級 6 (選擇治療藥物)	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額

第 5.5 節 在您當年度總藥物費用達到 \$4,660 之前，您會一直處於初始承保階段

在您的已配藥的處方藥總額達到**初始承保階段**的 \$4,660 限額之前，您一直處於初始承保階段。

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。

您收到的《Part D 福利說明》(Part D EOB) 將幫助您追蹤您、計劃和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 \$4,660 的限額。

如果您達到這個額度，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。請參閱第 1.3 節瞭解有關 Medicare 如何計算您的自付額的詳細資訊。

第 6 節 承保缺口階段的費用

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。您會支付協議價格的 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，等於是您已經支付了它們並使其幫助您達到承保缺口。

您繼續支付層級 1 首選學名藥、層級 2 學名藥和層級 6 選擇治療藥物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。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。

第 6 章 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

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，您的一個月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《Drug List》（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文件封底）。

您繼續支付這些費用，直到您的年度自付費用達到 Medicare 設定的金額上限為止。當您達到金額 \$7,400 時，您將離開承保缺口階段並進入重大傷病承保階段。

Medicare 對哪些算作和哪些不算作您的自付費用有相關規定。

第 7 節 在重大傷病承保階段，計劃將會支付您的大部分藥物費用

當您的自付額達到日曆年度的 \$7,400 限額時，您將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。您將支付：

- 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：
 - – **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 \$4.15，所有其他藥物為 \$10.35。
- 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** \$4.15

第 8 節 Part D 疫苗您支付的費用取決於您如何以及在哪接種

關於您需支付的疫苗費用的重要訊息 - 我們的計劃承保大部分 Part D 疫苗，您無需承擔任何費用，即使您未支付免賠額亦是如此。致電會員服務部，瞭解更多資訊。

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。
- 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。（請參閱第 4 章《醫療福利表》（Medical Benefits Chart）（承保內容和您支付的費用）。
 - 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. 您在哪裡取得疫苗。
 - 疫苗本身可能由藥局配發或由醫生診室提供。
3. 誰會為您接種疫苗。
 - 藥劑師可以在藥局接種疫苗，其他提供者可以在醫生診室接種疫苗。

您在接受 Part D 疫苗接種時支付的費用可能因情況及您所處的藥物階段而異。

- 有時，當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身和提供者為您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，當您接種疫苗時，您只需支付您分擔的 Part D 福利下的費用份額。

以下三個範例說明了您可以獲得 Part D 疫苗的方式。

情景 1： 您在網路藥局接種疫苗。（是否有這個選擇取決於您住在哪。有些州不允許藥局接種疫苗。）

- 您將向藥局支付疫苗本身的共付額，其中包括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，您將支付疫苗本身及提供者為您接種的全部費用。
- 然後，您可以使用第 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。）

第 6 章 您為您的 Part D 處方藥支付的費用

情景 3: 您在藥局購買 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。

- 您必須向藥局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 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

有時，當您獲得醫療護理或處方藥時，您可能需要支付全額費用。其他時候，您可能會發現您所支付的費用超出了您在計劃承保規則的預期。在這些情況下，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。您可能要在特定期限內要求返還。請參閱本章第 2 節。

有時，您也會收到提供者的全額醫療護理費用帳單，或者費用可能超過本文件所述的您的費用分攤份額。首先嘗試與提供者一起解決帳單問題。若無法解決問題，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。若我們決定不支付，我們將通知提供者。您絕不應支付超過計劃允許的費用分攤。若此提供者簽訂了合約，您仍有權接受治療。

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或急需服務，無論該提供者是否屬於我們網路的一部分。在這些情況下，

- 您只需負責支付您的緊急服務或急需服務的費用份額。緊急服務提供者在法律上必須提供緊急護理。如果您在接受護理時，意外自行支付了全額費用，您需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。
- 您可能會收到提供者的帳單，要求您支付您認為自己並未積欠的款項。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

網路提供者應始終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。

- 當您接受承保的服務時，您只需要支付您的費用份額。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。

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相關文件寄給我們，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。（這代表已過了投保首日。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。您必須提出文件，例如收據與帳單，以便我們處理償還事宜。

4. 當您使用網路外藥局配處方藥時

如果您前往網路外藥局，藥局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。

保存您的收據，並在您要求我們報銷我們的費用份額時將副本發送給我們。記住，我們僅在有限情況下承保網路外藥局。請參閱第 5 章第 2.5 節瞭解有關這些情況的討論。

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，您可以要求藥局致電計劃或查詢您的計劃投保資訊。但是，如果藥局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副本發送給我們。

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*承保藥品清單（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副本發送給我們。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 高額的帳單，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，您可以對我們的決定進行上訴。關於如何上訴的資訊，請參閱本文件第 9 章。

第 2 節 如何要求我們補償或支付您收到的帳單

您可以透過向我們寄送書面要求來要求我們補償。如果您寄送書面要求，請將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，作為記錄。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**。

為確保您提供了我們做出決定所需的所有資訊，您可以填寫我們的索賠表格，以提出您的付款請求。對於醫療索賠償付，請以書面形式提交至以下地址。

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

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 Services
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

對於醫療索賠：

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

第 3 節 我們會考量您的付款請求並就是否付款進行回應

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們應付多少錢

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，我們會將付款直接郵寄給提供者。
- 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。我們將向您寄送一封信，說明我們沒有寄回付款金額之原因，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，或者我們支付的金額有誤，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。上訴流程是具有詳細程序和重要截止日期的正式流程。有關於如何提出此類上訴的詳細資訊，請查看本文件第 9 章。

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與文化敏感性

第 1.1 節 我們必須以適合您且符合您的文化敏感性的方式提供資訊（以英文以外的語言、盲文、大型字體或其他替代格式等）

您的計劃必須確保所有服務，包括臨床與非臨床服務，均以符合文化的方式提供，而且所有參保者都可以取得，包括英文流利程度有限、閱讀能力有限、具有聽力障礙或來自不同文化與民族背景的人士。計劃達到這些易取得要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連接。

我們的計劃提供免費翻譯服務來回答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點字、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，請致電會員服務部。

我們的計劃必須為女性參保者提供直接與網路內女性健康專員聯絡，以接受女性常規與預防型健康護理服務的選擇。

若無法使用計劃的網路內專科提供者，計劃有義務找以網路外的專科提供者為您提供必要的護理。在此情況下，您將僅支付網路內費用分攤。若您發現計劃網路內沒有專科醫生可提供您需要的服務，請致電計劃，了解何處可以讓您以網路內費用分攤取得此服務。

