

2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

# 《承保範圍說明書》

## 您作為 Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) 會員的 Medicare 健康理賠福利和服務及處方藥承保範圍

本文件將會為您提供從 2023 年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止，與您 Medicare 健康護理和處方藥承保範圍有關的詳細資訊，此為重要的法律文件。請將本手冊妥善保管於安全的地方。

如有關於本文件的問題，請聯絡會員服務部：1-800-443-0815 取得更多資訊（聽障及語障電話專線使用者請致電 711。）服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00。

本 Kaiser Permanente Senior Advantage 計劃是由北加州地區的 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（以下簡稱為「Health Plan」）所提供。當本《承保範圍說明書》提及「我們」或「我們的」時，其意指「Health Plan」。若提及「計劃」或「我們的計劃」，則意指 Kaiser Permanente Senior Advantage (Senior Advantage)。

本文件的西班牙文版和中文版為免費提供。如欲取得其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話號碼為 1-800-443-0815。（聽障及語障電話專線，使用者應致電 711。）服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至下午 8:00。

This document is available for free in Spanish and Chinese. Please contact our Member Services number at 1-800-443-0815 for additional information. (TTY users should call 711.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

本文件有點字版、大字版或 CD 可供索取，如果您有需要，請致電會員服務部（電話號碼列印於本文件的封底）。

理賠福利、保費、免賠額和/或共付額/共保額可能會於 2023 年 1 月 1 日變更。承付藥物手冊、藥房網絡和/或醫護人員網絡隨時可能會變更。您將在必要時收到通知。我們至少會於 30 天前通知相關變更給受到影響的投保人。

H0524\_23ENCALCH\_C

873952486 NCAL

PBP 編號：032, 060

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



本文件會說明您的理賠福利和權利。利用本文件以了解：

- 您的計劃保費和成本分擔；
- 您的 **Medical** 與處方藥理賠福利；
- 如果您對服務與治療不滿，如何提交投訴；
- 如果您需要進一步協助，如何聯絡我們；以及，
- 其他根據 **Medicare** 法律所需的保護

# 2023 年《承保範圍說明書》

## 目錄

<b>第 1 章 — 會員入門指南</b> .....	<b>8</b>
第 1 節 — 前言 .....	8
第 2 節 — 成為計劃會員的合格入保資格是什麼？ .....	10
第 3 節 — 您會收到重要的會員資料 .....	13
第 4 節 — 您每月需為本計劃支付的費用 .....	15
第 5 節 — 與您月保費有關的進一步資訊 .....	19
第 6 節 — 請將計劃會員資格記錄保持在最新狀態 .....	21
第 7 節 — 其他保險如何與本計劃協調運作 .....	22
<b>第 2 章 — 重要的電話號碼及資源</b> .....	<b>24</b>
第 1 節 — Kaiser Permanente Senior Advantage 聯絡人 (如何聯絡我們, 包括如何聯絡會員服務部) .....	24
第 2 節 — Medicare (如何直接經由聯邦 Medicare 計劃取得協助和資訊).....	28
第 3 節 — State Health Insurance Assistance Program (有關 Medicare 的免費協助、資訊和問題解答) .....	30
第 4 節 — 品質改進組織 .....	30
第 5 節 — 社會安全局 .....	31
第 6 節 — Medicaid .....	32
第 7 節 — 協助支付處方藥費用的計劃資訊 .....	33
第 8 節 — 如何聯絡鐵路職工退休委員會 .....	35
第 9 節 — 您是否享有由僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？ .....	35

<b>第 3 章 — 使用我們的醫療服務計劃</b> .....	<b>36</b>
第 1 節 — 本計劃會員在獲得承保醫療護理時的須知事項 .....	36
第 2 節 — 使用我們網絡內的醫護人員來取得醫療護理 .....	38
第 3 節 — 當您需要急診或有緊急醫護需求時，如何獲得服務？或當您遇到災 難時 .....	42
第 4 節 — 如果您直接收到承保服務的全額費用帳單該怎麼辦？ .....	44
第 5 節 — 當您參加「臨床試驗研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？ .....	45
第 6 節 — 關於如何在「宗教性非醫療健康護理機構」獲得醫護服務的規定 .....	46
第 7 節 — 耐用醫療器材所有權規則 .....	47
<b>第 4 章 — 醫療理賠項目表 (承保內容及應付費用)</b> .....	<b>49</b>
第 1 節 — 瞭解您為承保服務支付的自付費用 .....	49
第 2 節 — 利用此份「醫療理賠項目表」，尋找您的承保服務及您應支付的 費用 .....	51
第 3 節 — 哪些服務不屬於本計劃的承保範圍？ .....	159
<b>第 5 章 — 使用我們計劃所承保的 D 部分處方藥</b> .....	<b>169</b>
第 1 節 — 前言 .....	169
第 2 節 — 在網路藥房或透過郵購服務配藥 .....	169
第 3 節 — 您的藥物必須列於本計劃的「藥物清單」中 .....	173
第 4 節 — 部分藥物有承保限制 .....	174
第 5 節 — 如果您的其中一項藥物未依照您所希望的方式承保該怎麼辦？ .....	175
第 6 節 — 如果您其中一項藥物的承保範圍變更了該怎麼辦？ .....	178
第 7 節 — 哪些類型的藥物不屬於本計劃的承保範圍？ .....	180
第 8 節 — 配藥 .....	181

第 9 節 — 在特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍.....	181
第 10 節 — 藥物安全及藥物管理計劃 .....	183
<b>第 6 章 — 您需為 D 部分處方藥支付的費用.....</b>	<b>185</b>
第 1 節 — 前言 .....	185
第 2 節 — 您需為藥物支付的金額取決於配領藥物時您所屬的「藥物付款階段」 .....	189
第 3 節 — 我們向您提供報告說明藥物付款情況和您所處的付款階段 .....	189
第 4 節 — Senior Advantage 無免賠額。 .....	191
第 5 節 — 在初始保險階段，本計劃支付您藥物的成本分擔，而您支付您藥物的成本分擔 .....	191
第 6 節 — 保險間斷階段的費用 .....	196
第 7 節 — 在重大傷病承保階段，您的藥費大部分由我們支付 .....	199
第 8 節 — 計劃 D 部分疫苗。您所需支付的費用取決如何以及在哪取得： .....	199
<b>第 7 章 — 要求我們給付您收到之承保醫療服務或藥物帳單中我們應分擔的費用 .....</b>	<b>201</b>
第 1 節 — 您應要求我們支付我們應分擔的承保服務或藥物費用之情形 .....	201
第 2 節 — 如何要求我們向您償還費用或支付您收到的帳單 .....	203
第 3 節 — 我們會審核您的給付申請並告知您我們是否核准 .....	204
<b>第 8 章 — 您的權利和責任 .....</b>	<b>205</b>
第 1 節 — 我們必須尊重您作為本計劃會員的權利和文化敏感性 .....	205
第 2 節 — 作為本計劃的會員您有部分責任 .....	213
<b>第 9 章 — 如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴及投訴) 該如何處理 .....</b>	<b>215</b>
第 1 節 — 前言 .....	215
第 2 節 — 在何處可以獲得更多資訊和個人化協助 .....	215
第 3 節 — 為了處理您的問題，您應該採用哪一種流程？ .....	216
第 4 節 — 承保決定及上訴基本指南 .....	217

第 5 節 — 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴 .....	219
第 6 節 — 您的計劃 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴.....	226
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 .....	234
第 8 節 — 如果您認為您的承保結束過早，如何要求我們繼續承保特定的醫療 服務 .....	240
第 9 節 — 進行 3 級以上的上訴.....	244
第 10 節 — 如何提出有關醫護品質、等候時間、客戶服務或其他疑慮的投訴 .....	247
<b>第 10 章 — 終止您在本計劃的會員資格.....</b>	<b>250</b>
第 1 節 — 說明終止您在本計劃的會員資格 .....	250
第 2 節 — 您可在何時終止您在本計劃的會員資格？ .....	250
第 3 節 — 如何終止您在本計劃的會員資格？ .....	253
第 4 節 — 在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療服 務和藥物 .....	253
第 5 節 — 在某些情形下，我們必須終止您在本計劃的會員資格 .....	254
<b>第 11 章 — 法律聲明 .....</b>	<b>256</b>
第 1 節 — 有關管轄法律的聲明 .....	256
第 2 節 — 有關反歧視的聲明 .....	256
第 3 節 — 關於 Medicare 次要付款方代位求償權的聲明 .....	256
第 4 節 — 本《承保範圍說明書》的管理 .....	256
第 5 節 — 申請和聲明 .....	257
第 6 節 — 轉讓 .....	257
第 7 節 — 律師及代表費用和開支 .....	257
第 8 節 — 理賠福利協調 .....	257

---

第 9 節 — 雇主責任 .....	257
第 10 節 — 《承保範圍說明書》對會員的約束力 .....	258
第 11 節 — 政府機構的責任 .....	258
第 12 節 — 會員免責 .....	258
第 13 節 — 不棄權條款 .....	258
第 14 節 — 通知 .....	258
第 15 節 — 追討超額付款 .....	258
第 16 節 — 第三方責任 .....	259
第 17 節 — 美國退伍軍人事務部 .....	260
第 18 節 — 工傷賠償或雇主責任理賠福利 .....	260
第 19 節 — 代孕 .....	260
第 20 節 — 具約束力的仲裁 .....	261
<b>第 12 章 — 重要詞彙的定義 .....</b>	<b>265</b>

## 第 1 章 — 會員入門指南

### 第 1 節 — 前言

#### 第 1.1 節 — 您入保 Senior Advantage，該計劃是 Medicare 的 HMO

您已經得到 Medicare 的承保，且您選擇透過本計劃 Kaiser Permanente Senior Advantage 來獲取您的 Medicare 健康護理及處方藥承保。

我們需要承保所有計劃 A 部分和計劃 B 部分的服務。然而，在本計劃中有關費用分擔和保健業者的使用，與 Original Medicare 不同。

Senior Advantage 是一個 Medicare Advantage HMO 計劃（HMO 是健康維護組織的英文縮寫），該計劃由 Medicare 核准並委託一家私營公司運營。

本計劃下的保險資格為合格保健計劃 (QHC)，並滿足《病人保護及平價醫療法案》(ACA) 中的個人分擔責任規定。如需更多資訊，請造訪國稅局 (IRS) 網站，網址為：  
[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)。

#### 第 1.2 節 — 《承保範圍說明書》文件的用途是什麼？

本《承保範圍說明書》文件將會為您說明如何獲取您的醫療護理以及處方藥。它解釋您的權利和責任、承保範圍、您作為我們計劃成員應支付的費用，以及如果您對某個決定或待遇不滿，如何提出投訴。

本《承保範圍說明書》說明了下列計劃，而這些計劃均包括 Medicare 計劃 D 部分的處方藥物承保：

- Kaiser Permanente Senior Advantage Alam.、SF、Napa (HMO)：在本文件中意指「Alameda、Napa 和 San Francisco County 計劃」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Alameda (HMO)：在本文件中意指「Alameda County Basic 計劃」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Fresno (HMO)：在本文件中意指「Greater Fresno Area Basic 計劃」。
- Kaiser Permanente Sr Advantage Basic Sac.、Sonoma (HMO)：在本文件中意指「Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic 計劃」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic SnJoaq (HMO)：在本文件中意指「San Joaquin County Basic 計劃」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Stanis (HMO)：在本文件中意指「Stanislaus County Basic 計劃」。



- Kaiser Permanente Sr Adv Basic Contra Costa (HMO)：在本文件中意指「**Contra Costa County Basic 計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Enhanced Contra Costa (HMO)：在本文件中意指「**Contra Costa County Enhanced 計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced Fresno (HMO)：在本文件中意指「**Greater Fresno Area Enhanced 計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Enhanced Sac. , Sonoma (HMO)：在本文件中意指「**Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced SnJoaq (HMO)：在本文件中意指「**San Joaquin County Enhanced 計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced Stanis (HMO)：在本文件中意指「**Stanislaus County Enhanced 計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Marin (HMO)：在本文件中意指「**Marin County Basic 計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Enhanced Marin San Mateo (HMO)：在本文件中意指「**Marin 和 San Mateo County Enhanced 計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic SF (HMO)：在本文件中意指「**San Francisco County Basic 計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic San Mateo (HMO)：在本文件中意指「**San Mateo County Basic 計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Basic Santa Clara (HMO)：在本文件中意指「**Santa Clara County Basic 計劃**」。
- Kaiser Permanente Sr Adv Enhanced Santa Clara (HMO)：在本文件中意指「**Santa Clara County Enhanced 計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Santa Cruz (HMO)：在本文件中意指「**Santa Cruz County 計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Solano (HMO)：在本文件中意指「**Solano County Basic 計劃**」。
- Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced Solano (HMO)：在本文件中意指「**Solano County Enhanced 計劃**」。

如果您不確定您入保的是哪個計劃，請致電會員服務部或參閱您的**年度變更通知**封面(或者，如果是新會員，請查閱您的入保申請表或入保確認函)。

**注意：**請參閱本章的第 2.2 節節，以瞭解本《承保範圍說明書》內每個計劃的服務區之地理位置。就保費、成本分擔、入保和退保而言，本地區的服務區有多種 Senior Advantage 計劃，具體內容詳見《承保範圍說明書》。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方獲得網絡醫護人員的醫療護理。

「承保範圍」和「承保服務」這兩個詞是指身為本計劃的會員您可以獲取的醫療護理和服務以及處方藥。

瞭解本計劃的規定以及您可以獲取哪些服務十分重要。我們鼓勵您撥出一些時間來翻閱本《承保範圍說明書》文件。

如果您有困惑或顧慮，或有任何疑問，請與會員服務部聯絡。

### 第 1.3 節 — 《承保說明書》有關的法律資訊

本《承保範圍說明書》是我們與您簽訂合約的一部分，內容在向您解釋我們如何承保您的醫護服務。本合約的其他部分包括您的入保申請表、本計劃 2023 年《完整承付藥物手冊》，以及我們寄給您的任何通知，告知您承保範圍的變更或會影響承保範圍的條件變更。此類通知有時也稱為「附約」或「修訂」。

本合約在您 2023 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日入保 Senior Advantage 的期間有效。

每個日曆年度，Medicare 允許我們更改我們提供的計劃。這表示我們可以在 2023 年 12 月 31 日之後變更計劃的費用和理賠福利。我們也可選擇在 2023 年 12 月 31 日之後於您服務區停止提供本計劃。

Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）必須每年核准本計劃。只要我們選擇繼續提供本計劃且 Medicare 繼續核准本計劃，您就可以每年以本計劃的會員身分繼續獲得 Medicare 的承保。

## 第 2 節 — 成為計劃會員的合格入保資格是什麼？

### 第 2.1 節 — 您的入保資格要求

只要您符合以下條件您即有資格取得本計劃的會員資格：

- 您同時擁有 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分。
- 您居住在我們的服務區（下面第 2.2 節將會說明我們的服務區）。如果您從 1999 年一月以前起便一直是本計劃的會員，且您在 1999 年一月以前住在我們的服務區外，則只要您從 1999 年一月以前起便一直沒有搬家，您將仍保有入保資格。若是被拘押的個人即使身處地理服務區，也不被視為在服務區內。
- 您是美國公民或美國合法居民。

---

## 第 2.2 節 — 以下是我們的 Senior Advantage 計劃服務區

---

我們的計劃僅適用於居住在本計劃服務區的個人。為了保持本計劃的會員身分，您必須繼續居住在計劃服務區。服務區的情況描述如下。

### **Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco County 計劃（適用於居住在本計劃服務區的人）**

本計劃的服務區包括加州的 **Alameda、Napa 及 San Francisco County**。

### **Senior Advantage Alameda County Basic 計劃（適用於居住在本計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **Alameda County**。

### **Senior Advantage San Francisco Basic 計劃（適用於居住在該計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **San Francisco County**。

### **Senior Advantage Contra Costa County Basic 或 Enhanced 計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **Contra Costa County**。

### **Senior Advantage Greater Fresno Area Basic 或 Enhanced 計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人）**

我們的計劃服務區也包括 California 下列郡縣中的部分地區，僅限以下郵遞區號：

- **Fresno County**：93242、93602、93606-07、93609、93611-13、93616、93618-19、93624-27、93630-31、93646、93648-52、93654、93656-57、93660、93662、93667-68、93675、93701-12、93714-18、93720-30、93737、93740-41、93744-45、93747、93750、93755、93760-61、93764-65、93771-79、93786、93790-94、93844 及 93888。
- **Kings County**：93230、93232、93242、93631 及 93656。
- **Madera County**：93601-02、93604、93614、93623、93626、93636-39、93643-45、93653、93669 及 93720。
- **Mariposa County**: 93601、93623 及 93653。
- **Tulare County**：93238、93261、93618、93631、93646、93654、93666 及 93673。

### **Senior Advantage Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic 或 Enhanced 計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **Sacramento County**。另外，我們的服務區也包括加州下列郡縣中的部分地區，僅限以下郵遞區號：

- **Amador County**: 95640、95669。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

- **El Dorado County**： 95613–14、95619、95623、95633–35、95651、95664、95667、95672、95682 及 95762。
- **Placer County**： 95602–04、95610、95626、95648、95650、95658、95661、95663、95668、95677–78、95681、95703、95722、95736、95746–47 及 95765。
- **Sonoma County**： 94515、94922–23、94926–28、94931、94951–55、94972、94975、94999、95401–07、95409、95416、95419、95421、95425、95430–31、95433、95436、95439、95441–42、95444、95446、95448、95450、95452、95462、95465、95471–73、95476、95486–87 及 95492。
- **Sutter County**： 95626、95645、95659、95668、95674、95676、95692 及 95837。
- **Yolo County**： 95605、95607、95612、95615–18、95645、95691、95694–95、95697–98、95776 及 95798–99。
- **Yuba County**： 95692、95903 及 95961。

#### **Senior Advantage Marin County Basic 計劃（適用於居住在本計劃服務區的人）**

本計劃的服務區包括加州的 **Marin County**。

#### **Senior Advantage Marin 和 San Mateo County Enhanced 計劃（適用於居住在本計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **Marin** 及 **San Mateo County**。

#### **Senior Advantage San Joaquin County Basic 或 Enhanced 計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **San Joaquin County**。

#### **Senior Advantage San Mateo County Basic 計劃（適用於居住在本計劃服務區的人）**

本計劃的服務區包括加州的 **San Mateo County**。

#### **Senior Advantage Santa Clara County Basic 或 Enhanced 計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人）**

我們的本計劃服務區也包括加州 **Santa Clara County** 中的部分地區，僅限以下郵遞區號： 94022–24、94035、94039–43、94085–89、94301–06、94309、94550、95002、95008–09、95011、95013–15、95020–21、95026、95030–33、95035–38、95042、95044、95046、95050–56、95070–71、95076、95101、95103、95106、95108–13、95115–36、95138–41、95148、95150–61、95164、95170、95172–73、95190–94 及 95196。

#### **Senior Advantage Santa Cruz County 計劃（適用於居住在本計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **Santa Cruz County**。

**Senior Advantage Solano County Basic 計劃（適用於居住在本計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **Solano County**。

**Senior Advantage Solano County Enhanced 計劃（適用於居住在本計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **Solano County**。此外，如果您從 1998 年 12 月 31 日開始便持續入保 Senior Advantage，且您所有時間皆居住在我們服務區外的同一住址，本計劃也包括居住在我們北加州地區服務區外的會員。

**Senior Advantage Stanislaus County Basic 或 Enhanced 計劃（適用於居住在這些計劃服務區的人）**

我們的服務區包括加州的 **Stanislaus County**。

如果您計劃搬到本計劃的服務區外，您將不能繼續保有本計劃的會員資格。如果您想知道我們的計劃是否包括您新的所在地區，請聯絡會員服務部。當您搬遷時，您將享有特殊入保期，您將可在該期間內轉至 Original Medicare，或參保新地點提供的 Medicare 保健計劃或藥物計劃。

還有很重要的一點是，如果您搬遷或更改郵寄地址，請致電通知社會安全局。您可以在第 2 章, 第 5 節找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

**第 2.3 節 — 美國公民或合法居民**

Medicare 保健計劃的會員必須是美國公民或美國合法居民。如果根據此規定您不符合保留會員身分的資格，Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）將會通知我們。如果您不符合此項規定，我們必須取消您繼續參保的資格。

**第 3 節 — 您會收到重要的會員資料****第 3.1 節 — 您計劃的會員卡**

您作為本計劃的會員期間，必須使用會員卡才能獲得本計劃承保的服務以及網路藥房領取的處方藥。您也應向醫護人員出示您的 Medicaid 卡（如適用）。以下是會員卡樣例以讓您知道您的卡是什麼樣子：



只要您是本計劃的會員您便不得使用 Medicare 紅白藍卡來獲得承保醫療服務。如果您使用 Medicare 卡而不是使用 Senior Advantage 的會員卡，則您可能必須自己支付醫療服務的全額費用。請將您的 Medicare 卡保存在安全的地方。如果您需要醫院服務、安寧服務，或參加 Medicare 核准的臨床研究試驗（也稱為臨床試驗），您可能需要出示您的 Medicare 卡。

如果您的計劃會員卡損壞、遺失或遭竊，請立即致電會員服務部，我們將會寄給您新卡。

### 第 3.2 節 — 《醫護人員名錄》

《醫護人員名錄》列有本計劃的網絡醫護人員和耐用醫療器材供應商。

網絡醫護人員是與我們簽訂協議，願意接受我們的給付和任何計劃成本分擔作為全額報酬的醫生和其他保健專業人員、專業醫療服務集團、耐用醫療器材供應商、醫院及其他保健設施。

—您必須經由網路內的醫護人員來取得醫療護理與服務。如果您在未授權的情況下在它處取得，您將無法獲得全額給付。唯一的例外情形包括急診、沒有網路醫護人可用時（即您無法在合理或可能的情況下取得網路內服務）需要的緊急需求服務、區域外洗腎服務以及本計劃授權使用網路外醫護人員的情形。

您可在我們的網站 [kp.org/directory](http://kp.org/directory) 找到最新版的醫護人員和供應商清單。如果您沒有《醫護人員名錄》，您可以向會員服務部索取一份副本。

### 第 3.3 節 — 《藥房名錄》

《藥房名錄》列出我們的網絡藥房。網絡藥房是指所有同意為本計劃會員配取承保處方藥的藥房。您可以使用《藥房名錄》來尋找您想使用的網絡藥房。有關您使用我們計劃網路外的藥房資訊，請參閱第 5 章, 第 2.5 節。

如果您沒有《藥房名錄》，您可以向會員服務部索取一份副本。您也可以在我们的網站 [kp.org/directory](http://kp.org/directory) 找到這些資訊。

### 第 3.4 節 — 本計劃的承保藥物清單（承付藥物手冊）

本計劃有 **2023 年《完整承付藥物手冊》**。我們將其簡稱為「藥物清單」。藥物清單會列出根據本計劃 D 部分理賠福利所承保的 Medicare 計劃 D 部分處方藥。本清單中的藥物是由本計劃在醫生和藥劑師團隊的幫助下選擇。該清單必須符合 Medicare 的要求。

Medicare 已核准本計劃的藥物清單。

藥物清單還告知您是否有任何限制您藥物承保範圍的規定。我們將會為您提供一份《藥物清單》。如要獲取有關承保藥物的完整當前資訊，請致電會員服務部或造訪我們的網站([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx))。

## 第 4 節 — 您每月需為本計劃支付的費用

您的費用可能包括以下：

- 計劃保費(第 4.1 節)。
- 每月 Medicare 計劃 B 部分保費(第 4.2 節)。
- 選擇性附加理賠的保費(第 4.3 節)。
- 計劃 D 部分的延遲入保罰款(第 4.4 節)。
- 與收入相關的月調整金第 4.5 節。

在一些情形下，您的計劃保費可能會低一些

「額外補助」計劃可協助資源有限的人士支付其藥物費用。第 2 章, 第 7 節將會為您詳細說明這個計劃。如果您符合條件，入保該計劃可能會降低您每月的計劃保費。

如果您已經入保並從該計劃獲得補助，本《承保範圍說明書》中的保費資訊將不適用於您。我們已另外寄給您一份名為「獲得額外補助支付處方藥費用之人士的

《承保範圍說明書》附約」(也稱為「低收入戶補助附約」或「LIS 附約」)的文件，其中說明了您的藥物承保範圍。如果您未收到此份附約，請致電會員服務部索取「LIS 附約」。

Medicare 計劃 B 部分和計劃 D 部分的保費因個人收入不同而有差異。如您有關於保費的任何問題，請參閱 2023 年《Medicare & You》手冊中的「2023 年 Medicare 費用」一節。如果您需要一份副本，您可從 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 下載。或者，您可以透過電話索取印刷版，電話是：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，每週 7 天，全天 24 小時提供服務。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。

**第 4.1 節 — 計劃保費**

作為本計劃的會員，您需要每月支付計劃保費。下表為我們服務區各個計劃的計劃月保費金額。

計劃名稱	計劃保費
<b>Alameda、Napa 與 San Francisco County 計劃</b>	<b>\$70</b>
<b>Alameda County Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>San Francisco County Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>Contra Costa County Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>Contra Costa County Enhanced 計劃</b>	<b>\$70</b>
<b>Greater Fresno Area Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>Greater Fresno Area Enhanced 計劃</b>	<b>\$65</b>
<b>Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Enhanced 計劃</b>	<b>\$65</b>
<b>Marin 與 San Mateo County Enhanced 計劃</b>	<b>\$70</b>
<b>Marin County Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>San Mateo Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>San Joaquin County Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>San Joaquin County Enhanced 計劃</b>	<b>\$65</b>
<b>Santa Clara County Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>Santa Clara County Enhanced 計劃</b>	<b>\$65</b>
<b>Santa Cruz County 計劃</b>	<b>\$60</b>
<b>Solano County Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>Solano County Enhanced 計劃</b>	<b>\$70</b>
<b>Stanislaus County Basic 計劃</b>	<b>\$0</b>
<b>Stanislaus County Enhanced 計劃</b>	<b>\$65</b>

\*如您選擇額外理賠福利，亦稱「選擇性附加理賠福利」，則您每月須為這些額外理賠福利支付額外保費。請參閱第 4.3 節本章獲取詳細資料。



---

## 第 4.2 節 — 每月 Medicare 計劃 B 部分保費

---

### 許多會員必須支付其他 Medicare 保費

除了支付每月的計劃保費外，您必須繼續支付 Medicare 的保費才能保有本計劃的會員資格。這包括您在計劃 B 部分的保費。這還可能包括計劃 A 部分的保費，這會影響到不符合計劃 A 部分免保費資格的會員。

---

## 第 4.3 節 — 選擇性附加理賠的保費

---

如您選擇額外理賠福利，亦稱「選擇性附加理賠福利」，則您每月須為這些額外理賠福利支付額外保費。請參閱第 4 章, 第 2.2 節以瞭解詳情。

可選的補充福利(Advantage Plus)月保費是**\$14**。

---

## 第 4.4 節 — 計劃 D 部分的延遲入保罰款

---

一部分會員需繳納計劃 D 部分的「延遲入保罰款」。計劃 D 部分的延遲入保罰款屬於額外保費，如果在您首次入保期結束後的任何時間，您有連續 63 天或以上未擁有計劃 D 部分或其他可抵免處方藥的保險，則您可能需支付計劃 D 部分的延遲入保罰款。「可抵免處方藥保險」是符合 Medicare 最低標準的保險，其平均支付額預計至少相當於 Medicare 的標準處方藥承保金額。延遲入保罰款的費用取決於您沒有計劃 D 部分或其他可抵免處方藥保險的時間長度。在您享有 D 部分承保的期間，您必須支付此罰金。

D 部分延遲入保罰金會加入月保費中。您第一次入保本計劃時，我們會告訴您罰金金額。

您不必為其付費，如果：

- 您獲得 Medicare 的「額外補助」來支付您的處方藥費用。
- 您沒有可抵免保險的天數少於連續 63 天。
- 您已經由包括前雇主、工會、TRICARE，或退伍軍人事務部提供的可抵免藥物保險。您的保險公司或人力資源部門每年會告知您，您的藥物保險是否屬可抵免保險。這項資訊可能透過信函寄給您，也可能包括在計劃通訊內。請保留這項資訊，因為您在以後入保 Medicare 藥物計劃時可能需要。
  - ◆ **注意：**任何通知必須聲明您已經參加「可抵免」處方藥保險，而該保險的平均支付額預計至少相當於 Medicare 標準處方藥計劃支付的金額。
  - ◆ **注意：**以下不屬於可抵免處方藥保險：處方藥折扣卡、免費診所和藥物折扣網站。

罰金金額由 Medicare 決定。以下是罰金的決定方式：

- 如果在您首次取得資格入保計劃 D 部分後，在沒有計劃 D 部分或其他可抵免處方藥的承保達 63 天以上的情況下，本計劃會將未承保的整月數列入計算。沒有可抵免保險每滿一個月，罰金為 1%。舉例而言，如果 14 個月沒有保險，則罰款為 14%。
- 然後，Medicare 決定全美國 Medicare 藥物計劃上一年度的平均月保費。在 2023 年，此平均保費金額為 \$32.74。
- 將罰金百分比乘以平均月保費，然後精確到最接近的十美分，就能得出您的每月罰金。在這個例子中，14% 乘以 \$32.74，得出 \$4.58。然後四捨五入至 \$4.60。這筆金額將會加入需支付 D 部分延遲入保罰金者的月保費中。

關於每月 D 部分延遲入保罰金，有三項重要注意事項：

- 第一，**罰金可能每年發生變化**，因為平均月保費可能每年變化。
- 第二，只要您入保的計劃有 Medicare 計劃 D 部分的藥物理賠福利，您每個月就必須**繼續支付罰金**，即使您變更計劃亦然。
- 第三，如果您尚未年滿 65 歲而且目前正享有 Medicare 的福利，則在您年滿 65 歲時，D 部分延遲入保罰款將會重新設定。年滿 65 歲後，D 部分延遲入保罰款將僅依據您在達到年齡規定後之首次 Medicare 入保期結束後未享有保險的月數計算。

如果您對計劃 D 部分延遲入保罰款有異議，您或您的代表可以要求進行複審。通常，您必須在收到要求您支付延遲入保罰款之首封信函上所列日期起的 **60 天內** 提出複審要求。然而，如果您在加入我們的計劃之前便已在支付罰金，您可能沒有機會針對該延遲入保罰款再次提出複審要求。

#### 第 4.5 節 — 與收入相關的月調整金

我們會要求部分會員支付額外費用，即我們所共知的「與收入相關的每月調整金額」，又稱作 IRMAA。額外費用是根據兩年前國稅局納稅申報表中，針對您調整後總收入的計算結果。如果該筆金額超過一定金額，您將支付標準保費金額以及額外的 IRMAA。有關您可能需要根據收入支付的額外金額的更多資料，請造訪

<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您必須支付額外費用，社會安全局（而非 Medicare 計劃）會寄給您一封信告知您額外費用的金額。不論您平時如何支付計劃保費，除非您每月的理賠帳戶餘額不足以支付應付額外費用，否則該費用將從社會安全局、鐵路職工退休委員會或人事管理辦公室的理賠支票中扣繳。如果您的理賠支票不足以支付額外費用，您將會收到聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的帳單。額外費用必須付給政府，額外費用不能與您的計劃月保費同時支付。如果您沒有支付額外費用，則您將從本計劃退保並失去處方藥的承保。

如果您對繳納的額外費用有異議，您可以要求社會安全局重審此決定。若要瞭解更多資訊，請致電 **1-800-772-1213** (聽障及語障電話專線 **1-800-325-0778**) 與社會安全局聯絡。

## 第 5 節 — 與您月保費有關的進一步資訊

### 第 5.1 節 — 計劃保費有幾種支付方式。

您可透過四種方式支付計劃保費。

#### 選項 1：您可以透過支票支付

您可以直接將每月計劃保費用支票的形式寄給我們。我們必須在承保當月之前一個月的最後一天前收到您的付款。支票 (或匯票) 抬頭為「Kaiser Permanente」並請寄到下列地址：

Kaiser Permanente  
P.O. Box 7165  
Pasadena, CA 91109-7165

注意：您不能親自付款。如果銀行拒絕付款，我們將會向您收取支票退票費。

#### 選項 2：您可以註冊每月自動轉帳付款

如果您希望的話，除了使用支票付款之外，您可以透過銀行帳戶自動扣繳計劃月保費或將計劃月保費計入您的信用卡帳單中。如果您選擇自動扣繳計劃保費繳付，您可以透過銀行帳戶（支票或儲蓄帳戶）或信用卡自動扣繳計劃月保費。該次交易將顯示在您的每月銀行或信用卡對帳單上，作為您的永久付款記錄。

請致電會員服務部，以瞭解計劃保費自動付款及有關此選項的其他詳細資訊，例如每月轉帳的時間以及您必須填寫的所有表格。

您還可以管理自動扣款選項，包括在 [kp.org/payonline](http://kp.org/payonline) 上註冊進行自動扣款。

#### 選項 3：您可透過電話或線上完成一次性付款。

您可以每週 7 天，每天 24 小時在線上進行一次性付款，網址為：[kp.org/payonline](http://kp.org/payonline)，或致電 **1-866-288-6729**。

**選項 4：您可以從每月社會安全支票中扣除計劃保費**

您可以從每月社會安全支票中扣除計劃保費。請聯絡會員服務部，以進一步瞭解如何使用這種方法支付計劃保費。我們很樂意協助您辦理此事。

**變更您支付的保費的方式。**

如果您決定更改保費支付方式，新方法可能最多需三個月的時間才會開始生效。在我們處理您的新支付方式請求期間，您有責任確保按時支付您的計劃保費。如欲變更您的付款方法，請致電會員服務，或簽署自動付款選項，或在線上進行一次性支付。

除非您註冊自動轉帳付款選項（請參閱選項 2 或 4），或者您線上或透過電話進行一次性付款（請參閱選項 3），否則您將透過向我們郵寄支票的方式（請參閱選項 1）來支付每月計劃保費。

**如果您在支付計劃保費方面有困難，應該怎麼辦？**

本計劃必須在承保月份前一個月的最後一天收到計劃保費。如果我們尚未在承保月份的第一天收到您的付款，我們將向您發送通知，告知您積欠的金額。

如果您需要支付計劃 D 部分延遲入保罰款，您必須支付該罰金才能保有處方藥保險。我們有權追討任何您積欠的任何保費。如果我們沒有在 60 天內仍收到您的保費付款且您入保的是我們的選擇性補充理賠福利組合 (Advantage Plus)，則我們可能會終止這些理賠福利且您將需等到 10 月 15 日才可再次註冊這些理賠福利，以使保險在 1 月 1 日生效。

如果您無法按時支付計劃保費，請聯絡會員服務部，以便查詢我們是否可以依據您的成本介紹給您適合的計劃。

如果由於您沒有支付保費，我們終止您的會員資格，您可以獲得 Original Medicare 的健康保險。此外，而且如果您在年度入保期間參保了新計劃，則您在下一年度之前也許無法獲得計劃 D 部分的承保。（如果您沒有「可抵免」藥物保險的時間超過 63 天，則在您入保 D 部分保險的期間，您可能必須支付 D 部分延遲入保罰金。）

如果您認為我們錯將您會員資格終止，您可以投訴(也稱之為申訴)，有關如何提交申訴的詳情，請參閱：第 7 章。如果您有無法控制的緊急病症，並因此未能在寬限期內支付保費，您可以提交申訴。我們會針對申訴對我方裁決進行審查。第 9 章, 第 10 節，根據本文件所述如何投訴，或請致電與我們聯絡：**1-800-443-0815**，服務時間為每週 7 天，上午 8 點到晚上 8 點。TTY 用戶應撥打 **711**。您必須在您的會員資格終止日期後的 60 天內提出要求。

## 第 5.2 節 — 我們能否在年中更改您的計劃月保費？

**不能。** 我們不得在一年當中更改我們針對本計劃所收取的月計劃保費金額。如果明年的計劃月保費有所更改，我們將在九月通知您，且更改將在 1 月 1 日生效。

但是，在某些情形下，您需要支付的部分保費可能會在一年當中發生變化。如果您有資格加入「額外補助」計劃，或者如果您在一年當中失去「額外補助」計劃的資格，您需要支付的部分保費可能會在一年當中發生變化。如果某位會員有資格取得「額外補助」以協助其支付處方藥費用，「額外補助」計劃將支付該會員計劃月保費的部分費用。在一年當中失去資格的會員將需要開始支付全額月保費。您可以在第 2 章, 第 7 節中找到「額外協助」計劃的詳細資訊。

## 第 6 節 — 請將計劃會員資格記錄保持在最新狀態

您會員資格記錄中的資訊來自您的人保申請表，包括您的地址和電話號碼。會員資格記錄顯示您的具體計劃承保範圍，包括您的基本保健業者。

我們網絡內的醫生、醫院、藥劑師及其他醫護人員需要持有您的正確資訊。這些網絡醫護人員會使用您的會員資格記錄瞭解服務和藥物的承保範圍以及您需支付的成本分擔。因此，很重要的是，您需要幫助我們將您的資訊保持在最新狀態。

告知我們如下變更：

- 您姓名、地址或電話號碼的變更。
- 您所享有的任何其他健康保險承保（例如透過您雇主、您配偶的雇主、工傷賠償或 Medicaid 取得的健康保險承保）的變更。
- 如果您有任何責任索賠，例如車禍索賠。
- 如果您入住護理院。
- 如果您從區域外或網絡外醫院或急診室獲得醫療護理。
- 如果您指定的責任方（如看護人）發生變化。
- 如果您參與臨床試驗研究。（注意：您不需要告訴我們您想要參與的臨床研究計劃，但我們建議您這樣做。）

如果以上任何資訊發生變更，請致電會員服務部並告訴我們。

還有很重要的一點是，如果您搬遷或更改郵寄地址，請通知社會安全局。您可以在第 2 章 第 5 節找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

## 第 7 節 — 其他保險如何與本計劃協調運作

### 其他保險

Medicare 要求我們向您收集您所持有之任何其他醫療或藥物保險承保的資訊。原因是，我們必須將您的任何其他保險與您在本計劃所擁有的理賠福利進行協調。此稱為**理賠福利協調 (COB)**。

我們將在每年給您發送一次信件，其中列出我們知道的其他醫療或藥物保險承保。請仔細閱讀所列資訊。如果資訊正確，您無需採取任何行動。如果資訊有誤，或者如果您有其他保險但沒有列出，請致電會員服務部。您可能需要將計劃會員 ID 號碼告知您的其他保險公司（一旦您確認其身分後），以便其及時無誤地支付您的帳單。

如果您享有其他保險（如僱主團體健康保險），Medicare 有設立規定來確定是本計劃或您的其他保險需優先給付。需優先給付的保險稱為「首要付款方」，支付額高達其承保上限。第二順位的給付方稱為「次要付款方」，該方僅在出現首要保險不承保的剩餘數額時，才會進行給付。次要付款方可能不會給付未受保部分的所有費用。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。

這些規則適用於僱主或工會團體保健計劃保險：

- 如果您享有退休保險，則 Medicare 會優先給付。
- 如果您的團體保健計劃承保是透過您或家人目前的工作所獲得，則哪方需優先給付將取決於您的年齡、您僱主僱用的員工人數以及您是否因年齡、殘障或末期腎病 (ESRD) 等因素而享有 Medicare：
  - ◆ 如果您的年齡未滿 65 歲且您是殘障人士，同時您或您的家人仍在工作，則您的團體保健計劃將需優先給付，條件是僱主擁有 100 名或 100 名以上的員工，或多重僱主計劃中至少有一名僱主擁有 100 名以上的員工。
  - ◆ 如果您的年齡超過 65 歲且您或您的配偶仍在工作，則您的團體保健計劃將需優先給付，條件是僱主擁有 20 名或 20 名以上的員工，或多個僱主計劃中至少有一名僱主擁有 20 名以上的員工。
- 如果您因 ESRD 而享有 Medicare，則在您有資格享有 Medicare 後的前 30 個月期間，您的團體保健計劃將需優先給付。

這些類型的保險通常對以下各類相關服務會優先給付：

- 無過失保險（包括汽車保險）。
- 責任險（包括汽車保險）。
- 黑肺病理賠。
- 工傷補償。

針對 Medicare 承保的服務，Medicaid 和 TRICARE 絕對不會優先給付。Medicaid 和 TRICARE 僅有在 Medicare、雇主團體保健計劃、和／或 Medigap 給付後才會給付。

## 第 2 章 — 重要的電話號碼及資源

### 第 1 節 — Kaiser Permanente Senior Advantage 聯絡人 (如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部)

#### 如何聯絡本計劃的會員服務部

如需協助處理索賠、帳單或會員卡等疑問，請致電或致函 Senior Advantage 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	<b>1-800-443-0815</b> 撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。 會員服務部還為英語為非母語的人士提供免費口譯服務。
聽障及語障電話專線	<b>711</b> 撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。
寫信	您當地的會員服務部辦事處 (請參閱《醫護人員名錄》以查詢地點)。
網站	<b>kp.org</b>

#### 如要針對醫療護理尋求承保決定或提出上訴或投訴，如何聯絡我們

承保決定是指我們針對您的理賠福利和承保範圍，或者為您的醫療服務給付金額而作出的決定。上訴是指正式要求我們審核或更改我們已經作出的承保決定。

您可針對我們或我們其中一個網絡醫護人員進行投訴，包括針對您的醫護品質提出投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。

有關針對您的醫療護理尋求承保決定或上訴或投訴的詳細資訊，請參閱第 9 章，「如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴）該怎麼辦」。如果您對我們的承保決定、上訴或投訴流程有疑問，您可致電與我們聯絡。



方法	與醫療護理有關的承保決定、上訴或投訴 — 聯絡資訊
電話	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。</p> <p>如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，如第 9 章中所述，請在周一至週六上午 8:30 至下午 5:00 致電 <b>1-888-987-7247</b> 聯絡加急審查單位。</p>
聽障及語障電話專線	<p><b>711</b></p> <p>撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。</p>
FAX	<p>如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請將您的請求傳真至我們的加急審查單位，傳真號碼為 <b>1-888-987-2252</b>。</p>
寫信	<p>對於標準承保決定或投訴，請寫信至您當地的會員服務部（請參閱《醫護人員名錄》以查詢地點）。</p> <p>對於標準上訴，請寫信至我們寄給您之拒絕決議通知上的地址。</p> <p>如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請寫信至：</p> <p style="text-align: center;">Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
MEDICARE 網站	<p>您可將計劃相關投訴直接提交給 Medicare。若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>。</p>

### 如要針對 Medicare 計劃 D 部分處方藥尋求承保決定，如何聯絡我們

承保決定是指我們針對您的理賠福利和承保範圍，或者為屬於 Medicare 計劃 D 部分理賠福利承保範圍的處方藥給付的金額而作出的決定。有關針對您的 Medicare 計劃 D 部分處方藥尋求承保決定的詳細資訊，請參閱第 9 章，「如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴）該怎麼辦」。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

方法	與 Medicare 計劃 D 部分處方藥有關的承保決定 — 聯絡資訊
電話	<b>1-877-645-1282</b> 撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。
聽障及語障電話專線	<b>711</b> 撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。
FAX	<b>1-844-403-1028</b>
寫信	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
網站	<b>kp.org</b>

#### 如要針對 Medicare 計劃 D 部分處方藥提出上訴，如何聯絡我們

上訴是指正式要求我們審核或更改我們已經作出的承保決定。有關針對您的 Medicare 計劃 D 部分處方藥提出上訴的詳細資訊，請參閱第 9 章，「如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴）該怎麼辦」。如果您對我們的上訴流程有疑問，您可致電與我們聯絡。

方法	與 Medicare 計劃 D 部分處方藥有關的上訴 — 聯絡資訊
電話	<b>1-866-206-2973</b> 此電話為免費電話。週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00。
聽障及語障電話專線	<b>711</b> 此電話為免費電話。週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00。
FAX	<b>1-866-206-2974</b>
寫信	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	<b>kp.org</b>

**如要針對您的 D 部分處方藥提出投訴，如何聯絡我們**

您可針對我們或我們其中一個網絡藥房進行投訴，包括針對您的醫護品質提出投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。（如果您的問題是與本計劃的承保範圍或給付有關，您應參閱上述有關申請承保決定或提出上訴的章節。）有關針對您的 Medicare 計劃 D 部分處方藥提出投訴的詳細資訊，請參閱第 9 章，「如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴）該怎麼辦」。

方法	與 Medicare 計劃 D 部分處方藥有關的投訴 — 聯絡資訊
電話	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。</p> <p>如果您的投訴符合快速決定的資格，請致電 Medicare 計劃 D 部分單位：<b>1-866-206-2973</b>，服務時間為每週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00。請參閱第 9 章，以瞭解您的問題是否符合快速決定的條件。</p>
聽障及語障電話專線	<p><b>711</b></p> <p>此電話為免費電話。週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00。</p>
FAX	<p>如果您的投訴符合快速決定的資格，請將您的請求傳真至我們的 D 部分單位，傳真號碼為 <b>1-866-206-2974</b>。</p>
寫信	<p>若您想要進行正規的投訴，請寫信至您當地的會員服務部辦事處(請參閱《醫護人員名錄》以查詢地點)。</p> <p>如果您的投訴符合快速決定的資格，請寫信至：</p> <p style="text-align: center;">Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
MEDICARE 網站	<p>您可將計劃相關投訴直接提交給 Medicare。若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>。</p>

如欲要求我們為您所獲得的醫療護理或藥物支付我們應分擔的費用，應將該請求發送到何處。若您收到賬單，或您支付了認為是我們應負擔的服務費用(如保健業者的賬單)，您可能需要向我們申請補償，或支付保健業者的請款。請參閱第 7 章，「要求我們給付您收到之承保醫療服務，或藥物帳單中我們應分擔的費用」。

**請注意：**如果您向我們發送了給付申請，但我們拒絕了您申請的任何一部分，您可針對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章「如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴）該怎麼辦」，以瞭解更多資訊。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

方法	給付申請 — 聯絡資訊
電話	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。</p> <p>注意：如果您欲針對透過網絡藥房取得且由網絡醫護人員開立的 D 部分藥物申請給付，請致電 <b>1-866-206-2973</b> 聯絡我們的 D 部分單位。每週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00。</p>
聽障及語障電話專線	<p><b>711</b></p> <p>撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。</p>
寫信	<p>如需醫療護理，請寫信至：</p> <p style="padding-left: 40px;">Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12913 Oakland, CA 94604-2923</p> <p>有關計劃 D 部分的藥物，請寫信至：</p> <p>如果您欲針對由網絡醫護人員處方且提供的 Medicare 計劃 D 部分藥物要求給付，您可將您的要求傳真至 <b>1-866-206-2974</b> 或寫信至：</p> <p style="padding-left: 40px;">Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
網站	<b>kp.org</b>

## 第 2 節 — Medicare (如何直接經由聯邦 Medicare 計劃取得協助和資訊)

Medicare 是為 65 歲及 65 歲以上者、部分未滿 65 歲的殘障人士和末期腎臟病患者（需要接受洗腎或腎移植的永久腎衰竭患者）所提供的聯邦政府健康保險計劃。

負責處理 Medicare 事宜的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心（有時稱為「CMS」）。該機構與 Medicare Advantage 組織訂有合約，其中包括本計劃。

方法	<b>Medicare — 聯絡資訊</b>
電話	<b>1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227</b> 此電話為免費電話。一週 7 天，每天 24 小時。
聽障及語障 電話專線	<b>1-877-486-2048</b> 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。 此電話為免費電話。
網站	<p><b>www.medicare.gov</b></p> <p>這是 Medicare 的政府官方網站。該網站為您提供有關 Medicare 和當前 Medicare 問題的最新資訊。該網站也提供有關醫院、養老院、醫生、居家保健機構及腎透析機構的資訊。該網站包含了您可直接從電腦列印出來的文件。您也可找到您所在州的 Medicare 聯絡人。</p> <p>Medicare 網站還提供有關 Medicare 入保資格和入保選項的詳細資訊，並提供以下工具：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicare 入保資格工具：</b>提供 Medicare 入保資格狀態資訊。</li> <li>• <b>Medicare 計劃查找工具：</b>提供關於您所在地區現有 Medicare 處方藥計劃、Medicare 保健計劃和 Medigap（Medicare 補充保險）政策的個人化資訊。這些工具可用於估算在不同 Medicare 計劃中您的自付費用是多少。</li> </ul> <p>您也可以利用網站向 Medicare 投訴您對計劃的任何不滿之處：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>向 Medicare 投訴：</b>您可將計劃相關投訴直接提交給 Medicare。若要向 Medicare 提交投訴，請造訪 <b>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</b>。Medicare 將認真看待您的投訴，並會使用此資訊來協助改進 Medicare 計劃的品質。</li> </ul> <p>如您沒有電腦，您當地的圖書館或老年人中心可能可為您提供協助以使用其電腦瀏覽該網站。或者您可致電與 Medicare 聯絡，並告知對方您需要查詢哪些資訊。他們將在網站上尋找資訊並與您一起查看該資訊。（您可以每週 7 天，每天 24 小時隨時致電聯邦醫療保險計劃 (Medicare)，電話號碼為 <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>。聽障及語障電話專線使用者請致電 <b>1-877-486-2048</b>）。</p>

### 第 3 節 — State Health Insurance Assistance Program (有關 Medicare 的免費協助、資訊和問題解答)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州均有受過訓練的諮詢人員。在加州，SHIP 稱為 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)。

HICAP 是一項獨立(與其他保險公司或保健計劃無關)的州政府計劃，由提供資金，為 Medicare 會員免費提供當地健康保險諮詢。

HICAP 顧問會協助您瞭解您的 Medicare 權利，協助您就醫療護理或治療提出投訴，並協助解決 Medicare 帳單的問題。HICAP 顧問能協助您有關 Medicare 的問題或困難，還可協助您瞭解您的 Medicare 計劃選項，並回答有關轉換計劃的問題。

聯繫 SHIP 和其他資源的方法：

- 造訪 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- 在網頁的中間位置，點選「Talk to Someone」(與人交談)。
- 現在您有以下選項：
  - ◆ 選項 1：您可以與 **1-800-MEDICARE** 的代表即時交談。
  - ◆ 選項 2：您可以從下拉式功能表中選擇您的州，然後點選 [開始]。此動作會帶您進入提供該州相關電話號碼和資源的專屬頁面。

方法	健康保險輔導及倡導計劃（加州的 SHIP）— 聯絡資訊
電話	<b>1-800-434-0222</b>
聽障及語障電話專線	<b>711</b>
寫信	您所在郡縣的 HICAP 辦事處。
網站	<a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>

### 第 4 節 — 品質改進組織

每個州都有一個專責的品質改進組織，以為每州當地的 Medicare 受益人提供服務。在加州，品質改進組織稱為 Livanta。

Livanta 有一組醫生和其他保健專業人員，Medicare 支付他們檢查並幫助提高 Medicare 的醫護品質。Livanta 是一個獨立組織，與本計劃無關。

在以下任何情形下，您應聯絡 Livanta：

- 您欲針對接受的醫護品質提出投訴。
- 您認為您的住院承保結束過早。
- 您認為您的居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 的服務承保結束過早。

方法	<b>Livanta (加州的品質改進組織) — 聯絡資訊</b>
電話	<b>1-877-588-1123</b> 此電話為免費電話。週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00。週末及假日，上午 11:00 至下午 3:00。
聽障及語障電話專線	<b>1-855-887-6668</b> 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。
寫信	Livanta BFCC – QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	<b><a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a></b>

## 第 5 節 — 社會安全局

社會安全局負責確定入保資格，並處理 Medicare 入保事宜。凡年滿 65 歲或 65 歲以上、殘障人士或末期腎病患者並滿足特定條件的美國公民和合法居民，都有資格獲得 Medicare。如果您已在領取社會安全支票，您將自動入保 Medicare。如果您未領取社會安全支票，您必須入保 Medicare。如欲申請 Medicare，您可致電社會安全局或造訪您當地的社會安全局辦公室。

社會安全局還負責決定哪些人因收入較高而必須為計劃 D 部分藥物承保支付額外費用。如果您收到社會安全局的信函，告知您必須支付額外費用，而您對該費用有疑問或您由於生活變遷事件而導致收入減少，您可致電向社會安全局要求重新審查。

**1-800-443-0815 (聽障及語障電話專線: 711)**，每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

如果您搬遷或更改郵寄地址，請務必與社會安全局聯絡告知其新地址。

方法	社會安全局 — 聯絡資訊
電話	<b>1-800-772-1213</b> 此電話為免費電話。週一至週五，上午 8:00 至晚上 7:00 提供服務。您每天 24 小時皆可使用社會安全局的自動電話服務以獲得錄音資訊並辦理部分業務。
聽障及語障電話專線	<b>1-800-325-0778</b> 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。此電話為免費電話。週一至週五，上午 8:00 至晚上 7:00 提供服務。
網站	<b>www.ssa.gov</b>

## 第 6 節 — Medicaid

Medicaid 是一項聯邦和州政府的聯合計劃，幫助特定收入和資源有限者支付醫療費用。有些 Medicare 的會員也有資格獲得 Medicaid 的補助。

Medicaid 設有各類計劃，協助 Medicare 會員支付其 Medicare 費用，如 Medicare 的保費。該類 Medicare Savings Programs 包含：

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)**：協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他成本分擔（如免賠額、共保額和共付額）。部分符合 QMB 資格的人也有資格獲得全部的聯邦/州醫療保健輔助計劃理賠 (QMB+)。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)**：協助支付 B 部分保費。部分符合 SLMB 資格的人也有資格獲得全部的聯邦/州醫療保健輔助計劃理賠 (SLMB+)。
- **合格個人 (QI)**：協助支付 B 部分保費。
- **Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI)**：協助支付 A 部分保費。

若要瞭解有關 Medicaid 及其計劃的詳細資訊，請聯絡 Medi-Cal。



方法	加州醫療保健輔助計劃 (Medi-Cal, 即加州的聯邦/州醫療保健輔助計劃 (Medicaid) 計劃) — 聯絡資訊
電話	<b>1-800-541-5555</b> 此電話為免費電話。您每天 24 小時皆可使用加州醫療保健輔助計劃的自動電話服務並獲得錄音資訊。
聽障及語障電話專線	<b>711</b> 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。
寫信	California Department of Health Care Services P.O. Box 997417, MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
網站	<a href="http://www.cdss.ca.gov/">http://www.cdss.ca.gov/</a>

## 第 7 節 — 協助支付處方藥費用的計劃資訊

Medicare.gov 網站 (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。也有其它計劃可以協助收入有限的人士，說明如下。

### Medicare 的「額外補助」計劃

Medicare 提供「額外補助」，以幫助收入和資源有限者支付處方藥費用。資源包括您的存款及股票，但不包括住房或汽車。如果您符合條件，您可獲得資助用其支付任何 Medicare 藥物計劃的月保費、年度免賠額及處方藥共付額。該「額外補助」也可以計入您的自付費用。

如果您自動獲得「額外補助」資格，Medicare 會寄信給您。您不必申請。如果您未能自動獲得資格，您或許可以取得「額外補助」以支付您的處方藥保費和費用。如欲瞭解您是否有資格獲得「額外補助」，請致電：

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。聽障及語障電話專線使用者應該致電 **1-877-486-2048**，每週 7 天，每天 24 小時提供服務；
- 社會安全局辦公室電話 **1-800-772-1213**，週一至週五，上午 8:00 至晚上 7:00 提供服務。TTY 專線使用者應該致電 **1-800-325-0778** (申請)；或是
- 您所在州的聯邦/州醫療保健輔助計劃辦公室 (申請) (請參閱本章的第 6 節查看聯絡資訊)。

**1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線: **711**)，每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

如果您認為自己符合獲得「額外補助」的資格，而且認為自己在藥房配取處方藥時支付的成本分擔額不正確，本計劃備有程序，讓您能要求協助以取得您應支付之正確共付額的證明；或者如果您已經有證明，則可將此證明提交給我們。

如果您不確定應該向我們提供什麼證明，請聯絡網絡藥房或會員服務部。證明通常是由州政府 Medicaid 或是社會安全局辦公室提供的信函，其中確認您有資格獲得「額外補助」。證明也可能是由州政府簽發的文件，其中提供了有關家庭和社區服務的資格資訊。

您或您指定的代表可能需要在配領承保的 D 部分處方藥時將證明交給網絡藥房，以便我們向您收取正確的成本分擔額，直到 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 更新其記錄，以反映您目前的狀態為止。當 CMS 更新您的記錄之後，您就不需再向藥房出示證明。請透過以下任一方式提供證明，這樣我們方可將其轉給 CMS 更新記錄：

- 請寫信至 Kaiser Permanente，地址：  
California Service Center  
Attn: Best Available Evidence  
P.O. Box 232407  
San Diego, CA 92193-2407
- 傳真至 **1-877-528-8579**。
- 將證明提交給網絡藥房或您當地網絡設施的會員服務辦事處。

在我們收到有關您共付額級別的證明之後，我們會更新系統資訊，以確保您下次在藥房配取處方藥時支付正確的共付額。如果您超額支付了共付額，我們會退還給您。我們會將您超額支付的款項以支票形式寄給您，或者用您超額支付的款項來抵銷未來的共付額。如果藥房尚未向您收取共付額，且藥房將該共付額作為您欠的款項，我們可能會直接向藥房付款。如果州政府已代您支付，我們可能會直接付款給州政府。如果您有疑問，請與會員服務部聯絡。

### 如果您有參加愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)，應該怎麼辦？什麼是愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)？

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 可協助有資格加入 ADAP 的愛滋病毒 / 愛滋病患者能取得可挽救生命的愛滋病毒藥物。Medicare 計劃 D 部分處方藥屬於 ADAP 承付藥物手冊的範圍，能透過加州愛滋病藥物協助計劃獲得處方藥成本分擔補助。

**注意：**如欲符合資格加入您所在州的 ADAP，您必須符合特定條件，包括提出本州居住證明和愛滋病毒狀態、本州定義的低收入以及無保險 / 保額不足狀態。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 入保工作人員，以便您可以繼續獲得幫助。如需有關資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請於上午 8:00 至下午 5:00（不包括假日）致電 **1-844-421-7050** 與 ADAP 電話中心聯絡。

## 第 8 節 — 如何聯絡鐵路職工退休委員會

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，管理全國鐵路工人及其家屬的綜合理賠計劃。如果您透過鐵路職工退休委員會接受 Medicare，請務必在搬遷或更改郵寄地址時通知他們。如您對鐵路職工退休委員會可提供的理賠福利有疑問，請聯絡該委員會。

