

# 承保範圍說明書

您身為 **Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO)** 會員的 **Medicare** 健康福利和服務及處方藥承保範圍

本手冊將會為您提供有關 Medicare 從 2020 年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止的健康護理和處方藥承保範圍詳細資訊。本手冊將會說明如何取得您所需的健康護理服務和處方藥保險。本手冊是一份重要的法律文件。請將本手冊妥善保管於安全的地方。

本 Kaiser Permanente Senior Advantage 計劃是由北加州地區的 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (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」。當其提及「計劃」或「本計劃」時，其意指 Kaiser Permanente Senior Advantage (Senior Advantage)。

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Service Contact Center 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.

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

本文件有盲文版、CD 或大字版可供索取，如果您有需要，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

福利、保費、免賠額和／或共付額／共保額可能會於 2021 年 1 月 1 日變更。

承付藥物手冊、藥房網絡和／或醫護人員網絡可能會隨時變更。您將在必要時收到通知。



## 2020年承保範圍說明書

### 目錄

我們建議您從這裡的章節清單和頁數開始閱讀。如欲進一步取得協助尋找您所需的資訊，請翻至每一章的第一頁。每一章的開始處都有一個詳盡的主題清單。

#### **第 1 章 會員入門指南..... 1**

解釋加入 Medicare 保健計劃的含意以及如何使用本手冊。說明我們將寄給您的資料、計劃保費、D 部分延遲入保罰款、計劃會員卡，以及如何更新您的會員記錄。

#### **第 2 章 重要的電話號碼及資源 ..... 22**

說明如何與本計劃 (Senior Advantage) 及其他組織聯絡，這些組織包括 Medicare、State Health Insurance Assistance Program (SHIP)、品質改進組織、社會安全局、Medicaid (為低收入人士提供的州政府健康保險計劃)、協助支付處方藥費用的計劃和鐵路職工退休委員會等。

#### **第 3 章 使用本計劃承保範圍內的醫療服務..... 35**

向您解釋身為本計劃的會員在獲得醫療護理時的重要須知事項。這些主題包括使用本計劃網絡內的醫護人員以及如何在發生緊急情況時獲得醫護服務。

#### **第 4 章 醫療福利項目表 (承保內容及應付費用) ..... 49**

向您提供詳細資訊，以便您瞭解身為本計劃的會員哪些類型的醫療護理屬於承保範圍而哪些醫療護理不屬於承保範圍。向您解釋您需為承保的醫療護理支付的成本分擔。

#### **第 5 章 使用本計劃承保範圍內的 D 部分處方藥..... 138**

向您解釋取得 D 部分藥物時您應該遵循的規定。告訴您如何使用《Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊》來判斷哪些藥物屬於承保範圍。告訴您哪些類型的藥物不屬於承保範圍。向您解釋適用於某些藥物承保範圍的幾種限制。向您解釋去哪裡配藥。告訴您本計劃中關於藥物安全和管理藥物的計劃。

**第 6 章 您需為 D 部分處方藥支付的費用 ..... 158**

告訴您藥物保險的三個階段（初始保險階段、保險間斷階段和重大傷病承保階段）以及這些階段會如何影響您為藥物支付的費用。向您解釋您 D 部分藥物的六個成本分擔等級並告訴您需為每個成本分擔等級中的藥物支付的藥物費用。

**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 ..... 177**

向您解釋當您需要我們為承保服務或藥物給付我們應分擔的費用時，您應該在何時及如何寄送帳單給我們。

**第 8 章 您的權利和責任 ..... 183**

向您解釋您身為本計劃會員的權利和責任。告訴您在您認為自己的權利未獲尊重時可以怎麼做。

**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..... 193**

逐步告訴您身為本計劃的會員您在有問題或疑慮時應該如何做。

- 向您解釋如何要求承保決定，以及在您未能獲取您認為應屬於本計劃承保範圍的醫療護理或處方藥時，如何提出上訴。這包括要求我們針對規定或針對處方藥承保範圍的額外限制作出例外處理，以及在您認為承保太快終止時，要求我們繼續承保醫院醫療護理和某些類型的醫療服務。
- 向您解釋如何針對醫護品質、候診時間、客戶服務以及其他疑慮提出投訴。

**第 10 章 終止您在本計劃的會員資格 ..... 241**

向您解釋您可終止您在本計劃中之會員資格的時機與方式。向您解釋在何種情況下本計劃必須終止您的會員資格。

**第 11 章 法律聲明 ..... 249**

包括關於準據法和反歧視原則的通知。

**第 12 章 重要詞彙的定義 ..... 258**

向您解釋本手冊內使用的重要詞彙。

## 第 1 章 會員入門指南

<b>第 1 節</b>	<b>前言.....</b>	<b>3</b>
第 1.1 節	您入保 Senior Advantage，該計劃是 Medicare 的 HMO.....	3
第 1.2 節	《承保範圍說明書》手冊的用途是什麼？.....	3
第 1.3 節	與《承保範圍說明書》相關的法律資訊.....	4
<b>第 2 節</b>	<b>成為計劃會員的合格入保資格是什麼？.....</b>	<b>5</b>
第 2.1 節	您的入保資格規定.....	5
第 2.2 節	什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分？.....	5
第 2.3 節	Senior Advantage 計劃服務區.....	5
第 2.4 節	美國公民或合法居民.....	8
<b>第 3 節</b>	<b>您可透過我們獲得哪些其他資料？.....</b>	<b>8</b>
第 3.1 節	您的計劃會員卡—使用該卡獲得所有承保醫護服務和處方藥.....	8
第 3.2 節	《醫護人員名錄》：幫助您找到所有網絡內醫護人員的指南.....	9
第 3.3 節	《藥房名錄》：幫助您找到網絡內藥房的指南.....	10
第 3.4 節	本計劃的承保藥物清單（承付藥物手冊）.....	10
第 3.5 節	D 部分福利說明（「D 部分 EOB」）：列有 D 部分處方藥付款摘要的報告.....	10
<b>第 4 節</b>	<b>您需為本計劃支付的月保費.....</b>	<b>11</b>
第 4.1 節	您的計劃保費是多少？.....	11
<b>第 5 節</b>	<b>您是否需支付 D 部分「延遲入保罰款」？.....</b>	<b>14</b>
第 5.1 節	什麼是 D 部分「延遲入保罰款」？.....	14
第 5.2 節	D 部分延遲入保罰款的金額是多少？.....	15
第 5.3 節	有些情形下您可以延遲入保而無須支付罰金.....	15
第 5.4 節	如果您對 D 部分延遲入保罰款有異議，應該怎麼辦？.....	16
<b>第 6 節</b>	<b>您是否因收入而必須支付 D 部分額外費用？.....</b>	<b>16</b>
第 6.1 節	誰會因收入而必須支付 D 部分額外費用？.....	16
第 6.2 節	D 部分額外費用的金額是多少？.....	16

---

第 6.3 節	如果您對支付 D 部分額外費用有異議，應該怎麼辦？ .....	17
第 6.4 節	如果您未支付 D 部分額外費用會怎樣？ .....	17
<b>第 7 節</b>	<b>與您月保費有關的進一步資訊.....</b>	<b>17</b>
第 7.1 節	計劃保費有幾種支付方式.....	18
第 7.2 節	我們能否在一年當中更改您的計劃月保費？ .....	19
<b>第 8 節</b>	<b>請將計劃會員資格記錄保持在最新狀態.....</b>	<b>19</b>
第 8.1 節	如何協助確保我們持有您的正確資訊 .....	19
<b>第 9 節</b>	<b>我們保護您個人健康資訊的私隱.....</b>	<b>20</b>
第 9.1 節	我們確保您的健康資訊受到保護 .....	20
<b>第 10 節</b>	<b>其他保險如何與本計劃協調運作.....</b>	<b>20</b>
第 10.1 節	如果您有其他保險，哪個計劃需優先給付？ .....	20

## 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。

Medicare 保健計劃有不同的類型。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。

該計劃下的保險符合合格健康保險 (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。請瀏覽國稅局 (IRS) 的網站

<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> 以瞭解更多資訊。

### 第 1.2 節 《承保範圍說明書》手冊的用途是什麼？

本《承保範圍說明書》手冊將會為您說明如何透過本計劃來獲取您的 Medicare 承保醫療護理及處方藥。本手冊會向您解釋身為本計劃會員的權利和責任、承保內容及應付費用。

本《承保範圍說明書》(EOC) 說明了北加州地區服務區內多項 Senior Advantage 計劃。本《承保範圍說明書》包含了下列計劃，而這些計劃均包括 Medicare D 部分的處方藥物承保：

- **Alam.、SF、Napa 計劃**—在本 EOC 中意指「Alameda、Napa 及 San Francisco counties 計劃」。
- **Basic Fresno 計劃**—在本 EOC 中意指「Greater Fresno Area Basic 計劃」。
- **Basic Sac.、Sonoma 計劃**—在本 EOC 中意指「Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic 計劃」。
- **Basic SnJoaq 計劃**—在本 EOC 中意指「San Joaquin County Basic 計劃」。
- **Basic Stanis 計劃**—在本 EOC 中意指「Stanislaus County Basic 計劃」。
- **Contra Costa 計劃**—在本 EOC 中意指「Contra Costa County 計劃」。
- **Enhanced Fresno 計劃**—在本 EOC 中意指「Greater Fresno Area Enhanced 計劃」。
- **Enhanced Sac., Sonoma 計劃**—在本 EOC 中意指「Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 計劃」。
- **Enhanced SnJoaq 計劃**—在本 EOC 中意指「San Joaquin County Enhanced 計劃」。
- **Enhanced Stanis 計劃**—在本 EOC 中意指「Stanislaus County Enhanced 計劃」。
- **Marin San Mateo 計劃**—在本 EOC 中意指「Marin 和 San Mateo counties 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。**

- **Part B Only North 計劃**—在本 EOC 中意指「Part B Only 計劃」。
- **Santa Clara 計劃**—在本 EOC 中意指「Santa Clara County 計劃」。
- **Santa Cruz 計劃**—在本 EOC 中意指「Santa Cruz County 計劃」。
- **Solano 計劃**—在本 EOC 中意指「Solano County 計劃」。

如果您不確定您入保的是哪項計劃，請致電我們的會員服務聯絡中心或參閱**年度變更通知**的封面（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：您入保的計劃是由您的居住地而定；而如果您住在 San Joaquin、Sonoma 或 Stanislaus counties，又或者是 greater Sacramento 或 Fresno 地區，您入保的計劃則取決於您是選擇 Enhanced 還是 Basic 計劃。請參閱本章的第 2.3 節，以瞭解本《承保範圍說明書》內每個計劃之服務區的地理位置。

本《承保範圍說明書》也向您說明了稱為 Advantage Plus 的「選擇性補充福利」。與此相關的福利內容僅適用於入保 Advantage Plus 的人士。

「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》手冊。

如果您對本手冊的內容有疑惑、顧慮，或者僅僅想提一個問題，請聯絡我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

### 第 1.3 節 與《承保範圍說明書》相關的法律資訊

該手冊是我們與您簽訂之合約的一部分

本《承保範圍說明書》是我們與您簽訂之合約的一部分，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、《Kaiser Permanente 2020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」。

本合約在您入保Senior Advantage期間的月份有效，即2020年1月1日至2020年12月31日。

每個日曆年度，Medicare允許我們更改我們提供的計劃。也就是說，我們可在2020年12月31日之後更改計劃費用及福利項目。我們也可選擇在2020年12月31日之後停止提供本計劃或在其他服務區提供本計劃。

#### Medicare 必須每年核准本計劃

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，您就可以繼續以本計劃的會員身分獲得Medicare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 您的入保資格規定

只要您符合以下條件您即有資格取得本計劃的會員資格：

- 您享有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分（下面第 2.2 節將會向您說明 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的相關資訊）。
- 一而且—您居住在我們的服務區（下面第 2.3 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。
- 一而且—您是美國公民或美國合法居民。
- 一而且—您不能患有末期腎臟病 (ESRD)，但有少數情形例外，例如您在成為我們計劃會員後才罹患 ESRD，或者您曾經是其他計劃的會員但該計劃已經終止。

### 第 2.2 節 什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分？

您最初入保 Medicare 時，您會收到有關屬於 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保範圍之服務的資訊。請謹記：

- Medicare A 部分通常協助承保由醫院（住院服務）、專業護理院或居家健康機構提供的服務。
- Medicare B 部分適用於大多數其他醫療服務（例如醫生服務和其他門診服務）以及某些物品（如耐用醫療器材 (DME) 和用品）。

### 第 2.3 節 Senior Advantage 計劃服務區

儘管 Medicare 是一項聯邦計劃，本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 及 San Francisco counties 計劃**（適用於居住在本計劃的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。我們的服務區包括加州的 **Alameda、Napa 及 San Francisco counties**。

**Senior Advantage Contra Costa County 計劃**（適用於居住在本計劃的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。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的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。我們的服務區包括加州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 及 Sonoma County Basic 或 Enhanced 計劃**（適用於居住在本計劃的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。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 及 95669。
- **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 95836-37。
- **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 和 San Mateo counties 計劃**（適用於居住在本計劃的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。我們的服務區包括加州的 **Marin 及 San Mateo counties**。

**Senior Advantage San Joaquin County Basic 或 Enhanced 計劃**（適用於居住在這些計劃的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。我們的服務區包括加州的 **San Joaquin County**。

**Senior Advantage Santa Clara County 計劃**（適用於居住在本計劃的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。我們的服務區包括加州 **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的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。我們的服務區包括加州的 **Santa Cruz County**。

**Senior Advantage Solano County 計劃**（適用於居住在本計劃的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。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，本計劃也適用於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的服務區內並享有 Medicare A 部分和 B 部分者）。我們的服務區包括加州的 **Stanislaus County**。

Senior Advantage Part B Only 計劃（適用於在 1999 年 1 月 1 日之前入保 Senior Advantage 且未享有 Medicare A 部分的會員）。我們的服務區包括加州的這些郡縣：**Alameda**、**Contra Costa**、**Marin**、**Napa**、**Sacramento**、**San Francisco**、**San Joaquin**、**San Mateo**、**Santa Cruz**、**Solano** 及 **Stanislaus**。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 及 95669。
- **El Dorado County**：95613-14、95619、95623、95633-35、95651、95664、95667、95672、95682 及 95762。
- **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。

**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。

- **Mariposa County**：93601、93623 及 93653。
- **Placer County**：95602–04、95610、95626、95648、95650、95658、95661、95663、95668、95677–78、95681、95703、95722、95736、95746–47 及 95765。
- **Santa Clara County**：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。
- **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 95836–37。
- **Tulare County**：93238、93261、93618、93631、93646、93654、93666 及 93673。
- **Yolo County**：95605、95607、95612、95615–18、95645、95691、95694–95、95697–98、95776 及 95798–99。
- **Yuba County**：95692、95903 及 95961。

如果您打算搬出服務區，請聯絡我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。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**，或入保新地點提供的 **Medicare** 保健計劃或藥物計劃。

還有很重要的一點是，如果您搬遷或更改通訊地址，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 2.4 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入保的資格。

## 第 3 節 您可透過我們獲得哪些其他資料？

### 第 3.1 節 您的計劃會員卡—使用該卡獲得所有承保醫護服務和處方藥

您身為本計劃的會員期間，在您接受本計劃承保的任何服務以及在網絡藥房領取處方藥時，您皆必須使用本計劃的會員卡。如適用，您也應向醫護人員出示您的 Medicaid 卡。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，在大多數情況下，**您便不得使用 Medicare 紅白藍卡**來獲得承保醫療服務（例行臨床試驗研究和安寧服務除外）。如果您需要醫院服務，您可能必須出示您的 Medicare 卡。請將 Medicare 紅白藍卡保存在安全的地方，以備之後需要使用。

**為什麼這一點很重要：**如果您在身為計劃會員期間使用 Medicare 紅白藍卡而不是使用 Senior Advantage 的會員卡獲得承保服務，則您可能必須自己支付全額費用。

如果您的計劃會員卡損壞、遺失或遭竊，請立即致電我們的會員服務聯絡中心，我們將會寄給您新卡。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

### 第 3.2 節 《醫護人員名錄》：幫助您找到所有網絡內醫護人員的指南

《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。

什麼是「網絡醫護人員」？

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。我們已安排這些醫護人員為本計劃的會員提供承保服務。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。

**為什麼您需要瞭解哪些醫護人員屬於我們的網絡？**

您需要瞭解哪些醫護人員屬於我們的網絡，這一點很重要，因為您在身為本計劃的會員期間，您必須透過網絡醫護人員獲得醫療護理和服務，少數情形除外。唯一的例外情形包括急診、沒有網絡醫護人員可用時（一般是您不在服務區內時）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絡外醫護人員的情形。請參閱第 3 章「使用本計劃承保範圍內的醫療服務」，以瞭解更多關於急診、網絡外和區域外承保的具體資訊。

如果您沒有《醫護人員名錄》，您可以向我們的會員服務聯絡中心索取一份（電話號碼列印於本手冊的封底）。您可以向我們的會員服務聯絡中心查詢網絡醫護人員的更多資訊，包括其專業資格。您也可以向 [kp.org/directory](http://kp.org/directory) 查看或下載《醫護人員名錄》。我們的會員服務聯絡中心和網站都可以向您提供關於網絡醫護人員的最新資訊。

**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。**

### 第 3.3 節 《藥房名錄》：幫助您找到網絡內藥房的指南

#### 什麼是「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。

#### 您為什麼需要瞭解網絡藥房？

您可以使用《藥房名錄》來尋找您想使用的網絡藥房。本計劃的藥房網絡明年會有所變更。我們的網站 [kp.org/directory](http://kp.org/directory) 會提供更新的《藥房名錄》。您也可以致電我們的會員服務聯絡中心以索取更新的醫護人員資訊或要求我們郵寄一份《藥房名錄》給您。請檢閱 2020 年的《藥房名錄》，以查看哪些藥房隸屬於我們的網絡。

如果您沒有《藥房名錄》，您可以向我們的會員服務聯絡中心索取一份（電話號碼列印於本手冊的封底）。您可以在任何時候致電我們的會員服務聯絡中心以獲得藥房網絡變更的最新資訊。您也可以我們的網站 [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《Kaiser Permanente 2020 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 部分福利所承保的 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。如欲取得最完整且最新的資訊以瞭解哪些藥物屬於承保範圍，您可以瀏覽我們的網站 ([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)) 或致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

### 第 3.5 節 D 部分福利說明（「D 部分 EOB」）：列有 D 部分處方藥付款摘要的報告

當您使用 D 部分處方藥福利時，我們將會寄給您一份摘要報告，以協助您理解並掌握您的 D 部分處方藥費用支付情況。本摘要報告稱為 D 部分福利說明（或簡稱為「D 部分 EOB」）。

D 部分 EOB 會向您說明您或代您付款的其他人在本月期間為 D 部分處方藥所支付的費用總額，以及本計劃在本月期間為您的 D 部分處方藥所給付的費用總額。第 6 章（「您需為 D 部分處方藥支付的費用」）會為您說明關於 D 部分 EOB 的更多資訊以及其可如何幫助您追蹤您的藥物承保。

如果您有需要，我們也會為您提供 D 部分 EOB 摘要。如要獲取摘要，請聯絡我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。您也可選擇從線上獲取 D 部分 EOB，而無需透過郵件取得。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。

**第 4 節 您需為本計劃支付的月保費**

**第 4.1 節 您的計劃保費是多少？**

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。另外，您必須繼續支付 Medicare B 部分的保費（除非 Medicaid 或其他第三方為您支付了 B 部分保費）。

計劃月保費		
Senior Advantage 計劃名稱	不包括 Advantage Plus 的 Senior Advantage	包括 Advantage Plus 的 Senior Advantage*
<b><i>Alameda、Napa 及 San Francisco counties 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分並居住在本章第 2.3 節所述之本計劃服務區的會員。	\$92	\$112*
<b><i>Contra Costa County 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分並居住在 Contra Costa County 的會員。	\$92	\$112*
<b><i>Greater Fresno Area Basic 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分、居住在本章第 2.3 節所述之本計劃服務區且入保 Basic 計劃的會員。	\$20	\$40*
<b><i>Greater Fresno Area Enhanced 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分、居住在本章第 2.3 節所述之本計劃服務區且入保 Enhanced 計劃的會員。	\$79	\$99*

計劃月保費		
Senior Advantage 計劃名稱	不包括 Advantage Plus 的 Senior Advantage	包括 Advantage Plus 的 Senior Advantage*
<p><b><i>Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Basic 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分並居住在本章第 2.3 節所述之本計劃服務區的會員。</p>	\$24	\$44*
<p><b><i>Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Enhanced 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分並居住在本章第 2.3 節所述之本計劃服務區的會員。</p>	\$88	\$108*
<p><b><i>Marin 及 San Mateo counties 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分並居住在 Marin 或 San Mateo counties 的會員。</p>	\$99	\$119*
<p><b><i>San Joaquin County Basic 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分、居住在 San Joaquin County 且入保 Basic 計劃的會員。</p>	\$18	\$38*
<p><b><i>San Joaquin County Enhanced 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分、居住在 San Joaquin County 且入保 Enhanced 計劃的會員。</p>	\$79	\$99*
<p><b><i>Santa Clara County 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分並居住在本章第 2.3 節所述之本計劃服務區的會員。</p>	\$79	\$99*

計劃月保費		
Senior Advantage 計劃名稱	不包括 Advantage Plus 的 Senior Advantage	包括 Advantage Plus 的 Senior Advantage*
<p><b><i>Santa Cruz County 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分並居住在本章第 2.3 節所述之本計劃服務區的會員。</p>	\$89	\$109*
<p><b><i>Solano County 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分並居住在本章第 2.3 節所述之本計劃服務區的會員。</p>	\$98	\$118*
<p><b><i>Stanislaus County Basic 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分、居住在 Stanislaus County 且入保 Basic 計劃的會員。</p>	\$20	\$40*
<p><b><i>Stanislaus County Enhanced 計劃</i></b> 本計劃適用於享有 Medicare A 部分和 B 部分、居住在 Stanislaus County 且入保 Enhanced 計劃的會員。</p>	\$79	\$99*
<p><b><i>Part B Only 計劃</i></b> 適用於從 1998 年 12 月 31 日開始則持續入保 Senior Advantage，並在整個期間內未享有 Medicare A 部分的會員。</p>	\$398	\$418*
<p>*如果您註冊額外福利，則您每個月需為這些額外福利支付另外的保費，這些額外福利又稱為「選擇性補充福利」(Advantage Plus)。如果您對計劃保費有任何疑問，請致電會員服務聯絡中心並參閱第 4 章第 2.2 節以取得更多資訊。</p>		

### 在某些情形下，您的計劃保費可能會減少

「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。

如果您已經入保該計劃並透過該計劃獲得補助，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，請致電會員服務聯絡中心索取「LIS 附約」。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

### 在一些情形下，您的計劃保費可能會增加

在一些情形下，您的計劃保費可能會比此節以上部分列出的金額更高。此類情形說明如下：

- 某些會員必須支付 D 部分延遲入保罰款，因為他們在最初獲得入保資格時沒有立即加入 Medicare 藥物計劃或他們連續 63 天以上未享有「可抵免」處方藥保險。（「可抵免」是指該藥物保險的平均預期給付金額至少與 Medicare 的標準處方藥保險相當。）對於這些會員，我們的計劃月保費中增加了 D 部分延遲入保罰款。其保費金額將為計劃月保費加上 D 部分延遲入保罰款的金額。
  - ◆ 如果您必須支付 D 部分延遲入保罰款，延遲入保罰款的費用將視您未享有 D 部分或可抵免處方藥保險的時間長短而定。第 1 章第 5 節對 D 部分延遲入保罰款進行了說明。
  - ◆ 如果您需繳交 D 部分延遲入保罰款但卻未繳交，您可能會遭到本計劃退保。

## 第 5 節 您是否需支付 D 部分「延遲入保罰款」？

### 第 5.1 節 什麼是 D 部分「延遲入保罰款」？

**注意：**如果您獲得 Medicare 的「額外補助」來支付您的處方藥，您無需支付延遲入保罰款。

延遲入保罰款將加入您的 D 部分保費。如果在您首次入保期結束後的任何時間，您有連續 63 天以上未享有 D 部分或其他可抵免處方藥保險，則您可能需支付 D 部分延遲入保罰款。「可抵免處方藥保險」是符合 Medicare 最低標準的保險，其平均預期給付金額至少與 Medicare 的標準處方藥保險相當。延遲入保罰款的費用將視您未享有 D 部分或可抵免處方藥保險的時間長短而定。在您享有 D 部分承保的期間，您必須支付此罰款。

D 部分延遲入保罰款會加入月保費中。您第一次入保本計劃時，我們會告訴您罰款金額。D 部分延遲入保罰款是屬於您計劃保費的一部分。

**第 5.2 節 D 部分延遲入保罰款的金額是多少？**

罰款的金額由 Medicare 決定。以下是罰款的決定方式：

- 首先計算自您取得 Medicare 藥物計劃的入保資格之日起，您延遲入保計劃的整月數。或者，如果保險中斷達到 63 天以上，則計算您沒有可抵免處方藥保險的整月數。沒有可抵免保險每滿一個月，罰款為 1%。舉例而言，如果您有 14 個月沒有保險，則罰款將為 14%。
- 然後，Medicare 決定全美國 Medicare 藥物計劃上一年度的平均月保費金額。在 2020 年，此平均保費金額為 \$32.74。
- 將罰款百分比乘以平均月保費，然後四捨五入到最接近的十美分，就能得出您的每月罰款。在這個例子中，您將會以 14% 乘上 \$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 部分延遲入保罰款者的月保費中。

關於每月 D 部分延遲入保罰款，有三項重要注意事項：

- 第一，罰款可能每年發生變化，因為平均月保費可能每年發生變化。如果全國平均保費（由 Medicare 決定）增加，則罰款亦會增加。
- 第二，只要您入保的計劃有 Medicare D 部分藥物福利，您每個月就必須繼續支付罰款，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。

**第 5.3 節 有些情形下您可以延遲入保而無須支付罰金**

即使您在首次取得入保資格後延遲入保提供 Medicare D 部分保險的計劃，有時候您也無須支付 D 部分延遲入保罰款。

若有以下任何情形，您無須因延遲入保而支付罰款：

- 如果您已經有平均預期給付金額至少與 Medicare 的標準處方藥保險相當的處方藥保險。Medicare 將此類保險稱為「可抵免藥物保險」。**請注意：**
  - ◆ 可抵免保險可包括由前雇主或工會、TRICARE，或退伍軍人事務部提供的藥物保險。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。請注意：如果您在健康保險結束時收到「可抵免保險證書」，不一定代表您的處方藥保險屬於可抵免保險。這項通知必須聲明您已經有預期給付金額與 Medicare 的標準處方藥計劃給付金額相當的「可抵免」處方藥保險。
  - ◆ 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。

**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。**

- ◆ 如需可抵免保險的其他資訊，請查閱 2020 年《Medicare 與您》手冊，或致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 聯絡 Medicare。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電這些免費電話號碼。
- 如果您沒有可抵免保險，但是沒有此保險的天數少於連續 63 天。
- 如果您正從 Medicare 獲得「額外補助」。

#### 第 5.4 節 如果您對 D 部分延遲入保罰款有異議，應該怎麼辦？

如果您對 D 部分延遲入保罰款有異議，您或您的代表可以要求對延遲入保罰款決定進行複審。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。如果您在加入我們的計劃之前便已在支付罰款，您可能沒有機會針對該延遲入保罰款再次提出複審要求。請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底），以瞭解提出複審要求方式的更多資訊。

#### 第 6 節 您是否因收入而必須支付 D 部分額外費用？

##### 第 6.1 節 誰會因收入而必須支付 D 部分額外費用？

大多數人支付標準的 D 部分月保費。但是，某些人會因為年收入而支付額外費用。如果您的個人（或分開報稅的已婚個人）收入達到或超過\$85,000，或已婚夫婦的收入合計達到或超過\$170,000，您必須直接向政府繳付 Medicare D 部分保險的**額外費用**。

如果您必須支付額外費用，社會安全局（非 Medicare 計劃）將以信件形式告知您需支付的額外費用金額以及支付方式。不論您平時如何支付計劃保費，除非您每月的福利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福利支票中扣繳。如果您的福利支票不足以支付額外費用，您將會收到 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。

##### 第 6.2 節 D 部分額外費用的金額是多少？

如果您在 IRS 納稅申報單上的經修改調整總收入 (MAGI) 超過一定金額，除每月的計劃保費外，您還需支付額外費用。如需更多資訊以瞭解根據您的收入您可能必須支付多少額外費用，請瀏覽

<https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html>。

**第 6.3 節 如果您對支付 D 部分額外費用有異議，應該怎麼辦？**

如果您對基於收入而必須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。若要瞭解如何提出重審要求的更多資訊，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 6.4 節 如果您未支付 D 部分額外費用會怎樣？**