如果您對以可用和適合您的方式從我們的計劃獲取資訊、向女性健康專科醫生問診或找尋找網路專科醫生有任何困難，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 日當地時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天皆提供服務。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。您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或撥打 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697 直接向民權辦公室 (Office for Civil Rights) 提出投訴。

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

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and

ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We 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.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services. If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services at 713-442-CARE (2273) or toll-free at 1-866-535-8343. (TTY users should call 711.) Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m. local time, seven days a 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. 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 at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

第 1.2 節	我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物
----------------	---------------------------

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。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）。

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局配處方藥或補藥。

第 8 章 您的權利和責任

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，第 9 章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。
- 您享有與您的資訊有關的權利，您有權控制您的健康資訊的使用方式。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。
- 除了下述情況，如果我們打算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或您向其賦予合法權力可替您做出決定之人的書面許可。
- 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。
 - 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；通常情況下，這將要求不得分離可單獨識別您身份的資訊。

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。

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害行為，我們會立即通知您。

本隱私政策通知說明了 KS Plan Administrators, LLC 可能會如何蒐集、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。

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會被不當處理。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，這可能涉及判定資格；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 可能會因以下目的揭露給 KS Plan Administrators, LLC 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

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僱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。

第 8 章 您的權利和責任

- 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 可能會向請求獲得您的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）披露您的 PHI。例如，為了您的安全，我們可能會將您透過 KS Plan Administrators, LLC 承保收到的藥品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，其中包括您使用 KS Plan Administrators, LLC 承保所配藥物的清單（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，建議一項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、使用和揭露與您的 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。

第 8 章 您的權利和責任

- **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。
- **如果您已參加團體保健計劃** – 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「團體保健計劃」。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，並且團體保健計劃選擇從 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)] 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揭露關於您的資訊。例如，KS Plan Administrators, LLC 可能出於以下目的揭露資訊：
 - 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）。許多會員出於未在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

第 8 章 您的權利和責任

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 P.O. Box 841569, Pearland, Texas 77584-9832 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 提供與您的醫療保險承保或您的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 副本之權利

您有權利獲取或收取您的 PHI 副本。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副本的成本，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 從不會要求這些機密記錄。）；
- 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有關其 PHI 的通訊，以免未經授權的使用或揭露。為完成這一承諾，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，假如我們不這麼做，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。

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副本，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 或前往我們的網站 www.kelseycareadvantage.com。

如果您認為您的隱私權受到侵犯，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，或將資訊寄送至其網址 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 and 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。

第 8 章 您的權利和責任

如果您想要任何以下類型資訊，請聯繫會員服務部：

- **關於我們的計劃的資訊。**這包含如計劃財務狀況之資訊。
- **關於我們的網路提供者與藥局的資訊。**您有權從我們獲得有關我們網路中的提供者和藥局的資格以及我們如何向網路中的提供者付款的資訊。
- **關於您的承保和使用承保時，必須遵循的規則之資訊。**第 3 章與第 4 章提供關於醫學服務的資訊。第 5 章與第 6 章提供關於 Part D 處方藥承保範圍的資訊。
- **關於為什麼某些服務未受承保以及該怎麼做的資訊。**第 9 章提供要求書面解釋為何醫療服務或 Part D 藥物不受承保，或者為何您的承保受到限制。第 9 章還提供要求我們改變決定（即上訴）的資訊。

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。**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，您一定會事先被告知。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。

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，您可以：

- 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。

第 8 章 您的權利和責任

- 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。

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。**您可以向您的律師、社會工作者或從某些辦公用品店取得預立醫療指示表單。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。您也可以聯絡會員服務部索取表單。
- **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副本，亦應給予您無法作出決定時，表單上聲明會代您做出決定者。您可能會想將副本交給親密的朋友或家人。請在家中留一份副本。

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，**請帶一份副本前往醫院。**

- 醫院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）

關涉人：客戶服務協調人

P.O. Box 149347, MC-1913

Austin, TX 78714-9347

888-963-7111

dshs.texas.gov/consumerprotection

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

如果您有任何疑問、疑慮或投訴以及需要請求承保，或者提出上訴，本文件第 9 章會告訴您可以做什麼。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。

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、性取向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：

- 您也可以致電會員服務部。
- 您可以去電州醫療保險補助計劃 (SHIP)。詳情請參閱第 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 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：

- 您也可以致電會員服務部。
- 您可以去電州醫療保險補助計劃 (SHIP)。詳情請參閱第 2 章第 3 節，
- 您可以聯絡 **Medicare**。
 - 您可以前往 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 1-877-486-2048)。

第 2 節 作為計劃的會員，您所具有的责任

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。

- **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），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 章提供了有關您醫療服務的詳細資訊。
 - 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。** 第 1 章介紹了如何協調這些福利。
- **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。**
 - 為了獲得最佳護理服務，請向您的醫生與其他健康提供者告知您的健康問題。遵循您和您的醫生所同意的治療計劃和指示。
 - 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，請務必提出並取得您能夠理解的回答。
- **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師診所、醫院和其他診所的順利運作。
- **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：
 - 您 須持續支付您的 Medicare Part B 保費，才可保有本計劃會員資格。
 - 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。
 - 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，您必須繼續直接向政府支付額外費用才能保持計劃會員資格。
- **如果您在我們的服務區內搬家，我們需要知道該資訊，** 以便我們及時更新您的會員記錄，並瞭解您的聯絡方式。
- **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。
- 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）。

第 9 章：

如果您有問題該怎麼辦
(承保決定、上訴、投訴) 該怎麼辦

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：

- 針對某些問題，您需使用**承保決定和上訴流程**。
- 針對其他問題，您需使用**提出投訴流程**；亦稱申訴。

這兩種流程皆受 Medicare 所批准。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。

第 3 節的指南可協助您瞭解該使用的正確流程以及應該怎樣做。

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：

- 以簡單的詞語來代替某些法律術語例如，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有所幫助，有時甚至非常的重要。知道使用哪些術語能協助您更準確地進行溝通，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 哪裡可以獲取更多資訊和個人化協助

我們隨時可以提供您協助。即使您對我們為您提供的治療提出了投訴，我們也有義務尊重您的投訴權。因此，您應該始終向客戶服務部尋求幫助。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。以下是兩個可以協助您的實體。

州醫療保險補助計劃 (SHIP)

每個州都有一個配備了顧問的政府計劃。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。您可以在本文件第 2 章第 3 節找到電話號碼與網頁。