方法	鐵路職工退休委員會 — 聯絡資訊
電話	<b>1-877-772-5772</b> 此電話為免費電話。如果您按「0」，則可以在週一、週二、週四和週五的上午 9:00 至下午 3:30，以及週三的上 9:00 至中午 12:00 與 RRB 代表洽談。 如果您有按「1」，您每天 24 小時使用 RRB 的自動語音求助專線並獲得錄音資訊，包括週末和假日。
聽障及語障電話專線	<b>1-312-751-4701</b> 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。此電話不是免費電話。
網站	<b>rrb.gov/</b>

## 第 9 節 — 您是否享有由雇主提供的「團體保險」或其他健康保險？

如果您（或您的配偶）獲得由您的（或您配偶的）雇主或退休人士團體提供的理賠福利，且該理賠福利屬於本計劃的一部分，則若您有任何疑問，您可致電雇主／工會的理賠管理人或會員服務部。您可詢問有關雇主或退休人員健康理賠、保費或入保期的相關問題。會員服務部的電話號碼列印於本文件的封底。您也可以致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**；聽障及語障電話專線：**1-877-486-2048** 詢問有關您在本計劃的 Medicare 承保範圍。

如果您透過您的（或您配偶的）雇主或退休人員團體享有其他處方藥保險，請聯絡該團體的理賠管理人。理賠管理人可協助您確定您目前的處方藥保險如何與本計劃相互配合。

## 第 3 章 — 使用我們的醫療服務計劃

### 第 1 節 — 本計劃會員在獲得承保醫療護理時的須知事項

本章向您說明在使用本計劃取得承保醫療護理時的須知事項。本章提供詞彙定義並說明您在取得本計劃承保的醫療、服務、設備、處方藥，和其他醫療護理時需要遵守的規定。如欲詳細瞭解本計劃承保了哪些醫療護理以及您接受這些醫療護理時需要支付多少費用，請利用下一章，即第 4 章「醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）」的理賠項目表。

#### 第 1.1 節 — 什麼是「網絡醫護人員」和「承保服務」？

- 「**醫護人員**」是指獲得州政府許可，得以提供醫療服務和醫療護理的醫生和其他保健專業人員。「**醫護人員**」一詞還包括醫院以及其他保健設施。
- 「**網絡醫護人員**」是指與我們簽訂協議，願意接受我們的給付和您的成本分擔額作為全額報酬的醫生和其他保健專業人員、專業醫療服務集團、醫院以及其他保健設施。我們已安排這些醫護人員為本計劃的會員提供承保服務。網絡醫護人員會就其為您提供的醫療護理直接向我們開具帳單。當您請網絡醫護人員為您看診時，您只需為服務支付您的成本分擔。
- 「**承保服務**」包括本計劃所承保的所有醫療護理、保健服務、用品、設備及處方藥。承保醫療護理服務列於第 4 章的理賠項目表中。第 5 章有述及您的處方藥承保服務第 5 章。

#### 第 1.2 節 — 獲得本計劃承保醫療護理的基本規則

作為 Medicare 的保健計劃，本計劃必須承保 Original Medicare 所承保的所有服務，且必須遵守 Original Medicare 的承保規則。

通常只要滿足下列條件，我們即會承保您的醫療護理：

- 您接受的醫療護理包含在本計劃的「**醫療理賠項目表**」中（該表列於本文件的第 4 章）。
- 您接受的醫療護理屬於醫療上必要的服務。「**醫療上必要的**」是指服務、設備、用品或藥物對於您病症的預防、診斷或治療是必要的，且滿足獲得認可的醫療執業規範。

## 第 3 章：使用我們的醫療服務計劃

- **您有網絡基本保健業者 (PCP) 負責提供和監督您的醫護服務。** 身為本計劃的會員，我們鼓勵您選擇一位網絡基本保健業者 (PCP) (詳情請參閱本章第 2.1 節)。
  - ◆ 在大多數情形下，在使用本計劃網絡內的其他醫護人員 (如專科醫生、醫院、專業護理院、或居家健康護理機構) 之前，您必須獲得網絡 PCP 的事先轉介。這稱為「轉介」(詳情請參閱本章第 2.3 節)。
  - ◆ 急診護理或緊急需求服務無需獲得 PCP 的轉介。也有另外一些類型的醫護服務不需要事先獲得 PCP 的核准 (詳情請參閱本章第 2.2 節)。
- **您必須透過網絡醫護人員獲得醫護服務** (詳情請參閱本章第 2 節)。在大多數情形下，您從網絡外醫護人員 (不屬於本計劃網絡的醫護人員) 處獲得的醫護服務將無法獲得承保。也就是說，您必須支付保健業者全額的服務費用。以下是四種例外情形：
  - ◆ 本計劃承保您從網絡外醫護人員處獲得的急診護理或緊急需求服務。有關詳細資訊以及急診或緊急需求服務的定義，請參閱本章第 3 節。
  - ◆ 如果您需要 Medicare 要求本計劃所承保，而網路內沒有專科醫生能提供的醫療護理，則針對您之前所取得的醫療護理，在我們或專業醫療服務集團的授權下，可依照一般網路內成本分擔的費用，透過網路外醫護人員取得該醫護服務。在這種情形下，您需要支付的費用與您從網絡醫護人員處獲得醫護服務時相同。如需有關取得核准以請網絡外醫生看診的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
  - ◆ 如果您暫時不在我們的服務區，或者當洗腎服務的醫護人員暫時無法提供或無法進行服務時，我們會承保您從 Medicare 認證的洗腎設施所接受的該項服務。您針對洗腎而支付本計劃的成本分擔，將不會超過 Original Medicare 的成本分擔。如果您在本計劃的服務區以外，接受本計劃網路以外醫護人員的洗腎服務，您的成本分擔不會超過您在網路內所支付的成本分擔。然而，若您經常在網路內進行洗腎的醫護人員暫時無法提供服務，而您選擇在服務區內接受網路外醫護人員的服務，洗腎的成本分擔費用可能較高。
  - ◆ 您會從本章中第 2.3 節所述的其他 Kaiser Permanente 地區的網路醫護人員處得到的照護。

## 第 2 節 — 使用我們網絡內的醫護人員來取得醫療護理

### 第 2.1 節 — 您可選擇一位基本保健業者 (PCP) 來提供和監督您的醫療護理

#### 什麼是「PCP」？PCP 可為您提供什麼服務？

身為會員，您可選擇本計劃中任何一位可為您提供服務的網絡醫護人員作為您的基本保健業者。您的基本保健業者是符合州政府規定並受過訓練得以為您提供基本醫療護理的醫生。您的 PCP 通常提供全科醫療（也稱為成人或內科和家庭醫學），有時也提供產科/婦科醫療。在某些網絡設施，如果您願意，您可選擇開放中的護理師或醫生助理作為您的基本保健業者。PCP 會列名在《**醫護人員名錄**》。

您的 PCP 提供、開具處方或授權醫療上必要的承保服務。您的 PCP 將提供您大部分的常規或基本醫療護理，並根據需要提供由其他網絡醫護人員看診的轉介，讓您獲得需要的其他醫療護理。例如，為了讓您接受專科醫生的看診，您通常需要先獲得 PCP 的核准（這稱為「轉介」給專科醫生）。您可以自行取得幾種類型的承保服務，不必先聯絡 PCP（請參閱本章的第 2.2 節）。

您的 PCP 還將協調您的醫療護理。「協調」您的醫療護理包括與其他網絡醫護人員商討或諮詢您的醫護服務以及醫護服務的進展情形。在某些情形下，PCP 需要獲得本計劃的事前授權書（事先核准）（詳情請參閱本章第 2.3 節）。

#### 如何選擇或更換 PCP？

您可以出於任何原因隨時從我們開放中的 PCP 中變更 PCP，包括因為該 PCP 不再是我們醫護人員網絡的一員，導致您需要選擇新 PCP 的狀況。您的 PCP 選擇將立即生效。

**要選擇或變更 PCP，請撥打我們的個人醫生選擇號碼 1-888-956-1616**（聽障及語障電話專線請撥打 711），週一到週五，上午 7:00 到晚上 7:00 提供服務。您也可以在此 **kp.org/finddoctors** 進行選擇。

致電時，請告訴我們您是否正在看專科醫生或取得需要 PCP 核准的其他承保服務（例如居家健康服務和耐用醫療器材），我們才能據此判斷您是否需要從新的 PCP 處獲得轉介才能繼續該服務。另外，如果您希望使用特定的網絡專科醫生或醫院，請先與本計劃確認您的 PCP 是否有提供該專科醫生的轉介或是否有使用該醫院。

請參閱您的《**醫護人員名錄**》或致電會員服務部，了解有關選擇 PCP 以及哪些醫護人員可接受新患者的詳細資訊。

---

## 第 2.2 節 — 在沒有您 PCP 轉介核准的情況下，您可以獲得哪類醫療護理？

---

在沒有事先獲得您 PCP 核准的情況下，您可以獲得下列服務：

- 女性例行健康護理，包括：乳房檢查、乳房 X 光檢查、抹片檢查及盆腔檢查（須由網絡醫護人員提供）。
- 流感預防針注射、COVID-19 疫苗、乙型肝炎疫苗及肺炎疫苗接種（須由網絡醫護人員提供）。
- 網絡醫護人員或網絡外醫護人員提供的急診服務。
- 當網絡醫護人員暫時無法提供服務或您暫時無法前往網絡醫護人員處就診，或當承保人員不在服務區的範圍內時，所進行不屬於急診服務所承保的緊急需求服務。例如，您在週末所需要的立即醫護服務。服務必須是立即所需，和醫療上必要的。
- 您暫時不在我們的服務區時從 Medicare 認證的洗腎設施接受的洗腎服務。（如果可能，在您離開服務區之請致電會員服務部，以便我們協助安排您在離開期間獲得維持性的洗腎服務）。
- 除某些專科醫護外，您可向其他網絡醫護人員尋求另方意見。
- 在以下領域的看診：驗光、藥物酒精濫用和精神病學。
- 預防保健服務，但腹主動脈瘤篩檢、醫療營養治療、撓性乙狀結腸鏡檢查、以篩檢為目的的結腸鏡檢查、骨質密度測定篩檢及化驗檢測除外。

---

## 第 2.3 節 — 如何從專科醫生和其他網絡醫護人員處獲得醫護服務

---

專科醫生是針對特定疾病或身體特定部位提供健康護理服務的醫生。專科醫生有許多類別。以下是一些例子：

- 腫瘤專科醫生，專門負責為癌症患者提供醫護。
- 心臟科醫生，專門負責為心臟病患者提供醫護。
- 骨科醫生，專門負責為特定骨骼、關節或肌肉疾病患者提供醫護。

### PCP 的轉介

對於大多數例行健康護理需求，您通常應先請 PCP 為您看診。只有少數類型的承保服務可以在未事先獲得 PCP 核准的情形下自行取得，本章第 2.2 節有詳加說明。

### 轉介至網絡醫護人員

當您的 PCP 開立 PCP 無法提供的醫療護理（例如專科醫護）處方時，他或她會根據需要為您轉介網絡專科醫生或其他網絡醫護人員。如果 PCP 為您轉介網絡專科醫生，該轉介將針對特定的治療計劃。如果您需要接受該專科醫生的持續性醫護服務，那麼您的治療計劃可能包括長期轉介。我們將會寄送轉介函給您，以授權與網絡專科醫生進行初步諮詢或指定次數就診。在您前往該網絡專科醫生處完成初步諮詢後，除非我們提供給您的書面轉介函上有指明已授權更多次的就診，否則您接下來仍必須返回您的 PCP 處接受治療。除非我們在給您的轉介函上已授權更多次的就診，否則在完成初步諮詢後，請勿再回去找該網絡專科醫生。不然的話，這些服務可能不會受到保險給付。

### 事先授權

對於下面列出的服務和項目，您的網絡醫護人員需要事先獲得本計劃或專業醫療服務集團的核准（稱為取得「事先授權」）。只有執照醫生或其他適當的執照醫療專業人員，才可以做與授權相關的決定。如果您不同意授權決定，您可以按照第 9 章中所述提出上訴。

- 服務和項目在第 4 章中以註釋 (†) 標示。
- 如果網絡醫護人員認定您需要網絡醫護人員無法提供的承保服務，其會向專業醫療服務集團提出建議，將您轉介給服務區內或外的網絡外醫護人員。如果專業醫療服務集團的有關代表確定這些承保服務是醫療上必要的，且網絡醫護人員無法提供這些承保服務，其將會為服務提供授權。轉介至網絡外醫護人員處是為了某個特定的治療計劃，並且如果醫生開立持續性醫護服務的醫囑，則該轉介可能包含長期轉介。轉介中會指明轉介期間，不必取得我們的額外核准。如果您不確定，請詢問您的網絡醫護人員已授權哪些服務。如果網絡外專科醫生要求您回診接受進一步醫護服務，請先確定轉介是否涵蓋額外醫護服務。如果不可以，則請聯絡您的網絡醫護人員。
- 如果我們收到通知，得知您需要在急診護理後接受網絡外醫護人員的病情穩定後護理，我們將會與網絡外醫護人員討論您的病情。如果我們確定您需要病情穩定後護理，且該護理如果透過網絡醫護人員取得屬於承保範圍，我們則會授權您接受網絡外醫護人員的護理，前提是我們無法安排網絡醫護人員（或其他指定醫護人員）提供護理。詳情請參閱本章第 3.1 節。
- 醫療上必要的變性外科手術和相關外科診療。
- 由宗教性非醫療健康護理機構所提供的醫護服務，第 6 節如本章所述。
- 如果您的網絡醫護人員就移植評估進行書面或電子轉介，如果專業醫療服務集團的區域移植諮詢委員會或董事會或病例會議（如果有）根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則決定您是器官移植和服務的潛在候選人，則將授權轉介。如果沒有移植諮詢委員會，專業醫療服務集團會將您轉介給移植中心的醫生，如果移植中心的醫生認定該等服務是醫療上必要的或該等服務有遵循 Medicare 準則予以承保，專業醫療服務集團將會授權該等服務。**注意：**網絡醫生可能無需按照此專業醫療服務集團的移植授權程序來提供或授權角膜移植。



**如果某個專科醫生或其他網絡醫護人員退出本計劃該怎麼辦？**

在本年度中，我們可能會針對隸屬於您計劃的醫院、醫生和專科醫生（醫護人員）作出變更。若您的醫生或專科醫生退出我們的計劃，您仍享有下列特定權利和保障：

- 雖然我們的醫護人員網絡在一年當中會發生變化，Medicare 規定我們必須向您提供合格且不間斷的醫生和專科醫生服務。
- 我們將會秉持誠信原則至少提前 30 天向您發出通知，告知您有關醫護人員即將退出本計劃的事宜，以便您有時間重新選擇新的醫護人員。
- 我們將協助您選擇合格的新醫護人員來繼續管理您的健康護理需求。
- 如果您正在接受治療，您有權要求且我們將會與您合作以確保您正在接受且為醫療上必要的治療不會中斷。
- 如果我們的網路內沒有計劃所承保服務的合格專科醫生，我們必須承保網路內成本分擔的該項服務。如果專業醫療服務集團的有關代表確定這些承保服務是醫療上必要的，且網絡醫護人員無法提供這些承保服務，其將會為服務提供授權。轉介至網絡外醫護人員處是為了某個特定的治療計劃，並且如果醫生開立持續性醫護服務的醫囑，則該轉介可能包含長期轉介。轉介中會指明轉介期間，不必取得我們的額外核准。如果您不確定，請詢問您的網絡醫護人員已授權哪些服務。如果網絡外專科醫生要求您回診接受進一步醫護服務，請先確定轉介是否涵蓋額外醫護服務。如果不可以，則請聯絡您的網絡醫護人員。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生即將離開您的計劃，請與我們聯絡以便我們幫助您找到新的醫護人員以管理您的醫療護理。
- 如果您認為我們未能向您提供合格的醫護人員來替代您先前的醫護人員或者您的醫療護理管理不當，您有權利向 QIO 提出醫護品質抱怨、醫護品質申訴，或以上兩者。請參閱第 9 章。

**第 2.4 節 — 如何從網絡外醫護人員處接受醫療護理**

除以下情形外，從網絡外醫護人員處獲得的醫療護理將不會獲得承保：

- 您從網絡外醫護人員處獲得的急診或緊急需求服務。有關詳細資訊以及急診或緊急需求服務的定義，請參閱本章第 3 節。
- 本計劃或專業醫療服務集團按照本章第 2.3 節所述授權至網絡外醫護人員處就診的轉介。
- 您暫時不在我們的服務區時從 Medicare 認證的洗腎設施接受的洗腎服務。

- 如果您前往 Kaiser Permanente 其他地區的服務區，您可從該服務區指定的醫護人員處獲得部分屬於本《承保範圍說明書》承保範圍的醫護服務。請致電我們的外出護理旅遊專線：1-951-268-3900（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天、每天 24 小時皆可撥打（假日除外），或造訪我們的網站，網址為 [kp.org/travel](http://kp.org/travel)，以瞭解有關前往 Kaiser Permanente 其他地區的服務區時可獲得的醫護服務的更多資訊，包括承保範圍資訊以及設施地點。Kaiser Permanente 位於加利福尼亞、哥倫比亞特區、科羅拉多、喬治亞、夏威夷、馬里蘭、俄勒岡、維吉尼亞和華盛頓州。**注意：**我們的外出旅行專線還可以回答有關您在網絡外獲得的承保急診或緊急醫護服務的問題，包括如何獲得補償。

### 第 3 節 — 當您需要急診或有緊急醫護需求時，如何獲得服務？或當您遇到災難時

#### 第 3.1 節 — 如果您需要醫療急診，如何獲得醫護服務

##### 什麼是「醫療急診」以及當您需要醫療急診時應該怎麼辦？

醫療急診是指您或任何其他具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士認為，您出現的醫療症狀需要立即就醫，以防失去生命（以及，如果您懷孕，失去胎兒）、失去四肢或四肢功能，失去身體功能，或造成嚴重的身體機能障礙。這些醫療症狀可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。

如果您需要醫療急診，您應：

- **盡快取得協助。** 致電 911 尋求協助，或前往最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您無需事先取得 PCP 的批准或轉診。您不需要使用網路內的醫生。無論您在美國境內或境外，只要需要急診醫療護理時均屬承保範圍。
- **請務必盡快將您的急診情形告知本計劃。** 我們需追蹤您的急診護理情況。您或其他人通常應於 48 小時內致電通知我們您的急診護理情況。電話號碼列印於您計劃會員卡的背面。

**如果您需要醫療急診，哪些服務屬於承保範圍？**

如果透過其他任何方式前往急診室會危及您的健康，則本計劃會承保救護車救護服務。急診期間的醫療服務屬於我們的承保範圍。

給您提供急診護理的醫生將負責確定您的病症是否穩定，急診是否已經結束。

急診結束後，您有權獲得隨診照護，以確保您的病症持續保持穩定。您的醫生將會持續為您治療，直到您的醫生與我們聯絡並制訂額外的醫療服務計劃。我們會根據 Medicare 準則負擔您病情穩定後護理的跟進護理費用。在您接受網絡外醫護人員所提供的病情穩定後護理之前，您的醫護人員必須致電我們以取得病情穩定後護理的授權。在大多數情形下，只有當網絡外醫護人員或我們告訴您可能需承擔付款責任時，您才可能需要付款。

如果為您提供急診服務的是網絡外醫護人員，我們將安排網絡醫護人員在您的病症和情況允許時盡快接手，為您提供照護。

**如果不是醫療急診情況會怎樣？**

有時很難判斷自己是否需要醫療急診的情況。例如，您可能前去接受急診護理（您以為自己的健康受到嚴重威脅），但醫生卻可能表示這完全不屬於醫療急診的情況。如果最後結論不是急診，只要您有充分理由認為自己的健康受到嚴重威脅，我們都會承保您的醫療護理。

但是，在醫生確定您的情況不屬於急診後，只有在您透過下列兩種方式之一取得額外醫護時，我們才會承保額外醫護：

- 您從網絡醫護人員處獲得額外醫護。
- 或者您獲得的額外醫護被認為是「緊急需求服務」並且您在獲得此緊急治療時有遵循相關規定（詳情請參閱下面第 3.2 節）。

**第 3.2 節 — 在您需要緊急需求服務時獲得醫護服務****什麼是「緊急需求服務」？**

緊急需求服務是一個非急診情況下所需的醫療護理，考慮到您的病症，該護理並不可能或合理地經由網路內的醫護人員取得。網路外所提供的緊急需求服務，必須是本計劃的承保範圍。某些緊急需求服務，例如 i) 週末嚴重咽喉痛，或 ii) 當您暫時不在服務區內，已知病症不可預期的發作。

我們知道，有時很難知道自己需要的醫療護理類型。因此，我們有電話諮詢護士可以協助您。諮詢護士是經過專門培訓的註冊護士，他們透過電話來協助評估醫療症狀，並在醫療角度而言合適的情形下提供建議。無論您是致電尋求建議還是預約，您都可以與諮詢護士交談。

他們通常能夠回答有關輕微病症的問題、告訴您在網絡設施關門時該如何做、或向您建議下一步該做什麼、包括預約當天緊急醫護（在醫療角度而言合適的情形下）。若要在每週 7 天，每天 24 小時的任何時間與諮詢護士洽談或約診，請參閱《醫護人員名錄》中的約診和諮詢電話號碼。

本計劃承保範圍，包括在以下情況下於美國境外全球各地所提供的急診和緊急醫護服務：

- 您暫時位於服務區外。
- 該服務為治療突發疾病或傷害之必要服務，以避免您的健康嚴重惡化。
- 延遲治療直至您返回服務區實屬不合理行為。
- 若是您透過網絡醫護人員取得服務，該服務應屬於承保範圍。

### 第 3.3 節 — 在災難期間獲得醫護服務

如果您的州長、美國衛生與民政服務部長或美國總統宣布您所在地區進入災難或緊急狀態，您仍可獲得我們的醫護服務。

如需瞭解有關如何在災難期間獲得所需醫療護理的資訊，請瀏覽我們的網站 [kp.org](http://kp.org)。

如果您在災難發生期間無法使用網路醫護人員，我們的計劃將會允許您接受網路外醫護人員的醫療護理並支付網路內的成本分擔。如果在災難期間您無法使用網絡藥房，您可在網絡外藥房配藥。請參閱第 5 章 第 2.5 節瞭解更多資訊。

## 第 4 節 — 如果您直接收到承保服務的全額費用帳單該怎麼辦？

### 第 4.1 節 — 您可以要求我們為您的承保服務支付我們應分擔的費用

如果您為承保服務支付了超額的費用，或者如果您收到承保醫療服務的全額帳單，請參閱第 7 章「要求我們給付您收到之承保醫療服務或藥物帳單中我們應分擔的費用」，以查詢有關如何處理的資訊。

### 第 4.2 節 — 如果服務不在我們計劃的承保範圍，您必須支付全額費用

我們承保所有醫療上必要的服務，列於本文件第 4 章的「醫療理賠項目表」。如果您所取得的服務不屬於我們的承保範圍，或在未授權情況下取得網路外的服務，您必須支付該服務的所有費用。

有關承保服務有理賠限度的部分，在該類承保服務理賠限度用盡後，您必須支付所接受任何服務的全額費用。您在理賠用盡後支付的任何金額將不計入自付上限。

## 第 5 節 — 當您參加「臨床試驗研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？

### 第 5.1 節 — 什麼是「臨床試驗研究」？

臨床試驗研究（也稱為「臨床試驗」）是醫生和科學家用來測試新型醫療護理的一種方法，例如，測試新型抗癌藥物的療效。部分獲得 Medicare 核准的臨床試驗研究。

Medicare 核准的臨床試驗研究通常會要求志願者參與研究。

一旦聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 核准該研究，負責該研究的人將會聯絡您，向您進一步說明該研究，並了解您是否符合主持該研究的科學家所規定的要求。只要您符合該研究的要求，並且對所涉事宜完全瞭解並完全接受，您即可以參加該研究。

如果您參加 Medicare 核准的研究，Original Medicare 會為您在該研究中接受的承保服務支付大部分費用。若果您告訴我們您正在進行合格的臨床試驗，則您只需負責該實驗服務的網路內成本分擔。如果您支付了額外的費用，例如，您支付了 Original Medicare 成本分擔的金額，我們將償還您支付費用與網路內成本分擔的差額。然而，您需要提供文件以說明您已支付的費用。當您參加某項臨床試驗研究時，您仍然可以入保本計劃並透過本計劃繼續獲得其他醫護服務（與該研究不相關的醫護服務）。

如果您想參加 Medicare 核准的臨床試驗研究，則您無需獲得本計劃或您 PCP 的核准。為您提供該臨床試驗研究醫護的醫護人員不需要是本計劃醫護人員網絡的一部分。

雖然您參加臨床試驗研究不需要獲得本計劃的允許，但我們建議您在選擇參加合格的 Medicare 臨床試驗時，提前通知我們。

如果您參加未獲聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 或本計劃核准的研究，您將必須支付參加該研究的全部費用。

### 第 5.2 節 — 當您參加臨床試驗研究時，由何方支付何類費用？

一旦您參加 Medicare 核准的臨床試驗研究，在該研究中所接受的例行項目和服務屬於 Original Medicare 的承保範圍，包括：

- 即使您沒有參加研究，Medicare 也會支付您住院所需的食宿費用。
- 屬於試驗研究一部分的手術或其他醫療程序。
- 新醫護方式的副作用和併發症治療。

在 Medicare 支付了這些服務的成本分擔之後，我們的計劃將支付 Original Medicare 成本分擔、與您作為我們計劃會員在網路內成本分擔之間的差額。這意味著您在該研究中接受的服務費用與您透過本計劃接受這些服務的費用相當。然而，您需要提交文件以說明您已支付的費用。如您想了解有關提交給付申請的詳細資訊，請參閱第 7 章。

成本分擔額的計算方法示例如下：假設您在試驗研究中接受了化驗，費用為\$100。另外假設，根據 Original Medicare 規定您為此項測試的成本分擔為\$20，但根據本計劃的理賠該測試費用為\$10。在這種情形下，Original Medicare 將為此測試支付\$80，而您將支付 Original Medicare 所需的\$20 共付額。然後，您將向您的計劃告知您已接受合格的臨床試驗服務，並向計劃提交了諸如保健業者的賬單等文件。本計劃將直接給付您\$10。因此，您的淨給付為\$10，即相當於我們計劃的理賠規定您要支付的金額。請注意，為了從您的計劃中取得給付，您必須向您的計劃提交諸如保健業者的賬單等文件。

當您參加臨床試驗研究時，**Medicare 或本計劃均不會為以下任何項目支付費用：**

- Medicare 一般不會為該研究所測試的新物品或服務支付費用，即使您沒有參加該研究，Medicare 也會承保該物品或服務。
- 僅為了收集資料、而不直接用於您健康護理的物品或服務。例如，如果您的病症通常只需要進行一次電腦斷層造影 (Computerized Tomography, CT) 掃描，Medicare 將不會為該研究每月所進行的 CT 掃描支付費用。

**您是否想瞭解更多資訊？**

您可造訪聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 網站閱讀或下載「Medicare and Clinical Research Studies (Medicare 和臨床試驗研究)」一文，以瞭解更多關於參加臨床試驗研究的資訊（此出版物可在 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) 取得。）您也可以致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。

## 第 6 節 — 關於如何在「宗教性非醫療健康護理機構」獲得醫護服務的規定

### 第 6.1 節 — 什麼是宗教性非醫療健康護理機構？

宗教性的非醫療健康護理機構，是為通常在醫院或專業護理院進行治療的病症提供醫護服務的設施。如果在醫院或專業護理院接受醫護服務違反某位會員的宗教信仰，我們將會改承保宗教性的非醫療健康護理機構所提供的醫護服務。此理賠僅為計劃 A 部分的住院服務（非醫療性的保健服務）提供。

## 第 6.2 節 — 宗教性非醫療健康護理機構提供的哪些醫護服務屬於本計劃的承保範圍？

要獲得宗教性非醫療健康護理機構提供的醫護服務，您必須簽署法律文件，說明您切實反對「非強制性」醫療。

- 「非強制性」的醫療護理或治療是指任何自願而非任何聯邦、州或地方法律規定的醫療護理或治療。
- 「強制性」的醫療是指您非自願獲得的醫療護理或治療，或指聯邦、州或地方法律規定的醫療護理或治療。

要納入本計劃的承保範圍，您從宗教性非醫療健康護理機構獲得的醫護服務必須滿足以下條件：

- 提供醫護服務的設施必須經 Medicare 認證。
- 本計劃對您所取得之服務的承保範圍限於非宗教方面的醫療護理。
- 如果您在該機構獲得的服務是由該機構在護理機構提供，則應滿足下列條件：
  - ◆ 您的病情必須允許您接受承保的住院醫療護理或專業護理院醫療護理服務。
  - ◆ – 並且 – 在入住該設施之前，您必須事先獲得本計劃的核准，否則您的住院將不會獲得承保。

**注意：** 承保服務的限制及成本分擔與第 4 章和第 12 章所述之網絡醫護人員提供之服務的限制及成本分擔相同。

## 第 7 節 — 耐用醫療器材所有權規則

### 第 7.1 節 — 按照本計劃規定支付一定次數的款項之後，您是否能擁有耐用醫療器材的所有權？

耐用醫療器材 (DME) 包括諸如以下的用品：氧氣器材和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音溝通裝置、靜脈注射泵、噴霧器以及由醫護人員開立醫囑且供居家使用的病床。不論在何種情況下，會員均享有特定用品的所有權，例如：假體。在本節中，我們將會討論您必須租用的其他 DME 類型。

在 Original Medicare 中，租用某些類型之 DME 的人士若在為該用品支付 13 個月的共付額後，其便可享有該器材的所有權。儘管您在加入本計劃前已經根據 Original Medicare 規定為 DME 物品連續支付了 12 期的費用，但在您作為我們的計劃成員期間，不管您為該物品支付了多少共付額，您仍無法獲得所租用 DME 物品的所有權。

---

**如果您轉至 Original Medicare，您為耐用醫療器材支付的費用將如何處理？**

如果您在參加本計劃期間未獲得 DME 用品的所有權，則在您轉至 Original Medicare 之後，您將需重新支付連續 13 期的費用才能享有該用品的所有權。您在計劃中所投保的付款款項不計算在內。

**範例 1：** 您在 Original Medicare 中連續支付 12 期或更少的款項，之後才加入我們的計劃。您在 Original Medicare 中所投保的付款款項不計算在內。在擁有該用品前，您必須向我們的計劃支付 13 期的款項。

**範例 2：** 您在 Original Medicare 中連續支付 12 期或更少的款項，之後才加入我們的計劃。您曾在我們的計劃中，但在我們的計劃中沒有獲得所有權。然後回到了 Original Medicare。在您重新加入 Original Medicare 之後，您必須重新支付連續 13 期的費用才能享有其所有權。所有以前的款項 (無論是對我們的計劃或對 Original Medicare) 不計算在內。

---

**第 7.2 節 — 氧氣設備、用品和保養規定****您應享有哪些氧氣理賠福利？**

若您符合 Medicare 所承保的氧氣設備資格，我們的計劃會承保：

- 氧氣設備租賃。
- 氧氣輸送和氧氣量。
- 用於氧氣輸送的管線和相關氧氣配件以及氧氣量。
- 氧氣設備的保養和修理。

如果您離開我們的計劃或不再需要醫療上的氧氣設備，則必須將氧氣設備退還。

**如果您離開計劃並轉回 Original Medicare，會發生什麼事？**

Original Medicare 要求氧氣供應商為您提供五年的服務。在最初的 36 個月中，您曾經租用設備。剩下的 24 個月，供應商提供的設備和維護 (氧氣的共付額仍需由您支付)。五年後，您可以選擇留在同公司或去另一家公司。此時，五年的週期再度開始，即使您留在同一家公司，也會要求您支付起初 36 個月的共付額。如果您加入或離開我們的計劃，五年週期就會重新計算。



## 第 4 章 — 醫療理賠項目表 (承保內容及應付費用)

### 第 1 節 — 瞭解您為承保服務支付的自付費用

本章提供了「Medicare 理賠服務表」，其中列明您作為本計劃的會員可獲得的承保服務，以及您必須為每項承保服務支付多少費用。在本章後文部分，您可以瞭解有關不屬於承保範圍的醫療服務資訊，其中也說明了某些服務的限制。另外，請參閱第 3 章、第 11 章和第 12 章瞭解其他承保範圍資訊，包括限制（例如，理賠福利協調、耐用醫療器材、居家健康護理、專業護理院醫療護理和第三方責任）。本章第 2.2 節將向您說明我們的選擇性補充理賠福利。

#### 第 1.1 節 — 您可能需為承保服務支付的自付費用類型

如需瞭解本章所述的付款資訊，您需瞭解承保服務的自付費用類型。

- 「**共付額**」是指您每次接受特定醫療服務時所支付的固定金額。您需在接受醫療服務時支付共付費，除非我們當時未收取所有成本分擔，而是日後給您發送帳單（本章第 2 節的「醫療理賠項目表」將會為您進一步說明您的共付額）。
- 「**共保額**」是指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您需在接受醫療服務時支付共保額，除非我們當時未收取所有成本分擔，而是日後給您發送帳單（本章第 2 節的「醫療理賠項目表」將會為您進一步說明您的共保額）。

大多數符合 Medicaid 或 Qualified Medicare Beneficiary (QMB) 計劃資格的人士，不論在何種情況下均無需支付免賠額、共付額或共保額。請務必向您的醫護人員出示您的 Medicaid 或 QMB 資格證明（如適用）。

#### 第 1.2 節 — 您需為 Medicare A 部分和 B 部分的承保醫療服務支付的最高金額是多少？

由於您入保 Medicare Advantage 計劃，所以對於 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分的網路內承保醫療服務，您每年所須自付的費用有其上限。該限制稱之為「醫療服務的最大自負額」。2023 日曆年度的該金額為：

- Solano County Basic 計劃需支付**\$6,700**。
- Alameda County Basic、Contra Costa County Basic、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin County Basic、San Francisco County Basic、San Mateo County Basic 或 Santa Clara County Basic 計劃需支付**\$6,000**。
- Solano County Enhanced 計劃需支付**\$5,500**。
- Greater Fresno Area Basic、San Joaquin County Basic、Santa Cruz County 或 Stanislaus County Basic 計劃需支付**\$4,900**。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

- Marin 和 San Mateo County Enhanced 計劃需支付**\$4,200**。
- Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、Santa Clara County Enhanced、Contra Costa County Enhanced、或 Alameda、Napa 和 San Francisco County 計劃需支付**\$3,900**。
- Greater Fresno Area Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃需支付**\$2,500**。

您為網絡內承保服務支付的共付額和共保額將計入該自付上限。您為您的計劃保費和 D 部分處方藥支付的金額不計入該自付上限。此外，您為某些服務支付的金額不計入該自付上限。這些服務在「醫療理賠項目表」中標有星號 (\*)。如果您達到最大自付額諸如 Solano County Basic 計劃會員的**\$6,700**，Alameda County Basic、Contra Costa County Basic、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin County Basic、San Francisco County Basic、San Mateo County Basic、或 Santa Clara County Basic 計劃的**\$6,000**，Solano County Enhanced 計劃會員的**\$5,500**，Greater Fresno Area Basic、San Joaquin County Basic、Santa Cruz County 或 Stanislaus County Basic 計劃的**\$4,900**，Marin 和 San Mateo County Enhanced 計劃的**\$4,200**，Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、Santa Clara County Enhanced、Contra Costa County Enhanced 或 Alameda、Napa 和 San Francisco County 計劃的**\$3,900**，或 Greater Fresno Area Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的**\$2,500**，則您在今年剩餘時間內，就不需要再為網路內承保的 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分服務支付任何自付費用。但您必須繼續為您的計劃和 Medicare B 部分支付保費（B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方支付的情形下除外）。

### 第 1.3 節 — 本計劃不允許醫護人員向您收取「差額收費」

作為本計劃會員，您可獲得一項重要保障，即您在獲得本計劃承保的服務時，您僅需支付您的成本分擔額。醫護人員不可額外向您收取其他費用，稱為「差額收費」。即使我們支付給醫護人員的費用少於其收取的服務費用，並且即使產生爭議而我們不支付某些醫護人員收費，該保護措施也適用。下面對這一保障進行說明：

- 如果您的成本分擔額為共付額（即固定金額，如\$15），則對網絡醫護人員提供的任何承保服務您只需支付該金額。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

- 如果您的成本分擔額為共保額（即總費用的某一百分比），則您決不會支付多於該百分比的費用。然而，您的費用取決於您請哪一類醫護人員為您看診：
  - ◆ 如果您從網絡醫護人員處接受承保服務，您需要支付的費用是共保額的百分比乘以本計劃退款費率（該費率在醫護人員和本計劃簽訂的合約中有所規定）。
  - ◆ 如果您從參與 Medicare 的網絡外醫護人員處接受承保服務，您需要支付的費用是共保額的百分比乘以合約醫護人員的 Medicare 補償費率。（請謹記，本計劃只在特定情形下才承保網路外醫護人員提供的服務，例如當您獲得轉介或進行急診或緊急需求服務時。）
  - ◆ 如果您從未參與 Medicare 的網絡外醫護人員處接受承保服務，您需要支付的費用是共保額的百分比乘以未參與 Medicare 之醫護人員的 Medicare 支付費率。（請謹記，本計劃只在特定情形下才承保網路外醫護人員提供的服務，例如當您獲得轉介或進行急診或緊急需求服務時。）
- 如果您認為醫護人員向您索取「差額收費」，請電話聯絡會員服務部。

## 第 2 節 — 利用此份「醫療理賠項目表」，尋找您的承保服務及您應支付的費用


### 第 2.1 節 — 身為本計劃的會員，您的醫療福利和費用

後面幾頁的「醫療理賠項目表」中列出了本計劃的承保服務以及您需為每項服務自付的費用。D 部分處方藥保險在第 5 章。「醫療理賠項目表」中列出的服務僅在滿足下列承保要求時才屬於承保範圍：

- 您的 Medicare 承保服務必須按照 Medicare 的承保準則予以提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備，以及計劃 B 的處方藥）必須是醫療上必要的。「醫療上必要的」是指服務、用品或藥物對於您病症的預防、診斷或治療是必要的，且滿足獲得認可的醫療執業規範。
- 您透過網絡醫護人員處接受醫護服務。在大多數情形下，您從網路外醫護人員處獲得的醫護服務將無法獲得承保，除非急診、緊急醫護，或除非您的計劃或網路內的醫護人員已經提供您轉介。也就是說，您必須支付保健業者全額的服務費用。
- 您有基本保健業者 (PCP)，並由其負責提供和監督您的醫護服務。在大多數情形下，您的 PCP 必須在您請本計劃網絡內其他醫護人員看診前，為您提供事先核准。這稱為「轉介」。
- 「醫療理賠項目表」中的部分服務僅有在您的醫生或其他網絡醫護人員事先獲得我們的事先核准時（有時稱為「事前授權書」）才會獲得承保。需要事先核准的承保服務在「醫療理賠項目表」中用 (†) 符號標出。此外，請參閱第 3 章, 第 2.3 節，以瞭解事前授權書的詳情，包括其他需要事前授權書但未列入「醫療理賠項目表」的服務。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

### 與本計劃承保範圍有關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 承保的所有項目。就其中的某些理賠項目而言，您在本計劃中需支付的費用會比在 Original Medicare 中的費用多一些。而就其他理賠項目而言，您需要支付的費用會少一些。(如需瞭解更多關於 Original Medicare 的承保範圍和費用的資訊，請查閱 2023 年《Medicare & You》手冊。請瀏覽 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 在線上查看，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048)。
- 對於 Original Medicare 承保的所有免費預防性服務，我們也會免費為您提供承保。但是，如果您在接受預防性服務的就診期間還針對現有病情接受治療或監控，那麼針對現有病情所接受的醫療護理您將需支付成本分擔。
  - ◆  您將在「醫療理賠項目表」中的預防性服務旁看到此蘋果圖示。
- 如果 Medicare 在 2023 年將任何新的服務納入承保範圍內，則 Medicare 或本計劃將承保這些服務。

### 「醫療理賠項目表」

下面的「醫療理賠項目表」，說明了本《承保範圍說明書》中所包含的以下 Kaiser Permanente Senior Advantage 計劃醫療理賠福利：


- Alameda、Napa 和 San Francisco County 計劃。
- Alameda County Basic 計劃。
- San Francisco County Basic 計劃。
- Contra Costa County Basic 計劃。
- Contra Costa County Enhanced 計劃。
- Greater Fresno Area Basic 計劃。
- Greater Fresno Area Enhanced 計劃。
- Marin 和 San Mateo County Enhanced 計劃。
- Marin County Basic 計劃。
- Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic 計劃。
- Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 計劃。
- San Joaquin County Basic 計劃。
- San Joaquin County Enhanced 計劃。
- San Mateo County Basic 計劃。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

- Santa Clara County Basic 計劃。
- Santa Clara County Enhanced 計劃。
- Santa Cruz County 計劃。
- Solano County Basic 計劃。
- Solano County Enhanced 計劃。
- Stanislaus County Basic 計劃。
- Stanislaus County Enhanced 計劃。

如果您不確定您入保的是哪個計劃，請致電會員服務部或參閱您的**年度變更通知**封面（或者，如果是新會員，請查閱您的入保申請表或入保確認函）。

**注意：**請參閱第 1 章, 第 2.2 節，以了解《承保範圍說明書》內所包含各計劃的地理服務區。就保費、成本分擔、入保和退保而言，本地區的服務區有多種 Senior Advantage 計劃，具體內容詳見《承保範圍說明書》。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方獲得網絡醫護人員的醫療護理。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
 <b>腹主動脈瘤篩檢</b> 為有風險者提供的一次性超音波篩檢。僅在您有某些風險因素而且您的醫生、醫生助理、護理師或臨床專科護士轉介您接受此篩檢時，本計劃才承保該篩檢。	符合此項預防性篩檢資格的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>慢性下背痛的針灸†</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在以下情況下，Medicare 受益人最多在 90 天內 12 次的就診可獲承保： <ul style="list-style-type: none"> <li>對於此理賠福利的目的，慢性下背痛的定義為： <ul style="list-style-type: none"> <li>持續 12 週或更長時間。</li> <li>非特異性，因為它沒有可辨明的全身性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性等疾病無關）。</li> <li>與手術無關。</li> <li>與懷孕無關。</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>對於那些表現出改善的病人，還將另外進行八次療程。每年不得施用超過 20 次針灸治療。</p> <p>如果病人沒有獲得改善或正在復原，則必須中止治療。</p> <p>醫護人員要求：</p> <p>醫生（如《社會安全法案》（《法案》）第 1861(r)(1) 條所定義）可根據適用州的規範提供針灸服務。</p> <p>醫師助理 (PA)、護理師 (NP)/臨床專科護士 (CNS)（如法案第 1861(aa)(5) 條所定義）和輔助人員如果符合所有適用州的規範並具備以下條件，則可以提供針灸服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>獲得針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認可學校的針灸或東方醫學碩博士學位；和</li> <li>擁有在美國的州、領地或聯邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區執業的現行、完整、有效且不受限制的針灸執照。</li> </ul> <p>提供針灸的輔助人員，必須依 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 之規定，在醫師、PA 或 NP/CNS 的適當監督下提供服務。</p>	<p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alameda County Basic：\$5</li> <li>Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$0</li> <li>Contra Costa County Basic：\$5</li> <li>Contra Costa County Enhanced：\$0</li> <li>Greater Fresno Area Basic：\$0</li> <li>Greater Fresno Area Enhanced：\$0</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>Marin County Basic：\$5</li> <li>San Francisco County Basic：\$5</li> <li>San Joaquin County Basic：\$0</li> <li>San Joaquin County Enhanced：\$0</li> <li>San Mateo County Basic：\$5</li> <li>Santa Clara County Basic：\$5</li> <li>Santa Clara County Enhanced：\$0</li> <li>Santa Cruz County：\$0</li> <li>Solano County Basic：\$5</li> <li>Solano County Enhanced：\$0</li> <li>Stanislaus County Basic：\$0</li> <li>Stanislaus County Enhanced：\$0</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p>針灸不屬於 Medicare 承保範圍的服務†</p> <p>針灸通常僅是為了治療噁心或是作為慢性疼痛治療的綜合疼痛管理計劃之一部分而提供。</p>	<p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>● Contra Costa County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>● Greater Fresno Area Basic : <b>\$0</b></li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>● Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>● Marin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● San Joaquin County Basic : <b>\$0</b></li> <li>● San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>● San Mateo County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>● Santa Cruz County : <b>\$0</b></li> <li>● Solano County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>● Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>● Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。


您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>救護服務</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>承保的救護車服務包括使用固定翼飛機、旋翼飛機和地面救護車服務載送至最近且可提供醫護服務的適當設施，前提是會員的病症若使用其他運輸方式可能會危及會員的健康或者該服務已獲得本計劃的核准。</li> <li>如果您合理認為您發生急診病情且您合理認為您的病情需要救護車交通運輸服務的臨床支援，則我們亦會在沒有事前授權書的情況下承保全球各地的執照救護車服務（包括透過 911 緊急回應系統提供的交通運輸，如果有此系統）。</li> <li>僅在有記錄表明會員的病症若使用其他運輸方式可能會危及會員的健康，且救護車運輸服務是醫療上必要的，非急診救護車運輸服務才屬適當。</li> </ul>	<p>您為每趟單程支付<b>\$200</b>。</p>
<p> <b>年度例行身體檢查</b></p> <p>例行身體檢查屬於承保範圍，但條件是該檢查必須屬於具有醫療適當性的預防性護理服務且是依據獲得公認的專業執業規範提供。</p>	<p>您無需為本項預防性護理服務支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p> <b>年度保健就診</b></p> <p>如果您入保 B 部分的時間超過 12 個月，您便可獲得年度保健就診，以根據您目前的健康及風險因素制定或更新個人預防計劃。該承保每 12 個月提供一次。</p> <p><b>注意：</b>第一次年度保健就診不能在您進行「歡迎加入 Medicare」預防性就診後的 12 個月內進行。但是，在您入保 B 部分 12 個月之後，您無需進行「歡迎加入 Medicare」就診便可獲得年度保健就診承保。</p>	<p>您無需為年度保健就診支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p> <b>骨質測量</b></p> <p>針對符合資格者（通常是指有骨質流失或骨質疏松風險者），下列服務每 24 個月會承保一次，若為醫療上必要的服務則可增加承保次數：骨質鑑定程序、骨質流失檢測或骨質測定，其中包括醫生解讀檢測結果。</p>	<p>您無需為 Medicare 承保的骨質測量支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p> <b>乳癌篩檢（乳房 X 光檢查）</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 35 至 39 歲之間的女性享有一次基線乳房 X 光檢查。</li> <li>● 年滿 40 歲及 40 歲以上的女性每 12 個月享有一次乳房 X 光檢查篩檢。</li> <li>● 每 24 個月一次臨床乳房檢查。</li> </ul>	<p>您無需為承保的乳房 X 光檢查篩檢支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>心臟復健服務</b></p> <p>為符合特定條件且有醫生醫囑的會員承保心臟復健服務（包括運動、教育和諮詢）綜合計劃。本計劃也承保加強型心臟復健計劃，與心臟復健計劃相比，該計劃通常更為嚴格或強度更大。</p>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次基本護理就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic：\$5</li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$0</li> <li>● Contra Costa County Basic：\$5</li> <li>● Contra Costa County Enhanced：\$0</li> <li>● Greater Fresno Area Basic：\$0</li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced：\$0</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>● Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>● Marin County Basic：\$5</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。




\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$0</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul> <p>視您所入保的計劃而定，您每次專科護理就診所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$10</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$15</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$10</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$5</b></li> </ul>
<p> <b>心血管疾病風險降低就診（心血管疾病治療）</b></p> <p>我們每年承保一次在基本保健醫生處的就診，以幫助降低心血管疾病風險。在這次就診中，您的醫生可能會討論阿斯匹林服用情形（如適用）、檢查您的血壓，並提供有關確保健康飲食的建議。</p>	<p>您無需為加強型行為治療心血管疾病預防理賠項目支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p> <b>心血管疾病測試</b></p> <p>每五年（60 個月）進行一次驗血，以檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險增加有關的異常症狀）。</p>	<p>您無需為心血管疾病測試支付任何共保額、共付額或免賠額，該檢查每五年承保一次。</p>
<p> <b>子宮頸癌和陰道癌篩檢</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 所有女性：每 24 個月承保一次抹片檢查和盆腔檢查。</li> <li>• 如果您是罹患子宮頸癌或陰道癌的高風險者或者您正值生育年齡且在過去三年內您曾發生抹片檢查結果異常：每 12 個月一次抹片檢查。</li> </ul>	<p>您無需為 Medicare 承保的預防性抹片檢查和盆腔檢查支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。


\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>脊柱神經治療服務†</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 我們僅承保矯正半脫位的脊柱徒手推拿服務。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 這些 Medicare 承保的服務由網絡醫護人員提供或由網絡醫護人員授權的脊椎神經醫生提供，將會獲得承保。如需網絡脊椎神經醫生名單，請參閱《<b>醫護人員名錄</b>》。</li> </ul> </li> </ul>	<p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$0</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p> <b>結腸直腸癌篩檢</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 針對 50 歲及 50 歲以上的人士，下列各項服務屬於承保範圍： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每 48 個月一次撓性乙狀結腸鏡檢查（或以鉭劑灌腸篩檢作為替代檢查）。</li> <li>◆ 每 12 個月可進行下列其中一項檢查： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 愈創木脂糞便隱血檢查 (Guaiac-based Fecal Occult Blood Test, gFOBT)。</li> <li>○ 糞便免疫化學檢查 (Fecal Immunochemical Test, FIT)。</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• 每 3 年進行一次 DNA 結腸直腸篩檢。</li> <li>• 針對有患結腸直腸癌的高風險者，我們每 24 個月承保一次以篩檢為目的的結腸鏡檢查（或以鉭劑灌腸篩檢作為替代檢查）。</li> <li>• 針對非結腸直腸癌高風險者，我們每 10 年（120 個月）承保一次結腸鏡檢查篩檢，但在乙狀結腸鏡檢查後的 48 個月內不提供。</li> </ul>	<p>您無需為 Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢檢查支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在結腸鏡篩檢中進行的程序（例如：切除息肉）。</li> <li>• gFOBT 或 FIT 檢測陽性或撓性乙狀結腸鏡檢查篩檢後進行的大腸鏡檢查。</li> <li>• 注意：所有其他大腸鏡檢查都必須支付此表中適用的其他成本分擔。</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>牙科服務</b></p> <p>一般而言，預防性牙科服務（如洗牙、例行牙科檢查及牙科 X 光檢查）不屬於 Original Medicare 的承保範圍。但是，本計劃透過與 <b>Delta Dental of California</b>（「Delta Dental」）及其 DeltaCare USA Dental HMO 計劃，承保特定預防性及綜合牙科護理。DeltaCare USA 透過與 Delta Dental 簽約以提供牙科服務的牙科醫生網絡提供下列預防性及綜合牙科護理。如需牙科醫護人員的資訊，請參閱《牙科醫護人員名錄》中包含的 DeltaCare USA 列表。</p> <p>我們將選擇 DeltaCare USA 牙科醫生為您服務，並將有關您指定牙科醫生的資訊傳送給您，包括聯絡資訊和您的牙科會員證。您可以聯絡 DeltaCare 選擇不同的 DeltaCare 牙科醫生。如果 DeltaCare 在當月 21 日之前收到您變更牙科醫生的請求，您變更指定牙科醫生將在下個月的第一天生效（當月 21 日之後收到的請求，則將在再下一個月的第一天生效）。您可以前往下列網址進一步瞭解您指定的牙科醫生，或在線上選擇新的牙科醫生：<a href="http://deltadentalins.com">deltadentalins.com</a>。您也可以致電 Delta Dental 客戶服務部，電話：<b>1-877-644-1774</b>，週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。美國東部標準時間，每週 7 天；10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點（聽障及語障電話專線使用者應該致電 <b>711</b>。）</p> <p>如欲使服務獲得承保，會員必須透過指定的 DeltaCare USA 牙科醫生取得牙科護理，但承保的急診病情和事先取得 Delta Dental 專科醫護核准書面授權者除外。</p>	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p>如果某牙科程序未列於下表，則該牙科程序即不屬於承保範圍。DeltaCare USA 的主治牙科醫生將會適當提供下列理賠福利，但需遵守本章第 3.2 節所述的除外項目和限制。</p> <p><b>注意：</b> 如果您投保本章第 2.2 節所述的可選補充理賠福利 (Advantage Plus)，會承保其他牙科理賠福利。</p>	
<p><b>承保的預防性和綜合服務</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D4910：牙周維護 — 每 12 個月 1 次治療。</li> <li>• D0120：定期口腔評估。</li> <li>• D0140：有限度的口腔評估。</li> <li>• D0150：綜合口腔評估。</li> <li>• D0160：詳細而廣泛的口腔評估 — 每 12 個月內限兩次檢查。</li> <li>• D0180：綜合牙周評估。</li> <li>• D0220：口內 – 首張根尖周放射線影像。</li> <li>• D0230：口內 – 每額外增加一張根尖周放射線影像。</li> <li>• D0240：口內 – 咬合放射線影像。</li> <li>• D0270：咬翼片 — 單張放射線影像 — 每 12 個月限兩次。</li> <li>• D0272：咬翼片 — 兩張放射線影像 — 每 12 個月限兩次。</li> <li>• D0274：咬翼片 — 四張放射線影像 — 每 6 個月限一組。</li> <li>• D0419：唾液流速測量評估。</li> <li>• D1110：預防性洗牙 — 每 12 個月限兩次。</li> <li>• D4341：牙周刮治和牙根整平 — 每象限四顆或四顆以上牙齒 — 在任何連續 12 個月限 4 個象限。</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D4342：牙周刮治和牙根整平 — 每象限一顆至三顆牙齒 — 在任何連續 12 個月限 4 個象限。</li> <li>• D4346：在有廣泛性中度或重度牙齦發炎的情況下所進行的刮治 — 全口，在進行口腔評估之後 — 每 12 個月限兩次。</li> </ul> <p><b>注意：</b>如果您入保本計劃的自選補充理賠福利組合 Advantage Plus，可享有額外的牙科承保範圍。詳情請參閱第 2.2 節本章。</p>	
<p> <b>抑鬱症篩檢</b></p> <p>我們每年承保一次抑鬱症篩檢。篩檢必須在能夠提供跟進治療和／或轉介的基本護理機構中完成。</p>	<p>您無需為每年一次的抑鬱症篩檢就診支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p> <b>糖尿病篩檢</b></p> <p>如果您有下列任何一項風險因素，我們將承保此項篩檢（包括空腹血糖檢查）：高血壓、膽固醇和三酸甘油酯水平異常（血脂異常）病史、肥胖或高血糖（葡萄糖）病史。如果您符合其他要求，如體重超重及糖尿病家族病史，這些測試可能也在承保範圍內。</p> <p>根據這些測試的結果，您每 12 個月可能有資格接受最多兩次糖尿病篩檢。</p>	<p>您無需為 Medicare 承保的糖尿病篩檢測試支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>糖尿病自我管理訓練和糖尿病服務與用品</b></p> <p>針對所有糖尿病患者（胰島素和非胰島素使用者）提供的承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• †用於監測血糖的用品：血糖監測器、血糖測試條、採血器具、採血針以及用於檢查測試條和監測器準確度的血糖控制液。</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• †有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每日曆年度一雙治療用定製的模壓鞋（包括此類鞋配備的鞋墊）和兩雙額外的鞋墊，或一雙深口鞋和三雙鞋墊（不包括此類鞋配備的非定製可移除鞋墊）。試鞋也包括在承保範圍內。</li> </ul>	<p><b>20%</b> 共同保險</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 🍏 †在某些情形下，糖尿病自我管理訓練也屬於承保範圍。</li> </ul> <p><b>注意：</b> 您可選擇接受本計劃外經美國糖尿病協會認可及 Medicare 核准的糖尿病自我管理培訓計劃。</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>耐用醫療器材 (DME) 和相關用品†</b> (關於「耐用醫療器材」的定義，請參閱本文件第 12 章，以及第 3 章, 第 7 節。)</p> <p>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、由醫護人員開立醫囑並供居家使用的病床、靜脈注射泵、語音溝通裝置、氧氣器材、噴霧器和助行器。</p> <p>我們承保屬於 Original Medicare 承保範圍且為醫療上必要的所有 DME。如果您所在地區的供應商沒有特定品牌或製造商的產品，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。您可在我們的網站 <a href="http://kp.org/directory">kp.org/directory</a> 上找到最新版的供應商清單。</p> <p>我們也在醫療上必要承保下列非屬於 Medicare 承保範圍的耐用醫療器材 (DME)：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 需要擴展床時用於醫院病床的床配件。</li> <li>• 腳跟保護套或護肘，以防止或盡量減少使用進階洩壓器材。</li> <li>• 當禁忌使用止汗藥，且多汗症已引起醫療併發症（例如皮膚感染）或妨礙日常生活時，以離子電滲療法器材用於治療多汗症。</li> </ul>	<p><b>20%</b> 共保額，除了尖峰呼吸空氣流量計和紫外線光療法治療設備為 <b>\$0</b>。</p> <p><b>氧氣設備</b></p> <p>每次收到設備時，您在 Medicare 氧氣設備保險上的成本分擔為 20%。</p> <p>入保 36 個月後，您的成本分擔將不會改變。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 非治療性連續血糖監測裝置及相關用品。</li> <li>• 如果氣管造口病人存在嚴重的分泌物處置問題，則需要使用復甦袋，需要利用復甦袋進行深呼吸以輔助灌洗和抽吸技術。</li> <li>• 用於治療銀屑病以外疾病的醫學上必要的紫外線治療設備，包括家用紫外線治療設備，如果 (1) 該設備已通過我們計劃的事先授權程序為您批准，如第 3 章和 (2) 所述我們的服務區內提供設備。（紫外線治療設備的承保範圍僅限於能充分滿足您的醫療需求的標準器材用品。我們將決定租賃或購買器材，且我們將選擇供應商。在我們不再承保這些器材之後，您必須將器材歸還給我們，或者您必須向我們支付器材的公平市場價格。）</li> </ul>	
<p><b>急診護理</b></p> <p>急診護理是指符合以下條件的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 由符合提供急診服務資格的醫護人員提供，且</li> <li>• 為評估或穩定急診病情所需。</li> </ul> <p>醫療急診是指您或任何其他具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士認為，您出現的醫療症狀需要立即就醫，以防失去生命（以及，如果您懷孕，失去胎兒）、失去四肢或四肢功能。這些醫療症狀可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。</p> <p>在網絡外提供必要急診服務的成本分擔與此類服務在網絡內提供時相同。</p> <p><b>您享有全球急診護理保險。</b></p>	<p>視您所入保的計劃而定，您每次急診部就診所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic：\$110</li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$110</li> <li>• Contra Costa County Basic：\$110</li> <li>• Contra Costa County Enhanced：\$110</li> <li>• Greater Fresno Area Basic：\$110</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced：\$120</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$110</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$110</li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$110</li> <li>• Marin County Basic：\$110</li> <li>• San Francisco County Basic：\$110</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$120</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$110</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$95</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$120</b></li> </ul> <p>如果您在 24 小時內以住院病人的身分直接入院，則此共付額不適用（如果您以門診病人的身分入院，例如您入院接受觀察，此共付額則適用）。</p> <p>†如果您從網絡外醫院獲得急診護理，且在急診病情穩定後需要接受住院病人護理，則您必須返回網絡醫院才能讓醫護服務繼續獲得承保，或者您在網絡外醫院接受的住院病人護理必須獲得本計劃的授權，在此情況下，您所需支付的費用將比照您在網絡醫院時所支付的成本分擔。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>健身理賠（Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise 計劃）</b></p> <p>此 Silver&amp;Fit 計劃包括以下內容：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 您可加入一間合約 Silver&amp;Fit 健身中心，並利用該健身中心標準會員可享有的所有服務（例如：不需另外付費的健身中心器材或由教練帶領的課程）。如果您加入 Silver&amp;Fit 健身中心的會員，將適用以下規定： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 健身中心會提供設施和器材的介紹。</li> <li>◆ 健身中心所提供的服務會隨地點而異。Silver &amp; Fit 計劃的標準健身中心會員資格並未包含通常需要額外付費的任何非標準健身中心服務（例如，法庭費用或是私人教練服務的費用）。</li> <li>◆ 若要加入 Silver&amp;Fit 合約健身中心，請透過 <b>kp.org/SilverandFit</b> 註冊並選取您的地點。您接下來可列印或下載您的「歡迎函」，上面會包括有健身 ID 號碼的 Silver&amp;Fit 卡，您可提供給所選擇的健身中心。</li> <li>◆ 加入之後，您每個月都有一次機會可轉換至另一間合約 Silver&amp;Fit 健身中心，此項變動將在下一個月的一號生效（您可能必須在該健身中心填寫一份新的會員協議書）。</li> </ul> </li> <li>● 如果您想在家健身，每個日曆年度可以選擇一個居家健身套組。有許多居家健身套組可供選擇，包括穿戴式健身追蹤器、皮拉提斯、肌力、游泳和瑜珈套組選項。套組可能變動，一經選擇便無法更換。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 若要挑選您的套裝器械，請瀏覽 <b>kp.org/SilverandFit</b> 或致電 Silver&amp;Fit 客戶服務部。</li> </ul> </li> </ul>	\$0