您須直接向政府（而非您的 Medicare 計劃）支付 Medicare D 部分保險的額外費用。如果您根據法律規定必須支付額外費用，但卻未支付，則您將會遭到本計劃退保並失去處方藥保險。

**第 7 節 與您月保費有關的進一步資訊****許多會員必須支付其他 Medicare 保費**

除了支付計劃月保費以外，許多會員必須繳納其他的 Medicare 保費。如本章第 2 節所述，為了獲得入保本計劃的資格，您必須同時享有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。有些計劃會員（沒有資格享受免保費 A 部分者）將需支付 Medicare A 部分的保費。大多數計劃會員將需支付 Medicare B 部分的保費。為了保持本計劃的會員資格，您必須持續支付 Medicare 保費。

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 (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)。IRMAA 是保費以外的額外費用。

- 如果您必須支付額外費用，但卻未付，則您將從本計劃退保並失去處方藥保險。
- 如果您必須支付額外費用，社會安全局而非 Medicare 計劃將會寄給您一封信，告知您額外費用的金額。
- 有關以收入為依據的 D 部分保費詳細資訊，請參閱本章的第 6 節。您亦可瀏覽 <https://www.medicare.gov> 網站或致電 **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**。或者您可致電 **1-800-772-1213** 與社會安全局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-800-325-0778**。

2020 年《Medicare 與您》中的「2020 年 Medicare 費用」一節有提供關於 Medicare 保費的資訊。其中說明了 Medicare B 部分和 D 部分保費如何因收入的不同而有差異。入保 Medicare 的每個人都會在每年秋季收到一份《Medicare 與您》。新入保 Medicare 的人士會在首次入保後的一個月內收到該手冊。您也可以從 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>) 下載 2020 年《Medicare 與您》。或者，您可以致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 以獲取印刷版，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**。

## 第 7.1 節 計劃保費有幾種支付方式

您可透過三種方式支付計劃保費。您將透過支票支付（選項 1），除非您告訴我們您希望從銀行（選項 2）或社會安全支票（選項 3）中自動扣除保費。如欲登記選項 2 或選項 3，或在任何時間更改您的選擇，請致電我們的會員服務聯絡中心並告訴我們您希望採用的選項。

如果您決定更改保費支付方式，新的付款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。

### 選項 1：您可以透過支票支付

您可以直接將每月計劃保費以支票的形式寄給我們。我們將在承保月份前一個月的第 15 天前給您發送帳單。我們必須在承保當月之前一個月的最後一天或之前收到您的付款。支票抬頭為「Kaiser Permanente」且支票應寄至下列地址：

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

**注意：**您不能親自付款。如果您的銀行拒絕付款，我們將會向您收取支票退票費。

### 選項 2：您可以登記使用電子轉帳 (EFT) 或定期信用卡付款

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。請致電我們的會員服務聯絡中心，以瞭解如何啟用或停用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。

### 選項 3：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。請聯絡我們的會員服務聯絡中心，以進一步瞭解如何使用這種方法支付計劃月保費。我們很樂意協助您辦理此事。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

### 如果您在支付計劃保費方面有困難，應該怎麼辦？

本計劃辦事處必須在承保月份前一個月的最後一天前收到計劃保費。如果我們沒有在承保月份的第一天前收到您的保費付款，我們將向您發送通知，告知您積欠的金額。我們有權追討您所積欠的任何保費。如果我們沒有在 60 天內收到您的保費付款且您入保的是我們

的選擇性補充福利組合 (Advantage Plus)，則我們可能會終止這些福利且您將需等到 10 月 15 日才可再次註冊這些福利，以使保險在 1 月 1 日生效。

如果您無法按時支付計劃保費，請聯絡我們的會員服務聯絡中心，以便查詢我們是否可以介紹您參加可協助您支付計劃保費的計劃。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

### 第 7.2 節 我們能否在一年當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。如需更多「額外補助」計劃的資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

## 第 8 節 請將計劃會員資格記錄保持在最新狀態

### 第 8.1 節 如何協助確保我們持有您的正確資訊

您會員資格記錄中的資訊來自您的入保申請表，包括您的地址和電話號碼。會員資格記錄顯示您計劃具體的承保範圍，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）發生變更。
- 如果您參與臨床試驗研究。

**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。**

如果以上任何資訊發生變更，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）以告知我們。

還有很重要的一點是，如果您搬遷或更改通訊地址，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。

### 請閱讀我們所寄給您並與您所持有之任何其他保險承保範圍有關的資訊

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福利項目進行協調。（有關您享有其他保險時我們如何承保的詳細資訊，請參閱本章第 10 節。）

我們每年會向您發送一次信件，其中列出我們知道的任何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，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

## 第 9 節 我們保護您個人健康資訊的私隱

### 第 9.1 節 我們確保您的健康資訊受到保護

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。

如欲瞭解我們如何保護您個人健康資訊的詳情，請參閱本手冊第 8 章第 1.4 節。

## 第 10 節 其他保險如何與本計劃協調運作

### 第 10.1 節 如果您有其他保險，哪個計劃需優先給付？

如果您享有其他保險（如雇主團體健康保險），Medicare 有設立規定來決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。

這些規則適用於雇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您家人目前的工作所取得，則哪一方需優先給付取決於您的年齡、您雇主僱用的員工人數，以及您是否因年齡、殘障或末期腎臟病 (ESRD) 等因素而享有 Medicare：

- ◆ 如果您未滿 65 歲並是殘障人士，且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，條件是雇主擁有 100 名以上的員工，或多項雇主計劃中至少有一名雇主擁有 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，條件是雇主擁有 20 名以上的員工，或多項雇主計劃中至少有一名雇主擁有 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）。
- 黑肺病福利。
- 工傷賠償。

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。

如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。如果您對哪一方優先給付有疑問，或需要更新其他保險資訊，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。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。

**第 2 章 重要的電話號碼及資源**

第 1 節	<b>Kaiser Permanente Senior Advantage 聯絡人</b> （如何聯絡我們，包括如何聯絡本計劃的會員服務部） .....	<b>23</b>
第 2 節	<b>Medicare</b> （如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助和資訊） .....	<b>27</b>
第 3 節	<b>State Health Insurance Assistance Program</b> （有關 Medicare 的免費協助、資訊和問題解答） .....	<b>28</b>
第 4 節	<b>品質改進組織</b> （由 Medicare 聘僱來檢查 Medicare 會員的醫護品質） .....	<b>29</b>
第 5 節	<b>社會安全局</b> .....	<b>29</b>
第 6 節	<b>Medicaid</b> （一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助部分收入和資源有限者支付醫療費用） .....	<b>30</b>
第 7 節	<b>協助支付處方藥費用的計劃資訊</b> .....	<b>31</b>
第 8 節	<b>如何聯絡鐵路職工退休委員會</b> .....	<b>33</b>
第 9 節	<b>您是否享有由僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？</b> .....	<b>34</b>

## 第 1 節 Kaiser Permanente Senior Advantage 聯絡人（如何聯絡我們，包括如何聯絡本計劃的會員服務部）

### 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> 此電話為免費電話。每週7天，上午8:00至晚上8:00。 會員服務部還為英語為非母語的人士提供免費語言口譯服務。
聽障及語障 電話專線	<b>711</b> 此電話為免費電話。每週7天，上午8:00至晚上8:00。
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福利項目和承保範圍，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提出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。

**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。**

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	<b>1-800-443-0815</b> 此電話為免費電話。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。 如果您的承保決定、上訴或投訴符合第 9 章所述的 <b>快速決定資格</b> ，請致電 <b>1-888-987-7247</b> 與加急審查單位聯絡，服務時間為週一至週六，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。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
傳真	如果您的承保決定、上訴或投訴符合 <b>快速決定的資格</b> ，請將您的要求傳真至我們的加急審查單位，傳真號碼為 <b>1-888-987-2252</b> 。
寫信	<ul style="list-style-type: none"> <li>對於<b>標準承保決定或投訴</b>，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）。</li> <li>對於<b>標準上訴</b>，請寫信至我們寄給您之拒絕決議通知上的地址。</li> <li>如果您的承保決定、上訴或投訴符合<b>快速決定的資格</b>，請寫信至： Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Expedited Review Unit P.O.Box 1809 Pleasanton, CA 94566</li> </ul>
<b>MEDICARE</b> 網站	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 <b><a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a></b> 。

### 如要針對 D 部分處方藥尋求承保決定或提出上訴，如何聯絡我們

承保決定是指我們針對您的福利項目和承保範圍，或者為屬於本計劃 D 部分福利承保範圍的處方藥給付的金額而作出的決定。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。

有關針對您的 D 部分處方藥尋求承保決定或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。」如果您對我們的承保決定或上訴流程有疑問，您可致電與我們聯絡。

方法	與 D 部分處方藥有關的承保決定或上訴—聯絡資訊
電話	<b>1-866-206-2973</b> 此電話為免費電話。每週 7 天，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。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
傳真	<b>1-866-206-2974</b>
寫信	Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Part D Unit P.O.Box 23170 Oakland, CA 94623-0170
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 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 D 部分處方藥有關的投訴—聯絡資訊
電話	<b>1-800-443-0815</b> 此電話為免費電話。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。 如果您的投訴符合快速決定的資格，請致電 <b>1-866-206-2973</b> 與 D 部分單位聯絡，服務時間為每週 7 天，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。
聽障及語障 電話專線	<b>711</b> 此電話為免費電話。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
傳真	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> 。

**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。**

<p><b>寫信</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>對於<b>標準投訴</b>，請寫信至您當地的會員服務部辦事處（請參閱《<b>醫護人員名錄</b>》以查詢地點）。</li> <li>如果您的投訴符合<b>快速決定的資格</b>，請寫信至： Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Part D Unit P.O.Box 23170 Oakland, CA 94623-0170</li> </ul>
<p><b>MEDICARE 網站</b></p>	<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="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://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

有關您可能需要向我們要求提供補償或為醫護人員寄給您的帳單支付費用等情形的詳細資訊，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。

方法	給付申請—聯絡資訊
<p><b>電話</b></p>	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>此電話為免費電話。每週7天，上午8:00至晚上8:00。</p> <p><b>注意：</b>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 7 天，上午 8:30 至下午 5:00。</p>
<p><b>聽障及語障 電話專線</b></p>	<p><b>711</b></p> <p>此電話為免費電話。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。</p>

寫信	<p>Kaiser Foundation Health Plan Claims Department P.O.Box 24010 Oakland, CA 94623-1010</p> <p>注意：如果您欲針對由網絡醫護人員開立及提供的 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> 或寫信給我們，地址為 (Attention: Part D Unit) P.O. Box 23170, Oakland, CA 94623-0170。</p>
網站	<p><b>kp.org</b></p>

## 第 2 節 Medicare（如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助和資訊）

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人（需要接受洗腎或腎移植的永久腎衰竭病人）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	<p><b>1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227</b></p> <p>此電話為免費電話。每週 7 天，每天 24 小時。</p>
聽障及語障 電話專線	<p><b>1-877-486-2048</b></p> <p>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。</p>
網站	<p><b><a href="https://www.medicare.gov">https://www.medicare.gov</a></b></p> <p>這是 Medicare 的政府官方網站。該網站可為您提供 Medicare 和當前 Medicare 問題的最新資訊。該網站也提供有關醫院、護理院、醫生、居家健康機構及洗腎設施的資訊。該網站包含了您可直接從電腦列印出來的手冊。您也可找到您所在州的 Medicare 聯絡資訊。</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>：針對您所在地區現有的 Medicare 處方藥計劃、Medicare 保健計劃和 Medigap（Medicare 補充保險）政策提供個人化資訊。這些工具可用於估算在不同 Medicare 計劃中您可能需支付的自付費用。</li></ul>

**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。**

您也可以利用網站向 Medicare 投訴您對計劃的任何不滿之處：

- **向 Medicare 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，請前往  
<https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。  
Medicare 將認真處理您的投訴，並會使用此資訊來協助改進 Medicare 計劃的品質。

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 聯絡並告知他們您想查詢的資訊。他們會在網站上查找資訊，列印出來寄給您。（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使用者請致電 **1-877-486-2048**。）

### 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顧問。在加州，SHIP 稱為 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。

HICAP 是一個獨立州政府項目（與任何保險公司或保健計劃無關）。該項州政府計劃是由聯邦政府提供資金，為享有 Medicare 的人士免費提供當地健康保險諮詢。

HICAP 的顧問可協助解答您對 Medicare 的疑問或解決相關問題。他們會協助您瞭解您的 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 的顧問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。

方法	<b>Health Insurance Counseling and Advocacy Program</b> (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（由 Medicare 聘僱來檢查 Medicare 會員的醫護品質）

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 由醫生和其他保健專業人員組成，他們的薪水由聯邦政府提供。該組織由 Medicare 提供經費，負責檢查及協助改善 Medicare 會員的醫護品質。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 (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 8:00 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/en">www.livantaqio.com/en</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 歲以上、殘障人士或末期腎臟病病人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。社會安全局負責處理 Medicare 的入保事宜。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。

**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。**

社會安全局也負責判定哪些人因收入較高而必須為 D 部分藥物保險支付額外的費用。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申請複審。

如果您搬遷或更改通訊地址，請務必與社會安全局聯絡以告知他們。

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 7:00 至晚上 7:00。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 7:00 至晚上 7:00。
網站	<a href="https://www.ssa.gov">https://www.ssa.gov</a>

## 第 6 節 Medicaid (一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助部分收入和資源有限者支付醫療費用)

Medicaid 是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在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。

此外，Medicaid 設有各類計劃，可協助享有 Medicare 的人士支付其 Medicare 費用，如 Medicare 的保費。這些「Medicare Savings Program」每年可幫助收入和資源有限者節省資金：

- **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完整 Medicaid 福利 (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完整 Medicaid 福利 (SLMB+)。
- **Qualified Individual (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	<b>Medi-Cal (加州的 Medicaid 計劃) — 聯絡資訊</b>
電話	<b>1-800-952-5253</b> 此電話為免費電話。您每天 24 小時皆可使用 Medi-Cal 的自動電話服務以獲得錄音資訊。
聽障及語障 電話專線	<b>1-800-952-8349</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 Social Services 744 P Street Sacramento, California 95814
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 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，您可獲得補助用其支付任何 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」也可計入您的自付費用中。

收入和資源有限者可能有資格獲得「額外補助」。有些人不必申請便自動有資格獲得「額外補助」。Medicare 將會寄信給自動符合「額外補助」資格的人士。

您也許能獲得「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請致電 **1-877-486-2048**，服務時間為每週 7 天／每天 24 小時；
- 社會安全局辦公室電話 **1-800-772-1213**，服務時間為週一至週五，上午 7:00 至晚上 7:00。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-800-325-0778**（申請）；或
- 您所在州的 Medicaid 辦公室（申請）（請參閱本章的第 6 節查看聯絡人資訊）。

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領處方藥時支付的成本分擔額不正確，本計劃制定了程序，讓你能請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。

**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。

如果您不確定應該向我們提供什麼證明，請聯絡網絡藥房或我們的會員服務聯絡中心。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，其中提供了有關居家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，以便我們可以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，以便我們可以將其轉給 CMS 更新記錄：

- 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部辦事處。

在我們收到有關您的共付額級別證明之後，我們會更新系統資訊，以確保您下次在藥房配領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。我們會將您的超額付款以支票形式寄給您，或者用您的超額付款來抵銷未來的共付額。如果藥房尚未向您收取共付額，且藥房將該共付額計為您積欠的款項，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，請與我們的會員服務聯絡中心聯絡（電話號碼列印於本手冊的封底）。

### Medicare Coverage Gap Discount Program

Medicare Coverage Gap Discount Program 為已達到保險間斷階段且沒有獲得「額外補助」的 D 部分會員提供品牌藥的藥廠折扣。針對品牌藥，由藥廠所提供的 70% 折扣不適用於保險間斷階段藥費當中的任何配藥費用。針對品牌藥，會員需支付議定價格的 25% 和一部分的配藥費。

如果您達到了保險間斷階段，當藥房針對您的處方向您收費時，我們會自動計入折扣，而您的 D 部分福利說明 (D 部分 EOB) 將會顯示藥廠所提供的任何折扣。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階段。本計劃給付的金額 (5%) 則不會計入您的自付費用中。

針對非品牌藥物，您也會獲得一些承保。如果您達到了保險間斷階段，本計劃將支付非品牌藥價格的 75%，而您只需支付價格剩餘的 25%。針對非品牌藥物，本計劃給付的金額 (75%) 不會計入您的自付費用中。僅有您支付的金額會計入自付費用，以協助您渡過保險間斷階段。此外，配藥費也作為藥物費用的一部分而包含在內。

Medicare Coverage Gap Discount Program 在全國皆有提供。由於本計劃在保險間斷階段提供額外的間斷期保險，您的自付費用有時候會低於此處所述的費用。請參閱第 6 章的第 6 節，瞭解有關保險間斷階段保險的詳細資訊。

如果您對您正在使用的藥物是否有折扣，或對整體的 Medicare Coverage Gap Discount Program 有任何疑問，請聯絡我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

*如果您有參加 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)，應該怎麼辦？什麼是 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)？*

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 可協助有資格加入 ADAP 的 HIV/AIDS 患者取得可挽救生命的愛滋病毒藥物。Medicare D 部分處方藥若同時屬於 ADAP 的適用範圍，則可透過 California AIDS Drug Assistance Program 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 HIV 狀態、本州定義的低收入以及無保險／保額不足狀態。

如果您目前已參加 ADAP，該計劃可針對 ADAP 承付藥物手冊中的藥物繼續為您提供 Medicare D 部分處方藥成本分擔補助。為確保您能繼續接受該補助，請將您 Medicare D 部分計劃名稱或保單號碼的任何變更告知您當地的 ADAP 入保工作人員。請於週一至週五上午 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。

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。

*如果您獲得 Medicare 的「額外補助」以幫助您支付處方藥費用，情形會怎麼樣？您可以獲得折扣嗎？*

不可以。如果您獲得「額外補助」，即表示您已在保險間斷階段獲得處方藥費用的保險。

*如果您未得到折扣但認為自己應該獲得折扣，該怎麼辦？*

如果您認為自己已達到保險間斷階段，但您在支付品牌藥費用時卻未獲得折扣，您應該查閱您下一份的 **D 部分福利說明 (D 部分 EOB)** 通知。如果您的 **D 部分 EOB** 上未顯示折扣，您應與我們聯絡以確保您的處方記錄正確無誤且為最新狀態。如果我們認為您不應享有折扣，您可以提出上訴。您可以在 **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**（電話號碼見本章第 3 節）的幫助下提出上訴，或致電 **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**。

## 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福利計劃。如您對鐵路職工退休委員會可提供的福利項目有疑問，請聯絡該委員會。

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通訊地址時通知他們。

**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。**

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」，您可於週一、週二、週四及週五的上午 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。 如果您按「1」，您每天 24 小時均可使用 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	<a href="https://secure.rrb.gov/">https://secure.rrb.gov/</a>

## 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福利，且該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／工會的福利管理員或我們的會員服務聯絡中心。您可詢問有關您（或您配偶的）雇主或退休人員健康福利、保費或入保期的相關問題。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。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，請聯絡該團體的福利管理員。福利管理員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 使用本計劃承保範圍內的醫療服務

<b>第 1 節</b>	<b>本計劃會員在獲得承保醫療護理時的須知事項</b> .....	<b>37</b>
第 1.1 節	什麼是「網絡醫護人員」和「承保服務」？ .....	37
第 1.2 節	獲得本計劃承保醫療護理的基本規則 .....	37
<b>第 2 節</b>	<b>使用我們網絡內的醫護人員來取得醫療護理</b> .....	<b>38</b>
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 .....	38
第 2.2 節	在沒有事先獲得您 PCP 核准的情況下，您可以獲得哪類醫療護理？ .....	39
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 .....	39
第 2.4 節	如何從網絡外醫護人員處獲得醫療護理 .....	42
<b>第 3 節</b>	<b>當您需要急診或有緊急醫護需求或當您遇到災難時，如何獲得承保服務？</b> .....	<b>42</b>
第 3.1 節	如果您需要醫療急診，如何獲得醫護服務 .....	42
第 3.2 節	在您需要緊急需求服務時獲得醫護服務 .....	43
第 3.3 節	在災難期間獲得醫護服務 .....	44
<b>第 4 節</b>	<b>如果您直接收到承保服務的全額費用帳單該怎麼辦？</b> .....	<b>44</b>
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 .....	44
第 4.2 節	如果服務不屬於我們計劃的承保範圍，您必須支付全額費用 .....	44
<b>第 5 節</b>	<b>當您參加「臨床試驗研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？</b> .....	<b>45</b>
第 5.1 節	什麼是「臨床試驗研究」？ .....	45
第 5.2 節	當您參加臨床試驗研究時，由何方支付何類費用？ .....	46
<b>第 6 節</b>	<b>關於如何在「宗教性非醫療健康護理機構」獲得承保醫護服務的規定</b> .....	<b>47</b>
第 6.1 節	什麼是宗教性非醫療健康護理機構？ .....	47
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？ .....	47

---

<b>第 7 節</b>	<b>耐用醫療器材所有權規則 .....</b>	<b>48</b>
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？ .....	48

## 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。本章為您提供術語定義並說明您在取得本計劃承保的醫學治療、服務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「醫療福利項目表（承保內容及應付費用）」的福利項目表。

### 第 1.1 節 什麼是「網絡醫護人員」和「承保服務」？

以下一些定義將可協助您瞭解身為本計劃的會員，您可如何取得我們為您承保的醫療護理和服務：

- 「**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、用品及設備。承保醫療護理服務列於第 4 章的福利項目表中。

### 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福利項目表中（該表列於本手冊的第 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」是指提供的服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您病況所需並且符合公認的醫療執業規範。
- 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 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如專科醫生、醫院、專業護理院、或居家健康護理機構等其他醫護人員之前，您必須獲得網絡 PCP 的事先核准。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）。

**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。**

- 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。以下是三種例外情形：
  - ◆ 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 要求本計劃承保的醫療護理，但網絡內的醫護人員無法提供該醫療護理，則您可透過網絡外醫護人員取得該醫護服務，前提是我們的專業醫療服務集團在您獲得該醫護服務前授權該服務。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 2.3 節。
  - ◆ 如果您暫時不在我們的服務區，我們會承保您從 Medicare 認證的洗腎設施所接受的洗腎服務。

## 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。在某些網絡設施，如果您願意，您可選擇護理師或醫生助理作為您的基本保健業者。如下文所述，您將從 PCP 處獲得例行或基本醫護服務。您的 PCP 還將負責協調您作為本計劃會員可取得的其他承保服務。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）。

您的 PCP 將為您提供大多數醫護服務，並會安排或協調您作為本計劃會員可取得的其他承保服務。「協調」您的服務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。如果您需要某些類型的承保服務或用品，您必須事先獲得 PCP 的核准（例如：如果您需要請專科醫生看診）。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？

您可隨時從本計劃有提供服務的任何網絡醫生當中選擇一位基本保健業者，該醫生可以是內科或家庭醫學科的全科醫生或產科／婦科的專科醫生，並由專業醫療服務集團指定為 PCP。您可隨時因任何理由更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會離開我們的醫護人員網絡，因此您需要尋找新的 PCP。

如欲選擇或更換 PCP，請針對您想使用的設施致電《醫護人員名錄》中所列的「個人醫生選擇」電話號碼。您也可以前往 [kp.org/mydoctor/connect](http://kp.org/mydoctor/connect) 進行選擇。此外，《醫護人員名錄》也可為您提供有關選擇 PCP 的詳細資訊。您的新選擇將會即刻生效。如果您希望使用某個特定的網絡專科醫生或醫院，請先確定您的 PCP 是否有提供該專科醫生的轉介或是否有使用該醫院。如果您有任何疑問，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

## 第 2.2 節 在沒有事先獲得您 PCP 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：

- 例行婦女健康護理，包括：乳房檢查、乳房 X 光檢查、子宮頸抹片檢查及盆腔檢查，上述檢查須由網絡醫護人員提供。
- 流感預防針注射、B 型肝炎疫苗接種及肺炎疫苗接種，上述疫苗接種注射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（例如，由於您暫時不在我們的服務區）時，由網絡醫護人員或網絡外醫護人員提供的緊急需求服務。
- 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，在您離開服務區之前請致電我們的會員服務聯絡中心，以便我們可以協助安排您在離開期間獲得維持性的洗腎服務）。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。
- 除某些專科護理外，您可向其他網絡醫護人員尋求另方意見。
- 下列專科領域的看診：驗光、藥物酒精濫用及精神病學科。
- 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保健服務的醫生。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，專門負責為心臟病症患者提供醫護。
- 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。如果 PCP 開立專科治療的醫囑，其將會視情況需要為您轉介網絡專科醫生或其他網絡醫護人員的看診。如果網絡醫生將您轉介給專科醫生，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。例如，如果您有危及生命、退化性或失能狀況，您則可獲得專科醫生的長期轉介，前提是您需要專科醫生的持續性醫護服務。

## 事前授權書

對於下列及第 4 章第 2.1 節和第 2.2 節列出的服務和用品，網絡醫護人員將必須事先獲得本計劃或專業醫療服務集團的核准（這稱為獲得「事前授權書」）。授權書申請的決定僅可由持照醫生或其他具有適當執照的醫療專業人員作出。

- 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。轉介至網絡外醫生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。請向網絡醫生洽詢哪些服務已經獲得授權。如果網絡外專科醫生要求您回診接受進一步醫護服務，請先確定轉介是否可用於多次接受該專科醫生的看診。如果不可以，則請聯絡網絡醫護人員。
- 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，如本章第 6 節所述。
- 如果網絡醫護人員提供書面的**移植轉介**，專業醫療服務集團的地區性移植諮詢委員會（若有）將在認定該等服務是醫療上必要的服務或該等服務有遵循 Medicare 準則予以承保後授權該等服務。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。
- **耐用醫療器材、造口術、泌尿及傷口護理用品**。適用於耐用醫療器材、造口術、泌尿或傷口護理用品的事前授權書程序包括使用承付耐用醫療器材用品手冊準則。這些準則是由跨科別臨床與營運工作小組制定，並納入網絡醫生和擁有臨床專業知識之醫療專業人員的評估和意見。我們會定期更新承付耐用醫療器材用品手冊準則，以反映醫

療技術和臨床實踐的變化。如果您的網絡醫生開立這些用品中的其中任何一項用品，網絡醫生將會提交書面轉介給醫院的耐用醫療器材協調員。如果承付耐用醫療器材用品手冊或 Medicare 的準則未明確表示醫生開立的用品適用於您的病況，我們會將轉介交給專業醫療服務集團指定的網絡醫生，網絡醫生將會根據本「事前授權書」一節的「專業醫療服務集團作出決定的時間範圍」部分所述作出授權決定。

**專業醫療服務集團作出決定的時間範圍：**專業醫療服務集團的相關代表將根據您的病症在一定時間範圍內作出授權決定，但最遲不超過收到作決定合理所需之所有資訊（包括其他檢查和檢驗結果）後的五個工作日，但如果是緊急服務，則最遲會在收到作決定合理所需之所有資訊的 72 個小時內作出相關決定。如果專業醫療服務集團由於未能掌握為了作決定而在合理範圍內所需的資訊，或者由於其要求和特定專科醫生進行諮詢，因此需要更多時間才能作出決定，您和主治醫生將會收到通知，告知您需要哪些額外資訊、檢測或專科醫生以及專業醫療服務集團預計作決定的日期。

您的主治醫生將在決定作出後的 24 小時內接獲通知。如果服務獲得授權，您的醫生將會接獲有關授權服務範圍的通知。如果專業醫療服務集團未授權所有服務，我們將會在作出決定後的兩個工作日內寄一份書面決定和說明給您。如您提出要求，將為您提供專業醫療服務集團在作出授權、修改、延遲或拒絕授權決定時依據的任何書面標準。

如果專業醫療服務集團未授權所有請求的服務，且您想要針對該決定提出上訴，您可根據第 9 章所述提出上訴。

#### **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。您的醫護人員可能因種種原因退出您的計劃，但如果您的醫生和專科醫生確實退出您的計劃，您擁有某些權利並受到某些保護，其摘要如下：

- 雖然我們的醫護人員網絡在一年當中可能會發生變化，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。
- 如果您正在接受醫學治療，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，您有權針對我們的決定提出上訴。
- 如果您得知您的醫生或專科醫生即將退出計劃，請致電 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**）與我們聯絡，以便我們可以協助您找到新的醫護人員來為您管理醫療護理，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。