Medicare

您還可以聯絡 Medicare 尋求幫助。如需聯絡 Medicare：

- 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。
- 您可以還前往 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

第 3 節 若要處理您的問題，您應使用哪個流程？

如果您有問題或疑慮，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。

您的問題或疑慮與您的福利或承保有關嗎？

這包括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。

前往本章的下一節，第 4 節「承保決定和上訴的基礎指南」。

否。

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，包括與支付相關的問題。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。

接受服務之前要求做出承保決定

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。在少數的情況下，承保決定請求將不受理，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，不論是在接受服務之前還是之後，而您對該決定不滿意，您可以「上訴」該決定。上訴是要求我們審查並改變我們作出的承保決定的正式方式。在某些情況下（我們稍後會討論），您可以請求對承保決定提起加急上訴或「快速上訴」。您的上訴會由不同的審查者進行處理，而非做出最初決定者。

當您第一次對決定提出上訴時，這稱為第 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規則。當我們完成審查後，我們會告知您我們的決定。在少數的情況下，第 1 級上訴將不受理，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。如果我們不受理第 1 級上訴，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。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

如果我們不受理您的案件，但拒絕您的全部或部分第 1 級上訴，您可以繼續進行 2 級上訴。第 2 級上訴是由與我們無關的獨立審查組織執行。（醫療服務和 Part B 藥物的上訴將自動發送至獨立審查組織進行 2 級上訴，您無須執行任何操作。對於 Part D 藥物上訴，如果我們拒絕您的全部或部分上訴，您將需要進行 2 級上訴。本章第 6 節已詳盡討論 Part D 上訴）。如果您對第 2 級上訴的決定不滿意，您可以繼續進行其他級別的上訴（本章第 9 節解釋了第 3、4、5 級上訴流程）。

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

如果您決定要求任何種類的承保決定或上訴決定，您可以使用以下資源：

- 您也可以致電會員服務部。
- 您可以從您的州健康保險援助計劃獲得免費幫助。
- **您的醫生可為您提出請求。**若您的醫生在 2 級以上的上訴中提供幫助，他們需要被委任為您的代表。請致電會員服務並索取「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。）
 - 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第 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。
 - 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第 1 級上訴。若您的第 1 級上訴被駁回，您的醫生或其他開藥者可以申請第 2 級上訴。
- **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。
 - 如果您想要一位朋友、親人、您的醫生或其他人作為您的代表，請聯繫會員服務部並要求提供「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。
 - 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 個日曆天內（我們對您的上訴作出決定的截止日）沒有收到該表格，您的上訴請求將不受理。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 (Independent Review Organization) 審查我們未受理您上訴的決定。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- **您也有權利僱請律師。**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」
- **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。您也可以從政府機構取得協助或資訊，比如您的 SHIP。

第 5 節 您的醫療護理：如何對申請承保決定，或對承保決定提出上訴**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。這些福利詳述於本文件第 4 章：*醫療福利表（承保內容和您支付的費用）*。簡單起見，我們將「醫療護理承保」或「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。**申請承保決定。第 5.2 節。**
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。**申請承保決定。第 5.2 節。**

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

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。**上訴。第 5.3 節。**
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。**將帳單寄給我們。第 5.5 節**
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。**上訴。第 5.3 節。**

註：如果將停止的承保涉及醫院護理、居家健康護理、專業護理機構護理或綜合門診復健機構（CORF）服務，您需要閱讀本章第 7 節與第 8 節。特殊規則適用於這類護理。

第 5.2 節	步驟：如何申請承保決定。
----------------	---------------------

法律術語

當承保決定涉及您的醫療護理時，稱為「 組織判定 」。

「快速承保決定」稱為「 加速判定 」。

步驟 1：決定您是需要「標準承保決定」還是「快速承保決定」。

對於 **Part B** 藥物，「標準承保決定」通常在 14 天或 72 小時內做出。對於醫療服務，「快速承保決定」通常在 72 小時內做出，對於 **Part B** 藥物，通常在 24 小時內做出。如欲獲得快速承保決定，您必須滿足兩個要求：

- 您僅可索要尚未接受的醫療護理承保。
- 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。如果我們不批准快速承保決定，我們將致函：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 說明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。
 - 說明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」。

步驟 2: 要求我們的計劃做出承保決定或快速承保決定。

- 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。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 3: 我們會考慮您的醫療護理承保請求，並給您答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準截止日期。

這意味著我們將在收到您的醫療物品或服務申請後的 **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。

- 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 個額外的天數**。如果我們要多花幾天時間，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，您可以提出「快速投訴」。我們做出決定後會盡速通知您投訴結果。（提出投訴的流程與承保決定和上訴流程不同。關於投訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）

對於快速承保決定，我們使用加急時限

快速承保決定意味著如果您的請求與醫療物品或服務有關，我們將在 **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，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，**我們可能需要最多額外 14 個工作天**。如果我們要多花幾天時間，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，您可以提出「快速投訴」。（關於投訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）我們一做出決定就會盡速通知您。
- 如果我們對您請求的部分或全部內容的回答為否定，我們將向您寄送一份解釋拒絕原因的書面。

步驟 4: 如果我們拒絕您的醫療護理承保申請，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權提出上訴，要求我們重新考量。這意味著再次嘗試獲得您想要的醫療護理承保。如果您上訴，則意味著您將進入上訴程序的第 1 級。

第 5.3 節 步驟：如何提出第 1 級上訴**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**」。

「快速上訴」也稱為「**加急重新考量**」。

步驟 1：決定您是需要「標準上訴」還是「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 30 天內做出。「快速上訴」通常在 72 小時內做出。

- 如果您對我們針對您尚未接受的護理之承保事宜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」。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。
- 獲得「快速上訴」的要求與獲得本章第 5.2 節中「快速承保決定」的要求相同。

步驟 2：向我們的計劃提起上訴或快速上訴

- 如果您欲申請標準上訴，請透過提交書面方式提交標準上訴。您也可以透過撥打電話申請上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，請以書面形式或撥打電話提出上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 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。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副本。您和您的醫生可以向我們提供更多資訊來支持您的上訴。

步驟 3：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，可能會聯絡您或您的醫生。

「快速上訴」的截止日期

- 對於快速上訴，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**。如果我們要多花幾天時間，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。
 - 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。第 5.4 節說明了第 2 級上訴流程。
- 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，我們向您寄送書面決定並將自動將您的上訴送至獨立審查機構進行第 2 級上訴。獨立審查組織在收到您的上訴時會書面通知您。