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p>● 在下列網址取得 Silver&amp;Fit 線上服務： <b>kp.org/SilverandFit</b>，上面提供有隨選鍛煉身體影片、鍛煉身體計畫、Well-Being Club、時事通訊和其他有用的功能。Silver&amp;Fit 網站的 Well-Being Club 增強功能讓會員能有機會檢視自訂資源並參加直播課程和活動。</p> <p>如欲取得更多有關 Silver&amp;Fit 計劃以及合約健身中心清單和居家套組的資訊，請瀏覽 <b>kp.org/SilverandFit</b> 或致電 Silver&amp;Fit 客戶服務部，電話為 <b>1-877-750-2746</b>（聽障及語障電話專線：711），提供服務時間為週一至週五上午 5:00 至下午 6:00 (太平洋標準時間)。</p> <p>Silver&amp;Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供，該公司是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。Silver&amp;Fit 是 ASH 的聯邦註冊商標，在此文件中的使用已獲得許可。合約健身中心及健身連鎖在每個地方可能不同，也可能隨時變動。</p>	
<p> <b>健康及保健教育計劃</b></p> <p>作為健康生活方式計劃 (Healthy Lifestyle Program) 的一部分，我們的計劃涵蓋許多團體健康教育課程，包括：健康心臟、與慢性病共存及抑鬱症 (healthy heart, living with chronic conditions and depression)。Healthy Lifestyle Program 由經認證的健康教育工作者或其他合格的保健專業人士提供。</p> <p>我們也承保各種健康教育諮詢、計劃和資料來幫助您積極保護及改善您的健康，包括慢性病（例如糖尿病和哮喘）的計劃。您也可以參加本計劃不承保的計劃，這些計劃可能需要您付費。</p>	<p><b>團體就診</b> <b>\$0</b></p> <p><b>個人就診</b> 依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>● Contra Costa County Basic : <b>\$5</b></li> <li>● Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>● Greater Fresno Area Basic : <b>\$0</b></li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p>如欲取得有關我們健康教育諮詢、計劃和資料的更多資訊，請聯絡您當地的健康教育部、致電會員服務或瀏覽我們的網站：<a href="http://kp.org">kp.org</a>。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>• Marin County Basic：\$5</li> <li>• San Francisco County Basic：\$5</li> <li>• San Joaquin County Basic：\$0</li> <li>• San Joaquin County Enhanced：\$0</li> <li>• San Mateo County Basic：\$5</li> <li>• Santa Clara County Basic：\$5</li> <li>• Santa Clara County Enhanced：\$0</li> <li>• Santa Cruz County：\$0</li> <li>• Solano County Basic：\$5</li> <li>• Solano County Enhanced：\$0</li> <li>• Stanislaus County Basic：\$0</li> <li>• Stanislaus County Enhanced：\$0</li> </ul>
<p><b>聽力服務</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫護人員為了確定您是否需要治療而進行的診斷性聽力和平衡能力評估，將以門診護理方式承保（由醫生、聽覺專家或其他合格醫護人員提供的情形下）。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您每次專科護理就診所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic：\$15</li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$10</li> <li>• Contra Costa County Basic：\$15</li> <li>• Contra Costa County Enhanced：\$10</li> <li>• Greater Fresno Area Basic：\$5</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced：\$5</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$15</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$10</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。


\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$10</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$5</b></li> </ul>
<p><b>助聽器承保</b></p> <p>經由網路醫護人員 (臨床聽覺專家) 開立處方的下列助聽器服務，屬於我們的承保範圍。我們承保下列服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每側耳朵<b>每個助聽器最多補助\$1,250</b>，您可將該補助用於購買一個助聽器，每 36 個月一次。如果您需要佩帶兩個助聽器才能使聽力獲得大幅改善且該改善無法僅透過一個助聽器達成，我們將會為每側耳朵各承保一個助聽器。每側耳朵<b>\$1,250</b> 的補助在任意 36 個月的期間內僅能使用一次。如果您在首次購買時沒有將合計的<b>\$1,250</b> 承保額全部用完，您將無法在稍後再行使用。</li> </ul> <p>我們選出了能夠提供承保助聽器的醫護人員或供應商。承保範圍僅限這些醫護人員或供應商所提供的助聽器類型和型號。</p>	<p>*如果您所購買的助聽器費用超過<b>\$1,250</b>，您將需支付差額。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>助聽器評估和調試。</li> <li>確認助聽器符合處方規定的就診。</li> <li>在保證期過後諮詢、調整、清潔及檢查所需的就診。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<p> <b>HIV 篩檢</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>對於要求接受愛滋病毒篩檢測試或愛滋病毒感染風險較高者，我們每 12 個月承保一次篩檢。</li> <li>對於孕婦，我們在懷孕期間承保最多三次篩檢。</li> </ul>	符合 Medicare 承保預防性愛滋病毒篩檢的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。
<p><b>送餐到府</b></p> <p>我們承保因於充血性心力衰竭住院，從網絡醫院出院後立即送餐到您的住家，在連續四週期間每天最多二餐，每日曆年度一次，具體如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在出院過程中，您醫護團隊的人員將會開始進行轉介，有效期限為 30 天。轉介獲得批准後，送餐服務供應商將與您聯繫並提供餐點選項，及安排送餐服務。如果您對轉介有任何疑問（未使用的轉介不得更新），可以和會員服務聯絡。</li> <li>除了提供一般健康餐外，還有一些菜單可支援特定病情和飲食要求。</li> </ul> <p>若有以下情況，我們不承保餐費：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>您出院後會轉往另一家提供餐點的設施 (例如，住院病人復健)。</li> <li>餐點轉介已過期。</li> </ul> <p>注意：急診部、門診手術恢復室停留和觀察停留不被視為醫院住院。</p>	<b>\$0</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>居家保健機構的醫療護理</b></p> <p>在您獲得居家保健服務之前，醫生必須證實您需要居家保健服務，並安排由居家保健機構提供居家保健服務。您必須患病在家，這意味著離家對您而言很困難。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 非全天或非連續性專業護理和居家健康助理服務。為了使居家健康護理理賠獲得承保，您的專業護理和居家健康助理服務的總時間每天不得超過 8 小時，每週不得超過 35 小時。</li> <li>• 物理治療、職業病治療及言語治療。</li> <li>• 醫療和社工服務。</li> <li>• 醫療器材和用品。</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p><b>注意：</b>根據 Medicare 準則提供的居家健康護理服務和用品無需支付成本分擔。但如果該用品屬於其他理賠項目的承保範圍（例如：非由居家保健機構提供的耐用醫療器材），則列於本「醫療理賠項目表」其他部分的適用成本分擔將適用。</p>
<p><b>居家靜脈注射治療†</b></p> <p>居家靜脈注射治療包括到府對個人以靜脈注射或是皮下注射的方式施用藥物或生物製劑。實施到府靜脈注射所需要素包括藥物（例如，抗病毒藥、免疫球蛋白）、器械（例如，泵浦）以及用品（例如，軟管和導管）。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 依據照護計劃所提供的專業服務，包括護理服務。</li> <li>• 不屬於耐用醫療器材理賠福利承保範圍的患者訓練與教育。</li> <li>• 遠端監測。</li> <li>• 對於由合格的居家靜脈注射治療提供者所進行的居家靜脈注射治療以及居家注射藥物提供監測服務。</li> </ul>	<p>專業服務、訓練和監測費用為<b>\$0</b>。根據用品而定，執行居家靜脈注射所需的組件（例如，Medicare B 部分藥物、耐用醫療器材 (DME) 和醫療用品）可能適用本「醫療理賠項目表」其他地方列出的適用成本分擔。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p>如果以下所有情形均屬實，我們將承保居家靜脈注射用品和藥物：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您的處方藥列於 Medicare 計劃 D 部分承付藥物手冊中。</li> <li>• 我們已核准您的居家靜脈注射治療用處方藥。</li> <li>• 您的處方是由網絡醫生開立，且您是在網絡居家靜脈注射藥房配藥。</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p><b>注意：</b> 如果承保的居家靜脈注射用品或藥物不是由網路居家靜脈注射藥房配藥，依據該項服務，該用品或藥物可能受限於本文件它處所列的適用成本分擔。</p>
<p><b>Medicare 不為 Contra Costa County Basic、Contra Costa County Enhanced、Solano County Basic 或 Solano County Enhanced 計劃會員承保居家醫療護理（居家高級醫護服務）</b></p> <p>在特定情況下，本計劃承保 Medicare 不予承保的居家醫療護理，為您提供在醫院接受緊急處理的替代服務及緊急處理後的居家服務，以支持您復原。居家服務必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 由網絡主治醫生開具處方，該醫生會根據您的健康狀況、治療計劃和居家環境確定您可以在家中安全有效地接受治療。</li> <li>• 由您選擇，因為您偏好在家中接受治療計劃中描述的醫療護理。</li> </ul> <p><b>Medically Home</b> 是我們的網絡保健業者，只要網絡主治醫生開具處方，就會根據治療計劃在您的家中提供以下服務和用品：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 註冊護士 (RN)、物理治療師、職業病治療師、語言治療師、呼吸治療師、營養師、居家健康助理和其他醫療保健專業人員，根據居家護理治療計劃和醫護人員的執業範圍和執照進行家訪。</li> <li>• 通訊設備可讓您每週 7 天，每天 24 小時聯絡 <b>Medically Home</b> 的指揮中心。包括支持可靠通訊所需的通訊技術，以及在您無法撥打電話時聯絡 <b>Medically Home</b> 指揮中心的 PERS 示警設備。</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 以下是確保您在家中獲得適當監測的必要設備：血壓袖帶/監視器、脈衝式血氧濃度計、體重計和溫度計。</li> <li>• 行動造影和檢測，例如 X 光、實驗室和心電圖。</li> <li>• 以下安全用品：淋浴椅、升高的馬桶座、抓取器、長柄鞋拔和穿襪器。</li> <li>• 當您在家中接受緊急處理時，每週最多可享用 21 餐。</li> </ul>	
<p>此外，下面列出的聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保服務和用品作為居家治療計劃的一部分開具處方時，不適用本「醫療理賠項目表」其他地方指出的成本分擔：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 耐用醫療器材。</li> <li>• 醫療用品。</li> <li>• 救護車屬醫療上必要的運輸時，可在網絡設施之間進行救護車運輸。</li> <li>• 醫師助理和護理師家訪或診所就診。</li> <li>• 如果服務是居家治療計劃的一部分，則在網絡設施中提供以下服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 與此理賠福利相關的網絡急診部就診。</li> <li>◆ 物理、語言或職業病治療診所就診。</li> <li>◆ X 光檢查、化驗、超音波和心電圖。</li> </ul> </li> </ul> <p>本「醫療理賠項目表」在其它地方所指出的成本分擔，適用於不屬於居家治療計劃 (例如，與居家治療計劃無關的 DME)，或在上述以外，雖屬居家治療計劃但並未在您家中提供的所有其他服務和項目。</p> <p><b>注意：</b> 如需處方藥成本分攤的資訊，請參閱此表中的 Medicare B 部分處方藥區段和第 6 章的 Medicare D 部分處方藥內容。</p>	<b>\$0</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>安寧護理</b></p> <p>如果您的醫生及安寧服務醫療主任告知您臨終預後，證明您患有絕症且根據正常病程發展，您的預期壽命只剩六個月或少於六個月，您便符合安寧服務的理賠資格。您可從任何經 Medicare 認證的安寧計劃獲得醫療護理。您的計劃有義務幫助您在您的計劃服務範圍內找到經 Medicare 認證的安寧護理計劃，包括 MA 組織擁有、控制或有經濟利益的那些計劃。您的安寧護理醫生可以是網絡醫護人員或網絡外醫護人員。</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 症狀控制和鎮痛藥物。</li> <li>• 短期暫替護理。</li> <li>• 居家護理。</li> </ul> <p>當您加入安寧服務時，您有權持續您的計劃；如果您選擇持續您的計劃，您需要繼續支付計劃保費。</p> <p><b>*針對安寧服務以及與您的安寧服務有關的 Medicare 計劃 A 部分或計劃 B 部分承保服務：</b> Original Medicare (而非本計劃) 將支付安寧服務費用給安寧服務的醫護人員，以及與您安寧服務相關的所有計劃 A 部分和計劃 B 部分服務費用。在您入保安寧計劃的期間，您的安寧醫護人員會針對需由 Original Medicare 給付的服務向 Original Medicare 開具帳單。您將支付 Original Medicare 的成本分擔額。</p>	<p>如果您入保經 Medicare 認證的安寧服務計劃，Original Medicare（而非本計劃）將會支付您的安寧服務以及與您臨終預後相關的 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分服務。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>針對與您的臨終預後無關的 Medicare A 部分或 Medicare B 部分承保服務：</b> 如果您需要與您的安寧服務無關的非急診、非急需服務，且該服務由 Medicare 計劃 A 部分或 B 部分承保，則您需為這些服務支付的費用，取決於您是否使用本計劃網路內的醫護人員並符合計劃規定 (例如事先授權等要求)：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 如果您從網路醫護人員處取得承保服務，並符合取得服務的計劃規定，則您僅需為網路內服務支付本計劃的成本分擔額。</li> <li>• *如果您從網絡外醫護人員處獲得承保服務，則您需根據 Medicare 按服務收費 (Original Medicare) 規定來支付成本分擔。</li> </ul> <p><b>針對由本計劃承保但 Medicare A 部分或 B 部分不承保的服務：</b> 無論服務是否與您的臨終預後相關，我們都將繼續承保 A 部分或 B 部分不承保的本計劃承保服務。您要為這些服務支付本計劃的成本分擔額。</p> <p><b>針對可能屬於本計劃 D 部分福利承保範圍的藥物：</b> 如果這些藥物與您的臨終安寧服務的病症無關，則您支付費用分擔額。如果這些與您的安寧護理的病症相關，則您支付 Original Medicare 的成本分擔。在何藥物不會同時屬於安寧服務和本方案的承保範圍。如需詳細資訊，請參閱第 5 章, 第 9.4 節，以及「如果您住在 Medicare 認證的安寧護理機構將會怎樣」。</p> <p><b>注意：</b> 如果您需要安寧服務以外的醫護服務（與您的臨終預後無關的醫護服務），您應聯絡我們以便我們為您安排服務。</p>	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p>本計劃為尚未選用安寧服務理賠的絕症病人承保安寧服務的諮詢服務（僅限一次）。</p>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次基本護理就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic：\$5</li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$0</li> <li>• Contra Costa County Basic：\$5</li> <li>• Contra Costa County Enhanced：\$0</li> <li>• Greater Fresno Area Basic：\$0</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced：\$0</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>• Marin County Basic：\$5</li> <li>• San Francisco County Basic：\$5</li> <li>• San Joaquin County Basic：\$0</li> <li>• San Joaquin County Enhanced：\$0</li> <li>• San Mateo County Basic：\$5</li> <li>• Santa Clara County Basic：\$5</li> <li>• Santa Clara County Enhanced：\$0</li> <li>• Santa Cruz County：\$0</li> <li>• Solano County Basic：\$5</li> <li>• Solano County Enhanced：\$0</li> <li>• Stanislaus County Basic：\$0</li> <li>• Stanislaus County Enhanced：\$0</li> </ul> <p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次專科護理就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic：\$15</li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$10</li> <li>• Contra Costa County Basic：\$15</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$10</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$5</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p> <b>免疫接種</b></p> <p>Medicare B 部分的承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>肺炎疫苗。</li> <li>流感預防注射，每年秋季和冬季的流感季節，以及醫療上必要的額外流感預防注射。</li> <li>乙型肝炎疫苗（針對乙型肝炎中高風險者）。</li> <li>COVID-19 疫苗。</li> <li>其他疫苗（如果您有患病風險且符合 Medicare B 部分承保規則）。</li> </ul> <p>我們還承保 Medicare 計劃 D 部分處方藥物理賠福利所承保的某些疫苗。</p>	<p>您無需為肺炎、流行性感冒、乙型肝炎及 COVID-19 疫苗支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>住院醫療護理</b></p> <p>包括住院病人急性醫護、住院病人復健、長期護理院以及其他類型的住院服務。住院醫療護理從您根據醫生醫囑正式入院之日開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。</p> <p>對於醫療上必要的住院或普通急性治療醫院一般且通常提供的服務沒有天數限制。承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>雙人病房（或單人病房，如有醫療上必要的情況）。</li> <li>膳食，包括特殊飲食。</li> <li>定期護理服務。</li> <li>特疏醫療護理部費用（如重症監護或冠狀動脈病護理科）。</li> <li>藥物。</li> <li>化驗。</li> <li>X 光檢查和其他放射科服務。</li> <li>必要的外科手術和醫療用品。</li> <li>器材的使用，如輪椅。</li> <li>手術室和恢復室的費用。</li> </ul>	<p>每次住院都會收取成本分擔。</p> <p>您在住院期間的第 1-5 天，依您所投保的計劃而定，您每天需支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alameda County Basic：\$265</li> <li>Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$195</li> <li>Contra Costa County Basic：\$265</li> <li>Contra Costa County Enhanced：\$195</li> <li>Greater Fresno Area Basic：\$200</li> <li>Greater Fresno Area Enhanced：\$120</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$250</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$145</li> <li>Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$225</li> <li>Marin County Basic：\$270</li> <li>San Francisco County Basic：\$265</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 物理治療、職業病治療及言語語言治療。</li> <li>• 為醫治藥物濫用有關之脫癮症狀（解毒）的藥物濫用住院服務。</li> <li>• †在特定情形下，下列類型的移植也屬於承保範圍：角膜、腎臟、腎臟-胰腺、心臟、肝臟、肺臟、心臟/肺臟、骨髓、幹細胞，和腸道/多臟器。如果您需要移植，我們會安排由獲得 Medicare 核准的移植中心審核您的個案以確定您是否適合進行移植。移植醫護人員可以是當地或者是服務區外的醫護人員。如果本計劃網絡內的移植服務不屬於社區醫護服務的範圍，您可以選擇在當地接受移植服務，只要當地的移植醫護人員願意接受 Original Medicare 的費率。如果我們在您的社區移植醫護服務範圍外提供移植服務，而您也選擇在該較遠地點接受移植，我們將會依照交通和住宿準則，為您和一名陪同人員安排或給付適當的住宿和交通費用，請向會員服務部索取交通和住宿準則。</li> <li>• 血液—包括儲存和管理。</li> <li>• 醫生服務。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• San Joaquin County Basic：\$200</li> <li>• San Joaquin County Enhanced：\$120</li> <li>• San Mateo County Basic：\$270</li> <li>• Santa Clara County Basic：\$240</li> <li>• Santa Clara County Enhanced：\$170</li> <li>• Santa Cruz County：\$200</li> <li>• Solano County Basic：\$290</li> <li>• Solano County Enhanced：\$240</li> <li>• Stanislaus County Basic：\$200</li> <li>• Stanislaus County Enhanced：\$120</li> </ul> <p>在此之後，剩餘的承保住院期間均需支付\$0。此外，除非您是在同一天入院和出院，否則您在出院當天將無需支付上列共付額。</p> <p>†如果您在急診病情穩定之後，獲得授權在網絡外醫院接受住院病人護理服務，則您的費用將比照您在網絡醫院所支付的成本分擔。</p> <p><b>注意：</b>如果您在 2022 年入院並且直到 2023 年某時出院，則 2022 年成本分擔將適用於該次入院，直到您出院或轉移到專業護理院為止。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>注意：</b>如欲成為「住院病人」，醫護人員必須以書面醫囑安排您以醫院住院病人的身分正式入院。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是「門診病人」。如果您不確定自己是住院病人還是門診病人，您應詢問醫院工作人員。您也可在 Medicare 說明書「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!」中找到更多資訊。請瀏覽 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 或致電 <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>，以取得此說明書。若您需使用聽障及語障電話專線，請致電 <b>1-877-486-2048</b>。這些免費電話於每週 7 天，每天 24 小時開放。</p>	
<p><b>精神科醫院的住院病人服務</b></p> <p>承保服務包括需要住院的精神健康醫護服務。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 我們承保終生最多 190 天在 Medicare 認證之精神科醫院的住院。住院的終身承保天數需扣除先前獲得 Medicare 承保的精神科醫院精神健康治療住院天數。</li> <li>● 190 天的限制不適用於因精神健康問題而在一般醫院的精神科病房住院。也不適用於與以下病情相關的精神病院住院：精神分裂症、分裂情感性疾患、兩極性精神失常（躁鬱症）、重度抑鬱症、恐懼症、強迫症、廣泛性發展障礙或自閉症、神經性厭食症、神經性貪食症及未滿 18 歲之兒童的嚴重情緒障礙 (Serious Emotional Disturbance, SED)。</li> </ul>	<p>每次住院都會收取成本分擔。</p> <p>您在住院期間的第 1-5 天，依您所投保的計劃而定，您每天需支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic : <b>\$265</b></li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$195</b></li> <li>● Contra Costa County Basic : <b>\$265</b></li> <li>● Contra Costa County Enhanced : <b>\$195</b></li> <li>● Greater Fresno Area Basic : <b>\$200</b></li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$120</b></li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$230</b></li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$145</b></li> <li>● Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$215</b></li> <li>● Marin County Basic : <b>\$255</b></li> <li>● San Francisco County Basic : <b>\$265</b></li> <li>● San Joaquin County Basic : <b>\$200</b></li> <li>● San Joaquin County Enhanced : <b>\$120</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$255</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$215</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$170</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$200</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$265</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$230</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$200</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$120</b></li> </ul> <p>在此之後，剩餘的承保住院期間均需支付<b>\$0</b>。此外，除非您是在同一天入院和出院，否則您在出院當天將無需支付上列共付額。</p> <p><b>注意：</b> 如果您在 2022 年入院並且直到 2023 年某時出院，則 2022 年成本分擔將適用於該次入院，直到您出院或轉移到專業護理院為止。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。


\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>住院：在非承保住院期間於醫院或 SNF 接受的承保服務†</b></p> <p>如果您已使用完您的住院病人精神健康或專業護理院 (Skilled Nursing Facility, SNF) 理賠福利，或者如果住院是屬於非合理和非必要，我們將不會承保您的住院或 SNF 住院。然而，在某些情形下，我們將會承保您在醫院或 SNF 期間所接受的部分服務。承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫生服務。</li> <li>• 診斷檢驗（如化驗）。</li> <li>• X 光、鐳和同位素治療，包括技師材料和服務。</li> <li>• 手術敷料。</li> <li>• 夾板、石膏模及其他用於減少骨折和脫位情形的裝置。</li> <li>• 取代所有或部分身體內部器官（包括周邊組織）的假體及矯形裝置（牙科除外），或取代所有或部分已永久失能或機能失常之身體內部器官機能的假體及矯形裝置，包括此類裝置的置換或維修。</li> <li>• 腿部、臂部、背部及頸部支架；疝氣帶；人工腿、人工臂及人工眼（包括由於斷裂、磨損、遺失或病人身體情況改變所需的調整、維修和置換）。</li> <li>• 物理治療、言語治療和職業病治療。</li> </ul>	<p>如果您的住院或 SNF 住院不再獲承保，則在網絡醫護人員提供服務時，我們將繼續按列於本醫療理賠項目表其他部分的適用成本分擔承保 Medicare B 部分服務。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p> <b>醫療營養治療</b></p> <p>此項理賠福利適用於糖尿病、腎臟病（但未洗腎）或接受過腎臟移植的患者，但需由您的醫生安排。</p> <p>根據 Medicare（其中包括本計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）規定，我們將會在您接受醫療營養治療服務的第一年承保三小時一對一的諮詢服務，並在第一年過後每年承保兩小時。如果您的病症、治療或診斷結果有所改變且您持有醫生的醫囑，您可能可以接受更多小時的治療。醫生必須針對這些服務開處方，且如果您的治療必須延續至下一個日曆年度，醫生必須每年更新一次其醫囑。</p>	<p>符合 Medicare 承保醫療營養治療服務的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。


\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p>我們還承保與糖尿病或末期腎臟病 (ESRD) 無關的網絡醫護人員提供的營養/飲食諮詢。</p>	<p><b>團體就診</b> <b>\$0</b></p> <p><b>個人就診</b> 依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$0</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p> <b>聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 糖尿病預防計劃 (MDPP)</b></p> <p>所有 Medicare 保健計劃中符合資格的 Medicare 受益人均可獲得 MDPP 服務的承保。</p> <p>MDPP 是一項有組織的健康行為改變介入措施，其提供長期飲食改變、增加體能活動以及問體解決策略等方面的實際訓練，以克服困難並進而維持減重和健康生活型態。</p>	<p>MDPP 理賠無需共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>Medicare B 部分處方藥†</b></p> <p>這些藥物屬於 Original Medicare B 部分的承保範圍。本計劃的會員透過本計劃獲得這些藥物的承保。承保藥物包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您使用獲得本計劃授權的耐用醫療器材（如噴霧器）所服用的藥物。</li> <li>• 您透過自行注射方式所使用的凝血因子，但條件是您患有血友病。</li> <li>• 免疫抑制劑藥物，但條件是您在接受器官移植時有人保 Medicare A 部分。</li> <li>• 部分口服抗癌藥物和抗噁心藥物。</li> <li>• 原發性免疫缺陷病居家治療用的免疫球蛋白靜脈注射液。</li> <li>• 通常不是由病人自行施用而是在您接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時透過注射或輸液方式而使用的藥物。</li> <li>• 骨質疏鬆注射藥物，但條件是您無法離家、有骨折現象且經醫生證實該骨折與更年期骨質疏鬆有關，且您無法自行施用藥物。</li> <li>• 抗原。</li> </ul>	<p><b>計劃 B 部分的施用藥物</b></p> <p>醫務人員施用或觀察所需，並經由網絡內醫護人員所施用的 Medicare 計劃 B 部分藥物，您需要支付的<b>共保額為 0% 到 20%</b>。請致電會員服務部，以了解我們為哪些藥物提供 20% 的共保額。</p> <p><b>經由網路藥房取得的計劃 B 部分藥物</b></p> <p>依照我們《承付藥物手冊》中，您經由網路藥房取得而所需支付的藥物包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 用於家庭靜脈注射藥物（藥量最多達 100 天）以及用於家庭洗腎的 Epogen（藥量最多達 30 天），<b>\$0</b>。</li> <li>• 其他所有的學名藥（藥量最多達 30 天）： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Alameda County Basic：<b>\$12</b></li> <li>◆ Alameda、Napa 和 San Francisco County：<b>\$5</b></li> </ul> </li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定居家洗腎用藥物，包括肝素、醫療上必要的肝素解毒劑、表面麻醉劑及紅血球生成刺激劑（例如：Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®或 Darbepoetin Alfa）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Contra Costa County Basic：\$12</li> <li>◆ Contra Costa County Enhanced：\$5</li> <li>◆ Greater Fresno Area Basic：\$12</li> <li>◆ Greater Fresno Area Enhanced：\$5</li> <li>◆ Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$12</li> <li>◆ Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$5</li> <li>◆ Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$5</li> <li>◆ Marin County Basic：\$12</li> <li>◆ San Francisco County Basic：\$12</li> <li>◆ San Joaquin County Basic：\$12</li> <li>◆ San Joaquin County Enhanced：\$5</li> <li>◆ San Mateo County Basic：\$12</li> <li>◆ Santa Clara County Basic 計劃：\$12</li> <li>◆ Santa Clara County Enhanced：\$5</li> <li>◆ Santa Cruz County：\$5</li> <li>◆ Solano County Basic：\$12</li> <li>◆ Solano County Enhanced：\$5</li> <li>◆ Stanislaus County Basic：\$12</li> <li>◆ Stanislaus County Enhanced：\$5</li> <li>● 其他所有的品牌藥（藥量最多達 30 天）： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ \$45</li> </ul> </li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>注意：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>我們還承保 B 部分和 D 部分處方藥物理賠福利所規定的某些疫苗。</li> <li>第 5 章將會說明 Medicare 計劃 D 部分處方藥理賠福利，包括為使處方藥獲得承保，您必須遵守的規定。您需為透過本計劃取得之 Medicare 計劃 D 部分處方藥所支付的費用將會在第 6 章詳加說明。</li> </ul>	
<p> <b>促進持續減重的肥胖篩檢和治療</b></p> <p>如果您的身體質量指數達到或超過 30 以上，我們將會承保密集諮詢以協助您減重。如果您透過基本護理的形式接受此類諮詢，由於基本護理和綜合預防計劃可互相協調，因此該諮詢將可獲得承保。請向您的基本保健醫生或執業人員洽詢以瞭解詳情。</p>	<p>您無需為預防性肥胖篩檢和治療支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>鴉片類藥物治療服務†</b></p> <p>有鴉片類藥物使用障礙 (OUD) 的計劃會員可透過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 取得 OUD 治療服務承保，包括下列服務在內：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>美國食品及藥物管理署 (FDA) 已核准鴉片類致效劑和拮抗劑輔助治療 (MAT) 藥物。</li> <li>配發和施用此類 MAT 藥物（如果適用）。</li> </ul>	<p>在臨床上施用鴉片類藥物治療計劃所提供的 Medicare B 部分藥物時，您需要支付 <b>0% 或 20% 共保額</b>。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>藥物酒精濫用諮詢。</li> <li>個人和團體療法。</li> <li>毒理學測試。</li> <li>收容活動。</li> <li>定期評估。</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>門診診斷檢驗以及治療服務和用品</b></p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>X 光檢查。</li> <li>超音波檢查。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您每次所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alameda County Basic：<b>\$5</b></li> <li>Alameda、Napa 和 San Francisco County：<b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$15</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 化驗。</li> <li>• 心電圖 (Electrocardiogram, EKG)、霍特氏心電圖顯示器和腦電圖 (Electroencephalogram, EEG)。</li> <li>• 睡眠測試。</li> <li>• 放射（鐳和同位素）治療，包括技師材料和用品。</li> <li>• 外科手術用品，如敷料。</li> <li>• 夾板、石膏模及其他用於減少骨折和脫位情形的裝置。</li> </ul> 血液—包括儲存和管理。	<b>\$0</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 其他門診診斷檢驗：               <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、電腦斷層造影 (Computed Tomography, CT) 和正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)。</li> </ul> </li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您為每項程序所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$215</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$195</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$215</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$195</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$105</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$210</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$190</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$215</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$195</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$130</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$205</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$195</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$195</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$180</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$215</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$140</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p>◆ 在醫院或門診手術中心的門診部門、醫院手術室，或者當您在任何地點接受藥物，同時藉由降低感覺來減緩不適後，經由持照工作人員監控您感覺恢復的生命體徵等，有關此類任何所述的診斷性檢查或診療。</p>	<p>視您所入保的計劃而定，您為每項程序所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic：\$250</li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$180</li> <li>● Contra Costa County Basic：\$250</li> <li>● Contra Costa County Enhanced：\$180</li> <li>● Greater Fresno Area Basic：\$150</li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced：\$100</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$240</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$130</li> <li>● Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$200</li> <li>● Marin County Basic：\$250</li> <li>● San Francisco County Basic：\$250</li> <li>● San Joaquin County Basic：\$150</li> <li>● San Joaquin County Enhanced：\$100</li> <li>● San Mateo County Basic：\$250</li> <li>● Santa Clara County Basic：\$190</li> <li>● Santa Clara County Enhanced：\$140</li> <li>● Santa Cruz County：\$150</li> <li>● Solano County Basic：\$280</li> <li>● Solano County Enhanced：\$200</li> <li>● Stanislaus County Basic：\$150</li> <li>● Stanislaus County Enhanced：\$100</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>門診病人醫院觀察</b></p> <p>觀察服務是醫院的門診服務，以判斷您是否需要住院或出院。</p> <p>凡是門診醫院的觀察服務符合 Medicare 標準，並具有合理性與必要性，皆屬於承保的範圍。經由醫生醫囑，或州執業法授權的其他另一位個人指示，並符合醫院工作人員章程，以要求病人住院或安排門診檢查的觀察服務，皆屬於承保範圍。</p> <p><b>注意：</b>除非您持有醫護人員開立的醫囑，讓您以住院病人的身分入院，否則您仍屬於門診病人，且需支付門診醫院服務的成本分擔金額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是「門診病人」。若您想要確定自己是否為門診病人，請詢問醫院的工作人員。</p> <p>您也可在 Medicare 說明書「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!」中找到更多資訊。請瀏覽 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 或致電 <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>，以取得此說明書。若您需使用聽障及語障電話專線，請致電 <b>1-877-486-2048</b>。這些免費電話於每週 7 天，每天 24 小時開放。</p>	<p>依您所投保的計劃而定，當您以門診患者的身分直接住院觀察時，您每次住院需支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$110</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$120</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$120</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$110</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$95</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$120</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<p><b>注意：</b> 從急診室或門診手術後轉進觀察室時，無需支付門診觀察住院的額外費用。</p>
<p><b>門診病人醫院服務</b></p> <p>我們承保您為了診斷或治療疾病或受傷而在醫院門診部所接受之醫療上必要的服務。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在急診部或門診診所提供的服務，如觀察服務或門診手術。</li> </ul>	<p><b>急診科</b></p> <p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alameda County Basic：<b>\$110</b></li> <li>Alameda、Napa 和 San Francisco County：<b>\$110</b></li> <li>Contra Costa County Basic：<b>\$110</b></li> <li>Contra Costa County Enhanced：<b>\$110</b></li> <li>Greater Fresno Area Basic：<b>\$110</b></li> <li>Greater Fresno Area Enhanced：<b>\$120</b></li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：<b>\$110</b></li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：<b>\$110</b></li> <li>Marin 和 San Mateo County Enhanced：<b>\$110</b></li> <li>Marin County Basic：<b>\$110</b></li> <li>San Francisco County Basic：<b>\$110</b></li> <li>San Joaquin County Basic：<b>\$110</b></li> <li>San Joaquin County Enhanced：<b>\$120</b></li> <li>San Mateo County Basic：<b>\$110</b></li> <li>Santa Clara County Basic：<b>\$110</b></li> <li>Santa Clara County Enhanced：<b>\$110</b></li> <li>Santa Cruz County：<b>\$110</b></li> <li>Solano County Basic：<b>\$95</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$120</b></li> </ul> <p><b>門診手術</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，您為每項程序所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$180</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$180</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$100</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$240</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$130</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$100</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$190</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$140</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$150</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$280</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$200</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$100</b></li> </ul> <p>請參閱本醫療理賠項目表的「門診住院觀察」一節，以瞭解適用於觀察服務的成本分擔。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 由醫院收費的化驗和診斷性檢查。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 由醫院收費的 X 光檢查和其他放射科服務。</li> </ul>	<p><b>X 光和超音波</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，您每次所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$15</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$10</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul> <p><b>MRI、CT 及 PET</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，針對磁共振造影 (MRI)、電腦斷層造影 (CT) 以及正子斷層造影 (PET)，您為每項程序所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$215</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$195</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$215</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$195</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$105</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$210</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$190</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$215</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$195</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$130</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$205</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$195</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$195</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$180</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$215</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solano County Enhanced：\$200</li> <li>• Stanislaus County Basic：\$150</li> <li>• Stanislaus County Enhanced：\$140</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 精神健康醫護，包括部分住院計劃，但條件是醫生必須證實若未參加部分住院計劃將需接受住院治療。</li> </ul>	部分住院治療為 <b>免費</b> 。
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫療用品，如夾板和石膏模。</li> <li>• 部分您無法自行施用的藥物和生物製劑。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 針對在網絡設施所進行的牙科手術程序，如果下列所有陳述均屬實，我們將會提供全身麻醉以及和麻醉相關的設施服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 您因發育失能或健康狀受損。</li> <li>◆ 您因臨床狀況或潛在病情所需，而必須在醫院或門診手術中心進行的牙科診療。</li> <li>◆ 牙科診療通常不需進行全身麻醉。</li> </ul> </li> </ul> <p>我們不承保與牙科手術診療相關的其他任何服務（如由牙科醫生所提供的服務），除非您入保 Advantage Plus 且該服務屬於 DeltaCare 的承保範圍，詳情如本章第 2.2 節所述。</p>	請參閱本節開頭列出的「門診手術」，以瞭解適用於麻醉費和用於住院之門診醫院設施收費的成本分擔。
<p><b>注意：</b> 除非您持有醫護人員開立的醫囑，讓您以住院病人的身分入院，否則您仍屬於門診病人，且需支付門診醫院服務的成本分擔金額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是「門診病人」。若您想要確定自己是否為門診病人，請詢問醫院的工作人員。</p> <p>您也可在 Medicare 說明書「Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!」中找到更多資訊。此說明書可在網路上取得，網址為 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。若您需使用聽障及語障電話專線，請致電 1-877-486-2048。這些免費電話於每週 7 天，每天 24 小時開放。</p>	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>門診精神健康醫護</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>由州政府執照精神科醫生或執照醫生、臨床心理醫生、臨床社工、臨床專科護士、護理師、醫生助理或其他 Medicare 合格精神健康醫護專業人員根據適用州法律所提供的精神健康服務。我們也承保由婚姻和家庭治療師提供的精神健康服務。</li> </ul>	<p>依您所投保的計劃及就診類型而定，您需支付以下費用：</p> <p><b>個人治療就診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alameda County Basic：\$5</li> <li>Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$0</li> <li>Contra Costa County Basic：\$5</li> <li>Contra Costa County Enhanced：\$0</li> <li>Greater Fresno Area Basic：\$0</li> <li>Greater Fresno Area Enhanced：\$0</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>Marin County Basic：\$5</li> <li>San Francisco County Basic：\$5</li> <li>San Joaquin County Basic：\$0</li> <li>San Joaquin County Enhanced：\$0</li> <li>San Mateo County Basic：\$5</li> <li>Santa Clara County Basic：\$5</li> <li>Santa Clara County Enhanced：\$0</li> <li>Santa Cruz County：\$0</li> <li>Solano County Basic 計劃：\$5</li> <li>Solano County Enhanced：\$0</li> <li>Stanislaus County Basic：\$0</li> <li>Stanislaus County Enhanced：\$0</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<p><b>團體治療就診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$2</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$2</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$2</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$2</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$2</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$2</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$2</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$0</b></li> <li>• Solano County Basic 計劃 : <b>\$2</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>由我們密集門診計劃所提供的精神健康服務。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<p><b>門診復健服務</b></p> <p>承保服務包括物理治療、職業病治療及言語語言治療。門診復健服務可在各種門診場所提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所以及綜合門診復健設施 (CORF)。</p>	<p>視您所入保的計劃而定，您需支付的費用如下：</p> <p><b>個人治療就診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alameda County Basic : <b>\$15</b></li> <li>Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$10</b></li> <li>Contra Costa County Basic : <b>\$15</b></li> <li>Contra Costa County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>Greater Fresno Area Basic : <b>\$20</b></li> <li>Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$15</b></li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$15</b></li> <li>Marin County Basic : <b>\$20</b></li> <li>San Francisco County Basic : <b>\$15</b></li> <li>San Joaquin County Basic : <b>\$20</b></li> <li>San Joaquin County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>San Mateo County Basic : <b>\$20</b></li> <li>Santa Clara County Basic : <b>\$15</b></li> <li>Santa Clara County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>Santa Cruz County : <b>\$10</b></li> <li>Solano County Basic : <b>\$20</b></li> <li>Solano County Enhanced : <b>\$15</b></li> <li>Stanislaus County Basic : <b>\$20</b></li> <li>Stanislaus County Enhanced : <b>\$5</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<p><b>團體治療就診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$7</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$5</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$7</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$2</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$7</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$7</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$7</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$2</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$7</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$7</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$2</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>由組織完善、多學科的復健日間治療計劃提供的物理治療、職業病治療及言語治療。</li> </ul>	<p>依您所投保的計劃而定，您每天需支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alameda County Basic : <b>\$15</b></li> <li>Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$10</b></li> <li>Contra Costa County Basic : <b>\$15</b></li> <li>Contra Costa County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>Greater Fresno Area Basic : <b>\$20</b></li> <li>Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$15</b></li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$15</b></li> <li>Marin County Basic : <b>\$20</b></li> <li>San Francisco County Basic : <b>\$15</b></li> <li>San Joaquin County Basic : <b>\$20</b></li> <li>San Joaquin County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>San Mateo County Basic : <b>\$20</b></li> <li>Santa Clara County Basic : <b>\$15</b></li> <li>Santa Clara County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>Santa Cruz County : <b>\$10</b></li> <li>Solano County Basic : <b>\$20</b></li> <li>Solano County Enhanced : <b>\$15</b></li> <li>Stanislaus County Basic : <b>\$20</b></li> <li>Stanislaus County Enhanced : <b>\$5</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>經由醫生開立醫囑，針對有跌倒風險的成人所進行的預防性物理治療。</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>門診藥物濫用服務</b></p> <p>我們承保下列治療藥物濫用的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 日間治療計劃。</li> <li>• 密集門診計劃。</li> <li>• 由合格的臨床醫護人員，包括婚姻和家庭治療師進行的集體藥物濫用諮詢。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您每次就診（或針對計劃的每日）所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic：<b>\$2</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：<b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic：<b>\$2</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic：<b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：<b>\$2</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• Marin County Basic：<b>\$2</b></li> <li>• San Francisco County Basic：<b>\$2</b></li> <li>• San Joaquin County Basic：<b>\$0</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic：<b>\$2</b></li> <li>• Santa Clara County Basic：<b>\$2</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County：<b>\$0</b></li> <li>• Solano County Basic：<b>\$2</b></li> <li>• Solano County Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Basic：<b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced：<b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 由合格的臨床醫護人員，包括婚姻和家庭治療師進行的個人藥物濫用諮詢。</li> <li>• 脫癮症狀的醫療。</li> </ul>	<p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$0</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p>門診手術，包括在醫院門診設施和門診手術中心所提供的服務</p> <p><b>注意：</b> 如果您在醫院設施接受外科手術，您應向醫護人員確認您將屬於住院病人還是門診病人。除非您持有醫護人員開立的醫囑，讓您以住院病人的身分入院，否則您仍屬於門診病人，且需支付門診醫院手術的成本分擔金額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診病人。</p>	<p><b>醫護人員辦公室就診</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，您每次<b>基本護理就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic：\$5</li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$0</li> <li>● Contra Costa County Basic：\$5</li> <li>● Contra Costa County Enhanced：\$0</li> <li>● Greater Fresno Area Basic：\$0</li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced：\$0</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>● Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>● Marin County Basic：\$5</li> <li>● San Francisco County Basic：\$5</li> <li>● San Joaquin County Basic：\$0</li> <li>● San Joaquin County Enhanced：\$0</li> <li>● San Mateo County Basic：\$5</li> <li>● Santa Clara County Basic：\$5</li> <li>● Santa Clara County Enhanced：\$0</li> <li>● Santa Cruz County：\$0</li> <li>● Solano County Basic：\$5</li> <li>● Solano County Enhanced：\$0</li> <li>● Stanislaus County Basic：\$0</li> <li>● Stanislaus County Enhanced：\$0</li> </ul> <p>視您所入保的計劃而定，您每次<b>專科護理就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic：\$15</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：<b>\$10</b></li> <li>• Contra Costa County Basic：<b>\$15</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic：<b>\$5</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced：<b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：<b>\$15</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Marin County Basic：<b>\$20</b></li> <li>• San Francisco County Basic：<b>\$15</b></li> <li>• San Joaquin County Basic：<b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced：<b>\$5</b></li> <li>• San Mateo County Basic：<b>\$20</b></li> <li>• Santa Clara County Basic：<b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Santa Cruz County：<b>\$10</b></li> <li>• Solano County Basic：<b>\$20</b></li> <li>• Solano County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic：<b>\$5</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced：<b>\$5</b></li> </ul> <p><b>門診手術和其他程序</b></p> <p>根據您所入保的計劃，針對在門診或門診手術中心、醫院手術室或任何場所所提供，且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時，有持照工作人員替您監控生命體徵的診療，您為每項診療所需支付的費用如下：</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$180</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$180</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$100</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$240</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$130</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$100</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$190</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$140</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$150</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$280</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$100</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>非處方 (OTC) Health and Wellness</b></p> <p>我們會承保 OTC 目錄上所列的 OTC 用品並免費寄送到府。您每季最多可以訂購<b>\$60</b> 福利限額的 OTC 商品。每筆的最低購買金額必須達到<b>\$25</b> 美元。您的購買金額不得超過每季福利限額。每季未使用完的福利額度，不會順延至下一季度。(您的理賠福利限額會在 1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日和 10 月 1 日重設)。</p> <p>若您想查看我們的目錄並線上訂購，請瀏覽：<a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a>。您可以經由電話訂購，或撥打電話索取郵寄目錄：<b>1-833-569-2360</b>(聽障及語障電話專線：<b>711</b>)，服務時間為早上 7:00 到下午 6:00 太平洋標準時間 (PST)，週一至週五。</p>	<p>您每季支付的理賠福利限額為<b>\$0</b> 至最多<b>\$60</b>。</p>
<p><b>作為尼古丁替代療法的非處方 (OTC) 藥物</b></p> <p>某些經由 FDA 核准作為尼古丁替代療法的非處方藥物，屬於我們的承保範圍。該項目需經由網絡保健業者開立醫囑，並於網絡藥房取得。我們最多將會提供 100 天份，每個日曆年度兩次。</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>部分住院服務</b></p> <p>「部分住院」是一項有組織並以醫院門診服務形式或由社區精神健康中心所提供的積極精神科治療，此類治療比您在醫生或治療師診所所接受的醫護服務更加密集且是住院的替代方案。</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>醫生/執業醫師服務，包括醫生辦公室就診</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在醫生診所、獲認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他場所所提供之醫療上必要的醫療護理或外科手術服務。</li> <li>● 由專科醫生所提供的諮詢、診斷和治療。</li> </ul>	<p><b>醫護人員辦公室就診</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次基本護理就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic：<b>\$5</b></li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County：<b>\$0</b></li> <li>● Contra Costa County Basic：<b>\$5</b></li> <li>● Contra Costa County Enhanced：<b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 由網絡醫護人員所進行的基本聽力和平衡感檢查，但條件是您的醫生是為了確認您是否需要接受醫療而安排此檢查。</li> <li>● 由其他網絡醫護人員在進行外科手術之前所提供的另一方意見。</li> <li>● 非例行牙科醫療護理（承保服務限額或相關組織的外科手術、顎或顏面骨的骨折固位、為了準備接受顎部位的腫瘤癌症疾病放射治療而進行的拔牙，或在由醫生提供的情況下可獲得承保的服務）。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 我們也承保必要的牙科服務，以確保在被列入同種異體幹細胞/骨髓、心臟、腎臟、肝臟、肺臟、胰臟和多重器官移植的移植等待名單之前，口腔沒有感染。在緊急移植的情況下，這些服務可以在移植後進行。服務項目包括： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 口腔檢查和評估。</li> <li>○ 治療服務，包括移植所需的拔牙。</li> <li>○ 相關牙科 X 光片。</li> <li>○ 洗牙。</li> <li>○ 氟化物治療。</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● 網絡醫生（或是具備註冊護士身分的網絡醫護人員）在我們的服務區內進行家訪，前提是網絡醫護人員判定在您家中為您提供醫護服務對您最為有利。</li> <li>● 術前及術後就診。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Greater Fresno Area Basic：\$0</li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced：\$0</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>● Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>● Marin County Basic：\$5</li> <li>● San Francisco County Basic：\$5</li> <li>● San Joaquin County Basic：\$0</li> <li>● San Joaquin County Enhanced：\$0</li> <li>● San Mateo County Basic：\$5</li> <li>● Santa Clara County Basic：\$5</li> <li>● Santa Clara County Enhanced：\$0</li> <li>● Santa Cruz County：\$0</li> <li>● Solano County Basic：\$5</li> <li>● Solano County Enhanced：\$0</li> <li>● Stanislaus County Basic：\$0</li> <li>● Stanislaus County Enhanced：\$0</li> </ul> <p>視您所入保的計劃而定，您每次專科護理就診所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic：\$15</li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$10</li> <li>● Contra Costa County Basic：\$15</li> <li>● Contra Costa County Enhanced：\$10</li> <li>● Greater Fresno Area Basic：\$5</li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced：\$5</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$15</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Marin County Basic：<b>\$20</b></li> <li>• San Francisco County Basic：<b>\$15</b></li> <li>• San Joaquin County Basic：<b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced：<b>\$5</b></li> <li>• San Mateo County Basic：<b>\$20</b></li> <li>• Santa Clara County Basic：<b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Santa Cruz County：<b>\$10</b></li> <li>• Solano County Basic：<b>\$20</b></li> <li>• Solano County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic：<b>\$5</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced：<b>\$5</b></li> </ul> <p><b>門診手術</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，針對在門診或門診手術中心、醫院手術室或任何場所所提供，且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵的程序，您為每項程序所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic：<b>\$250</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：<b>\$180</b></li> <li>• Contra Costa County Basic：<b>\$250</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced：<b>\$180</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic：<b>\$150</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced：<b>\$100</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$240</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$130</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$100</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$190</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$140</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$150</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$280</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$100</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>過敏注射就診。</li> </ul>	<p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alameda County Basic : <b>\$3</b></li> <li>Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>Contra Costa County Basic : <b>\$3</b></li> <li>Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>Greater Fresno Area Basic : <b>\$0</b></li> <li>Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$3</b></li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>Marin County Basic : <b>\$3</b></li> <li>San Francisco County Basic : <b>\$3</b></li> <li>San Joaquin County Basic : <b>\$0</b></li> <li>San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>San Mateo County Basic : <b>\$3</b></li> <li>Santa Clara County Basic : <b>\$3</b></li> <li>Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>Santa Cruz County : <b>\$0</b></li> <li>Solano County Basic : <b>\$3</b></li> <li>Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定的遠距保健服務，包含：基本護理和專科醫護，包含專業護理院服務、心肺的復健、急診服務、緊急需求服務、居家健康服務、物理、言語和職業病治療、精神健康護理、足科、藥物濫用治療、洗腎服務、營養/飲食服務、健康教育、腎臟疾病教育、和糖尿病自我管理訓練、手術或住院準備，以及住院、手術或急診部就診後的複診。唯有在網絡醫護人員認為符合臨床需要時，才會以遠距保健的方式進行服務。 <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 您可選擇當面就診或透過遠距保健的方式進行該服務。如果您選擇透過遠距醫療方式接受上述其中一項服務，則您必須使用目前有透過遠距醫療方式提供服務的網絡醫護人員。我們提供下列遠距保健方式： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 經由網絡醫護人員認定，以互動式視訊的方式進行專業醫護服務的就診。</li> <li>○ 專業服務預定電話預約就診，但條件是網絡醫護人員判定該醫護服務可透過此形式提供。</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>● 遠距醫療服務，用於居家洗腎會員在醫院附設或重點醫院附設洗腎中心、腎臟透析設施或會員家中進行每月的末期腎臟病相關的診療。</li> <li>● 遠距保健服務可診斷、評估或治療中風症狀，無論您身在何處。</li> <li>● 為患有藥物濫用障礙或同時發生精神健康障礙的會員提供遠距保健服務，無論其身在何處。</li> <li>● 在以下狀況進行的精神健康障礙診斷、評估和治療的遠程醫療服務： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 您在首次進行遠距保健就診前 6 個月內，曾進行過當面就診。</li> <li>◆ 在進行該遠距保健服務期間，您每 12 個月進行一次當面就診。</li> </ul> </li> </ul>	\$0

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 在特定情形下，針對上述情況可另行處理。</li> <li>● 農村健康診所和聯邦合格健康中心，為心理健康就診所提供的遠距保健服務。</li> <li>● 和您的醫生進行 5 至 10 分鐘的虛擬報到（例如，透過電話或視訊方式），但需符合以下情況： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 您並非新病人，而且</li> <li>◆ 此虛擬報到和過去 7 天內至診所就診的情況無關，而且</li> <li>◆ 此虛擬簽到並不會導致在 24 小時內至診所就診或是可最快速提供的門診預約。</li> </ul> </li> <li>● 您傳送給醫生的影片和/或影像評估資料，以及醫生在 24 小時內的解釋和後續處理，但需符合以下條件： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 您並非新病人，而且</li> <li>◆ 此評估和過去 7 天內至診所就診的情況無關，而且</li> <li>◆ 此評估並不會導致在 24 小時內至診所就診或是可最快速提供的門診預約。</li> </ul> </li> <li>● 您的醫生透過電話、網際網路或電子化健康記錄諮詢其他醫生的意見。</li> <li>● 紫外線治療。</li> </ul>	
<p><b>足科服務</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 足部受傷和疾病（如棒槌趾或足跟骨刺）的診斷以及醫療或外科手術治療。</li> <li>● 針對患有會影響下肢之特定病症的會員所提供的例行足部保健。</li> </ul>	<p><b>辦公室門診</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，您每次專科護理就診所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic：\$15</li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$10</li> <li>● Contra Costa County Basic：\$15</li> <li>● Contra Costa County Enhanced：\$10</li> <li>● Greater Fresno Area Basic：\$5</li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced：\$5</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$10</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$5</b></li> </ul> <p><b>門診手術</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，針對在門診或門診手術中心、醫院手術室或任何場所所提供，且在您使用用於降低知覺或減輕不適的藥物之後恢復知覺時有持照工作人員替您監控生命體徵的程序，您為每項程序所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$180</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$180</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$100</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$240</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$130</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$100</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$250</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$190</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$140</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$150</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$280</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$200</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$150</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$100</b></li> </ul>
<p> <b>攝護腺癌篩檢檢查</b></p> <p>針對年滿 50 歲及 50 歲以上的男性，承保服務包括下列項目，限每 12 個月一次：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 肛門指診。</li> <li>• 攝護腺特異抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 檢驗。</li> </ul>	<p>您無需為年度肛門指診或 PSA 檢驗支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>假體裝置和相關用品†</b></p> <p>取代全部或部分身體部位或身體機能的裝置（牙科除外）。此類磁敏金屬包括但不限於：結腸造口術袋和與結腸造口術護理直接相關的用品、起搏器、支架、假體用鞋、人工四肢以及義乳（包括全乳房切除手術後的手術胸罩）。包括與假體裝置相關的部分用品以及假體裝置的維修和／或置換。也包括摘除白內障或白內障手術後的部分承保（請參閱本節後面的「視力保健」部分以瞭解詳情）。</p> <p>我們也承保不屬於 Medicare 承保範圍的項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 用於淋巴水腫的循序減壓襪。</li> <li>• 於門診就診時特別提供的外科用靴。</li> <li>• 用於性功能障礙的真空勃起裝置。</li> <li>• 傷口護理醫療上所必需的某些皮膚密封膠、保護劑、保濕劑、藥膏。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 針對門診就診期間提供的外部假體或義肢裝置和用品（包括傷口護理用品）以及術後靴，支付 <b>20%</b> 共保額。</li> <li>• 手術植入式內部裝置：<b>免費</b>。</li> </ul>
<p><b>肺部復健服務</b></p> <p>患有中度至非常嚴重慢性阻塞性肺部疾病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 的會員若持有為其治療慢性呼吸疾病之醫生所提供的肺部復健醫囑，則其肺部復健綜合計劃將可獲得承保。</p>	<p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic：<b>\$5</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：<b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic：<b>\$5</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic：<b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：<b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：<b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced：<b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marin County Basic : \$5</li> <li>• San Francisco County Basic : \$5</li> <li>• San Joaquin County Basic : \$0</li> <li>• San Joaquin County Enhanced : \$0</li> <li>• San Mateo County Basic : \$5</li> <li>• Santa Clara County Basic : \$5</li> <li>• Santa Clara County Enhanced : \$0</li> <li>• Santa Cruz County : \$0</li> <li>• Solano County Basic : \$5</li> <li>• Solano County Enhanced : \$0</li> <li>• Stanislaus County Basic : \$0</li> <li>• Stanislaus County Enhanced : \$0</li> </ul>
<p><b>藥物濫用和精神健康住院治療†</b></p> <p>具有執業執照的住院治療設施，所提供的 24 小時個人藥物濫用障礙或精神健康治療服務（高於監督護理級別，一般透過其相關計劃以及設施進行），亦屬於我們的給付範圍：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 個人和小組輔導。</li> <li>• 醫療服務。</li> <li>• 藥物控管。</li> <li>• 食宿。</li> <li>• 經由網絡醫護人員根據我們的《保險承付藥物手冊》，在住院治療設施內依照您的醫護計劃所開立、並且在設施內經由醫療人員對您施用的藥物。</li> <li>• 出院規劃。</li> </ul> <p>網絡醫護人員開具處方時，我們的住院治療計劃中治療精神健康疾病和藥物濫用的醫療上必要天數沒有限制。</p>	<p>每次住院<b>\$100</b>。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。




## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p> <b>減少酒精誤用的篩檢與諮詢</b></p> <p>我們為享有 Medicare 且有酒精誤用但非酒精依賴的成人（包括孕婦）承保一次酒精誤用篩檢。</p> <p>如果您的酒精誤用篩檢呈陽性，您每年最多可獲得四次由合格基本保健醫生或執業人員透過基本護理的形式所提供的簡短面對面諮詢會談（但條件是您有行為能力且在諮詢期間能夠保持清醒）。</p>	<p>您無需為屬於 Medicare 承保範圍並旨在減少酒精誤用預防性理賠項目的篩檢和諮詢支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p> <b>肺癌低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 篩檢</b></p> <p>針對符合條件的個人，每 12 個月一次的 LDCT 屬於我們的承保範圍。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>符合條件的會員是指年齡介於 50-77 歲，沒有肺癌徵兆或症狀，曾有每年 30 包的吸煙史，或目前有吸煙，或已在最近 15 年內戒煙的個人，針對肺癌篩檢諮詢及共同決策進行符合 Medicare 準則的看診，並取得經由醫生或合格的非醫生執業人員所開立的 LDCT 書面醫囑。</li> <li>針對首次 LDCT 篩檢後所進行的 LDCT 肺癌篩檢，會員必須取得 LDCT 肺癌篩檢的書面醫囑，該醫囑可在任何適當看診期間由醫生或合格的非醫生執業人員提供。如果醫生或合格的非醫生執業人員選擇為後續的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢及共同決策看診，該看診必須符合 Medicare 對此類看診所設定的標準。</li> </ul>	<p>您無需為屬於 Medicare 承保範圍的 LDCT 諮詢及共同決策看診支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p> <b>性傳染病感染 (STI) 的篩檢及 STI 預防諮詢</b></p> <p>我們承保披衣菌、淋病、梅毒及乙型肝炎等性接觸傳染 (STI) 篩檢。我們為孕婦以及部分屬於 STI 高危險群的人士承保這些篩檢，但條件是這些檢驗必須由基本保健業者開立醫囑。我們每 12 個月承保一次這些檢驗，或在懷孕期間的特定時間承保這些檢驗。</p> <p>我們每年還為有性生活且屬於 STI 高危險群的成人承保最多兩次 20 至 30 分鐘面對面高強度行為諮詢會談。僅有在這些諮詢會談是由基本保健業者透過基本護理形式（如在醫生診所）提供的情況下，我們才會承保這些諮詢會談。</p>	<p>您無需為屬於 Medicare 承保範圍的 STI 篩檢及 STI 預防諮詢理賠支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>腎臟疾病治療服務</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>腎臟病教育服務，該服務的旨在教導腎臟護理並協助會員在充分瞭解資訊的情況下針對自己的醫護服務作出決定。</li> </ul>	<p>每次團體就診，您為<b>免費</b>。</p> <p>視您所入保的計劃而定，您每次個人就診所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alameda County Basic：\$5</li> <li>Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$0</li> <li>Contra Costa County Basic：\$5</li> <li>Contra Costa County Enhanced：\$0</li> <li>Greater Fresno Area Basic：\$0</li> <li>Greater Fresno Area Enhanced：\$0</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>Marin County Basic：\$5</li> <li>San Francisco County Basic：\$5</li> <li>San Joaquin County Basic：\$0</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• San Joaquin County Enhanced : \$0</li> <li>• San Mateo County Basic : \$5</li> <li>• Santa Clara County Basic : \$5</li> <li>• Santa Clara County Enhanced : \$0</li> <li>• Santa Cruz County : \$0</li> <li>• Solano County Basic : \$5</li> <li>• Solano County Enhanced : \$0</li> <li>• Stanislaus County Basic : \$0</li> <li>• Stanislaus County Enhanced : \$0</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自我洗腎訓練（包括針對您以及協助您進行居家洗腎治療的任何人所提供的訓練）。</li> <li>• 部分居家支援服務（例如在必要時，由受過訓練的洗腎工作人員至您府上確認您的居家洗腎狀況，以針對緊急情況提供協助並確認洗腎器材和供水情況）。</li> <li>• 用於監控洗腎療效的例行化驗。</li> <li>• 每個月由腎臟科團隊進行一次的例行診所就診。</li> <li>• 在門診醫院所進行的血管和腹膜透析手術程序，但必須符合特定標準。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 居家洗腎器材和用品。</li> <li>• 門診洗腎治療 (如第 3 章所述，包含因暫時在服務區以外的洗腎治療，或者暫時無法經由為您服務的保健業者取得服務時)。</li> </ul>	<b>20% 共同保險</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 由腎臟科團隊所進行的非例行性診所就診。</li> <li>• 在診所大樓所進行的血管和腹膜透析手術程序。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次基本護理就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic：\$5</li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$0</li> <li>• Contra Costa County Basic：\$5</li> <li>• Contra Costa County Enhanced：\$0</li> <li>• Greater Fresno Area Basic：\$0</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced：\$0</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>• Marin County Basic：\$5</li> <li>• San Francisco County Basic：\$5</li> <li>• San Joaquin County Basic：\$0</li> <li>• San Joaquin County Enhanced：\$0</li> <li>• San Mateo County Basic：\$5</li> <li>• Santa Clara County Basic：\$5</li> <li>• Santa Clara County Enhanced：\$0</li> <li>• Santa Cruz County：\$0</li> <li>• Solano County Basic：\$5</li> <li>• Solano County Enhanced：\$0</li> <li>• Stanislaus County Basic：\$0</li> <li>• Stanislaus County Enhanced：\$0</li> </ul> <p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次專科護理就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic：\$15</li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$10</li> <li>• Contra Costa County Basic：\$15</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contra Costa County Enhanced： <b>\$10</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic：<b>\$5</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced：<b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：<b>\$15</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Marin County Basic：<b>\$20</b></li> <li>• San Francisco County Basic：<b>\$15</b></li> <li>• San Joaquin County Basic：<b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced：<b>\$5</b></li> <li>• San Mateo County Basic：<b>\$20</b></li> <li>• Santa Clara County Basic：<b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Santa Cruz County：<b>\$10</b></li> <li>• Solano County Basic：<b>\$20</b></li> <li>• Solano County Enhanced：<b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic：<b>\$5</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced：<b>\$5</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 住院病人洗腎治療（如果您以住院病人的身分入院接受特殊醫護服務）。</li> </ul>	<p>在住院期間所接受的服務無需額外費用。請參閱本醫療理賠項目表的「住院醫療護理」一節，以瞭解適用於住院的成本分擔。</p>
<p>部分洗腎藥物屬於您 Medicare B 部分藥物理賠的承保範圍。如需有關 B 部分藥物承保範圍的資訊，請參閱「Medicare B 部分處方藥」一節。</p>	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。


\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>專業護理院 (SNF) 醫療護理†</b>            (關於「專業護理院醫療護理」的定義，請參閱本文件第 12 章。專業護理院有時又稱為「SNF」。)</p> <p>根據 Medicare 的準則，我們每個理賠期最多承保 100 天在專業護理院所提供的專業住院病人服務（先前無需住院）。承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 雙人病房（或單人病房，如有醫療上必要的情況）。</li> <li>• 膳食，包括特殊飲食。</li> <li>• 專業護理服務。</li> <li>• 物理治療、職業病治療及言語治療。</li> <li>• 按照您醫護計劃所施用的藥物（其中包括自然存在於人體內的物質，例如凝血因子）。</li> <li>• 血液—包括儲存和管理。</li> <li>• 通常由 SNF 提供的醫療和外科手術用品。</li> <li>• 通常由 SNF 提供的化驗。</li> <li>• 通常由 SNF 提供的 X 光檢查和其他放射科服務。</li> <li>• 使用通常由 SNF 提供的器材，如輪椅。</li> <li>• 醫生／執業人員服務。</li> </ul> <p>一般而言，您將會透過網絡設施取得 SNF 醫護服務。然而，在下列某些情況下，如果屬於非網絡醫護人員的設施接受本計劃的給付金額，則您可能可在使用該設施時支付網絡內的成本分擔。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 護理院或您在入院之前所居住的後續護理退休社區（只要其有提供專業護理院醫療護理）。</li> <li>• 在您出院時您配偶所居住的 SNF。</li> </ul>	<p>您在理賠期間的支付金額如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 第 1-20 天：<b>免費</b>。</li> <li>• 第 21-100 天，每天<b>\$100</b>。</li> </ul> <p>理賠期是從您前往屬於 Medicare 承保範圍之住院醫院或專業護理院 (SNF) 的第一天開始計算。當您未在任何醫院或 SNF 住院連續達 60 個曆日時，理賠期即終止。</p> <p><b>注意：</b> 如果您的理賠期在 2022 年開始並且直到 2023 年的某個時候才結束，則 2022 年的成本分擔將一直持續到理賠期結束為止。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p> 戒煙及停止使用煙草製品（戒煙或停止使用煙草製品諮詢）</p> <p>如果您吸煙，但沒有吸煙相關疾病的徵兆或症狀：我們會在 12 個月期間透過預防性服務免費為您承保兩次戒煙諮詢。每次戒煙諮詢包含最多四次的面對面就診。</p> <p>如果您吸煙且被診斷出患有吸煙相關疾病，或您正在服用可能會受到香煙影響的藥物：我們承保戒煙諮詢服務。我們會在 12 個月期間承保兩次戒煙諮詢；然而，您將需支付適用的成本分擔。每次戒煙諮詢包含最多四次的面對面就診。</p>	<p>您無需為屬於 Medicare 承保範圍的戒煙和使用煙草製品預防性理賠項目支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>監督運動治療 (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>會員若有周邊動脈疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD) 的症狀且經由負責 PAD 治療的醫生進行 PAD 轉診，則 SET 即屬於承保範圍。</p> <p>如果符合 SET 計劃的規定，每 12 週期間最多承保 36 次治療。</p> <p>SET 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 由持續 30-60 分鐘不等的治療組成，這些治療包含針對跛行的 PAD 患者所提供的治療性運動訓練計劃。</li> <li>● 在醫院門診設施或醫生診所進行。</li> <li>● 由符合資格且受過 PAD 運動治療訓練的醫療輔助人員提供，以確保益處大於傷害。</li> <li>● 需受醫生、醫生助理或護理師／臨床護理專員的直接監督，這些人員必須受過基本和進階維生技能的訓練。</li> </ul>	<p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alameda County Basic：\$5</li> <li>● Alameda、Napa 和 San Francisco County：\$0</li> <li>● Contra Costa County Basic：\$5</li> <li>● Contra Costa County Enhanced：\$0</li> <li>● Greater Fresno Area Basic：\$0</li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced：\$0</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic：\$5</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced：\$0</li> <li>● Marin 和 San Mateo County Enhanced：\$0</li> <li>● Marin County Basic：\$5</li> <li>● San Francisco County Basic：\$5</li> <li>● San Joaquin County Basic：\$0</li> <li>● San Joaquin County Enhanced：\$0</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<p><b>注意：</b>若由保健業者認定為是醫療上必要的服務，則在 12 週期間承保 36 次治療之外還可額外承保另外 36 次 SET 治療。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• San Mateo County Basic : \$5</li> <li>• Santa Clara County Basic : \$5</li> <li>• Santa Clara County Enhanced : \$0</li> <li>• Santa Cruz County : \$0</li> <li>• Solano County Basic : \$5</li> <li>• Solano County Enhanced : \$0</li> <li>• Stanislaus County Basic : \$0</li> <li>• Stanislaus County Enhanced : \$0</li> </ul>
<p><b>緊急需求服務</b></p> <p>緊急需求服務的提供目的是治療屬於非緊急病情但需要立即接受醫療護理的突發醫療疾病、受傷或病況，並考慮到您的病況，該護理沒有可能或無法合理地經由網絡醫護人員取得。屬於計劃中網路外所承保的緊急需求服務，例如 i) 您在週末所需立即的醫療護理，或 ii) 當您暫時在我們計劃的服務區外。服務必須是立即所需，和醫療上必要的。依據您的病症，除非無法合理地接受網絡內醫護人員的醫療護理，則網絡外醫護人員所提供的緊急需求服務，屬於我們計劃的承保範圍。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>在我們的服務區內：</b>除非由於異常或特殊情況(如重大災難)而暫時無法取得保健業者網絡服務，您必須經由網絡醫護人員取得緊急治療。</li> <li>• <b>在我們的服務區外：</b>您享有全球緊急治療 當您在旅行時因突發疾病或受傷所需的立即治療，經您合理認為若延宕至返回服務區的治療將嚴重惡化健康，則您的全球緊急醫護亦屬於我們的承保範圍。</li> </ul>	<p><b>辦公室門診</b></p> <p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : \$5</li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : \$0</li> <li>• Contra Costa County Basic : \$5</li> <li>• Contra Costa County Enhanced : \$0</li> <li>• Greater Fresno Area Basic : \$0</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : \$0</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : \$5</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : \$0</li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : \$0</li> <li>• Marin County Basic : \$5</li> <li>• San Francisco County Basic : \$5</li> <li>• San Joaquin County Basic : \$0</li> <li>• San Joaquin County Enhanced : \$0</li> <li>• San Mateo County Basic : \$5</li> <li>• Santa Clara County Basic : \$5</li> <li>• Santa Clara County Enhanced : \$0</li> <li>• Santa Cruz County : \$0</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solano County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul> <p><b>急診部就診</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，您每次急診部就診所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$110</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$120</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$120</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$110</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solano County Basic : <b>\$95</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$110</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$110</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$120</b></li> </ul>
<p><b>視力保健</b></p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 診斷和治療眼部疾病和傷害的門診醫生服務，包括老年性黃斑部退化治療。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次驗光配鏡師就診</b>看診所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$0</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次眼科醫生就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$10</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$5</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$10</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$20</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$5</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Original Medicare</b> 不承保配眼鏡／隱形鏡片所需的例行眼科檢查（眼部屈光）。然而，本計劃承保下列檢查： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 判定是否需要視力矯正和提供眼鏡鏡片處方所需的例行眼科檢查（眼部屈光檢查）。</li> </ul> </li> </ul>	<p>依您所投保的計劃而定，您需為每次就診支付以下費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$0</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$0</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 視野檢驗。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您每次所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County : <b>\$0</b></li> <li>• Contra Costa County Basic : <b>\$0</b></li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contra Costa County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Fresno Area Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced : <b>\$15</b></li> <li>• Marin County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• San Francisco County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• San Joaquin County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• San Joaquin County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• San Mateo County Basic : <b>\$15</b></li> <li>• Santa Clara County Basic : <b>\$5</b></li> <li>• Santa Clara County Enhanced : <b>\$0</b></li> <li>• Santa Cruz County : <b>\$5</b></li> <li>• Solano County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Solano County Enhanced : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Basic : <b>\$10</b></li> <li>• Stanislaus County Enhanced : <b>\$0</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 🍏 針對青光眼的高危險群，我們將會每年承保一次青光眼篩檢。青光眼的高危險群包括有青光眼家族病史的人士、糖尿病患者、50 歲和 50 歲以上的非裔美國人以及 65 歲或 65 歲以上的西語系美國人。</li> <li>• 針對糖尿病患者，進行糖尿病視網膜病變監測篩檢。</li> </ul>	<b>\$0</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。


\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>包含每次植入人工晶狀體之白內障手術後的一副眼鏡或隱形鏡片（包括配驗和配發）。（如果您分別動了兩次白內障手術，您無法在第一次手術後保留理賠福利並在第二次手術後購買兩付眼鏡）。</li> <li>在摘除白內障之後且未植入晶狀體的情況下所需的矯正鏡片／鏡框（及替換）。</li> </ul>	<p>根據 Medicare 準則所提供的視力矯正器<b>免費</b>。</p> <p><b>*注意：</b>如果您所購買的視力矯正器費用超過 Medicare 的承保範圍，您將需支付差額。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>眼鏡和隱形鏡片：</b>針對您的視力矯正，經由醫生或驗光配鏡師開立眼鏡或隱形眼鏡的處方，供您透過本方案眼科設施所購買使用的眼具，我們每 12 個月提供一次達<b>\$150</b>的承保額。承保額可用於給付下列項目： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 經由網絡醫護人員裝入鏡框的鏡片。</li> <li>◆ 由網絡醫護人員裝入兩片鏡片（至少其中一片帶有屈光度）的鏡框。</li> <li>◆ 隱形鏡片、驗配和配發。</li> </ul> </li> <li>如果我們在先前 24 個月期間已提供過鏡片或鏡框的補助（或者鏡片或鏡框屬於承保範圍），我們將不會再提供補助。</li> <li>補助僅可用於首次購買。如果您在首次購買時並未將承保額用完，您將無法在稍後再行使用。</li> </ul>	<p><b>*如果您所購買的視力矯正器費用超過\$150，您將必須支付差額。</b></p> <p><b>注意：</b>如果您入保 Advantage Plus，您的補助將會增加（請參閱本章的第 2.2 節以瞭解詳情）。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>替換鏡片：</b>如果您在首次購買我們有提供補助（或屬於承保範圍）之眼鏡鏡片或隱形鏡片後的 12 個月內，單側或雙側眼睛處方屈光度改變至少達.50，則我們將會針對屈光度改變達.50 的該側眼睛提供補助，以供您購買同類型的替換用品（眼鏡鏡片或隱形鏡片、配驗和配發）。可用於購買上述任一類替換鏡片的補助為單視眼鏡鏡片或隱形鏡片<b>\$30</b>（包括配驗和配發）以及多焦點或晶體狀眼鏡鏡片<b>\$45</b>。</li> </ul>	<p>如果您購買的單視鏡片費用超過<b>\$30</b>，或者您購買的多視或立體透鏡鏡片費用超過<b>\$45</b>，您需支付超過承保額的差額。</p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

您所受保的服務	您必須為這些服務支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>特殊隱形鏡片：</b> 我們承保下列特殊隱形鏡片，但條件是需由具備驗光配鏡師身分的網絡醫生或網絡醫護人員開立處方： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每 12 個月每側眼睛最多兩片為治療無虹膜症（虹膜缺失），而在醫療上必要的隱形鏡片、驗配和配發。</li> <li>◆ 如果隱形鏡片（無虹膜症所需的隱形鏡片除外）可讓您的視力大幅改善且該改善無法透過眼鏡鏡片達成，則我們將會承保一付隱形鏡片（包括配驗和配發）或首副拋棄式隱形鏡片（包括配驗和配發），每 24 個月不超過一次。然而，如果我們已在先前 24 個月內提供過隱形鏡片的補助（或該隱形鏡片屬於承保範圍），則我們將不會再承保任何隱形鏡片，但這不包括適用於無虹膜症所需的承保隱形鏡片。</li> </ul> </li> </ul>	\$0
<p> <b>「歡迎加入 Medicare」預防性就診</b></p> <p>本計劃承保一次性的「歡迎加入 Medicare」預防性就診。此次就診包括檢視您的健康狀況以及有關您所需之預防性服務的教育和諮詢（包括部分篩檢和注射），還有其他醫護服務的轉介（如有需要）。</p> <p><b>重要須知：</b> 我們僅會在您享有 Medicare B 部分的前 12 個月內承保「歡迎加入 Medicare」預防性就診。當您進行預約時，請告知您醫生的診所您想預約「歡迎加入 Medicare」預防性就診。</p>	<p>您無需為「歡迎加入 Medicare」預防性就診支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>注意：</b> 若您要了解本「醫療理賠項目表」中所有承保服務適用的理賠福利協調資訊請參閱：第 1 章, 第 7 節與第 11 章。</p>	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 2.2 節 — 您可購買的額外「選擇性補充」福利

本計劃提供部分不屬於 Original Medicare 承保範圍，且未包含於您理賠福利組合中的額外理賠福利。這些額外理賠福利稱為「選擇性補充理賠福利」。如果您想獲得這些選擇性附加理賠，您必須登記這些理賠福利，而且您將必須支付額外的保費。如果您未能支付額外的保費，則該項理賠福利可能會被終止。本節所述的選擇性附加理賠需遵守與任何其他理賠相同的上訴程序。

本計劃所提供的選擇性附加理賠組合稱為「Advantage Plus」。如果您入保 Advantage Plus，您將僅可享有本節所述的牙齒和眼具理賠福利。請注意，您無法僅購買這些理賠當中的其中一項；這些理賠是以組合的形式一起提供，而非個別提供。

### 您何時可入保 Advantage Plus

當您填寫 Senior Advantage 入保申請表時，您即可選擇入保 Advantage Plus。如果您未入保 Senior Advantage 時選擇 Advantage Plus，您可在下列任一時間寄送填妥的 Advantage Plus 入保申請表給我們以入保 Advantage Plus：

- 在 10 月 15 日至 12 月 31 日期間，承保將可於 1 月 1 日生效。
- 在 1 月 1 日至 3 月 31 日期間或入保 Senior Advantage 後的 30 天內。承保將會於我們收到您填妥之 Advantage Plus 入保申請表當日的下個月首日生效。

### 從 Advantage Plus 退保

您可隨時終止 Advantage Plus 承保。您的退保將會於我們收到您填妥之表格當日的下個月首日生效。任何超額支付的保費將會退還給您。請致電向我們的會員服務部索取退保申請表。

如果您從 Advantage Plus 退保並在日後想重新加入，請參閱上面的「您何時可入保 Advantage Plus」部分以瞭解您可以入保的時間。請謹記，由於眼具是每 24 個月提供一次，因此眼具理賠將不會在您重新入保時重新開始計算。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	<b>您必須支付的費用*</b>
<b>額外月保費</b> 額外月保費將會附加於您的 Senior Advantage 計劃保費中（請參閱第 1 章, 第 4.1 節以瞭解更多保費資訊）。	<b>\$14</b>
<b>額外視力矯正器承保</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 如果您入保 Advantage Plus，則您在醫療理賠項目表「視力保健」一節中所述的標準視力矯正器承保額將會增加，您的標準承保額將會增加額外<b>\$290</b>，因此承保額合計將為<b>\$440</b>。</li> <li>• 您可使用此補助來購買視力矯正器，每 24 個月一次。如果您在首次購買時沒有將合計的補助全部用完，您將無法在稍後再行使用。</li> <li>• 您必須在網絡眼科設施購買視力矯正器。</li> </ul> <p><b>注意：</b> 此補助不適用於在白內障手術後所取得的視力矯正器。</p>	如果您所購買的視力矯正器費用超過 <b>\$440</b> ，您將必須支付差額。
<p><b>其他牙科護理(DeltaCare® USA Dental HMO Program)†</b></p> <p>Health Plan 與 <b>Delta Dental of California</b>（簡稱為「Delta Dental」）簽有協議，以為您提供 DeltaCare USA Dental HMO 計劃。為提供牙科服務，DeltaCare USA 與 Delta Dental 簽約，藉由牙科醫生網絡提供全方位的牙科護理。如需有關牙科醫護人員的資訊，請參閱：《牙科醫護人員名錄》。</p> <p>DeltaCare USA 的主治牙科醫生將會適當提供下列理賠福利，但需遵守本章第 3.2 節所述的限制和除外項目。在服務提供之前，會員應與其 DeltaCare USA 牙科醫生討論所有的治療選項。如果下列程序所需的服務是由指定的 DeltaCare USA 牙科醫生進行，則會員將需支付規定的成本分擔。如欲使服務獲得承保，會員必須透過指定的 DeltaCare USA 牙科醫生取得牙科醫療護理，但緊急病情和有獲得 Delta Dental 專科醫護服務書面授權者除外。如果某牙科程序未列於下表，則該牙科程序即不屬於承保範圍。</p> <p>下方以斜體字顯示的文字旨在特別澄清該項目是根據 DeltaCare USA Dental HMO 計劃所提供的理賠福利，因而不應將其視為是由美國牙科協會 (American Dental Association, ADA) 持有版權的當前牙科術語 (Current Dental Terminology, CDT) 程序代碼、學術用語或描述符號 — ADA 可能會定期更新 CDT 程序代碼、學術用語或描述符號 — 此類更新可用於說明這些承保程序均符合聯邦法規。</p>	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

Advantage Plus （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	您必須支付的 費用*
<b>診斷 (D0100-D0999)</b>	
• D0120：定期口腔評估 — 已有看診記錄的病人。	\$0
• D0140：有限口腔評估 — 以解決問題為主。	\$0
• D0145：為年齡未滿三歲的病人所提供的口腔評估以及與基本醫護人員進行諮詢。	\$0
• D0150：綜合口腔評估 — 新病人或已有看診記錄的病人。	\$0
• D0160：詳細且完整的口腔評估 — 以解決問題為主，按申報	\$0
• D0170：重新評估 — 有限制，以解決問題為主（已有看診記錄的病人；非術後就診）。	\$0
• D0171：重新評估 — 術後門診（於正常看診時間）。	\$0
• D0180：綜合牙周評估 — 新病人或已有看診記錄的病人。	\$0
• D0190：病人篩檢。	\$0
• D0191：病人評估。	\$0
• D0210：口腔內——綜合放射線影像——限每 24 個月 1 組。	\$0
• D0220：口內 – 首張根尖周放射線影像。	\$0
• D0230：口內 – 每額外增加一張根尖周放射線影像。	\$0
• D0240：口內 – 咬合放射線影像。	\$0
• D0250：口腔外 — 採用固定輻射源形成的二維投影和檢測儀執行 X 光造影。	\$0
• D0251：口外後部牙齒的放射線影響。	\$0
• D0270：咬翼片 – 一張放射線影像。	\$0
• D0272：咬翼片 – 兩張放射線影像。	\$0
• D0273：咬翼片 – 三張放射線影像。	\$0
• D0274：咬翼片——四張放射線影像——限每 6 個月 1 組。	\$0

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> (這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員)。	<b>您必須支付的費用*</b>
• D0277：垂直咬翼片 – 7 至 8 張放射線影像。	<b>\$0</b>
• D0330：環口放射線影像。	<b>\$0</b>
• D0364：錐狀造影 CT 記錄和解讀有限的視野——少於一整個下顎——每 60 個月一次。	<b>\$108</b>
• D0365：錐狀造影 CT 記錄和解讀一個完整牙弓的視野——下頷骨——每 60 個月一次。	<b>\$153</b>
• D0366：錐狀造影 CT 記錄和解讀一個完整牙弓的視野——上頷骨，有或沒有顛骨——每 60 個月一次。	<b>\$153</b>
• D0367：錐狀造影 CT 記錄和解讀雙顎的視野，有或沒有顛骨。	<b>\$214</b>
• D0419：唾液流速測量評估——每 12 個月 1 次	<b>\$0</b>
• D0460：牙髓活力測試。	<b>\$0</b>
• D0472：組織取樣、肉眼檢查、書面報告的準備和傳送。	<b>\$0</b>
• D0473：組織取樣、肉眼和顯微鏡檢查、書面報告的準備和傳送。	<b>\$0</b>
• D0474：組織取樣、肉眼和顯微鏡檢查（包括疾病的手術切緣評估）、書面報告的準備和傳送。	<b>\$0</b>
• D0601：齲齒風險評估和記錄，評估結果為低風險——每 12 個月一次。	<b>\$0</b>
• D0602：齲齒風險評估和記錄，評估結果為低風險——每 12 個月一次。	<b>\$0</b>
• D0603：齲齒風險評估和記錄，評估結果為高風險——每 12 個月一次。	<b>\$0</b>
• D0999：非指定的診斷程序，按申報——包括診所就診，按照就診次數計算（其他服務另計）。	<b>\$0</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	<b>您必須支付的費用*</b>
<b>預防性 (D1000-D1999)</b> 對於未接受定期牙科就診（至少每六個月一次）或已診斷有牙齦疾病的會員，在可以提供定期護理（例如定期洗牙）之前，可能需要牙周刮治、牙根整平或全口清創。您可能必須針對該服務支付額外的成本分擔。	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1110：預防性洗牙——成人——每 6 個月 1 次 D1110、D1120 或 D4346。</li> <li>• D1110：額外預防性洗牙——成人——（6 個月期間內）。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1120：預防性洗牙——兒童——每 6 個月 1 次 D1110、D1120 或 D4346。</li> <li>• D1120：額外預防性洗牙——兒童——1 次 D1110、D1120 或 D4346（6 個月期間內）。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1310：牙科疾病控制營養諮詢。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1330：口腔衛生教育。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1510：空間維持器 – 固定式 – 單側。</li> </ul>	<b>\$114</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1516：空間維持器 — 固定式 — 上頷雙側。</li> </ul>	<b>\$114</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1517：空間維持器 — 固定式 — 下頷雙側。</li> </ul>	<b>\$114</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1520：空間維持器 – 活動式 – 單側。</li> </ul>	<b>\$153</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1526：空間維持器 — 活動式 — 上頷雙側。</li> </ul>	<b>\$153</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1527：空間維持器 — 活動式 — 下頷雙側。</li> </ul>	<b>\$153</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1551：重新黏合或重裝雙側空間維持器——上頷</li> </ul>	<b>\$22</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1552：重新黏合或重裝雙側空間維持器——下頷</li> </ul>	<b>\$22</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1553：重新黏合或重裝單側空間維持器——每象限</li> </ul>	<b>\$22</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1556：固定式單側空間維持器移除——每象限</li> </ul>	<b>\$22</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1557：固定式雙側空間維持器移除——上頷</li> </ul>	<b>\$22</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	您必須支付的 費用*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1558：固定式雙側空間維持器移除——下頷</li> </ul>	<b>\$22</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1575：遠心靴空間維持器——固定式——單側——<i>孩子到9歲</i>。</li> </ul>	<b>\$114</b>
<p><b>修復性 (D2000-D2999)</b></p> <p>承保範圍包括拋光、所有黏著劑和黏合劑、間接覆髓術、牙基底、襯墊及牙面酸蝕程序，但需受下列限制的約束：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 牙冠、嵌體及冠蓋體必須在經修復達 5 年以上才可進行置換。</li> <li>• 如果同項治療計劃中包含超過六個以上的牙冠，則在第 6 個牙冠之後，您可能必須為每個牙冠支付額外<b>\$175</b>。</li> <li>• 牙基底或貴金屬屬於承保範圍。如果嵌體、冠蓋體或以間接製作法製成的根柱和冠心是屬於高貴金屬製，則每顆牙齒最多將會額外收取<b>\$100</b> 的升級費用。</li> <li>• 透過專業技術或材料製造並在實驗室處理或診所內處理的名牌牙冠/橋體視為是材料升級。除所列之共付額外，合約牙科醫生可能還會收取不超過<b>\$150</b> 的其他費用。請參閱第 3.2 節中的「Advantage Plus 牙科不受保項目和限制」了解更多資訊。</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2140：銀汞合金 – 單面，乳齒或恆齒。</li> </ul>	<b>\$70</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2150：銀汞合金 – 雙面，乳齒或恆齒。</li> </ul>	<b>\$82</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2160：銀汞合金 – 三面，乳齒或恆齒。</li> </ul>	<b>\$101</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2161：銀汞合金 – 四面或四面以上，乳齒或恆齒。</li> </ul>	<b>\$113</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2330：複合樹脂 – 單面，前牙。</li> </ul>	<b>\$85</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2331：複合樹脂 – 雙面，前牙。</li> </ul>	<b>\$95</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2332：複合樹脂 – 三面，前牙。</li> </ul>	<b>\$107</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2335：複合樹脂 — 四面或四面以上或是包含切角（前牙）。</li> </ul>	<b>\$121</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2390：複合樹脂牙冠，前牙。</li> </ul>	<b>\$114</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2391：複合樹脂 – 單面，後牙。</li> </ul>	<b>\$86</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2392：複合樹脂 – 雙面，後牙。</li> </ul>	<b>\$109</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	<b>您必須支付的費用*</b>
• D2393：複合樹脂 – 三面，後牙。	<b>\$134</b>
• D2394：複合樹脂 – 四面或四面以上，後牙。	<b>\$148</b>
• D2510：嵌體 – 金屬 – 單面。	<b>\$335</b>
• D2520：嵌體 – 金屬 – 雙面。	<b>\$346</b>
• D2530：嵌體 – 金屬 – 三面或三面以上。	<b>\$383</b>
• D2542：冠蓋體 – 金屬 – 雙面。	<b>\$392</b>
• D2543：冠蓋體 – 金屬 – 三面。	<b>\$409</b>
• D2544：冠蓋體 – 金屬 – 四面或四面以上。	<b>\$427</b>
• D2610：嵌體 – 瓷/陶瓷 – 單面。	<b>\$418</b>
• D2620：嵌體 – 瓷/陶瓷 – 雙面。	<b>\$431</b>
• D2630：嵌體 – 瓷/陶瓷 – 三面或三面以上。	<b>\$466</b>
• D2642：冠蓋體 – 瓷/陶瓷 – 雙面。	<b>\$449</b>
• D2643：冠蓋體 – 瓷/陶瓷 – 三面。	<b>\$470</b>
• D2644：冠蓋體 – 瓷/陶瓷 – 四面或四面以上。	<b>\$522</b>
• D2650：嵌體 – 複合樹脂 – 單面。	<b>\$249</b>
• D2651：嵌體 – 複合樹脂 – 雙面。	<b>\$337</b>
• D2652：嵌體 – 複合樹脂 – 三面或三面以上。	<b>\$392</b>
• D2662：冠蓋體 – 複合樹脂 – 雙面。	<b>\$409</b>
• D2663：冠蓋體 – 複合樹脂 – 三面。	<b>\$429</b>
• D2664：冠蓋體 – 複合樹脂 – 四面或四面以上。	<b>\$435</b>
• D2710：牙冠 – 複合樹脂（間接）。	<b>\$268</b>
• D2712：牙冠 – ¾複合樹脂（間接）。	<b>\$268</b>
• D2720：牙冠 – 樹脂與高貴金屬混合物。	<b>\$473</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	您必須支付的 費用*
• D2721：牙冠 – 樹脂與賤金屬為主混合物。	<b>\$422</b>
• D2722：牙冠 – 樹脂與貴金屬混合物。	<b>\$442</b>
• D2740：牙冠 – 瓷／陶瓷基底。	<b>\$533</b>
• D2750：牙冠 – 瓷融合高貴金屬。	<b>\$498</b>
• D2751：牙冠 – 瓷融合賤金屬為主。	<b>\$449</b>
• D2752：牙冠 – 瓷融合貴金屬。	<b>\$466</b>
• D2753：牙冠——瓷融合鈦和鈦合金。	<b>\$498</b>
• D2780：牙冠 – ¾高貴金屬鑄造。	<b>\$498</b>
• D2781：牙冠 – ¾賤金屬為主鑄造。	<b>\$449</b>
• D2782：牙冠 – ¾貴金屬鑄造。	<b>\$466</b>
• D2783：牙冠 – ¾瓷／陶瓷。	<b>\$533</b>
• D2790：牙冠 – 高貴金屬全鑄造。	<b>\$498</b>
• D2791：牙冠 – 賤金屬為主全鑄造。	<b>\$449</b>
• D2792：牙冠 – 貴金屬全鑄造。	<b>\$466</b>
• D2794：牙冠 – 鈦。	<b>\$533</b>
• D2910：重新黏合嵌體、冠蓋體，或局部覆蓋冠修復。	<b>\$49</b>
• D2915：重新黏合鑄造式或預製根柱和冠心。	<b>\$49</b>
• D2920：重新黏合牙冠。	<b>\$49</b>
• D2921：牙齒碎片、切緣或牙尖的重新黏合（前牙）。	<b>\$121</b>
• D2931：預製不銹鋼牙冠 – 恆齒。	<b>\$126</b>
• D2940：保護性修復。	<b>\$47</b>
• D2941：臨時性治療修復 – 乳齒列。	<b>\$47</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> (這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員)。	您必須支付的 費用*
• D2949：間接修復的修復基礎。	<b>\$108</b>
• D2950：製作冠心，包含所有必要的牙釘。	<b>\$108</b>
• D2951：牙釘固位 – 每顆牙，除修復之外。	<b>\$41</b>
• D2952：牙冠以外的根柱和冠心，以間接製作法製成 — 包含根管備製。	<b>\$157</b>
• D2953：每額外增加一個以間接製作法製成的根柱 — 同一顆牙 — 包含根管備製。	<b>\$120</b>
• D2954：牙冠以外的預製根柱和冠心 – 賤金屬製根柱；包含根管備製。	<b>\$133</b>
• D2957：每額外增加一個預製根柱 – 同一顆牙 – 賤金屬製根柱；包含根管備製。	<b>\$65</b>
• D2980：因充填材料問題所需的牙冠修復。	<b>\$108</b>
• D2981：因充填材料問題所需的嵌體修復。	<b>\$108</b>
• D2982：因充填材料問題所需的冠蓋體修復。	<b>\$108</b>
• D2983：因充填材料問題所需的貼面修復。	<b>\$108</b>
<b>牙髓病 (D3000-D3999)</b>	
• D3110：覆髓 – 直接（不含最終修復）。	<b>\$38</b>
• D3120：覆髓 – 間接（不含最終修復）。	<b>\$44</b>
• D3220：治療性牙髓切斷術（不含最終修復）– 除去冠髓至齒骨質與牙本質交界處以及上藥。	<b>\$74</b>
• D3221：牙髓清創，乳齒及恆齒。	<b>\$74</b>
• D3222：因根尖生成術所需的局部牙髓切斷術 – 牙根生長不全的恆齒。	<b>\$74</b>
• D3310：根管 — 牙髓治療，前牙（不含最終修復）。	<b>\$304</b>
• D3320: 根管 — 牙髓治療，雙尖齒（不含最終修復）。	<b>\$358</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	您必須支付的 費用*
• D3330：根管 – 牙髓治療，白齒（不含最終修復）。	<b>\$442</b>
• D3346：針對先前的根管治療進行重新治療 – 前牙。	<b>\$351</b>
• D3347：針對先前的根管治療進行重新治療 – 雙尖齒。	<b>\$399</b>
• D3348：針對先前的根管治療進行重新治療 – 白齒。	<b>\$492</b>
• D3351：根尖成形術／再鈣化 – 初診（根尖閉合／牙根穿孔的鈣化修復、牙根吸收、牙髓間隙消毒等）。	<b>\$103</b>
• D3352：根尖成形術／再鈣化 – 中期藥物更換（根尖閉合／牙根穿孔的鈣化修復、牙根吸收、牙髓間隙消毒等）。	<b>\$83</b>
• D3353：根尖成形術／再鈣化 – 最終就診（包含完整的根管治療 – 根尖閉合／牙根穿孔的鈣化修復、牙根吸收等）。	<b>\$108</b>
• D3410：根尖切除術 – 前牙。	<b>\$320</b>
• D3421：根尖切除術 – 雙尖齒（第一牙根）。	<b>\$342</b>
• D3425：根尖切除術 – 白齒（第一牙根）。	<b>\$407</b>
• D3426：根尖切除術（每額外增加一個牙根）。	<b>\$173</b>
• D3427：未進行根尖切除術的根尖周圍外科手術	<b>\$320</b>
• D3430：根尖逆充填術 – 每個牙根。	<b>\$108</b>
• D3450：牙根切斷術 – 每個牙根。	<b>\$185</b>
• D3920：牙齒切半術（含所有牙根移除），不含根管治療。	<b>\$166</b>
• D3921：萌生齒脫臼。	<b>\$70</b>
<b>牙周病 (D4000-D4999)</b>	
包含術前和術後評估以及在局部麻醉下所進行的治療。	
• D4210：牙齦切除術或牙齦整型術 – 每象限四顆或四顆以上相鄰牙齒或相連牙齒間隙。	<b>\$241</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> (這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員)。	您必須支付的費用*
• D4211：牙齦切除術或牙齦整型術 – 每象限一至三顆相鄰牙齒或相連牙齒間隙。	<b>\$166</b>
• D4212：為了進行修復性手術程序所需的牙齦切除術或牙齦整型術，每顆牙。	<b>\$166</b>
• D4240：牙齦翻瓣手術程序，包含牙根整平 — 每象限四顆或四顆以上相鄰牙齒或相連牙齒間隙。	<b>\$241</b>
• D4241：牙齦翻瓣手術程序，包含牙根整平 — 每象限一顆至三顆相鄰牙齒或相連牙齒間隙。	<b>\$166</b>
• D4260：骨手術（包含翻瓣切入和閉合術）— 每象限四顆或四顆以上相鄰牙齒或相連牙齒間隙。	<b>\$518</b>
• D4261：骨手術（包含翻瓣切入和閉合術）— 每象限一顆至三顆相鄰牙齒或相連牙齒間隙。	<b>\$402</b>
• D4266：引導組織再生—自然牙齒可吸收性再生膜，每部位— <i>僅限於 1 次再生診療（或每顆牙齒，如果適用）</i> 。	<b>\$262</b>
• D4267：引導組織再生——自然牙齒不可吸收性再生膜，每部位（含膜移除）—— <i>每部位（或每顆牙齒，如果適用）僅限於 1 次再生診療</i> 。	<b>\$340</b>
• D4273：每顆牙齒上皮下結締組織移植外科診療。	<b>\$376</b>
• D4275：軟組織同種異體移植。	<b>\$454</b>
• D4283：自體結締組織移植。	<b>\$226</b>
• D4285：非自體結締組織移植。	<b>\$264</b>
• D4286：移除不可吸收性再生膜。	<b>\$0</b>
• D4341：牙周刮治和牙根整平 — 每象限四顆或四顆以上牙齒 — <i>在任何連續 12 個月限 4 個象限</i> 。	<b>\$0</b>
• D4342：牙周刮治和牙根整平 — 每象限一顆至三顆牙齒 — <i>在任何連續 12 個月限 4 個象限</i> 。	<b>\$0</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> (這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員)。	您必須支付的費用*
• D4346：在有廣泛性中度或重度牙齦發炎的情況下所進行的刮治——全口，在進行口腔評估之後——每 6 個月 1 次 D1110、D1120 或 D4346。	\$0
• D4355：全口清創以便在隨後的就診中進行綜合牙周評估和診斷——在任何連續 12 個月中僅限 1 次治療。	\$62
• D4910：牙周維護——每 12 個月僅限 1 次治療。	\$0
• D4921：牙齦沖洗——每象限使用一種藥劑。	\$0
<b>活動式假牙修復 (D5000-D5899)</b> 換底、換底墊及組織調理在任何連續 12 個月限每副假牙 1 次。假牙或局部假牙，必須在現有假牙使用達 5 年以上方可進行置換。 <b>注意：</b> 針對本表所列的所有假牙和局部假牙，共付額包含了安裝後的前三個月安裝後調整和組織調理（如有必要）。您必須持續符合資格且該服務必須在 DeltaCare USA 牙科醫生的診所提供，即最初安裝假牙的診所。	
• D5110：全口假牙 – 上頷。	\$700
• D5120：全口假牙 – 下頷。	\$700
• D5130：即時性假牙 – 上頷。	\$700
• D5140：即時性假牙 – 下頷。	\$700
• D5211：上頷局部義齒 — 樹脂基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	\$556
• D5212：下頷局部義齒 — 樹脂基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	\$556
• D5213：上頷局部假牙 – 金屬鑄造支架、樹脂假牙基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	\$787
• D5214：下頷局部假牙 – 金屬鑄造支架、樹脂假牙基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	\$787

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	<b>您必須支付的費用*</b>
• D5221：上頷即時性局部假牙 — 樹脂基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠及假牙）。	<b>\$556</b>
• D5222：即時性下頷局部假牙 — 樹脂基底（包含任何傳統的牙鉤、鉤靠及假牙）。	<b>\$556</b>
• D5223：上頷即時性局部假牙 — 金屬鑄造支架、樹脂假牙基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$787</b>
• D5224：下頷即時性局部假牙 — 金屬鑄造支架、樹脂假牙基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$787</b>
• D5225：上顎局部假牙 — 彈性基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$804</b>
• D5226：下顎局部假牙 — 彈性基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$804</b>
• D5227：即時性上顎局部假牙——彈性基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$556</b>
• D5228：即時性下顎局部假牙——彈性基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$556</b>
• D5410：調整全口假牙 – 上顎。	<b>\$41</b>
• D5411：調整全口假牙 – 下顎。	<b>\$41</b>
• D5421：調整局部假牙 – 上顎。	<b>\$41</b>
• D5422：調整局部假牙 – 下顎。	<b>\$41</b>
• D5511：修補斷裂的全口假牙基底，下頷。	<b>\$88</b>
• D5512：修補斷裂的全口假牙基底，上頷。	<b>\$88</b>
• D5520：置換缺牙或斷牙 — 全口假牙（每顆牙）。	<b>\$73</b>
• D5611：修補樹脂局部假牙基底，下頷。	<b>\$87</b>
• D5612：修補樹脂局部假牙基底，上頷。	<b>\$87</b>
• D5621：修補局部假牙鑄造支架，下頷。	<b>\$111</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	<b>您必須支付的費用*</b>
• D5622：修補局部假牙鑄造支架，上顎。	<b>\$111</b>
• D5630：修補或置換斷裂的牙鉤。	<b>\$100</b>
• D5640：置換斷牙 – 每顆牙。	<b>\$78</b>
• D5650：在現有的局部假牙上添加新牙。	<b>\$90</b>
• D5660：在現有的局部假牙上添加牙鉤。	<b>\$104</b>
• D5670：置換金屬鑄造支架上的所有牙齒和塑膠假牙（上顎）。	<b>\$287</b>
• D5671：置換金屬鑄造支架上的所有牙齒和塑膠假牙（下顎）。	<b>\$352</b>
• D5710：上顎全排假牙換底。	<b>\$246</b>
• D5711：下顎全排假牙換底。	<b>\$246</b>
• D5720：上顎局部假牙換底。	<b>\$246</b>
• D5721：下顎局部假牙換底。	<b>\$246</b>
• D5725：混合假體換底。	<b>\$246</b>
• D5730：上頷全排假牙換底墊（直接）。	<b>\$134</b>
• D5731：下頷全排假牙換底墊（直接）。	<b>\$134</b>
• D5740：上頷局部假牙換底墊（直接）。	<b>\$134</b>
• D5741：下頷局部假牙換底墊（直接）。	<b>\$134</b>
• D5750：上頷全排假牙換底墊（間接）。	<b>\$196</b>
• D5751：下頷全排假牙換底墊（間接）。	<b>\$196</b>
• D5760：上頷局部假牙換底墊（間接）。	<b>\$196</b>
• D5761：下頷局部假牙換底墊（間接）。	<b>\$196</b>
• D5765：用於全口或部分活動式假牙的軟襯——間接。	<b>\$196</b>
• D5820：臨時局部假牙（上頷）— 在任何連續 12 個月內限 1 副。	<b>\$238</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> (這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員)。	您必須支付的 費用*
• D5821：臨時局部假牙（下頷）—在任何連續 12 個月內限 1 副。	<b>\$238</b>
• D5850：上顎組織調理。	<b>\$74</b>
• D5851：下顎組織調理。	<b>\$74</b>
<b>上頷面假體(D5900-D5999)——不承保</b>	
<b>植入服務(D6000-D6199)</b>	
更換牙冠、牙橋和植入支持假牙要求現有修復使用 5 年以上。注意：透過專業技術或材料製造並在實驗室處理或診所內處理的名牌牙冠/橋體視為是材料升級。除所列之共付額外，合約牙科醫生可能還會收取不超過 <b>\$150</b> 的其他費用。請參閱第 3.2 節中的「Advantage Plus 牙科不受保項目和限制」了解更多資訊。	
• D6010：手術植入植體—— <i>每個日曆年度限 1 次</i> 。	<b>\$751</b>
• D6011：第二階段植入手術。	<b>\$182</b>
• D6012：用於過渡假體的臨時手術植入植體：骨內植體。	<b>\$533</b>
• D6013：迷你植體手術植入—— <i>每個日曆年度限 1 次</i> 。	<b>\$488</b>
• D6040：手術植入：骨膜下植體—— <i>每個日曆年度僅限 1 個</i> 。	<b>\$1,585</b>
• D6050：手術植入：透骨式植體—— <i>每個日曆年度僅限 1 個</i> 。	<b>\$1,505</b>
• D6055：連桿——植體支撐式或基台支撐式。 <i>每個日曆年度限 1 個</i> 。	<b>\$903</b>
• D6056：預製基台——包括修改和置入—— <i>每個日曆年度僅限 1 個</i> 。	<b>\$307</b>
• D6057：訂製基台——包括植入—— <i>每個日曆年度僅限 1 個</i> 。	<b>\$357</b>
• D6058：基台支撐式瓷/陶瓷牙冠。	<b>\$612</b>
• D6059：基台支撐式瓷融合金屬牙冠（高貴金屬）。	<b>\$587</b>
• D6060：基台支撐式瓷融合金屬牙冠（賤金屬）。	<b>\$539</b>
• D6061：基台支撐式瓷融合金屬牙冠（貴金屬）。	<b>\$553</b>
• D6062：基台支撐式鑄造金屬牙冠（高貴金屬）。	<b>\$559</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	您必須支付的 費用*
• D6063：基台支撐式鑄造金屬牙冠（賤金屬）。	<b>\$507</b>
• D6064：基台支撐式鑄造金屬牙冠（貴金屬）。	<b>\$552</b>
• D6065：植體支撐式瓷/陶瓷牙冠。	<b>\$642</b>
• D6066：植體支撐式瓷融合金屬牙冠（鈦、鈦合金、高貴金屬）。	<b>\$622</b>
• D6067：植體支撐式金屬牙冠（鈦、鈦合金、高貴金屬）。	<b>\$614</b>
• D6068：基台支撐式固位器，用於瓷/陶瓷 FPD。	<b>\$650</b>
• D6069：基台支撐式固位器，用於瓷融合金屬 FPD（高貴金屬）。	<b>\$672</b>
• D6070：基台支撐式固位器，用於瓷融合金屬 FPD（賤金屬）。	<b>\$518</b>
• D6071：基台支撐式固位器，用於瓷融合金屬 FPD（貴金屬）。	<b>\$601</b>
• D6072：基台支撐式固位器，用於鑄造金屬 FPD（高貴金屬）。	<b>\$600</b>
• D6073：基台支撐式固位器，用於鑄造金屬 FPD（賤金屬）。	<b>\$503</b>
• D6074：基底支撐式固位器，用於鑄造金屬 FPD（貴金屬）。	<b>\$575</b>
• D6075：植體支撐式固位器，用於陶瓷 FPD。	<b>\$613</b>
• D6076：植體支撐式固位器，用於瓷融合金屬 FPD（鈦、鈦合金或高貴金屬）。	<b>\$738</b>
• D6077：植體支撐式固位器，用於鑄造金屬 FPD（鈦、鈦合金或高貴金屬）。	<b>\$612</b>
• D6080：植入維護外科診療，包括移除假體、清潔假體和基台以及重新插入假體—— <i>每個日曆年度僅限 1 個</i> 。	<b>\$71</b>
• D6081：單一種植體出現發炎或黏膜炎之刮治和清創，包括種植體表面的清洗（無翻瓣切入和閉合）—— <i>每 24 個月僅限 1 個</i> 。	<b>\$76</b>
• D6090：修復植體支撐式修復體，按申報—— <i>每個日曆年度僅限 1 個</i> 。	<b>\$94</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	<b>您必須支付的費用*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6091：更換植體/基台支撐式修復體的半精密或精密附著體（公或母組件），按每個附著體計算——<i>每個日曆年度僅限 1 個。</i></li> </ul>	<b>\$100</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6092：重新黏合植體/基台支撐式牙冠。</li> </ul>	<b>\$46</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6093：重新黏合植體/基台支撐式固定局部假牙。</li> </ul>	<b>\$65</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6094：基台支撐式牙冠——（鈦）。</li> </ul>	<b>\$533</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6095：修復植體基台——<i>每個日曆年度僅限 1 個。</i></li> </ul>	<b>\$212</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6096：移除損壞的植體固定螺絲——<i>每個日曆年度僅限 1 個。</i></li> </ul>	<b>\$64</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6100：移除植體，按申報——<i>每個日曆年度僅限 1 個。</i></li> </ul>	<b>\$141</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6101：植體周圍缺陷的清創術和暴露植體表面的表面清潔，包含翻瓣切入和閉合術——<i>每個日曆年度僅限 1 個。</i></li> </ul>	<b>\$193</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6102：植體周圍缺陷的清創術和暴露植體表面的表面清潔，包含翻瓣切入和閉合術——<i>每個日曆年度僅限 1 個。</i></li> </ul>	<b>\$328</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6103：用於修復植體周圍缺陷的骨移植——不包括翻瓣切入和閉合術，或在需要時植入再生膜或生物材料以幫助骨再生——<i>每個日曆年度僅限 1 個。</i></li> </ul>	<b>\$194</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6104：植體植入時的骨移植——<i>每個日曆年度僅限 1 個。</i></li> </ul>	<b>\$199</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6105：移除植入體不需要切除骨頭，也不需要掀開皮瓣。</li> </ul>	<b>\$70</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6110：移除植體，按申報。</li> </ul>	<b>\$857</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6111：植體/基台。</li> </ul>	<b>\$858</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6112：植體/基台。</li> </ul>	<b>\$765</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6113：植體/基台。</li> </ul>	<b>\$765</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6114：植體/基台。</li> </ul>	<b>\$1,235</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6115：植體/基台。</li> </ul>	<b>\$1,252</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6116：植體/基台。</li> </ul>	<b>\$1,162</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6117：植體/基台。</li> </ul>	<b>\$1,145</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> (這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員)。	您必須支付的 費用*
• D6190：放射攝影/外科手術植牙指標。	<b>\$128</b>
• D6194：基台支撐式固位器牙冠，用於 FPD（鈦）。	<b>\$607</b>
• D6197：每個植入體更換修復材料，用於封閉螺釘固位的植入體支撐式假體的進入開口。	<b>\$85</b>
• D6198：移除臨時植入組件	<b>\$0</b>
<b>固定式假牙修復 (D6200-D6999)</b>	
在固定式局部假牙或牙橋中，每個維持器和橋體均算作為是一個單位。牙冠、橋體、嵌體、冠蓋體或減壓裝置必須在現有牙橋使用達 5 年以上才可進行置換。注意：如果同項治療計劃中包含超過六個以上的牙冠或橋體，則在第 6 個牙冠或橋體之後，您可能必須為每個牙冠或橋體支付額外 <b>\$175</b> 。	
• D6210：橋體 – 高貴金屬鑄造。	<b>\$498</b>
• D6211：橋體 – 賤金屬為主鑄造。	<b>\$515</b>
• D6212：橋體 – 貴金屬鑄造。	<b>\$535</b>
• D6240：橋體 – 瓷融合高貴金屬。	<b>\$498</b>
• D6241：橋體 – 瓷融合賤金屬為主。	<b>\$515</b>
• D6242：橋體 – 瓷融合貴金屬。	<b>\$535</b>
• D6243：橋體——瓷融合鈦或鈦合金	<b>\$466</b>
• D6245：橋體 – 瓷/陶瓷。	<b>\$533</b>
• D6250：橋體 – 樹脂與高貴金屬混合物。	<b>\$543</b>
• D6251：橋體 – 樹脂與賤金屬為主混合物。	<b>\$484</b>
• D6252：橋體 – 樹脂與貴金屬混合物。	<b>\$507</b>
• D6600：固位器嵌體——瓷/陶瓷，雙面。	<b>\$431</b>
• D6601：固位器嵌體——瓷/陶瓷，三面或三面以上。	<b>\$466</b>
• D6602：固位器嵌體——高貴金屬鑄造，雙面。	<b>\$433</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	您必須支付的 費用*
• D6603：固位器嵌體——高貴金屬鑄造，三面或三面以上。	<b>\$470</b>
• D6604：固位器嵌體——賤金屬為主鑄造，雙面。	<b>\$346</b>
• D6605：固位器嵌體——賤金屬為主鑄造，三面或三面以上。	<b>\$383</b>
• D6606：固位器嵌體——高貴金屬鑄造，雙面。	<b>\$362</b>
• D6607：固位器冠蓋體——貴金屬鑄造，三面或三面以上。	<b>\$396</b>
• D6608：固位器冠蓋體——瓷/陶瓷，雙面。	<b>\$449</b>
• D6609：固位器冠蓋體——瓷/陶瓷，三面或三面以上。	<b>\$488</b>
• D6610：固位器冠蓋體——高貴金屬鑄造，雙面。	<b>\$470</b>
• D6611：固位器冠蓋體——高貴金屬鑄造，三面或三面以上。	<b>\$487</b>
• D6612：固位器冠蓋體——賤金屬為主鑄造，雙面。	<b>\$392</b>
• D6613：固位器冠蓋體——賤金屬為主鑄造，三面或三面以上。	<b>\$418</b>
• D6614：固位器冠蓋體——貴金屬鑄造，雙面。	<b>\$411</b>
• D6615：固位器冠蓋體——貴金屬鑄造，三面或三面以上。	<b>\$431</b>
• D6720：固位器牙冠——樹脂與高貴金屬混合物。	<b>\$543</b>
• D6721：固位器牙冠——樹脂與賤金屬為主混合物。	<b>\$484</b>
• D6722：固位器牙冠——樹脂與貴金屬混合物。	<b>\$442</b>
• D6740：固位器牙冠——瓷/陶瓷。	<b>\$533</b>
• D6750：固位器牙冠——瓷融合高貴金屬。	<b>\$498</b>
• D6751：固位器牙冠——瓷融合賤金屬。	<b>\$515</b>
• D6752：固位器牙冠——瓷融合貴金屬。	<b>\$535</b>
• D6753：固位器牙冠——瓷融合鈦和鈦合金。	<b>\$498</b>
• D6780：固位器牙冠——3/4 高貴金屬鑄造。	<b>\$498</b>
• D6781：固位器牙冠——3/4 賤金屬鑄造。	<b>\$515</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> (這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員)。	您必須支付的 費用*
• D6782：固位器牙冠——3/4 貴金屬鑄造。	<b>\$535</b>
• D6783：固位器牙冠——3/4 瓷/陶瓷。	<b>\$533</b>
• D6784：固位器牙冠——3/4 鈦和鈦合金	<b>\$498</b>
• D6790：固位器牙冠——高貴金屬全鑄造。	<b>\$498</b>
• D6791：固位器牙冠——賤金屬鑄造全冠。	<b>\$515</b>
• D6792：固位器牙冠——貴金屬全鑄造。	<b>\$535</b>
• D6930：重新黏合局部固定式假牙。	<b>\$70</b>
• D6940：減壓裝置。	<b>\$112</b>
• D6980：因充填材料不敷使用所需的固定式局部假牙。	<b>\$129</b>
<b>口腔與上頷面手術 (D7000-D7999)</b>	
包含術前和術後評估以及在局部麻醉下所進行的治療。	
• D7111：拔牙、殘餘牙冠 – 乳齒。	<b>\$50</b>
• D7140：拔牙，萌生齒或牙根暴露（增高術和/或醫用鉗子拔除）。	<b>\$70</b>
• D7210：拔除需要移除骨頭和/或部分牙齒的萌生齒，如為治療所需，包括掀開黏膜骨膜皮瓣。	<b>\$117</b>
• D7220：拔除阻生齒 – 軟組織。	<b>\$141</b>
• D7230：拔除阻生齒 – 部分骨阻生。	<b>\$185</b>
• D7240：拔除阻生齒 – 完全骨阻生。	<b>\$229</b>
• D7241：拔除阻生齒 – 完全骨阻生合併罕見的外科併發症。	<b>\$265</b>
• D7250：拔除牙齒殘根（切割手術程序）。	<b>\$129</b>
• D7251：牙冠切除術——故意移除局部牙齒，僅移除受影響的牙齒。	<b>\$265</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> (這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員)。	您必須支付的 費用*
• D7270：牙齒再植術和/或意外脫位或移位後的牙齒固定。	<b>\$184</b>
• D7286：口腔組織切片化驗——軟組織——不包括病理化驗程序—— ——不包括病理化驗程序。	<b>\$111</b>
• D7310：與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 – 每象限四顆或四顆以上 牙齒或牙齒間隙。	<b>\$105</b>
• D7311：與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 – 每象限一顆至三顆牙齒 或牙齒間隙。	<b>\$105</b>
• D7320：未與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 – 四顆或四顆以上牙齒 或牙齒間隙，每象限。	<b>\$122</b>
• D7321：未與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 – 每象限一至三顆牙齒 或牙齒間隙。	<b>\$122</b>
• D7471：移除外側骨突出（上顎或下顎）。	<b>\$221</b>
• D7472：移除顎隆凸。	<b>\$221</b>
• D7473：移除下顎隆凸。	<b>\$221</b>
• D7510：膿腫切開引流術 – 口內軟組織。	<b>\$85</b>
• D7922：置放齒槽內生物性敷料以協助止血或血凝塊穩定，每 部位。	<b>\$0</b>
• D7951：利用骨鼻竇提升術—— <i>每個日曆年度僅限 1 次；僅與植體 手術植入一起承保。</i>	<b>\$1,414</b>
• D7952：經垂直入路行上頤竇提升術—— <i>一生僅限 1 次；僅與植體 手術植入一起承保。</i>	<b>\$1,470</b>
• D7953：用於牙槽脊保存的骨替換移植—— <i>每部位——一生僅限 1 次；僅與植體手術植入一起承保。</i>	<b>\$422</b>
• D7961：頰/唇繫帶切除術（繫帶切整術）。	<b>\$169</b>
• D7962：舌繫帶切除術（繫帶切整術）。	<b>\$169</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> (這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員)。	您必須支付的 費用*
<b>牙齒矯正服務(D8000-D8999)——不承保</b>	
<b>一般性輔助服務(D9000-D9999)</b>	
• D9110：牙痛緩和治療——每次就診。	<b>\$62</b>
• D9211：區域阻滯麻醉。	<b>\$14</b>
• D9212：三叉神經阻斷麻醉。	<b>\$14</b>
• D9215：與手術或外科程序同時進行的局部麻醉。	<b>\$14</b>
• D9219：中度治射鎮靜劑、深度治射鎮靜劑或全身麻醉評估。	<b>\$0</b>
• D9310：諮詢 – 由提出申請之牙科醫生或醫生以外的牙科醫生或醫生所提供的診斷服務。	<b>\$62</b>
• D9311：與醫療保健專業人員進行諮詢。	<b>\$0</b>
• D9430：至診所就診接受觀察（於正常看診時間）– 未進行其他服務。	<b>\$41</b>
• D9440：診所就診 – 於正常看診時間之外。	<b>\$69</b>
• D9450：病例簡報，隨後進行詳細完整的治療規劃。	<b>\$61</b>
• D9912：就診前患者篩檢。	<b>\$0</b>
• D9932：上頷活動式全口假牙的清潔和檢查。	<b>\$0</b>
• D9933：下頷活動式全口假牙的清潔和檢。	<b>\$0</b>
• D9934：上頷活動式局部假牙的清潔和檢查。	<b>\$0</b>
• D9935：下頷活動式局部假牙的清潔和檢查。	<b>\$0</b>
• D9975：於家中進行的牙齒外部美白，每側牙弓；包括材料和訂製牙托的製作——限一付漂白牙托和兩週份自我治療用凝膠——限一付漂白牙托和兩週份自我治療用凝膠。	<b>\$109</b>
• D9986：未如期赴診——沒有提前 24 小時通知——按約診時間每 15 分鐘計算——總計最高上限\$40。	<b>\$14</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	<b>您必須支付的費用*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● D9987：取消約診—沒有提前 24 小時通知—按約診時間每 15 分鐘計算—總計最高上限\$40。</li> </ul>	<b>\$14</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● D9990：認證翻譯或手語服務——每次就診。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● D9991：牙科個案管理 — 處理預約合規問題。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● D9992：牙科個案管理：醫護服務協調。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● D9995：遠距牙科：同步，即時就診。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● D9996：遠距牙科 – 非同步；可將資訊保存下來並傳送給牙科醫生以進行後續診察。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● D9997：牙科個案管理——為有特殊健康護理需求的患者提供。</li> </ul>	<b>\$0</b>
<p><b>急診牙科醫療護理†</b></p> <p>如果您需要急診牙科護理，您應於週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00 期間致電 <b>1-877-644-1774</b> 與您的指定 DeltaCare USA 牙科醫生或 Delta Dental 客戶服務部聯絡。美國東部標準時間，每週 7 天；10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點（聽障及語障電話專線使用者應該致電 <b>711</b>。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 屬於承保範圍且透過您的指定 DeltaCare USA 牙科醫生所取得的急診牙科醫療護理。</li> </ul>	與非緊急牙科醫療護理的成本分擔相同。
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 針對透過您的指定 DeltaCare USA 牙科醫生以外的牙科醫生所取得的承保急診牙科護理，每次急診限<b>\$100</b>，但需扣除成本分擔。而急診護理的承保範圍，僅限於穩定您病情，以及提供緩和療護所需的必要醫護服務。此外，若您不具備下列條件，您則需負擔牙科護理的全額費用：               <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 您曾在合理情況下試圖與您的指定 DeltaCare USA 牙科醫生聯絡，但其無法在 <b>24 小時內</b> 為您看診，或者您認為以您當時的病症而言，要前往指定的 DeltaCare USA 牙科醫生處實屬不合理或不可能。如果您屬於新會員且沒有指定的牙科醫生，您應與 Delta Dental 客戶服務部聯絡，來幫助您尋找 DeltaCare USA 的牙科醫生。</li> </ul> </li> </ul>	您需支付超過 <b>\$100</b> 上限的任何金額，但需扣除適當的成本分擔。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