**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。**

## 第 2.4 節 如何從網絡外醫護人員處獲得醫療護理

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。如需相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。
- 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。
- 如果您暫時不在我們服務區，您透過 Medicare 認證的洗腎設施所接受的洗腎服務。
- 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某些屬於本《承保範圍說明書》承保範圍的醫護服務。請致電我們的會員服務聯絡中心或外出旅行專線 **1-951-268-3900**（每週 7 天，每天 24 小時，假日除外）或**聽障及語障電話專線 711**，以瞭解關於前往 Kaiser Permanente 其他地區的服務區時獲得醫護服務的更多資訊，包括承保範圍資訊以及位於哥倫比亞特區以及南加州、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州和華盛頓州部分地區的設施地點。

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

### 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，以防失去生命或四肢，或以防四肢功能受損。這些醫療症狀可能包括疾病、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** 以請求協助，或前往距您最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您無需事先經過 PCP 的核准或轉介。
- **請務必盡快將您的急診情形告知本計劃。**我們必須針對您的急診護理進行跟進。您或其他人可透過電話通知我們您的急診護理情形，通常在 48 小時之內。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？

無論您在美國境內或境外，你在任何時候需要急診醫療護理均可獲得承保。如果透過其他方式任何方式前往急診室會危及您的健康，那麼本計劃將承保救護服務。詳情請參閱本手冊第 4 章的醫療福利項目表。

在全球各地，您都可以在需要時獲得承保的急診醫療護理（包括救護服務）。但您可能需要為該服務付費，並提出索賠以獲得補償（詳情請參閱第 7 章）。

如果您有急診情況，我們會與為您提供急診護理的醫生溝通，以協助管理您的醫療護理並進行跟進。為您提供急診護理的醫生將會決定您的病情何時穩定下來以及醫療急診何時結束。

急診結束後，您有權獲得跟進護理，以確保您的病症持續保持穩定。我們會根據 Medicare 準則承保您病情穩定後護理的跟進護理。如果您的急診護理由網絡外醫護人員提供，在您的病情及其他情形允許時，我們會設法安排由網絡醫護人員儘快接手您的醫護。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，這一點很重要。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，您可能以為自己的健康受到嚴重威脅而前去接受急診護理，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情況，只要您合理認為自己的健康受到嚴重威脅，我們便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」並且您在獲得這些緊急需求服務時有遵循相關規定（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」是指需要立即獲得醫療護理但不屬於急診的**突發**疾病、傷害或病症。緊急需求服務可以由網絡醫護人員提供，或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時由網絡外醫護人員提供。突發情形可能是您已知病情的意外發作。

### 如果您在我們的服務區並有緊急醫護需求該怎麼辦？

您應盡可能從網絡醫護人員處獲得緊急需求服務。但是，如果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，且等到網絡醫護人員可以提供服務或您可以前往網絡醫護人員處就診時再從網絡醫護人員處取得醫護實屬不合理，我們將會承保您從網絡外醫護人員處獲得的緊急需求服務。

我們知道，有時很難知道自己需要的醫護類型。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約診，您都可以與諮詢護士交

**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。**

談。在醫療角度而言合適的情形下，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約診。若要與諮詢護士洽談或約診，請參閱《**醫護人員名錄**》，以查詢約診和諮詢電話號碼。

### 如果您不在本計劃的服務區並且有緊急醫護需求該怎麼辦？

當您位於服務區之外並且無法獲得網絡醫護人員的醫護時，我們會為您從任何醫護人員處獲得的緊急需求服務提供承保。本計劃承保在下列情況下於美國境外全球各地所提供的緊急醫護服務：

- 您暫時位於服務區外。
- 服務是為了治療突發疾病或傷害所需，目的在防止您的健康嚴重惡化。
- 將治療延遲至您返回服務區實屬不合理。
- 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，請瀏覽下列網站 **kp.org**。

一般來說，如果您在災難發生期間無法使用網絡醫護人員，我們將會允許您接受網絡外醫護人員的醫療護理並支付網絡內的成本分擔。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領處方藥。詳情請參閱第 5 章第 2.5 節。

## 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出您應分擔的費用，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」，以瞭解如何處理的相關資訊。

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

本計劃承保列於醫療福利項目表（此表位於本手冊的第 4 章）中且為醫療上必要的所有醫療服務，且在取得服務時有符合計劃規定。您負責支付不屬於本計劃承保範圍之服務的全額費用，因為這些服務不屬於計劃承保的服務，或者這些服務是透過網絡外取得且未經授權。

如果您對我們是否會為您正在考慮的任何醫療服務或醫療護理提供給付有任何疑問，您有權在獲得這些服務或醫療護理之前諮詢我們是否提供承保。您也有權向我們提出書面諮詢。如果我們表示不會承保您的服務，您有權針對我們不承保您醫護的決定提出上訴。

如果您需要我們作出承保決定或者想對我們已經作出的決定進行上訴，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」有提供該如何做的詳情。您也可以致電我們的會員服務聯絡中心，以瞭解更多相關資訊。（電話號碼列印於本手冊的封底）。

如果承保服務有福利限度，則您需為您用盡該類承保服務福利限度後所接受的任何服務支付全額費用。您在福利用盡後支付的任何費用將不計入自付上限。如果您希望瞭解自己已經使用的福利限度，您可致電我們的會員服務聯絡中心。

## 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。他們透過邀請志願者參加研究，測試新醫療護理程序或藥物。此類研究是研究過程的最後階段之一，有助於醫生和科學家瞭解新方法是否有效以及是否安全。

並非所有的臨床試驗研究都向本計劃的會員開放。Medicare 或本計劃需要先核准該試驗研究。如果您參加未獲得 Medicare 或本計劃核准的研究，您將負責支付參加該研究的全部費用。

一旦 Medicare 或本計劃核准該研究，負責該研究者將會聯絡您，向您進一步說明該研究並瞭解您是否符合主持該研究科學家規定的要求。只要您符合該研究的要求，並且對參加研究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。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，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許可，但您在參加臨床試驗研究之前必須告知我們。

如果您打算參加臨床試驗研究，請聯絡我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底），以告知對方您將會參與臨床試驗並進一步瞭解有關本計劃給付項目的具體詳情。

**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，我們將承保您在該研究中接受的例行用品和服務，包括：

- 即使您沒參加研究，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。

Original Medicare 會為您在研究中接受的承保服務支付大部分費用。在 Medicare 為這些服務支付了其應當分擔的費用後，本計劃也會支付部分費用：

- 我們將支付 Original Medicare 的成本分擔額與您作為本計劃會員的成本分擔額之間的差額。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。
  - ◆ 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檢測，費用為 \$100。另外假設，根據 Original Medicare 規定您需為此項化驗支付的成本分擔為 \$20，但根據本計劃的福利該化驗費用為 \$10。在這種情形下，Original Medicare 將為此化驗支付 \$80，而我們將另外支付 \$10。這意味著您將支付 \$10，即相當於根據我們計劃的福利規定您需支付的金額。
- 為了使我們支付我們的成本分擔額，您將需要提交一份給付申請。隨附於您的申請中，您還需要提交一份「Medicare 摘要聲明」給我們，或說明您在研究中所接受之服務以及您所欠款項的其他文件。請參閱第 7 章，以瞭解有關提交給付申請的詳細資訊。

當你參加臨床試驗研究時，Medicare 和本計劃均不會給付下列任何項目：

- Medicare 一般不會為該研究所測試的新用品或服務支付費用，除非即使您沒有參加該研究，Medicare 也會承保該用品或服務。
- 該研究向您或任何參加者免費提供的物品或服務。
- 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，如果您的病情通常只需要進行一次 CT 掃描，Medicare 將不會為該研究中每月進行一次的 CT 掃描支付費用。

**您是否想瞭解更多資訊？**

您可閱讀 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>) 上的「Medicare 與臨床試驗研究」一文，以瞭解更多關於參加臨床試驗研究的資訊。您也可以致電 **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**。

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

### 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會員的宗教信仰，我們將會改為承保宗教性非醫療健康護理機構所提供的醫護服務。您可以在任何時候以任何理由獲得醫療護理。此福利僅為 A 部分的住院服務（非醫療健康護理服務）提供。Medicare 僅會為宗教性非醫療健康護理機構提供的非醫療健康護理服務支付費用。

### 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」醫學治療。

- 「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」的醫學治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。
  - ◆ 一並且一在入住該設施之前，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等用品。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。但是，身為本計劃的會員，在您具備本計劃會員身分期間，不管您為租用的 DME 支付多少共付額，您仍無法獲得該用品的所有權。儘管您在加入本計劃前已經根據 Original Medicare 規定為 DME 用品連續支付了 12 期的費用，在您具備本計劃會員身分期間，不管您為該用品支付了多少共付額，您仍無法獲得所有權。

**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。您在參加本計劃期間所支付的費用將不計入上述連續 13 期的費用中。

如果您在加入本計劃前，根據 Original Medicare 規定為 DME 用品支付了少於 13 期的費用，則您先前支付的費用也不計入此連續 13 期的費用中。在您轉回 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。轉回 Original Medicare 後，情形也如此。

## 第 4 章 醫療福利項目表（承保內容及應付費用）

<b>第 1 節</b>	<b>瞭解您為承保服務支付的自付費用 .....</b>	<b>50</b>
第 1.1 節	您可能需為承保服務支付的自付費用類型 .....	50
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？ .....	50
第 1.3 節	本計劃不允許醫護人員向您收取「差額收費」 .....	51
<b>第 2 節</b>	<b>利用本醫療福利項目表查找您的承保服務及您應支付的費用.....</b>	<b>52</b>
第 2.1 節	身為本計劃的會員，您的醫療福利和費用 .....	52
第 2.2 節	您可購買的額外「選擇性補充」福利 .....	107
<b>第 3 節</b>	<b>哪些服務不屬於本計劃的承保範圍？ .....</b>	<b>128</b>
第 3.1 節	本計劃不承保的服務（除外項目） .....	128

## 第 1 節 瞭解您為承保服務支付的自付費用

本章主要介紹您的承保服務以及您為您的醫療福利支付的費用。其中包括一個醫療福利項目表，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。此外，請參閱第 3 章、第 11 章及第 12 章以獲得額外的承保範圍資訊，包括其限制（如福利協調、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 節將向您說明名為「Advantage Plus」的選擇性補充福利。

### 第 1.1 節 您可能需為承保服務支付的自付費用類型

為瞭解我們在本章為您提供的費用資訊，您需要瞭解您可能需為承保服務支付的自付費用類型。

- 「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。（第 2 節的醫療福利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。（第 2 節的醫療福利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。如適用，請務必向您的醫護人員出示您的 Medicaid 或 QMB 資格證明。如果您認為有人不當要求您付費，請聯絡我們的會員服務聯絡中心。

### 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 Plan，您每年需為 Medicare A 部分和 B 部分的網絡內承保醫療服務所支付的自付費用有上限（請參閱以下第 2 節的醫療福利項目表）。此上限稱為醫療服務自付上限。

身為本計劃的會員，在 2020 年您需要為網絡內 A 部分和 B 部分承保服務自付的費用上限如下：

- Greater Fresno Area Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員為**\$3,400**。
- San Joaquin County Enhanced 計劃的會員為**\$4,400**。
- Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 及 San Francisco counties 計劃的會員為**\$4,900**。

- Solano County 計劃的會員為**\$5,200**。
- Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 計劃的會員為**\$5,400**。
- Santa Cruz County 計劃的會員為**\$5,700**。
- Greater Fresno Area Basic 計劃的會員為**\$5,900**。
- 北加州地區的所有其他會員為**\$6,700**。

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。這些服務在醫療福利項目表中標有星號(\*)。如果您達到自付上限金額，則您在該年度剩餘期間，您將無需再為網絡內 A 部分和 B 部分承保服務支付任何自付費用，自付上限金額如下所列：Greater Fresno Area Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員為**\$3,400**、San Joaquin County Enhanced 計劃的會員為**\$4,400**、Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員為**\$4,900**、Solano County 計劃的會員為**\$5,200**、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 計劃的會員為**\$5,400**、Santa Cruz County 計劃的會員為**\$5,700**、Greater Fresno Area Basic 計劃的會員為**\$5,900**，或北加州地區的所有其他會員為**\$6,700**。但您必須繼續支付您的計劃保費和 Medicare B 部分保費（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」

身為本計劃的會員，您可獲得一項重要保障，即您在接受本計劃的承保服務時，您僅需支付您的成本分擔額。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。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**\$15.00**），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。
- 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補償費率（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 給付費率。（請謹記，本計劃只在特定情形下才承保網絡外醫護人員提供的服務，例如當您獲得轉介時。）
  - ◆ 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非合約醫護人員的 Medicare 給付費率。（請謹記，本計劃只在特定情形下才承保網絡外醫護人員提供的服務，例如當您獲得轉介時。）

**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。**

- 如果您認為醫護人員向您收取「差額收費」，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

## 第 2 節 利用本醫療福利項目表查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

後面幾頁的醫療福利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。醫療福利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、用品和設備）必須是醫療上必要的。「醫療上必要的」是指提供的服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您病況所需並且符合公認的醫療執業規範。
- 您透過網絡醫護人員處接受醫護服務。在大多數情形下，您透過網絡外醫護人員取得的醫護服務不屬於承保範圍。第 3 章提供了更多有關使用網絡醫護人員規定的資訊，以及在何種情形下我們將會承保網絡外醫護人員提供的服務。
- 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」。第 3 章提供了更多關於轉介的資訊及無需轉介的情形。
- 醫療福利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福利項目表中用 (†) 符號標出。此外，請參閱本章第 2.2 節和第 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福利項目表的服務。

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。就其中的某些福利而言，您在本計劃中需支付的費用會比在 Original Medicare 中的費用多一些。而就其他福利而言，您需要支付的費用則會少一些。（如需瞭解更多關於 Original Medicare 承保範圍和費用的資訊，請查閱 2020 年《Medicare 與您》手冊。請瀏覽 <https://www.medicare.gov> 以在線上查看，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以索取手冊，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。）
- 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。

- 有時，Medicare 會在該年度內將新服務納入 Original Medicare 的承保範圍內。如果 Medicare 在 2020 年將任何服務納入承保範圍內，則 Medicare 或本計劃將會承保這些服務。

 您將在醫療福利項目表中的預防性服務旁看到此蘋果圖示。

**注意：**以下的醫療福利項目表列出了我們北加州地區服務區下列 Kaiser Permanente Senior Advantage 計劃的醫療福利項目：

- Alameda、Napa 與 San Francisco counties 計劃。
- Greater Fresno Area Basic 計劃。
- Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Basic 計劃。
- San Joaquin County Basic 計劃。
- Stanislaus County Basic 計劃。
- Contra Costa County 計劃。
- Greater Fresno Area Enhanced 計劃。
- Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Enhanced 計劃。
- San Joaquin County Enhanced 計劃。
- Stanislaus County Enhanced 計劃。
- Marin 與 San Mateo counties 計劃。
- Part B Only 計劃。
- Santa Clara County 計劃。
- Santa Cruz County 計劃。
- Solano County 計劃。

如果您不確定您入保的是哪項計劃，請致電我們的會員服務聯絡中心或參閱**年度變更通知**的封面（或者，如果是新會員，請查閱您的入保申請表或入保確認函）。請注意，您入保的計劃是由您的居住地而定；而如果您住在 San Joaquin、Sonoma 或 Stanislaus counties，又或者是 greater Sacramento 或 Fresno 地區，您的入保計劃則取決於您是選擇 Enhanced 還是 Basic 計劃。請參閱第 1 章第 2.3 節以瞭解本《承保範圍說明書》中所指稱的各計劃服務區，包括根據您居住地而決定的 Senior Advantage 計劃名稱。

## 醫療福利項目表

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p> <b>腹主動脈瘤篩檢</b></p> <p>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。</p>	<p>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。</p>
<p><b>救護服務</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>承保的救護服務包括使用固定翼飛機、旋翼飛機和地面救護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症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 <b>911</b> 緊急回應系統提供的交通運輸，如果有此系統）。</li> <li>您可能需要提出索賠以申請補償，除非醫護人員同意向我們請款（參閱第 7 章）。</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，非急診交通運輸服務才屬於適當的服務。</li> </ul>	<p>單程每趟<b>\$200</b></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，您便可進行年度保健就診，以根據您目前的健康及風險因子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。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<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鬆風險者），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>• 年齡介於 35 歲至 39 歲者可接受一次基線乳房 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綜合計劃，服務項目包括運動、教育和諮詢。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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員需支付<b>\$30</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$35</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靈服用情形（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福利項目支付任何共保額、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。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p> <b>心血管疾病檢測</b> 每五年（60 個月）進行一次驗血，以檢測心血管疾病（或心血管疾病風險增加所帶來的異常症狀）。</p>	<p>您無需為心血管疾病檢測支付任何共保額、共付額或免賠額，該檢測每五年承保一次。</p>
<p> <b>子宮頸癌和陰道癌篩檢</b> 承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 所有女性：每 24 個月承保一次子宮頸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子宮頸抹片檢查結果異常：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查。</li> </ul>	<p>您無需為 Medicare 承保的預防性子宮頸抹片檢查和盆腔檢查支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>脊柱神經治療服務†</b> 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。這些 Medicare 承保的服務若由網絡醫護人員提供或由網絡醫護人員轉介的脊椎神經醫生提供時，將會獲得承保。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$20</b>。</li> </ul>
<p> <b>結腸直腸癌篩檢</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 針對 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> </ul> </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 (gFOBT)。</li> <li>◆ 糞便免疫化學檢查 (FIT)。</li> </ul> </li> <li>• 每 3 年進行一次 DNA 結腸直腸篩檢。</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>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <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> <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子，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及用品</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：血糖測量儀、血糖測試條、採血器具、採血針以及用於檢查測試條和測量儀準確度的血糖控制液。</li> </ul>	<p><b>免費</b></p>
<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% 共保額</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p> 在某些情形下，糖尿病自我管理訓練也屬於承保範圍。†注意：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訓練計劃。</p>	<p>符合糖尿病自我管理訓練預防性福利的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。</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，請參閱本手冊第 12 章。）</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、噴霧器及助行器。</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产品，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> 找到最新版的供應商清單。</p>	<p><b>20% 共保額</b></p>
<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症所需。</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，以防失去生命或四肢，或以防四肢功能受損。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><b>每次急診部就診\$90。</b></p> <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。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p> <b>健康及保健教育計劃</b></p> <p>作為 <b>Healthy Lifestyle Program</b> 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。<b>Healthy Lifestyle Program</b> 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（例如糖尿病和氣喘）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>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、致電我們的會員服務聯絡中心或瀏覽我們的網站 <b>kp.org</b>。</p>	<p>承保服務為<b>免費</b>提供，不過視您所入保的計劃而定，您將需為特定個人就診（例如：由網絡醫護人員提供的營養諮詢，但與糖尿病或 ESRD 相關者除外）支付下列費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</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醫學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> <li>• 助聽器不屬於承保範圍，除非您如本章第 2.2 節所述入保 Advantage Plus。</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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付 <b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付 <b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付 <b>\$30</b>。</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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付 <b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付 <b>\$25</b>。</li> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員需支付 <b>\$30</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付 <b>\$35</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p> <b>HIV 篩檢</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>對於要求接受 HIV 篩檢測試或 HIV 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>	<p>符合 Medicare 承保預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p><b>居家健康機構的醫療護理</b></p> <p>在您獲得居家健康服務之前，醫生必須證實您需要居家健康服務，並安排由居家健康機構提供居家健康服務。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福利獲得承保，您專業護理和居家健康助理服務合計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>免費</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福利項目的承保範圍，例如非由居家健康機構提供的耐用醫療器材，則列於本醫療福利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>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 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護人員開立，且您是在網絡居家靜脈注射藥房配藥。</li> </ul>	<p><b>免費</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p><b>安寧護理</b></p> <p>您可從任何經 Medicare 認證的安寧計劃獲得醫療護理。如果您的醫生及安寧服務醫療主任告知您末期疾病預後，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福利資格。安寧服務的醫生可以是網絡醫護人員，也可以是網絡外醫護人員。</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>• 短期喘息護理。</li><li>• 居家護理。</li></ul> <p><b>*針對安寧服務以及與您的末期疾病預後有關的 Medicare A 部分或 B 部分承保服務：</b>Original Medicare（而非本計劃）將支付您的安寧服務費用以及與您末期疾病預後相關的所有 A 部分和 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。</p> <p><b>針對與您末期疾病預後無關的 Medicare A 部分或 B 部分承保服務：</b>如果您需要與您末期疾病預後無關的非急診、非緊急需求服務，且該服務由 Medicare 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絡內的醫護人員：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 如果您從網絡醫護人員處獲得承保服務，則您僅需為網絡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，則您需根據按服務收費的 Medicare (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末期疾病預後相關，我們都將繼續承保屬於本計劃承保範圍但 A 部分或 B 部分不予承保的服務。您需為這些服務支付本計劃的成本分擔額。</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末期疾病預後相關的 A 部分和 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。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p>針對可能屬於本計劃D部分福利承保範圍的藥物： 不論在何種情況下，藥物皆不會同時屬於安寧服務和本計劃的承保範圍。如需瞭解更多資訊，請參閱第5章第9.4節「如果您住在Medicare認證的安寧服務機構將會怎樣」。</p> <p><b>注意：</b>如果您需要安寧服務以外的醫護服務（與您末期疾病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>	
<p>本計劃為尚未選用安寧服務福利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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</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>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員需支付<b>\$30</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$35</b>。</li> </ul>
<p><b>Part B Only 計劃會員的安寧護理</b></p> <p>上述安寧服務福利不適用於 Part B Only 計劃的會員。針對 Part B Only 計劃的會員，安寧護理由本計劃承保，而非由 Original Medicare 承保。在符合下列所有要求的情形下，我們將承保下述安寧服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您在 1999 年 1 月 1 日之前入保 Senior Advantage，並且過去和目前均未入保 Medicare A 部分。</li> <li>• 網絡醫生診斷出您患有末期疾病，並確定您的預期剩餘壽命不超過 12 個月。</li> <li>• 服務提供地點在我們的服務區內（或者如果您居住在服務區外，且您在 1999 年 1 月 1 日之前起一直是 Senior Advantage 的會員且住家地址未發生過變動，則在加州範圍內，但距離服務區不超過 15 英里或 30 分鐘車程）。</li> <li>• 服務是由屬於網絡保健業者的持照安寧服務機構提供。</li> <li>• 網絡醫生確定服務為舒緩和管理末期疾病及相關病症所需。</li> </ul>	<p><b>免費</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p>如符合上述所有要求，我們將承保以下安寧護理所需的安寧服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 網絡醫生服務。</li> <li>• 專業護理，包括對護理需求進行評斷、評估及個案管理；疼痛治療和症狀控制；向您及家人提供情感支援以及看護人指導。</li> <li>• 用於控制症狀或讓您維持日常生活活動能力的物理治療、職業病治療或言語治療。</li> <li>• 呼吸治療。</li> <li>• 醫療社工服務。</li> <li>• 居家健康助理及居家服務員服務。</li> <li>• 根據我們的承付藥物手冊準則，為末期疾病的疼痛控制和症狀管理開立的緩和藥物，最多 100 天藥量。您必須從網絡藥房配領此類藥物。某些藥物在任一 30 天期間內最多限 30 天藥量。</li> <li>• 耐用醫療器材。</li> <li>• 為了減輕您看護人的負擔而在必要時所提供的喘息護理。喘息護理是間斷性的短期住院護理，每次以不超過連續五天為限。</li> <li>• 諮詢和喪親服務。</li> <li>• 飲食諮詢。</li> <li>• 我們也會承保下列安寧服務，但只有在危急情況期間對於達到緩解目的或管理急性醫療症狀具有醫療必要性時： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 視需要提供每天長達 24 小時的連續護理，讓您可以留在家裡。</li> <li>◆ 短期住院護理，該護理層級為無法在家中提供的護理層級。</li> </ul> </li> </ul>	
<p>本計劃為尚未選用安寧服務福利的絕症病人承保安寧服務的諮詢服務（僅限一次）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 每次基本護理就診<b>\$30</b>。</li> <li>• 每次專科護理就診<b>\$35</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p> <b>免疫注射</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>流感預防針注射，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針注射。</li> <li>B 型肝炎疫苗，針對 B 型肝炎中高風險者。</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 D 部分處方藥福利所規定的某些疫苗。</p>	<p>您無需為肺炎、流感和 B 型肝炎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况）。</li> <li>膳食，包括特殊飲食。</li> <li>定期護理服務。</li> <li>特殊醫療護理部費用（如重症監護或冠狀動脈病護理科）。</li> <li>藥物。</li> <li>化驗檢測。</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> <li>物理治療、職業病治療及言語語言治療。</li> </ul>	<p>每次住院都會收取成本分擔。視您所入保的計劃而定，您需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>San Joaquin County Enhanced 計劃的會員在住院的<b>第 1-7 天</b>每天支付<b>\$205</b>。</li> <li>Greater Fresno Area Enhanced 計劃的會員在住院的<b>第 1-7 天</b>每天支付<b>\$225</b>。</li> <li>Stanislaus County Enhanced 計劃的會員在住院的<b>第 1-7 天</b>每天支付<b>\$230</b>。</li> <li>Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員在住院的<b>第 1-7 天</b>每天支付<b>\$240</b>。</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 計劃的會員在住院的<b>第 1-7 天</b>每天支付<b>\$265</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <li>為醫治藥物酒精濫用有關之脫癮症狀（解毒）的藥物酒精濫用住院服務。</li> <li>在特定情形下，下列類型的移植也屬於承保範圍：角膜移植、腎臟移植†、腎臟-胰腺移植†、心臟移植†、肝臟移植†、肺移植†、心／肺移植†、骨髓移植†、幹細胞移植†和腸／多臟器移植†。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，我們將會依照旅程及住宿準則，為您和一名陪同人員安排或給付適當的住宿和交通費用，請向我們的會員服務聯絡中心索取旅程及住宿準則。</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>Greater Fresno Area Basic 計劃的會員在住院的<b>第 1-7 天每天支付\$280</b>。</li> <li>北加州地區的所有其他會員在住院的<b>第 1-7 天每天支付\$285</b>。</li> </ul> <p>在此之後，剩餘的承保住院期間均為<b>免費</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>†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護理，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 2019 年入院，並且在 2020 年的某個時間才出院，則 2019 年的成本分擔適用於該次入院，直至您出院或轉至專業護理院為止。</p>
<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「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare—請詢問！」中找到更多資訊。您可在 <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 找到該資訊單，或請致電 <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>。您可免費致電這些電話號碼。每週 7 天，每天 24 小時。</p>	