「標準上訴」的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的申請後的 **30 個日曆天內** 給您答覆。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。如果您的健康狀況需要，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**。如果我們要多花幾天時間，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。（關於投訴的資訊，請參閱本章第 10 節）。
 - 如果我們沒有在截止日期內（或在延長期結束之前）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該上訴進行審查。第 5.4 節說明了第 2 級上訴流程。
- 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）授權或提供承保。
- 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，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。

第 5.4 節 步驟：第 2 級上訴如何進行**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**」。

獨立審查組織是由 Medicare 所僱用的獨立組織。其與我們無關，且是非政府機構。該組織會決定我們所做的決定是否正確或是否應變更。Medicare 會監督其作業。

步驟 1: 獨立審查組織會審查您的上訴。

- 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副本。
- 您有權利提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。
- 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」

- 對於「快速投訴」，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蒐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」

- 對於「標準投訴」，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** 答覆您的第 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蒐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（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 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 個日曆天內提供服務。對於加急請求，我們須在收到審查組織的決定之日起的 72 小時內授權或提供藥物。
- 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，授權或提供 Part B 處方藥。對於加急請求，我們須在收到審查組織的決定之日起的 24 小時內授權或提供藥物。
- 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」或「駁回您的上訴」。）在此情況下，獨立審查組織將寄送一封信函給您：
 - 說明其決定。
 - 通知您，若醫療護理承保的美元價值達到某個最低限度，您有權提出第 3 級上訴。您從獨立審查組織收到的書面通知將告知您繼續上訴流程所必須達到的美元金額。
 - 告訴您如何提起第 3 級上訴。

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）。若您要提起第 3 級上訴，關於如何做到這一點的細節，請參閱您在第 2 級上訴後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人審理。本章第 9 節介紹了有關第 3、4、5 級上訴流程。

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？**

第 7 章描述了您何時可能需要向我們申請補償或支付您從提供者那裡收到的帳單。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。若要做出此決定，我們會檢查您支付的醫療護理是否為承保服務。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。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- **若我們同意您的申請：**如果您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，寄送給您我們的費用份額。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。
- **若我們拒絕您的申請：**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，並說明原因。

如果您不同意我們拒絕您的決定，**您可以提出上訴**。如果您提出上訴，這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。對於有關補償的上訴，請注意：

- 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。）
- 如果獨立審查組織決定我們應當付款，我們必須在 30 個日曆天內將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

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
----------------	---

您的福利包括對許多處方藥的承保。要獲得承保，藥物必須用於醫學認可的適應症。（有關醫學認可的適應症方面的更多資訊，請參閱第 5 章。）對於 Part D 藥物、規則、限制與費用的詳情，請參閱第 5 章與第 6 章。**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」。我們還使用「藥品清單」一詞來代替「承保藥品清單」或「處方集」。

- 如果您不知道某個藥物是否承保或您是否符合規則，您可以諮詢我們。某些藥物需要您取得我們的同意我們才會為其承保。
- 如果您的藥局告訴您您的處方不能按所寫配藥，藥局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。

Part D 承保決定和上訴**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**」。

「承保決定 (coverage decision)」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。本節會說明，如果您處於以下情況中的任何一種，您可以採取什麼動作：

- 要求承保不在計劃《List of Covered Drugs》（承保藥品清單）上的 Part D 藥物。**要求作出例外。第 6.2 節**
- 要求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）。**要求作出例外。第 6.2 節**
- 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。**要求作出例外。第 6.2 節**
- 要求取得藥物的事先批准。**申請承保決定。第 6.4 節**
- 為您已購買的處方藥付費。**要求我們為您報銷。第 6.4 節**

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。

第 6.2 節 什麼是例外？**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**」。

要求取消對藥物承保的限制有時被稱為要求「**處方集例外**」。

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**」。

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。

若要我們考慮您的例外要求，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。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：

1. 為您承保不在我們的《Drug List》（藥品清單）上的 **Part D 藥物**。如果我們同意承保不在《Drug List》（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費用分攤金額，您不能要求例外。
2. 取消對承保藥物承保的限制。第 5 章描述了適用於我們《Drug List》（藥品清單）上某些藥物的額外規則或限制。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》（藥品清單）上的每一種藥物都屬於 6 種費用分攤層級中的一種。一般來說，費用分攤層級數越低，您支付的藥物費用分攤費用就越少。
 - 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。
 - 如果您正在服用的藥物是生物製品，您可以要求我們以更低的費用分攤金額來承保您的藥物。這可能是最低層級的費用，包含用於治療您的疾病的生物製品替代品。
 - 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止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 申請例外處理重要須知

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，解釋請求例外處理的醫療原因。為了更快地做出決定，當您要求例外處理時，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處理，我們通常不會批准您的例外處理請求，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處理請求，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。
- 如果我們拒絕您的請求，您可以透過上訴來要求再進行一次審查。

第 6.4 節 步進法：如何申請承保決定，包括例外

法律術語

「快速承保決定」稱為「加速承保判定」。

步驟 1：決定您是需要「標準承保決定」還是「快速承保決定」。

「標準承保決定」在我們收到您醫生聲明後的 72 小時內做出。「快速承保決定」在我們收到您醫生聲明後的 24 小時內做出。

如果您的健康需要，請要求我們為您提供「快速承保決定」如欲獲得快速承保決定，您必須滿足兩個要求：

- 您的要求必須是針對尚未收到的藥物。（您不能要求快速承保決定來償還您已購買藥物的費用。）
- 使用標準截止日期可能對您的健康造成嚴重損害或傷害您的機能。
- 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。如果我們不批准快速承保決定，我們將致函：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 說明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。
 - 告知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」。我們將在收到投訴後的 24 小時內回覆您的投訴。

步驟 2：請求「標準承保決定」或「快速承保決定」。

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。您還可以透過我們的網站進入承保決定流程。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）

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

或我們計劃的表格提交的請求。第 2 章有聯絡資訊。**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。為協助我們處理您的請求，請務必載明您的姓名、聯絡資訊與表明所上訴的被拒絕索賠的資訊。

您、您的醫生（或其他開藥者）或您的代表可以這樣做。您也可以請律師為您代理。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。

- **如果您在申請例外處理，請提供「支援聲明」**，即申請例外的醫學原因。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。

步驟 3: 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***

- 我們一般必須在**收到您的請求後的 24 小時內**給您答覆。
 - 對於例外，我們將在收到醫生的支援聲明後 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，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。
- 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