<b>Advantage Plus</b> （這些選擇性補充理賠福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員）。	<b>您必須支付的費用*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 您在接受急診牙科護理前曾致電 Delta Dental 客戶服務部，或者因您當時的病情為合理進行牙科護理，無法向客戶服務部聯絡。</li> <li>◆ 急診牙科服務的索賠，必須在治療日期起的 90 天內向 Delta Dental 提出，除非您能證明在合理情況下無法於該期限內提出索賠。如在該情況下，您必須於治療日起的一年內提出索賠。請將您的索賠寄至：Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023。</li> </ul>	

### 第 3 節 — 哪些服務不屬於本計劃的承保範圍？

#### 第 3.1 節 — 本計劃不承保的服務（除外項目）

本節將會為您說明哪些服務屬於 Medicare 承保的「除外項目」，因而不屬於本計劃的承保範圍。

下表列出了不論在任何情況下皆不屬於承保範圍或僅有在特殊情況下屬於承保範圍的服務和用品。

如果您接受了屬於除外 (不受保) 項目的服務，您將必須自行付費，但在下列特定條件除外。即使您是在急診設施接受屬於除外項目的服務，該屬於除外項目的服務仍無法獲得承保，且本計劃亦不會給付該服務。唯一的例外是，如果該服務經由上訴，且在上訴後經判定為醫療服務，則依據您的具體情況，我們應進行給付或承保。（如需有關針對我們決定不承保某項醫療服務的決議提出上訴的資訊，請參閱本文件的第 9 章, 第 5.3 節。）

<b>不屬於 Medicare 承保範圍的服務</b>	<b>不論在任何情況下皆不屬於承保範圍</b>	<b>僅有在特殊情況下屬於承保範圍</b>
在中級或住宿護理機構、輔助生活機構或成人寄養家庭中接受護理		根據醫療理賠項目表的「住院藥物濫用與精神健康治療」所述承保。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\*您對於這些服務或項目的成本分擔額不會計入自付額上限。

不屬於 Medicare 承保範圍的服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
<p>透過人工方式受孕，例如人工受孕、受精卵人工移入輸卵管、卵子移植和配子受精卵人工移入輸卵管（人工授精和聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保的相關服務除外）</p>	√	
<p>美容手術或程序</p>		<p>如為意外受傷所需或為改善身體畸形部位的機能，則屬於承保範圍。</p> <p>乳房切除手術後之乳房重建的所有階段以及為了建立對稱外觀而對非患側乳房所進行的乳房重建均屬於承保範圍。</p>
<p>監督護理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 監督護理是指不需要由受過訓練的醫療或輔助醫療人員提供持續照顧的個人醫護，例如協助您從事如沐浴或更衣等日常活動的醫護。</li> </ul>	√	
<p>選擇性或自願性改善程序或服務（包括減重、生髮、性功能、體育表現、美容用途、抗老及精神表現）</p>		<p>如為醫療上必要的服務且屬於 Original Medicare 的承保範圍則可獲得承保。</p>



## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

不屬於 Medicare 承保範圍的服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
實驗性醫療和手術程序、設備和藥物 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 實驗性程序和用品是指經由本計劃及 Original Medicare 判定為未獲得醫學界普遍接受的項目和程序。</li> </ul>		若由獲得 Medicare 核准的臨床試驗研究提供可能屬於 Original Medicare 的承保範圍。（請參閱第 3 章, 第 5 節，以瞭解更多有關臨床試驗研究的資訊。）
以下眼鏡服務和項目： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 鏡片保護計劃。</li> <li>• 非處方物品。</li> <li>• 無屈光度的鏡片和太陽眼鏡，但在醫療上必要治療黃斑部退化或視網膜色素病變時，如果僅一隻眼睛需要矯正或有色鏡片，則此除外項目不適用於透明無度數鏡片。</li> <li>• 替換遺失、破損或損壞的鏡片或鏡框。</li> <li>• 眼鏡或隱形鏡片裝飾品。</li> <li>• 依法不需要處方的眼鏡用品（眼框或附蓋平衡鏡片除外）。</li> </ul>	√	
由您近親或家人所收取的費用。	√	

不屬於 Medicare 承保範圍的服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
全職居家護理	√	
家居送餐服務		在有限狀況下予以承保，如「醫療理賠項目表」中所述。
居家服務員服務包括基本家務協助，其中又包括簡單家務管理或準備簡單餐點。	√	
按摩治療		若是根據 Medicare 準則開立醫囑且屬於物理治療計劃的一部分，則可獲得承保。
自然療法服務（使用自然或替代治療）		
白內障手術後所需的非傳統型人工晶狀體 (Intraocular Lenses, IOLs)（例如：矯正老花眼的 IOL）	√	
骨科手術鞋或足部支撐裝置		屬於腿部支架的一部分且包含在支架費用當中的如果鞋具 患有糖尿病足部疾病的患者適用的矯正或治療鞋具。
醫院或專業護理設施病房內的私人用品，如電話或電視		提供電話和電視。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

不屬於 Medicare 承保範圍的服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
(1) 為了就業或保有工作或為了參與僱員計劃所必需；(2) 為了投保或獲得執照所必需；或 (3) 依據法庭命令或者假釋或緩刑所必需的體檢及其他服務		如果網絡醫生判定該服務為醫療上必要的或醫療上適當的預防性護理，則可獲得承保。
私人看護	√	
醫院單人病房		在醫療上必要的情況下予以承保。
能力、資質、智力或興趣的心理測驗	√	
放射狀角膜切開術、雷射原位層狀角膜塑型術 (LASIK) 及其他弱視輔具	√	
僅提供小幅度外觀改善或是為了改變或重塑身體正常結構以達到改善外觀之目的而進行的重建手術		我們承保為了矯正或修復因先天性缺陷、發育異常、意外受傷、創傷、感染、腫瘤或疾病而導致的身體結構異常所需的重建手術，但條件是網絡醫生必須判定該重建手術是為了在可能的範圍內改善身體機能或建立正常外觀所必須。
絕育復原手術程序及非處方避孕用品	√	
例行脊柱神經護理		矯正半脫位的脊柱徒手推拿屬於承保範圍。

不屬於 Medicare 承保範圍的服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
常規足部護理		根據 Medicare 準則提供部分有限承保（例如：您患有糖尿病）。
例行聽力檢查	√	
根據 Original Medicare 標準而經認定為不合理和非必要的服務		除外項目不屬於服務範圍，或物品不屬於原始 Medicare 承保範圍，但屬於我們方案的承保範圍。
在退伍軍人事務部 (Veterans Affairs, VA) 所屬設施為退伍軍人所提供的服務		當在 VA 醫院接受急診服務且 VA 成本分擔高於本計劃成本分擔時，我們將會為退伍軍人補償該差額。會員仍需負擔本計劃的成本分擔額。
與非承保服務或用品有關的服務		當某項服務或用品不屬於承保範圍時，所有與該非承保服務或用品有關的服務均屬於除外項目，(1) 除非該服務或用品是我們為了治療與非承保服務或用品相關的併發症所會承保的項目；或 (2) 除非是根據 Medicare 準則承保。
指由無執照或無證照人員即可安全有效提供的服務，提供保健服務的人員無需持有由州政府核發的執照或證照，且會員的病情無需由執照保健業者提供服務	√	
自願性絕育手術復原服務	√	

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

不屬於 Medicare 承保範圍的服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
使用客車、計程車、公車、可裝載輪床之廂型車、可裝載輪椅之廂型車或任何其他類型的交通工具（執照救護車除外）所提供的交通運輸服務，即使這是前往網絡醫護人員處的唯一方式	√	
交通及住宿費用		我們可能會根據本計劃旅行和住宿指南，支付我們預先授權的某些費用。

## 第 3.2 節 — Advantage Plus 牙科除外項目與限制

如果您入保 Advantage Plus，下列服務和用品將不屬於您 DeltaCare USA 牙科理賠的承保範圍：

您應該向牙科醫生索取牙科費用估計，並寄給 Delta Dental。然後，Delta Dental 會根據您的合約牙科醫生提供的治療計劃提供費用估算。合約牙科醫生可以提供升級的服務/材料，但是，合約牙科醫生必須先提供計劃特定理賠福利，並在提供服務前保留已簽署的選擇性診療表。

以下具有年齡限制的限制和除外項目將根據醫療需要進行例外處理。

- 某些福利提供的頻率會受到限制。所有服務頻率限制均列於「醫療理賠項目表」中。
- 如果入保人接受合約牙科醫生的治療計劃，其中包括六個以上牙冠、橋體和/或牙橋固位器的任何組合，則在提供第六個單位之後，可能會向入保人收取高於所列共付額的額外\$100.00。
- 全身麻醉和/或靜脈鎮靜/鎮痛僅限於由口腔外科醫生進行治療，以去除一個或多個部分或全部骨嵌塞（診療 D7230、D7240 和 D7241）。

- 在推薦由天然牙齒或植牙支持的有蓋牙冠、橋體和/或牙橋固位器時，合約牙科醫生可能會提供使用品牌或商品名稱的服務，但需額外收費。必須向入保人提供高質量實驗室處理的牙冠/橋體的計劃理賠福利，其中可能包括：瓷器/陶瓷；有基底瓷器、貴金屬或高貴金屬。如果入保人選擇材料升級的替代方案（通過專業技術或材料生產的品牌、實驗室處理或診所處理的牙冠/橋體，包括但不限於：Captek、Procera、Lava、Empress 和 Cerec），合約牙科醫生除了列出的共付額外，還可能收取不超過\$150.00 的額外費用。聯略客戶服務部：1-877-644-1774，週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。美國東部標準時間，每週 7 天；10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點（聽障及語障電話專線：711）如果您對額外費用或品牌服務有疑問。
- 接受牙齒矯正治療的入保人，如因任何原因被取消或終止保險，其費用將以合約牙齒矯正醫生提交的治療計劃費用為準。合約矯形牙科醫生將根據完成治療的剩餘月數按比例分配金額。入保者按照安排直接付款給合約矯形牙科醫生。
- 進行中的牙齒矯正治療僅限於 DeltaCare USA 的新入保人，其在最初生效日期時正處於先前雇主贊助的牙科計劃下開始的積極治療中，只要他們繼續符合 DeltaCare USA 計劃的資格，就能獲得承保。積極治療代表已經開始進行牙齒移動。入保人根據其先前牙科計劃的條款負責所有共付額和費用。我們只針對符合條件的牙齒矯正病例，承擔其先前牙科計劃未支付金額的財務責任。
- 如果任何現有的固定牙橋或活動式假牙已經替換了一顆或多顆牙齒，將被新的植體支持修復替換，則該現有的裝置必須符合合同條款下的替換條件。
- 更換植體和植體支持的假體要求現有植體和植體支持的假體使用 5 年以上。
- 承保植體和植體支持的牙冠和假體，以替換因意外創傷或移除而丟失的一顆或多顆天然恆齒。
- 在入保人的一生中，每個植體的植體移除僅限一(1)次。
- 基台支撐式牙冠每個日曆年度限兩個 (D6058、D6059、D6060、D6061、D6062、D6063、D6064、D6065、D6066、D6067、D6068、D6069、D6070、D6071、D6072、D6073、D6074、D6075、D6076、D6077、D6082、D6094)。
- 植入體支撐式假牙每個日曆年度限 1 個 (D6110、D6111、D6112、D6113、D6114、D6115、D6116、D6117)。

#### 理賠福利除外

- 未明確列於「醫療理賠項目表」中的任何外科診療。
- 根據合約牙科醫生的專業意見，符合以下條件的任何診療：
  - ◆ 根據牙齒狀況和/或牙齒周圍結構判斷，預期會有成功率不高或持續效果不長的預後不良狀況，或
  - ◆ 不符合牙科普遍接受的標準。

## 第 4 章：醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）

- 純粹為了美容目的而提供的服務，但 D9975 診療（於家中進行的牙齒外部美白，每側牙弓）除外，或針對因遺傳性或發育上的缺陷而導致的病症所提供的服務，例如顎裂、上下顎畸形、先天性牙齒缺失及牙齒變色或缺少珐瑯質（治療新生兒先天缺陷或出生異常除外）。
- 未滿 16 歲之兒童的陶瓷牙冠、金屬熔陶瓷、鑄金屬或帶金屬樹脂牙冠以及固定式局部假牙（牙橋）。
- 更換丟失或被盜的器具，包括但不限於全口或部分假牙、空間維持器、牙冠和植體基台，以及由天然牙齒或植牙支撐的局部固定式假牙（牙橋）。
- 旨在變更咬合垂直距離或診斷或治療顳骨與下頷關節 (Temporomandibular Joint, TMJ) 異常病症的手術程序、裝置或修復服務。
- 外科診療可能包含：
  - ◆ 用於活動式器材的貴金屬；
  - ◆ 用於全口假牙的金屬或永久性軟底墊；
  - ◆ 瓷製假牙；
  - ◆ 活動式或固定式局部假牙的精密支台齒，包括但不限於覆蓋體和相關專用器材；和/或
  - ◆ 個人化和特製化的全口與局部假牙。
- 外科診療可能包含：
  - ◆ 植入前診斷和治療服務，僅用於促進植入植牙，包括錐狀造影 CT 記錄和解讀、骨移植和/或鼻竇提升術；
  - ◆ 植入後維護、骨手術和/或骨移植；和/或
  - ◆ 移除植牙以及與植牙相關的所有其他服務，除非列為承保理賠福利。
- 植體的診斷和治療輔助工具被視為最終治療費用的一部分並包含在費用中。
- 一個基台由天然牙支撐，第二個基台由植體支撐的植體支撐假體不在承保範圍內。
- 活動式裝置所需的貴金屬、全口假牙的金屬或永久性軟底墊、瓷製假牙、活動式或固定式局部假牙的精密支台齒（覆蓋體、植體及相關裝置）以及個人化和特製化的全口與局部假牙。
- 不屬於承保範圍的理賠諮詢。
- 合約牙科醫生、事先授權的牙科專科醫生或合約矯形牙科醫生以外的任何牙科設施提供的牙科服務，但於《承保範圍說明書》中所述的急診服務除外。
- 在醫院、門診手術中心、長期護理設施或其他類似護理設施收取的入院、使用或住院等所有相關費用。
- 處方藥。

- 
- 在入保人於 DeltaCare USA 計劃的入保資格生效之前便已開始進行的任何牙科或牙齒矯正外科診療相關牙科費用。示例包括：為了安裝牙冠而針對牙齒所做的準備工作、進行中的根管治療，以及已做了印模的全口或局部假牙和牙齒矯正，除非符合進行性牙齒矯正治療的規定。
  - 牙齒矯正器具遺失、遭竊或損壞。
  - 因任何類型的意外事故所引起的牙齒矯正治療變更。
  - 肌功能和功能異常裝置和/或治療，除了程序 D9944（咬合板——硬裝置、全顎）、D9945（咬合板——軟裝置、全顎）和 D9946（咬合板——硬裝置、部分牙弓）。
  - 複合材料或陶瓷牙套、語言功能調整牙齒矯正帶。
  - 由專門從事牙修復服務的牙科醫生提供的治療或裝置。
  - 牙齒矯正治療必須由持照牙科醫生提供。自我施用的牙齒矯正（不承保）。



## 第 5 章 — 使用我們計劃所承保的 D 部分處方藥

### 第 1 節 — 前言

本章將會說明使用 D 部分藥物承保範圍的規定。有關 Medicare 計劃 B 部分的藥品理賠福利和安寧服務藥品理賠福利，請參閱第 4 章。

#### 第 1.1 節 — 本計劃 D 部分藥物的基本承保規定

一般而言，只要您遵守下列基本規定，本計劃即會承保您的藥物：

- 您必須讓醫護人員（醫生、牙科醫生、或其他處方醫師）或其他提供者為您開具處方，該處方根據適用的州法律必須有效。
- 您的處方醫師必須在 Medicare 的除外項目或排除名單之外。
- 通常，您必須使用網絡藥房配藥。（請參閱第 2 節本章「在網絡藥房或透過郵購服務配藥」。）
- 您的藥物必須列於我們的 **2023 年《完整承付藥物手冊》**（我們將其簡稱為「藥物清單」）。（請參閱本章第 3 節「您的藥物必須列於本計劃的藥物清單中」）。
- 您的藥物必須用於醫學上公認的適應症。「醫學上公認的適應症」是指使用獲得食品及藥物管理署核准或有特定參考書籍可以提供佐證的藥物。（請參閱第 3 節以瞭解更多有關醫學上公認的適應症資訊）。

### 第 2 節 — 在網絡藥房或透過郵購服務配藥

#### 第 2.1 節 — 使用網絡藥房

在大多數情況下，僅有在您於我們網絡藥房配藥的情況下，您的處方藥才可獲得承保。（請參閱第 2.5 節以取得資訊瞭解我們在何種情況下會承保您在網絡外藥房配藥的處方）。

網絡藥房是指和本計劃簽有合約以為您提供承保處方藥的藥房。「承保藥物」一詞是指屬於本計劃藥物清單範圍的所有計劃 D 部分處方藥。

---

## 第 2.2 節 — 網路藥房

---

### 如何尋找您所在地區的網路藥房？

如欲尋找網路藥房，您可查看《藥房名錄》、造訪我們的網站 ([kp.org/directory](http://kp.org/directory))，和/或致電會員服務。

您可前往本計劃的任何網路藥房。

### 如果您一直以來使用的藥房退出網路該怎麼辦？

如果您一直以來使用的藥房退出本計劃網路，您將需從本計劃網路中尋找一家新藥房。如欲尋找您所在地區的其他藥房，您可透過會員服務部取得協助或使用《藥房名錄》。您也可在我們的網站 [kp.org/directory](http://kp.org/directory) 找到相關資訊。

### 如果您需要專科藥房該怎麼辦？

有些處方必須在專科藥房配藥。專科藥房包括：

- 提供居家靜脈注射治療藥物的藥房。
- 為長期安養 (Long-Term Care, LTC) 設施的住院者提供藥物的藥房。通常，LTC 設施（例如護理院）皆有其自己的藥房。如果您在居住於 LTC 設施期間取得 D 部分理賠福利時遇到任何困難，請與會員服務部聯絡。
- 為印第安人健康服務／部落／城市印第安人健康計劃（不在 Puerto Rico 提供）提供服務的藥房。除非發生緊急情況，否則僅有美國原住民或阿拉斯加原住民才可使用本計劃網路內的這些藥房。I/T/U 藥房必須位於本計劃的服務區內。
- 負責發配 FDA 限制僅能在特定地點發配之藥物或需要特殊處理、醫護人員協調或用藥教學之藥物的藥房。注意：此情形應極少發生。

若要尋找專科藥房，請查看您的《藥房名錄》或致電會員服務部。

---

## 第 2.3 節 — 使用郵購服務

---

您可使用本計劃的網路郵購服務來取得某些類型的藥物。透過郵購提供的藥物通常是您因為慢性或長期醫療病症而需定期服用的藥物。可透過郵購服務取得的藥物在藥物清單中將會以「郵購」藥物字樣加以標示。

本計畫的郵購服務可讓您訂購達 100 天的藥量。

如欲取得以郵購方式配藥的相關資訊，請瀏覽您當地的網絡藥房或我們的網站：

**kp.org/refill**。您可透過下列方式方便地訂購續配處方藥：

- 可在 **kp.org/refill** 安全地進行線上註冊和訂購。
- 請在週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00，週六上午 8:00 至下午 6:00 和週日上午 9:00 至下午 6:00 致電：**1-888-218-6245** (聽障及語障電話專線 **711**)，或是您處方藥標籤上特別標示的電話號碼，並且聽從提示。請務必在聽到語音提示後選擇郵購 (mail delivery) 選項。
- 您可在任何 Kaiser Permanente 的網路藥房取得表格，將填有處方或續配申請的郵購表寄出。

當您透過網路、電話或書面的方式訂購寄送到府的續配藥物時，您必須在訂購時支付成本分擔（一般 USPS 郵件服務無需運費）。如果您願意的話，您還可指定一家您希望領藥和支付處方費用的網絡藥房。如果您對自己的處方是否可透過郵購配送有疑問，或者您欲查看藥物清單中有關可以透過郵購配送的藥物資訊，請與網絡藥房聯絡。

通常，在郵購藥房訂購的藥物將在 5 天之內寄送給您。如果您的郵購處方延遲了，請致電上述或您處方藥瓶標籤上所列的電話號碼以尋求協助。此外，如果您等不及由本計畫的郵購藥房寄送處方藥給您，您可以致電《藥房名錄》或 **kp.org/directory** 上所列的當地網絡藥房以取得緊急藥量。請注意，如果您不是向我們的郵購藥房訂購，而是從網絡零售藥房取得 100 天藥量，您將要支付較高的費用。

**透過郵購續配處方。** 如欲進行續配，請在您目前處方即將用完至少 5 天前與藥房聯絡，以確保您下一批訂購的藥物能夠準時送達。

## 第 2.4 節 — 您該如何取得藥物的長期藥量？

當您領取藥物的長期藥量時，您的成本分擔可能會較低。本計畫提供兩種方式供您領取本計畫藥物清單上所列之「維持型」藥物的長期藥量（亦稱為「延長藥量」）。維持型藥物是指您因為慢性或長期病症而需定期服用的藥物。

- 本計畫網絡中的部分零售藥房可讓您領取維持型藥物的長期藥量。您的《藥房名錄》將會為您說明本計畫網路中，哪些藥房可為您提供維持型藥物的長期藥量。您也可以致電會員服務以取得更多資訊。
- 您還可以透過我們的郵購計劃獲得維持型藥物。請參閱第 5 章, 第 2.3 節瞭解更多資訊。

---

## 第 2.5 節 — 您何時可使用本計劃網絡外的藥房？

---

### 您的處方在某些情況下可能可獲得承保

一般而言，我們僅有在您無法使用網絡藥房的情況下才會承保您在網絡外藥房所配的藥物。請先向會員服務查詢，以確定您附近是否有網絡藥房。您很可能必須支付您在網絡外藥房取得該藥物時所支付之費用，以及您在網絡藥房取得該藥物時我們會承保的費用之間的差額。

以下說明我們在哪些情形下會承保您在網絡外藥房配領的處方藥：

- 如果您在美國及其領土境內但在服務區外旅行，且您生病或您的 D 部分承保處方藥用完了，則我們將會在少數非慣例的情況下根據 Medicare D 部分保險承付藥物手冊準則承保您在網絡外藥房所配領的處方藥。
- 如果您在接受承保網絡外急診護理或區域外緊急醫護的同時需要 Medicare D 部分處方藥，我們最多將會承保您透過網絡外藥房所取得的 30 天藥量。注意：在美國及其領土境外所開立和提供的處方藥若屬於急診護理或緊急醫護承保範圍的一部分，則在 30 天期間最多可獲得 30 天藥量的承保。這些藥物不屬於 Medicare 計劃 D 部分的承保範圍；因而，這些藥物的給付不得計入用於達到重大傷病承保階段的限額。
- 如果由於在合理的行車距離範圍內沒有提供 24 小時服務的網絡藥房，因而使您無法在服務區內及時取得承保藥物。如果一個人在合理情況下可在正常營業時間於網絡藥房購買藥物，則我們可能不會承保您的處方藥。
- 如果您要配藥的藥物是可使用的網絡藥房通常沒有存貨的藥物或該藥物無法透過郵購藥房取得（包括高價藥物）。
- 如果您在災難期間無法從網絡藥房獲得處方藥。

### 您該如何向本計劃申請費用報銷？

如果您必須使用網路外藥房，您通常必須在配藥時支付全額費用（而不是一般的成本分擔）。您可針對我們應付的成本分擔額向我們申請費用報銷。（第 7 章, 第 2 節會說明如何要求我們償還費用）。

## 第 3 節 — 您的藥物必須列於本計劃的「藥物清單」中

### 第 3.1 節 — 「藥物清單」將會說明哪些 D 部分藥物屬於承保範圍

本計劃有《2023 年完整承付藥物手冊》。在本《承保範圍說明書》中，我們將其簡稱為「藥物清單」。

本清單中的藥物是由本計劃在醫生和藥劑師團隊的幫助下選擇。此清單符合 Medicare 的要求，並且已經過 Medicare 核准。

「藥物清單」的藥物僅為 Medicare 計劃 D 部分所承保的藥物。

只要您遵守本章所述的其他承保規定且藥物是用於醫學上公認的適應症，我們通常都會承保本計劃藥物清單上所列的藥物。「醫學上公認的適應症」是指符合下列任何一種條件的藥物使用方式：

- 經由食品藥物管理署批准，用於開藥處方所針對的診斷或病症。
- 或受到某些參考書籍的支持，包括 American Hospital Formulary Service Drug Information 以及 DRUGDEX Information System。

#### 此「藥物清單」包含品牌藥、學名藥和生物仿製藥

品牌藥是一種以藥品製造商所擁有的商標名稱而銷售的處方藥。比一般藥物更複雜的品牌藥（例如蛋白質類型的藥物）稱為生物製品。在「藥物清單」上，當我們提到「藥物」時，這可能是指藥物或生物製品。

非品牌藥是與品牌藥含有相同活性成分的處方藥。由於生物製品比典型藥物更複雜，這些藥品沒有學名藥的形式，而是有稱為生物仿製藥的替代品。一般而言，學名藥和生物仿製藥與品牌藥或生物製品一樣有效，而且通常成本較低。許多品牌藥和部分生物製品，都有學名藥的替代品或生物仿製藥的替代品。

#### 哪些藥物未列於本計劃的藥物清單上？

本計劃並未承保所有處方藥。

在某些情況下，法律不允許任何聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 承保某些類型的藥物（如需更多相關資訊，請參閱本章的第 7.1 節）。

其他情況則是本計劃自己決定不將特定藥物納入藥物清單中。在部分情況下，您也許可以獲得不屬於藥物清單上的藥物。請參閱第 9 章瞭解更多資訊。

### 第 3.2 節 — 「藥物清單」上的藥物共有六個「成本分擔層級」

本計劃藥物清單內的所有藥物分屬六個成本分擔層級中的其中一個層級。一般而言，成本分擔層級愈高，您需為該藥物支付的費用愈高：

- 成本分擔層級 1：首選非品牌藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔層級 2：非品牌藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔層級 3：首選品牌藥。
- 成本分擔層級 4：非首選品牌藥（此層級包括部分非品牌藥）。
- 成本分擔層級 5：專科層級藥物（此層級同時包括非品牌藥和品牌藥）。
- 成本分擔層級 6：注射用 D 部分疫苗（此層級僅包括品牌藥）。

如欲瞭解您藥物所屬的成本分擔層級，請查看本計劃的藥物清單。您為各成本分擔層級的藥物所需支付的費用金額列於第 6 章（「您需為 Medicare 計劃 D 部分處方藥支付的費用」）。

### 第 3.3 節 — 您該如何得知某特定藥物是否列於本計劃藥物清單中？

您可透過三種方式得知：

- 查看我們在本計劃網站上以電子方式提供的最新版藥物清單。
- 造訪我們的網站 ([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx))。網站上的「藥物清單」(《2023 年完整承付藥物手冊》) 隨時保持最新狀態。
- 請致電會員服務部以了解某特定藥物是否有列於本計劃的藥物清單《2023 年完整承付藥物手冊》) 中，或索取一份該清單的副本。

## 第 4 節 — 部分藥物有承保限制

### 第 4.1 節 — 為何某些藥物有限制？

對於部分處方藥，會有特殊規定並限制本計劃承保的方式和時間。醫生和藥劑師團隊制定了這些規定，並建議您以及您的醫護人員透過最有效的方式使用藥物。如欲了解這些限制當中是否有任何限制適用於某種您正在服用或欲服用的藥物，請查看我們的「藥物清單」。如果安全且費用較低的藥物與費用較高的藥物醫療效用相當時，本計劃的規定旨在建議您及醫護人員使用費用較低的選項。

請注意，有時某項藥物可能會不止一次出現在「藥物清單」中。這是因為相同的藥物可以根據您健康護理的保健業者所開立的藥物劑量、藥量或劑型等因素而有所不同，不同限制或費用分擔可能適用於不同版本的藥物 (例如，10 毫克或 100 毫克；每天服用一次或每天服用兩次；藥片或液態藥物)。

## 第 4.2 節 — 限制有哪些類型？

下面章節將會為您說明我們針對特定藥物所使用的限制類型。

如果您的藥物有限制，這通常代表您或醫護人員必須採取額外步驟，本計劃才會承保該藥物。如果您想了解您或您的醫護人員應如何處理才能獲得藥物承保，請與會員服務部聯絡。如果您希望我們為您免除該限制，您將需使用承保決定程序並向我們申請例外處理。我們可能會也可能不會同意為您免除該限制。（請參閱第 9 章。）

### 在有非品牌藥可供使用的情況下限制使用品牌藥

一般而言，「非品牌」藥具有和品牌藥同等的效力且費用通常較低。當品牌藥有學名藥可供使用時，本計劃的網路藥房將會為您提供學名藥，而不是提供品牌藥。然而，如果醫護人員告知我們非品牌藥或其他治療相同病症的承保藥物均不適用於您的醫療理由，則我們將會承保品牌藥。（您需為品牌藥所支付的成本分擔可能會高於您需為非品牌藥所支付的成本分擔。）

### 事先取得計劃核准

針對特定藥物，您或您的醫護人員需要事先取得本計劃的核准，本計劃才會同意為您承保該藥物。這稱為「事前授權書」。這是為了確保藥物安全，並幫助指導部分藥物的適當使用。如果您未取得此核准，您的藥物可能無法獲得本計劃的承保。

## 第 5 節 — 如果您的其中一項藥物未依照您所希望的方式承保該怎麼辦？

### 第 5.1 節 — 如果您的藥物未依照您所希望的方式承保，您可採取一些行動。

會有部分情況，包括您正在服用的處方藥，或您及您的醫護人員認為您應該服用的處方藥未列於本計劃《承付藥物手冊》中，或在《承付藥物手冊》中有限制。例如：

- 該藥物可能完全無法獲得承保。或者該藥物的非品牌版本屬於承保範圍，但您欲服用的品牌版本不屬於承保範圍。
- 該藥物屬於承保範圍，但該藥物的承保有額外的規定或限制，如第 4 節所述。
- 該藥物屬於承保範圍，但其所屬的成本分擔層級使您的成本分擔較您所認為的要來得高。
- 如果您的藥物未依照您所希望的方式承保，您可採取一些行動。
  - ◆ 如果您的藥物未列於本計劃的藥物清單中或者您的藥物有限制，請參閱本章第 5.2 節以瞭解您可採取的行動。
  - ◆ 如果您藥物所屬的成本分擔層級使您的費用較您認為的要來得高，請參閱本章第 5.3 節以瞭解您可採取的行動。

## 第 5.2 節 — 如果您的藥物未列於本計劃的藥物清單中或如果該藥物有某些限制該怎麼辦？

如果您的藥物未列於本計劃的藥物清單中或有限制，您可以選擇：

- 您也許可以取得藥物的暫時藥量。
- 您可改用其他藥物。
- 您可申請例外處理並要求我們承保該藥物或移除該藥物的限制。

### 您可能可以取得暫時藥量

在部分情況下，我們的計劃必須供應您已經服用藥物的暫時藥量。此種暫時藥量可讓您有時間，與您的醫護人員討論承保變更事宜並擬定因應對策。

如需獲得暫時藥量的資格，除非您持續已服用的藥物必須不在我們的藥物清單上，或者目前有某方面限制。

- **如果您是新會員**，您加入計劃的前 90 天內暫時藥量的藥品屬於我們的承保範圍。
- **如果您去年在我們的計劃中**：我們會承保您的藥物在日曆年度前 90 天的暫時藥量。
  - ◆ 此暫時藥量的上限將為 30 天藥量。如果您處方開立的天數較短，我們將會允許您多次配藥，直到我們提供的藥量達到 30 天的上限為止。您必須在網絡藥房配藥。（請注意，長期護理藥房為了避免浪費可能每次提供較少的藥量。）
- **對於已加入本計劃超過 90 天，且目前已入住於長期照護設施並立即需要供藥的會員**：我們將會承保一次 31 天特定藥物的急診供藥，或者如果您處方開立的天數較短，我們將會承保較少藥量。這是上述暫時藥量以外的部分。
- **針對醫護服務等級變更的在籍會員**：如果您入住醫院、專業護理機構或長期護理設施，或者您從醫院、專業護理機構或長期護理設施轉至其他護理場所或出院返家，這稱為醫護服務等級變更。當您的醫護服務等級發生變化時，您可能需要額外配藥。在此醫護服務等級轉換期間，我們通常最多會承保您 D 部分藥物一個月的藥量，即使該藥物未列於藥物清單上也不例外。

有關暫時藥量的問題，請致電會員服務部。

在您領取藥物的暫時藥量期間，您應與您的醫護人員洽詢，以決定暫時藥量用完之後應如何處理。您有兩種選擇：

#### 1) 您可改用其他藥物

與您的醫護人員討論，是否我們的計劃承保另一種可能對您有同樣效果的藥物。您可以致電會員服務部，以索取可治療相同病況的承保藥物清單。該清單將可協助您的醫護人員尋找可能適用於您的承保藥物。



## 2) 您可申請例外處理

您及您的醫護人員可要求我們為您進行例外處理，並透過您希望的方式承保藥物。如果您的醫護人員表示您有向我們申請例外處理的正當醫療理由，您的醫護人員可協助您申請例外處理。例如，即使某項藥物未列於本計劃的藥物清單中，您也可要求我們承保該藥物。或者您可要求我們進行例外處理並在沒有限制的情況下承保該藥物。

如果您及您的醫護人員欲向我們申請例外處理，第 9 章第 6.4 節將說明該如何做。該章節將會說明 Medicare 所制定的程序和期限，以確保您的申請獲得及時且公平的處理。

### 第 5.3 節 — 如果您認為您藥物的成本分擔層級過高，您該如何處理？

如果您認為您藥物的成本分擔層級過高，以下是您可採取的行動：

#### 您可改用其他藥物

如果您認為您藥物的成本分擔層級過高，請向您的醫護人員洽詢。在成本分擔較低的層級中，也許有其他藥物對您有同樣效果。請致電會員服務部，以索取可治療相同病況的承保藥物清單。該清單將可協助您的醫護人員尋找可能適用於您的承保藥物。

#### 您可申請例外處理

您及您的醫護人員可要求我們對藥物的成本分擔層級進行例外處理，以降低您所需支付的藥物費用。如果您的醫護人員表示您有向我們申請例外處理的正當醫療理由，您的醫護人員可協助您申請承保規定的例外處理。

如果您及您的醫護人員欲向我們申請例外處理，第 9 章第 6.4 節將說明該如何做。該章節將會說明 Medicare 所制定的程序和期限，以確保您的申請獲得及時且公平的處理。

屬於專科層級（層級 5）的藥物不符合此類例外處理的資格。我們將不會降低屬於該層級藥物的成本分擔額。

## 第 6 節 — 如果您其中一項藥物的承保範圍變更了該怎麼辦？

### 第 6.1 節 — 藥物清單可能會在一年當中有所變更

大多數藥物承保範圍的變更都發生於每年的年初（1 月 1 日）。而在本年當中，我們可以針對藥物清單進行部分變更。例如，我們可能會：

- 新增或移除藥物清單中的藥物。
- 將藥物移至較高或較低的成本分擔層級。
- 增加或取消對承保藥物的限制。
- 以非品牌藥取代品牌藥。

在變更藥物清單之前，我們必須遵守 Medicare 的規定。

### 第 6.2 節 — 如果您正在服用的藥物承保範圍變更了該怎麼辦？

#### 藥物承保範圍變更資訊

當藥物清單發生變更時，我們會將這些變更資訊公布在我們的網站上。我們還會在線上定期更新我們的「藥物清單」。以下我們列出了當您正在服用的藥物產生變更時，您將會直接收到通知的情況。

#### 在當前的計劃年度變更且影響您的藥物承保範圍

- 以新的非品牌藥來取代藥物清單上的品牌藥（或者我們變更成本分擔層級或者對品牌藥增加新限制或是都進行）。
  - ◆ 如果我們要以新批准的非品牌相同藥物作為取代，我們可以立即刪除我們在「藥物清單」上的同一種品牌藥。學名藥會列在相同或較低的費用分擔層級，同時具有相同或較少的限制。我們可能會決定保留藥物清單中的品牌藥，但我們會立即將該品牌藥移到其他成本分擔層級，或增加新的限制，或兩者同時進行。
  - ◆ 我們可能不會在進行變更之前事先通知您—即使您目前正在服用該品牌藥也不例外。如果您在我們進行變更時正在服用該品牌藥，我們將會為您提供有關該變更的相關資訊。這也包括您可採取哪些步驟來申請例外處理以使品牌藥獲得承保的相關資訊。您可能不會在我們進行變更之前收到此類通知。
  - ◆ 您或您的處方醫師可要求我們進行例外處理並繼續為您承保該品牌藥。有關如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

- 不安全的藥物以及列於藥物清單且從市場上下架的其他藥物。
  - ◆ 有時某種藥物可能被認定為不安全的，或由於其他原因從市場下架。如果發生此類情況，我們可能會立即將該藥物從「藥物清單」中移除。如果您正在服用該藥物，我們將會立即通知您。
  - ◆ 您的處方醫師也會得知此項變更，並可與您合作一起尋找其他適用於您病症的藥物。
- 藥物清單中的其他藥物變更
  - ◆ 我們可能會在一個年度開始之後針對您正在服用的藥物進行其他變更。例如，我們可能會增加一種非新上市的學名藥，以用於取代品牌藥，或者變更品牌藥的成本分擔層級，或新增品牌藥的限制，或者同時進行。我們也可能會根據 FDA 的黑框警告或根據獲得 Medicare 認可的新臨床準則來進行變更。
  - ◆ 對於這些變更，我們必須至少提前 30 天為您提供事前變更通知，或者為您提供變更通知並針對您正在服用的藥物讓您在網路藥房續配 30 天份的藥物。
  - ◆ 在您收到變更通知後，您應與您的處方醫生合作，改用本計劃所承保的其他藥物，或者符合您正服用藥物的新限制條件。
  - ◆ 您或您的處方醫師可要求我們進行例外處理並繼續為您承保該藥物。有關如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

### 在本計劃年度不會對您造成影響的「藥物清單」變更

我們可以在以上未說明的「藥物清單」上進行變更。在這些情況下，如果在變更時您正在服用該藥物，則您不適用於該項變更；然而，如果自明年一月起的計劃年度而您在相同的計劃中，則這些變更有可能影響到您。

一般而言，在當前計劃年度中不會對您產生影響的變更包括：

- 我們將您的藥物移至較高的成本分擔層級。
- 我們針對您的藥物使用設定了新的限制。
- 我們將您的藥物從「藥物清單」中移除。

如果上述任何變更發生於您正在服用的藥物（藥物從市場上下架、學名藥取代品牌藥或上面一節所述的其他變更），該變更將不會對您所服用的藥物造成影響，或者該變更在明年的 1 月 1 日之前將不會對您需支付的成本分擔造成影響。在明年 1 月 1 日之前，您的費用應該不會有任何增加或您的用藥應該不會有任何新增的限制。

我們不會在當前計劃年度直接告訴您這些類型的變更。您需要查看下一個計劃年度的藥物清單（在開放入保期間就有的清單），以了解您正在服用的藥物是否有任何變更，在下一個計劃年度會對您產生的影響。

## 第 7 節 — 哪些類型的藥物不屬於本計劃的承保範圍？

### 第 7.1 節 — 我們不承保的藥物類型

本節將會為您說明屬於「除外項目」的處方藥類型。除外項目代表 Medicare 不給付這些藥物。

如果您取得了屬於除外項目的藥物，您必須自行付費。如果您提交上訴，且所針對的藥物沒有被排除在計劃 D 部分之外，我們將會對其給付或承保。（有關對決議提交上訴的資訊，請參閱第 9 章。）

以下是有關根據 D 部分規定 Medicare 藥物計劃不會承保藥物的三項一般性規定：

- 本計劃的 D 部分藥物承保範圍無法承保 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物。
- 本計劃無法承保在美國或其境外所購買的藥物。
- 本計劃通常無法承保藥品標籤核准適應症以外使用。「藥品標籤核准適應症以外使用」是指透過獲得食品及藥物管理署核准之藥品標籤上所示以外的任何方式使用藥物。
  - ◆ 僅有在藥物使用有特定參考資料，例如「藥品標籤核准適應症以外使用」與 DRUGDEX Information System 可以提供佐證的情況下，才可獲得承保。

而根據法律規定，下列類別的藥物不屬於 Medicare 藥物計劃的承保範圍：

- 無需處方即可取得的藥物（又稱為非處方藥）。
- 用於提升生育力的藥物。
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物。
- 用於美容用途或用於促進頭髮生長的藥物。
- 處方維他命和礦物質產品，但孕婦用維他命和氟製劑除外。
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥物。
- 用於治療神經性厭食症、減重或增重的藥物。
- 作為販售條件，門診藥物的製藥商要求僅能購買該製藥商獨家提供的相關檢驗或監控服務。

## 第 8 節 — 配藥

### 第 8.1 節 — 提供您的會員資訊

如果您要為您的處方配藥，請在您選擇的網路藥房提供您的計劃會員卡資訊，該資訊可以在您的會員卡上可以找到。網路藥房會向自動向我們請款您的藥物成本。您將需在領取處方時向藥房支付您的成本分擔費用。

### 第 8.2 節 — 如果您沒有您的會員資訊該如何處理？

如果您在配藥時沒有您的計劃會員資訊，您或您的藥房可以致電與本計劃聯絡以取得必要資訊。

如果藥房無法獲得必要資訊，您可能必須在領取藥物時支付處方藥的全額費用。您可在之後針對我們應付的分擔費用向我們申請費用報銷。請參閱第 7 章, 第 2 節以瞭解有關申請補償的資訊。

## 第 9 節 — 在特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍

### 第 9.1 節 — 如果您在醫院或專業護理院住院且該住院屬於本計劃的承保範圍將會怎樣？

如果您入住醫院或專業護理院，且該住院屬於本計劃的承保範圍，我們通常會承保您在住院期間的處方藥費用。在您從醫院或專業護理院出院之後，只要您的處方藥符合我們在本章中所說明的所有承保規定，我們即會承保您的藥物。

### 第 9.2 節 — 如果您是長期照護 (LTC) 設施的住院者將會怎樣？

通常，長期護理 (LTC) 設施（如護理院）都有其自己的藥房，或為使用某藥房為所有住院者提供藥物。如果您是長期護理設施的住院者，您可透過該設施的藥房或所使用的藥房取得您的處方藥，但條件是該藥房必須屬於本計劃的網路內。

請查看《藥房名錄》以了解您長期護理設施的藥房或其所使用的藥房是否屬於本計劃的網路內。如果不是，或者您需要更多資訊或協助，請和會員服務部聯絡。如果您住在長期護理設施，我們必須確保您平常能夠透過我們長期安養藥房的網路，取得計劃 D 部分的理賠福利。

如果您是長期護理 (LTC) 設施的住院者，並且需要不在我們藥物清單上、或在某方面收到限制的藥物時，該如何處理？

如果您想了解臨時或急診供藥的資訊，請參閱第 5.2 節。

---

**第 9.3 節 — 如果您還透過雇主或退休人員團體計劃取得藥物保險將會怎樣？**

---

如果您目前透過您的（或您配偶的）雇主或退休人員團體享有其他處方藥保險，請聯絡該團體的理賠管理人。他或她可協助您確定您目前的處方藥保險如何與本計劃相互配合。

一般而言，如果您有員工或退休團體保險，您透過本計劃所取得的處方藥保險將屬於次要保險。這表示您的團體承保將需優先給付。

**有關「可抵免保險」的特別注意事項**

您的雇主或退休人員團體每年應寄給您一份通知，以告知您有關您的處方藥承保在下個日曆年度是否「可抵免」的資訊。

如果團體計劃的承保為「可抵免」承保，這代表該計劃的藥物承保平均預期給付額應至少與 Medicare 標準處方藥承保相當。

請妥善保管可抵免承保的通知，因為您稍後有可能會需要用到此通知。如果您入保包含 D 部分藥物承保的 Medicare 計劃，您可能需要這些通知以證明您持有可抵免保險。如果您未收到可抵免保險的通知，請向您的雇主、退休人員計劃的福利管理員，或者工會索取一份。

---

**第 9.4 節 — 如果您住於 Medicare 認證的安寧服務機構應如何處理**

---

如果您參加 Medicare 的安寧服務，並需要因與您末期疾病和相關病症無關而不屬於安寧服務承保範圍的藥物（例如：抗噁心藥物、瀉劑、鎮痛藥物或抗焦慮藥物），本計劃將必須收到處方開立者或您安寧服務提供者的通知，表示該藥物與您的末期疾病和相關病症無關之後，本計劃才能承保該藥物。為了預防您延遲取得本計劃承保範圍的藥物，請要求安寧服務提供者或處方開立者，在處方請款前提供通知。

如果您選擇退出安寧服務或您從安寧服務機構出院，則本計劃應承保您的藥物，如本文件所述。為了避免您的 Medicare 安寧服務理賠結束時藥房有任何延遲，請向藥房出示相關文件以證明您已退出服務或出院。

## 第 10 節 — 藥物安全及藥物管理計劃

### 第 10.1 節 — 協助會員安全用藥的計劃

我們為會員進行藥物使用審查以協助確保會員取得安全且適當的醫護服務。

我們會在您每次配藥時進行審查。我們也會定期審查我們的記錄。在進行審查期間，我們將會注意諸如以下的潛在問題：

- 可能的藥物品項錯誤。
- 由於您正在服用另一種藥物治療相同的病症，而因可能不需要的藥物。
- 由於您的年齡或性別等因素而使藥物可能不安全或不適當。
- 當您同時服用時可能會對您有害的特定藥物組合。
- 含有會使您過敏之成分的藥物處方。
- 您正在服用之藥物可能出現藥量（劑量）錯誤。
- 不安全的鴉片類止痛藥用量。

如果我們發現您在用藥上的可能問題，我們將會與您的醫護人員合作以改正問題。

### 第 10.2 節 — 協助會員安全使用鴉片類藥物的 Drug Management Program (DMP)

我們有一項計劃可以協助確保會員安全使用鴉片類處方藥，和其他經常遭到濫用的藥物。此計劃稱為藥物管理計劃 (Drug Management Program, DMP)。如果您使用鴉片類藥物且您透過多名醫生或多家藥房取得鴉片類藥物，或者您近期曾有鴉片類藥物過量，我們可能會向您的醫生洽詢以確認您的使用鴉片類藥物方式適當且是醫療上必要的。如果我們與您的醫生共同判定處方您使用鴉片類藥物或苯二氮平類 (benzodiazepine) 藥物並不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們將列入藥物管理計劃 (DMP) 中，限制可能包括：

- 規定您透過特定藥房取得您所有的鴉片類處方藥或苯二氮平類 (benzodiazepine) 處方藥。
- 規定您透過特定醫生取得您所有的鴉片類處方藥或苯二氮平類 (benzodiazepine) 藥物的處方。
- 限制我們將會為您承保的鴉片類藥物或苯二氮平類 (benzodiazepine) 藥物藥量。

如果我們計劃限制您如何取得這些藥物，或您能得到的藥量，我們會提前向您發出信函。該信函將會解釋我們認為應適用於您的限制。您將有機會可以告訴我們您希望使用哪位醫生或哪家藥房，以及您認為對我們而言很重要的任何其他資訊。當您有機會做出回應後，如果我們決定限制您使用這些藥物的承保範圍，我們將向您發送另一封確認限制的信函。如果您認為我們的決定有誤或者您對我們判定或限制，您和您的處方醫師有權上訴。如果您上訴，我們將審查您的案件並作出決定。如果我們繼續拒絕您的要求中與限制您獲取藥品有關的任何部分，我們將自動將您的個案寄送給一位非屬我們計劃的獨立審查者。請參閱第 9 章以瞭解如何申請上訴的資訊。

如果您患有諸如癌症或鐮形細胞貧血症等特定病況，或者您正在接受安寧服務、緩和療護或臨終護理，或您正居住在長期護理設施，您將不會被列入 DMP。

### 第 10.3 節 — 協助會員管理藥物的 Medication Therapy Management (MTM) 計劃

我們有一項計劃可協助有複雜健康需求的會員。

本計劃稱為 Medication Therapy Management (MTM) 計劃。本計劃是屬於自願性質且無需付費。一個由藥劑師和醫生所組成的團隊為我們制訂該計劃，以協助會員確保透過其所服用的藥物獲得最大的益處。

部分因不同病況而服用藥物且藥物成本較高的會員，或已參與 DMP 協助會員安全使用鴉片類藥物者，可能可以透過 MTM 計劃獲得服務。藥劑師或其他健康專業人員將會針對您所有的藥物進行全面的審查。在審查期間，您可談論您的藥物、您的費用以及您對處方藥和非處方藥有關的任何問題或疑問。您將取得一份書面概要，其中含有待辦事項清單，包括您應該採取哪些步驟而從藥物中獲得最佳效果。您還會獲得一份藥物清單，其中包含您正在服用的所有藥物、所服的藥量，以及服藥的時間和原因。此外，參與 MTM 計劃的會員將會收到有關安全棄置管制處方藥的資訊。

有關所建議您的待辦事項清單和藥物清單，您最好與您的醫生討論。在您前去就診或每當您與醫生、藥劑師及其他保健業者談話時，請攜帶此份概要。此外，請隨身攜帶您最新的藥物清單 (例如：與您的保險卡存放在一起)，以防您需前往醫院或急診室。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動為您加入該計劃並寄相關資訊給您。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會讓您退出該計劃。如果您對此計劃有任何疑問，請和會員服務部聯絡。



## 第 6 章 — 您需為 D 部分處方藥支付的費用

您目前有獲得支付藥物費用方面的補助嗎？

如果您參加了協助您支付藥物費用的計劃，本《承保範圍說明書》中部分有關計劃 D 部分處方藥費用的資訊將不適用於您。我們已另外寄給您一份名為「獲得額外補助支付處方藥費用之人士的承保範圍說明書附約」（也稱為「低收入戶補助附約」或「LIS 附約」）的文件，其中說明了您的藥物承保範圍。如果您未收到此份附約，請致電會員服務部索取「LIS 附約」。

### 第 1 節 — 前言

#### 第 1.1 節 — 利用本章及其他為您說明藥物承保範圍的資料

本章將重點說明您需為計劃 D 部分處方藥所支付的費用。為了使說明簡單易懂，我們在本章中用「藥物」一詞來代表 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物均屬於 Medicare 計劃 D 部分藥物，部分藥物屬於 Medicare A 部分或 Medicare B 部分的承保範圍，而其他藥物則是根據法律規定不屬於聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的承保範圍。

如欲了解給付資訊，您需了解哪些藥物屬於承保範圍、應至何處配藥，以及在取得承保藥物時應遵守哪些規定。如果想要了解對這些規定的解釋，請參閱第 5 章，第 1 到 4 節。

- 本《承保範圍說明書》說明了下列的 Senior Advantage 計劃，而這些計劃均包括 Medicare 計劃 D 部分的處方藥物承保。
  - ◆ Alameda、Napa 與 San Francisco County 計劃。
  - ◆ Alameda County Basic 計劃。
  - ◆ San Francisco County Basic 計劃。
  - ◆ Contra Costa County Basic 計劃。
  - ◆ Contra Costa County Enhanced 計劃。
  - ◆ Greater Fresno Area Basic 計劃。
  - ◆ Greater Fresno Area Enhanced 計劃。
  - ◆ Marin 與 San Mateo County Enhanced 計劃。
  - ◆ Marin County Basic 計劃。
  - ◆ Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Basic 計劃。
  - ◆ Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Enhanced 計劃。
  - ◆ San Joaquin County Basic 計劃。
  - ◆ San Joaquin County Enhanced 計劃。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