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p><b>住院病人精神健康護理</b></p> <p>承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。我們終生最多承保 190 天經 Medicare 認證的精神病院住院。住院的終身承保天數需扣除先前獲得 Medicare 承保的精神病院精神健康治療住院天數。</p> <p>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，也不適用於因下列病症而在精神病院住院：思覺失調症、分裂情感性疾患、躁鬱症（躁狂抑鬱疾病）、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 (SED)。</p>	<p>每次住院都會收取成本分擔。視您所入保的計劃而定，您需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• San Joaquin County Enhanced 計劃的會員在住院的<b>第 1-7 天每天支付\$205</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced 計劃的會員在住院的<b>第 1-7 天每天支付\$225</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員在<b>第住院的第 1-7 天每天支付 \$230</b>。</li> </ul> <p>在此之後，剩餘的承保住院期間均為<b>免費</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>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 (SNF) 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>	<p>視您所入保的計劃而定，您將需為屬於 Medicare B 部分承保範圍並由網絡醫護人員提供的承保門診服務和其他用品支付下列費用：</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 醫生服務。</li> </ul>	<p><b>基本護理就診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員每次就診需支付<b>\$10</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員每次就診需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員每次就診需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員每次就診需支付<b>\$30</b>。</li> </ul> <p><b>專科護理就診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員每次就診需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員每次就診需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員每次就診需支付<b>\$30</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員每次就診需支付<b>\$35</b>。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 物理治療、言語治療和職業病治療。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員每次就診需支付<b>\$20</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced 計劃的會員每次就診需支付 <b>\$25</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員每次就診需支付 <b>\$30</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic 計劃的會員每次就診需支付 <b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員每次就診需支付 <b>\$40</b>。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 診斷檢測（如化驗檢測）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員每次需支付 <b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 或 San Joaquin County Enhanced 計劃的會員每次需支付 <b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員每次需支付 <b>\$25</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic、Part B Only 或 Stanislaus County Basic 計劃的會員每次需支付 <b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員每次需支付 <b>\$30</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <li>• X 光檢查。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員每次需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• San Joaquin County Enhanced 計劃的會員每次需支付<b>\$30</b>。</li> <li>• San Joaquin County Basic 計劃的會員每次需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic 或 Stanislaus County Basic 計劃的會員每次需支付<b>\$45</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area Basic 計劃的會員每次需支付<b>\$50</b>。</li> <li>• Part B Only 計劃的會員每次需支付<b>\$55</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員每次需支付<b>\$40</b>。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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> </ul>	<p><b>免費</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <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> </ul>	<p><b>20% 共保額</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p> <b>醫療營養治療</b></p> <p>此項福利適用於糖尿病、腎臟病（但未洗腎）或接受過腎臟移植的患者，但需由您的醫生轉介。</p> <p>根據 Medicare（其中包括本計劃、任何其他 Medicare Advantage Plan 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轉介，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轉介。</p>	<p>符合 Medicare 承保醫療營養治療服務資格的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p> <b>Medicare Diabetes Prevention Program (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方式。</p>	<p>MDPP 福利無需共保額、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。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<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入保 Medicare A 部分。</li> <li>• 部分口服抗癌藥物和抗噁心藥物。</li> <li>• 原發性免疫缺陷疾病居家治療用的免疫球蛋白靜脈注射液。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您在透過網絡藥房配領承付藥物手冊中所列的 B 部分藥物時所需支付的費用如下，最多 30 天藥量：</p> <p><b>非品牌藥</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$12</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Basic、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$15</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$18</b></li> </ul> <p><b>品牌藥</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$45</b></li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$47</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 通常不是由病人自我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> </ul>	<p><b>免費</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <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，且您無法自我施用藥物。</li> <li>• 抗原。</li> <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：Epoen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®或 Darbepoetin Alfa）。</li> </ul>	
<p><b>注意：</b>第 5 章將會說明 D 部分處方藥福利，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 D 部分處方藥所支付的費用將會在第 6 章詳加說明。</p>	
<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>鴉片類藥物濫用治療計劃服務†</b></p> <p>鴉片類藥物濫用障礙治療服務屬於 Original Medicare B 部分的承保範圍。本計劃的會員可透過本計劃獲得這些服務的承保。承保服務包括：</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 獲得 FDA 核准的類鴉片作用劑與拮抗劑治療藥物以及適用於此類藥物的配藥與施用。</li> </ul>	<p>由鴉片類藥物濫用治療計劃提供並在臨床施用的 Medicare B 部分藥物\$0。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 藥物濫用諮詢。</li> <li>• 個人和團體治療。</li> <li>• 中毒檢測。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員需支付<b>\$30</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$35</b>。</li> </ul>
<p>門診診斷檢測以及治療服務和用品 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。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次檢查</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• San Joaquin County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$30</b>。</li> <li>• San Joaquin County Basic 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic 或 Stanislaus County Basic 計劃的會員需支付<b>\$45</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area Basic 計劃的會員需支付<b>\$50</b>。</li> <li>• Part B Only 計劃的會員需支付<b>\$55</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$40</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 化驗檢測。</li> <li>• 心電圖 (EKG) 和腦電圖 (EEG)。</li> <li>• 睡眠測試。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次檢查</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 或 San Joaquin County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。 Greater Fresno Area Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic、Part B Only 或 Stanislaus County Basic 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <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> <li>• 血液—包括儲存和管理。</li> </ul>	<p><b>免費</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 其他門診診斷檢測：                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 磁振造影 (MRI)、電腦斷層造影 (CT) 和正子斷層造影 (PET)。</li> </ul> </li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您為<b>每項程序</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$105</b>。</li> <li>• San Joaquin County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$130</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$155</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic 計劃的會員需支付<b>\$165</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$190</b>。</li> <li>• Santa Clara County 計劃的會員需支付<b>\$195</b>。</li> <li>• San Joaquin County Basic、Solano County 或 Stanislaus County Basic 計劃的會員需支付<b>\$205</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$215</b>。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 在門診或門診手術中心或醫院手術室提供，或在任何場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任何診斷檢測或特殊外科診療。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您為<b>每項程序</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、San Joaquin County Enhanced、Stanislaus County Enhanced、Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$200</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$250</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p><b>門診醫院觀察</b></p> <p>觀察服務是一項醫院門診服務，目的是在判定您是否需要以住院病人的身分入院或是否可以出院。</p> <p>若要獲得門診醫院觀察服務的承保，該服務必須符合 Medicare 的標準且必須具備合理性和必要性。觀察服務僅有在由醫生或由獲得州政府執照法授權的其他人士提供，且由醫院工作人員根據法律規定為病人辦理入院或開立門診檢查醫囑時才屬於承保範圍。</p> <p>注意：除非醫護人員開立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額。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否為門診病人，您應詢問醫院工作人員。</p> <p>您也可在 Medicare 說明書「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare—請詢問！」中找到更多資訊。您可在 <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 找到該資訊單，或請致電 <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>。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電這些免費電話號碼。</p>	<p>當您以門診病人身分直接入院接受觀察時，每次留院<b>\$90</b>。</p> <p>註：若由急診部或門診手術轉送接受觀察，此類門診留院觀察不需要額外費用。</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>診所就診</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>Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員需支付<b>\$30</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$35</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<p><b>急診部就診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每次急診部就診需支付<b>\$90</b>。</li> </ul> <p><b>門診手術和其他程序</b>                      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<b>每項程序</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、San Joaquin County Enhanced、Stanislaus County Enhanced、Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$200</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$250</b>。</li> </ul> <p>請參閱本醫療福利項目表的「門診醫院觀察」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檢測。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次檢查</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 或 San Joaquin County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic、Part B Only 或 Stanislaus County Basic 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</li> </ul>
<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 光檢查和超音波</b> 視您所入保的計劃而定，您<b>每次檢查</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• San Joaquin County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$30</b></li> <li>• San Joaquin County Basic 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic 或 Stanislaus County Basic 計劃的會員需支付<b>\$45</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area Basic 計劃的會員需支付<b>\$50</b>。</li> <li>• Part B Only 計劃的會員需支付<b>\$55</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$40</b>。</li> </ul> <p><b>MRI、CT 及 PET</b>                      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<b>每項程序</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$105</b>。</li> <li>• San Joaquin County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$130</b>。</li> <li>• Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$155</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic 計劃的會員需支付<b>\$165</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$190</b>。</li> <li>• Santa Clara County 計劃的會員需支付<b>\$195</b>。</li> <li>• San Joaquin County Basic、Solano County 或 Stanislaus County Basic 計劃的會員需支付<b>\$205</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$215</b>。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 精神健康護理，包括部分住院計劃提供的醫護服務，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>免費</b>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<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>◆ 您患有發展障礙或您的健康狀況不佳。</li> <li>◆ 您的臨床狀況或潛在病況迫使您必須接受在醫院或門診手術中心所提供的牙科手術程序。</li> <li>◆ 該牙科手術程序通常不需要全身麻醉。</li> </ul> </li> </ul> <p>我們不承保與牙科手術程序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>	<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<b>每項程序</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、San Joaquin County Enhanced、Stanislaus County Enhanced、Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$200</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$250</b>。</li> </ul>
<p><b>注意：</b>除非醫護人員開立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額。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否為門診病人，您應詢問醫院工作人員。</p> <p>您也可在 Medicare 說明書「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare—請詢問！」中找到更多資訊。您可在 <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 找到該資訊單，或請致電 <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>。您可免費致電這些電話號碼。每週 7 天，每天 24 小時。</p>	
<p><b>門診精神健康護理</b> 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 合格精神健康護理專業人員根據適用州法律所提供的精神健康服務。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 針對 Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次個人治療就診<b>\$10</b>。</li> </ul> </li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次團體治療就診<b>\$5</b>。</li> <li>● 針對 Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員：                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次個人治療就診<b>\$20</b>。</li> <li>◆ 每次團體治療就診<b>\$10</b>。</li> </ul> </li> <li>● 針對 Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員：                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次個人治療就診<b>\$35</b>。</li> <li>◆ 每次團體治療就診<b>\$17</b>。</li> </ul> </li> <li>● 針對北加州地區的所有其他會員：                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次個人治療就診<b>\$30</b>。</li> <li>◆ 每次團體治療就診<b>\$15</b>。</li> </ul> </li> </ul>
<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>	<p><b>免費</b></p>
<p><b>門診復健服務</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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)。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 針對 Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員：                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次個人治療就診<b>\$20</b>。</li> <li>◆ 每次團體治療就診<b>\$10</b>。</li> </ul> </li> <li>● 針對 Greater Fresno Area Enhanced 計劃的會員：                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次個人治療就診<b>\$25</b>。</li> </ul> </li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次團體治療就診<b>\$12</b>。</li> <li>● 針對 Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次個人治療就診<b>\$30</b>。</li> <li>◆ 每次團體治療就診<b>\$15</b>。</li> </ul> </li> <li>● 針對 Greater Fresno Area Basic 計劃的會員： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次個人治療就診<b>\$35</b>。</li> <li>◆ 每次團體治療就診<b>\$17</b>。</li> </ul> </li> <li>● 針對北加州地區的所有其他會員： <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 每次個人治療就診<b>\$40</b>。</li> <li>◆ 每次團體治療就診<b>\$20</b>。</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 根據 Medicare 準則並由我們組織完善、跨科別的復健日間治療計劃所提供的物理治療、職業病治療及言語治療。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每天</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>● Greater Fresno Area Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>● Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$30</b>。 Greater Fresno Area Basic 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$40</b>。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>為有跌倒風險的成人預防跌倒並由醫生開立醫囑的物理治療。</li> </ul>	<p><b>免費</b></p>
<p><b>門診藥物酒精濫用服務</b>                      我們承保下列治療藥物酒精濫用的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>日間治療計劃。</li> <li>密集門診計劃。</li> </ul>	<p>每天<b>\$5</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>團體藥物酒精濫用諮詢。</li> </ul>	<p>每次就診<b>\$5</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>個人藥物酒精濫用諮詢。</li> <li>脫癮症狀的醫學治療。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<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。除非醫護人員開立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手術的成本分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診病人。</p>	<p><b>醫護人員診所就診</b> 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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付 <b>\$25</b>。</li> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員需支付 <b>\$30</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付 <b>\$35</b>。</li> </ul> <p><b>門診手術和其他程序</b>                      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<b>每項程序</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、San Joaquin County Enhanced、Stanislaus County Enhanced、Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付 <b>\$200</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付 <b>\$250</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<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>免費</b></p>
<p><b>醫生／執業人員服務，包括醫生診所就診</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> <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學治療而安排此檢查。</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方意見。</li> <li>• 非例行牙科護理（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線治療而進行的拔牙，或在由醫生提供的情況下可獲得承保的服務）。</li> <li>• 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）。</li> <li>• 術前及術後就診。</li> </ul>	<p><b>醫護人員診所就診</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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

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：

- Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付**\$20**。
- Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付**\$25**。
- Santa Cruz County 計劃的會員需支付**\$30**。
- 北加州地區的所有其他會員需支付**\$35**。

#### 門診手術

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：

- Greater Fresno Area Enhanced、San Joaquin County Enhanced、Stanislaus County Enhanced、Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付**\$200**。
- 北加州地區的所有其他會員需支付**\$250**。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	請參閱本醫療福利項目表的「住院醫療護理」一節，以瞭解適用於住院的成本分擔。
<ul style="list-style-type: none"> <li>過敏注射就診。</li> </ul>	每次就診\$3
<ul style="list-style-type: none"> <li>部分遠距醫療服務，包括：基本護理和專科護理，其中又包含心臟和肺部復健、精神健康護理、藥物酒精濫用治療、物理治療、腎臟病、糖尿病自我管理、手術或住院準備，以及出院後的追蹤就診或急診部就診。若提供服務的網絡醫護人員認定具有臨床適當性，服務將僅透過遠距醫療方式提供。您可選擇親自就診或透過遠距醫療方式接受這些服務。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。我們提供下列遠距醫療方式： <ul style="list-style-type: none"> <li>專業服務互動式視訊就診，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> <li>專業服務預定電話約診，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> <li>在醫院或偏遠地區的醫院洗腎中心、洗腎設施或會員家中針對因居家洗腎而必須每個月接受 ESRD 相關看診的會員所提供的遠距醫療服務。</li> <li>為了診斷、評估或治療急性中風症狀的遠距醫療服務。</li> <li>透過簡短遠距服務（如透過電話或視訊通話）進行 5 分鐘至 10 分鐘的醫生看診，前提是您必須是已有看診記錄的病人且該遠距看診與您在過去 7 天內的診所就診無關，也不會導致您在接下來 24 小時內或近期內必須盡快約診進行診所就診。</li> </ul>	免費

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <li>遠距評估您寄給醫生的預錄影片和／或影像，包括醫生在 24 小時（週末及假日除外）內進行解說和跟進—前提是您必須是已有看診記錄的病人且該遠距評估與您在過去 7 天內的診所就診無關，也不會導致您在接下來 24 小時內或近期內必須盡快約診進行診所就診。</li> <li>由您的醫生透過電話、網路或電子健康記錄評估與其他醫生進行會診—前提是您必須是已有看診記錄的病人。</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>紫外線治療。</li> </ul>	
<p><b>足科服務</b>                      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治療。</li> <li>針對患有會影響下肢之特定病況的會員所提供的例行足部護理。</li> </ul>	<p><b>診所就診</b>                      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>Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員需支付<b>\$30</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$35</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<p><b>門診手術</b>                      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<b>每項程序</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、San Joaquin County Enhanced、Stanislaus County Enhanced、Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$200</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$250</b>。</li> </ul>
<p> <b>攝護腺癌篩檢檢查</b>                      針對年滿 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 (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。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<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）。其中包括但不限於：結腸造口術袋和與結腸造口術醫護直接相關的用品、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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 外部假體或矯形裝置和用品（包括傷口護理用品）以及手術後在門診就診期間提供的手術鞋需 <b>20% 共保額</b>。</li> <li>• 透過手術植入的體內假體裝置<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 (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>視您所入保的計劃而定，您<b>每次就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</li> </ul>
<p><b>藥物濫用障礙和精神健康住院治療†</b></p> <p>我們承保下列服務，但條件是該服務必須在提供 24 小時個人藥物濫用障礙或精神健康治療的執照住院治療設施提供，且該服務一般且通常是透過藥物濫用障礙或精神健康住院治療計劃並在執照住院治療設施提供，同時該服務超過監督護理的等級：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 個人和小組諮商。</li> <li>• 醫療服務。</li> </ul>	<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。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 藥物監控。</li> <li>● 食宿。</li> <li>● 由網絡醫護人員根據我們承付藥物手冊準則在住院治療設施內按照您的醫護計劃所開立的藥物，但條件是該藥物必須由醫療人員在設施內為您施用。</li> <li>● 出院規劃。</li> </ul>	
<p> <b>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保健服務且是依據獲得公認的專業執業規範提供。</p>	<p>您無需為本項預防保健服務支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<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福利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>針對合格者，LDCT 每 12 個月可獲得一次承保。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 合格會員是指符合下列條件的人士：年齡介於 55-77 歲之間、沒有肺癌徵兆或症狀但抽煙量至少達 30 包-年且目前有抽煙或已在最近 15 年內戒煙、在肺癌篩檢諮詢及共同決策看診期間獲得 LDCT 書面醫囑，且該看診符合 Medicare 針對此類看診所設定的標準，同時該醫囑是由醫生或合格的非醫生執業人員所開立。</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。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <li>針對在首次 LDCT 篩檢之後所進行的 LDCT 肺癌篩檢，會員必須獲得 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> <b>性傳染病感染 (STI) 篩檢及 STI 預防諮詢</b></p> <p>我們承保披衣菌、淋病、梅毒及 B 型肝炎等性傳染病感染 (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如在醫生診所的基本護理場所提供的情況下，我們才會比照預防性服務承保這些諮詢會談。</p>	<p>您無需為屬於 Medicare 承保範圍的 STI 篩檢及 STI 預防諮詢福利支付任何共保額、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> <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>居家洗腎器材和用品。</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檢測。</li> <li>每個月由腎臟科團隊進行的一次例行診所就診。</li> </ul>	<p><b>免費</b></p>

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <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>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>門診洗腎治療（包括在暫時離開服務區時所接受的洗腎治療，詳情如第 3 章所說明）。</li> </ul>	<p><b>20% 共保額</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>由腎臟科團隊所進行的非例行診所就診。</li> <li>在診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>Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</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>Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付 <b>\$25</b>。</li> <li>Santa Cruz County 計劃的會員需支付 <b>\$30</b>。</li> <li>北加州地區的所有其他會員需支付 <b>\$35</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。請參閱本醫療福利項目表的「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 部分藥物福利的承保範圍。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>	
<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，請參閱本手冊第 12 章。專業護理院有時又稱為「SNF」。） 根據 Medicare 的準則，我們每個福利期最多承保 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> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每個福利期</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Greater Fresno Area Basic 或 Greater Fresno Area Enhanced 計劃的會員在第 1-20 天每天需支付 <b>\$0</b>，在第 21-100 天每天需支付 <b>\$50</b>。</li> <li>北加州地區的所有其他會員在第 1-20 天每天需支付 <b>\$0</b>，在第 21-100 天每天需支付 <b>\$100</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 通常由 SNF 提供的醫療和外科手術用品。</li> <li>• 通常由 SNF 提供的化驗檢測。</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>福利期是從您前往屬於 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 個日曆日時，福利期即終止。</p>
<p> <b>戒煙及停止使用煙草製品（戒煙或停止使用煙草製品諮詢）</b></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福利項目支付任何共保額、共付額或免賠額。</p>
<p>除了諮詢服務以外，我們還承保某些獲得 FDA 核准且供非處方用途的尼古丁替代治療。這些用品必須由網絡醫護人員開立醫囑並透過網絡藥房取得。我們最多將會提供 100 天份，每個日曆年度兩次。</p>	<p><b>免費</b></p>
<p><b>監督運動治療 (SET)</b></p>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次就診</b>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。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p>會員若有周邊動脈疾病 (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><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>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</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、受傷或病症。緊急需求服務可以由網絡醫護人員提供，或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時由網絡外醫護人員提供。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>在服務區內：</b>除非由於特別和特殊情況（如重大災難）而使醫護人員網絡暫時無法提供服務或無法使用，否則您必須透過網絡醫護人員取得緊急醫護。</li> <li>• <b>在服務區外：</b>當您在旅行時，如果您因突發疾病或受傷而需要立即接受醫療且您合理認為如果延遲至您返回服務區再接受治療，您的健康將會嚴重惡化，則您將可享有全球緊急醫護承保。</li> </ul>	<p><b>診所就診</b></p> <p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次就診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p>在網絡外提供之必要的緊急需求服務所需的成本分擔將比照此類服務在網絡內提供時的情況。</p> <p>請參閱第 3 章第 3 節以瞭解詳情。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</li> </ul> <p><b>急診部就診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每次急診部就診需支付<b>\$90</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> <li>• Original Medicare 不承保配眼鏡／隱形眼鏡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>視您所入保的計劃而定，您<b>每次驗光配鏡師看診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Basic、Marin 與 San Mateo counties 或 Solano County 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</b>。</li> </ul> <p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次眼科醫師看診</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員需支付<b>\$30</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$35</b>。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 視野檢測。</li> </ul>	<p>視您所入保的計劃而定，您<b>每次檢查</b>所需支付的費用如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員需支付<b>\$10</b>。</li> <li>• Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced 或 San Joaquin County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$20</b>。</li> </ul>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員需支付<b>\$25</b>。</li> <li>• Greater Fresno Area Basic、Part B Only 或 Stanislaus County Basic 計劃的會員需支付<b>\$35</b>。</li> <li>• 北加州地區的所有其他會員需支付<b>\$30</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 歲以上的非裔美國人以及 65 歲以上的西語系美國人。</li> <li>• 針對糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年可獲得一次承保。</li> </ul>	<p><b>免費</b></p>
<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眼鏡（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>。  <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>*眼鏡和隱形眼鏡：</b>我們每 24 個月提供一次<b>\$40</b> 的補助，供您用於透過本計劃的眼科設施購買視力矯正器，但條件是醫生或驗光配鏡師有針對視力矯正為您開立眼鏡或隱形眼鏡的處方。補助可用於下列項目：             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 眼鏡鏡片，但條件是鏡片需由網絡醫護人員裝入鏡框。</li> <li>◆ 眼鏡鏡框，但條件是兩片鏡片（至少其中一片鏡片必須具有屈光度）需由網絡醫護人員裝入鏡框。</li> </ul> </li> </ul>	<p>如果您所購買的視力矯正器費用超過<b>\$40</b>，您將必須支付差額。  <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>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 隱形眼鏡、配驗和配發。</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沒有將補助全部用完，您將無法在稍後再行使用。</li> </ul>	
<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）之眼鏡鏡片或隱形眼鏡後的 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（眼鏡鏡片或隱形眼鏡、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眼鏡<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 \$30 的補助，或者您購買的多焦點或晶體狀眼鏡鏡片費用超過 \$45，您將需支付超過補助的金額。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>特殊隱形眼鏡</b>：我們承保下列特殊隱形眼鏡，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治療無虹膜症（虹膜缺失）而在醫療上必要的隱形眼鏡、配驗和配發。</li> <li>◆ 如果隱形眼鏡（無虹膜症所需的隱形眼鏡除外）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眼鏡（包括配驗和配發）或首副拋棄式隱形眼鏡（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 個月內提供過隱形眼鏡的補助（或該隱形眼鏡屬於承保範圍），則我們將不會再承保任何隱形眼鏡，但這不包括適用於無虹膜症所需的承保隱形眼鏡。</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>免費</b></p>

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

您所受保的服務	您必須支付的費用 當您獲得這些服務時
<p> 「歡迎加入 Medicare」預防性就診</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），還有在有需要時其他醫護服務的轉介。</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。當您約診時，請告知您醫生診所您想預約「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>請參閱第 1 章（第 10 節）和第 11 章以瞭解有關適用於本醫療福利項目表中所述之所有承保服務的福利協調資訊。</p>	

## 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計劃會員福利組合中的額外福利項目。這些額外福利項目稱為「選擇性補充福利」。如果您想獲得這些選擇性補充福利，您必須為其登記註冊且您將需支付額外保費。如果您未支付額外保費，福利可能會終止。本節所述的選擇性補充福利需遵守與任何其他福利相同的上訴程序。

本計劃所提供的選擇性補充福利組合稱為「Advantage Plus」。如果您入保 Advantage Plus，您將僅可享有本節所述的助聽器、牙科、健身及其他視力矯正器福利。請注意，您無法僅購買這些福利當中的其中一項，這些福利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。

†您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

## 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聯絡中心索取退保申請表。

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，由於助聽器是每 36 個月提供一次而視力矯正器是每 24 個月提供一次，因此助聽器和視力矯正器福利將不會在您重新入保時重新開始計算。

Advantage Plus—這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
<p><b>額外月保費</b></p> <p>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）。</p>	<b>\$20</b>
<p><b>額外視力矯正器承保</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>如果您入保 Advantage Plus，則您在醫療福利項目表「視力保健」一節中所述的標準視力矯正器補助將會增加，您的標準補助將會額外增加<b>\$280</b>，因此視力矯正器的補助合計將為<b>\$320</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>	<p>如果您所購買的視力矯正器費用超過\$320，<b>您將必須支付差額。</b></p>
<p><b>助聽器承保</b></p> <p>如果您入保 Advantage Plus，我們將會承保下列助聽器服務，但條件是需由網絡醫護人員開立處方（臨床聽覺專家）。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。我們承保以下服務：</p>	<p>如果您所購買的助聽器費用超過\$350，<b>您將需支付差額。</b></p>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
<ul style="list-style-type: none"><li>每側耳朵每個助聽器最多補助<b>\$350</b>，您可將此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>\$350</b>的補助在任 36 個月期間僅能使用一次。如果您在首次購買時沒有將<b>\$350</b>全部使用完，您將無法在稍後再行使用。</li></ul>	免費
<ul style="list-style-type: none"><li>助聽器的評估和配驗。</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>	免費
<b>健身福利 (Silver&amp;Fit® Exercise and Healthy Aging Program)</b>	
透過 Silver&Fit 計劃，您可選擇成為合約健身中心的會員或者透過 Silver&Fit Home Fitness Program 獲得最多兩套居家健身工具。	
<ul style="list-style-type: none"><li>您可免費加入我們服務區的合約 Silver&amp;Fit 健身中心，並善用您身為基本健身中心會員可享有的所有標準服務和設備（例如：不需另外付費的健身中心器材或由教練帶領的課程）。健身中心所提供的設備會隨地點而異。透過 Silver&amp;Fit 計劃取得的基本健身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。您每個月可更換一次合約 Silver&amp;Fit 健身中心。</li><li>如果您比較喜歡在家運動，您可選擇加入 Silver&amp;Fit Home Fitness Program 並在每個日曆年度免費獲得最多兩套居家健身工具。您可以選擇例如皮拉提斯、瑜珈及肌力訓練等主題。</li><li>此外，身為合格會員，您還可註冊使用 Silver&amp;Fit 網站 <a href="http://kp.org/silverandfit">kp.org/silverandfit</a> 並使用所有網站功能，包括健康老齡化教材、時事通訊、線上課程及其他更多服務。</li></ul>	免費
如果您有疑問或想取得合約健身中心地點清單，請瀏覽 <a href="http://kp.org/silverandfit">kp.org/silverandfit</a> 或於週一至週五，上午5:00至晚上6:00致電 <b>1-877-750-2746</b> 與Silver&Fit客戶服務部聯絡。（聽障及語障電話專線使用者請致電 <b>1-877-710-2746</b> 。）	

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付**\$10**的共付額 (D0999)。

**Advantage Plus**—這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。

**您必須支付的費用\***

**注意：**Silver&Fit Program 是由 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供，其是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。並非所有計劃和服務在所有地區均有提供。Silver&Fit® 是 American Specialty Health, Inc. 的聯邦註冊商標。

### 牙科護理 (DeltaCare® USA Dental HMO Program)†

本保健計劃與 **Delta Dental of California**（「Delta Dental」）簽有協議，以為您提供 DeltaCare USA Dental HMO Program。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綜合牙科護理。如需有關牙科醫護人員的資訊，請參閱 DeltaCare USA 醫護人員名錄。

DeltaCare USA 的主治牙科醫生將會適當提供下列福利，但需遵守本章第 3 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 牙科醫生取得牙科護理，但緊急病情和有獲得 Delta Dental 專科護理書面授權者除外。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。

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 計劃所提供的福利，因而不應將其視為是由美國牙科協會 (ADA) 持有版權的當前牙科術語 (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。

### 診斷 (D0100-D0999)\*†

- D0999：未指定的診斷性治療程序—按申報  
包括診所就診，按照就診次數計算（其他服務另計）。

**每次就診\$10**

**注意：**\$10 共付額適用於每次就診，且共付額是附加於本表所列適用於您所接受之服務的其他成本分擔之上。

- D0120：定期口腔評估—已有看診記錄的病人。

**免費**

- D0140：有限口腔評估—以解決問題為主。

**免費**

- 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。

**免費**

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10 的共付額 (D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D0150：綜合口腔評估—新病人或已有看診記錄的病人。	免費
• D0160：詳細且完整的口腔評估—以解決問題為主，按申報。	免費
• 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）。	免費
• D0171：重新評估—術後診所就診（於正常看診時間）。	\$46
• D0180：綜合牙周評估—新病人或已有看診記錄的病人。	免費
• D0190：病人篩檢。	免費
• D0191：病人評估。	免費
• D0210：口內—全口放射線影像—限每 24 個月 1 組。	免費
• D0220：口內—首張根尖周放射線影像。	免費
• D0230：口內—每額外增加一張根尖周放射線影像。	免費
• D0240：口內—咬合放射線影像。	免費
• D0250：口外—首張放射線影像。	免費
• D0251：口外後牙放射線影像。	免費
• D0270：咬翼片—一張放射線影像。	免費
• D0272：咬翼片—兩張放射線影像。	免費
• D0273：咬翼片—三張放射線影像。	免費
• D0274：咬翼片—四張放射線影像—限每 6 個月 1 組。	免費
• D0277：垂直咬翼片—7 至 8 張放射線影像。	免費