- 我們一般必須在**收到您的請求後的 72 小時內**給您答覆。
 - 對於例外，我們將在收到醫生的支援聲明後 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，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。
- 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 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。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 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。
- 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 4: 如果我們拒絕您的承保申請，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權提出上訴，要求我們重新考量。這意味著再次嘗試獲得您想要的藥物承保。如果您上訴，則意味著您將進入上訴程序的第 1 級。

第 6.5 節 步驟：如何提出第 1 級上訴**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**」。

「快速上訴」也稱為「**加急重新決定**」。

步驟 1: 決定您是需要「標準上訴」還是「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 7 天內做出。「快速上訴」通常在 72 小時內做出。如果您的健康需要，請申請「快速上訴」

- 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: 您、您的代表、醫生或其他開藥者必須聯絡我們並提出第 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」。

- 對於標準上訴，提交書面請求，或致電聯絡我們。第 2 章有聯絡資訊。
- 對於快速上訴，請書面提交您的上訴或致電聯絡我們，電話號碼為 1-866-535-8343。第 2 章有聯絡資訊。
- 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。請務必載明您的姓名、聯絡資訊、索賠資訊，以協助我們處理您的請求。
- 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。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 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。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副本並新增更多資訊。您和您的醫生可以向我們提供更多資訊來支持您的上訴。

步驟 3: 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

- 對於快速上訴，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。第 6.6 節說明了第 2 級上訴流程。
- 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。

關於尚未收到藥物的「標準上訴」的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的申請後的 **7 個日曆天內**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。
 - 如果我們沒有在 7 個日曆天內做出決定，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。第 6.6 節說明了第 2 級上訴流程。
- 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儘快提供所要求健康服務的承保，不晚於 **7 個日曆天**。
- 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。

關於已購買藥物付款的「標準上訴」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。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎么做

- 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。
- 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。我們還會告知您如何上訴。

步驟 4: 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。

第 6.6 節 步驟：如何提出第 2 級上訴**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**」。

獨立審查組織是由 **Medicare** 所僱用的獨立組織。其與我們無關，且是非政府機構。該組織會決定我們所做的決定是否正確或是否應變更。**Medicare** 會監督其作業。

步驟 1: 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。

- 如果我們拒絕您的第 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第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明誰可以提出此第 2 級上訴、您必須遵守的截止日期以及如何聯絡審查組織。但是，對於我們藥物管理計劃下的「風險」判定，若我們未在適用的時限內完成審查，或做出不利決定，我們將自動您將的索賠轉至獨立審查實體（IRE）。
- 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副本。
- 您有權利提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。

步驟 2: 獨立審查組織會審查您的上訴。

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。

「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（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 如果該組織同意進行「快速上訴」，則該組織必須在收到您的上訴申請後的 **72 小時內**對您的第 2 級上訴作出答覆。

「標準上訴」截止日期

- 對於標準上訴，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 個日曆天內**對您的第 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 個日曆天內**對您的第 2 級上訴作出答覆。

步驟 3: 獨立審查組織會給予您他們的答案。**對於「快速上訴」：**

- 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。

對於「標準上訴」：

- 如果獨立審查組織對您承保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 **72 小時內**提供經審查組織批准的藥物承保。
- 如果獨立審查組織對您請求補償已購藥物的部分或全部內容的回答為肯定，我們必須在收到獨立審查組織決定後 **30 個日曆天內**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請求（或您的部分請求）的決定。（這被稱為「維持決定」。這也稱為「駁回您的上訴」。）在此情況下，獨立審查組織將寄送一封信函給您：

- 說明其決定。
- 通知您，若您請求的藥物承保的美元價值達到某個最低限度，您有權提出第 3 級上訴。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。
- 告知您若要繼續上訴程序，爭議必須具備的美元價值。

步驟 4: 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）。
- 若您要提起第 3 級上訴，關於如何做到這一點的細節，請參閱您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人審理。本章第 9 節詳細介紹了有關第 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。

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。

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

在您住院後的兩天內，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）。擁有 Medicare 的人均有此通知副本。如果您未收到該通知，請向醫院員工索取（例如，社會工作者或護士）。如需幫助，您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡會員服務部，24 小時全年無休提供服務 (TTY 1-877-486-2048)。

1. 請仔細閱讀此通知，若有不解之處，請提出疑問。其將告知您：
 - 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。
 - 該向哪裡回報您對於住院護理品質的疑慮。
 - 如果您認為您的出院時間過早，您有權利**申請立即審查**您的出院決定。這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。
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。
 - 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。簽署該通知**不代表**您同意某個出院日期。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

3. 請保留該通知的**副本**，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。
- 如果您在出院之日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副本。
 - 若要提前查看本通知的副本，您可以撥打 24 小時全年無休的會員服務部或 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 步驟：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。
- 符合截止日期要求。
- 如有必要，請尋求協助。若您任何時候有問題或需要協助，請聯繫會員服務部。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。

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。

品質改善組織是一個由醫生與其他健康護理專業人士組成的團隊，故障政府會向他們支付費用，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。這些專家並非我們計劃的一員。

步驟 1：聯繫您所在州的品質改善組織，要求對您的出院情況進行立即審查。您必須快速採取動作。

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。或者您可以在第 2 章找到您所在州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。
 - 如果您符合該截止日期，您可以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作出決定。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 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繫的截止日期，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。

一旦您申請立即審查您的出院情況，品質改善組織將聯絡我們。該組織聯絡我們後，我們將在當天中午之前為您提供《**Detailed Notice of Discharge**》（詳細出院通知）。該通知將提供您的計劃出院日期並詳細解釋為什麼您的醫生、醫院及我們認為這是正確的（醫學上適當的）決定。

您可以致電會員服務部，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 小時全年無休通話服務，取得《**Detailed Notice of Discharge**》（詳細出院通知）的副本。（TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。）或者，您可以前往 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 在線上查看通知樣本。

步驟 2: 品質改善組織會針對您的案件進行獨立審查。

- 品質改善組織的衛生專業人員（「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，並審查醫院和我們提供給他們的資訊。
- 在審查員將您的上訴通知我們的計劃後，您將於當天中午之前將收到我們發送的一份書面通知，通知中將提供您的計劃出院日期。該通知還將解釋為什麼您的醫生、醫院及我們認為這是正確的（醫學上適當的）決定。

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。

如果答案是否定的，會發生什麼事？

- 如果審查組織給予否定答覆，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。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 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**

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第 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。

步驟 1: 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 2 級上訴請求後 **14 個日曆天內**，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醫院護理承保，只要它有醫療必要性。
- 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。這被稱為「維持決定」。
- 您會收到書面形式的通知，說明如果您想繼續審查流程，您可以採取的動作。