- ◆ San Mateo County Basic 計劃。
- ◆ Santa Clara County Basic 計劃。
- ◆ Santa Clara County Enhanced 計劃。
- ◆ Santa Cruz County 計劃。
- ◆ Solano County Basic 計劃。
- ◆ Solano County Enhanced 計劃。
- ◆ Stanislaus County Basic 計劃。
- ◆ Stanislaus County Enhanced 計劃。

如果您不確定您入保的是哪個計劃，請致電會員服務部或參閱您的**年度變更通知**封面（或者，如果是新會員，請查閱您的入保申請表或入保確認函）。

**注意：**請參閱第 1 章, 第 2.2 節，以了解《承保範圍說明書》內所包含各計劃的地理服務區。就保費、成本分擔、入保和退保而言，本地區的服務區有多種 Senior Advantage 計劃，具體內容詳見《承保範圍說明書》。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方獲得網絡醫護人員的醫療護理。

### 第 1.2 節 — 承保藥物的自付費用類型

計劃 D 部分藥物有不同類型的自付費用。您為藥物支付的金額稱為「成本分擔」，總共有三種付款方式。

- 「免賠額」是本計劃開始支付其分擔費用之前，您應支付的藥物費用金額。
- 「共付額」是您每次配藥時，您應支付的一筆固定金額。
- 「共保額」是您每次配藥時，您支付藥物總費用的百分比。

---

### 第 1.3 節 — Medicare 如何計算您的自付費用

---

Medicare 規定了那些屬於，以及那些不屬於您的自付費用。以下是我們在追蹤自付費用時必須遵循的規定。

#### 這些費用均可計入您的自付費用中

您的自付費用時包括的費用所列如下（條件是該費用是用於支付計劃 D 部分承保藥物，並且您遵守本文件第 5 章所述的藥物保險規定）：

- 在以下任何藥物付款階段支付的藥費：
  - ◆ 初始承保階段
  - ◆ 保險間斷階段
- 本日曆年度內，您在入保本計劃之前作為另一個 Medicare 處方藥計劃會員所支付的任何費用。

由誰付款很重要：

- 您本人支付的費用均會計入自付費用。
- 某些其他人或組織代您支付的費用也計入在內。這包括由朋友或親屬、大多數的慈善機構、AIDS 藥物補助計劃或印第安人健康服務所支付的費用。由 Medicare 「額外補助」計劃支付的費用也計入在內。
- Medicare Coverage Gap Discount 計劃所支付的部分費用也包括在內。也包括藥廠為您品牌藥所支付的金額。但本計劃為您學名藥所支付的金額不包括在內。

進入重病保險階段：

您（或代您付費的其他人）在本日曆年度內支付的自付費用合計達到**\$7,400** 之後，您將從保險間斷階段進入重病保險階段。

### 下列費用不得計入您的自付費用中

您的自付費用不包括以下任何類型的費用：

- 您的月保費。
- 您在美國及其領土境外購買的藥物。
- 本計劃不承保的藥物。
- 在不符合計劃網路外承保要求的網絡藥房取得的藥物。
- 非計劃 D 部分的藥物，包括計劃 A 部分或計劃 B 部分承保的處方藥和不在 Medicare 承保範圍內的其他藥物。
- 本計劃在保險間斷階段內為您支付的品牌藥和學名藥費用。
- 依照團體保健計劃 (包括雇主保健計劃) 代您支付的藥費。
- 由某些保險計劃和政府出資設立的保健計劃 (例如 TRICARE 和退伍軍人管理局設立的保健計劃) 代您支付的藥費。
- 依法有義務支付處方藥費用的第三方代您支付的藥費 (例如工傷賠償)。

提醒：若任何其他組織 (例如上述的任何組織) 代您支付部分或全部自付藥費，您必須致電會員服務部告知本計劃。

### 如何追蹤統計您的自付費用總額？

- 我們可以幫助您。您所收到的計劃 D 理賠說明 (EOB) 報告，包括當前自付費用的金額。當該金額達到**\$7,400** 後，該報告將會告訴您，您已離開保險間斷階段並進入重大傷病承保階段。
- 確保我們獲取所需的資訊。第 3.2 節將為您說明您可以如何協助確保我們持有之與您有關的藥費開支記錄是完整和最新的。

## 第 2 節 — 您需為藥物支付的金額取決於配領藥物時您所屬的「藥物付款階段」

### 第 2.1 節 — Senior Advantage 會員有哪些藥物付款階段？

根據我們的計劃，您的處方藥承保有四個藥物給付階段。您支付的金額會依據您領取處方藥配藥或續配時所屬階段而定。每階段的詳情請參閱本章第 4 節到第 7 節。階段為：

第 1 階段：年度免賠額階段

第 2 階段：初始承保階段

第 3 階段：保險間斷階段

第 4 階段：重大傷病承保階段

**關於您為胰島素所支付費用的重要訊息**—您不會為本計劃承保的每種胰島素產品的一個的一個月藥量支付超過**\$35**，無論它處於哪個成本分擔層級。

## 第 3 節 — 我們向您提供報告說明藥物付款情況和您所處的付款階段

### 第 3.1 節 — 我們每月寄給您的《Medicare 計劃 D 部分理賠說明》（「Medicare 計劃 D 部分 EOB」）摘要

本計劃追蹤統計您的處方藥費用和您在藥房配藥或續配時支付的費用。這樣，我們就可以告訴您何時從一個藥物付款階段進入下一個階段。具體而言，我們追蹤統計兩類費用：

- 我們追蹤統計您支付了多少費用，這稱為您的「自付」費用。
- 我們會追蹤統計您的「總藥物費用」。這是您的自付額，或他人代您支付之費用與本計劃所支付費用的金額。

如果您在前一個月內曾透過本計劃配領一種或多種處方藥，我們將寄給您一份《計劃 D 部分理賠福利說明》（《計劃 D 部分 EOB》）。《計劃 D 部分 EOB》包括：

- **當月資訊。** 該報告將向您提供上一個月配藥的付款細節。該報告會顯示總藥物費用、計劃支付的藥物費用以及您本人支付和他人代您支付的藥物費用。
- **今年 1 月 1 日迄今合計。** 這也稱為「年初迄今」資訊。該報告會顯示本年迄今的總藥物費用以及各方為您的藥物所支付的費用總額。
- **藥價資訊。** 此資訊將顯示藥品總價，以及每份相同數量的處方理賠與首次配藥相比的價格調漲資訊。
- **可用的較低費用替代處方。** 這將包含關於其他可用藥物，具有較低成本分擔的每個處方索賠的資訊。

### 第 3.2 節 一協助我們持有您最新的藥物付款資訊

為了追蹤統計您的藥費和您支付的藥費，我們利用從藥房取得的記錄。以下說明您可以如何協助我們確保您的資訊是正確且是最新的：

- **請在每次配藥時出示會員卡。** 這可以幫助我們確認您配取的處方藥和您支付的費用。
- **確保我們擁有所需資訊。** 有時您可能需支付處方藥的全部費用。在該情況下，我們不會自動取得我們追蹤您自付費用的所需資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，請向我們提供收據副本。您應何時向我們提供收據的副本，舉例以下：
  - ◆ 當您以特殊價格或使用不屬於本計劃理賠項目的折扣卡在網絡藥房購買承保藥物時。
  - ◆ 當您為根據藥廠患者補助計劃而提供的藥物支付共付額時。
  - ◆ 當您在任何時候在網絡外藥房購買承保藥物，或在其他特殊情形下支付全額費用購買承保藥物時。
  - ◆ 如果您收到承保藥物的帳單，您可要求我們的計劃支付我們應分擔的費用。如欲了解應如何處理，請參閱第 7 章, 第 2 節。
- **向我們提供關於他人代您支付藥費的資訊。** 有些其他個人和組織支付的費用也計入您的自付費用。例如，AIDS 愛滋病藥物補助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務計劃和大多數慈善機構代付的藥費均計入您的自付費用。請保存這些付款記錄並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **查核我們寄給您的書面報告。** 在您收到我們的《計劃 D 部分 EOB》後，請詳細閱讀以確保其中資訊完整且正確無誤。如果您認為有遺漏或任何疑問，請致電會員服務部。您也可在選擇在線上查看 **D 部分 EOB**，而無需透過郵件。請瀏覽 [kp.org/goinggreen](http://kp.org/goinggreen) 並登入，以瞭解有關在線上安全查看 **D 部分 EOB** 的詳細資訊。務必保留這些報告。

## 第 4 節 — Senior Advantage 無免賠額。

Senior Advantage 無免賠額。您在一年當中首次配藥時，便開始進入初始保險階段。請參閱本章第 5 節，以獲取您在初始保險階段的承保範圍資訊。

## 第 5 節 — 在初始保險階段，本計劃支付您藥物的成本分擔，而您支付您藥物的成本分擔

### 第 5.1 節 — 您支付的藥物費用取決於您的藥物和配領處方藥的地點

在初始保險階段，我們為您的承保處方藥支付本計劃的分擔費用，而您則支付您的分擔費用（您的共付額或共保額）。您的分擔費用將依您的藥物和配藥地點而異。

#### 本計劃有六個成本分擔層級

本計劃藥物清單內的所有藥物分屬六個成本分擔層級中的其中一個層級。一般而言，成本分擔層級越高，您需要支付的藥費也越高：

- 成本分擔層級 1：首選非品牌藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔層級 2：非品牌藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 成本分擔層級 3：首選品牌藥。
- 成本分擔層級 4：非首選品牌藥（此層級包括部分非品牌藥）。
- 成本分擔層級 5：專科層級藥物（此層級同時包括非品牌藥和品牌藥）。
- 成本分擔層級 6：注射用 D 部分疫苗（此層級僅包括品牌藥）。

如要確定您的藥物屬於哪個成本分擔層級，請查閱本計劃的藥物清單。

#### 您的藥房選擇

您需為藥物支付的藥費取決於獲得藥物的渠道：

- 網路內的零售藥房。
- 不屬於本計劃網路的藥房。僅在有限的情形下，我們才會承保在網路外藥房配取的處方藥。有關我們在何種情形下會給付在網路外藥房的處方配藥，請參閱第 5 章, 第 2.5 節。
- 本計劃的郵購藥房。

如果您要了解更多關於上述藥房選擇和配藥的資訊，請參閱第 5 章和本計劃的《藥房名錄》。

### 第 5.2 節 — 顯示一個月藥量的費用表

在初始保險階段，您為承保藥物支付的分擔費用是共付額或共保額。

如下表所示，共付額或共保額的金額取決於成本分擔層級。

有時藥物的成本比您的共付額低。在這些情況下，您支付藥物較低的價格，而不是共付額。

**Medicare 計劃 D 部分承保處方藥一個月藥量的分擔費用：**

層級	零售成本分擔（網絡內）	郵購成本分擔	長期護理（LTC）成本分擔	網絡外成本分擔 （僅限於在特定情形下承保；詳情請參閱第 5 章）
	（最多 30 天藥量）		（最多 31 天藥量）	（最多 30 天藥量）
層級 1：首選學名藥 （所有計劃）	\$0	\$0	\$0	\$0
層級 2 – 非品牌藥				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda、Napa 和 San Francisco County</li> <li>• Contra Costa County Enhanced</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced</li> <li>• Marin 和 San Mateo County Enhanced</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced</li> <li>• San Joaquin Enhanced</li> <li>• Santa Cruz County</li> <li>• Solano County Enhanced</li> <li>• Santa Clara County Enhanced</li> <li>• Stanislaus County Enhanced</li> </ul>	\$5	\$5	\$5	\$5



## 第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

層級	零售成本 分擔（網 絡內）	郵購成 本分擔	長期護理 (LTC) 成本 分擔	網絡外成本分擔 （僅限於在特定情 形下承保；詳情請 參閱第 5 章）
	（最多 30 天藥量）		（最多 31 天 藥量）	（最多 30 天 藥量）
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic</li> <li>• Contra Costa Basic</li> <li>• Greater Fresno Area Basic</li> <li>• Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Basic</li> <li>• Marin County Basic</li> <li>• San Francisco County Basic</li> <li>• San Joaquin County Basic</li> <li>• San Mateo County Basic</li> <li>• Santa Clara County Basic</li> <li>• Solano County Basic</li> <li>• Stanislaus County Basic</li> </ul>	<b>\$12</b>	<b>\$12</b>	<b>\$12</b>	<b>\$12</b>
層級 3：首選品牌藥（所有計劃）	<b>\$45</b>			
層級 4：非首選品牌藥（所有計劃）	<b>\$100</b>			
層級 5：專科層級藥物（所有計劃）	<b>33% 共同保險</b>			
層級 6：Medicare 計劃 D 部分注射用疫苗（所有計劃）	<b>\$0</b>	不提供郵購服務。	<b>\$0</b>	

---

**第 5.3 節 — 如果您的醫生開立少於一個月的藥量，您可能無需支付整個月藥量的費用**

---

一般而言，您為處方藥支付的金額會涵蓋一整個月。有時您或您的醫生可能想要開立少於一個月的藥量（例如，您第一次嘗試藥物）。您也可以要求您的醫生開立或要求藥劑師發配少於一個月的藥物，如果這樣做有助於您更妥善地規劃不同處方藥的續配日期。

- 如果您收到的某些藥品不足一個月的藥量，您將無需支付整個月的藥量。
- 如果您需支付共保額，您將支付藥物總費用的一定百分比。由於共保額是以藥物的總成本為基礎，而因為藥物的總成本較低，所以您的成本會較低。
- 如果您需支付藥物的共付額，您僅需按您所收到藥物的天數支付，而不是一整個月。我們將針對您使用的藥物計算每天的支付額（「每日成本分擔費率」），然後乘以您獲得藥物的天數。

**第 5.4 節 — 顯示長期 (最多 100 天) 藥量的費用表**

---

針對某些藥物，您可以取得長期藥量（也稱「延長藥量」）。此長期藥量最多為 100 天藥量。

下表說明配取長期藥量時的自付藥費。

- 有時藥物的成本比您的共付額低。在這些情況下，您支付藥物較低的價格，而不是共付額。

計劃 D 部分承保的處方藥長期藥量的成本分擔：

層級	零售成本分擔（網絡內）		郵購成本分擔
	31-60 天藥量	61-100 天藥量	31-100 天藥量
層級 1：首選學名藥 (所有計劃)	\$0	\$0	\$0
層級 2：非品牌藥 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda、Napa 與 San Francisco County</li> <li>• Contra Costa County Enhanced</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced</li> <li>• Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Enhanced</li> <li>• Marin 與 San Mateo County Enhanced</li> <li>• San Joaquin County Enhanced</li> <li>• Santa Clara County Enhanced</li> <li>• Santa Cruz County</li> <li>• Solano County Enhanced</li> <li>• Stanislaus County Enhanced</li> </ul>	\$10	\$15	\$10
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic</li> <li>• Contra Costa County Basic</li> <li>• Greater Fresno Area Basic</li> <li>• Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Basic</li> <li>• Marin County Basic</li> <li>• San Francisco County Basic、</li> <li>• San Joaquin County Basic</li> <li>• San Mateo County Basic</li> <li>• Santa Clara County Basic</li> <li>• Solano County Basic</li> <li>• Stanislaus County Basic</li> </ul>	\$24	\$36	\$24
層級 3：首選品牌藥 (所有計劃)	\$90	\$135	\$90
層級 4：非首選品牌藥 (所有計劃)	\$200	\$300	\$200

層級	零售成本分擔（網絡內）		郵購成本分擔
	31-60 天藥量	61-100 天藥量	31-100 天藥量
層級 5：專科層級藥物（所有計劃）	33% 共同保險		
層級 6：Medicare 計劃 D 部分注射用疫苗（所有計劃）	不提供長期藥量。		

### 第 5.5 節 — 在本年度總藥費達到 \$4,660 之前，您將留在初始承保階段

在您已配領處方藥的總金額達到初始承保階段 \$4,660 的限額前，您將留在初始承保階段。

您所收到的《計劃 D 部分 EOB》可協助您追蹤統計在本年度內，您本人和本計劃以及任何第三方為您支付了多少費用。很多人不會達到每年 \$4,660 的限額。

如果您達到此金額，我們將告知您。如果您確實達到這一個金額，您將會從「初始保險階段」進入「保險間斷階段」。有關 Medicare 如何計算您的自付費用，請參閱第 1.3 節。

## 第 6 節 — 保險間斷階段的費用

在保險間斷階段，Medicare Coverage Gap Discount Program 會為品牌藥提供藥廠折扣。針對品牌藥，您需支付議定價格的 25% 和一部分的配藥費。您所支付的金額以及藥廠的折扣金額均會計入您的自付費用中，如同您已支付了這些費用，以協助您渡過保險間斷期。

針對非品牌藥物，您也會獲得一些保險。您需要支付下表中列出的共付額和共保額，直到您的年度自付費用達到 Medicare 設定的最高金額為止。針對非品牌藥物，您支付的金額會計入您的自付費用。

您將繼續支付這些費用，直到您的年度自付費用達到 Medicare 設定的最高金額為止。一旦達到此 \$7,400 的金額後，您將離開「保險間斷階段」並進入「重大傷病承保」階段。

Medicare 規定了那些屬於，以及那些不屬於您的自付費用 (第 1.3 節)。

## 第 6 章：您需為 D 部分處方藥支付的費用

層級	零售成本分擔 (網絡內)	郵購成本分擔	長期護理 (LTC) 成 本分擔	網絡外成本分擔  (僅限於在特 定情形下承 保；詳情請參 閱第 5 章)
層級 1：首選學名藥* (所有計劃)	\$0，最多 100 天 藥量	\$0，最多 100 天藥量	\$0，最多 31 天藥量	\$0，最多 30 天藥量
層級 2：非品牌藥*				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda、Napa 與 San Francisco County</li> <li>• Contra Costa County Enhanced</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced</li> <li>• Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Enhanced</li> <li>• Marin 與 San Mateo County Enhanced</li> <li>• San Joaquin Enhanced</li> <li>• Santa Clara County Enhanced</li> <li>• Santa Cruz County</li> <li>• Solano County Enhanced</li> <li>• Stanislaus County Enhanced</li> </ul>	<p><b>\$5</b> 最多 30 天藥量，<b>\$10</b> 針對 31-60 天藥量，或 <b>\$15</b> 針對 61-100 天藥量</p>	<p><b>\$5</b>，最多 30 天藥量；或 <b>\$10</b>，31-100 天藥量</p>	<p><b>\$5</b>，最多 31 天藥量</p>	<p><b>\$5</b>，最多 30 天藥量</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alameda County Basic</li> <li>• Contra Costa Basic</li> <li>• Greater Fresno Area Basic</li> </ul>	<p><b>\$12</b> 最多 30 天藥量，<b>\$24</b> 針對 31-60 天藥量，或 <b>\$36</b> 針對 61-100 天藥量</p>	<p><b>\$12</b> 最多 30 天藥量，<b>\$24</b> 最多 100 天藥量</p>	<p><b>\$12</b>，最多 31 天藥量</p>	<p><b>\$12</b>，最多 30 天藥量</p>

1-800-443-0815 (聽障及語障電話專線: 711)，每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

層級	零售成本分擔 (網絡內)	郵購成本分擔	長期護理 (LTC) 成 本分擔	網絡外成本分擔 (僅限於在特 定情形下承 保；詳情請參 閱第 5 章)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Basic</li> <li>• Marin County Basic</li> <li>• San Francisco County Basic</li> <li>• San Joaquin County Basic</li> <li>• San Mateo County Basic</li> <li>• Santa Clara County Basic</li> <li>• Solano County Basic</li> <li>• Stanislaus County Basic</li> </ul>				
層級 3：首選品牌藥 (所有計劃)	25%共同保險			
層級 4：非首選品牌藥 (所有計劃)	25%共同保險			
層級 5：專科層級藥物 (所有計劃)	25%共同保險			
層級 6：Medicare 計劃 D 部分注射用疫苗 (所有計劃)	\$0	不提供郵購服務。		\$0

\*層級 1 和層級 2 的品牌藥共付額會因 Medicare Coverage Gap Discount Program 而減少。

## 第 7 節 — 在重大傷病承保階段，您的藥費大部分由我們支付

當您的自付費用達到本日曆年度 **\$7,400** 的限額之後，您即進入「重大傷病承保階段」。一旦進入重病保險階段，您在本日曆年度結束前將會留在此付款階段。

在此階段，您將支付：

- 承保的非品牌藥（包括被視為非品牌藥的藥物），**\$0**；承保的品牌藥，**\$12**；以及承保的 D 部分注射疫苗，**\$0**。

## 第 8 節 — 計劃 D 部分疫苗。您所需支付的費用取決如何以及在哪取得：

**關於您為疫苗支付的費用的重要訊息**—本計劃承保大多數 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。致電會員服務部了解更多資訊。

我們承保的 D 部分疫苗接種分兩個部分：

- 保險的第一部分是疫苗本身的費用。
- 保險的第二部分是疫苗接種費用。（有時候稱為疫苗的「給藥」。）

計劃 D 部分疫苗接種的費用依據以下三項：

- 疫苗的種類（疫苗所適用的疾病）。
  - ◆ 有些疫苗屬於醫療理賠。（請參閱第 4 章「醫療理賠項目表」的承保內容與應付費用）
  - ◆ 其他疫苗被視為 D 部分藥物。您可在我們的「藥物清單」（《承付藥物手冊》）找到所列出的疫苗。
- 您在哪裡獲得疫苗。
  - ◆ 疫苗可以直接經由藥房配藥，也可以經由醫生診間提供。
- 誰能夠為您接種疫苗。
  - ◆ 藥劑師可以在藥房提供疫苗，或可經由醫生診間的其他醫護人員提供。

您在接受計劃 D 部分疫苗接種時所需支付的費用，可能因情況和您所處的藥物階段的不同而異。

- 有時在疫苗接種時，您必須支付疫苗本身和醫護人員為您接種疫苗的全部費用。您可要求我們償還您我們應分擔的費用。
  - 在其他情形下，當您疫苗接種時，僅需支付計劃 D 部分理賠福利的成本分擔。
- 介紹您可能取得計劃 Medicare 計劃 D 部分疫苗方式，以下舉例三種情形。

- 情形 1：您在網路藥房接種疫苗。（您是否可以選擇此方式取決於您的居住地點。有些州禁止藥房疫苗接種。）
  - ◆ 您將向藥房支付疫苗本身的共付額，其中包括為您疫苗接種費用。
  - ◆ 本計劃將會支付其餘的費用。
- 情形 2：您在醫生的診所接受 D 部分疫苗接種。
  - ◆ 接種疫苗時，您將支付疫苗藥物和疫苗接種的全部費用。
  - ◆ 您可以利用第 7 章中所描述的診療，要求我們支付成本分擔。
  - ◆ 您將會就您所支付的費用獲得補償，但需扣除疫苗（包括接種）的正常共付額。
- 情形 3：您在您的藥房購買計劃 D 部分疫苗，然後將其送到您的醫生診間並在該地接受疫苗接種。
  - ◆ 您需向藥房支付疫苗本身的共付額。
  - ◆ 醫生為您接種疫苗時，您需支付接種服務的全額費用。您可利用第 7 章所說明的診療，要求我們支付成本分擔。
  - ◆ 您將會就醫生針對疫苗接種所收取的費用獲得補償。

**重要注意事項：** 屬於承保範圍的 D 部分疫苗及疫苗施用不收費。然而，如果您是在保健業者診所施用疫苗，您可能需支付保健業者診所就診費用。



## 第 7 章 — 要求我們給付您收到之承保醫療服務或藥物帳單中我們應分擔的費用

### 第 1 節 — 您應要求我們支付我們應分擔的承保服務或藥物費用之情形

有時您在獲得醫療護理或處方藥時，可能需要支付全額費用。另一些時候，您可能發現自己支付的金額超出您依據本計劃承保規定所需支付的預期金額。在這些情況下，您可以要求我們向您償還（償還通常稱為「還款」）。只要您為本計劃承保的醫療服務或藥物支付的費用超過您應分擔的費用，您都有權要求本計劃向您償還費用。您可能必須符合期限才能償還費用。請參閱本章第 2 節。

有時，您也可能會收到保健業者對您所接受醫療護理全額費用的帳單，也許會超過本文件所說明有關您所分擔的成本分擔。請先嘗試與保健業者解決帳單問題。如果無法處理，請將帳單轉交給我們，而不是支付帳單。我們會分析帳單，確定是否應承保相關服務。若我們認定服務應獲得承保，我們會直接給付醫護人員。若我們認定無需付款，我們會通知保健業者。您不應支付超過計劃所允許的成本分擔。如果此為簽約的保健業者，您仍有權進行治療。

以下舉例說明在什麼情形下，您可能需要要求我們向您償還費用或要求我們支付您收到的帳單：

#### 當您從網絡外醫護人員處獲得急診或緊急需求醫療護理時

您可經由任何醫護人員取得急診或緊急需求服務，無論該醫護人員是否屬於本計劃的網路。在這些情況下：

- 您只負責支付您急診或緊急需求服務的成本分擔。急診保健業者依法律規定提供急診護理。
- 如果您在接受醫護服務時自行支付全部金額，請要求我們償還您屬於我們的成本分擔。請將帳單連同您的任何付款憑證寄給我們。
- 您可能會收到保健業者的帳單，而您認為不應該由您支付的款項。請將帳單連同您的任何付款憑證寄給我們。
  - ◆ 若應向該醫護人員付費，我們會直接給付給該醫護人員。
  - ◆ 如果您已支付的費用超過服務的成本分擔，我們將會確認您應支付多少費用，並將我們的成本分擔償付給您。

### 當網絡醫護人員寄給您帳單但是您認為自己不應支付時

網絡醫護人員應一律將帳單直接寄給我們，而僅要求您支付您應分擔的費用。但是有時候他們會出錯，而要求您支付超過您應分擔的費用。

- 您僅需支付您所取得承保服務的成本分擔金額。我們不允許醫護人員額外向您收取其他費用，稱為「差額收費」。這一保障（即您決不會支付高於本計劃成本分擔額的費用）即使在本計劃支付給醫護人員的費用少於其收取的服務費用、即使產生爭議並且即使在我們不支付某些醫護人員費用的情形下依然適用。
- 無論什麼時候您收到網絡醫護人員寄來的帳單，而您認為金額超過您應支付的金額，請將帳單寄給我們。我們會直接與醫護人員聯絡來解決帳單問題。
- 若您已經支付網絡醫護人員的帳單，但您覺得你支付過多費用，請將帳單連同您的任何付款憑證寄給我們，要求我們向您償還您所支付金額與依據本計劃規定您應付金額之間的差額。

### 如果您可以回溯入保本計劃

有時候，入保本計劃是具有追溯效力的。（此是指入保第一天已經過去。入保日期甚至可能發生在去年。）

如果您回溯入保本計劃，且您在入保日期後為任何承保服務或藥物支付了自付費用，那麼您可要求我們償付我們本應分擔的費用。您需要提交例如收據與賬單的書面資料給我們，以處理補償事宜。

### 當您使用網絡外藥房配領處方藥

若您前往網路外藥房，該藥房可能無法直接向我們提出索賠。如果遇到這種情形，您需要支付處方藥的全額費用。

請保留收據，並在您要求我們向您償還我們應分擔的費用時向我們提交收據副本。請謹記我們僅在有限情況下承保網絡藥房。有關這些情況的說明，請參閱第 5 章的第 2.5 節。

### 當您因未攜帶計劃會員卡而需支付處方藥的全額費用時

若您未攜帶計劃會員卡，您可要求藥房致電給我們或查詢您的計劃入保資訊。但是，若藥房無法立即取得其所需的人保資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。

請保留收據，並在您要求我們向您償還我們應分擔的費用時向我們提交收據副本。

### 其他全額支付處方藥費用的情形

您可能會因為發現藥物因某些原因不屬於承保範圍，而可能需要支付處方藥的全額費用。

- 例如，藥物可能未列入我們的《2023 年完整承付藥物手冊》；或者，藥物可能有您不知道或您認為不應適用於您的規定或限制。如果您決定要立即配取該藥物，則您可能需要支付全額費用。
- 請保留收據，並在您要求我們向您償還費用時向我們提交收據副本。在某些情形下，我們可能需要從您的醫生處獲取更多資訊，以便向您退還我們應分擔的費用。

上述所有示例均屬於不同類型的承保決定。也就是說，如果我們拒絕您的給付申請，您可針對我們的決定提出上訴。有關如何提出上訴的資訊，請參閱本文件的第 9 章。

## 第 2 節 — 如何要求我們向您償還費用或支付您收到的帳單

您可以寄書面申請給我們來要求我們償還您費用。如果您要寄書面申請，請將您已付款的任何帳單和憑證寄過來。您最好影印帳單和收據作為記錄。您必須在取得服務、用品或藥物之日起 12 個月內（適用於 Medicare 計劃 C 部分醫療索賠）和 36 個月內（適用於 Medicare 計劃 D 部分藥物索賠）向我們提出索賠。

為確保您向我們提交我們作決定所需的所有資訊，您可填寫我們的索賠申請表來提出您的給付申請。您不一定要使用索賠申請表，但是如果您使用該表格將有助於我們加快處理資訊。您可以透過以下方式提出索賠要求付款：

- 在 **kp.org** 上填寫及提交我們的電子表格，並將佐證文件上傳。
- 您可從我們的網站 (**kp.org**) 下載表格，或致電會員服務部請他們寄送表格給您。請將填妥的表格郵寄到我們下面列出的索賠部門地址。
- 如果您無法取得該表格，您可以將以下資訊寄送至我們的索賠部門地址來提交您的給付申請：
  - ◆ 包含以下資訊的聲明：
    - 您的姓名（會員/患者姓名）和醫療/健康記錄編號。
    - 您接受服務的日期。
    - 您在何處獲得服務。
    - 由誰提供服務。
    - 為什麼您認為我們應該支付服務的費用。
    - 您的簽名和簽名日期。（如果您希望由您以外的其他人代您提出請求，我們另外需要一份填妥的「委任代表」表格，該表格可在 **kp.org** 取得）。
  - ◆ 帳單副本、服務的醫療記錄以及您支付服務費用的收據。

請將您的醫療護理給付申請連同任何帳單或付款收據，按下列地址寄給我們：

Kaiser Permanente  
Claims Department  
P.O. Box 12923  
Oakland, CA 94604-2923

若要求我們給付由網路醫護人員所開立處方，以及在網路藥房配領的 Medicare 計劃 D 部分藥物費用，請將申請寄至下方地址。所有其他 Medicare 計劃 D 部分的要求，請寄至上述地址。

Kaiser Permanente  
Medicare Part D Unit  
P.O. Box 1809  
Pleasanton, CA 94566

### 第 3 節 — 我們會審核您的給付申請並告知您我們是否核准

#### 第 3.1 節 — 我們會核實是否應承保相關服務或藥物並確定我們應承擔多少費用

在我們收到您的給付申請之後，我們會告知您我們是否需要您提供任何額外資訊。否則，我們會審核您的申請，並作出承保決定。

- 如果我們認定醫療護理或藥物屬於承保範圍，或您已符合全部規定，我們會支付我們的成本分擔。如果您已經為服務或藥物付費，我們會將我們應分擔的費用寄給您。如果您尚未為服務或藥物付費，則我們會將款項直接寄給醫護人員。
- 如果我們認定醫療服務或藥物不屬於承保範圍，或您沒有遵守全部規定，我們不會支付我們應分擔的費用。我們會寄信給您，說明我們不會發給您所申請給付的原因，以及您對該決定提出上訴的權利。

#### 第 3.2 節 — 如果我們告訴您，我們不會支付醫療護理或藥物的全部或部分費用，您可提出上訴

如果您認為我們駁回您的給付申請或者您對我們所給付的金額有異議，您可提出上訴。如果您提出上訴，即表示您要求我們改變駁回您給付申請的決定。

上訴程序是正式程序，有詳細的程序規定和重要的期限規定。有關提出該上訴方式的詳情，請參閱本文件的第 9 章。

## 第 8 章 — 您的權利和責任

### 第 1 節 — 我們必須尊重您作為本計劃會員的權利和文化敏感性

#### 第 1.1 節 — 我們必須以便於您使用的方式提供資訊，同時符合您的文化敏感度 (以英文以外的其他語言、大字版、點字版或 CD)

我們的計劃需要確保所有服務，都能在文化能力上為所有參保人提供包括臨床和非臨床服務，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。例如，我們的計劃如何能符合這些方便性的要求，包括但不僅限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或聽障及語障電話專線 (文字電話或電傳打字機電話) 的聯繫。

本計劃提供免費口譯服務，為非英語的會員解答疑問。請致電會員服務部索取西班牙文或中文文件。如有需要，我們也可免費為您提供大字版、盲人版或 CD 的資訊。我們必須以您能夠使用且適用於您的格式為您提供計劃理賠相關資訊。請致電會員服務部，經由我們取得您能夠使用的資訊。

我們的計劃是提供女性參保人可以在網路內，直接獲取婦女健康專科醫生的婦女日常和預防性保健服務的選項。

如果我們網路中的醫護人員無法提供某專科，我們有責任在網路外找到專科醫護人員，並為您提供所需的醫護服務。在這種情況下，您只需支付網路內的成本分擔。如果您發現自己處於在我們的網路內，但沒有包含您所需要的服務專科醫生的情況下，請致電我們何處能以網路內成本分擔的方式獲取服務的相關資訊。

如果您為尋找婦女健康或網路內專科醫生，而從本計劃中遇到任何獲取相關資訊的困難，且該資訊格式為您能夠使用且適用於您，請致電會員服務部並提出申訴。您也可致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 向 Medicare 提出投訴，或者致電 **1-800-368-1019** 或聽障及語障電話專線 **1-800-537-7697**，向民權辦公室直接投訴。

---

**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, large print, braille, or CD)**

---

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan 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. This document is available in Spanish or Chinese by calling Member Services. We can also give you information in large print, braille, or CD at no cost if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

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

If providers in our network for a specialty are not available, it is our responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our network that cover a service you need, call us 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 specialist, or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services. You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or directly with the Office for Civil Rights **1-800-368-1019** or TTY **1-800-537-7697**.

---

**Sección 1.1 - Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted y conforme a su sensibilidad cultural (en idiomas distintos al inglés, en letra grande, en braille o en CD)**

---

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera culturalmente competente y que sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas las que tienen un dominio limitado del inglés, capacidades limitadas para leer, una incapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, de teletipo o TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible en español o chino llamando a Servicio a los Miembros. También podemos darle información en letra grande, braille o en CD sin costo si la necesita. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, llame a Servicio a los Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de nuestra red para una especialidad no están disponibles, es nuestra responsabilidad buscar proveedores fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de nuestra red que cubran el servicio que necesita, llámenos para recibir información sobre a dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún cuestionario para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para ver a un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista de la red, llame a Servicio a los Miembros para presentar una queja. También puede presentar una queja ante Medicare, llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente en la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o TTY **1-800-537-7697**.

---

### —我們必須以便於您使用且符合您文化需求的方式提供資訊（以英文以外之其他語言、大字版、盲文版或 CD）

本計劃需要確保所有臨床和非臨床服務都以符合文化需求的方式提供，並確保所有參保人均可使用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、有聽障或不同文化和種族背景的參保人。本計劃可滿足這些便利要求的範例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機服務或聽障及語障電話專線（文字電話或電傳打字機電話）連線。

本計劃提供免費口譯服務，以協助解答不會說英文的會員所提出的疑問。本文件有西班牙文版和中文版，可致電會員服務部索取。如有需要，我們也可免費為您提供資訊的大字版、盲文版或 CD。我們必須以您能夠使用且適用於您的格式為您提供計劃福利相關資訊。如需我們以便於您使用的方式提供資訊，請致電會員服務部。

本計劃需要在婦女常規及預防保健服務方面，向女性參保人提供直接於網絡內婦女健康專科醫生處就診的選項。

如果網絡內沒有可提供服務的保健業者，我們有責任尋找將為您提供必要醫護服務的網絡外保健業者。在此情況下，您僅需支付網絡內成本分擔費用。如果您發現網絡內沒有能承保您所需醫護服務的專科醫生，請致電與我們聯絡，獲取以網絡內成本分擔費用獲得此服務的地點資訊。

如果您在透過本計劃獲取您能夠使用且適用於您之格式的資訊、於婦女健康專科醫生處就診或尋找網絡內專科醫生時遭遇任何困難，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室（**1-800-368-1019**）或聽障及語障電話專線（**1-800-537-7697**）提出投訴。

---

### 第 1.2 節 —我們必須保障您能及時獲取您的承保服務和藥物

您有權從我們的網路中選擇一名基本保健業者 (PCP)，以提供並安排您的承保服務。您也有權在不需要取得轉介的情況下去看婦女保健專科醫生（如婦科醫生）以及第 3 章, 第 2.2 節所述的其他醫護人員。

您有權在合理的時間內獲得預約及我們醫護人員網路的承保服務。這包括在您需要醫護服務時，及時獲得專科醫生服務的權利。您也有權在任何網絡藥房配領或加配處方藥，而不受到長時間的延誤。

如果您認為您沒有在合理時間範圍內獲得醫療護理或 Medicare 計劃 D 部分藥物，會為您說明該如何處理。



---

### 第 1.3 節 — 我們必須保護您個人健康資訊的隱私

---

聯邦和州法律會保護您醫療紀錄和個人健康資訊的隱私。我們按照此類法律的規定保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括您在入保本計劃時提供給我們的個人資訊、您的醫療紀錄及其他醫療和健康資訊。
- 您擁有與您的資訊和控制您健康資訊如何使用的相關權利。我們會向您發出「保護隱私通知」書面通知，以為您說明這些權利以及我們如何保護您健康資訊的隱私。

#### 我們如何保護您健康資訊的隱私？

- 我們確保未經授權者不會看到或更改您的紀錄。
- 除下列所註明的情況外，如果我們要向沒有為您提供醫護服務，或沒有為您支付您醫護費用的任何人士提供您的健康資訊，我們必須先獲得您的書面許可，或經由您法律授權者所做的決定。
- 有一些例外情形不需要我們先獲得您的書面許可。這些例外情形是法律所允許或法律所要求。
  - ◆ 我們必須向檢查醫護品質的政府機構公開健康資訊。
  - ◆ 因為您是透過 Medicare 成為本計劃的會員，因此我們必須向 Medicare 提供您的健康資訊，其中包括您的 D 部分處方藥資訊。如果 Medicare 為了研究或其他目的公開您的資訊，將會按照聯邦法規及規定行事。通常，針對您的獨有資訊會要求不可分享。

#### 您可查閱您記錄中的資訊並瞭解我們如何與他人分享該資訊

您有權查看由本計劃保存並與您有關的醫療紀錄，並獲得您紀錄的副本。我們可以為影印副本向您收費。您也有權要求我們增補或修改您的醫療紀錄。如果您請求我們進行此類變更，我們會與您的保健業者合作，以決定是否應當進行此類變更。

您有權瞭解自己的健康資訊如何為了非常規目的而與他人分享。

如果您對個人健康資訊的私隱有疑問或顧慮，請致電會員服務部。

---

### 第 1.4 節 — 我們必須向您提供有關本計劃、本計劃醫護人員網絡和承保服務的資訊

---

身為本計劃的會員，您有權從本計劃獲得數種類型的資訊。

如果您想要以下任何一種資訊，請致電我們的會員服務部：

- 有關本計劃的資訊。例如包括有關本計劃財務狀況的資訊。
- 我們的網路保健業者和藥房相關資訊。
  - ◆ 您有權獲得關於網路內醫護人員資格及藥房的資訊，以及我們如何向網路內醫護人員支付費用。
- 有關您的保險及您在使用保險時必須遵守之規定的資訊。
  - ◆ 第 3 章和第 4 章提供有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供有關 D 部分處方藥承保的資訊。
- 某項目不屬於承保範圍的原因以及您可以採取之行動的資訊。
  - ◆ 第 9 章提供為說明為何某項醫療服務，或者您的 Medicare 計劃 D 部分藥物不屬於承保範圍，或保險受到限制的資訊。
  - ◆ 第 9 章還提供要求我們變更決定，也稱為上訴的資訊。

---

### 第 1.5 節 — 我們必須支援您作出有關您醫療護理決定的權利

---

您有權瞭解您的治療選項，並參與和您健康護理有關的決策

在您獲得醫療護理時，您有權從醫生和其他保健業者獲取完整資訊。您的醫護人員必須以您能瞭解的方式解釋您的病症和治療選擇。

您也有權充分參與有關您健康護理的決定。為了協助您與醫生共同決定何種治療最適合您，您享有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇。** 您有權得知適用於您病症的所有建議治療選項，無論其費用如何，也無論其是否屬於本計劃的承保範圍。這也包括獲悉本計劃為幫助會員管理其服藥和安全使用藥物而提供的不同計劃。
- **瞭解風險。** 您有權得知與您醫護服務有關的任何風險。如有任何建議的醫療護理或治療屬於研究實驗的一部分，您必須事先被告知。您在任何時候都可以選擇拒絕接受任何實驗治療。
- **「拒絕」接受治療的權利。** 您有權拒絕接受任何建議的治療。這包括出院或使用其他醫療設施的權利，即使您的醫生建議您不要出院亦然。您也有權停止服藥。當然，如果您拒絕接受治療或停止服藥，您必須對您自己身體因此發生的後果全權負責。

### 在您無法為自己作醫療決定時，您有權給予處理指示

有時，人們可能由於遭遇意外事故或重病而無法為自己作出健康護理決定。您有權說明如果您遇到這種情形，您想要怎麼做。這意味著如果您願意，您可以：

- 填寫一份書面表格以授予他人法律權力，在您無法為自己作醫療決定時代您作決定。
- 給您的醫生留下書面指示，告訴醫生在您無法為自己作決定時，您希望醫生如何處理您的醫療護理。

在此類情形下，您可用於事先給予指示的法律文件稱為「**預立醫囑**」。預先授權有各種不同的類型和名稱。預立醫囑的例子包括稱為「**生前遺囑**」及「**健康護理授權書**」的文件。

如果您希望使用「預立醫囑」來提供指示，您應當：

- **取得表格**。您可以經由律師、社工或某些辦公用品商店取得取得預立醫囑的表格。您有時也可從向人們提供 Medicare 資訊的機構獲得預立醫囑表格。您也可以聯絡會員服務部以要求獲取此表格。
- **填寫和簽署表格**。不論您是在何處取得該表格，均請謹記，該表格是屬於法律文件。您應該考慮請律師來協助您填寫該表格。
- **將表格交給相關人士**。您應將一份表格交給醫生，並將一份表格交給您在表格上指定在您無法作決定時可以替您作決定的人士。您可能希望將副本交由好友或家人儲存。在家保留一份副本。

如果您預先知道將要住院，而且您已經簽署預立醫囑，去醫院時應該攜帶一份。

- 醫院會詢問您是否曾簽署預立醫囑表格，並是否隨身攜帶。
- 如果您尚未簽署預立醫囑表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

**請謹記，是否要填寫預立醫囑表格完全由您自己決定**（包括您住院時是否願意簽署該表格）。根據法律，任何人不得因為您是否有簽署預立醫囑表格而拒絕向您提供醫護服務或歧視您。

### 如果您的指示沒有受到遵循該怎麼辦？

如果您簽署了預立醫囑，而且您認為醫生或醫院未遵循預立醫囑中的指示，您可向第 2 章, 第 4 節所列的品質改進組織提出投訴。

### 第 1.6 節 — 您有權提出投訴，並要求我們重新考慮我們的決定

如果您有任何問題、疑慮或抱怨，並需要要求承保或提出上訴，第 9 章會為您說明該如何處理。無論您是要求作出承保決定、提出上訴，還是提出投訴，我們都必須公平地對待您。

---

### 第 1.7 節 — 如果您認為自己受到不公平待遇或者您的權利未得到尊重該怎麼辦？

---

#### 如果情況是與歧視有關，請致電民權辦公室

如果您認為您受到不公平的待遇，您的尊嚴沒有獲得承認，或者您的權利由於種族、殘障、宗教、性別、健康、族裔、信條(信仰)、年齡、性取向，或國籍而沒有受到尊重，您應致電 Department of Health and Human Services (美國健康與民政服務部) 民權辦公室，電話 **1-800-368-1019** 或聽障及語障電話專線 **1-800-537-7697**，或致電您當地的民權辦公室。

#### 如果情況是與其他事宜有關？

如果您認為您受到不公平待遇或您的權利沒有受到尊重，而該情況不涉及歧視，您可透過下列方法針對您的問題獲得幫助：

- 您可致電會員服務部。
- 您可致電 SHIP。詳情請參閱第 2 章, 第 3 節。
- 或者，您可致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時 (聽障及語障電話專線 **1-877-486-2048**)。

---

### 第 1.8 節 — 如何獲取與您權利有關的詳情

---

您可透過一些地方瞭解與您權利有關的詳情：

- 您可致電會員服務部。
- 您可致電 SHIP。詳情請參閱第 2 章, 第 3 節。
- 您可與 Medicare 聯絡：
  - ◆ 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載「Medicare 權利和保障」出版物（此出版物可在 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf) 取得）
  - ◆ 或者，您可致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時 (聽障及語障電話專線 **1-877-486-2048**)。

---

### 第 1.9 節 — 有關新技術評估的資訊

---

快速更新的技術對健康護理和醫學的影響程度如同對其他任何行業的影響程度。為了確定某新藥物或其他醫學發展是否有長遠效益，本計劃仔細監測並評估新技術，以便將其納入承保理賠。這些技術包括醫療程序、醫療器材和新藥物。

### 第 1.10 節 — 您可提出有關權利和責任的建議

身為本計劃的會員，您有權對本章內包含的權利和責任提出建議。如果有任何建議，請致電會員服務部。

## 第 2 節 — 作為本計劃的會員您有部分責任

以下列出您身為本計劃會員需要做的事情。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- **瞭解您的承保服務和獲得這些承保服務時必須遵守的規定。** 請使用本《承保範圍說明書》，以了解哪些項目屬於承保範圍以及您在獲得承保服務時所需遵守的規定。
  - ◆ 第 3 章和第 4 章提供有關您醫療服務的詳細資訊。
  - ◆ 第 5 章和第 6 章提供您 Medicare 計劃 D 部分處方藥承保範圍的相關詳細資訊。
- **如果您除了本計劃之外還有任何其他健康保險或處方藥保險，您必須告知我們。**
  - ◆ 第 1 章為您說明有關理賠福利的協調事宜。
- **告訴您的醫生和其他保健業者您入保了本計劃。** 在獲得醫療護理或 D 部分處方藥時出示您的計劃會員卡。
- **向醫生和其他醫護人員提供資訊、提出問題並追蹤您的醫護以協助醫生和其他醫護人員為您提供幫助。**
  - ◆ 為協助取得最好的醫護服務，請將您的健康問題告訴您的醫生和其他保健業者。遵守您和您的醫生商定的治療計劃和指示。
  - ◆ 確保您的醫生瞭解您服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命和補充劑。
  - ◆ 如果您有任何問題，請務必詢問並得到您能理解的答案。
- **體諒他人。** 我們希望所有的會員尊重其他患者的權利。我們也希望您的行事方式有助於醫生診所、醫院和其他辦公室順利運作。
- **支付應付的費用。** 身為計劃會員，您有責任支付下列款項：
  - ◆ 您必須持續支付 Medicare 計劃 B 部分的保費，才能保持我們計劃的會員身份。
  - ◆ 針對本計劃為您承保的大多數醫療服務或藥物，您在獲得服務或藥物時必須支付您應分擔的費用。
  - ◆ 如果您因年收入的關係而必須支付額外的計劃 D 部分費用，您必須直接向政府繼續支付該額外費用，才能保持本計劃的會員身分。

- 
- 如果您在服務區之內搬家，我們需要知道，以便我們能更新您的會員記錄，並知道您的聯絡方式。
  - 如果您搬到計劃的服務區外，您將不能繼續作為本計劃的會員。
  - 如果您搬家，也請務必通知社會安全局（或鐵路職工退休委員會）。

## 第 9 章 — 如果您有問題或需要投訴 (承保決定、上訴及投訴) 該如何處理

### 第 1 節 — 前言

#### 第 1.1 節 — 如果您有問題或疑慮該怎麼辦

本章說明處理問題和疑慮的兩種流程：

- 針對部分問題，您需要採用承保決定和上訴的流程。
- 針對其他問題，您需要利用投訴流程，亦成為申訴。

這兩種流程均已獲得 Medicare 批准。每項流程皆有一套您和我們皆必須遵守的規定、程序和期限。

在本章的第 3 節指南將可協助您判別正確流程的使用和您應如何處理。

#### 第 1.2 節 — 法律術語的含義？

本章解釋了某些規定、程序和期限類型的法律術語。這些許多術語對大多數人而言並不熟悉也不易理解。為方便起見，本章：

- 使用較簡單的詞語代替部分法律術語。例如，本章通常會以「提出投訴」代替「提交申訴」，以「承保決定」代替「組織判定」或「承保判定」或「風險判定」，並以「獨立審查組織」代替「獨立審查實體」。
- 並儘量少使用縮寫詞彙。

然而，了解正確的法律術語對您來說是有幫助的，有時也相當重要。了解該使用什麼術語將可幫助您更精確地溝通，以取得適用於您情況的適當協助或資訊。為了幫助您瞭解該使用什麼術語，我們在詳細說明特定類型之情況的處理方式時附上了法律術語。

### 第 2 節 — 在何處可以獲得更多資訊和個人化協助

我們隨時準備為您提供協助。甚至您對我們與您的治療有抱怨，我們也有義務尊重您的投訴權。因此，您應始終與會員服務部聯絡以尋求幫助。但是在某些情況下，您可能會希望透過與本計劃無關的人士取得協助或指引。下面是兩個可以幫助您的實體機構。

### 州健康保險補助計劃 (SHIP)

每一個州都有訓練有素的顧問所組成的政府計劃。該計劃與本計劃或任何保險公司或保健計劃均無關聯。該計劃的顧問可協助您瞭解您應使用何種程序來處理您所面臨的問題。他們也可以解答您的問題，向您提供更多資訊，並告訴您應當怎麼做。

SHIP 顧問的服務是免費的。您可本文件的第 2 章, 第 3 節中找到電話號碼和網站的網址。

### Medicare

您也可聯絡 Medicare 以獲得幫助。聯絡 Medicare：

- 您可以致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。
- 您也可以造訪 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。

## 第 3 節 — 為了處理您的問題，您應該採用哪一種流程？

如果您有問題或疑慮，您僅需閱讀本章中適用於您情況的部分。以下指南將為您提供幫助。

### 您的問題或疑慮是否涉及理賠或承保？

這包括有關醫療護理或處方藥是否屬於承保範圍和其承保方式的問題，以及與醫療護理或處方藥給付有關的問題。

- 是。
  - ◆ 請閱讀本章下一節，第 4 節：「承保決定及上訴基本指南」。
- 否。
  - ◆ 請跳至本章末尾的第 10 節：「如何提出有關醫護品質、等候時間、客戶服務或其他疑慮的投訴」。



## 承保決定和上訴

### 第 4 節 — 承保決定及上訴基本指南

#### 第 4.1 節 — 要求承保決定和提出上訴 — 概觀

承保決定和上訴是處理與您理賠福利及醫療服務和處方藥承保的相關問題，包括款項。這是您用於處理諸如某項目是否屬於承保範圍和承保方式等問題的流程。

##### 於接受服務前要求作出承保決定

承保決定是指我們針對您的理賠和承保範圍或本計劃為您支付的醫療服務或藥物金額而作的決定。例如，每次當您從網絡醫生處獲得醫療護理時，或網絡醫生將您轉介給專科醫生時，計劃網絡醫生都會為您作出（對您有利的）承保決定。如果您的醫生不確定我們是否承保某項醫療服務，或拒絕提供您認為自己需要的醫療護理，您或您的醫生也可與我們聯絡並要求我們作出承保決定。換言之，如果您希望在您獲得醫療服務之前瞭解我們是否承保該服務，您可要求我們為您作出承保決定。在有限的情況下，將會駁回做出承保決定的請求，也就是說，我們不會審查該請求。駁回請求的範例包括請求不完整、由未取得合法授權者代您提出請求，或者您主動要求撤回請求。如果我們駁回做出承保決定的請求，我們會寄送通知解釋駁回請求的原因，以及如何要求對駁回進行審查。

當我們決定您的承保範圍及我們需給付的金額時，我們即為您作出承保決定。在某些情形下，我們可能會決定一項服務或者藥物不屬於承保範圍，或者 Medicare 不再為您提供承保。如果您不同意該承保決定，您可提出上訴。

##### 提出上訴

無論在接受服務的前後，如果我們作了承保決定而您對該決定感到不滿，您可針對該決定提出「上訴」。上訴是指正式要求我們審核或更改我們已經作出的承保決定。在某些我們接下來會討論的情形下，您可以要求加速的或「快速上訴」的承保決定。您的上訴將由與作出原始決定以外的審議人進行處理。

當您對一項決定提出首次上訴時，稱為 1 級上訴。在此上訴期間，我們會對承保決定進行審查，以核查並了解我們是否正確地遵守規定。審查完成後，我們會向您告知我們的決定。在有限的情況下，1 級上訴的要求將會駁回，也就是說，我們不會審查該要求。駁回請求的範例包括請求不完整、由未取得合法授權者代您提出請求，或者您主動要求撤回請求。如果我們駁回 1 級上訴的要求，我們會發送通知，說明駁回要求的原因，以及對該駁回如何要求進行審查。

如果我們未駁回您的案件，但不同意您 1 級上訴的全部或部分內容，您可以繼續進行 2 級上訴。2 級上訴會由與我們無關聯的獨立審查組織承辦。（醫療服務和 B 部分藥物的上訴將自動被轉交給獨立審查機構進行 2 級上訴——您無需做任何事情。對於 D 部分藥物上訴，如果我們不同意您的全部或部分上訴，您將需要申請 2 級上訴。D 部分的上訴將在本章第 6 節討論。）如果您對 2 級上訴的決定不滿，您可以繼續進行更高級別的上訴（3、4、5 級的上訴程序於本章第 9 節說明）。

#### 第 4.2 節 — 在您要求作出承保決定或提出上訴時如何獲得幫助

如果您決意要求作出任何類型的承保決定，或對決定提出上訴，請利用以下資源：

- 您可致電會員服務部。
- 您可以向您的**健康保險補助計劃免費尋求協助**。
- 您的醫生可以為您提出請求。如果您的醫生對超過 2 級上訴提供協助，則需委任他們作為您的代表。請致電會員服務部索取「代表委任」表格。（該表格也可在 Medicare 網站上取得，網址：[www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)，或在我們的網站上取得：[kp.org](http://kp.org)。
  - ◆ 對於醫療護理或 Medicare 計劃 B 部分的處方藥，您的醫生可以代您要求承保決定或 1 級上訴。如果您的 1 級上訴被駁回，該上訴將自動轉為 2 級。
  - ◆ 對於 Medicare 計劃 D 部分的處方藥，您的醫生或其他處方醫師，可以代您要求承保決定或 1 級上訴。如果您的 1 級上訴經駁回，您的醫生或處方醫師可要求 2 級上訴。
- 您可以要求他人代您行事。如果您願意，您可以指定其他人擔任您的「代表」，替您申請承保決定或提出上訴。
  - ◆ 如果您希望親友或其他人擔任您的代表，請致電我們的會員服務部並索取「代表委任」表格。（該表格也可在 Medicare 網站上取得，網址：[www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)，或在我們的網站上取得：[kp.org](http://kp.org)。）該表格可以用來授予他人代表您。該表格必須由您本人以及您希望代表您的人士簽名。您必須將已簽署的表格副本交給我們。
  - ◆ 雖然沒有該表格我們也會受理上訴申請，但在收到該表格之前，我們無法開始進行或完成複審。如果我們在收到您上訴請求後的 44 個日曆日內（我們對您的上訴作出決定的截止日期）仍未收到該表格，您的上訴請求將被撤銷。如發生此類情況，我們將會寄書面通知給您，說明您有權要求獨立審查組織對我們駁回您上訴的決定進行審查。
- 您也有權雇用律師。您可與自己的律師聯絡，或者從您當地的律師協會或其他轉介服務獲得律師的姓名。如果您符合資格，也有其他團體會為您提供免費法律服務。但是，您在要求作出任何類型的承保決定或對決定提出上訴時，並不一定要雇用律師。

### 第 4.3 節 — 本章的哪一部分有提供適用於您情況的詳細說明？

有 4 種情況涉及承保決定和上訴。由於每種情況皆有不同的規定和期限，因此我們將會在不同章節提供每種情況的詳細資訊：

- 本章的**第 5 節**：「您的醫療護理：如何要求作出承保決定或提出上訴。」
- 本章的**第 6 節**：「您的計劃 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴。」
- 本章的**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。」
- 本章的**第 8 節**：「如果您認為您的保險過早終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務」（僅適用於以下服務：居家健康護理、專業護理院醫療護理和綜合門診復健設施 (CORF) 服務）。

如果您不清楚您適用哪一章節，請致電會員服務部。您也可從 SHIP 等政府組織獲得幫助或資訊。

## 第 5 節 — 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

### 第 5.1 節 — 本節介紹如果您在取得醫護保險上遇到問題，或者您希望我們償還您的醫療費用，應如何處理

本節涉及您的醫療護理和服務的理賠。這些理賠福利說明於本文件第 4 章：「醫療理賠項目表（承保內容及應付費用）」。為簡單起見，我們一般稱之為「醫療護理承保」或「醫療護理」，其中包括醫療項目與服務，以及 Medicare 計劃 B 部分的處方藥。在某些情況下，B 部分處方藥的申請將會有不同的規定適用。如發生此類情況，我們將會說明 B 部分處方藥的規定和醫療用品及服務的規定有何差異。

本節將會告訴您，如果您處於以下五種情形之一可以怎麼做：

- 您未能獲得您希望得到的某些醫療護理，而您認為該護理屬於本計劃的承保範圍。**要求承保決定。第 5.2 節。**
- 我們沒有核准您醫生或其他醫護人員希望向您提供的醫療護理，而您認為該醫療護理屬於本計劃的承保範圍。**要求承保決定。第 5.2 節。**
- 您獲得了您認為本計劃應承保的醫療護理，但是我們表示我們將不會為該醫療護理提供給付。**提出上訴。第 5.3 節。**
- 您接受了您認為應屬於本計劃承保範圍的醫療護理或服務且您已為其付費，因而您想要求我們向您補償該醫療護理的費用。**寄給我們賬單。0。**
- 您被告知，我們先前核准且您一直以來所接受的某些醫療護理承保即將縮減或終止，而您認為縮減或終止該醫療護理可能會損害您的健康。**提出上訴。第 5.3 節。**