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D0330：環口放射線影像。	<b>\$25</b>
• D0460：牙髓活力測試。	免費
• D0472：組織取樣、肉眼檢查、書面報告的準備和傳送。	免費
• D0473：組織取樣、肉眼和顯微鏡檢查、書面報告的準備和傳送。	免費
• 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。	免費
• D0601：齲齒風險評估和記錄，評估結果為低風險 – 每 3 年 1 次。	免費
• D0602：齲齒風險評估和記錄，評估結果為中度風險 – 每 3 年 1 次。	免費
• D0603：齲齒風險評估和記錄，評估結果為高風險 – 每 3 年 1 次。	免費
<b>預防性服務 (D1000-D1999)*†</b>	
• D1110：預防性洗牙—成人—每 6 個月 1 次。	免費
• D1110：額外預防性洗牙—成人—（6 個月期間內）。	免費
• D1120：預防性洗牙—兒童—每 6 個月 1 次。	免費
• D1120：額外預防性洗牙—兒童—（6 個月期間內）。	免費
• D1310：牙科疾病控制營養諮詢。	免費
• D1330：口腔衛生教育。	免費
• D1510：空間維持器—固定式—單側。	<b>\$130</b>
• D1516：空間維持器—固定式—上頰雙側。	<b>\$130</b>
• D1517：空間維持器—固定式—下頰雙側。	<b>\$130</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D1520：空間維持器—活動式—單側。	<b>\$175</b>
• D1526：空間維持器—活動式—上頷雙側。	<b>\$175</b>
• D1527：空間維持器—活動式—下頷雙側。	<b>\$175</b>
• D1550：空間維持器重新黏合。	<b>\$25</b>
• D1555：固定式空間維持器移除。	<b>\$25</b>
• D1575：遠心靴空間維持器—固定式—單側。	<b>\$130</b>
<b>修復服務 (D2000-D2999)*†</b>	
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：	
<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\$175。</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\$100.00 的升級費用。</li> </ul>	
• D2140：銀汞合金—單面，乳齒或恆齒。	<b>\$80</b>
• D2150：銀汞合金—雙面，乳齒或恆齒。	<b>\$94</b>
• D2160：銀汞合金—三面，乳齒或恆齒。	<b>\$115</b>
• D2161：銀汞合金—四面或四面以上，乳齒或恆齒。	<b>\$129</b>
• D2330：複合樹脂—單面，前牙。	<b>\$97</b>
• D2331：複合樹脂—雙面，前牙。	<b>\$109</b>
• D2332：複合樹脂—三面，前牙。	<b>\$122</b>
• D2335：複合樹脂—四面或四面以上或是包含切角（前牙）。	<b>\$138</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10 的共付額 (D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D2390：複合樹脂牙冠，前牙。	<b>\$131</b>
• D2391：複合樹脂—單面，後牙。	<b>\$98</b>
• D2392：複合樹脂—雙面，後牙。	<b>\$125</b>
• D2393：複合樹脂—三面，後牙。	<b>\$153</b>
• D2394：複合樹脂—四面或四面以上，後牙。	<b>\$169</b>
• D2510：嵌體—金屬—單面。	<b>\$385</b>
• D2520：嵌體—金屬—雙面。	<b>\$397</b>
• D2530：嵌體—金屬—三面或三面以上。	<b>\$440</b>
• D2542：冠蓋體—金屬—雙面。	<b>\$450</b>
• D2543：冠蓋體—金屬—三面。	<b>\$470</b>
• D2544：冠蓋體—金屬—四面或四面以上。	<b>\$490</b>
• D2610：嵌體—瓷／陶瓷—單面。	<b>\$480</b>
• D2620：嵌體—瓷／陶瓷—雙面。	<b>\$495</b>
• D2630：嵌體—瓷／陶瓷—三面或三面以上。	<b>\$535</b>
• D2642：冠蓋體—瓷／陶瓷—雙面。	<b>\$515</b>
• D2643：冠蓋體—瓷／陶瓷—三面。	<b>\$540</b>
• D2644：冠蓋體—瓷／陶瓷—四面或四面以上。	<b>\$600</b>
• D2650：嵌體—複合樹脂—單面。	<b>\$286</b>
• D2651：嵌體—複合樹脂—雙面。	<b>\$387</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D2652：嵌體—複合樹脂—三面或三面以上。	<b>\$450</b>
• D2662：冠蓋體—複合樹脂—雙面。	<b>\$470</b>
• D2663：冠蓋體—複合樹脂—三面。	<b>\$492</b>
• D2664：冠蓋體—複合樹脂—四面或四面以上。	<b>\$500</b>
• D2710：牙冠—複合樹脂（間接）。	<b>\$307</b>
• D2712：牙冠— $\frac{3}{4}$ 複合樹脂（間接）。	<b>\$307</b>
• D2720：牙冠—樹脂與高貴金屬混合物。	<b>\$543</b>
• D2721：牙冠—樹脂與賤金屬為主混合物。	<b>\$484</b>
• D2722：牙冠—樹脂與貴金屬混合物。	<b>\$507</b>
• D2740：牙冠—瓷／陶瓷基底。	<b>\$612</b>
• D2750：牙冠—瓷融合高貴金屬。	<b>\$572</b>
• D2751：牙冠—瓷融合賤金屬為主。	<b>\$515</b>
• D2752：牙冠—瓷融合貴金屬。	<b>\$535</b>
• D2780：牙冠— $\frac{3}{4}$ 高貴金屬鑄造。	<b>\$572</b>
• D2781：牙冠— $\frac{3}{4}$ 賤金屬為主鑄造。	<b>\$515</b>
• D2782：牙冠— $\frac{3}{4}$ 貴金屬鑄造。	<b>\$535</b>
• D2783：牙冠— $\frac{3}{4}$ 瓷／陶瓷。	<b>\$612</b>
• D2790：牙冠—高貴金屬全鑄造。	<b>\$572</b>
• D2791：牙冠—賤金屬為主全鑄造。	<b>\$515</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D2792：牙冠—貴金屬全鑄造。	<b>\$535</b>
• D2794：牙冠—鈦。	<b>\$612</b>
• D2910：重新黏合嵌體、冠蓋體，或局部覆蓋冠修復。	<b>\$56</b>
• D2915：重新黏合鑄造式或預製根柱和冠心。	<b>\$56</b>
• D2920：重新黏合牙冠。	<b>\$56</b>
• D2921：牙齒碎片、切緣或牙尖的重新黏合（前牙）。	<b>\$138</b>
• D2931：預製不銹鋼牙冠—恆齒。	<b>\$144</b>
• D2940：保護性修復。	<b>\$54</b>
• D2941：臨時性治療修復—乳齒列。	<b>\$54</b>
• D2949：間接修復的修復基礎。	<b>\$124</b>
• D2950：製作冠心，包含所有必要的牙釘。	<b>\$124</b>
• D2951：牙釘固位—每顆牙，除修復之外。	<b>\$47</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>\$180</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>\$137</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>\$152</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>\$74</b>
• D2980：因充填材料不敷使用所需的牙冠修復。	<b>\$123</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D2981：因充填材料不敷使用所需的嵌體修復。	<b>\$123</b>
• D2982：因充填材料不敷使用所需的冠蓋體修復。	<b>\$123</b>
• D2983：因充填材料不敷使用所需的貼面修復。	<b>\$123</b>
<b>牙髓病 (D3000-D3999)*†</b>	
• D3110：覆髓—直接（不含最終修復）。	<b>\$43</b>
• D3120：覆髓—間接（不含最終修復）。	<b>\$50</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>\$84</b>
• D3221：牙髓清創，乳齒及恆齒。	<b>\$84</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>\$84</b>
• D3310：根管治療—牙髓治療，前牙（不含最終修復）。	<b>\$349</b>
• D3320：根管治療—牙髓治療，雙尖齒（不含最終修復）。	<b>\$411</b>
• D3330：根管—牙髓治療，臼齒（不含最終修復）。	<b>\$507</b>
• D3346：針對先前的根管治療進行重新治療—前牙。	<b>\$403</b>
• D3347：針對先前的根管治療進行重新治療—雙尖齒。	<b>\$458</b>
• D3348：針對先前的根管治療進行重新治療—臼齒。	<b>\$565</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>\$118</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>\$95</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額 (D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• 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>\$123</b>
• D3410：根尖切除術—前牙。	<b>\$367</b>
• D3421：根尖切除術—雙尖齒（第一牙根）。	<b>\$393</b>
• D3425：根尖切除術—臼齒（第一牙根）。	<b>\$467</b>
• D3426：根尖切除術（每額外增加一個牙根）。	<b>\$198</b>
• D3427：未進行根尖切除術的根尖周圍外科手術。	<b>\$367</b>
• D3430：根尖逆充填術—每個牙根。	<b>\$123</b>
• D3450：牙根切斷術—每個牙根。	<b>\$212</b>
• D3920：牙齒切半術（含所有牙根移除），不含根管治療。	<b>\$190</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>\$276</b>
• D4211：牙齦切除術或牙齦整型術—每象限一顆至三顆相鄰牙齒或相連牙齒間隙。	<b>\$190</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>\$190</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>\$276</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>\$190</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• 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>\$595</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>\$462</b>
• 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 個月期間限 4 個象限。	<b>\$125</b>
• 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 個月期間限 4 個象限。	<b>\$100</b>
• 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	<b>免費</b>
• D4355：全口清創以便進行完整評估和診斷—在任何連續 12 個月期間限 1 次治療。	<b>\$71</b>
• D4910：牙周維護—每 12 月期間限 1 次治療。	<b>\$78</b>
• D4921：牙齦沖洗—每象限。	<b>免費</b>
<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個月期間限每副假牙1次。假牙或局部假牙必須在現有假牙使用達5年以上才可進行置換。注意：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前六個月是需要而提供的安裝後調整和組織調理。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。	<b>\$770</b>
• D5120：全口假牙—下頷。	<b>\$770</b>
• D5130：即時性假牙—上頷。	<b>\$792</b>
• D5140：即時性假牙—下頷。	<b>\$792</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D5211：上頤局部假牙—樹脂基底 （包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$638</b>
• D5212：下頤局部假牙—樹脂基底 （包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$638</b>
• D5213：上頤局部假牙—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>\$904</b>
• D5214：下頤局部假牙—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>\$904</b>
• D5221：上頤即時性局部假牙—樹脂基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$638</b>
• D5222：下頤即時性局部假牙—樹脂基底（包含任何傳統牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$638</b>
• D5223：上頤即時性局部假牙—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>\$904</b>
• D5224：下頤即時性局部假牙—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>\$904</b>
• D5225：上頤局部假牙—彈性基底 （包含任何牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$923</b>
• D5226：下頤局部假牙—彈性基底 （包含任何牙鉤、鉤靠和假牙）。	<b>\$923</b>
• D5410：調整全口假牙—上頤。	<b>\$46</b>
• D5411：調整全口假牙—下頤。	<b>\$46</b>
• D5421：調整局部假牙—上頤。	<b>\$46</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D5422：調整局部假牙一下頷。	<b>\$46</b>
• D5511：修補斷裂的全口假牙基底，下頷。	<b>\$101</b>
• D5512：修補斷裂的全口假牙基底，上頷。	<b>\$101</b>
• D5520：置換缺牙或斷牙—全口假牙（每顆牙）。	<b>\$83</b>
• D5611：修補樹脂局部假牙基底，下頷。	<b>\$100</b>
• D5612：修補樹脂局部假牙基底，上頷。	<b>\$100</b>
• D5621：修補局部假牙鑄造支架，下頷。	<b>\$127</b>
• D5622：修補局部假牙鑄造支架，上頷。	<b>\$127</b>
• D5630：修補或置換斷裂的牙鉤。	<b>\$114</b>
• D5640：置換斷牙—每顆牙。	<b>\$89</b>
• D5650：在現有的局部假牙上添加新牙。	<b>\$103</b>
• D5660：在現有的局部假牙上添加牙鉤。	<b>\$119</b>
• D5670：置換金屬鑄造支架上的所有牙齒和塑膠假牙（上頷）。	<b>\$329</b>
• D5671：置換金屬鑄造支架上的所有牙齒和塑膠假牙（下頷）。	<b>\$404</b>
• D5710：上頷全排假牙換底。	<b>\$282</b>
• D5711：下頷全排假牙換底。	<b>\$282</b>
• D5720：上頷局部假牙換底。	<b>\$282</b>
• D5721：下頷局部假牙換底。	<b>\$282</b>
• D5730：上頷全排假牙換底墊（臨床服務）。	<b>\$154</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D5731：下頷全排假牙換底墊（臨床服務）。	<b>\$154</b>
• D5740：上頷局部假牙換底墊（臨床服務）。	<b>\$154</b>
• D5741：下頷局部假牙換底墊（臨床服務）。	<b>\$154</b>
• D5750：上頷全排假牙換底墊（技工室）。	<b>\$225</b>
• D5751：下頷全排假牙換底墊（技工室）。	<b>\$225</b>
• D5760：上頷局部假牙換底墊（技工室）。	<b>\$225</b>
• D5761：下頷局部假牙換底墊（技工室）。	<b>\$225</b>
• D5820：臨時局部假牙（上頷）—在任何連續 12 個月內限 1 副。	<b>\$273</b>
• D5821：臨時局部假牙（下頷）—在任何連續 12 個月內限 1 副。	<b>\$273</b>
• D5850：上頷組織調理。	<b>\$85</b>
• D5851：下頷組織調理。	<b>\$85</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\$175。	
• D6210：橋體—高貴金屬鑄造。	<b>\$572</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>\$572</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10 的共付額 (D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• 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>
• D6245：橋體—瓷／陶瓷。	<b>\$612</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：嵌體—瓷／陶瓷，雙面。	<b>\$495</b>
• D6601：嵌體—瓷／陶瓷，三面或三面以上。	<b>\$535</b>
• D6602：嵌體—高貴金屬鑄造，雙面。	<b>\$497</b>
• D6603：嵌體—高貴金屬鑄造，三面或三面以上。	<b>\$540</b>
• D6604：嵌體—賤金屬為主鑄造，雙面。	<b>\$397</b>
• D6605：嵌體—賤金屬為主鑄造，三面或三面以上。	<b>\$440</b>
• D6606：嵌體—貴金屬鑄造，雙面。	<b>\$415</b>
• D6607：嵌體—貴金屬鑄造，三面或三面以上。	<b>\$455</b>
• D6608：冠蓋體—瓷／陶瓷，雙面。	<b>\$515</b>
• D6609：冠蓋體—瓷／陶瓷，三面或三面以上。	<b>\$560</b>
• D6610：冠蓋體—高貴金屬鑄造，雙面。	<b>\$540</b>
• D6611：冠蓋體—高貴金屬鑄造，三面或三面以上。	<b>\$559</b>
• D6612：冠蓋體—賤金屬為主鑄造，雙面。	<b>\$450</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D6613：冠蓋體—賤金屬為主鑄造，三面或三面以上。	<b>\$480</b>
• D6614：冠蓋體—貴金屬鑄造，雙面。	<b>\$472</b>
• D6615：冠蓋體—貴金屬鑄造，三面或三面以上。	<b>\$495</b>
• D6720：牙冠—樹脂與高貴金屬混合物。	<b>\$543</b>
• D6721：牙冠—樹脂與賤金屬為主混合物。	<b>\$484</b>
• D6722：牙冠—樹脂與貴金屬混合物。	<b>\$507</b>
• D6740：牙冠—瓷／陶瓷。	<b>\$612</b>
• D6750：牙冠—瓷融合高貴金屬。	<b>\$572</b>
• D6751：牙冠—瓷融合賤金屬為主。	<b>\$515</b>
• D6752：牙冠—瓷融合貴金屬。	<b>\$535</b>
• D6780：牙冠— $\frac{3}{4}$ 高貴金屬鑄造。	<b>\$572</b>
• D6781：牙冠— $\frac{3}{4}$ 賤金屬為主鑄造。	<b>\$515</b>
• D6782：牙冠— $\frac{3}{4}$ 貴金屬鑄造。	<b>\$535</b>
• D6783：牙冠— $\frac{3}{4}$ 瓷／陶瓷。	<b>\$612</b>
• D6790：牙冠—高貴金屬全鑄造。	<b>\$572</b>
• D6791：牙冠—賤金屬為主全鑄造。	<b>\$515</b>
• D6792：牙冠—貴金屬全鑄造。	<b>\$535</b>
• D6930：重新黏合局部固定式假牙。	<b>\$80</b>
• D6940：減壓裝置。	<b>\$128</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D6980：因充填材料不敷使用所需的固定式局部假牙。	<b>\$148</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>\$57</b>
• D7140：拔牙、阻生齒或根管暴露（提高及／或牙鉗拔除）。	<b>\$80</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>\$134</b>
• D7220：拔除阻生齒—軟組織。	<b>\$161</b>
• D7230：拔除阻生齒—部分骨阻生。	<b>\$212</b>
• D7240：拔除阻生齒—完全骨阻生。	<b>\$263</b>
• D7241：拔除阻生齒—完全骨阻生合併罕見的外科併發症。	<b>\$304</b>
• D7250：拔除牙齒殘根（切割手術程序）。	<b>\$148</b>
• D7251：牙冠切除術—蓄意移除局部牙齒。	<b>\$304</b>
• D7270：牙齒再植術和／或意外脫落或錯位牙齒的固定。	<b>\$211</b>
• D7286：口腔組織切片化驗—軟組織—不包括病理化驗程序。	<b>\$127</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>\$120</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>\$120</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>\$140</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
• D7321：未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>\$140</b>
• D7471：移除外側骨突出（上頷或下頷）。	<b>\$254</b>
• D7472：移除腭隆凸。	<b>\$254</b>
• D7473：移除下頷隆凸。	<b>\$254</b>
• D7510：膿腫切開引流術—口內軟組織。	<b>\$97</b>
• D7960：繫帶切整術—又稱為繫帶切除術或繫帶切斷術—未伴隨其他手術程序的個別手術程序。	<b>\$194</b>
<b>一般輔助性服務 (D9000-D9999)*†</b>	
• D9110：牙痛（急診）緩和治療—小型手術程序。	<b>\$71</b>
• D9211：區域阻滯麻醉。	<b>\$15</b>
• D9212：三叉神經阻斷麻醉。	<b>\$15</b>
• D9215：與手術或手術程序同時進行的局部麻醉。	<b>\$15</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>\$71</b>
• D9311：與醫療保健專業人員進行諮詢。	<b>免費</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>\$46</b>
• D9440：診所就診—於正常看診時間之外。	<b>\$79</b>
• D9450：病例簡報，詳細完整的治療規劃。	<b>\$69</b>
• D9932：上頷活動式全口假牙的清潔和檢查。	<b>免費</b>

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

<b>Advantage Plus</b> —這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。	您必須支付的費用*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D9933：下頷活動式全口假牙的清潔和檢查。</li> </ul>	免費
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D9934：上頷活動式局部假牙的清潔和檢查。</li> </ul>	免費
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D9935：下頷活動式局部假牙的清潔和檢查。</li> </ul>	免費
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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。</li> </ul>	\$125
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D9991：牙科個案管理—處理約診合規問題。</li> </ul>	免費
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D9992：牙科個案管理—醫護服務協調。</li> </ul>	免費
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D9995：遠距牙科—同步；即時看診。</li> </ul>	免費
<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>	免費
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D9999：非指定的輔助手術程序，按申報，包含在沒有 24 小時提前通知的情況下未如期準時赴診，按約診時間每 15 分鐘計算，總計最高上限\$40。</li> </ul>	\$15
<p><b>急診牙科護理*†</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 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。（聽障及語障電話專線使用者請致電 <b>1-800-735-2929</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護理。</li> </ul> <p style="text-align: right;">與非緊急牙科護理的成本分擔相同。</p>	

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10 的共付額 (D0999)。

### Advantage Plus—這些選擇性補充福利僅適用於入保 Advantage Plus 的會員。

### 您必須支付的費用\*

- 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\$100**，但需扣除您的成本分擔。此外，承保急診護理僅限為了穩定您病情以及提供緩和療護所需的必要醫護服務。另外，如果您未符合下列條件，您將需負擔牙科護理的全額費用：
  - ◆ 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 24 小時內為您看診，或者您認為以您當時的病況而言，要前往指定的 DeltaCare USA 牙科醫生處實屬不合理或不可能。如果您是會員且您尚未指定牙科醫生，您應與 Delta Dental 客戶服務部聯絡以尋求協助尋找 DeltaCare USA 的牙科醫生。
  - ◆ 您在接受急診牙科護理前曾致電與 Delta Dental 客戶服務部聯絡，或者以您的病況和當時的情況而言，您未致電與客戶服務部聯絡即接受急診牙科護理實屬合理。
  - ◆ 承保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，除非您可證明在合理的情況下在該期限內提出索賠實屬不可能。在該情況下，您必須在治療日期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。

您需支付超過 \$100 上限的任何金額，但需扣除適當的成本分擔。

## 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。如果某項服務屬於「除外項目」，這代表我們不承保該項服務。

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。

†牙科醫生可能需要獲得 Delta Dental 的事前授權書。

\* 您需為這些服務或項目所支付的成本分擔額不會計入您的自付上限。

注意：除上述各項的成本分擔額之外，您每次接受牙科護理時還必須支付\$10的共付額(D0999)。

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。除非發生明列的特殊情況，否則我們將不會給付下表所列屬於除外項目的醫療服務。唯一的例外是如果在提出上訴之後，我們判定由於您的情況特殊，下表所列的某項服務係屬於我們應給付或承保的醫療服務，我們將會進行給付。（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，請參閱本手冊的第 9 章第 5.3 節。）

有關服務的所有除外或限制項目均會在福利項目表或下表中詳加說明。

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。

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
根據 Original Medicare 的標準而被認定為不合理和非必要的服務		√ 除外項目不適用於本計劃承保但是 Original Medicare 不承保的服務或用品。
實驗性醫療和手術程序、設備和藥物 • 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。		√ 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。）
醫院單人病房		√ 僅有在醫療上必要的情況下才屬於承保範圍。
醫院或專業護理院病房內的私人用品		√ 提供電話和電視。
全職居家護理	√	
監督護理是指在您不需要接受專業醫療護理或專業護理的情況下，在護理院、安寧服務或其他設施所提供的醫護服務。	√	

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
<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>		
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	√	
由您近親或家人所收取的費用	√	
美容手術或程序		<p style="text-align: center;">√</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>全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>
例行牙科護理，如洗牙、補牙或假牙		<p style="text-align: center;">√</p> <p>如果您入保 Advantage Plus，本除外項目將不適用。請參閱本章的第 2.2 節以瞭解福利詳情，並參閱後面的「入保 Advantage Plus 會員的 DeltaCare USA 除外項目」以瞭解不屬於 Advantage Plus 牙科計劃承保範圍的服務和用品。</p>
非例行牙科護理		<p style="text-align: center;">√</p> <p>治療疾病或受傷所需的牙科護理服務可能屬於住院護理或門診護理的承保範圍。</p>

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
		如果您入保 Advantage Plus，本除外項目將不適用。請參閱本章的第 2.2 節以瞭解福利詳情，並參閱後面的「入保 Advantage Plus 會員的 DeltaCare USA 除外項目」以瞭解不屬於 Advantage Plus 牙科計劃承保範圍的服務和用品。
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。
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）。
家居送餐服務	√	
矯正鞋具		√ 如果鞋具是腿部支架的一部分且包含在支架費用當中，或者鞋具是供患有糖尿病足部疾病的患者使用。
足部支撐裝置		√ 患有糖尿病足部疾病的患者適用的矯正或治療鞋具。
例行聽力檢查、助聽器或助聽器配驗檢查		√ 此除外項目不適用於屬於 Medicare 承保範圍的人工電子耳和骨導式外部助聽裝置。此外，如果您入保 Advantage Plus，本除外項目將不適用（請參閱第 2.2 節以瞭解詳情）。然而，Advantage Plus 助聽器福利的承保範圍不包含下列服務或用品：植入式助聽器；配件；例行維修；替換用零件；電池；助聽器修理；以及替

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
		換遺失或損壞的助聽器（廠商保固可能承保上述部分項目）。
放射狀角膜切開術、LASIK 手術及其他弱視輔具	√	
絕育復原手術程序及非處方避孕用品	√	
自然療法服務（使用自然或替代治療）	√	
私人看護	√	
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）		√ 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。
在退伍軍人事務部 (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。
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。
根據專精於重建手術的網絡醫生判斷，僅提供小幅度外觀改善的手術。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手術	√	

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
白內障手術後所需的非傳統型人工晶狀體 (IOL)（例如：矯正老花眼的 IOL）		<p style="text-align: center;">√</p> <p>您可提出要求而我們可在白內障手術後提供矯正老花眼的 IOL 或矯正散光的 IOL 植入服務以代替傳統型的 IOL。然而，您將必須支付非傳統型 IOL 及相關服務與白內障手術後植入傳統型 IOL 之間所需的計劃收費差額。</p>
按摩治療		<p style="text-align: center;">√</p> <p>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。</p>
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	√	
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	√	
交通和住宿費用		<p style="text-align: center;">√</p> <p>我們可能會給付我們根據交通和住宿準則提供事前授權的部分費用，條件是專業醫療服務集團根據第 3 章第 2.3 節的規定將您轉介至網絡外醫護人員處。</p>

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身體檢查及其他服務		√ 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保健服務，則可獲得承保。
與透過人工方式達到人工授精和人工受孕有關的所有服務，例如：卵子移植、配子輸卵管內植入術 (GIFT)、精液與卵子（及與其採集和儲存有關的服務）、人工受孕 (IVF) 以及受精卵輸卵管植入術 (ZIFT)	√	
一次性居家用品，例如繃帶、紗布、膠布、殺菌劑、敷料、Ace 型繃帶、尿布、護墊及其他失禁用品		√ 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。
由執照中級醫療護理設施提供的醫護服務		√ 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。
不屬於健康護理用品和服務的用品和服務。例如，我們不承保： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 禮儀、禮節、規劃技能、閱讀方式或就業技能的教學</li> <li>• 增加學術知識、技能或理解力的用品和服務</li> <li>• 針對如文法、數學及時間管理等技能而提供的學術輔導或指導</li> </ul>	√	

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
<ul style="list-style-type: none"> <li>職業訓練或教導職業技能以及專業成長課程</li> </ul>		
水中運動治療及其他水療		<p style="text-align: center;">√</p> <p>如獲得判定為醫療上必要的服務且屬於物理治療計劃醫囑的一部分，則可獲得承保。</p>
門診口服營養劑，例如飲食補充劑、草藥補充劑、減重輔助品、配方食品與食物	√	
在您有過夜的住院設施所提供的醫護服務		<p style="text-align: center;">√</p> <p>根據醫療福利項目表的「住院藥物酒精濫用與精神健康治療」部分所述承保。</p>
與非承保服務或用品有關的服務		<p style="text-align: center;">√</p> <p>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。</p>
未獲得聯邦食品及藥物管理局核准的服務。根據法律必須獲得聯邦食品及藥物管理局 (FDA) 批准才可在美國販售，但未獲得 FDA 批准的藥物、補充劑、檢測、疫苗、裝置、放射性材料及任何其他服務		<p style="text-align: center;">√</p> <p>此不受保項目適用於在任何地點提供的服務，甚至在美國境外。此除外項目不適用於 Medicare 承保的臨床試驗或您在美國境外所接受的承保急診護理。</p>
工業鏡框	√	
不具屈光度的鏡片和太陽眼鏡		<p style="text-align: center;">√</p> <p>本除外項目不適用於下列任何項目：</p>

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
		<ul style="list-style-type: none"> <li>透明無度數鏡片，若僅有單側眼睛需要矯正。</li> <li>為了治療黃斑部退化或視網膜色素病變而在醫療上必要的染色鏡片。</li> </ul>
替換遺失、破損或損壞的鏡片或鏡框	√	
眼鏡或隱形眼鏡的裝飾，如雕刻、琢面或鑲嵌寶石	√	
根據法律規定不需要處方的視力矯正器用品（眼鏡鏡框除外），例如眼鏡架、眼鏡盒及眼鏡修理工具組	√	

#### 入保 Advantage Plus 會員的 DeltaCare USA 除外項目

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

- 未明列於醫療福利項目表中的任何手術程序，或就 DeltaCare USA 牙科醫生的專業意見而言，(a) 根據一顆或多顆牙齒和／或周邊牙齒結構的狀況來看，達到成功治療結果和合理牙齒壽命的預後情況不佳；或 (b) 與獲得普遍認可的牙科標準不一致。
- 不承保福利的相關諮詢。
- 與在會員承保生效日期之前便已開始之任何牙科或牙齒矯正程序有關而產生的牙科費用，例如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。
- 透過指定 DeltaCare USA 牙科醫生以外的任何牙科設施、獲得事先授權的牙科專科醫生或簽約矯形牙科醫生所取得的牙科服務，但承保急診服務除外。
- 針對年齡超過 18 歲以上的會員所提供的氟化物治療。
- 植牙服務及支撐植體用的牙科裝置和附著體、植體安裝、維護、移除及所有其他與植牙相關的服務。
- 遺失或遭竊的裝置，包括但不限於全口或局部假牙、空間維持器、牙冠以及固定式局部假牙（牙橋）。
- 上頷面修復術。
- 牙齒矯正。

- 
- 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、活動式局部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。
  - 旨在變更咬合垂直距離或診斷或治療顳骨與下頷關節 (TMJ) 異常病症的手術程序、裝置或修復服務。
  - 純粹為了美容目的而提供的服務，但程序 D9975、每側牙弓的牙齒外部美白或因遺傳性或發育上的缺陷而導致的病症，例如顎裂、上下顎畸形、先天性牙齒缺失以及牙齒變色或缺少琺瑯質所需的服務除外。
  - 由專門從事牙修復服務的牙科醫生提供的治療或裝置。