步驟 4: 如果答案是否定的，您將需要決定是否繼續進行第 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）。若您要提起第 3 級上訴，關於如何做到這一點的細節，請參閱您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。

- 第 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人審理。本章第 9 節詳細介紹了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多資訊。

第 7.4 節 如果您錯過了提出第 1 級上訴的截止日期怎麼辦？

法律術語

「快速審查」（或「快速上訴」）也稱為「加急上訴」。

您可以改為向我們提出上訴

如上所述，您必須對出院日期快速啟動第 1 級上訴。如果您錯過了與該品質改善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

步驟 1：聯絡我們並申請「快速審查」。

- 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。第 2 章有聯絡資訊。

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，我們會查看您在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。我們會檢查您的出院日期決定是否公平且遵循規定。

步驟 3：我們會在您申請「快速審查」後 72 小時內給予您決定。

- 如果我們同意您的上訴，這意味著我們已經與您達成共識，您在出院日期後仍然需要住院。只要這些服務具有醫療必要性，我們將繼續提供您所受承保的住院醫療服務。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不合適的。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。

步驟：第 2 級替代上訴流程

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**」。

獨立審查組織是由 Medicare 所僱用的獨立組織。其與我們的計劃無關，且是非政府機構。該組織會決定我們所做的決定是否正確或是否應變更。Medicare 會監督其作業。

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。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，這意味著他們同意您的計劃出院日期在醫學上是合適的。
 - 您從獨立的審查組織處取得的此書面通知會告訴您如何透過審查流程層第 3 級上訴，該上訴由行政法法官或律師仲裁人進行處理。

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 節詳細介紹了有關第 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、專業護理機構護理和綜合門診康復機構 (CORF) 服務

當您正在接受居家健康服務、專業護理或復健護理（綜合門診復健機構），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。

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 8.2 節 我們會提前告訴您您的承保何時會結束

法律術語

「**Notice of Medicare Non-Coverage (Medicare 非承保範圍通知)**」其將告訴您如何申請「快速通道上訴」。申請快速通道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。

1. 至少在我們的計劃停止承保您的護理費用的前兩天，您會收到書面通知。該通知將告知您：
 - 我們將停止承保您的護理的日期。
 - 如何申請「快速通道上訴」以要求我們延長承保您的護理的時間。
2. 將要求您或代您行事之人在書面通知上簽名，以表明您已收到通知。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。簽署該通知即表示您同意該計劃停止護理的決定。

第 8.3 節 步驟：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。
- 符合截止日期要求。
- 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。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。

在第 1 級上訴期間，品質改善組織會審查您的上訴。其將決定您的護理結束日期是否在醫學上合適。

品質改善組織是一個由醫生與其他健康護理專家組成的團隊，故障政府會向他們支付費用，用於檢查並協助改善具有 Medicare 的人員所獲得的照護品質。這將包括審查計劃決定何時停止承保某些類型的醫療護理。這些專家並非我們計劃的一員。

步驟 1：提出您的第 1 級上訴：聯繫品質改善組織並申請快速通道上訴。您必須快速採取動作。

如何聯絡該組織？

- 您所收到的書面通知（《Notice of Medicare Non-Coverage》（Medicare 非承保範圍通知））會告訴您如何與該組織聯繫。或者您可以在第 2 章找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

快速採取動作：

- 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。

您聯絡該組織的截止日期。

- 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。

法律術語

「Detailed Explanation of Non-Coverage（非承保範圍詳細說明）」。詳細說明終止承保之原因的通知。

該審查過程中，會發生什麼？

- 品質改善組織的衛生專業人員（「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。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 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。
- 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《**Detailed Explanation of Non-Coverage**》（非承保範圍詳細說明），其中詳細解釋了我們終止您的服務承保的原因。

步驟 3: 在獲得所需資訊後的一天內，審查員將告知您他們的決定。

如果審查員給予肯定答覆，會發生什麼事？

- 如果審查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）。您的承保服務可能會有所限制。

如果審查員給予否定答覆，會發生什麼事？

- 如果審查員給予否定答覆，那麼您的承保將於我們已告知您的日期終止。
- 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 級上訴獲得是否定答覆，您可以決定是否要再次上訴。

- 如果審查員對您的第 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，那麼您可以提出第 2 級上訴。

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**

在第 2 級上訴中，您請求品質改善組織重新考量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第 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、或綜合門診康復機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務的全部費用。

步驟 1: 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。

如果審查組織同意，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。我們必須繼續為您提供護理承保，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？

- 這意味著他們同意對您的第 1 級上訴所做的決定。
- 您會收到書面形式的通知，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。若您要提起第 3 級上訴，關於如何做到這一點的細節，請參閱您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人審理。本章第 9 節詳細介紹了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多資訊。

第 8.5 節	如果您錯過了提出第 1 級上訴的截止日期怎麼辦？
----------------	---------------------------------

您可以改為向我們提出上訴

如上所述，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

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」。

- 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。第 2 章有聯絡資訊。

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。

步驟 3: 我們會在您申請「快速審查」後 72 小時內給予您決定。

- 如果我們同意您的上訴，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。**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：第 2 級 替代上訴流程

在第 2 級上訴期間，獨立審查組織會審查我們對您的「快速上訴」做出的決定。該組織會決定所做的決定是否應變更。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。

步驟 1: 我們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。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。

- 獨立審查組織的審查員會仔細查看所有與您的上訴相關的資訊。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 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的通知，說明如果您想繼續第 3 級上訴，您可以採取的動作。

步驟 3: 如果獨立審查組織拒絕您的上訴，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。若您要提起第 3 級上訴，關於如何做到這一點的細節，請參閱您在第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 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 節詳細介紹了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多資訊。

第 9 節 將您的上訴提升至第 3 級及更高級別**第 9.1 節 針對醫療服務請求的第 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。您收到的第 2 級上訴的書面回覆將說明如何申請第 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	行政法法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人 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**。與第 2 級上訴的決定不同，我們有權對有利於您的第 3 級決定提出上訴。如果我們決定上訴，其將轉至第 4 級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，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。

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

- 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。您收到的通知將告訴您如何進行第 4 級上訴。

第 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**。與第 2 級時的決定不同，我們有權對有利於您的第 4 級決定提出上訴。我們將決定是否將該決定上訴至第 5 級。
 - 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。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，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，以及如何繼續進行第 5 級上訴。