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

**注意：** 如果即將終止的承保範圍涉及醫院醫療護理、居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，您需要閱讀本章的第 7 節和第 8 節。適用於該類型醫護服務的特別規定。

## 第 5.2 節 — 逐步說明：如何要求承保決定

### 法律術語

當承保決定與您的醫療護理相關時，稱之為「**組織判定**」。「快速承保決定」稱為「**加速判定**」。

**步驟 1：** 決定您是否需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。

Medicare 計劃 B 部分的藥品通常在 14 天或 72 小時內作出「標準承保決定」。一般在 72 小時內作出「快速承保決定」用於醫療服務，或 24 小時內用於 Medicare 計劃 B 部分的藥品。為取得快速承保決定，您必須符合兩個要求：

- 您只要求您尚未進行醫療護理的承保。
- 只有在採用標準期限可能嚴重損害您的健康或會損害您身體機能時，您才能獲得快速承保決定。
- 如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要「快速承保決定」，我們將自動同意為您提供快速承保決定。
- 如果您自行申請快速承保決定，而沒有得到醫生提供的佐證，我們將根據您的健康狀況決定是否必須為您作出快速承保決定。如果我們未能核准快速承保決定，我們會寄信給您：
  - ◆ 說明我們將採用標準期限。
  - ◆ 說明如果您的醫生要求快速承保決定，我們將自動提供您快速承保決定。
  - ◆ 說明您可以針對我們決議為您所作的標準承保決定，非您所申請的快速承保決定，您可如何提出「快速投訴」。

**步驟 2：** 要求我們的計劃作出承保決定，或快速承保決定。

- 首先致電、寫信或發傳真給我們的計劃，要求我們授權或為您希望獲得的醫療護理提供承保。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：** 我們將會審查您的醫療護理保險申請並給您答覆。

針對標準承保決定，我們採用標準期限。

這表示我們在收到您**醫療項目或服務**的要求後，將於 **14 個日曆日內**給您答覆。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將在收到您請求後的 **72 小時內**給您答覆。

- 但若您的要求屬於醫療項目與服務，或您要求延長時間，或如果我們需要更多對您有利的資訊，則**我們最長可花費達 14 天**。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將不得花費額外時間來作決定。
- 如果您認為我們不應花費更多的天數，您可對提交「快速投訴」。我們一旦對您的投訴做出決定即會給您答覆。（提出投訴的流程與承保決定和上訴的流程不同。針對投訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）

針對「快速承保決定」，我們採用加速時限。

如果您是針對醫療項目或服務提出申請，快速承保決定意味著我們將在 72 小時內給您答覆。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將 24 小時內答覆。

- 然而，如果您要求延長時間，或如果我們需要更多對您有利的更多資訊，則**我們最長可花費達 14 天**。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將不得花費額外時間來作決定。
- 如果您認為我們不應花費更多的天數，您可對提交「快速投訴」。（針對投訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）一旦作出決定，我們會立即致電通知您。
- 如果我們的答覆是**拒絕**您部分或全部的申請，我們將會寄書面聲明給您，並解釋拒絕的理由。

**步驟 4：**如果我們拒絕您醫護的承保要求，您可以上訴。

- 如果我們拒絕，則您有權藉由提出上訴來要求我們重審該項決定。這表示再次要求以取得您想要的醫護承保。如果您提出上訴，這表示您將進入上訴流程的 1 級。

### 第 5.3 節 一逐步說明：如何提出 1 級上訴

<b>法律術語</b>	針對醫療護理承保決定向本計劃提出的上訴稱為計劃「 <b>重新審查</b> 」。「快速上訴」也稱為「 <b>加速重審</b> 」。
-------------	--

**步驟 1：**決定您是否需要「標準上訴」或「快速上訴」。

「標準上訴」一般在 30 天內提出。「快速上訴」一般在 72 小時內提出。

- 如果我們針對您尚未獲得的醫療護理承保作出決定而您欲針對我們的決定提出上訴，您及／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，您的健康狀況需要進行「快速上訴」，我們將會為您進行快速上訴。
- 獲得「快速上訴」的規定與本章第 5.2 節獲得「快速承保決定」的規定相同。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

**步驟 2：要求我們的計劃進行上訴或快速上訴**

- 如果您要求標準上訴，請您提交書面的標準上訴。您也可打電話要求上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，請您提交書面上訴或致電我們。第 2 章有聯絡資訊。
- 您必須在我們告知您承保決定的答覆，而所寄送的書面通知日期起 60 個日曆日內提出上訴要求。如果您錯過此期限，但您有錯過期限的正當理由，請在提出上訴時說明您延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。正當理由可能例如：因重病使您無法與我們聯絡，或如果我們對您上訴要求所提供的截止日期資訊錯誤或不完整。
- 您可以索取有關您醫療決定的副本。您和您的醫生可以提供更多資訊作為您上訴的佐證。我們獲准向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。

**步驟 3：我們會審查您的上訴並給您答覆。**

- 當我們的計劃在審查您的上訴時，我們會仔細審核所有資訊。我們會查看以確認在拒絕您的申請時，我們是否有遵守所有規定。
- 我們將視需要蒐集更多的資訊，並可能聯絡您或您的醫生。

**「快速上訴」的期限**

- 針對快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前答覆。
  - ◆ 但若您的要求屬於醫療項目與服務，或您要求延長時間，或如果我們需要更多對您有利的資訊，則**我們最長可花費達 14 天**。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您的要求是針對 Medicare 計劃 B 部分的處方藥，則我們不得延長時間。
  - ◆ 如果我們不能在 72 個小時內 (或者如果我們在延長期間結束前) 沒有給您答覆，我們必須自動將您的要求轉到 2 級上訴流程，在此您的上訴將由獨立審查組織進行審查。第 5.4 節說明 2 級上訴流程。
- 如果我們的答覆是**同意您部分或全部要求**，我們必須在收到您上訴後 72 小時內，授權或提供我們同意提供的保險。
- 如果我們的答覆是**拒絕您部分或全部要求**，我們會自動將您的上訴提交給獨立審查組織進行 2 級上訴。獨立審查組織在收到您的上訴時，將會書面通知您。

**「標準上訴」的期限**

- 針對標準上訴，我們必須在收到您上訴後 30 個日曆日內給您答覆。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，而且您的上訴是與您尚未獲得之 B 部分處方藥的保險有關，我們將會在收到您上訴後的 7 個日曆日內給您答覆。如果您的健康狀況使我們必須更快作出決定，我們會提前給您答覆。

- ◆ 但若您的要求屬於醫療項目與服務，或您要求延長時間，或如果我們需要更多對您有利的資訊，則我們最長可花費達 14 個日曆日。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將不得花費額外時間來作決定。
- ◆ 如果您認為我們不應花費更多的天數，您可對提交「快速投訴」。如果您提出快速投訴，我們將會在 24 小時內針對您的投訴給您答覆。（針對投訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）
- ◆ 如果我們未能在截止日期（或在延長期限結束前）前給您答覆，我們將把您的要求送交 2 級上訴，將會由獨立審查組織審查上訴。第 5.4 節說明 2 級上訴流程。
- 如果您的要求屬於醫療項目或服務，而我們的答覆是同意您部分或全部要求，則我們必須在 30 個日曆日內授權或提供保險，或者您的要求屬於 Medicare 計劃 B 部分的處方藥，則需在 7 個日曆日內。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部的上訴，我們會自動將您的上訴送交獨立審查組織進行 2 級上訴。

#### 第 5.4 節 — 逐步說明：如何進行 2 級上訴

##### 法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」。有時稱為「IRE」。

獨立審查組織是經由 Medicare 聘請的獨立組織。其與我們沒有關聯，也不是政府機構。此組織判定我們所做的決定是否正確或應變更。其工作由 Medicare 監督。

##### 步驟 1：獨立審查組織審查您的上訴。

- 我們會將有關您上訴的資訊寄給該組織。這些資訊稱為您的「個案檔案」。您有權向我們索取您個案檔案的副本。我們獲准向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。
- 您有權向獨立審查組織提供更多資訊，來為您的上訴提供佐證。
- 獨立審查組織的審議人將會仔細審核與您上訴相關的所有資訊。

##### 如果您曾提出 1 級「快速上訴」，您在 2 級上訴中也將可進行「快速上訴」

- 針對快速上訴，審查組織必須在收到您上訴後 72 小時內，對您的 2 級上訴給答覆。
- 然而，如果您的要求屬於醫療項目或服務，且獨立審查組織需要蒐集更多對您有利的資訊，則其最多可花費 14 個以上的日曆日。如果您的要求屬於 Medicare 計劃 B 部分的處方藥，則獨立審查組織將不得花費額外時間來作決定。

**如果您曾提出 1 級「標準上訴」，您的 2 級上訴也將以「標準上訴」的方式進行**

- 如果您的要求屬於醫療項目或服務，審查組織必須在收到您上訴後 **30 個日曆日內**，對您的 2 級上訴給予答覆。如果您的要求屬於 Medicare 計劃 B 部分的處方藥，審查組織必須在收到您上訴後 **7 個日曆日內**，對您的 2 級上訴給予答覆。
- 然而，如果您的要求屬於醫療項目或服務，且獨立審查組織需要蒐集更多對您有利的資訊，則其最多可花費 14 個以上的日曆日。如果您的要求屬於 Medicare 計劃 B 部分的處方藥，則獨立審查組織將不得花費額外時間來作決定。

**步驟 2：獨立審查組織給您他們的答覆。**

獨立審查組織將會對您以書面告知其決定，並說明其理由。

- 如果審查組織對醫療項目或服務的部分或全部要求表示同意，我們必須在收到審查組織關於標準要求的決定後，於 **72 小時內**授權醫療護理保險，或在 **14 天個日曆日內**提供服務。針對加急要求，我們則必須在收到審查組織的決定日起的 **72 小時**授權或提供。
- 如果審查組織對 Medicare 計劃 B 部分的處方藥的部分或全部要求表示同意，我們必須在收到審查組織關於標準要求的決定後，於 **72 小時內**授權或提供 Medicare 計劃 B 部分的處方藥。針對加急要求，我們則必須在收到審查組織的決定日起的 **24 小時**授權或提供。
- 如果該組織拒絕您部分或全部的上訴，這表示該組織同意我們的決定，認為您的醫療護理保險申請（或您申請中的部分要求）不應獲得核准。（此稱為「維持決定」或「駁回您的上訴」。）
- 在此情況下，獨立審查組織將會向您寄送信函：
  - ◆ 說明其決定。
  - ◆ 如果醫護保險的價值到一定的最低限度，則會通知您具有 3 級上訴的權利。您從獨立審查組織收到的書面通知，將會告訴您所需符合的美元金額才能繼續上訴程序。
  - ◆ 也就是告訴您如何提交 3 級上訴。

**步驟 3：如果您的個案符合規定，您可選擇是否要提出進一步上訴。**

- 在 2 級上訴之後，上訴流程還有三個級別（共有五級上訴）。如果您要進行 3 級上訴，在您 2 級上訴後所收到的書面通知中有如何進行的詳細說明。
- 3 級上訴是由行政法官或律師裁判官處理。本章的第 9 節有 3、4、5 級上訴流程的說明。



---

**第 5.5 節 — 如果您要求我們支付您收到的醫療護理帳單中我們應分擔的費用該怎麼辦？**

---

第 7 章說明何時您需要申請補償，或對您已收到來自保健業者的帳單進行支付。該節也會說明如何寄送申請給付的書面文件給我們。

**申請費用報銷就是要求我們作出承保決定**

如果您將申請報銷的文件寄給我們，則您將要求承保決定。為了做此決定，我們將會核查您所支付的醫護屬於承保服務。我們也將核查您是否遵守所有規定來使用醫護的承保範圍。

- 如果我們同意您的要求：如果醫護屬於承保範圍，並且您遵守所有規定，我們將在收到您要求後 60 個日曆日內，向您支付我們的成本分擔。如果您尚未支付服務費用，我們將直接付款給保健業者。
- 如果我們對您的要求表示拒絕：如果醫療護理不屬於承保範圍，或者您沒有遵守所有規定，我們將不會寄送付款，反之，我們將會寄信給您，告知您我們將不會給付該服務，並說明理由。

如果您對我們的拒絕決定有異議，您可提出上訴。如果您提出上訴，這意味著您要求我們改變在拒絕您的付款請求時作出的承保決定。

如要提出此上訴，請遵循我們在第 5.3 節中所說明的上訴流程。針對有關補償的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您上訴後 60 個日曆日內給您答覆。如果您要求我們償還您已接受並支付的醫護費用，則您不得要求快速上訴。
- 如果獨立審查組織判定我們應該給付，我們必須在 30 個日曆日內向您或保健業者付款。如果我們在您 2 級上訴後之上訴流程中的任何階段核准您的上訴，我們必須在 60 個日曆日內將您申請的給付寄給您或醫護人員。

## 第 6 節 — 您的計劃 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴

### 第 6.1 節 — 如果您在獲得 D 部分藥物時有問題，或者您希望我們向您償還 D 部分藥物的費用，本節將會告訴您該怎麼做

您的理賠福利包括許多處方藥的承保。如欲取得承保，藥物必須用於醫學上公認的適應症。（請參閱第 5 章以瞭解更多有關醫學上公認的適應症資訊）。有關 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請參閱第 5 章和第 6 章。本節僅涉及您的計劃 D 部分藥物。為了簡單起見，我們一般在本節的其他部分將使用「藥物」一詞，而不是每次重複「承保門診處方藥」或「D 部分藥物」。我們也使用「藥物清單」一詞代替「承保藥物」，或《2023 年完整承付藥物手冊》。

- 如果您不知道某藥物是否承保，或您是否符合規定，請向我們洽詢。部分藥物需要您得到我們的核准後，我們才會為您承保藥物。
- 如果藥房告知您，您的處方藥無法按醫生要求配領，您會收到藥房發出的書面通知，說明如何與我們聯絡以尋求承保決定

### Medicare 計劃 D 部分承保決定及上訴

#### 法律術語

有關您 D 部分藥物的初步承保決定稱為「承保判定」。

承保決定是我們針對您的理賠福利和承保範圍，或者為您給付的金額所作的決定。本節說明如果您處於以下情形可以如何處理：

- 要求我們承保未列於《2023 年完整承付藥物手冊》的 Medicare 計劃 D 部分藥物。要求例外處理。第 6.2 節。
- 要求我們免除本計劃對某項藥物的承保限制（例如對您能獲得多少藥量的限制）。要求例外處理。第 6.2 節。
- 要求對較高成本分擔層級的承保藥物支付較低的成本分擔額。要求例外處理。第 6.2 節。
- 要求我們以取得藥物的事先核准。要求承保決定。第 6.4 節
- 給付您已購買的處方藥。要求我們償還。第 6.4 節。

如果您對我們作出的承保決定有異議，您可對我們的決定進行上訴。

本節將告訴您如何要求作出承保決定以及如何申請上訴。

## 第 6.2 節 — 什麼是例外處理？

### 法律術語

要求承保未列於藥物清單上的藥物有時稱為「承付藥物手冊例外處理」。  
請求取消某項藥物的承保限制有時稱為申請「承付藥物手冊例外處理」。  
要求對承保非首選藥物支付較低的價格，有時被稱為要求「層級例外處理」。

如果藥物沒有按照您希望的方式獲得承保，您可要求我們進行「例外處理」。例外處理是一種承保決定。

為讓我們審核您的例外要求，您的醫生或其他處方醫師需要說明您需要例外批准的醫療理由。以下是三個您或醫生或其他處方開立者可要求我們做出例外處理的範例：

1. **為您承保不在「藥物清單」上的 Medicare 計劃 D 部分藥物。** 如果我們同意承保不在「藥物清單」上的藥物，您將需要支付層級 4 (非首選品牌藥) 或層級 2 (學名藥) 所適用的成本分擔額。您不能對您所支付藥物的成本分擔額，要求例外處理。
2. **移除對承保藥物的限制。** 第 5 章描述了適用於我們藥物清單中某些藥物的額外規則或限制。如果我們同意做出例外處理，並為您免除限制，您可要求針對我們要求您為藥物支付的共付額或共保額做出例外處理。
3. **將藥物的承保項目改為較低的成本分擔層級。** 藥物清單上的每種藥物均屬於六個成本分擔層級中的其中一個層級。一般情形下，成本分擔層級越低，您所需支付的藥物分擔費用越少。
  - ◆ 如果藥物清單中可治療您疾病的替代藥物，且與您的藥物相比，該替代藥物屬於較低成本分擔層級，則您可要求我們以適用於該替代藥物的成本分擔額來承保您的藥物。
    - 如果您正在服用的藥物是品牌藥，您可要求我們以適用於包含可治療您疾病之替代品牌藥的最低層級成本分擔額來承保您的藥物。
    - 如果您正在服用的藥物是非品牌藥，您可要求我們以適用於包含可治療您疾病之替代品牌藥或非品牌藥的最低層級成本分擔額來承保您的藥物。
  - ◆ 您不能要求我們更改層級 5 (專科層級藥物) 內任何藥物的成本分擔層級。
  - ◆ 如果我們核准您層級例外處理的要求，且您不能服用的替代藥物有一個以上較低的成本分擔層級，則您通常僅支付最低金額。

## 第 6.3 節 — 有關申請例外處理的重要須知

### 您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方開立者必須向我們提供聲明，以解釋請求例外處理的醫療理由。如欲更快得知決定，在申請例外處理時，請附上由您醫生或其他處方開立者所提供的上述醫療資訊。

**1-800-443-0815 (聽障及語障電話專線: 711)**，每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

通常，我們的藥物清單包括一種以上治療特定病症的藥物。這些不同的可能性稱為「替代」藥物。如果某種替代藥物與您請求的藥物同樣有效，且不會引起更多的副作用或其他健康問題，我們一般不會核准您提出的例外處理請求。如果您向我們提出層級例外處理請求，除非所有較低成本分擔層級的替代藥物對您皆無效或可能導致不良反應或其他傷害，否則我們一般不會核准您提出的例外處理申請。

#### 我們可能會核准也可能會拒絕您的申請

- 如果我們核准您提出的例外處理申請，我們的核准通常在計劃年度的年底之前均有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，而且該藥物對治療您的病症仍然安全有效，核准在年底之前皆會維持有效。
- 如果我們拒絕您的要求，您可提出上訴要求再次審查。

#### 第 6.4 節 — 逐步說明：如何要求作出承保決定，其中包括例外處理

##### 法律術語

「快速承保決定」稱為「加急承保判定」。

**步驟 1：決定您是否需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。**

「標準承保決定」是我們在收到您的醫生聲明後，於 **72 小時**內作出的決定。「快速承保決定」是我們在收到您的醫生聲明後，於 **24 小時**內作出的決定。

請視您的健康狀況所需，要求我們提供「快速承保決定」。如欲獲得快速承保決定，您必須符合兩個要求：

- 您要求的屬於您尚未取得的藥物（針對您已購買的藥物，您不能要求費用償還的快速承保決定。）
- 使用標準期限可能對您的健康造成嚴重危害，或損害您的身體機能。
- 如果您的醫生或其他處方醫師告訴我們，您的健康狀況需要「快速承保決定」，我們將自動為您提供快速承保決定。
- 如果您自行要求快速承保決定，而沒有您的醫生或其他處方醫師的佐證，則我們將視您的健康狀況所需，以決定是否提供您快速承保決定。如果我們未能核准快速承保決定，我們會寄信給您：
  - ◆ 說明我們將採用標準期限。
  - ◆ 說明如果快速承保決定若經您的醫生或其他處方醫生所要求，則我們將自動提供您快速承保決定。
  - ◆ 告訴您有關您所要求，而我們給您標準承保決定，而非快速承保決定時，您如何提交「快速投訴」。我們將會在收到的 **24 小時**內回覆您的投訴。

**步驟 2：要求「標準承保決定」或「快速承保決定」。**

首先致電、寫信或發傳真給我們的計劃，要求我們授權或為您希望獲得的醫療護理提供承保。您也可以透過我們的網站進行承保決定流程。我們必須接受所有書面請求，包括透過 CMS Model Coverage Determination Request Form 提交的請求，您可在我們的網站上獲取該表格。第 2 章有聯絡資訊。為幫助我們處理您的要求，請務必包含您的姓名、聯絡人資訊，並指明哪項索賠經上訴而遭到拒絕。

您本人、您的醫生(或其他處方醫師) 或您的代表均可對此處理。您也可以請律師代表您行事。本章的第 4 節介紹了您如何給予書面許可讓他人擔任您的代表。

- 如果您要申請例外處理，請提供「佐證聲明」以作為例外處理的醫療理由。您的醫生或其他處方醫師可用傳真或信函方式，提供給我們該聲明。或者您的醫生或其他處方醫師也可先打電話給我們，然後如有必要，再將書面聲明傳真或郵寄給我們。

**步驟 3：我們審核您的要求並給您答覆。****「快速承保決定」的期限**

- 我們一般必須在收到您要求後 **24 小時內** 給您答覆。
  - ◆ 針對例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後 **24 小時內** 給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前答覆。
  - ◆ 如果我們未能符合該期限，則我們必須將您的要求送交 2 級上訴流程，將由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部要求，則我們必須在收到您要求，或您醫生為您要求所提供的佐證聲明後 24 小時內，提供我們已同意的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部要求，我們會寄發書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您如何能提出上訴。

**與您尚未收到之藥物有關的「標準承保決定」期限**

- 我們一般必須在收到您要求後 **72 小時內** 給您答覆。
  - ◆ 針對例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後 72 小時內給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前答覆。
  - ◆ 如果我們未能符合該期限，則我們必須將您的要求送交 2 級上訴流程，將由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部要求，則我們必須在收到您要求，或您醫生為您要求所提供的佐證聲明後 **72 小時內**，提供我們已同意的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部要求，我們會寄發書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您如何能提出上訴。

### 與您已購藥物之給付有關的「標準承保決定」期限

- 我們必須在收到您申請後的 14 個日曆日內給您答覆。
  - ◆ 如果我們未能符合該期限，則我們必須將您的要求送交 2 級上訴流程，將由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部要求，則我們一樣必須在收到您要求後 30 個日曆日內向您提供給付。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部要求，我們會寄發書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您如何能提出上訴。

#### 步驟 4：如果我們拒絕您的承保要求，您可提出上訴。

如果我們拒絕，則您有權藉由提出上訴來要求我們重審該項決定。這表示再次要求，以取得您想要的藥物承保。如果您提出上訴，這表示您將進入上訴流程的 1 級。

### 第 6.5 節 — 逐步說明：如何提出 1 級上訴

<b>法律術語</b>	針對本計劃 D 部分藥物承保決定所提出的上訴稱為計劃「重新判定」。「快速上訴」也稱為「加快重新判定」。
-------------	---

#### 步驟 1：決定您是否需要「標準上訴」或「快速上訴」。

「標準上訴」一般在 7 天內提出。「快速上訴」一般在 72 小時內提出。如果您因健康狀況所需，請要求進行「快速上訴」。

- 如果我們針對您尚未獲得的藥物作出決定而您欲針對我們的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫師將需要決定您是否需要進行「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」的規定與本章第 6.4 節獲得「快速承保決定」的規定相同。

**步驟 2：** 您本人、您的代表、醫生，或其他的處方醫生必須聯絡我們並提出您的 1 級上訴。如果您的健康狀況需要本計劃作出迅速的回應，您必須要求進行「快速上訴」。

- 對於標準上訴，請提交書面請求。第 2 章有聯絡資訊。
- 針對快速上訴，除提交書面上訴外，也可致電我們：**1-800-443-0815**。第 2 章有聯絡資訊。
- 我們必須接受所有書面請求，包括透過 CMS Model Coverage Determination Request Form 提交的請求，您可在我們的網站上獲取該表格。為幫助我們處理您的要求，請務必包含您的姓名、聯絡人資訊，以及有關您索賠的資訊。
- 您必須在我們告知您承保決定的答覆，而所寄送的書面通知日期起 60 個日曆日內提出上訴要求。如果您錯過此期限，但您有錯過期限的正當理由，請在提出上訴時說明您延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。正當理由可能例如：因重病使您無法與我們聯絡，或如果我們對您上訴要求所提供的截止日期資訊錯誤或不完整。
- 您可索取有關您上訴相關資訊的副本，並提供更多資訊。您和您的醫生可以提供更多資訊作為您上訴的佐證。我們獲准向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。

**步驟 3：** 我們會審查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承保請求的所有資訊。我們會查看以確認在拒絕您的申請時，我們是否有遵守所有規定。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方開立者，以獲得更多資訊。

#### 「快速上訴」的期限

- 針對快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前答覆。
  - ◆ 如果我們在 **72 小時內** 沒有給您答覆，我們必須將您的要求提交 2 級上訴流程，將由獨立審查組織進行審查。第 6.6 節說明 2 級上訴流程。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部要求，我們必須在收到您上訴後 **72 小時內** 提供我們已同意的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部要求，我們將會寄發書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由以及您如何能上訴我們的決定。

### 針對您尚未接受藥物的「標準上訴」期限

- 針對標準上訴，我們必須在收到您上訴後 **7 個日曆日內** 給您答覆。如果您尚未收到藥物，而且您因健康狀況所需，我們將更快給您決定。
  - ◆ 如果我們沒有在 7 個日曆日內為您作出決定，則我們必須將您的要求提交 2 級上訴流程，將由獨立審查組織進行審查。第 6.6 節說明 2 級上訴流程。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部要求，則我們必須在收到您上訴的 **7 個日曆日內**，為您的健康所需儘速提供承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部要求，我們將會寄發書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由以及您如何能上訴我們的決定。

### 針對您已購買藥物的付款的「標準上訴」期限

- 我們必須在收到您申請後的 **14 個日曆日內** 給您答覆。
  - ◆ 如果我們未能符合該期限，則我們必須將您的要求送交 2 級上訴流程，將由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們的答覆是同意您部分或全部要求，則我們一樣必須在收到您要求後 **30 個日曆日內** 向您提供給付。
- 如果我們的答覆是拒絕您部分或全部要求，我們會寄發書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您如何能提出上訴。

**步驟 4：** 如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否要繼續進行上訴流程以提出進一步上訴。

- 如果您決定再次提出上訴，這表示您的上訴將進入 2 級上訴流程。

### 第 6.6 節 — 逐步說明：如何提出 2 級上訴

#### 法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查實體**」。有時稱為「**IRE**」。

獨立審查組織是經由 Medicare 聘請的獨立組織。其與我們沒有關聯，也不是政府機構。此組織判定我們所做的決定是否正確或應變更。其工作由 Medicare 監督。



**步驟 1：** 您本人（或您的代表、醫生或其他處方醫師）必須與獨立審查組織聯絡，並要求審查您的個案。

- 如果我們拒絕您的 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包括有關向獨立審查組織如何提出 2 級上訴的說明。這些說明會告訴您誰能提出此 2 級上訴、您必須遵守的期限，以及如何與審查組織聯絡。然而，如果我們未能在適當期限內完成審查，或未能就藥物管理計劃下的「風險」判定作出有利決定，我們會自動向 IRE 提交您的索賠。
- 我們會將有關您上訴的資訊寄給該組織。這些資訊稱為您的「個案檔案」。您有權向我們索取您個案檔案的副本。我們獲准向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。
- 您有權向獨立審查組織提供更多資訊，來為您的上訴提供佐證。

**步驟 2：** 獨立審查組織審查您的上訴。

獨立審查組織的審議人將會仔細審核與您上訴相關的所有資訊。

#### 「快速上訴」的期限

- 如果您因健康狀況所需，請要求獨立審查組織作出「快速上訴」。
- 如果審查組織同意為您提供快速上訴，審查組織必須在收到您上訴請求後 **72 小時內**，針對您的 2 級上訴給予答覆。

#### 「標準上訴」的期限

- 針對標準上訴，如果是為您尚未取得的藥物，審查組織必須在收到您上訴後 **7 個日曆日內**，針對您的 2 級上訴給予答覆。如果您要求我們償還您已購買的藥物費用，審查組織必須在收到您申請後的 **14 個日曆日內** 針對您的 2 級上訴給您答覆。

**步驟 3：** 獨立審查組織給您他們的答覆。

針對「快速上訴」：

- 如果獨立審查組織同意您部分或全部要求，我們必須在收到審查組織決定後 **24 小時內**，提供審查組織所核准的藥物承保。

針對「標準上訴」：

- 如果獨立審查組織同意您部分或全部要求，我們必須在收到審查組織決定後 **72 小時內**，提供審查組織所核准的藥物承保。
- 如果獨立審查組織同意部分或全部要求，以向您償還您已購買的藥物費用，則我們必須在收到審查組織決定後 **30 個日曆日內**，將給付款項寄送給您。

### 如果審查組織拒絕您的上訴該怎麼辦？

如果該組織拒絕您部分或全部上訴，這表示他們同意我們針對您要求 (或您部分要求) 所做的決定。（這稱為「維持決定」，也稱為「駁回您的上訴」。）在此情況下，獨立審查組織將會向您寄送信函：

- 說明其決定。
- 如果您所要求藥物承保的美元價值到一定的最低限度，則會通知您具有 3 級上訴的權利。如果您請求藥物承保的金額過低，您即不能進一步上訴，這意味著 2 級上訴的決定是最終決定。
- 告訴您美元價值必須在有爭議的情況下方可繼續上訴流程。

### 步驟 4：如果您的個案符合規定，您可選擇是否要提出進一步上訴。

- 在 2 級上訴之後，上訴流程還有三個級別（共有五級上訴）。
- 如果您要繼續進行 3 級上訴，在您 2 級上訴決定所收到的書面通知中，有提供如何進行的詳細說明。
- 3 級上訴是由行政法官或律師裁判官處理。本章的第 9 節將向您詳細介紹 3、4、5 級的上訴流程。

## 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

在您入住醫院時，您有權獲得傷病診斷和治療所需的所有承保醫院服務。

在您的承保住院期間，您的醫生和醫院工作人員將與您合作，為您的出院日做好準備。他們會幫助安排您出院後可能需要的醫護服務。

- 您離開醫院的日期稱為「出院日期」。
- 當您的出院日期確定後，您的醫生或醫院工作人員會告訴您。
- 如果您認為被要求過早出院，您可要求延長住院時間，您的請求會獲得考慮。

---

### 第 7.1 節 — 您在住院期間將會收到 Medicare 告知您權利的書面通知

---

在入住醫院兩天內，您將會收到一份書面通知，稱為「有關您權利的 Medicare 重要訊息」。所有 Medicare 的會員都會收到一份該通知的副本。如果您未從醫院的相關人員（例如社工或護士）得到通知，請向醫院員工索取。如果您需要協助，請致電會員服務部或 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（聽障及語障電話專線：**1-877-486-2048**）。

- **請仔細閱讀該通知**，如果您有不懂之處，請提出問題。這告訴您：
  - ◆ 您在住院期間和出院之後，按照醫生醫囑獲得 Medicare 承保服務的權利。這包括瞭解服務內容、誰為服務付費以及您在何處可以獲得服務的權利。
  - ◆ 您有權參與有關您住院的任何決定。
  - ◆ 向何處通報您對醫院醫療護理品質的任何疑慮。
  - ◆ 在您認為自己過早出院，則您有權對此出院決定**要求立即審查**。此為正式且合法的方式來要求延遲您的出院時間，使我們承保您所延長的醫院醫護服務。
- **您必須簽署書面通知**，表示您已收到通知並瞭解您的權利。
  - ◆ 您或您的代表必須簽署該通知。
  - ◆ 簽署通知**僅**表示您有收到與您權利有關的資訊。通知並沒有說明您的出院日期。簽署通知並**不**表示您同意出院日期。
- **請隨手存儲通知的副本**，以便在您需要時備有提出上訴（或提出醫護品質相關疑慮）的資訊。
  - ◆ 如果您在出院之前兩天以上簽署該通知，您將在預定出院日期前收到另一份副本。
  - ◆ 如果要事先查閱該通知的副本，您可致電會員服務部或 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。您也可以在线上查看通知，網址為：  
**[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)**。

---

### 第 7.2 節 — 逐步說明：如何提出 1 級上訴以變更您的醫院出院日期

---

如果您希望我們延長對您住院服務的承保，您需要採用上訴流程提出此請求。在您開始之前，請瞭解您需要採取的行動及相關期限。

- **遵守流程。**
- **遵守期限。**
- **如有需要，請尋求協助。** 如果您有任何疑問或需要協助，請致電會員服務部。或致電您的 State Health Insurance Assistance Program，這是一個提供個人化協助的政府組織。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

在 1 級上訴期間，品質改進組織會審查您的上訴。該組織會核查您的預定出院日期在醫療上對您是否適當。

品質改進組織是一個由聯邦政府所支付的醫生和其他保健專業人員團體，負責核查和幫助改善 Medicare 會員的醫護品質。這包括審查 Medicare 入保者的出院日期。這些專家不屬於本計劃的一部分。

**步驟 1：**請聯絡您所在州的品質改進組織，並要求立即審查您的醫院出院情況。您必須快速行動。

**您如何與該組織聯絡？**

您收到的書面通知 (**An Important Message from Medicare About Your Rights**) 會告訴您如何與該組織聯絡。或在第 2 章找到您所在州的品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。

**迅速採取行動**

- 如欲提出上訴，您必須在出院之前與品質改進組織聯絡，最遲不得晚於您的預定出院日。
  - ◆ 如果您符合該期限，在您等候品質改進組織對您上訴作出決定的期間，您可在出院日期之後留在醫院，而無需為此付費。
  - ◆ 如果您錯過此期限，而您決定在預定出院日期之後繼續住院，您可能必須支付您在預定出院日期之後獲得之醫院醫療護理的所有費用
- 如果您針對您的上訴事宜錯過與品質改進組織聯絡的期限，您可直接改向本計劃提出上訴。如要了解此提交上訴的其他方法，詳情請參閱第 7.4 節。

一旦您要求立即審查您的出院情況，品質改進組織將會與我們聯絡。在我們連續後的第二天中午，我們會給您「出院的詳細通知」。該通知提供您的預定出院日期，並詳細說明為何您的醫生、醫院或我們認為您將出院的該日期是正確的。

您可致電會員服務部或撥打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，索取「出院詳細通知」範本，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。（聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。）或者您可以在線上查看樣本通知，網址為：

**[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)**。

**步驟 2：品質改進組織對您的個案進行獨立審查。**

- 品質改進組織的健康專業人員（「審議人」）將會詢問您（或您的代表），為何您認為應繼續該服務的承保。您無需準備任何書面資料，但如果您願意，您也可以準備。
- 審查人員也將審查您的醫療資訊，與您的醫生討論，並審查由醫院和本計劃提供的資訊。
- 在當日中午前經審議人通知我們您的上訴，則您將收到我們的書面通知，告知您的預定出院日期。該通知也詳細說明為何您的醫生、醫院以及我們，為何認為您即將出院的日期是正確的（醫療上適當的）。

**步驟 3：在收到所有必要資訊後的一天內，品質改進組織將針對您的上訴給您答覆。****如果答覆是核准將會如何？**

- 如果審查組織同意，只要這些服務是醫療上必要的，則我們必須繼續為您提供住院醫院服務的承保。
- 您將必須繼續支付您應分擔的費用（例如適用的免賠額或共付額）。此外，您的承保住院服務可能會有限制。

**如果答覆是拒絕將會如何？**

- 如果審查組織**拒絕**，這表示他們認為您的預定出院日期在醫療上是適當的。如果發生這種情況，我們為您提供的住院服務承保將在品質改進組織針對您的上訴給您答覆的次日中午終止。
- 如果審查組織拒絕您的上訴且您決定繼續住院，那麼您可能必須為您在品質改進組織針對您的上訴給您答覆次日中午之後所接受的醫院醫護服務支付全額費用。

**步驟 4：如果您的 1 級上訴的結果為拒絕，您可決定是否要提出進一步上訴。**

如果品質改善組織對您的上訴表示**拒絕**，且您在預定出院日期後仍留在醫院，您可再次提出上訴。提出進一步上訴意味著您將進入「2 級」上訴流程。

**第 7.3 節 — 逐步說明：如何提出 2 級上訴以變更您的醫院出院日期**

在 2 級上訴期間，您要求品質改進組織再次審查他們對您第一次上訴所做的決定。如果品質改進組織駁回您的 2 級上訴，您可能必須在預定出院日期之後，支付全額住院費用。

**步驟 1：請與品質改進組織聯絡，並要求再次進行審查。**

您必須在品質改進組織對您的 1 級上訴表示**拒絕**的當天起，在 **60 個日曆日**內要求進行此**審核**。只有在您於醫護承保結束日期後還繼續住院的情形下，您才能夠申請此項審查。

**步驟 2：品質改進組織將會針對您的情況進行第二次審查。**

品質改進組織的審查人員將會再次仔細查看有關您上訴的所有資訊。

**步驟 3：** 在收到您 2 級上訴要求後 14 個日曆日內，審議人將會針對您的上訴作出決定，並且告訴您該決定。

**如果審查組織的答覆是核准：**

- 我們必須向您償還您在品質改進組織駁回您第一次上訴次日中午起接受的醫院醫療護理費用中我們的分擔費用。只要您的承保住院醫療護理是醫療上必要的，我們必須繼續為您提供這項服務。
- 您必須繼續支付您應分擔的費用，而且可能有承保限制。

**如果審查組織的答覆是拒絕：**

- 這說明他們同意在您 1 級上訴時所作的決定。這稱為「維持決定」。
- 您收到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續進行審查流程，您該採取什麼行動。

**步驟 4：** 如果答覆是拒絕，您將需決定您是否要進一步進入 3 級上訴。

- 在 2 級上訴之後，上訴流程還有三個級別（共有五級上訴）。如果您要進行 3 級上訴，在您 2 級上訴決定所收到的書面通知中，有提供如何進行的詳細說明。
- 3 級上訴是由行政法官或律師裁判官處理。本章第 9 節將向您詳細介紹 3、4、5 級的上訴流程。

#### 第 7.4 節 — 如果您錯過了提出 1 級上訴的期限該如何處理？

##### 法律術語

「快速審查」（或「快速上訴」）也稱為「加急上訴」。

#### 您可轉而向我們提出上訴

如上所述，您必須迅速採取行動並與品質改進組織聯絡，以啟動您出院日期的 1 級上訴。如果您錯過了與品質改進組織聯絡的期限，則有其他方法可以提出您的上訴。

如果您採用另一種方法提出上訴，前兩個上訴級別是不同的。

#### 逐步說明：如何提出 1 級替代上訴

**步驟 1：** 與我們聯絡並要求進行「快速審查」。

- 要求「快速審查」。這意味著您要求我們在給您答覆時採用「快速」期限而非「標準」期限。第 2 章有聯絡資訊。

**步驟 2：** 我們將會針對您的預定出院日期進行「快速審查」，以確認其是否具有醫療適當性。

- 在這一次審查期間，我們會查看有關您住院的所有資訊。我們會核查您的預定出院日期在醫療上是否適當。我們會了解有關您離開醫院的決定是否公平，並且符合所有規定。

**步驟 3：** 在您要求「快速審查」後 72 小時內，我們將告知您我們的決定。

- 如果我們對您的上訴表示同意，這表示我們已同意您在出院日期後仍需住在醫院。只要是醫療上必要的，我們將繼續為您提供住院病人醫院服務的承保。這也意味著我們同意向您償還從我們表示您的承保結束日期起，我們對於您所接受之醫護費用的分擔額。（您必須支付您應分擔的費用，而且可能有承保限制。）
- 如果我們拒絕您的上訴，即表示我們認為您的預定出院日期是醫療上適當的。我們對您的住院服務承保會在我們認為承保應該結束的日期結束。
- 如果您在預定出院日期之後繼續住院，則您可能必須為您在預定出院日期後所接受的醫院醫療護理支付全額費用。

**步驟 4：** 如果我們拒絕您的上訴，您的個案將會自動提交到下一級的上訴流程。

逐步說明：2 級替代上訴流程

**法律術語**

「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」，有時稱為「IRE」。

獨立審查組織是經由 Medicare 聘請的獨立組織。其與我們的計劃並無關聯，也不是政府機構。此組織判定我們所做的決定是否正確或應變更。其工作由 Medicare 監督。

**步驟 1：** 我們會自動將您的個案提交給獨立審查組織。

當我們拒絕您第一次上訴的 24 小時內，我們需將您的 2 級上訴資訊寄送給獨立審查組織。（如果您認為我們沒有遵守我們的期限，您可以提出投訴。本章的第 10 節告訴您如何提出投訴。）

**步驟 2：** 獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織的審議人將仔細查看有關您出院上訴的所有相關資訊。
- 如果該組織對您的上訴表示同意，則您自預訂出院日期起所接受的醫院醫護服務，我們必須償還您屬於我們的成本分擔。只要您的住院服務是醫療上必要的，我們也將必須繼續為您提供本計劃承保的住院服務。您必須繼續支付您應分擔的費用。如果有承保限制，這些可能會限制我們將向您償還的金額或我們繼續承保您服務的時間。
- 如果該組織拒絕您的上訴，這表示他們同意您的預定出院日期是醫療上適當的。
  - ◆ 您從獨立審查組織所收到的書面通知，將會告訴您如何以審查流程啟動 3 級上訴，並由行政法官或律師裁判官處理。

**步驟 3：** 如果獨立審查組織駁回您的上訴，您可選擇是否再次進行上訴。

- 在 2 級上訴之後，上訴流程還有三個級別（共有五級上訴）。如果審議人對您的 2 級上訴表示拒絕，您可決定是否要接受其決定，或持續到 3 級上訴。
- 本章第 9 節將向您詳細介紹 3 級、4 級和 5 級上訴流程。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

## 第 8 節 — 如果您認為您的承保結束過早，如何要求我們繼續承保特定的醫療服務

### 第 8.1 節 — 本節僅介紹三項服務：居家健康護理、專業護理院醫療護理和綜合門診復健設施 (CORF) 服務

當您取得居家健康服務、專業護理或復健服務（綜合門診復健設施）時，只要該醫護是診斷和治療您的疾病或受傷所需，您有權持續獲得此類醫護的承保服務。

當我們決定停止為您承保這三類醫護中的任何一項醫護服務時，我們必須事先告訴您。當您的醫護服務承保結束時，我們將停止支付我們在您的醫護費用中應付的分擔費用。

如果您認為我們太快終止您的醫護服務保險，您可針對我們的決定提出上訴。本節將會告訴您如何提出上訴。

### 第 8.2 節 — 當您的承保即將結束時，我們將會事先告訴您

<b>法律術語</b>	<b>Medicare 不承保通知</b> 告訴您如何要求「快速上訴」。申請快速上訴是以一種正式合法的方式，要求本計劃改變何時結束您醫護的承保決定。
-------------	--

1. 您至少在我們計劃停止您醫護承保的兩天前，會收到書面通知。該通知告訴您：

- 我們將停止您醫護承保的日期。
- 如何提出「快速上訴」，要求我們延長您醫護的承保時間。

2. 您或您的代表必須簽署該書面通知，以表示您已收到。簽署該通知僅表示您有收到與您保險何時終止有關的資訊。簽署並不表示您同意本計劃停止醫護的決定。

### 第 8.3 節 — 逐步說明：如何提出 2 級上訴以延長本計劃對您的醫護承保

如果您希望要求我們延長對您醫護的承保，您需要採用上訴流程提出這一個請求。在您開始之前，請瞭解您需要採取的行動及相關期限。

- 遵守流程。
- 遵守期限。
- 如有需要，請尋求協助。如果您有任何疑問或需要協助，請致電會員服務部。或致電您的 State Health Insurance Assistance Program，這是一個提供個人化協助的政府組織。

在 1 級上訴期間，品質改進組織會審查您的上訴。該組織判定您的預定出院日期在醫療上是否適當。



**品質改進組織**是一個由聯邦政府所支付的醫生和其他保健專業人員團體，負責核查和幫助改善 Medicare 會員的醫護品質。這包括審查本計劃何時停止特定類型醫護承保的決定。這些專家不屬於本計劃的一部分。

**步驟 1：提出您的 1 級上訴：請聯絡品質改進組織並要求快速上訴。您必須快速行動。**

**您如何與該組織聯絡？**

- 您收到的書面通知 (**Medicare 不承保通知**) 會告訴您如何與該組織聯絡。或在第 2 章找到您所在州的品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。

**迅速採取行動：**

- 您必須與品質改進組織聯絡，以在「**Medicare 不承保通知**」生效日期的前一天中午啟動您的上訴。

**您與該組織聯絡的期限。**

- 如果您針對您的上訴事宜錯過與品質改進組織聯絡的期限，但您仍希望提出上訴，您必須直接改向本計劃提出上訴。如要了解此提交上訴的其他方法，詳情請參閱第 8.5 節。

**步驟 2：品質改進組織對您的個案進行獨立審查。**

**法律術語**

「**非承保的詳細說明**」。提供詳細終止承保原因說明的通知。

**該審查的步驟如何？**

- 品質改進組織的健康專業人員（「**審議人**」）將會詢問您或您的代表，為何您認為應繼續該服務的承保。您無需準備任何書面資料，但如果您願意，您也可以準備。
- 審查組織也將查看您的醫療資訊，與您的醫生討論，並審查本計劃提供的資訊。
- 在審議人告訴我們您的上訴結束時，您將收到我們的「**不承保的詳細說明**」，詳細解釋我們停止您服務承保的理由。

**步驟 3：在收到所有必要資訊後的一天內，審查人員將會告知您其決定。**

**如果審議人表示同意將會如何？**

- 如果審查人員核准您的上訴，則只要您的**承保服務是醫療上必要的服務**，我們就必須繼續為您提供該承保服務。
- 您將必須繼續支付您應分擔的費用（例如適用的免賠額或共付額）。您的承保服務可能會有限制。

### 如果審議人表示拒絕將會如何？

- 如果審議人對您的上訴表示**拒絕**，則您的承保將在我們告訴您的日期結束。
- 如果您決定在承保結束日期之後繼續接受居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，則您將必須自行支付此醫護服務的全額費用。

#### 步驟 4：如果您的 1 級上訴的結果為拒絕，您可決定是否要提出進一步上訴。

- 如果審議人拒絕您的 1 級上訴，而您選擇在醫護服務承保結束之後仍繼續接受醫護服務，您可再次提出上訴。

### 第 8.4 節 — 逐步說明：如何提出 2 級上訴以延長本計劃對您的醫護承保

在 2 級上訴期間，您要求品質改進組織再次審查對您第一次上訴所做的決定。如果品質改進組織駁回您的 2 級上訴，在我們告訴您承保結束日期之後，您可能必須支付所接受的居家健康護理、專業護理院醫療護理，或綜合門診復健設施 (CORF) 服務的全額費用。

#### 步驟 1：請與品質改進組織聯絡，並要求再次進行審查。

您必須在品質改進組織拒絕您 1 級上訴次日起的 **60 天內**申請此項審查。只有您在醫護承保結束日期後繼續接受醫護的情形下，您才能要求進行此次審查。

#### 步驟 2：品質改進組織將會針對您的情況進行第二次審查。

品質改進組織的審查人員將會再次仔細查看有關您上訴的所有資訊。

**步驟 3：在收到您上訴請求後的 14 天內**，審查人員將會針對您的上訴作出決定，並且將決定告訴您。

#### 如果審查組織同意您的上訴，將會如何？

- 我們必須向您償還從我們表示您的承保結束日期起，我們對於您所接受之醫護費用的分擔額。只要您的醫護服務是醫療上必要的，我們就必須繼續為您提供承保。
- 您必須繼續支付您應分擔的費用，而且可能有承保限制適用。

#### 如果審查組織拒絕您的上訴，將會如何？

- 這說明他們同意在您 1 級上訴時所作的決定。
- 您收到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續進行審查流程，您該採取什麼行動。該通知將會提供如何繼續到下一級上訴的詳細資訊，並由行政法官或律師裁判官處理。

#### 步驟 4：如果答覆是拒絕，您將需決定您是否要進行進一步上訴。

- 在 2 級上訴之後，上訴流程還有三個級別，共有五級上訴。如果您要繼續進行 3 級上訴，在您 2 級上訴決定所收到的書面通知中，有提供如何進行的詳細說明。
- 3 級上訴是由行政法官或律師裁判官處理。本章第 9 節將向您詳細介紹 3、4、5 級的上訴流程。

## 第 8.5 節 — 如果您錯過了提出 1 級上訴的期限該如何處理？

### 您可轉而向我們提出上訴

如上解釋，您必須迅速與品質改進組織聯絡，以啟動您的第一次上訴（最多在一兩天之內）。如果您錯過與該組織聯絡的期限，還有其他方法可以提出您的上訴。如果您採用另一種方法提出上訴，前兩個上訴級別是不同的。

### 逐步說明：如何提出 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：與我們聯絡並要求進行「快速審查」。

- 要求「快速審查」這意味著您要求我們在給您答覆時採用「快速」期限而非「標準」期限。第 2 章有聯絡資訊。

### 步驟 2：我們將會針對我們對何時終止您服務承保所做的決定進行「快速審查」。

- 在此次審查期間，我們會再一次審查有關您個案的所有資訊。我們將會查看我們在決定終止本計劃對您所接受之服務的承保時，是否有遵守所有規定。

### 步驟 3：在您要求「快速審查」後 72 小時內，我們將告知您我們的決定。

- 如果我們同意您的快速上訴，這表示我們已同意您需要更長的服務時間，且只要是醫療上必要的，將持續為您提供承保服務。這也意味著我們同意向您償還從我們表示您的承保結束日期起，我們對於您所接受之醫護費用的分擔額。（您必須支付您應分擔的費用，而且可能有承保限制。）
- 如果我們拒絕您的快速上訴，則您的承保將在我們告知您的日期結束，而我們在該日期後將不會支付任何成本分擔。
- 如果您在我們表示您保險的截止日後，仍繼續接受居家健康護理、專業護理院醫療護理，或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則您將需自行支付此醫護服務的全額費用。

### 步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的個案將會自動轉到下一級的上訴流程。

#### 法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」。有時稱為「IRE」。

### 逐步說明：2 級替代上訴流程

在 2 級上訴期間，獨立審查組織會審查我們對您「快速上訴」時所作的決定。該組織會判定該決定是否應變更。獨立審查組織是由 Medicare 聘請的獨立組織。該組織與本計劃並無關聯，也不屬於政府機構。該組織是由 Medicare 所選擇的公司，負責處理作為獨立審查組織的工作。其工作由 Medicare 監督。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

**步驟 1：我們會自動將您的個案提交給獨立審查組織。**

- 當我們拒絕您第一次上訴的 **24 小時內**，我們需將您的 2 級上訴資訊寄送給獨立審查組織。（如果您認為我們沒有遵守我們的期限或其它期限，您可以提出投訴。本章的第 10 節告訴您如何提出投訴。）

**步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。**

- 獨立審查組織的審議人將會仔細審核與您上訴相關的所有資訊。
- 如果該組織同意您的上訴，則我們必須自我們表示您的承保即將截止之日起，向您償還我們對於您所接受醫護服務的成本分擔。只要您的醫護服務是醫療上必要的，我們也必須繼續承保該醫護服務。您必須繼續支付您應分擔的費用。如果有承保限制，這些可能會限制我們將向您償還的金額或我們繼續承保您服務的時間。
- 如果該組織拒絕您的上訴，這代表他們同意本計劃對您第一次上訴所作的決定，而且將不會改變該決定。
  - ◆ 您從獨立審查組織收到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續進行 3 級上訴，該如何處理。

**步驟 3：如果獨立審查組織拒絕您的上訴，您可選擇是否要再次提出上訴。**

- 在 2 級上訴之後，上訴流程還有三個級別，共有五級上訴。如果您要繼續進行 3 級上訴，在您 2 級上訴決定所收到的書面通知中，有提供如何進行的詳細說明。
- 3 級上訴是由行政法官或律師裁判官進行審查。本章的第 9 節將向您詳細介紹 3、4、5 級的上訴流程。

## 第 9 節 — 進行 3 級以上的上訴

### 第 9.1 節 — 3 級、4 級和 5 級醫療服務上訴申請

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且您的兩次上訴均已被駁回，則本節可能適用於您。

如果您上訴之物品或醫療服務的金額達到特定最低限額，您可繼續提出更高級別的上訴。如果金額沒有達到最低限額，您將不能進一步上訴。您在 2 級上訴中所收到的書面答覆，將說明如何提出 3 級上訴。

在涉及上訴的大多數情形下，最後三級上訴的運作方式大致相同。以下介紹在每個級別的上訴中將由誰審查您的上訴。

**3 級上訴：** 為聯邦政府工作的行政法官或律師裁判官，將會審查您的上訴並給您答覆。

- 如果行政法官或律師裁判官對您的上訴表示同意，上訴流程不一定會結束。與 2 級上訴決定不同的是，針對有利於您的 3 級上訴決定，我們有權提出上訴。如果我們決定上訴，則將進入 4 級上訴。
  - ◆ 如果我們決定不提出上訴，我們必須在收到行政法官或律師裁判官決定後 60 個日曆日內授權，或向您提供服務。
  - ◆ 如果我們決定對該決定提出上訴，我們會連同任何隨附文件，寄給您一份 4 級上訴要求。我們會等待 4 級上訴的決定，然後才授權或提供具有爭議的服務。
- 如果行政法官或律師裁判官拒絕您的上訴，上訴流程不一定會結束。
  - ◆ 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
  - ◆ 如果您不接受該決定，您可繼續進行至下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理 4 級上訴。

**4 級上訴：** Medicare 上訴理事會(委員會)將審查您的上訴並給您答覆。該理事會是屬於聯邦政府的一部分。

- 如果答覆是同意，或如果理事會拒絕我們的要求來審查對您有利的 3 級上訴決定，則上訴流程不一定會結束。與 2 級決定不同的是，針對有利於您的 4 級上訴決定，我們有權提出上訴。我們將決定是否對此決定提出 5 級上訴。
  - ◆ 如果我們決定不針對該決定提出上訴，我們必須在收到理事會決定後的 60 個日曆日內授權或為您提供服務。
  - ◆ 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將會以書面方式告訴您。
- 如果答覆是拒絕，或者如果理事會拒絕審查申請，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束。
  - ◆ 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
  - ◆ 如果您不接受該決定，您可以繼續進行至下一級別的審查流程。如果理事會對您的上訴表示拒絕，您收到的通知將會告訴您規定是否允許您繼續提出 5 級上訴，以及如何繼續進行 5 級上訴。

**5 級上訴：** 聯邦地方法院的法官將會審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定同意或者拒絕您的要求。這為最終的答覆。在聯邦地方法院之後沒有更高的上訴級別。

## 第 9.2 節 一針對計劃 D 部分藥物申請的 3 級、4 級和 5 級的上訴

如果您已提出 1 級上訴和 2 級上訴，而且您的兩次上訴均已被駁回，則本節可能適用於您。

如果您上訴的藥物金額達到一定的金額，您可繼續提出更高級別的上訴。如果沒有達到一定的金額，您不能進一步上訴。您所收到 2 級上訴的書面答覆中，將解釋與誰聯絡，以及如何提出 3 級上訴。

在涉及上訴的大多數情形下，最後三級上訴的運作方式大致相同。以下介紹在每個級別的上訴中將由誰審查您的上訴。

**3 級上訴：**為聯邦政府工作的行政法官或律師裁判官，將會審查您的上訴並給您答覆。

- 如果答覆是核准，上訴流程即結束。我們必須在 **72 小時內**（加速上訴則為 24 小時），授權或提供獲得行政法官或律師裁判官核准的藥物保險，或在收到決定後 30 個日曆日內提供給付。
- 如果答覆是拒絕，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束。
  - ◆ 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
  - ◆ 如果您不接受該決定，您可繼續進行至下一級別的審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理 4 級上訴。

**4 級上訴：**Medicare 上訴理事會(委員會)將審查您的上訴並給您答覆。該理事會是屬於聯邦政府的一部分。

- 如果答覆是核准，上訴流程即結束。我們必須在得知決定後的 **72 小時內**（加急上訴則為 24 小時）授權或提供獲得理事會核准的藥物保險，或在得知決定後的 30 個日曆日內提供給付。
- 如果答覆是拒絕，上訴流程可能就此結束也可能尚未結束。
  - ◆ 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
  - ◆ 如果您不接受該決定，您可以繼續進行至下一級別的審查流程。如果理事會拒絕您的上訴，或拒絕您審查上訴的要求，該通知將會說明規定是否允許您繼續提出 5 級上訴。如果您選擇繼續上訴，該通知也將告訴您應當與誰聯絡，以及處理後續。

**5 級上訴：**聯邦地方法院的法官將會審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定同意或者拒絕您的要求。這為最終的答覆。在聯邦地方法院之後沒有更高的上訴級別。

## 提出投訴

### 第 10 節 — 如何提出有關醫護品質、等候時間、客戶服務或其他疑慮的投訴

#### 第 10.1 節 — 投訴流程處理何種類型的問題？

投訴流程僅用於某些類型的問題。這包括涉及醫護品質、候診時間，以及客戶服務等相關問題。以下是投訴流程處理的問題類型範例。

- **您的醫療護理品質**
  - ◆ 您對您獲得的醫護（包括醫院的醫護）品質是否滿意？
- **尊重您的隱私**
  - ◆ 是否有人不尊重您的私隱或共享機密資訊？
- **不尊重、惡劣的客戶服務或其他負面行為**
  - ◆ 是否有人對您粗魯無禮？
  - ◆ 您對我們的會員服務部是否不滿意？
  - ◆ 您是否感到您被鼓勵退出本計劃？
- **等候時間**
  - ◆ 您是否很難獲得預約，或是等太久才能取得預約？
  - ◆ 醫生、藥劑師或其他健康專業人員是否讓您等候太久？或我們的會員服務部或本計劃的其他工作人員是否讓您等候太久？
  - ◆ 舉例包括在電話、候診室、檢查室，或者配取處方藥時等候太久。
- **清潔**
  - ◆ 您是否對診所、醫院或醫生診所的清潔或狀況感到不滿？
- **您從本計劃獲得的資訊**
  - ◆ 我們未能提供您必要的通知？
  - ◆ 我們給您的書面資訊難以理解？

**及時性（此類投訴均涉及有關我們對承保決定和上訴所採取的行動是否及時）**

如果您已要求承保決定或提出上訴，並認為我們的回應不夠迅速，您可對我們的遲緩提出投訴。以下是一些範例：

- 您要求我們做出「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。
- 您認為我們不符合承保決定或上訴的期限；您可以提出投訴。
- 針對承保或償還我們所批准的特定醫療服務或藥品，當您認為我們不符合期限時，您可以提出投訴。
- 您認為我們未能符合規定期限，將您的個案提交給獨立審查組織時，您可以提出投訴。