## 第 5 章 使用本計劃承保範圍內的 D 部分處方藥

<b>第 1 節</b>	<b>前言.....</b>	<b>140</b>
第 1.1 節	本章將說明您的 D 部分藥物承保範圍 .....	140
第 1.2 節	本計劃 D 部分藥物的基本承保規定 .....	141
<b>第 2 節</b>	<b>在網絡藥房或透過郵購服務配領處方藥.....</b>	<b>141</b>
第 2.1 節	使用網絡藥房以使處方藥獲得承保 .....	141
第 2.2 節	尋找網絡藥房 .....	141
第 2.3 節	使用郵購服務 .....	142
第 2.4 節	您該如何取得藥物的長期藥量？ .....	143
第 2.5 節	您何時可使用本計劃網絡外的藥房？ .....	143
<b>第 3 節</b>	<b>您的藥物必須列於本計劃的「藥物清單」中.....</b>	<b>144</b>
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 .....	144
第 3.2 節	藥物清單上的藥物共有六個「成本分擔等級」 .....	145
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？ .....	145
<b>第 4 節</b>	<b>部分藥物有承保限制 .....</b>	<b>146</b>
第 4.1 節	為何某些藥物有限制？ .....	146
第 4.2 節	限制有哪些類型？ .....	146
第 4.3 節	這些限制當中是否有任何限制適用於您的藥物？ .....	147
<b>第 5 節</b>	<b>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？ .....</b>	<b>147</b>
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 .....	147
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？ .....	148
第 5.3 節	如果您認為您藥物的成本分擔等級過高，您該怎麼做？ .....	149
<b>第 6 節</b>	<b>如果您其中一項藥物的承保範圍變更了該怎麼辦？ .....</b>	<b>150</b>
第 6.1 節	藥物清單可能會在一年當中有所變更 .....	150
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？ .....	150

---

<b>第 7 節</b>	<b>哪些類型的藥物不屬於本計劃的承保範圍？</b> .....	<b>152</b>
第 7.1 節	我們不承保的藥物類型 .....	152
<b>第 8 節</b>	<b>在配領處方藥時出示您的計劃會員卡</b> .....	<b>153</b>
第 8.1 節	出示您的會員卡 .....	153
第 8.2 節	如果您未攜帶會員卡該怎麼辦？ .....	153
<b>第 9 節</b>	<b>在特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍</b> .....	<b>153</b>
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？ .....	153
第 9.2 節	如果您是長期護理 (LTC) 設施的住院者將會怎樣？ .....	154
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？ .....	154
第 9.4 節	如果您住於 Medicare 認證的安寧服務機構將會怎樣？ .....	155
<b>第 10 節</b>	<b>藥物安全及藥物管理計劃</b> .....	<b>155</b>
第 10.1 節	協助會員安全用藥的計劃 .....	155
第 10.2 節	協助會員安全使用鴉片類藥物的 Drug Management Program (DMP) .....	156
第 10.3 節	協助會員管理藥物的 Medication Therapy Management (MTM) 計劃 .....	156



### 您知道有可以協助人們支付藥物費用的計劃嗎？

「額外補助」計劃可協助資源有限的人士支付其藥物費用。如需更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

### 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》中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊將不適用於您。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，請致電會員服務聯絡中心索取「LIS 附約」。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

## 第 1 節 前言

### 第 1.1 節 本章將說明您的 D 部分藥物承保範圍

本章將會說明使用 D 部分藥物承保範圍的規定。下一章則會為您說明您需為 D 部分藥物支付的費用（第 6 章「您需為 D 部分處方藥支付的費用」）。

除了您的 D 部分藥物承保範圍之外，根據本計劃醫療福利的規定，我們也承保某些藥物。透過 Medicare A 部分承保福利，我們通常會承保您在醫院或專業護理院的承保住院期間所獲得的藥物。透過 Medicare B 部分承保福利，我們承保的藥物包括部分化療藥物、您在診所就診期間所接受的部分藥物注射，以及您在洗腎設施所獲得的藥物。第 4 章「醫療福利項目表（承保內容及應付費用）」將會為您說明您在醫院或專業護理院之承保住院期間的福利項目和藥物費用，以及您 B 部分藥物的福利和所需費用。

如果您住在 Medicare 的安寧服務設施，則您的藥物可能可獲得 Original Medicare 的承保。我們僅承保與您末期疾病預後及相關病症無關的 Medicare A 部分、B 部分及 D 部分服務和藥物，因而這些服務和藥物將不屬於 Medicare 安寧服務福利的承保範圍。如需瞭解更多資訊，請參閱本章的第 9.4 節「如果您住在 Medicare 認證的安寧服務機構將會怎樣」。如需更多有關安寧服務承保範圍的資訊，請參閱第 4 章「醫療福利項目表（承保內容及應付費用）」的安寧服務部分。

下節將會討論根據本計劃 D 部分福利規定您所享有的藥物承保。本章的第 9 節「在特殊情況下的 D 部分藥物承保範圍」包含更多有關 D 部分承保範圍和 Original Medicare 的資訊。

## 第 1.2 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：

- 您必須請醫護人員（醫生、牙科醫生或其他處方醫師）為您開立處方。
- 您的處方醫師必須接受 Medicare 或向 CMS 提交文件以證明其符合開立處方的資格，否則您的 D 部分索賠將會遭到拒絕。您應在下次致電給處方醫師或至處方醫師處就診時向其洽詢其是否符合上述條件。如果其不符合上述條件，請注意，從您處方醫師提交必要書面文件到書面作業處理完成可能需要花費一些時間。
- 通常，您必須使用網絡藥房配領處方藥。（請參閱第 2 節「在網絡藥房或透過郵購服務配領處方藥」。）
- 您的藥物必須列於《Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊》（我們將其簡稱為「藥物清單」）。（請參閱第 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領處方藥

### 第 2.1 節 使用網絡藥房以使處方藥獲得承保

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領的處方。）

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承保範圍的所有 D 部分處方藥。

### 第 2.2 節 尋找網絡藥房

如何尋找您所在地區的網絡藥房？

如欲尋找網絡藥房，您可查看《藥房名錄》、瀏覽網站 ([kp.org/directory](http://kp.org/directory)) 或致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。您可前往本計劃的任何網絡藥房。

### 如果您一直以來使用的藥房退出網絡該怎麼辦？

如果您一直以來使用的藥房退出本計劃網絡，您將需從本計劃網絡中尋找一家新藥房。如欲尋找您所在地區的其他網絡藥房，您可透過我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）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？

有時候，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。
- 為長期護理 (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。如果您住在 LTC 設施，我們必須確保您平常能夠透過我們的 LTC 藥房網絡取得 D 部分福利，這些藥房通常是 LTC 設施所使用的藥房。如果您在居住於 LTC 設施期間取得 D 部分福利時遇到任何困難，請與我們的會員服務聯絡中心聯絡。
- 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絡內的這些藥房。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。

如欲尋找專科藥房，請查看《藥房名錄》或致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

## 第 2.3 節 使用郵購服務

您可使用本計劃的網絡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病況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。

郵購服務最多可讓您訂購 100 天的藥量。如欲取得以郵購方式配領處方藥的相關資訊，請造訪您當地的網絡藥房或瀏覽我們的網站 [kp.org/refill](http://kp.org/refill)。您可透過下列方式方便地訂購續配處方藥：

- 在 [kp.org/refill](http://kp.org/refill) 網站安全註冊並訂購。
- 請在週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00、週六上午 8:00 至晚上 6:00 及週日上午 9:00 至晚上 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 mail delivery 選項。
- 將填有處方或續配申請的郵購表寄出，您可在任何 Kaiser Permanente 的網絡藥房取得該表格。

當您透過網路、電話或行動應用程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（一般郵購服務無需運費）。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，您將可在5天之內收到透過郵購藥房訂購的藥物。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，如果您等不及由我們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](http://kp.org/directory)上所列的當地網絡零售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，您可能需支付較高的費用。

**透過郵購續配處方。**如欲進行續配，請在您認為您所持有的藥物即將用完的至少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。

請務必告知藥房您的最佳聯絡方式，這樣藥房才能在寄出您訂購的藥物之前與您聯絡以進行確認。當您訂購時，請提供您的最新聯絡資訊，以免我們有事必須與您取得聯繫。

#### 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。本計劃提供兩種方式供您領取本計劃藥物清單上所列之「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況而需定期服用的藥物。您可透過郵購訂購此藥量（請參閱本章的第 2.3 節），或者您可前往零售藥房。

1. 本計劃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。《藥房名錄》將會為您說明本計劃網絡中的哪些藥房可為您提供維持型藥物的長期藥量。您也可致電我們的會員服務聯絡中心以索取更多資訊（電話號碼列印於本手冊的封底）。
2. 您可使用本計劃的網絡郵購服務來取得某些類型的藥物。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。郵購服務最多可讓您訂購 100 天的藥量。請參閱第 2.3 節以瞭解更多有關使用本計劃郵購服務的資訊。

#### 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。如果您無法使用網絡藥房，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 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。
- 如果您要配領的處方藥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。

在上述情況下，請先向我們的會員服務聯絡中心查詢，以確定您附近是否有網絡藥房。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。您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與您在網絡內藥房取得該藥物時我們會承保的費用之間的差額。

### 您該如何向本計劃申請補償？

如果您必須使用網絡外藥房，您通常必須在配領處方藥時支付全額費用（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補償。（第 7 章第 2.1 節將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《Kaiser Permanente 2020 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。該清單必須符合 Medicare 的要求。Medicare 已核准本計劃的藥物清單。

藥物清單上的藥物僅包含屬於 Medicare D 部分承保範圍的藥物（本章前面第 1.1 節有 D 部分藥物的相關說明）。

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：

- 獲得食品及藥物管理署的核准。（意即食品及藥物管理署已核准將該藥物用於診斷或處方中所示的病症。）

- 或有特定參考書籍可以提供佐證。（這些參考書籍包括 American Hospital Formulary Service Drug Information、DRUGDEX Information System 以及針對癌症的 National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology 或其後續版本。）

### 本計劃藥物清單包含品牌藥和非品牌藥

非品牌藥是與品牌藥含有相同活性成分的處方藥。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。許多品牌藥皆有非品牌藥可以替代。

### 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 Medicare 計劃承保某些類型的藥物（如需更多相關資訊，請參閱本章第 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。

## 第 3.2 節 藥物清單上的藥物共有六個「成本分擔等級」

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

- 屬於成本分擔等級 1 的首選非品牌藥。
- 屬於成本分擔等級 2 的非品牌藥（此等級包含部分品牌藥）。
- 屬於成本分擔等級 3 的首選品牌藥。
- 屬於成本分擔等級 4 的非首選品牌藥（此等級包含部分非品牌藥）。
- 屬於成本分擔等級 5 的專科等級藥物（此等級同時包含非品牌藥和品牌藥）。
- 屬於成本分擔等級 6 的 D 部分注射用疫苗（此等級僅包含品牌藥）。

如欲瞭解您藥物所屬的成本分擔等級，請查看本計劃的藥物清單。您為各成本分擔等級的藥物所需支付的費用金額列於第 6 章（「您需為 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：

1. 查看我們在 [kp.org](http://kp.org) 網站上提供的最新版藥物清單。
2. 瀏覽我們的網站 ([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx))。網站上的藥物清單（《Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊》）隨時保持於最新狀態。
3. 請致電與會員服務聯絡中心聯絡以瞭解某特定藥物是否有列於本計劃的藥物清單（《Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊》）中，或索取一份該清單的副本。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

**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。**

## 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？

某些處方藥有特別規定限制了本計劃承保該藥物的方式和時間。醫生和藥劑師團隊制定了這些規定，以協助我們會員透過最有效的方式使用藥物。這些特殊規定也有助於控制整體藥物費用，從而降低您的藥物保險金額。

一般而言，我們的規定會鼓勵您取得適用於您病況且安全有效的藥物。當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，本計劃的規定旨在鼓勵您及醫護人員使用費用較低的選項。我們還需遵守 Medicare 有關藥物承保和成本分擔的規定和規則。

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 章第 6.2 節以瞭解更多有關申請例外處理的資訊。）

請注意，有時候某項藥物可能會不止一次出現在藥物清單(《Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊》)中。這是因為根據如保健業者所開立的藥物劑量、藥量或劑型等因素，可能會有不同的限制或成本分擔適用（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？

本計劃使用不同類型的限制以協助我們會員透過最有效的方式使用藥物。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。

#### 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。當品牌藥有非品牌藥可供使用時，本計劃網絡藥房將會為您提供非品牌藥。當有非品牌藥可供使用時，我們通常不會承保品牌藥。然而，如果醫護人員告知我們醫療理由，表示非品牌藥或治療相同病症的其他承保藥物皆不適用於您，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」。有時候，取得事先核准的規定有助於引導適當使用特定藥物。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 4.3 節 這些限制當中是否有任何限制適用於您的藥物？

本計劃的藥物清單中包含了上述限制的相關資訊。如欲瞭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。如需最新資訊，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）或查看我們的網站 ([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx))。

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。如果您欲服用的藥物有限制，您應與我們的會員服務聯絡中心聯絡，以瞭解您或您的醫護人員應採取哪些行動以使該藥物獲得承保。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 章第 6.2 節以瞭解更多有關申請例外處理的資訊。）

### 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

我們希望您的藥物承保能為您發揮良好效用。但有可能會發生您目前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雖已列於承付藥物手冊中但有限制的情況。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規定或限制。如第 4 節所述，本計劃所承保的部分藥物有使用限制上的額外規定。在某些情形下，您可能會希望我們為您免除該限制。
- 該藥物屬於承保範圍，但其所屬的成本分擔等級使您的成本分擔較您所認為的要來得高。本計劃將各承保藥物分別歸入六個不同成本分擔等級中的其中一個等級。您需支付的處方費用一部分將取決於您藥物所屬的成本分擔等級。

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。您所享有的選項將視您的問題類型而定：

- 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等級使您的費用較您認為的要來得高，請參閱第 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，以下是您可採取的行動：

- 您可能可以取得該藥物的暫時藥量（僅有處於特定情況下的會員才可取得暫時藥量）。這將讓您和您的醫護人員有時間可以改用其他藥物或提出藥物承保申請。
- 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**

在特定情況下，若您的藥物未列於本計劃的藥物清單中或該藥物有某些限制，我們可為您提供該藥物的暫時藥量。這將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。

如欲符合取得暫時藥量的資格，您必須滿足下列兩項規定：

**1. 您的藥物承保變更必須屬於下列其中一種類型的變更：**

- ◆ 您一直以來所服用的藥物不再列於本計劃的藥物清單中。
- ◆ 或者您一直以來所服用的藥物現在有某些限制（本章的第 4 節將會為您說明這些限制）。

**2. 您必須屬於下述其中一項情況：**

- ◆ **針對新會員或去年加入本計劃的會員：**如果您是新會員，我們將會在您成為本計劃會員之後前 90 天期間以及如果您去年已加入本計劃則在該日曆年度的前 90 天期間，承保您藥物的暫時藥量。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領處方藥。（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。）
- ◆ **針對已加入本計劃超過 90 天且目前已入住於長期護理 (LTC) 設施並立即需要供藥的會員：**我們將會承保某特定藥物 31 天的藥量，或者如果您處方開立的天數較短，我們將會承保較少藥量。這是在上述臨時藥量以外提供的藥量。
- ◆ **針對醫護服務等級變更的在籍會員，**如果您入住醫院、專業護理院或長期護理設施，或者您從醫院、專業護理院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變更時，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。

如欲申請暫時藥量，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

在您領取藥物暫時藥量的期間，您應與您的醫護人員洽詢，以決定暫時藥量用完之後該怎麼辦。您可改用屬於本計劃承保範圍的其他藥物，或要求我們為您進行例外處理並承保您目前的藥物。下面章節將會為您說明這些選項。

### 您可改用其他藥物

請先向醫護人員洽詢。也許有屬於本計劃承保範圍的其他藥物也可能適用於您。您可致電我們的會員服務聯絡中心，以索取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。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

### 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承保規定的例外處理。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等級過高，您該怎麼辦？

如果您認為您藥物的成本分擔等級過高，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等級過高，請先向您的醫護人員洽詢。也許有成本分擔等級較低的其他藥物也可能適用於您。您可致電我們的會員服務聯絡中心，以索取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。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

### 您可申請例外處理

您及您的醫護人員可要求我們針對藥物的成本分擔等級進行例外處理，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。

屬於專科等級（等級 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等級之藥物的成本分擔額。

## 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）。然而，我們可能會在一年當中針對藥物清單進行變更。例如，我們可能會：

- 新增或移除藥物清單中的藥物。有新藥可供使用，包括新的非品牌藥。也許政府核准了現有藥物的新使用方式。有時候，藥物會受到召回，因而我們決定不承保該藥物。或者我們可能會由於某藥物遭判定為不具療效而將該藥物從清單中移除。
- 將藥物移至較高或較低的成本分擔等級。
- 新增或移除藥物的承保限制（如需更多承保限制的相關資訊，請參閱本章的第 4 節）。
- 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

若我們在年中變更藥物清單，我們會將這些變更資訊公布在我們的網站上。我們將會按照定期時間表更新線上藥物清單，以將最後一次更新後所進行的任何變更納入。以下我們列出了當您正在服用的藥物有變更時，您將會直接收到通知的情況。您也可致電我們的會員服務聯絡中心以索取更多資訊（電話號碼列印於本手冊的封底）。

#### 藥物承保範圍的變更會立即對您造成影響嗎？

可能會在今年對您造成影響的變更：在下述情況下，您將會在今年期間受到承保範圍變更的影響：

- 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等級或者對品牌藥增加新限制）
  - ◆ 我們可能會立即將藥物清單中的品牌藥移除，但條件是我們以該相同藥物獲得核准的新非品牌版本取而代之，且該非品牌藥屬於相同或較低成本分擔等級，同時具備相同或較少的限制。此外，在新增新的非品牌藥時，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較高成本分擔等級或新增新的限制。
  - ◆ 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。

- ◆ 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。如需有關如何申請例外處理的資訊，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」。
- ◆ 如果您在我們進行變更時正在服用該品牌藥，我們將會針對我們所作的具體決定為您提供相關資訊。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。
- 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。
  - ◆ 有時候，某項藥物可能會因為被發現不安全或因為其他理由從市場上下架而突然從藥物清單中移除。如果發生此類情況，我們將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此項變更。
  - ◆ 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進行其他變更而影響您正在服用的藥物。例如，我們可能會新增非新上市的非品牌藥，以用於取代品牌藥，或者變更品牌藥的成本分擔等級或新增品牌藥的新限制。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。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絡藥房續配 30 天份的藥物。
  - ◆ 在您收到變更通知後，您應與您的處方醫師合作以改用本計劃所承保的其他藥物。
  - ◆ 或者，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。如需有關如何申請例外處理的資訊，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」。

不會對目前正在服用藥物的人士造成影響的藥物清單藥物變更：針對以上沒有說明的藥物清單變更，如果您目前正在服用該藥物且您在明年繼續留在本計劃，下列類型的變更將不會在明年的 1 月 1 日之前對您造成影響：

- 如果我們將您的藥物移至較高的成本分擔等級。
- 如果我們針對您的藥物使用設定新的限制。
- 如果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（但不是因為藥物從市場上下架、非品牌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。針對不會對您造成影響的變更，您在今年將不會直接收到通知。然而，從明年的 1 月 1 日起，該等變更便會對您造成影響，因此請務必要查看新年度的藥物清單以確認所有藥物變更資訊。

## 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。我們將不會給付列於本節的藥物；唯一的例外情況是當所申請的藥物在經過上訴之後被判定為非屬於 D 部分除外項目的藥物，而且由於您的情況特殊我們應給付或應承保該藥物。（如需有關針對我們決定不承保藥物的決議提出上訴的資訊，請參閱本手冊的第 9 章第 6.5 節。）

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及其領土境外所購買的藥物。
- 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。
  - ◆ 一般而言，僅有在藥物使用有特定參考書籍可以提供佐證的情況下，「藥品標籤核准適應症以外使用」才可獲得承保。這些參考書籍包括 American Hospital Formulary Service Drug Information、DRUGDEX Information System 以及針對癌症的 National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology 或其後續版本。如果上述所有參考書籍皆無法為該藥物使用提供佐證，則本計劃將無法承保該藥物的「藥品標籤核准適應症以外使用」。

此外，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。
- 用於緩解咳嗽或傷風症狀的藥物。
- 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，但產前維他命和氟製劑除外。
- 用於治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物。
- 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。

如果您在支付藥物費用時有取得「額外補助」，您的州政府 Medicaid 計劃可能會承保一些通常不屬於 Medicare 藥物計劃承保範圍的處方藥。請與您的州政府 Medicaid 計劃聯絡以確認您可獲得哪些藥物承保。（您可在第 2 章第 6 節找到 Medicaid 的電話號碼和聯絡資訊。）

## 第 8 節 在配領處方藥時出示您的計劃會員卡

### 第 8.1 節 出示您的會員卡

如欲配領處方藥，請在您所選擇的網絡藥房出示您的計劃會員卡。當您出示您的計劃會員卡時，網絡藥房將會自動針對您的承保處方藥費用向本計劃請領本計劃的分擔費用。您需在領取處方時向藥房支付您的成本分擔費用。

### 第 8.2 節 如果您未攜帶會員卡該怎麼辦？

如果您在配藥時未攜帶計劃會員卡，請要求藥房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補償。請參閱第 7 章第 2.1 節以瞭解有關如何申請補償的資訊。

## 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，只要您的藥物符合本計劃所有的承保規定，我們即會承保您的藥物。關於取得藥物承保的規定，請參閱本節的前面部分。第 6 章（「您需為 D 部分處方藥支付的費用」）將會為您提供更多有關藥物承保及您需支付之費用的資訊。

**請注意：**當您在專業護理院入院、住院或出院時，您皆有權使用特殊入保期。在此特殊入保期期間，您可轉換計劃或變更承保。（第 10 章「終止您在本計劃的會員資格」將會為您說明您在何種情況下可退出本計劃並加入其他 Medicare 計劃。）

**第 9.2 節 如果您是長期護理 (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其所有住院者提供藥物的藥房。如果您是長期護理設施的住院者，您可透過該設施的藥房取得您的處方藥，但條件是該藥房必須隸屬於本計劃的網絡。

請查看《藥房名錄》以瞭解您長期護理設施的藥房是否隸屬於本計劃的網絡。如果該藥房不隸屬於本計劃的網絡或者如果您需要更多資訊，請與我們的會員服務聯絡中心聯絡（電話號碼列印於本手冊的封底）。

**如果您是長期護理 (LTC) 設施的住院者且您成為本計劃的新會員將會怎樣？**

如果您需要未列於本計劃藥物清單中的藥物或者該藥物有某些限制，我們將會在您成為會員後的前 90 天期間承保您藥物的暫時藥量。總藥量的上限將為 31 天藥量，或者如果您處方開立的天數較短，我們將會承保較少藥量。（請注意，長期護理 (LTC) 藥房可能每次提供較少的藥量以避免浪費。）

如果您已成為本計劃會員超過 90 天且您需要未列於本計劃藥物清單中的藥物或本計劃針對藥物承保有任何限制，我們將會承保一次 31 天藥量，或者如果您處方開立的天數較短，我們將會承保較少藥量。

在您領取藥物暫時藥量的期間，您應與您的醫護人員洽詢，以決定暫時藥量用完之後該怎麼辦。也許有屬於本計劃承保範圍的其他藥物也可能適用於您。或者您和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。

**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？**

您目前有透過您（或您配偶）的雇主或退休人員團體享有其他處方藥承保嗎？如有，請與該團體的福利管理員聯絡。福利管理員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，如果您目前受雇於人，與您雇主或退休人員團體的保險相比，您透過本計劃所取得的處方藥保險將屬於次要保險。這表示您的團體保險將需優先給付。

**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，向您說明您的處方藥保險在下個日曆年度是否「可抵免」的資訊以及您所享有的藥物保險選項。

如果團體計劃的保險屬於「可抵免」保險，這代表該計劃的藥物保險平均預期給付金額至少與Medicare的標準處方藥保險相當。

請妥善保管可抵免保險的相關通知，因為您稍後有可能會需要用到這些通知。如果您入保包含D部分藥物保險的Medicare計劃，您可能需要這些通知以證明您持有可抵免保險。如果您未收到您雇主或退休人員團體計劃所寄給您的可抵免保險通知，您可向您雇主或退休人員團體的福利管理員或者向您雇主或工會索取一份。

### 第 9.4 節 如果您住於 Medicare 認證的安寧服務機構將會怎樣？

不論在何種情況下，藥物皆不會同時屬於安寧服務和本計劃的承保範圍。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醫師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任何與您末期疾病和相關病症無關且應屬於本計劃承保範圍的藥物，您可在要求藥房配藥之前先向您的安寧服務提供者或處方醫師洽詢，以確保我們有收到藥物與您末期疾病和相關病症無關的通知。

如果您選擇退出安寧服務或您從安寧服務機構出院，則本計劃應承保您所有的藥物。為了避免您的Medicare安寧服務福利結束時藥房有任何延遲，您應向藥房出示相關文件以證明您已退出服務或出院。請參閱本章的前面部分，其將會為您說明取得D部分藥物承保的相關規定。第6章「您需為D部分處方藥支付的費用」將會為您提供更多有關藥物承保及您需支付之費用的資訊。

## 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。如果有超過一位以上的醫護人員給會員開具藥物處方，這些審查尤為重要。

我們會在您每次配領藥處方藥時進行審查。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況而可能不需要的藥物。
- 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書面處方。
- 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。

如果我們發現您在使用藥上的可能問題，我們將會與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或其他經常遭到濫用的藥物。此計劃稱為 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，我們可能會向您的醫生洽詢以確認您的用藥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您有誤用或濫用鴉片類藥物或 benzodiazepine 藥物的風險，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。這些限制可能包括：

- 規定您透過單一藥房取得您所有的鴉片類處方藥或 benzodiazepine 處方藥。
- 規定您透過單一醫生取得您所有的鴉片類處方藥或 benzodiazepine 處方藥。
- 限制我們將會為您承保的鴉片類藥物或 benzodiazepine 藥物藥量。

如果我們判定上述一項或多項限制應適用於您，我們將會事先寄信給您。該信函將會包含資訊說明我們認為應適用於您的限制條款。您也會有機會可以告訴我們您希望使用哪位醫生或哪家藥房。如果您認為我們的決定有誤或者您對我們判定您有處方藥濫用風險或我們對您設定限制之事有異議，您和您的處方醫師有權向我們申請上訴。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，又或者您居住在長期護理設施，DMP可能不適用於您。

### 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。例如，某些會員患有多種疾病、同時服用多種不同藥物且支付高額藥物費用。

本計劃是屬於自願性質且會員無需付費。本計劃是由藥劑師和醫生團隊為我們所制定。本計劃可協助確保會員透過其所服用的藥物獲得最大的益處。

本計劃稱為 Medication Therapy Management (MTM) 計劃。一些服用多種藥物以治療不同疾病的會員可能可以透過 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。您可與其討論服藥的最佳方式、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。您可獲得一份記錄上述討論內容的書面摘要。該摘要將會包含一份藥物行動計劃，計劃中列有各項建議告訴您該如何做才能讓您的藥物發揮最大效用，另外還有空白處供您作筆記或寫下任何後續問題。您還會獲得一份個人藥物清單，清單中將包含您正在服用的所有藥物以及服藥原因。

我們建議您在前往年度「保健」就診之前先進行藥物審查，這樣您便可與醫生討論您的行動計劃和藥物清單。在您前去就診或每當您與醫生、藥劑師及其他保健業者洽詢時，請攜帶您的行動計劃和藥物清單。此外，請隨身攜帶您的藥物清單（例如：與您的保險卡存放在一起），以免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。如果您決定不參與該計劃，請通知我們，我們將會讓您退出該計劃。如果您對這些計劃有任何疑問，請與我們的會員服務聯絡中心聯絡（電話號碼列印於本手冊的封底）。

**第 6 章 您需為 D 部分處方藥支付的費用**

<b>第 1 節</b>	<b>前言.....</b>	<b>160</b>
第 1.1 節	利用本章及其他為您說明藥物承保範圍的資料.....	160
第 1.2 節	承保藥物的自付費用類型.....	161
<b>第 2 節</b>	<b>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」.....</b>	<b>162</b>
第 2.1 節	Senior Advantage 會員有哪些藥物付款階段？.....	162
<b>第 3 節</b>	<b>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.....</b>	<b>163</b>
第 3.1 節	我們每月寄給您的「D 部分福利說明」（「D 部分 EOB」）報告.....	163
第 3.2 節	協助我們持有您最新的藥物付款資訊.....	163
<b>第 4 節</b>	<b>Senior Advantage 無免賠額.....</b>	<b>164</b>
第 4.1 節	您不必為 D 部分藥物支付免賠額.....	164
<b>第 5 節</b>	<b>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.....</b>	<b>164</b>
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.....	164
第 5.2 節	一個月藥量的自付藥費表.....	165
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的藥物費用.....	167
第 5.4 節	長期（最多 100 天）藥量的自付藥費表.....	168
第 5.5 節	在本年度總藥費達到\$4,020 之前，您將留在初始保險階段.....	170
<b>第 6 節</b>	<b>我們在保險間斷階段提供一些藥物保險.....</b>	<b>170</b>
第 6.1 節	在您的自付費用達到\$6,350 之前，您將會留在保險間斷階段.....	170
第 6.2 節	Medicare 如何計算處方藥的自付費用.....	173
<b>第 7 節</b>	<b>在重大傷病保險階段，您的藥費大部分由我們支付.....</b>	<b>174</b>
第 7.1 節	一旦進入重大傷病保險階段，您在本年度的剩餘時間將會留在此階段.....	174