第 5 級上訴 聯邦地區法院 (Federal District Court) 的法官將審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊並決定 **同意或拒絕** 您的申請。這是最終答覆。聯邦地區法院之后，沒有更高的上訴等級。

第 9.2 節 **針對 Part D 藥物請求的第 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（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

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 行政法法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人 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。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。
 - 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。您收到的通知將告訴您如何進行第 4 級上訴。

第 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。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，通知將告訴您規則是否允許您繼續進行第 5 級上訴。其亦會告知您，如果您選擇繼續上訴，該聯繫誰，以及下一步該怎麼做。

第 5 級上訴 聯邦地區法院 (Federal District Court) 的法官將審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊並決定 *同意或拒絕*您的申請。這是最終答覆。聯邦地區法院之後，沒有更高的上訴等級。

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。

第 10.1 節 投訴程序處理哪些問題？

投訴流程僅適用於某些類型的問題。這包括與護理品質、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。

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	是否有人不尊重您的隱私權，或分享了保密資訊？
不尊重、不良客戶服務或其他負面行為	- 是否曾有人以粗魯或不尊重的方式對待您？ - 您對我們的會員服務部不滿意嗎？ - 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、候診室或檢查室、獲取處方時等待時間過久。
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	- 我們是否未能提供必要的通知？ - 我們的書面資訊是否難以理解？

投訴	範例
及時性 （這些類型的投訴都與我們對承保決定和上訴相關的行動的及時性有關）	如果您已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： • 您要求我們給予您「快速承保決定」或「快速上訴」，而我們表示拒絕，您可以提出投訴。 • 您認為我們並未在截止日期內提供承保決定或上訴：您可以提出投訴。 • 您認為我們並未在截止日期內提供承保或補償經批准的特定醫療服務或藥物的費用；您可以提出投訴。 • 您認為我們未在規定的截止日期內將您的案件轉至獨立審查組織；您可以提出投訴。

第 10.2 節 如何提出投訴

法律術語
• 「投訴」亦稱為「申訴」。 • 「提出投訴」亦稱為「提出申訴」。 • 「使用投訴流程」亦稱「使用申訴流程」。 • 「快速投訴」亦稱為「加急申訴」。

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。
- 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

第 9 章 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）該怎麼做

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。如果您申請書面答覆，我們將以書面答覆，若您提起書面投訴（申訴），若您的投訴與護理質量相關，我們以書面形式答覆。

- 投訴的**截止日期**是在您遇到您想投訴的問題後 60 個日曆天內提出。

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次通話中提供您答覆。
- 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。
- 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。
- 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，我們將在給您的答覆中寫明原因。

第 10.4 節 您還可以向品質改善組織投訴護理品質

若您的投訴涉及**護理品質**，您還有兩個額外的選項：

- 您可以直接向品質改善組織提出您的投訴。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。第 2 章有聯絡資訊。

或

- 您可以同時向品質改善組織與我們投訴。

第 10.5 節 您也可以將您的投訴告知 Medicare

您可以直接向 Medicare 提出關於 KelseyCare Advantage Gold 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您亦可致電 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 1 節 介紹如何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。第 2 節與第 3 節提供關於自願終止會員的資訊。
- 也有些少數的情況下，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，我們的計劃必須繼續提供您的醫療護理和處方藥，而且您將繼續支付您費用分攤。

第 2 節 您何時可以終止您在我們的計劃中的會員資格？

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」）終止您在我們的計劃中的會員資格。在此期間，審查您的健康和藥物承保，並決定您於來年的承保範圍。

- 年度投保期從 10 月 15 日起至 12 月 7 日。
- 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，您可以選擇以下任何類型的計劃：
 - 其他 Medicare 保健計劃，有或沒有處方藥承保。
 - Original Medicare，含單獨的 Medicare 處方藥計劃。
 - 沒有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
 - 如果您轉選擇此選項，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。

- 您在我們計劃中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更改一次。

- 年度 Medicare Advantage 開放投保期是 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 年度 Medicare Advantage 開放投保期內，您可以：
 - 轉換至其他 Medicare Advantage Plan，無論是否有處方藥承保。
 - 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)**。

如果您適用任一種下列情況，您可能符合資格，能在特殊投保期間結束您的會員資格。以下只是一些範例，若想取得完整的清單，您可以聯絡計劃，致電 Medicare，或者前往 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。

該投保期依您的狀況而異。

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，您可以選擇改變你的 Medicare 醫療保險和處方藥承保。您可以選擇：

- 其他 Medicare 保健計劃，有或沒有處方藥承保。
- 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。

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。

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。

- 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。

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？

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

- 致電會員服務部。
- 您可以在《**Medicare & You 2023**》（2023 年聯邦醫療保險與您）手冊中找到相關資訊。
- 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 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？

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。

如果您想從我們的計劃轉換至：

這是您應採取的動作：

- 沒有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
- 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。
- 您也可以隨時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，要求退出。TTY 用戶應致電 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

在您的會員資格終止及新 Medicare 承保開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療護理和處方藥。

- 繼續使用我們的網路提供者接受醫療護理。
- 繼續使用我們的網路藥局或透過郵購的方式來配處方藥。
- 如果您在會員資格終止當天住院，我們的計劃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超過六個月以上。
 - 如果您搬離或前往長期旅行，請聯繫會員服務部，瞭解您將要搬往或旅行的地方是否在我們的計劃區域內。
- 如果您受到監禁（入獄）。

- 如果您不再是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。
- 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。

第 5.2 節	我們無法以任何與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，可撥打 24 小時全年無休的 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）以連繫 Medicare。（TTY 1-877-486-2048）。

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。

第 11 章：

法律通知

第 1 節 適用法律通知

適用於本《Evidence of Coverage》（承保證明書）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。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。

第 2 節 關於非歧視的通知

我們不會因種族、民族、國籍、膚色、宗教、性、性別、年齡、性取向、精神或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、遺傳訊息、可保性證明或服務區內的地理位置而產生歧視。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。您還可以從衛生及公共服務部的民權辦公室網站 <https://www.hhs.gov/ocr/index> 檢視資訊。

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。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

即日手術中心— 即日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 10 月 15 日至 12 月 7 日，會員可以變更他們的保健或藥物計劃，或轉換至 Original Medicare 的時間段。

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。

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起算。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 \$7,400 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。

慢性護理特別需求計劃— C-SNP 是僅限具有特別需求的個人參保的 SNP，這類人群患有《聯邦規則彙編》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 篇第 422.2 節中定義的特定的嚴重或失能慢性疾病。C-SNP 必須具備特定的特點，超過所有 Medicare Advantage Coordinated Care Plan 規定的基礎 Medicare Parts A 與 B 服務與護理協調提供的福利，以便接受向 C-SNP 提供的特殊指定及行銷與參保調節。