**第 10.2 節 — 如何提出投訴****法律術語**

- 投訴又被稱為申訴。
- 「提出投訴」又被稱為「提交申訴」。
- 「採用投訴流程」又被成為「採用提交申訴流程」。
- 「快速投訴」也稱為「加速申訴」。

**第 10.3 節 — 逐步說明：提出投訴**

**步驟 1：透過電話或以書面方式及時與我們聯絡。**

- **通常，第一步是致電我們的會員服務部。** 如果您還需要採取任何其他行動，會員服務部將會告知您。
- **如果您不願意打電話（或者您打過電話但不滿意），**您可以書面方式進行投訴並將其寄給我們。如果您以書面方式投訴，我們將給您書面回覆。當您透過電話投訴時，如果您請求書面回覆或您的投訴與醫護品質有關，我們也將提供書面回覆。
- **如果您投訴，我們將試圖在電話上解決您的投訴。** 如果我們無法在電話上解決您的投訴，我們有審核您投訴的正式程序。您的申訴必須說明您的疑慮，例如您為什麼對您獲得的服務感到不滿。請查閱第 2 章，瞭解如果您想要投訴，應當與誰聯絡。
  - ◆ 您必須在相關事件發生後 60 個日曆日內（以口頭或書面方式）向我們提出申訴。我們必須根據您的健康所需儘快處理您的申訴，但不得遲於收到您投訴後的 30 個日曆日。如果您要求延期，或者我們有理由需要更多資訊，而且延遲符合您的最佳利益，則我們可以將作決定的期限最多延長 14 個日曆日。
  - ◆ 您可以針對我們不加速承保決定或上訴的決定，或是我們針對某承保決定或上訴延長作決定的時間提出快速抱怨。我們必須在 **24 小時內** 回覆您的快速申訴。
- 提出投訴的截止日期，是在您遇到問題要投訴的 60 個日曆日內。



**步驟 2：我們審查您的投訴並給您答覆。**

- 如果可能，我們將立即給您答覆。如果您致電向我們投訴，我們可能會在同一通電話中給您答覆。
- 大多數投訴都會在 **30 個日曆日內獲得答覆**。如果我們需要更多資訊，而且延遲符合您的最佳利益，或者如果您要求更多時間，我們可能最多需要額外 14 個日曆日的時間（共計 44 個日曆日）答覆您的投訴。如果我們決定需要更長的時間，我們會以書面方式告知您。
- 如果您因為我們駁回您的「快速承保決定」或「快速上訴」請求而提出投訴，我們將自動給予您「快速投訴」。如果您提出「快速投訴」，這意味著我們將在 **24 小時內** 給您答覆。
- 如果我們不同意您的部分或全部投訴，或不對您所投訴的問題負責，我們將在對您的回覆中包含我們的理由。

**第 10.4 節 — 您也可向品質改進組織提出醫護品質投訴**

當您的投訴涉及醫護品質時，您還有兩個額外選擇：

- 您可直接向品質改進組織提出投訴。品質改進組織是一個由聯邦政府所支付的醫生和其他保健專業人員團體，負責核查和改善 Medicare 會員的醫護品質。第 2 章有聯絡資訊。
- 或者您可同時向品質改進組織和我們提出投訴。

**第 10.5 節 — 您也可以向 Medicare 提出投訴**

您可將計劃相關投訴直接提交給 Medicare。若要向 Medicare 提交投訴，請造訪 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。您也可以致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。聽障及語障電話專線／聽障人士電傳專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。

## 第 10 章 — 終止您在本計劃的會員資格

### 第 1 節 — 說明終止您在本計劃的會員資格

終止您在本計劃的會員資格可以是自願（您自己的選擇）或非自願（並非您自己的選擇）的：

- 您可能因為您決定離開而離開我們的計劃。第 2 節和第 3 節提供有關自願終止會員資格的資訊。
- 在一些有限的情形下，我們必須終止您的會員資格。本章的第 5 節，告訴您在什麼情形下我們必須終止您的會員資格。

如果您要退出我們的計劃，我們將繼續提供您醫療護理和處方藥，而您將繼續支付您的費用分擔，直到您的會員資格結束。

### 第 2 節 — 您可在何時終止您在本計劃的會員資格？

#### 第 2.1 節 — 您可在年度入保期終止您的會員資格

您可在年度入保期（也稱為「年度開放入保期」）終止您在我們計劃中的會員資格。在此期間，請審視您的健康和藥物承保，並決定下一年的承保範圍。

- 年度入保期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- 您可選擇保留您目前的承保範圍，或變更下一年的承保範圍。如果您決定更換至一項新計劃，您可選擇以下任何類型的計劃：
  - ◆ 其他不一定有處方藥承保的 Medicare 保健計劃。
  - ◆ 有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
  - ◆ 沒有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
    - 如果您選擇此選項，Medicare 可入保您的藥物計劃，除非您選擇自動退出入保。
  - ◆ **注意：** 如果您從 Medicare 處方藥保險退保且您沒有可抵免的處方藥保險達連續 63 天或以上，則您在以後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要繳納 D 部分延遲入保罰款。
- 當您的新計劃承保範圍自 1 月 1 日開始起，您的會員資格將在我們的會員計劃中終止。

---

## 第 2.2 節 — 您可在 Medicare Advantage 開放入保期終止您的會員資格

---

您有機會在 Medicare Advantage 開放入保期對您的健康承保範圍作一次變更。

- Medicare Advantage 的年度開放入保期為 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 在 Medicare Advantage 年度開放入保期，您可以：
  - ◆ 轉至其他不一定有處方藥承保的 Medicare Advantage 計劃。
  - ◆ 從本計劃退保並透過 Original Medicare 獲得承保。如果您在此期間轉至 Original Medicare，您也可以在此時選擇加入獨立的 Medicare 處方藥計劃。
- 在您入保其他 Medicare Advantage 計劃後第一個月的第一天起，您的會員資格將終止，或我們將收到您的要求，改用為 Original Medicare。如果您也選擇入保一項 Medicare 處方藥計劃，您在該藥物計劃中的會員資格將從該藥物計劃獲得您的入保申請後的次月第一天開始。

---

## 第 2.3 節 — 在某些情形下，您可在特殊入保期終止您的會員資格

---

在某些情形下，本計劃的會員在一年中的其他時候也可終止會員資格，這被稱為特殊入保期。

- 如果以下任何情形適用於您，您有可能在特殊入保期終止您的會員資格。這些僅是範例；如要查閱完整清單，您可與本計劃聯絡、致電 Medicare，或瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))：
  - ◆ 通常在您搬家時。
  - ◆ 如果您投保了聯邦/州醫療保健輔助計劃。
  - ◆ 如果您有資格獲得「額外補助」來支付您的 Medicare 處方藥。
  - ◆ 如果我們違反與您簽訂的合約。
  - ◆ 如果您正在某機構（如護理院或長期護理 (LTC) 醫院）接受醫護。
  - ◆ 如果您入保了 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)。
  - ◆ **注意：**如果您有加入藥物管理計劃，您可能無法更換計劃。第 5 章, 第 10 節將會為您詳細說明藥物管理計劃。
- 根據您的情況，入保期的時限會不同。

- 若要了解您是否有資格使用特殊入保期，請致電 Medicare：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。如果您因特殊情形而有資格終止您的會員資格，您可選擇同時變更您的 Medicare 健康保險和處方藥保險。您可選擇：
  - ◆ 其他不一定有處方藥承保的 Medicare 保健計劃。
  - ◆ 有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
  - ◆ 或沒有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

**注意：**如果您退保 Medicare 處方藥的保險，且您沒有可抵免的處方藥保險達連續 63 天或以上，則您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要繳納 Medicare 計劃 D 部分的延遲入保罰金。

您的會員資格通常會終止於我們收到您變更計劃申請後一月的第一天。

如果您獲得 Medicare 的「額外補助」來支付您的處方藥費用：如果您轉至 Original Medicare，而且未入保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可讓您入保一項藥物計劃，除非您已選擇退出自動入保。

#### 第 2.4 節 — 您可在哪裡獲得何時可以終止會員資格的詳情？

---

如果您對您的會員終止有任何疑問，您可：

- 致電會員服務部。
- 您可在 2023 年《Medicare & You》手冊中查閱相關資訊。
- 請致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時 (聽障及語障電話專線 **1-877-486-2048**)。

### 第 3 節 — 如何終止您在本計劃的會員資格？

下表解釋您應當如何終止您在本計劃的會員資格。

如果您希望從本計劃轉換至：	您應當這樣做：
另一項 Medicare 保健計劃。	<ul style="list-style-type: none"> <li>入保新的 Medicare 保健計劃。</li> <li>在您新計劃的承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。</li> </ul>
有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。	<ul style="list-style-type: none"> <li>入保的新 Medicare 處方藥計劃。</li> <li>在您新計劃的承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。</li> </ul>
沒有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。	<ul style="list-style-type: none"> <li>以書面方式向我們提出退保申請。如果您需要有關如何對此處理的詳細資訊，請聯絡會員服務部。</li> <li>您也可以致電聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 申請退保，電話號碼為 <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 <b>1-877-486-2048</b>。</li> <li>您的 Original Medicare 承保開始生效時，您將從本計劃退保。</li> </ul>

### 第 4 節 — 在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療服務和藥物

在您的會員資格終止以及您新的 Medicare 承保開始前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療護理和處方藥。

- 繼續使用我們網路內的醫護人員來取得醫療護理。
- 繼續使用我們的網路藥房或透過郵購以配藥。
- 如果您在會員資格終止的當日住院，您的住院時間將由本計劃承保至您出院為止（即使您在新的健康保險生效後出院）。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

## 第 5 節 — 在某些情形下，我們必須終止您在本計劃的會員資格

### 第 5.1 節 — 我們在何時必須終止您在本計劃的會員資格？

如果發生以下任何情形，我們必須終止您在本計劃的會員資格：

- 如果您不再享有 Medicare A 部分和 B 部分。
- 如果您搬出我們的服務區。
- 如果您離開服務區超過六個月。
  - ◆ 如果您搬家或長期旅行，請致電會員服務部，以了解您搬家或旅行的目的地是否在我們的計劃服務區內。
  - ◆ 如果您自 1999 年 1 月前便一直是我們計劃的會員，且您在 1999 年 1 月前住在我們的服務區外，則只要您從 1999 年 1 月以前起便一直沒有搬家，您將仍保有入保資格。但是，如果您搬家且您的新家在我们的服務區外，您將會遭到本計劃的退保。
- 如果您被監禁（坐牢）。
- 如果您不再是美國公民或在美國合法居留。
- 如果您所述不實或不提供有關向您提供處方藥承保的其他保險資訊。
- 如果您在入保本計劃時蓄意向我們提供不正確的資訊，而該資訊影響您參加本計劃的入保資格。除非我們事先從 Medicare 得到允許，我們不能根據此理由讓您離開本計劃。
- 如果您的行為持續具有破壞性，使我們很難為您和本計劃的其他會員提供醫療護理。除非我們事先從 Medicare 得到允許，我們不能根據此理由讓您離開本計劃。
- 如果您讓他人使用您的會員卡來獲得醫療護理。除非我們事先從 Medicare 得到允許，我們不能根據此理由讓您離開本計劃。
  - ◆ 如果我們為了此理由終止您的會員資格，Medicare 可能會將您的個案交給總檢察長調查。
- 如果您因年收入的關係而必須支付額外的 D 部分費用，但卻未支付，則 Medicare 會讓您從本計劃退保，您將會失去處方藥承保。

#### 您可從何處獲得詳情？

如果您有疑問或希望獲得有關何時終止會員資格的進一步資訊，請致電會員服務部。

### 第 5.2 節 — 我們不能因為與您健康相關的任何理由而要求您退出本計劃

---

我們不得以與您健康相關的任何理由，要求您退出我們的計劃。

如果發生這種情況，您應當怎麼辦？

如果您認為您是因為健康相關理由，而經要求退出我們的計劃，您應該致電 Medicare：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。(聽障及語障電話專線：**1-877-486-2048**)。

### 第 5.3 節 — 如果我們終止您在本計劃的會員資格，您有權提出投訴

---

如果我們終止您在本計劃的會員資格，我們必須以書面形式告訴您我們終止您會員資格的理由。我們也必須向您解釋如果您要對我們終止您會員資格的決定提出抱怨或投訴，您該怎麼做。

## 第 11 章 — 法律聲明

### 第 1 節 — 有關管轄法律的聲明

適用此《承保範圍說明書》文件的主要法律是《社會安全法》加州 Medicaid 第 XVIII 條，和 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 依據《社會安全法》制定的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，在某些情況下，您所居住的州的法律也可能適用。這可能會影響您的權利和責任，即使本文件中未包含或解釋這些法律。

### 第 2 節 — 有關反歧視的聲明

我們不會因種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、性取向、精神或身體殘障、健康狀況、索賠經驗、病史、遺傳資訊、保險資格證明或服務區內的地理位置等理由而歧視他人。提供 Medicare Advantage 計劃（如本計劃）的所有組織均必須遵守反歧視的聯邦法律，包括《1964 年民權法》第 VI 章、《1973 年復健法》、《1975 年反年齡歧視法》、《美國殘障人士法》、《平價醫療法案》第 1557 節，以及接受聯邦資助的組織適用的所有其他法律和因任何其他原因而適用的任何其他法律及規定。

如果您希望瞭解詳情，或對歧視或不公平待遇有疑慮，請致電 Department of Health and Human Services（美國健康與民政服務部）民權辦公室，電話號碼 **1-800-368-1019**（聽障及語障電話專線 **1-800-537-7697**），或致電您當地的民權辦公室。您也可審視美國健康與民政服務部民權辦公室的資訊：<https://www.hhs.gov/ocr/index>。

如果您有殘障並需要獲得護理上的幫助，請致電會員服務部。如果您要提出諸如與輪椅出入問題有關的投訴，會員服務部可提供協助。

### 第 3 節 — 關於 Medicare 次要付款方代位求償權的聲明

對於 Medicare 並非首要付款方的 Medicare 承保服務，我們有權利和義務收取這些服務的費用。根據 CMS 42 CFR 第 422.108 和 423.462 節規定，Kaiser Permanente Senior Advantage 作為 Medicare Advantage 的組織，將根據 CMS 42 CFR 第 411 節 B 至 D 條規定中與部長行使相同的追索權，而且此節中所確定的規則將取代任何州法律。

### 第 4 節 — 本《承保範圍說明書》的管理

我們可採用合理的政策、程序和解釋，透過井然有序及有效率的方式實施本《承保範圍說明書》。



## 第 5 節 — 申請和聲明

您必須按照我們正常的業務流程，或本《承保範圍說明書》的規定，填寫任何申請表、表格或聲明。

## 第 6 節 — 轉讓

未經我們事先書面同意，您不得轉讓本《承保範圍說明書》，或本文件所規定的任何權利、利益、金錢索賠權、理賠或義務。

## 第 7 節 — 律師及代表費用和開支

如果會員與 Health Plan、專業醫療服務集團或 Kaiser Foundation Hospitals 發生任何爭議，除非法律另有規定，否則各方需自行負擔收費和其他費用，包括律師費、代表費和其他費用。

## 第 8 節 — 理賠福利協調

如第 1 章, 第 7 節, 「其他保險如何與本計劃協調運作」中所述, 如果您享有其他保險, 您必須將其他保險與 Senior Advantage 會員保險結合使用, 以就您所獲得的醫護服務支付費用。這稱為「理賠協調」, 因為它涉及協調您可使用的健康理賠。您將照例從網絡醫護人員獲得承保醫護, 而您的其他保險只需用來幫助支付您獲得的醫護費用。

如果您的其他保險是首要付款方, 則該方通常需要直接與我們商定其付款份額, 無需您的介入。但是, 如果首要付款方本應付給我們的款項直接寄給您, 則根據 Medicare 法律規定, 您應將這筆首要付款交給我們。有關第三方需承擔責任之情形下的首要付款詳細資訊, 請參閱本章第 16 節; 有關工傷賠償案件中首要付款的詳細資訊, 請參閱本章第 18 節。

如果您享有其他健康護理保險, 請務必告訴我們。其他保險如有任何變更, 請隨時讓我們知悉。

## 第 9 節 — 雇主責任

對於雇主依法必須提供的任何服務, 我們不會向雇主付款; 如果我們承保任何此類服務, 則我們可向雇主追索該等服務的費用。

## 第 10 節 — 《承保範圍說明書》對會員的約束力

根據本《承保範圍說明書》選擇保險或接受理賠，即表示所有依法有立約能力的會員，以及所有無立約能力之會員的法定代表，均同意接受本《承保範圍說明書》的所有條款。

## 第 11 節 — 政府機構的責任

對於依照法律規定僅可由政府機構提供或僅可從政府機構獲得的任何服務，我們不會向政府機構付款；如果我們承保任何此類服務，則我們可向政府機構追索該等服務的費用。

## 第 12 節 — 會員免責

根據我們與網絡醫護人員簽訂的合約，您無需為我們所欠的任何款項負責。但是，您從網絡醫護人員或網絡外醫護人員處獲得的非承保服務費用應由您自行承擔。

## 第 13 節 — 不棄權條款

我們不執行本《承保範圍說明書》的任何條款，並不表示我們放棄該條款或任何其他條款，也不影響我們今後要求您嚴格執行任何條款的權利。

## 第 14 節 — 通知

我們給您的通知將寄至我們紀錄中的最新地址。如果您的地址有任何變更，您有責任通知我們。如果您搬家，請致電會員服務部（電話號碼印於本文件封底）和社會安全局：**1-800-772-1213**（聽障及語障電話專線 **1-800-325-0778**），以儘速通報您的地址變更。

## 第 15 節 — 追討超額付款

我們可向任何收到服務超額付款的人士或任何有義務支付服務費用的人或組織追討該超額付款。

## 第 16 節 — 第三方責任

如第 1 章, 第 7 節所述, 導致您受傷或生病的第三方 (和/或其保險公司), 通常必須在 Medicare 或我們的計劃前先行付款。因此, 我們有權催繳這些首要付款款項。如果您獲得來自第三方或第三方代表針對您所受的傷害或疾病而支付的判決金或和解金, 且您之前已為該傷害或疾病接受了承保服務, 則您必須確保我們獲得這些服務的費用補償。

**注意：** 這節「第三方責任」的規定並不影響您為上述服務支付成本分擔的責任。

在法律允許或規定的範圍內, 我們應針對第三方或保險公司、政府計劃或其他保險服務提供者行使代位權, 以提出所有索賠、訴訟並行使您可能享有的其他權利, 從而對第三方涉嫌造成的傷害或疾病, 獲得經濟賠償、補償或保障。我們將在向您或您的律師郵寄或送達行使此選擇權的書面通知之日起, 行使此代位權。

為了保障我們的權利, 如果您或我們對第三方提出的訴訟有任何判決金或和解金, 則我們將對您或我們透過其他類型之保險所獲得的任何判決金或和解金享有留置權或補償權, 其中包括但不限於: 責任險、無保險駕駛人保險、保險不足駕駛人保險、個人責任保護傘、工傷賠償、個人傷害險、醫療給付及其他所有第一方保險類型。您或我們收到的任何判決金或和解金應先用於履行我們的留置權, 無論您是否有獲得全額賠償, 也無論判決金或和解金總額是否低於您所遭受的實際損失和損害。對於您為了提出損害索賠所雇用的任何律師, 我們將無需支付律師酬勞或費用。如果您在不需要採取法律行動的情況下直接將費用償還給我們, 我們將允許採購成本折扣。如果我們必須採取法律行動以維護利益, 則不提供採購折扣。

在針對第三方提交或呈交索賠或法律訴訟後 30 日內, 您必須向下列地址寄送關於索賠或法律訴訟的書面通知:

Equian  
Kaiser Permanente – Northern California Region  
Subrogation Mailbox  
P.O. 36380  
Louisville, KY 40233  
Fax: **15022141137**

為確定我們享有的權利是否存在及為我們履行這些權利, 您必須完整填寫所有同意書、披露書、授權書、轉讓書及其它文件, 包括留置權表格, 並郵寄給我們, 以指示您的律師、第三方及第三方的責任險承保人直接向我們付款。若未事先經過我們的書面同意, 您不得同意放棄、免除或縮減此條款所賦予我們的權利。

如果您的遺產管理人、父母、監護人或保護人根據您的傷害或疾病向第三方提出索賠，則對於您的遺產管理人、父母、監護人或保護人以及您遺產管理人、父母、監護人或保護人所追討的任何和解賠償金或判決金，我們均享有留置權及其他權利，範圍就比照您向第三方提出索賠時的情況。為行使留置權及其它權利，我們可將所享有的權利進行轉讓。

## 第 17 節 — 美國退伍軍人事務部

對於退伍軍人事務部依法必須為從軍所致傷病提供的任何服務，我們不會向退伍軍人事務部付款；如果我們承保任何此類服務，則我們可向退伍軍人事務部追討該等服務的費用。

## 第 18 節 — 工傷賠償或雇主責任理賠福利

如第 1 章, 第 7 節所述，工傷賠償通常必須在 **Medicare** 或我們的計劃前先行付款。因此，我們有權催繳工傷補償或雇主責任法律所規定的首要付款款項。依據工傷補償或僱主責任的法律規定，您可能有資格獲得償付或其它理賠，包括以和解形式收到的款項（統稱為「財務理賠」）。即使無法確定您是否有權獲得財務理賠，我們也會提供承保服務，但我們可從下列來源追討任何承保服務的費用：

- 任何提供財務福利者或應提供財務福利者。
- 透過您本人，前提是您已獲得或可獲得財務福利，或者在您積極行使任何工傷補償或雇主責任法律所賦予您的權利後，必須向您提供或向您給付的財務福利。

## 第 19 節 — 代孕

在會員獲得金錢補償擔任代理孕母的情況下，本計劃將針對與受孕、懷孕和/或分娩相關的所有承保服務劃費用尋求補償。代孕安排是指一名女性同意受孕，而後將所誕下的嬰兒交予意欲撫養此孩子的另一名（或多名）當事人。

## 第 20 節 — 具約束力的仲裁

下方對具約束性仲裁的描述適用於以下會員：

- 所有入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Individual 計劃，且生效日期早於 2008 年 1 月 1 日的會員；以及
- 所有入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Individual 計劃，且生效日期為 2008 年 1 月 1 日曆日以後，且未在 Senior Advantage 計劃生效日期的 60 天內明確拒絕具約束力的仲裁程序的會員。

針對受此「具約束力的仲裁」一節制約的所有索賠，索賠人和應訴人均放棄陪審團審理或法庭審理的權利，並接受使用具約束力的仲裁方式。只要此「具約束力的仲裁」一節適用於 Kaiser Permanente 當事方提出的索賠，此「具約束力的仲裁」條款對在本《承保範圍說明書》生效日期之前所發生的所有未解決索賠，即應具有回溯力。此類有追溯效力的應用，僅對 Kaiser Permanente 當事方具有約束力。

### 仲裁範圍

任何爭議如符合下列所有要求，則應進行具約束力的仲裁：

- 索賠係起因於或涉及涉嫌違反任何職責，而該等職責係伴隨本《承保範圍說明書》或會員當事方與 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan) 的關係而起、因其導致或與其相關，包括針對醫療失當或醫院誤醫所提出的任何索賠（即針對醫療服務或用品不具有必要性、未獲得授權或提供方式不恰當、有疏失或不合格所提出的索賠）、關於場地責任的索賠、涉及服務或用品之承保範圍或提供方式的索賠，無論索賠所依據的法理為何。
- 索賠是由一個或多個會員方，對一個或多個 Kaiser Permanente 當事方所提出，或由一個或多個 Kaiser Permanente 當事方對一個或多個會員方所提出。
- 準據法並未禁止使用具約束力的仲裁來解決索賠。

根據本《承保範圍說明書》，入保會員將藉此放棄自己的法院或陪審團審判權，並轉而接受使用具約束力的仲裁，但下列索賠類型不受具約束力的仲裁制約：

- 屬於小額索賠法院之管轄範圍的索賠。
- 需依照 Kaiser Permanente Senior Advantage 會員所適用的 Medicare 上訴程序辦理的索賠（關於 Medicare 上訴的資訊，請參閱第 9 章）。
- 根據準據法規定，不能受制於具約束力的仲裁的索賠。

在「具約束力的仲裁」一節中所提及之「會員當事方」包括：

- 會員。
- 會員的繼承人、親屬或個人代表。
- 任何聲稱其因會員與一個或多個 Kaiser Permanente 當事方的關係，而需承擔義務者。

「Kaiser Permanente 當事方」包括：

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc。
- Kaiser Foundation Hospitals。
- The Permanente Medical Group, Inc。
- Southern California Permanente Medical Group。
- The Permanente Federation, LLC。
- The Permanente Company, LLC。
- 任何 Southern California Permanente Medical Group 或 The Permanente Medical Group 的醫生。
- 任何個人或組織，且根據其與上述任何組織所簽訂的合約規定，由一個或多個會員方所提出的索賠應透過仲裁解決。
- 上述任何一方的員工或代理人。

「索賠人」是指提出上述索賠的會員當事方，或 Kaiser Permanente 當事方。「應訴人」是指受到索賠的會員方，或 Kaiser Permanente 當事方。

### 訴訟規則

仲裁的進行應按照獨立管理人辦公室，與 Kaiser Permanente 及仲裁監督委員會所共同協商制定，並受獨立管理人辦公室監督的 **Kaiser Permanente 會員仲裁規則** (簡稱為「訴訟規則」)。您可向會員服務部索取訴訟規則的副本。

### 啟動仲裁

索賠人應透過送達仲裁請求發起仲裁。仲裁請求書的內容應包含：對應訴人提出索賠的理由依據；索賠人透過仲裁要求獲得的損害賠償金額；索賠人及其律師（如有）的姓名、地址和電話號碼；以及所有應訴人的姓名或名稱。索賠人應在仲裁請求中納入針對應訴人提出的基於同一事件、交易或相關情況的所有索賠。

### 送達仲裁請求

應將仲裁請求送達至 Health Plan、Kaiser Foundation Hospitals、KP Cal, LLC、The Permanente Medical Group, Inc.、Southern California Permanente Medical Group、The Permanente Federation, LLC 及 The Permanente Company, LLC，並透過郵寄方式將仲裁請求轉交給應訴人：

Kaiser Foundation Health Plan, Inc。  
Legal Department  
1950 Franklin Street, 17th floor  
Oakland, CA 94612

被告收訖時被視為已完成送達。依據《加州民事訴訟法》中關於民事訴訟的規定，應向所有其它應訴人（包括個人）送達仲裁請求。

### 申請費用

在每次提出仲裁時，索賠人均應向「仲裁帳戶」一次支付完畢不可退還的申請費\$150，無論在仲裁請求中提出的索賠金額或仲裁請求中列出的索賠人或應訴人人數為何。

若索賠人認為自己經濟極為困難，可向獨立管理人辦公室申請免除申請費和中立仲裁人的費用與開支。欲申請此類費用免除的索賠人應填寫費用豁免申請表 (Fee Waiver Form)，並將表格提交給獨立管理人辦公室，同時送交給應訴人。費用免除申請表中列有免除費用的標準，您可致電向會員服務部索取。

### 仲裁員人數

仲裁人的人數可能會影響索賠人負責支付中立仲裁人之費用及開支的責任 (請參閱「訴訟規則」)。

若仲裁請求書所要求獲得的損害賠償金總額為\$200,000 或\$200,000 以下，則爭議應由一名中立仲裁人聽審和裁定，除非當事方在爭議出現後另以書面方式同意且已提交約束仲裁申請，仲裁由兩名當事方仲裁人及一名中立仲裁人聽審。中立仲裁員無權裁定經濟賠償金額超過\$200,000 的仲裁。

若仲裁請求書所要求獲得的損害賠償金總額超過\$200,000，則爭議應由一名中立仲裁員及兩名當事方仲裁員聽審和裁定，一名當事方仲裁員將由所有索賠人共同指定，另一名則由應訴人共同指定。有權選擇當事方委任之仲裁員的當事方，可同意放棄此權利。若所有當事方均同意，此類仲裁將由一名中立仲裁員聽審。

### 支付仲裁員的費用與開支

如「程序規則」中所述特定條件下，Health Plan 將支付中立仲裁員的費用和開支。在其他所有仲裁中，中立仲裁員的費用與開支應由索賠人和應訴人各支付一半。

若當事方選擇由當事方委任的仲裁員，則索賠人應負責支付由其委任的當事方仲裁員的費用和開支，而應訴人應負責支付由其委任的當事方仲裁員的費用和開支。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

## 費用

除前述中立仲裁人的費用與開支外，以及除仲裁適用法律強制要求支付的其他費用外（如本「具約束力的仲裁」一節中所述），各當事方應承擔己方在針對索賠案件進行起訴或辯護過程中所產生的律師費、證人費及其他開支，而不論索賠的性質或仲裁的結果如何。

### 一般性規定條款

符合下列條件的索賠應遭到撤回並永遠不得再次提出：(1) 在索賠的仲裁請求書送交之日，根據適用的法規限制，任何人均不得透過民事訴訟對應訴人提出索賠；(2) 索賠人未善盡合理努力依照訴訟規則提出索賠仲裁；或 (3) 仲裁的聽審在下述日期開始算起的五年內仍未開審：(a) 根據上述訴訟規則送交仲裁請求書之日；或 (b) 因索賠所涉及的同一事件、交易或相關情況提出民事訴訟之日，以兩者之中日期較早者為準。中立仲裁員可基於提出的正當理由，駁回依據其它理由提出的索賠。如依照正當程序發出聽證通知後，一方未能出席仲裁聽證，則中立仲裁員可在此方缺席的情況下作出爭議裁決。

1975 年《加州醫療傷害賠償規定》（包括任何修訂條例），包括確立舉證權利以提出向患者支付任何保險或殘障理賠的證據、追討非經濟損失的限制以及確立裁決以定期支付未來損害賠償之權利等節，應適用於任何專業疏忽索賠或法律允許或規定的任何其他索賠。

在不違反本「具約束力的仲裁」一節的前提下，仲裁應遵守此處「具約束力的仲裁」規定、《聯邦仲裁法》第 2 章、《加州民事訴訟法》與仲裁有關的當時有效條款以及訴訟規則。根據《聯邦仲裁法》第 3 章和第 4 章的規定，本「具約束力的仲裁」一節規定的仲裁權不得由於會員方和 Kaiser Permanente 關係方之間有關可裁決及不可裁決索賠的爭議，或仲裁一方或多方由於相同或相關交易而與第三方進行的未決法庭訴訟以及有可能產生的裁定或裁決衝突而否認、暫時中止或以任何其他方式阻止。



## 第 12 章 — 重要詞彙的定義

**Advantage Plus**：您可選擇在年度入保期和其他限定時間購買選擇性附加理賠組合。該補充福利方案包含牙科和眼具的理賠福利，需在您的 Senior Advantage 計劃保費之外，額外繳納月保費（詳情請參閱第 1 章, 第 4.3 節）。

**補助**：根據規定您在購買某用品時可以抵扣的特定金額。如果您所選擇的用品或服務的費用超過該承保額，則您將需支付超出承保額的金額，且該金額不會計入您的自付額上限中。

**門診手術中心**：門診手術中心是一個專門機構，此機構旨在為無需住院且預計在中心停留時間不超過 24 小時的病人提供門診手術服務。

**年度入保期**：在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的固定期間，會員可以更改其保健或藥物計劃，或改用 Original Medicare。

**上訴**：上訴係指，如果我們拒絕保健服務或處方藥的承保申請，或拒絕給付您已獲得的服務或藥物，而您對我們的拒絕決定有異議時所採取的行動。如果您不同意我們停止您正在接受之服務的決定，您也可以提出上訴。

**差額收費**：醫護人員（如醫生或醫院）給病人開具的帳單金額高於本計劃允許的成本分擔額之情形。身為本計劃會員，您在獲得本計劃承保的服務時，您僅需支付本計劃的成本分擔額。我們不允許醫護人員向您收取「差額收費」或向您收取超過計劃規定您必須支付的成本分擔額。

**理賠期**：本計劃和 Original Medicare 衡量您使用專業護理院 (SNF) 服務的方式。理賠期從您住進醫院或專業護理院的第一天開始計算。如果您連續 60 天未接受任何住院醫療護理(或專業護理院的專業護理)，則理賠期結束。如果您在理賠期結束後住進醫院或專業護理院，則新的理賠期即開始。理賠期無數量限制。

**品牌藥**：最初研發藥物的製藥公司製造和銷售的處方藥。品牌藥與非品牌藥具有相同的活性成份藥方。但是，非品牌藥是由其他藥廠製造和銷售，通常會在品牌藥專利到期之後才會提供。

**重大傷病承保階段**：您或其他代表您的合格方，已於承保年度期間花費 \$7,400 後，支付較低共付額或共保額的 Medicare 計劃 D 部分藥物理賠福利階段。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)**：管理 Medicare 的聯邦機構。

**共保額**：針對服務或處方藥的成本分擔，您可能需支付的金額。

**投訴** — 「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」。投訴流程僅適用於特定類型的問題。這些問題包括涉及醫護品質、等候時間及您獲得的客戶服務等問題。這包括您的計劃在上訴過程中如果未遵守期限，也可以投訴。

**1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。

《完整承付藥物手冊》（承付藥物手冊或「藥物清單」）：本計劃所承保的處方藥清單。

**綜合門診復健設施 (CORF)**：主要為病人或傷患在病後提供復健服務的設施，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業病治療、言語和語言的病理學服務，以及居家環境評估服務。

**理賠協調 (COB)**：理賠協調是一項規定，用於在您享有其他保險的情形下確定索賠的支付順序。如果您同時享有 Medicare 和其他健康保險或承保，每個類型的保險就稱為「付款方」。如果有一個以上的付款方，則由「理賠協調」規則決定由哪一方先行支付。

「首要付款方」先支付在您帳單上其應支付的部分，然後將剩餘部分交給「次要付款方」支付。如果本應交給我們的付款直接寄給您，則根據 Medicare 法律規定，您需要將該付款交給我們。在某些情形下，可能還有第三個付款方。請參閱(第 1 章, 第 7 節) 和第 11 章 (第 8 節) 瞭解更多資訊。

**共付額**：作為您對醫療服務或用品的成本分擔而可能需要支付的金額，例如醫生看診、醫院門診就診或處方藥。共付額是一個固定金額（例如：\$10），而不是百分比。

**成本分擔**：成本分擔係指會員在獲得服務或藥物時必須支付的金額。（這是本計劃月保費以外的額外金額）。成本分擔包括以下三類付款的任何組合：(1) 在服務或藥物獲得承保之前，計劃可能收取的任何免賠額；(2) 在收到特定服務或藥物時，計劃要求的任何定額「共付額」；或 (3) 在收到特定服務或藥物時，計劃要求的任何「共保額」，該金額占服務或藥物支付總額的一定比例。**注意**：在某些情況下，您在接受服務時可能無需支付所有適用的成本分擔，而我們會在日後將成本分擔的帳單寄給您。例如，如果您在排定的預防醫護就診期間接受非預防醫護，我們在日後可將適用於非預防醫護的成本分額帳單寄給您。對於預先訂購的用品，您將需支付在訂購當日現行有效的成本分擔（除非您在收到用品當日仍享有保險，否則我們將不會承保該用品），且您可能在訂購該用品時便必須支付成本分擔。針對門診處方藥，訂購日是藥房在收到配藥所需的全部資訊後處理訂單的日期。

**成本分擔層級**：承保藥物清單上的每種藥物都屬於六個成本分擔層級中的其中一個層級。一般而言，成本分擔層級越高，您需要支付的藥費也越高。

**承保判定**：有關您的處方藥是否屬於本計劃承保範圍以及您需要為該處方藥支付之金額（如有）的決定。一般而言，如果您將處方帶到藥房，而藥房告訴您該處方不屬於您計劃的承保範圍，這並不是承保判定。您需要致電或致函您的計劃，要求對承保範圍作出正式決定。本文件中的承保判定稱為「承保決定」。

**承保藥物**：我們使用本術語來泛指屬於本計劃承保範圍的所有處方藥。

**承保服務**：我們使用本術語來表示本計劃承保範圍的所有保健服務和用品。

**可抵免處方藥保險**：平均預期給付額至少與 Medicare 標準處方藥保險相當的處方藥保險（例如，透過雇主或工會獲得的保險）。擁有這種保險的人在符合入保 Medicare 資格時如果決定之後才入保 Medicare 處方藥保險，一般可以保留該保險而無需支付罰金。

**監督護理：**監督護理是指當您無需專業醫療護理或專業護理時，由護理院、安寧服務或其他設施提供的個人護理。沒有專業技能或未經訓練的人員所提供的監督護理，包括協助日常生活的活動，例如沐浴、穿衣、進食、上下床、坐下或起身、行走和使用浴室等。其也可能包括大部分人可自己完成的健康相關護理，例如點眼藥水。Medicare 不會支付監督護理費用。

**每日成本分擔費率：**如果醫生為您開立不到一個月藥量的特定藥物，而您必須支付共付額，則「每日成本分擔費率」即可能適用。每日成本分擔費率是共付額除以該月的用藥天數。示例如下：如果您一個月的藥物共付額為\$30，而您計劃一個月的藥量為 30 天，那麼您的「每日成本分擔費率」為一天\$1。

**免賠額：**在我們的計劃開始給付之前，您必須為健康護理或處方藥所支付的金額。

**DeltaCare USA 牙科醫生：**提供普通牙科服務且同意向 Advantage Plus 會員提供承保 DeltaCare USA 服務的牙科醫生。

**DeltaCare USA 專科醫生：**提供專科醫生服務且同意向 Advantage Plus 會員提供承保 DeltaCare USA 服務的牙科醫生。

**退保：**終止您在本計劃會員身分的程序。

**配藥費：**每次配領承保藥物時均要收取的處方配藥費用，例如藥劑師準備和包裝處方藥的時間。

**Dual Eligible Special Needs 計劃 (D-SNP)：**D-SNP 為同時擁有 Medicare（社會安全法的加州 Medicaid 第 XVIII 條），以及 Medicaid（加州 Medicaid 第 XIX 條）州計劃醫療援助的個人提供入保。各州依據州與個人的入保資格，承保部分 Medicare 的成本。

**耐用醫療器材 (DME)：**由您的醫生基於醫療原因而開立的特定醫療器材。示例包括：助行器、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈注射泵、語音溝通裝置、氧氣器材、噴霧器或由醫護人員開立醫囑並供居家使用的病床。

**急診：**是指您或任何其他具備一般健康和醫學常識的審慎而非專業的人士認為，您出現醫療症狀所需要的立刻就醫，以防失去生命（以及如果您懷孕，失去胎兒）、失去四肢或四肢功能，失去身體功能，或造成嚴重的身體機能障礙。這些醫療症狀可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。

**急診護理：**符合下列條件的承保服務 (1) 由具有提供急診服務資格的醫護人員提供；以及 (2) 需要治療、評估或穩定的急診病症。

**急診牙科護理：**由牙科醫生為了治療牙齒疾病而為人保 Advantage Plus 的會員所提供的醫療護理，該疾病伴隨包括劇痛的嚴重症狀，致使會員可以合理預期如果不立即就醫，將導致以下任何一種後果：(1) 使會員的牙齒健康受到嚴重威脅；或 (2) 嚴重損害牙齒機能。在這種情形下，「合理」是指會員透過審慎判斷，確定需要牙科急診並聯絡其 DeltaCare USA 牙科醫生以獲得急診護理。如果無法找到牙科醫生，且就當時情況的性質而言屬於合理可能的範圍，則會員在透過其他牙科醫生獲得醫護服務之前必須先致電 **1-877-644-1774** 與 Delta Dental 客戶服務部聯絡，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00 美國東部標準時間，每週 7 天；10 月 1 日至 3 月 31 日，上午 8 點至晚上 8 點（聽障及語障電話專線使用者應該致電 **711**。）請參閱第 4 章以瞭解有關 Advantage Plus 和 DeltaCare USA 保險的詳細資訊。

**急診病症：**是指伴隨嚴重急性症狀（包括劇痛）的醫療或精神健康疾病，其嚴重程度足以使具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士可以合理預期，如果不立即就醫可能會導致以下後果：

- 嚴重威脅到個人的健康，或如果是孕婦，將嚴重威脅到孕婦和胎兒的健康；
- 嚴重損害身體機能；或
- 嚴重損害任何身體器官或肢體功能。

### 《承保範圍說明書 (EOC)》

**和揭露資訊：**本文件連同您的入保登記表和任何其他附件、附約或其他您所選擇的可選的保險，這些文件旨在說明您的承保範圍、我們的義務、您的權利以及您身為本計劃會員的義務。

**例外處理：**承保決定的一種，如經核准，您可獲得不在《承付藥物手冊》的藥物（《承付藥物手冊》例外處理），或者您可按照較低成本分擔層級的規定獲得非首選藥物（層級例外處理）。

**除外藥物：**不屬於 42 U.S.C. 條款 1395w-102(e) 節所定義之「Medicare 計劃 D 部分承保藥物」的藥物。

**額外補助：**幫助收入和資源有限者支付 Medicare 處方藥計劃費用的一項 Medicare 計劃，例如保費、免賠額和共保額。

**非品牌藥：**食品及藥物管理署 (FDA) 核准的處方藥，具有與品牌藥相同的活性成分。一般而言，「非品牌」藥具有和品牌藥同等的效力且費用通常較低。

**申訴：**您針對本計劃、醫護人員或藥房提出的投訴，包括有關醫護品質的投訴。這不涉及承保範圍或給付爭議。

**居家健康助理：**提供不需要執照護士或治療師的技能服務的人，如個人照料的協助（例如沐浴、如廁、更衣或從事醫囑的運動）。

**居家健康護理：**為了治療疾病或傷害而在您家中進行的專業護理和其他特定健康護理服務。承保服務均列於第 4 章第 2 節的「醫療理賠項目表」。我們根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 準則承保居家健康護理。居家健康護理可能包括居家健康助理的服務，條件是該服務是屬於針對疾病或受傷而提供之居家健康護理計劃的一部分。除非您同時接受承保的專業服務，否則居家健康護理服務不屬於承保範圍。居家健康服務不包括家務、餐飲服務安排或家中的全職護理服務。

**安寧服務：**為經醫學鑑定而患有絕症，即預期壽命為六個月以下的會員提供特殊治療的福利。您的計劃必須為您提供所在地理區域的安寧服務清單。如果您選擇安寧服務並繼續支付保費，您仍然是本計劃的會員。您仍然可以獲得所有醫療上必要的服務以及我們提供的補充理賠福利。

**醫院住院：**您已正式入住醫院接受專業醫療服務的情況即屬於住院。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是「門診病人」。

**與收入相關的每月調整金額 (IRMAA)：**如果您兩年前在 IRS 納稅申報單上的經修改調整總收入超過一定金額，則您將需支付標準保費金額以及與收入相關的每月調整金額，又稱為 IRMAA。IRMAA 是您保費的額外費用。不到 5% 的 Medicare 入保人會受到此影響，因此大多數人無需支付更高的保費。

**初始保險限額：**初始保險階段的最大保險限額。

**初始保險階段：**您的藥物總費用達到**\$4,660** 之前的階段，該藥物總費用包括該年度您已經支付及本計劃代您支付的金額。

**初始入保期：**您在首次獲得 Medicare 資格時，可註冊 Medicare 計劃 A 部分和 B 部分的時間。如果您在滿 65 歲時獲得 Medicare 資格，則您的初始入保期為 7 個月，即從您年滿 65 歲的前 3 個月開始 (包括您 65 歲生日的該月份)，到您年滿 65 歲的後 3 個月結束。

**住院醫療護理：**在普通急性治療醫院住院期間獲得的健康護理。

**Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan)：**北加州地區的 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 是一家加州非營利公司和 Medicare Advantage 組織。本《承保範圍說明書》有時會以「Health Plan」代替「我們」。

**Kaiser Foundation Hospital：**由 Kaiser Foundation Hospitals 持有和經營的網絡醫院。

**Kaiser Permanente：**Health Plan、專業醫療服務集團，以及 Kaiser Foundation Hospitals (凱薩基金會醫院)。

**Kaiser Permanente Region (簡稱 Region)：**Kaiser Foundation Health Plan 組織，提供直接服務的保健計劃。如果您在我們的服務區外，您可以透過其他 Kaiser Permanente Region 服務區的指定醫護人員，獲得醫療上必要的慢性疾病保健服務和持續性醫護。請參閱第 3 章, 第 2.4 節瞭解詳情。

**長期護理醫院：**聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 認證的急性治療醫院，通常提供 Medicare 承保服務，例如綜合復健、呼吸治療、頭部創傷治療以及疼痛管理。這類醫院不是長期安養設施，例如康復或生活輔助設施。

**低收入補助 (LIS)：**請參閱「額外補助」。

**自付額上限：**在日曆年度期間，您為網絡內承保的 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分服務自付的最高金額。您為計劃保費、Medicare A 部分和 B 部分保費以及 D 部分處方藥支付的金額不會計入自付上限。

**Medicaid (或醫療補助)：**幫助部分低收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合計劃。Medicaid 計劃因州而異，但若您同時具有 Medicare 和 Medicaid 資格，則涵蓋大多數健康護理服務費用。

**醫療護理或服務：**健康護理服務或用品。部分健康護理用品的示例包括 Medicare A 部分或 B 部分承保的耐用醫療器材、眼鏡和藥物，但不包括 Medicare D 部分承保的藥物。

**專業醫療服務集團：**與本計劃簽訂合約的計劃醫護人員網絡，為您提供承保服務。我們的專業醫療服務集團名稱為 The Permanente Medical Group, Inc.，是一家營利性專業公司。

**醫學上公認的適應症：**是指使用獲得食品及藥物管理署核准或有特定參考書籍可以提供佐證的藥物。

**醫療上必要的：**為了預防、診斷或治療您的疾病所需且符合獲得認可之醫療執業規範的服務、用品或藥物。

**Medicare：**為 65 歲以上者、部分未滿 65 歲的特定殘障人士和末期腎臟病患者（通常是指需要接受洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭患者）所提供的聯邦政府健康保險計劃。

**Medicare Advantage 開放入保期：**每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日，Medicare Advantage 計劃的會員可以取消其計劃入保並換至另一項 Medicare Advantage 計劃，或者透過 Original Medicare 獲得承保。如果您在此期間轉至 Original Medicare，您也可以在此時選擇加入獨立的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放入保期是在個人首次獲得 Medicare 之後的三個月為期限。

**Medicare Advantage (MA) 計劃：**有時稱為 Medicare C 部分，是由與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 簽訂合約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分和 B 部分理賠福利。Medicare Advantage 計劃可以是 (i) HMO、(ii) PPO、(iii) Private Fee-for-Service 計劃 (PFFS)，或 (iv) Medicare Medical Savings Account (MSA) 計劃。除了從這些類型的計劃中選擇，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是 Special Needs 計劃 (SNP)。大多數情形下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare 計劃 D 部分（處方藥保險）。這些計劃稱為**包含處方藥保險的 Medicare Advantage Plan**。

**Medicare Coverage Gap Discount Program**：為已達到保險間斷階段且未獲得「額外補助」的 D 部分會員提供大多數承保 D 部分品牌藥折扣的計劃。折扣基於聯邦政府與某些藥廠之間的協定。

**Medicare-承保服務**：Medicare A 部分和 B 部分的承保服務。Medicare 所有保健計劃，都必須承保屬於 Medicare A 部分和 B 部分的所有保險服務。「Medicare-承保服務」此術語不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外理賠福利，包括視力、牙齒或聽力。

**聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 保健計劃**：由與 Medicare 簽約的私人公司提供的 Medicare 保健計劃，旨在為入保 Medicare 計劃的人士提供 A 部分和 B 部分理賠福利。該術語包含所有的 Medicare Advantage 計劃、Medicare Cost 計劃、Demonstration/ Pilot 計劃，以及 Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)。

**Medicare 處方藥保險 (Medicare D 部分)**：協助支付不屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍之門診處方藥、疫苗、生物製品和部分用品的保險。

**「Medigap」(Medicare 補充保險) 保單**：由私人保險公司銷售，用以填補 Original Medicare 「間斷」的 Medicare 補充保險。Medigap 保單僅對 Original Medicare 有效。(Medicare Advantage Plan 不屬於 Medigap 保單。)

**會員 (本計劃會員或「計劃會員」)**：享有 Medicare 且有資格獲得承保服務、已經入保本計劃且其入保已由 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認的個人。

**會員服務部**：本計劃中負責回答您有關會員資格、理賠福利、申訴和上訴等問題的部門。

**網路藥房**：網路藥房是指與我們的計劃簽訂合約，讓本計劃會員可獲得處方藥理賠福利的藥房。大多數情況下，只有當您的處方在網路藥房配取時才會獲得承保。

**網路醫生**：任何受雇於專業醫療服務集團的持照醫生，或是有簽訂合約為會員提供服務的任何持照醫生（但是不包括只提供轉介服務的簽約醫生）。

**網路醫護人員**：「醫護人員」是通用術語，用以代表由 Medicare 和州政府授予執照或認證，旨在提供健康護理服務的醫生、其他保健專業人員（包括但不限於醫生助理、護理師和護士）、醫院及其他保健設施。「網路醫護人員」與我們的計劃簽訂協議，接受我們的給付作為全額付款，且在某些情形下為本計劃會員協調並提供承保服務。「網路保健業者」也稱為「計劃內保健業者」。

**組織判定**：我們的計劃針對有關用品或服務是否屬於承保範圍，或您需要為承保用品或服務支付多少費用所做的決定。組織判定在本文件中稱為「承保決定」。

**Original Medicare**（「傳統 Medicare」或「收費服務」的 Medicare）：Original Medicare 是由政府提供，不像 Medicare Advantage 計劃和處方藥計劃是私人保健計劃。在 Original Medicare 中，透過按國會規定的給付額度向醫生、醫院及其他保健業者支付報酬來承保 Medicare 服務。您可以去看接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他保健業者。您必須支付免賠額。Medicare 支付 Medicare 核准的分擔費用，而您支付自己的分擔費用。Original Medicare 由兩部分構成：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），適用於美國任何地方。

**網絡藥房**：未與本計劃簽訂合約，因此並不會為本計劃會員協調或提供承保藥物。我們的計劃不包括從網路外藥房獲得的大多數藥物，除非有適用的特定條件（詳情請參閱第 5 章，第 2.5 節）。

**網路外醫護人員或網路外設施**：與我們的計劃未簽訂合約，而無法為我們計劃的會員協調或提供承保服務的醫護人員或設施。網路外醫護人員是指不受我們計劃僱用、擁有或運營的醫護人員。

**自付費用**：請參閱上述「成本分擔」的定義。會員為接受的服務或藥物支付一部分費用的成本分擔要求，也稱為會員的「自付」費用要求。

**PACE 計劃**：PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) 計劃結合了針對體弱者的醫療、社會、以及長期護理 (LTC) 的服務，以幫助他們儘可能長期保持獨立，並在其自己的社區內生活（而不是入住護理院）。入保 PACE 計劃者可透過該計劃獲得 Medicare 和 Medicaid 理賠。

**C 部分**：請參閱「**Medicare Advantage (MA) 計劃**」。

**D 部分**：自願性 Medicare Prescription Drug Benefit Program。

**D 部分藥物**：D 部分所承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部分藥物。某些類別的藥物已被國會排除在 D 部分藥物的承保範圍之外。某些類別的 D 部分藥物，必須由每個計劃承保。

**D 部分延遲入保罰金**：在您首次有資格加入 D 部分計劃之後，當您未享有可抵免保險（平均預期給付額至少與 Medicare 標準處方藥保險相當的保險）的時間連續達 63 天或以上時，您的 Medicare 藥物保險月保費會增加的金額。

**計劃**：Kaiser Permanente Senior Advantage。



**計劃收費：**計劃收費是指以下各項：

- Medical Group 或 Kaiser Foundation Hospitals 提供的服務：Medical Group 和 Kaiser Foundation Hospitals 將按 Health Plan 費用表中的費用針對為會員提供的服務收費。
- 針對按人次收費的醫護人員（專業醫療服務集團或 Kaiser Foundation Hospitals 除外）所提供的服務，Kaiser Permanente 與按人次收費的醫護人員，對於費用表中所協商的費用。
- 針對在 Kaiser Permanente 擁有並營運的藥房所取得的用品，如果會員的理賠計劃不承保該項目，藥房對該物品向會員的收費（此金額是下列的預估：取得、儲存與發配藥物的成本，以及直接或間接向會員提供 Kaiser Permanente 藥房服務的費用，並包括藥房計劃針對保健計劃淨利所規定的會費）。
- 對於所有其他服務，Kaiser Permanente 為服務所支付的款項，或者，如果 Kaiser Permanente 要扣除款項中的成本分擔，則費用指在未扣除成本分擔額的情況下 Kaiser Permanente 可能要支付的費用。

**病情穩定後護理：**在診療醫生判斷您的病情在臨床上已經穩定後所接受的和該急診病症有關、且為醫療上必要的服務。當您的診療醫生認為，根據合理的醫療可能性和公認的醫療標準，您已經可以安全出院或轉院，而且預期您的病情不會在出院或轉院過程中惡化，或因為出院或轉院而惡化時，即視為臨床穩定。

**Preferred Provider Organization (PPO) 計劃：**Preferred Provider Organization 計劃是一項 Medicare Advantage 計劃，擁有合約醫護人員網絡，這些醫護人員均同意以議定的給付額為計劃會員提供治療。PPO 計劃必須涵蓋所有計劃理賠，無論是從網絡內還是網絡外醫護人員處獲得。如果從網絡外醫護人員獲得計劃理賠，會員的成本分擔一般較高。對於您從網絡（首選）醫護人員獲得的服務，PPO 計劃對自付費用有年度限額；而從網絡內（首選）和網絡外（非首選）醫護人員獲得的服務，自付費用年度總限額會更高。

**保費：**針對健康護理或處方藥保險定期支付給 Medicare、保險公司或保健計劃的費用。

**基本保健業者 (PCP)：**針對大多數健康問題，首先求診的醫生或其他醫護人員。在許多 Medicare 保健計劃中，您必須先看基本保健業者，然後才能看任何其他的基本保健業者。

**事先授權：**獲得服務或特定藥物的事先核准。需要事前授權書的承保服務列於第 4 章的「醫療理賠項目表」中並說明於第 3 章, 第 2.3 節中。需要事前授權書的承保藥物列於承付藥物手冊中。

**假體及矯形裝置：**醫療器材包括但不限於：手臂、背部和頸部支架、義肢、義眼，以及取代不可或缺之身體部位或功能的裝置，包括造口術與泌尿用品和腸內及腸外營養治療。

**品質改進組織 (QIO)：**由執業醫生和其他健康護理專家組成的團體，由聯邦政府向其付款，負責檢查並改進向 Medicare 患者提供的醫護服務。

**復健服務：**此類服務包括物理治療、言語和語言治療以及職業病治療。

**1-800-443-0815（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。**

**服務區：**您為加入特定的健康計劃，而必須居住的地理區域。如果計劃限制您可使用哪位醫生和哪些醫院，服務區通常是您可獲得例行（非緊急）服務的地區。如果您永久搬出您計劃的服務區，本計劃必須讓您退保。

北加州地區的服務區在第 1 章第 2.2 節中說明。就保費、成本分擔、入保和退保而言，本地區的服務區有多種 Senior Advantage 計劃，具體內容詳見《承保範圍說明書》。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方獲得網絡醫護人員的醫療護理。

**服務：**保健服務或用品。

**專業護理院 (SNF) 醫療護理：**由專業護理院每天連續提供的專業護理和復健服務。護理例如僅可由註冊護士或醫生進行的物理治療或靜脈注射等。

**特殊入保期：**會員可以更改其保健計劃或藥物計劃，或轉至 Original Medicare 的固定時間。您可能享有資格享有特殊入保期的情形包括：您搬出服務區；您獲得「額外補助」以支付您的處方藥費用；您搬入護理院；或是我們違反了與您簽訂的合約。

**Special Needs Plan：**項特殊的 Medicare Advantage Plan，為特定族群提供更集中的健康護理服務，例如同時擁有 Medicare 和 Medicaid 者、住在護理院者或患有某些慢性病者。

**專科層級藥物：**是指我們的承付藥物手冊中經 FDA 核准且費用極高的藥物。

**聯邦補助金 (Supplemental Security Income, SSI)：**由社會安全局向收入和資源有限且有殘障、失明或年滿 65 歲及 65 歲以上的人士支付的每月福利。SSI 福利與社會安全福利不同。

**緊急需求服務：**當網絡醫護人員暫時無法提供服務，或您暫時無法前往網絡醫護人員處就診，所提供的不屬於急診服務區的承保服務。例如，您在週末所需要的立即醫護服務。服務必須是立即所需，和醫療上必要的。

# 反歧視聲明

Kaiser Permanente 遵守適用聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而歧視任何人。Kaiser Permanente 不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而排斥或區別對待任何人。我們還提供以下服務：

- 為因殘障問題而無法與我們進行有效溝通之人士提供免費支援和服務，例如：
  - 相應語言的合格口譯員
  - 其他形式的書面資訊，例如大字體印刷版、音頻以及可獲得的電子版
- 為以英語之外的語言為主要語言之人士提供免費服務，例如：
  - 合格口譯員
  - 其他語言書面資訊

如需以上服務，請撥打 **1-800-443-0815** 聯絡會員服務處，服務時間為每週七天，每天早上 8 至晚上 8（TTY 人士請撥打 **711**）。

若您認為 Kaiser Permanente 沒有提供這些服務或有涉及種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別的歧視行為，您可以向民權服務協調員提出投訴，方式是：寄信至 **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** 或撥打上述電話號碼致電會員服務處。您可以通過寄信或電話提出投訴。如需投訴幫助，我們的民權服務協調員將為您提供幫助。您還可以採用電子方式透過民權辦公處的投訴門戶網站向美國衛生與公共服務部民權辦公處提出民權投訴，網址是 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或者按照如下聯絡資訊採用郵寄或電話方式聯絡：郵寄地址：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019**，**1-800-537-7697 (TDD)**。請造訪 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 下載投訴表。



## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.



**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية (**TTY 711**) **1-800-443-0815** على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)**. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

## Kaiser Permanente Senior Advantage 會員服務

方法	會員服務部 — 聯絡資訊
電話	<b>1-800-443-0815</b> 撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。 會員服務部還為英語為非母語的人士提供免費口譯服務。
聽障及語障電話專線	<b>711</b> 撥打此號碼無需付費。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 提供服務。
寫信	您當地的會員服務部辦事處 (請參閱《醫護人員名錄》以查詢地點)。
網站	<b>kp.org</b>

### 州健康保險協助計劃

州健康保險協助計劃 (SHIP) 是由聯邦政府提供資金的州政府計劃，為享有聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 的人士免費提供當地的健康保險諮詢。請參閱第 2 章, 第 3 節，以取得 SHIP 的聯絡資訊。

**PRA 披露聲明** 根據 1995 年《文書減省法令》(Paperwork Reduction Act, PRA)，除非顯示有效的管理與預算局 (Office of Management and Budget, OMB) 控制編號，否則不得要求任何人員收集資訊。此項資訊蒐集的有效 OMB 管制編號為 0938-1051。如果您有可以改善本文件的意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。