---

<b>第 8 節</b>	<b>您需為 D 部分承保的疫苗接種支付的費用取決於接種的方式和地點.....</b>	<b>174</b>
第 8.1 節	本計劃可能會分開承保 D 部分疫苗藥物本身及疫苗接種費用 .....	174
第 8.2 節	在接受疫苗接種前最好先打電話諮詢我們的會員服務聯絡中心 .....	176



您知道有可以協助人們支付藥物費用的計劃嗎？

「額外補助」計劃可協助資源有限的人士支付其藥物費用。如需更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

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》中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊將不適用於您。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，請致電會員服務聯絡中心索取「LIS 附約」。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

## 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 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 D 部分藥物一部分藥物屬於 Medicare A 部分或 B 部分的承保範圍，而其他藥物則是根據法律規定不屬於 Medicare 的承保範圍。

如欲瞭解我們在本章所為您提供的給付資訊，您需瞭解一些基本概念，包括哪些藥物屬於承保範圍、應至何處配領處方藥，以及在取得承保藥物時應遵守哪些規定。以下資料將會為您說明這些基本概念：

- 《Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊》。為了使說明簡單易懂，我們將其稱為「藥物清單」。
  - ◆ 此藥物清單將為您說明哪些藥物屬於您的承保範圍。
  - ◆ 其還將為您說明藥物屬於六個「成本分擔等級」中的哪一等級，以及您的藥物承保範圍是否有任何限制。
  - ◆ 如果您需要一份藥物清單，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。您也可在我們的網站 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) 上找到藥物清單。網站上的藥物清單隨時保持於最新狀態。
- 本手冊的第 5 章。第 5 章將為您提供有關處方藥承保範圍的詳細資訊，其中包括您在取得承保藥物時應遵守的規定。第 5 章也會為您說明哪些類型的處方藥不屬於本計劃的承保範圍。

- 本計劃的《藥房名錄》。在大多數情況下，您必須使用網絡藥房取得承保藥物（請參閱第 5 章以瞭解詳情）。《藥房名錄》中有本計劃的網絡藥房清單。《藥房名錄》也會說明本計劃網絡中的哪些藥房可為您提供長期藥量（如配領三個月藥量的處方藥）。
- 本《承保範圍說明書》說明了多項 Senior Advantage 計劃。本《承保範圍說明書》包含了下列的 Senior Advantage 計劃，而這些計劃均包括 Medicare D 部分的處方藥保險。
  - ◆ Alameda、Napa 與 San Francisco counties 計劃。
  - ◆ Greater Fresno Area Basic 計劃。
  - ◆ Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Basic 計劃。
  - ◆ San Joaquin County Basic 計劃。
  - ◆ Stanislaus County Basic 計劃。
  - ◆ Contra Costa County 計劃。
  - ◆ Greater Fresno Area Enhanced 計劃。
  - ◆ Greater Sacramento Area 與 Sonoma County Enhanced 計劃。
  - ◆ San Joaquin County Enhanced 計劃。
  - ◆ Stanislaus County Enhanced 計劃。
  - ◆ Marin 與 San Mateo counties 計劃。
  - ◆ Part B Only 計劃。
  - ◆ Santa Clara County 計劃。
  - ◆ Santa Cruz County 計劃。
  - ◆ Solano County 計劃。

如果您不確定您入保的是哪項計劃，請致電我們的會員服務聯絡中心或參閱年度變更通知的封面（或者，如果是新會員，請查閱您的入保申請表或入保確認函）。請注意，您入保的計劃是由您的居住地而定；而如果您住在 San Joaquin、Sonoma 或 Stanislaus counties，又或者是 greater Sacramento 或 Fresno 地區，您的入保計劃則取決於您是選擇 Enhanced 還是 Basic 計劃。請參閱第 1 章第 2.3 節以瞭解本《承保範圍說明書》中所指稱的各計劃服務區，包括根據您居住地而決定的 Senior Advantage 計劃名稱。

### 第 1.2 節 承保藥物的自付費用類型

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。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成本分擔之前您必須為藥物支付的費用金額。
- 「共付額」是指您每次配領處方藥時支付的一筆固定金額。
- 「共保額」是指您每次配領處方藥時支付藥物總費用的一個百分比。

**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。**

## 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？

如下表所示，本計劃的處方藥保險有「藥物付款階段」。您需為藥物支付的金額取決於您在配領處方藥或續配時處於下列階段的哪一個階段。請謹記，無論您處於哪個藥物付款階段，您都必須支付本計劃的月保費。

第 1 階段 年度免賠額 階段	第 2 階段 初始保險階段	第 3 階段 保險間斷階段	第 4 階段 重大傷病承保階段
由於本計劃無免賠額，因此該付款階段不適用於您。	<p>您在一年當中首次配領處方藥時，便開始進入此階段。在此階段，我們將支付我們應為您藥物分擔的費用，同時您支付自己應為藥物分擔的費用。</p> <p>您將留在此階段，直到您年初迄今的「總藥物費用」（您支付的費用外加任何 D 部分計劃給付的費用）達到<b>\$4,020</b> 為止。</p> <p>（詳情請參閱本章第 5 節。）</p>	<p>針對<b>等級 1、2 及 6</b>的藥物，您需支付本章第 6 節所列且適用於您計劃的共付額。</p> <p>針對<b>等級 3、4 及 5</b>的藥物，您需支付藥價的<b>25%</b>（外加一部分配藥費）。</p> <p>您將留在此階段，直到您年初迄今的「自付費」（您支付的費用）總計達到<b>\$6,350</b> 為止。此金額以及計算費用以達到本金額的規則由 Medicare 設定。</p> <p>（詳情請參閱本章第 6 節。）</p>	<p>在此階段，我們將為您支付本日曆年度剩餘時間內（直至 2020 年 12 月 31 日）大部分的藥物費用。</p> <p>（詳情請參見本章第 7 節。）</p>

### 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「D 部分福利說明」（「D 部分 EOB」）報告

本計劃追蹤統計您的處方藥費用和您在藥房配領處方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，我們會追蹤統計兩類費用：

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

當您在前一個月內曾透過本計劃配領一種或多種處方藥時，本計劃將會準備一份稱為**D 部分福利說明**（有時亦稱為「**D 部分 EOB**」）的書面報告。該報告將包括：

- **當月資訊**。該報告將向您提供上一個月配領處方藥的付款細節。該報告會顯示總藥物費用、計劃支付的藥費以及您本人支付和他人代您支付的藥費。
- **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合計。

#### 第 3.2 節 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：

- **配領處方藥時出示會員卡**。為了確保我們知道您配領的處方藥和您支付的費用，每次配領處方藥時請出示本計劃的會員卡。
- **確保我們擁有所需資訊**。有時候您在為處方藥支付費用時，我們無法自動取得追蹤統計您自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤統計您的自付費用，您可向我們提供購藥收據的副本。（如果您收到承保藥物的帳單，您可要求我們支付我們應分擔的費用。如欲瞭解如何要求我們支付我們應分擔的費用，請參閱本手冊的第 7 章第 2 節。）在下列幾種情形中，您可能需要向我們提供購藥收據副本，以確保我們擁有您支付藥費的完整記錄：
  - ◆ 當您以特殊價格或使用不屬於本計劃福利項目的折扣卡在網絡藥房購買承保藥物時。
  - ◆ 當您為根據藥廠病人補助計劃提供的藥物支付共付額時。
  - ◆ 當您在任何時候於網絡外藥房購買承保藥物，或在其他特殊情形下支付承保藥物的全額費用時。

**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。**

- 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，以協助您取得重大傷病承保的資格。例如，AIDS drug assistance program (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。您應自行記錄這些付款並寄給我們，以便我們追蹤統計您的藥費。
- 查核我們寄給您的書面報告。在您收到我們郵寄的「D 部分福利說明」(D 部分 EOB) 後，請詳細閱讀以確保其中資訊完整且正確無誤。若您認為該報告有遺漏，或是您有任何疑問，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。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。這些報告是藥費的重要記錄。

## 第 4 節 Senior Advantage 無免賠額

### 第 4.1 節 您不必為 D 部分藥物支付免賠額

Senior Advantage 無免賠額。您在一年當中首次配領處方藥時，便開始進入初始保險階段。請參閱第 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領處方藥的地點而異。

#### 本計劃有六個成本分擔等級

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

- 屬於成本分擔等級 1 的首選非品牌藥。
- 屬於成本分擔等級 2 的非品牌藥（此等級包含部分品牌藥）。
- 屬於成本分擔等級 3 的首選品牌藥。
- 屬於成本分擔等級 4 的非首選品牌藥（此等級包含部分非品牌藥）。
- 屬於成本分擔等級 5 的專科等級藥物（此等級同時包含非品牌藥和品牌藥）。
- 屬於成本分擔等級 6 的 D 部分注射用疫苗（此等級僅包含品牌藥）。

如要確定您的藥物屬於哪個成本分擔等級，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管道：

- 屬於本計劃網絡的零售藥房。
- 不屬於本計劃網絡的藥房。
- 本計劃的郵購藥房。

如要瞭解更多關於上述藥房選擇和配領處方藥的資訊，請參閱本手冊的第 5 章和本計劃的《藥房名錄》。

## 第 5.2 節 一個月藥量的自付藥費表

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。

- 「共付額」是指您每次配領處方藥時支付的一筆固定金額。
- 「共保額」是指您每次配領處方藥時支付藥物總費用的一個百分比。

如下表所示，共付額或共保額的金額取決於藥物所屬的成本分擔等級。請注意：

- 如果您的承保藥物費用低於表中所列的共付額金額，您將支付較低金額。您將支付藥物的全額費用或共付額，以較低者為準。
- 僅在有限的情形下，我們才會承保在網絡外藥房配領的處方藥。關於我們在何種情形下會承保在網絡外藥房配領處方藥的詳情，請參閱第 5 章第 2.5 節。

D 部分承保處方藥一個月藥量的分擔費用：

成本分擔等級	標準零售成本分擔（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）
等級 1—首選非品牌藥 • Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員			\$3	

成本分擔等級	標準零售成本分擔（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
	（最多 30 天藥量）		（最多 31 天藥量）	（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）
<ul style="list-style-type: none"> <li>Greater Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Basic、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員</li> </ul>			\$5	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Santa Cruz County 計劃的會員</li> </ul>	\$6	\$3	\$6	\$6
<ul style="list-style-type: none"> <li>北加州地區的所有其他會員</li> </ul>			\$6	
<b>等級 2—非品牌藥</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員</li> </ul>			\$12	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Greater Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Basic、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員</li> </ul>			\$15	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Santa Cruz County 計劃</li> </ul>	\$18		\$10	\$18 \$18

成本分擔等級	標準零售成本分擔（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）
• 北加州地區的所有其他會員	<b>\$18</b>			
<b>等級 3—首選品牌藥</b> • Greater Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃會員	<b>\$45</b>			
• 北加州地區的所有其他會員	<b>\$47</b>			
<b>等級 4—非首選品牌藥</b>	<b>\$100</b>			
<b>等級 5—專科等級藥物</b>	<b>33% 共保額</b>			
<b>等級 6—D 部分注射用疫苗</b>	<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的藥物費用**

一般而言，您為處方藥支付的金額會涵蓋一整個月藥量的承保藥物。但是您的醫生可能開立少於一個月藥量的藥物。有時候您可能想要醫生開立少於一個月的藥量（例如，您第一次嘗試某種已知有嚴重副作用的藥物）。如果您的醫生開立少於一個月的藥量，您將無需為部分藥物支付整個月的藥量。

您為少於一個月藥量支付的金額取決於您是否需支付共保額（總費用的特定百分比）或共付額（固定金額）。

- 如果您需支付共保額，您將支付藥物總費用的一定百分比。無論處方藥是一個月藥量，還是不足一個月，您都支付同樣的百分比。但是因為您獲得不到一個月的藥量，藥物總費用會減少，因此您支付的金額也會減少。
- 如果您需支付藥物的共付額，則您的共付額將按您獲得藥物的天數計算。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。

**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。**

- ◆ 示例如下：假設整個月用藥（30 天藥量）的共付額為\$30，也就是說每天的藥物費用是\$1。如果您獲得 7 天藥量的藥物，您的付款即為每天\$1 乘以 7 天，總計\$7。

每日成本分擔可讓您先確認藥物是否對您有效，然後再支付整個月藥量的費用。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，您也可以要求您的醫生開立或要求藥劑師發配某項藥物或多項藥物少於一個月的藥量，以便您可以減少往返藥房的次數。您支付的金額取決於您獲得的藥量天數。

#### 第 5.4 節 長期（最多 100 天）藥量的自付藥費表

針對某些藥物，您在配藥時可以取得長期藥量（也稱「延長藥量」）。此長期藥量最多為 100 天藥量。（如欲瞭解關於藥物長期藥量配藥地點和配藥方式的詳情，請參閱第 5 章第 2.4 節。）

下表說明配領（最多 100 天）長期藥量時的自付藥費。

- **請注意：**如果承保藥物費用低於表中所列的共付額金額，您將支付較低金額。您將支付藥物的全額費用或共付額，以較低者為準。

**D 部分承保處方藥長期藥量的成本分擔：**

成本分擔等級	標準零售成本分擔（網絡內）		郵購成本分擔
	31-60 天藥量	61-100 天藥量	31-100 天藥量
<b>等級 1—首選非品牌藥</b> ● Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員	\$6	\$9	\$6
● Greater Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Basic、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員	\$10	\$15	\$10
● Santa Cruz County 計劃的會員	\$12	\$18	\$6
● 北加州地區的所有其他會員	\$12	\$18	\$12

成本分擔等級	標準零售成本分擔（網絡內）		郵購成本分擔
	31-60 天藥量	61-100 天藥量	31-100 天藥量
<b>等級 2—非品牌藥</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$24</b>	<b>\$36</b>	<b>\$24</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Basic、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$30</b>	<b>\$45</b>	<b>\$30</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$36</b>	<b>\$54</b>	<b>\$20</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 北加州地區的所有其他會員</li> </ul>	<b>\$36</b>	<b>\$54</b>	<b>\$36</b>
<b>等級 3—首選品牌藥</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$90</b>	<b>\$135</b>	<b>\$90</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 北加州地區的所有其他會員</li> </ul>	<b>\$94</b>	<b>\$141</b>	<b>\$94</b>
<b>等級 4—非首選品牌藥</b>	<b>\$200</b>	<b>\$300</b>	<b>\$200</b>
<b>等級 5—專科等級藥物</b>	<b>33% 共保額</b>		
<b>等級 6—D 部分注射用疫苗</b>	不提供長期藥量。		

**第 5.5 節 在本年度總藥費達到\$4,020 之前，您將留在初始保險階段**

在配領處方藥和續配處方藥的總金額達到初始保險階段**\$4,020**的限額之前，您將留在初始保險階段。

您的總藥費是您所支付的費用與任何 D 部分計劃所支付費用的加總：

- 從本年度首次購藥開始，您為取得的所有承保藥物支付的費用。（關於 Medicare 如何計算自付費用的詳情，請參閱第 6.2 節。）其中包括：
  - ◆ 您在初始保險階段為您藥物所支付的成本分擔費用總額。
- 在初始保險階段本計劃為您藥物支付的成本分擔。（如果您在 2020 年任何時候入保不同的 D 部分計劃，計劃在初始保險階段支付的金額也將計入您的總藥費。）

我們寄給您的 **D 部分福利說明 (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**\$4,020**的限額。

如果您達到此**\$4,020**的金額，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。

**第 6 節 我們在保險間斷階段提供一些藥物保險****第 6.1 節 在您的自付費用達到\$6,350 之前，您將會留在保險間斷階段**

您需支付下表所列的共付額和共保額，直到您的年度自付費用達到 Medicare 設定的最高金額。在 2020 年，該金額為**\$6,350**。在您達到**\$6,350**的自付上限之後，您將離開保險間斷階段並進入重大傷病承保階段。

關於哪些費用計入和哪些費用不計入您的自付費用，Medicare 有相關規定。在保險間斷階段，Medicare Coverage Gap Discount Program 會為品牌藥提供藥廠折扣。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階段。針對非品牌藥物，您支付的金額會計入您的自付費用。

成本分擔等級	標準零售 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)
<b>等級 1—首選非品牌藥</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$3</b> ，最多 30 天藥量； <b>\$6</b> ，31-60 天藥量；或 <b>\$9</b> ，61-100 天藥量	<b>\$3</b> ，最多 30 天藥量或 <b>\$6</b> ，31-100 天藥量	<b>\$3</b> ，最多 31 天藥量	<b>\$3</b> ，最多 30 天藥量
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greater Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Basic、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$5</b> ，最多 30 天藥量； <b>\$10</b> ，31-60 天藥量；或 <b>\$15</b> ，61-100 天藥量	<b>\$5</b> ，最多 30 天藥量或 <b>\$10</b> ，31-100 天藥量	<b>\$5</b> ，最多 31 天藥量	<b>\$5</b> ，最多 30 天藥量
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Cruz County 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$6</b> ，最多 30 天藥量； <b>\$12</b> ，31-60 天藥量；或 <b>\$18</b> ，61-100 天藥量	<b>\$3</b> ，最多 30 天藥量或 <b>\$6</b> ，31-100 天藥量	<b>\$6</b> ，最多 31 天藥量	<b>\$6</b> ，最多 30 天藥量
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 北加州地區的所有其他會員</li> </ul>	<b>\$6</b> ，最多 30 天藥量； <b>\$12</b> ，31-60 天藥量；或 <b>\$18</b> ，61-100 天藥量	<b>\$6</b> ，最多 30 天藥量或 <b>\$12</b> ，31-100 天藥量	<b>\$6</b> ，最多 31 天藥量	<b>\$6</b> ，最多 30 天藥量
<b>等級 2—非品牌藥*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Santa Clara County、Contra Costa County 或 Alameda、Napa 和 San Francisco counties 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$12</b> ，最多 30 天藥量； <b>\$24</b> ，31-60 天藥量；或 <b>\$36</b> ，61-100 天藥量	<b>\$12</b> ，最多 30 天藥量或 <b>\$24</b> ，31-100 天藥量	<b>\$12</b> ，最多 31 天藥量	<b>\$12</b> ，最多 30 天藥量

成本分擔等級	標準零售 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 Fresno Area Basic、Greater Fresno Area Enhanced、Greater Sacramento Area 和 Sonoma County Enhanced、San Joaquin County Basic、San Joaquin County Enhanced 或 Stanislaus County Enhanced 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$15</b> ，最多 30 天藥量； <b>\$30</b> ，31-60 天 藥量；或 <b>\$45</b> ，61-100 天藥量	<b>\$15</b> ，最多 30 天藥量或 <b>\$30</b> ， 31-100 天藥量	<b>\$15</b> ，最多 31 天藥量	<b>\$15</b> ，最多 30 天藥量
<ul style="list-style-type: none"> <li>Santa Cruz County 計劃的會員</li> </ul>	<b>\$18</b> ，最多 30 天藥量； <b>\$36</b> ，31-60 天 藥量；或 <b>\$54</b> ，61-100 天藥量	<b>\$10</b> ，最多 30 天藥量或 <b>\$20</b> ， 31-100 天藥量	<b>\$18</b> ，最多 31 天藥量	<b>\$18</b> ，最多 30 天藥量
<ul style="list-style-type: none"> <li>北加州地區的所有 其他會員</li> </ul>	<b>\$18</b> ，最多 30 天藥量； <b>\$36</b> ，31-60 天 藥量；或 <b>\$54</b> ，61-100 天藥量	<b>\$18</b> ，最多 30 天藥量或 <b>\$36</b> ， 31-100 天藥量	<b>\$18</b> ，最多 31 天藥量	<b>\$18</b> ，最多 30 天藥量
等級 3—首選品牌藥	<b>25% 共保額</b>			
等級 4—非首選品牌藥	<b>25% 共保額</b>			
等級 5—專科等級藥物	<b>25% 共保額</b>			
等級 6—D 部分注射用疫苗	<b>\$0</b>	不提供郵購服務。	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

\*請注意：等級 2 的品牌藥共付額會因 Medicare Coverage Gap Discount Program 而減少。

## 第 6.2 節 Medicare 如何計算處方藥的自付費用

以下介紹我們在追蹤統計藥物自付費用時必須遵循的 Medicare 規定。

### 這些費用均可計入您的自付費用中

累計自付費用時，可計入下列費用（條件是該費用是用於支付 D 部分承保藥物，並且您遵守本手冊第 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：
  - ◆ 初始保險階段。
  - ◆ 保險間斷階段。
- 本日曆年度內，您在入保本計劃之前作為其他 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。
- 如果是由某些其他人士或組織代您支付這些費用，這些費用也會計入您的自付費用中。這包括由朋友或親屬、大多數的慈善機構、AIDS drug assistance program 或印第安人健康服務所支付的藥費。由 Medicare 「額外補助」計劃支付的費用也計入在內。
- Medicare Coverage Gap Discount Program 支付的一些費用也包括在內。也包括藥廠為您支付的品牌藥金額。但本計劃為您支付的非品牌藥金額不包括在內。

### 進入重大傷病承保階段：

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**\$6,350**之後，您將從保險間斷階段進入重大傷病承保階段。

### 下列費用不得計入您的自付費用中

當您累計自付費用時，您不得計入下列任何類型的處方藥費用：

- 您支付的月保費。
- 您在美國及其領土境外購買的藥物。
- 本計劃不承保的藥物。
- 在不符合本計劃網絡外承保要求的網絡外藥房取得的藥物。
- 非 D 部分藥物，包括 A 部分或 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或非品牌藥費用。
- 包括雇主保健計劃在內的團體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代您支付的藥費，例如 TRICARE 和退伍軍人管理局設立的保健計劃。
- 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：**若有例如上述的任何其他組織代您支付部分或全部自付藥費，您必須告知本計劃。請致電我們的會員服務聯絡中心告知我們（電話號碼列印於本手冊的封底）。

#### 如何追蹤統計您的自付費用總額？

- **我們可以幫助您。**我們寄給您的 **D 部分福利說明（D 部分 EOB）** 報告載有您最新的自付費用金額（本章第 3 節將會為您說明該報告的相關資訊）。當您本年度的自付費用總額達到**\$6,350** 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。
- **確保我們擁有所需資訊。**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 7 節 在重大傷病保險階段，您的藥費大部分由我們支付

#### 第 7.1 節 一旦進入重大傷病保險階段，您在本年度的剩餘時間將會留在此階段

當您的自付費用達到本日曆年度**\$6,350** 的限額之後，您即符合進入重大傷病承保階段的條件。一旦進入重大傷病保險階段，您在本日曆年度結束前將會留在此付款階段。在此階段內，您的大部分藥費由我們支付。

針對承保的非品牌藥（包括可視為非品牌藥的藥物）您將支付**\$3**。針對承保的品牌藥您將支付**\$12**。承保的 D 部分注射用疫苗**不收費**。其他費用由我們支付。

### 第 8 節 您需為 D 部分承保的疫苗接種支付的費用取決於接種的方式和地點

#### 第 8.1 節 本計劃可能會分開承保 D 部分疫苗藥物本身及疫苗接種費用

我們提供數種 D 部分疫苗的承保。我們也承保屬於醫療福利的疫苗。請參閱第 4 章第 2.1 節的「醫療福利項目表」，以瞭解這些疫苗的承保範圍。

我們承保的 D 部分疫苗接種分為兩個部分：

- 保險的第一部分是疫苗藥物本身的費用。疫苗屬於處方藥。
- 保險的第二部分是疫苗接種費用。（有時候稱為疫苗的「給藥」。）

## 您需為 D 部分疫苗接種支付多少費用？

您需為 D 部分疫苗接種支付的費用取決於三件事：

1. **疫苗的種類**（疫苗所適用的疾病）。
  - ◆ 有些疫苗屬於醫療福利。請參閱第 4 章「醫療福利項目表（承保內容及應付費用）」以瞭解更多有關這些疫苗的承保範圍。
  - ◆ 其他疫苗被視為 D 部分藥物。您可在本計劃的《Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊》找到這些疫苗。
2. **您在哪裡取得疫苗藥物。**
3. **誰為您接種疫苗。**您在接受 D 部分疫苗接種時需支付多少費用可能因具體情形而異。例如：
  - ◆ 接種疫苗時，有時您需全額支付疫苗藥物和疫苗接種的費用。您可要求我們償還您我們應分擔的費用。
  - ◆ 在其他情形下，您獲得疫苗藥物或接種疫苗時僅需支付您的分擔費用。

作為示例說明，以下介紹三種常見的 D 部分疫苗接種方式。

### 情形 1：

- 您在藥房購買 D 部分疫苗，並在網絡藥房接種疫苗。（您是否可以選擇此方式取決於您的居住地點。有些州禁止藥房提供疫苗接種服務）。
  - ◆ 您需向藥房支付疫苗本身的共付額以及疫苗接種費用。
  - ◆ 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。
  - ◆ 接受疫苗接種時，您將全額支付疫苗本身及注射的費用。
  - ◆ 然後，您可依照本手冊第 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」）所規定的程序，要求我們支付我們應分擔的費用。
  - ◆ 您將會就您所支付的費用獲得補償，但需扣除疫苗（包括接種疫苗）的正常共付額。

### 情形 3：

- 您在藥房購買 D 部分疫苗，然後拿去醫生的診所接受疫苗接種。
  - ◆ 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。然後，您可依照本手冊第 7 章所規定的程序，要求我們支付我們應分擔的費用。
  - ◆ 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 8.2 節 在接受疫苗接種前最好先打電話諮詢我們的會員服務聯絡中心**

疫苗接種承保的規定很複雜。我們可以幫助您。我們建議您在計劃接種疫苗時先打電話給我們的會員服務聯絡中心。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

- 我們可向您說明本計劃對您接種疫苗的承保範圍，並說明您的成本分擔。
- 我們可向您說明如何使用我們的網絡醫護人員和藥房，以協助您降低自付費用。
- 如果您無法使用網絡醫護人員和藥房，則我們可向您說明您必須採取哪些行動以要求我們償還您我們應分擔的費用。

---

**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**

<b>第 1 節</b>	<b>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.....</b>	<b>178</b>
第 1.1 節	如果您支付了應由我們承擔的承保服務或藥物的費用，或您收到帳單，您可要求我們付款給您 .....	178
<b>第 2 節</b>	<b>如何要求我們向您償還費用或支付您收到的帳單.....</b>	<b>180</b>
第 2.1 節	寄送給付申請給我們的方式和地址 .....	180
<b>第 3 節</b>	<b>我們會審核您的給付申請並告知您我們是否核准.....</b>	<b>181</b>
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 .....	181
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部分或全部費用，您可提出上訴 .....	181
<b>第 4 節</b>	<b>其他應保留收據並將收據副本寄給我們的情形 .....</b>	<b>182</b>
第 4.1 節	在有些情形下，您應將收據副本寄給我們，以便協助我們追蹤統計您的自付藥費 .....	182

## 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

### 第 1.1 節 如果您支付了應由我們承擔的承保服務或藥物的費用，或您收到帳單，您可要求我們付款給您

有時您在獲得醫療護理或處方藥時，可能需要立即支付全額費用。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。無論是哪種情形，您都可要求我們償還您費用（向您償還費用通常稱為向您進行「補償」）。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。

另外，有時候您可能會收到醫護人員的帳單，要求您為接受的醫療護理支付全額費用。在許多情形下，您都應將帳單寄給我們，而不是支付帳單。我們會查看帳單，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。

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

您可從任何醫護人員處獲得急診服務，無論該醫護人員是否隸屬於我們的網絡。如果您從我們網絡外醫護人員處獲得急診或緊急需求服務，您僅需支付您的成本分擔，而不是全額費用。您應要求醫護人員針對本計劃應分擔的費用向我們請款。

- 如果您在接受醫護服務時自行支付了全額費用，您必須要求本計劃償付我們的成本分擔。請將帳單連同任何付款證明寄給我們。
- 有時候，您可能會透過醫護人員收到您認為不應該由您支付的帳單。請將帳單連同您的任何付款證明寄給我們。
  - ◆ 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。

- 當您接受本計劃所承保的服務時，您僅需支付成本分擔額。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」。即使我們支付給醫護人員的費用少於其收取的服務費用、即使產生爭議而且我們不支付某些醫護人員收費，該保護措施也適用（也就是您絕不會支付超出您的成本分擔額）。有關「差額收費」的詳細資訊，請參閱第 4 章第 1.3 節。
- 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證明寄給我們，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（「有追溯效力」是指入保的第一天日期是已經過去的日期。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。您需要提交書面資料，以便我們處理補償事宜。