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百分比（例如 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。若您的計劃不遵循上訴流程中的時間段，則還包括投訴。

第 12 章 重要詞彙定義

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。

綜合門診復健機構 (CORE) – 主要提供患病或受傷後復健服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療和言語語言病理學服務，以及居家環境評估服務。

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（例如 \$10），而非百分比。

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。

費用分攤層級 – 承保藥品清單上的每一種藥物都屬於 6 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（如果需要）的決定。一般而言，如果您將處方帶到藥局，而藥局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。承保判定在本文件中稱為「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。

承保服務 - 我們使用的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護理，包括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。

第 12 章 重要詞彙定義

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個月的供應天數。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。

免賠額 – 在我們的計劃支付之前，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。

配藥費 – 每次配發承保藥物時收取的費用，用於支付配處方藥的費用，例如藥劑師準備和包裝處方藥的時間。

雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) – 有權投保 Medicare（《社會保險法 (the Act)》第 18 篇）與取得 Medicaid 下州計劃醫療補助（第 19 篇）的 D-SNP 參保個人。州承保部分 Medicare 費用，具體取決於州與個人的資格。

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（如果您的孕婦，則以防止流產）、截肢或喪失肢體機能、身體機能喪失或出現嚴重損害的情況。醫療症狀可能是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病。

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，將允許您取得不在我們的處方集上的藥物（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）。如果我們的計劃要求您在收到您申請的藥物之前嘗試另一種藥物，或者我們的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 或州計劃，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 – 您對我們的計劃、提供者或藥局提出的一種投訴，包括對您的護理品質的投訴。這不涉及承保或付款爭議。

居家健康護理 - 提供服務的人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）。

安寧療護 - 一種向醫學上被證實患有晚期疾病且預期壽命為 6 個月或更短的成員提供特殊治療的福利。我們，您的計劃，必須為您提供您所在地理位置的安寧療護清單。如果您選擇安寧療護，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。

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」。

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 是添加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 \$4,660 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。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。

機構特殊需求計劃 (SNP) – 一項計劃，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。這些機構可能包括專業護理機構 (SNF)、護理機構 (NF)、(SNF/NF)、智能障礙人士中級護理機構 (ICF/IID)、住院精神病院和/或經 CMS 批准提供類似長期醫療保健服務的機構，這些機構提供的服務根據 Medicare Part A、Medicare Part B 或 Medicaid 承保；而且其住戶的需求或醫療保健狀態與其他列名的機構類型相似。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。

機構同等特殊需求計劃 (SNP) – 一項計劃，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。

承保藥品清單（處方集或「藥品清單」） – 計劃承保的處方藥清單。

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」。

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。

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。州 Medicaid 計劃各有不同，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。

醫療集團 - 一個由醫生組成的集合體，他們以合同形式相互合作。

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。

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（一般是指需要透析或腎移植的永久性腎衰竭者）。

Medicare Advantage 開放投保期 - 1 月 1 日至 3 月 31 日的時間段內，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 開放投保期亦可在個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月內使用。

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 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人按服務收費 (Private Fee-for-Service, PFFS) 計劃或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶 (Medicare Medical Savings Account, MSA) 計劃。除了從這類計劃中選擇之外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃還可以是 Special Needs Plan (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage Plan 也提供 Medicare Part D（處方藥承保）。這些計劃被稱為具有處方藥承保的 **Medicare Advantage 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。

Medicare 承保服務 - Medicare Part A 和 Part B 所承保的服務。所有 Medicare 保健計劃皆必須承保 Medicare Part A 和 Part B 所承保的所有服務。Medicare 承保的服務一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙齒或聽力方面的福利。

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 Plan、Medicare Cost Plan、Special Needs Plan、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。

網路藥局 - 網路藥局是與我們的計劃簽訂合約後使得會員可以在其中獲得他們的處方藥福利的藥局。在大多數情況下，只有在我們其中一家網路藥局配藥時才會為您承保處方。

網路提供者 - 「提供者」是醫生、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 和州批准或認證提供醫療護理服務。「**網路提供者**」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。網路提供者亦稱「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) 是一個用於確保藥局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。您必須自願選擇可選補充福利才能獲得它們。

組織決定 - 我們的計劃所做的關於是否承保用品或服務，或您必須為承保的用品或服務支付多少費用的決定。組織決定在本文件中稱為「承保決定」。

第 12 章 重要詞彙定義

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 和處方藥計劃這樣的私人保健計劃。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。

網路外藥局 – 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局。除非適用某些條件，否則您從網路外藥局獲得的大多數藥物均不在我們計劃的承保範圍內。

網路外提供者或網路外機構 - 未與我們的計劃簽訂合約以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。

自付額 – 請參閱上文「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 – 請參閱「Medicare Advantage (MA) Plan」。

Part D - 自願 Medicare 處方藥福利計劃 (Medicare Prescription Drug Benefit Program)。

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。某些類別的藥物已被國會排除在承保 Part D 藥物範圍之外。特定類別的 Part D 藥物必須由所有計劃承保。

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。

首選費用分攤 – 首選費用分攤表示在某些網路藥局適用於某些承保 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，擁有已簽約的提供者網路，同意以一定費用為計劃的會員提供治療。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）提供者接受服務的自付額有年度限額，且對您從網路（首選）和網路外（非首選）提供者接受服務的總自付額有較高的限額。

保費 – 為醫療或處方藥 承保而定期支付給 Medicare、保險公司或醫療保健計劃的費用。

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。

初級照護提供者 (PCP) – 您因大多數健康問題首先看的醫生或其他提供者。在許多 Medicare 保健計劃中，您在看其他醫療照護提供者之前，必須先看您的初級照護提供者。

事先授權 – 提前批准以獲得服務或特定藥物。需要事先授權的承保服務已標註在第 4 章的福利表中。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 – 醫療裝置包括但不限於：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。

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 – 地理區域，您必須居住在此區域才能加入特定的健康計劃。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，該計劃必須終止您的資格。

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。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。

特殊投保期 – 會員可以變更他們的健康或藥物計劃，或轉回 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、居住在療養院的人，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局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 – 承保的非緊急服務，在網路提供者暫時不可用或無法使用時或參保者身處服務區外時提供。例如，您在週末時需要立即得到護理。需要立即取得服務且醫學上必要。