請致電會員服務聯絡中心，以瞭解有關如何要求我們向您償付費用以及提出申請的截止日期等其他資訊。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

### 當您使用網絡外藥房配領處方藥時

若您至網絡外藥房並嘗試使用會員卡配領處方藥，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。僅在少數特殊情形下，我們才會承保在網絡外藥房配領的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，以瞭解詳細資訊。

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。

### 當您因未攜帶計劃會員卡而需支付處方藥的全額費用時

如果您未攜帶計劃會員卡，您可要求藥房致電與我們聯絡或查看您的計劃入保資訊。但是，如果藥房無法立即取得其所需的入保資訊，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

如果您發現藥物因某些原因而不屬於承保範圍，您可能需支付處方藥的全額費用。

- 例如，藥物可能未列入我們的《Kaiser Permanente 2020 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領該藥物，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。本手冊的第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」有提供如何提出上訴的資訊。

## 第 2 節 如何要求我們向您償還費用或支付您收到的帳單

### 第 2.1 節 寄送給付申請給我們的方式和地址

請將您的給付申請連同帳單和任何付款證明寄給我們。您最好影印帳單和收據作為記錄。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。
- 您可從我們的網站（[kp.org](http://kp.org)）下載表格，或致電我們的會員服務聯絡中心索取表格。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。

請將您的給付申請連同任何帳單或收據，按下列地址寄給我們：

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Claims Department  
P.O. Box 24010  
Oakland, CA 94623-1010

**注意：**若您要求我們給付由網絡醫護人員開立處方並在網絡藥房配領的 D 部分藥物費用，請將申請寄至：

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Part D Unit  
P.O. Box 23170  
Oakland, CA 94623-0170

若有任何疑問，請與我們的會員服務聯絡中心聯絡（電話號碼列印於本手冊的封底）。若您不知道自己應該付多少錢，或您收到帳單後不知應如何處理，我們可以幫助您。如果您想就您已提交的給付申請向我們提供更多資訊，您也可以致電與我們聯絡。

### 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，而您有遵守取得醫護服務或藥物的所有規定，則我們將支付我們應分擔的費用。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補償寄給您。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。（關於獲得承保醫療服務時需要遵守的規定，請參閱第 3 章。關於獲得 D 部分承保處方藥時需要遵守的規定，請參閱第 5 章。）
- 如果我們認定醫療護理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。反之，我們將會寄信給您，說明我們為何沒有將您所申請的給付寄給您以及您針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部分或全部費用，您可提出上訴

如果您認為我們駁回您的給付申請是錯誤決定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。

有關如何提出此類上訴的詳情，請參閱本手冊的第 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」。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。如果您以前沒有提出過上訴，先閱讀第 9 章第 4 節可能會對您有幫助。第 4 節屬於簡介性質，會向您說明承保決定和上訴的程序，並會向您提供如「上訴」等術語的定義。閱讀第 4 節後，您可閱讀第 9 章的相關章節以瞭解根據您的情況您應該怎麼做：

- 如果您欲提出的上訴是針對醫療服務申請費用償還，請閱讀第 9 章第 5.3 節。
- 如果您欲提出的上訴是針對藥物申請費用償還，請閱讀第 9 章第 6.5 節。

## 第 4 節 其他應保留收據並將收據副本寄給我們的情形

### 第 4.1 節 在有些情形下，您應將收據副本寄給我們，以便協助我們追蹤統計您的自付藥費

在有些情形下，您應將自付藥費的金額告知我們。在這些情形下，您不是要求我們給付費用，而是向我們提供自付費用資料，以便我們可以正確計算您的自付費用。這可能有助於您更快達到重大傷病承保階段的資格要求。

在以下兩種情形下，您應將收據副本寄給我們，讓我們瞭解您已自付的藥費：

#### 1. 購藥價格低於我們的價格

在保險間斷階段，有時您在網絡藥房購藥的價格可能低於我們的價格。

- 例如，藥房可能對所購藥物提供特價優惠。或者，您可能有不屬於我們福利範圍的折扣卡，並因此可享有較低的價格。
- 除非有特殊情形，否則您在這些情形下必須使用網絡藥房，且您的藥物必須已列入我們的藥物清單。
- 請保留收據並將收據副本寄給我們，以便我們可以計入您的自付費用中，讓您取得進入重大傷病承保階段的資格。
- **請注意：**若您處於保險間斷階段，我們將不會給付這些藥物的任何分擔費用。但是，您向我們提交收據副本將可讓我們正確計算您的自付費用，並可能有助於您更快達到重大傷病承保階段的資格要求。

#### 2. 當您透過藥廠提供的病人補助計劃獲得藥物

有些會員參加了藥廠提供且不屬於本計劃福利的病人補助計劃。若您透過藥廠提供的計劃獲得任何藥物，您則可能要向該病人補助計劃支付一筆共付額。

- 請保留收據並將收據副本寄給我們，以便我們可以計入您的自付費用中，讓您取得進入重大傷病承保階段的資格。
- **請注意：**由於您是透過病人補助計劃獲得藥物，而不是透過本計劃的福利獲得藥物，因此我們將不會給付這些藥物的任何分擔費用。但是，將收據副本寄給我們可讓我們正確計算您的自付費用，且可能有助於您更快取得重大傷病承保階段的資格。

由於您並非要求我們為上述兩種情形給付費用，所以這些情形將不屬於承保決定。因此，若您對我們的決定有異議，您將不能提出上訴。

## 第 8 章 您的權利和責任

<b>第 1 節</b>	<b>我們必須尊重您作為本計劃會員的權利.....</b>	<b>184</b>
第 1.1 節	我們必須以便於您使用的方式提供資訊（以英文以外之其他語言、盲文版、CD 或大字版）.....	184
Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, CD, or in large print).....	184
Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en CD o en letra grande).....	185
第 1.2 節	我們必須確保您及時取得承保服務和藥物.....	185
第 1.3 節	我們必須保護您個人健康資訊的私隱.....	186
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.....	186
第 1.5 節	我們必須以能夠讓您保有尊嚴且尊重的態度對待您，並讓您享有為自己醫療護理作決定的權利.....	188
第 1.6 節	您有權提出投訴，並要求我們重新審查我們的決定.....	189
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？.....	189
第 1.8 節	如何獲取與您權利有關的詳情.....	190
第 1.9 節	有關新技術評估的資訊.....	190
第 1.10 節	您可提出有關權利和責任的建議.....	190
<b>第 2 節</b>	<b>作為本計劃的會員您有一些責任.....</b>	<b>190</b>
第 2.1 節	您的責任是什麼？.....	190

**第 1 節 我們必須尊重您作為本計劃會員的權利****第 1.1 節 我們必須以便於您使用的方式提供資訊（以英文以外之其他語言、盲文版、CD 或大字版）**

如需我們以便於您使用的方式提供資訊，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

本計劃有工作人員並提供免費口譯服務以替殘障及不會說英文的會員解答疑問。本手冊可提供西班牙文版或中文版，請致電會員服務聯絡中心索取（電話號碼列印於本手冊的封底）。如有需要，我們也可免費為您提供盲人版、CD 或大字版的資訊。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，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）或聯絡民權事務協調員。

如果您在透過本計劃取得您能夠使用且適用於您之格式的資訊時遭遇任何困難，請致電向會員服務聯絡中心提出申訴（電話號碼列印於本手冊的封底）您也可致電

**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 向 Medicare 提出投訴，或者直接向民權辦公室提出投訴。本《承保範圍說明書》或本信函包含了聯絡資訊，或者您可與會員服務聯絡中心聯絡以索取額外資訊。

**Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, CD, or in large print)**

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

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English-speaking members. This booklet is available in Spanish by calling our Member Service Contact Center (phone numbers are on the back cover of this booklet). We can also give you information in Braille, CD, or large print 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 our Member Service Contact Center (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Civil Rights Coordinator.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Member Service Contact Center (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this **Evidence of Coverage** or with this mailing, or you may contact our Member Service Contact Center for additional information.

**Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en CD o en letra grande)**

Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. Este folleto está disponible en español; llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en Braille, CD o letra grande. 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 nuestra información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, por favor llame para presentar una queja a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja en Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidence of Coverage (**Evidencia de Cobertura**) o en esta carta se incluye la información de contacto, o bien puede comunicarse con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información adicional.

**第 1.2 節 我們必須確保您及時取得承保服務和藥物**

作為本計劃的會員，您有權從我們的網絡中選擇一名基本保健業者 (PCP)，以提供並安排您的承保服務（第 3 章將對此予以詳細說明）。請致電我們的會員服務聯絡中心，以瞭解哪些醫生接受新病人（電話號碼列印於本手冊的封底）。您也有權去看女性健康專科醫生（如婦科醫生）、精神健康服務醫護人員和驗光配鏡師而不需轉介，以及第 3 章第 2.2 節所述的其他醫護人員。

身為計劃會員，您有權在合理的時間內獲得約診及我們醫護人員網絡的承保服務。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。您也有權從我們的任何網絡藥房配領或續配您的處方藥，而不受長時間延誤。

如果您認為您沒有在合理時間範圍內獲得醫療護理或 D 部分藥物，本手冊的第 9 章第 10 節將會為您說明該怎麼做。（如果您的醫療護理或藥物承保遭到拒絕且您對我們的決定有異議，第 9 章第 4 節將會為您說明該怎麼做。）

**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。**

### 第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的私隱

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、您的醫療記錄及其他醫療和健康資訊。
- 保護私隱的法律規定您有權取得資訊並控制自己健康資訊的使用方式。我們將會為您提供「保護私隱通知」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私隱。

#### 我們如何保護您健康資訊的私隱？

- 我們確保未經授權者不會看到或更改您的記錄。
- 在大多數情況下，如果我們向沒有為您提供醫護服務或沒有為您給付醫護服務費用的人士提供您的健康資訊，我們將必須事先獲得您的書面許可。您本人或您授予法律權利可代您作決定的人士皆可以提供書面許可。
- 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。
  - ◆ 例如，我們必須向檢查醫護品質的政府機關公開健康資訊。
  - ◆ 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 為了研究或其他用途而公開您的資訊，其將會根據聯邦法律及法規行事。

#### 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記錄，並獲得您記錄的副本。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記錄。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。

如果您對自己個人健康資訊的私隱有問題或疑慮，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

### 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。（正如前面第 1.1 節所解釋，您有權透過我們取得您能夠瞭解的資訊。這包括取得西班牙文版、盲文版、CD 或大字版的資訊。）

如果您想獲得以下任何類型的資訊，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）：

- **有關本計劃的資訊。**例如包括有關本計劃財務狀況的資訊。另外也包括有關會員提出的上訴次數和本計劃的績效評級等資訊，其中包括計劃會員對計劃的評級，以及與其他 Medicare 保健計劃的比較。
- **有關網絡醫護人員的資訊，其中包括我們的網絡藥房。**
  - ◆ 例如，您有權獲得我們關於網絡內醫護人員資格及藥房的資訊，並有權瞭解我們如何向網絡內醫護人員支付費用。
  - ◆ 如欲查看我們的網絡醫護人員名單，請參閱《**醫護人員名錄**》。
  - ◆ 如欲查看我們的網絡藥房名單，請參閱《**藥房名錄**》。
  - ◆ 如欲瞭解醫護人員或藥房的詳情，您可致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底），或瀏覽我們的網站 [kp.org/directory](http://kp.org/directory)。
- **有關您的保險及您在使用保險時必須遵守之規定的資訊。**
  - ◆ 在本手冊第 3 章和第 4 章中，我們說明了您的承保醫療服務、任何保險限制以及您在獲得承保醫療服務時必須遵守的規定。
  - ◆ 要瞭解您的 D 部分處方藥保險詳情，請參閱本手冊第 5 章和第 6 章及本計劃的藥物清單。這些章節連同藥物清單將告訴您哪些藥物屬於承保範圍，並說明必須遵守的規定以及某些藥物的承保限制。
  - ◆ 如果您對規定或限制有疑問，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。
- **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。**
  - ◆ 如果某項醫療服務或 D 部分藥物不屬於承保範圍，或者您的承保範圍受到某些限制，您可要求我們作出書面說明。即使您從網絡外醫護人員或藥房獲得醫療服務或藥物，您也有權獲得此說明。
  - ◆ 如果您對我們針對哪些醫療護理或 D 部分藥物屬於承保範圍所作的決定感到不滿或有異議，您有權要求我們變更決定。您可以透過提出上訴要求我們變更決定。如果您認為某項服務未按照您認為應該承保的方式獲得承保，請參閱本手冊的第 9 章以瞭解該如何做的詳情。該章節會詳細說明如果您希望我們變更決定要如何提出上訴。（第 9 章也會告訴您如何提出關於醫護品質、候診時間和其他疑慮的投訴。）
  - ◆ 如果您想要求我們針對您所收到的醫療護理或 D 部分處方藥帳單支付我們的分擔費用，請參閱本手冊的第 7 章。

### 第 1.5 節 我們必須以能夠讓您保有尊嚴且尊重的態度對待您，並讓您享有為自己醫療護理作決定的權利

#### 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況和治療選擇。

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對您最為合適，您享有包括以下在內的各项權利：

- **瞭解您的所有選擇。** 這意味著您有權得知醫生就您病情向您建議的所有治療選項，不論治療費用為何也不論該治療是否屬於本計劃承保範圍。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。這包括從醫院或其他醫療設施出院的權利，即使您的醫生建議您不要出院。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。
- **在您的醫護承保遭拒時獲得說明。** 如果醫護人員拒絕提供您認為您應得的醫護服務，您有權獲得我們的說明。如欲獲得此份說明，您將需向我們申請承保決定。本手冊第 9 章會說明如何要求我們作出承保決定。

#### 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：

- 填寫一份書面文件授予他人法律權利，以在您無法為自己作醫療決定時為您作決定。
- 向您的醫生提供書面指示，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**」。預立醫囑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。** 如果您想預立醫囑，您可透過律師、社工或部分辦公用品商店取得表格。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。您也可與會員服務聯絡中心聯絡以索取表格（電話號碼列印於本手冊的封底）。

- **填寫和簽署表格。**不論您是在何處取得該表格，都要記住這是法律文件。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以及您在表格上指定在您無法作決定時代您作決定的人士。您也可把表格的副本交給親友保存。請務必保留一份在家裡。

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。

- 如果您住院，醫院會詢問您是否曾簽署預立醫囑表格，而且是否隨身攜帶。
- 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（包括您在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，並要求我們重新審查我們的決定

如果您對承保服務或醫護服務有任何問題或疑慮，本手冊的第 9 章將會為您說明該怎麼做。該章節將會為您詳細說明該如何處理所有類型的問題和投訴。

您應當採取哪種後續措施來解決某個問題或疑慮取決於具體情形。您可能需要要求我們為您作出承保決定，向我們提出上訴以變更某項承保決定或提出投訴。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。

您有權獲取其他會員在過去對本計劃提出上訴及投訴的資訊摘要。如果要獲得該資訊，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

## 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

如果您認為自己由於種族、殘障、宗教、性別、健康、族裔、信念（信仰）、年齡或原國籍而受到不公平待遇或您的權利未受到尊重，您應致電 **1-800-368-1019** 或聽障及語障電話專線 **1-800-537-7697** 與 Department of Health and Human Services 民權辦公室聯絡，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：

- 您可致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。

**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。**

- 您可致電 State Health Insurance Assistance Program。有關該組織的詳情及聯絡方式，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使用者請致電 **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：

- 您可致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。
- 您可致電 **SHIP**。有關該組織的詳情及聯絡方式，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可與 Medicare 聯絡：
  - ◆ 您可瀏覽 Medicare 網站，以閱讀或下載「Medicare 權利和保障」出版物（該出版物的網址為 <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>）。
  - ◆ 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使用者請致電 **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，以便將其納入承保福利。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。請致電我們的會員服務聯絡中心以告知任何建議（電話號碼列印於本手冊的封底）。

## 第 2 節 作為本計劃的會員您有一些責任

### 第 2.1 節 您的責任是什麼？

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，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。我們隨時為您提供協助。

- 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》手冊以瞭解您的承保範圍以及您在接受承保服務時必須遵守的規定。

- ◆ 第 3 章和第 4 章會詳細介紹您的醫療服務，包括承保項目、不承保項目、需要遵守的規定及您應支付的費用。
- ◆ 第 5 章和第 6 章詳細介紹您 D 部分處方藥的承保範圍。
- **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。**請致電我們的會員服務聯絡中心告訴我們（電話號碼列印於本手冊的封底）。
  - ◆ 我們必須遵守 Medicare 的規定，以確保您從本計劃獲得承保服務時配套使用所有的保險。這稱為「福利協調」，因為它涉及協調您透過本計劃獲得的健康和藥物福利以及您可使用的任何其他健康和藥物福利。我們將會協助為您協調您的福利項目。（有關福利協調的詳細資訊，請參閱第 1 章第 10 節。）
- **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。**
  - ◆ 為了幫助您的醫生和其他保健業者為您提供最佳的醫護服務，請儘可能瞭解您的健康問題，並向他們提供與您和您健康有關的所需資訊。遵守您和您的醫生商定的治療計劃和指示。
  - ◆ 儘可能瞭解自己的健康問題並與您的醫護人員共同擬定雙方均同意的治療目標。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。
  - ◆ 如果您有任何疑問，請務必提出。您的醫生和其他保健業者應當用您能夠理解的方式進行解釋。如果您提出問題，但您不瞭解回答，請再次提問。
- **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：
  - ◆ 為了符合入保本計劃的資格，您必須享有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。部分計劃會員必須為 Medicare A 部分支付保費。大多數計劃會員必須為 Medicare B 部分支付保費，以保持本計劃的會員身分。
  - ◆ 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的成本分擔。這包括共付額（固定金額）或共保額（總費用的百分比）。第 4 章列有您必須為醫療服務支付的金額。第 6 章將告知您必須為 D 部分處方藥支付的金額。
  - ◆ 如果您獲得本計劃或您可能持有的其他保險不承保的任何醫療服務或藥物，您必須支付全額。
  - ◆ 如果您對我們拒絕承保某項服務或藥物的決定有異議，您可提出上訴。請參閱本手冊第 9 章，瞭解有關如何提出上訴的資訊。

- ◆ 如果您因年收入的關係而必須支付額外的 D 部分費用，您必須直接向政府支付該額外費用，才能保持本計劃的會員身分。
- **如果您搬家，請通知我們。** 如果您即將要搬家，立即通知我們是很重要的。請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。
  - ◆ 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。（第 1 章向您介紹我們的服務區）。我們可幫助您確定您是否搬到我們的服務區外。如果您離開本計劃的服務區，您將有一段特殊入保期，以便您在此期間加入新地區提供的任何 Medicare 計劃。我們可以告訴您我們在新的地區是否有提供計劃。
  - ◆ 如果您在服務區之內搬家，我們仍然需要知道，以便我們能更新您的會員記錄，並知道您的聯絡方式。
  - ◆ 如果您搬家，也請務必通知社會安全局（或鐵路職工退休委員會）。您可以在第 2 章找到這些組織的電話號碼和聯絡資訊。
- **如果您有問題或疑慮，請致電我們的會員服務聯絡中心。** 我們也歡迎您提出任何可以改進本計劃的建議。
  - ◆ 會員服務聯絡中心的電話號碼和服務時間列印於本手冊的封底。
  - ◆ 如需更多有關本計劃聯絡方式的資訊，包括我們的通訊地址，請參閱第 2 章。

## 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

### 背景

<b>第 1 節</b>	<b>前言.....</b>	<b>196</b>
第 1.1 節	如果您有問題或疑慮該怎麼辦.....	196
第 1.2 節	法律術語的含義？.....	196
<b>第 2 節</b>	<b>您可從與我們無關聯的政府組織獲得幫助.....</b>	<b>197</b>
第 2.1 節	您可透過何處獲得更多資訊和個人化協助.....	197
<b>第 3 節</b>	<b>為了處理您的問題，您應該採用哪一種流程？.....</b>	<b>197</b>
第 3.1 節	您應該採用承保決定和上訴流程嗎？還是您應該採用投訴流程？.....	197

### 承保決定和上訴

<b>第 4 節</b>	<b>承保決定和上訴的基本指南.....</b>	<b>198</b>
第 4.1 節	申請承保決定和提出上訴— <i>概述</i> .....	198
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.....	199
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？.....	200
<b>第 5 節</b>	<b>您的醫療護理：如何要求作出承保決定或提出上訴.....</b>	<b>200</b>
第 5.1 節	如果您在獲得醫療護理承保時遇到困難，或者如果您希望我們針對您的醫護服務向您償還我們應分擔的費用，本節將會告訴您該怎么做.....	200
第 5.2 節	逐步說明：如何要求我們作出承保決定（如何要求我們授權或提供您想要的醫療護理承保）.....	202
第 5.3 節	逐步說明：如何提出 1 級上訴（如何要求複審本計劃作出的醫療護理承保決定）.....	205
第 5.4 節	逐步說明：2 級上訴的流程.....	207
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？.....	209

<b>第 6 節</b>	<b>您的 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴</b> .....	<b>210</b>
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么做 .....	210
第 6.2 節	什麼是例外處理？ .....	212
第 6.3 節	有關申請例外處理的重要須知 .....	213
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 .....	214
第 6.5 節	逐步說明：如何提出 1 級上訴（如何要求複審本計劃作出的承保決定） .....	217
第 6.6 節	逐步說明：如何提出 2 級上訴 .....	219
<b>第 7 節</b>	<b>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</b> .....	<b>221</b>
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 .....	221
第 7.2 節	逐步說明：如何提出 1 級上訴，要求更改您的出院日期 .....	222
第 7.3 節	逐步說明：如何提出 2 級上訴，要求更改您的出院日期 .....	224
第 7.4 節	如果您錯過提出 1 級上訴的期限怎麼辦？ .....	225
<b>第 8 節</b>	<b>如果您認為您的承保太快終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務</b> .....	<b>228</b>
第 8.1 節	本節僅涉及三種服務：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 .....	228
第 8.2 節	當您的承保即將終止時，我們將會事先告訴您 .....	228
第 8.3 節	逐步說明：如何提出 1 級上訴，讓本計劃延長對您醫護的承保 .....	229
第 8.4 節	逐步說明：如何提出 2 級上訴，讓本計劃延長對您醫護服務的承保 .....	231
第 8.5 節	如果您錯過提出 1 級上訴的期限怎麼辦？ .....	232
<b>第 9 節</b>	<b>進行 3 級和更高級別的上訴</b> .....	<b>234</b>
第 9.1 節	3 級、4 級和 5 級醫療服務上訴 .....	234
第 9.2 節	3 級、4 級和 5 級 D 部分藥物上訴 .....	235

## 提出投訴

<b>第 10 節</b>	<b>如何提出有關醫護品質、候診時間、客戶服務或其他疑慮的投訴.....</b>	<b>236</b>
第 10.1 節	投訴流程處理何種類型的問題？ .....	237
第 10.2 節	「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」 .....	238
第 10.3 節	逐步說明：提出投訴 .....	238
第 10.4 節	您也可向品質改進組織提出醫護品質投訴 .....	239
第 10.5 節	您也可以向 Medicare 投訴 .....	240

## 背景

### 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：

- 針對某些類型的問題，您必須使用承保決定和上訴流程。
- 針對其他類型的問題，您必須使用投訴流程。

這兩種流程均已獲得 Medicare 批准。為了確保您的問題獲得公平且及時的處理，每項流程皆有一套您和本計劃皆必須遵守的規定、程序和期限。

#### 您採用何種流程？

您採用的流程取決於您的問題類型。第 3 節中的指南將可協助您確定應該採用的正確流程。

#### 第 1.2 節 法律術語的含義？

本章解釋了某些規則、程序和期限類型的技術性法律術語。在這些術語當中，有許多術語對大多數人而言並不熟悉也不易理解。

為了簡單起見，本章用較簡單的詞語，而不是某些法律術語，來解釋法律規則和程序。例如，本章通常會以「提出投訴」代替「提出申訴」，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。

但是，瞭解適用於您情況的正確法律術語可能會對您有幫助且有時可能相當重要。瞭解該使用什麼術語將可幫助您在處理問題時更清楚且更精確地溝通，並幫助您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，我們在詳細說明處理特定類型的情況時，將會附上法律術語。

## 第 2 節 您可從與我們無關聯的政府組織獲得幫助

### 第 2.1 節 您可透過何處獲得更多資訊和個人化協助

有時，開始處理問題或者處理問題的過程可能會令人困惑，尤其在身體不適或者精力有限時更是如此。而在其他時候，您不一定知道該怎麼進行下一步。

#### 透過獨立的政府組織獲得協助

我們隨時準備為您提供協助。但是在某些情況下，您可能也會希望透過與本計劃無關的人士取得協助或指引。您可以隨時與您的 **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)** 聯絡。該政府計劃在每一個州都有受過培訓的顧問，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。您可在本手冊第 2 章第 3 節找到電話號碼。

#### 您也可從 Medicare 獲得幫助和資訊

如欲取得有關處理問題的更多資訊和協助，您也可與 Medicare 聯絡。從 Medicare 直接獲得資訊有兩種方法：

- 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**。
- 您可以瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>)。

## 第 3 節 為了處理您的問題，您應該採用哪一種流程？

### 第 3.1 節 您應該採用承保決定和上訴流程嗎？還是您應該採用投訴流程？

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。

若要瞭解本章的哪一部分可以協助您處理特定問題或疑慮，請從此開始閱讀：

#### 您的問題或疑慮是否涉及福利或承保？

（這包括有關特定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。）

**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。**

- 是，我的問題涉及福利或承保：

請閱讀本章下一節，第 4 節：「承保決定和上訴的基本指南」。

- 否，我的問題不涉及福利或承保：

請跳至本章末尾的第 10 節：「如何提出有關醫護品質、候診時間、客戶服務或其他疑慮的投訴」。

## 承保決定和上訴

### 第 4 節 承保決定和上訴的基本指南

#### 第 4.1 節 申請承保決定和提出上訴—概述

承保決定和上訴的流程是用於處理與您福利及醫療服務和處方藥承保有關的問題，包括付款問題。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。

#### 要求作出承保決定

承保決定是指我們針對您的福利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，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。

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

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。

當您初次對一項決定提出上訴時，稱為 1 級上訴。在此上訴期間，我們會對承保決定進行審查，以核實我們是否適當遵守了所有規定。您的上訴將由其他未參與作出原始不利決定的審查人員進行處理。審查完成後，我們會向您告知我們的決定。在某些我們接下來會討論的情形下，您可以要求對承保決定進行加急或「快速承保決定」或快速上訴。

如果我們**拒絕**您全部或部分的 1 級上訴，您可繼續提出 2 級上訴。2 級上訴是由與我們無關聯的獨立組織進行。（在某些情形下，您的個案將會被自動遞交給獨立組織進行 2 級上訴。在其他情況下，您將需申請 2 級上訴。）如果您對 2 級上訴的決定感到不滿，您可能可繼續進行額外級別的上訴。

#### 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

您是否希望獲得一些幫助？如果您決定要求作出任何類型的承保決定或對決定提出上訴，您可以使用以下資源：

- 您可致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。
- 如欲透過與本計劃沒有關聯的獨立組織獲得免費協助，請與您的 **State Health Insurance Assistance Program** 聯絡（參閱本章第 2 節）。
- 您的醫生可以為您提出請求。
  - ◆ 關於醫療護理，您的醫生可以代您提出承保決定或 1 級上訴申請。如果您的 1 級上訴被駁回，該上訴將自動轉為 2 級上訴。若要在 2 級上訴後申請任何上訴，則您必須指定您的醫生作為您的代表。
  - ◆ 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫師可以代您提出承保決定或 1 級或 2 級上訴申請。若要在 2 級上訴後申請任何上訴，則您必須指定您的醫生或其他處方醫師作為您的代表。
- 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」，以替您申請承保決定或提出上訴。
  - ◆ 可能已經有人根據州法律規定獲得合法授權可以擔任您的代表。
  - ◆ 如果您希望親友、您的醫生或其他醫護人員或其他人擔任您的代表，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）並索取「代表委任」表格。（Medicare 網站 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> 或本公司網站 [kp.org](http://kp.org) 也有提供該表格。）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。
- 您也有權雇用律師來代表您。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？

涉及承保決定和上訴的情形有四種不同類型。由於每種情況皆有不同規定和期限，因此我們將會在不同章節提供每種情況的詳細資訊：

- 本章第 5 節：「您的醫療護理：如何申請承保決定或提出上訴。」
- 本章第 6 節：「您的 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴。」
- 本章第 7 節：「如果您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院時間。」
- 本章第 8 節：「如果您認為您的承保太快終止，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及綜合門診復健設施 (CORF) 服務）。

如果您不清楚您應當使用哪一部分，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。您也可從 SHIP 等政府組織獲得幫助或資訊（本手冊第 2 章第 3 節中有該計劃的電話號碼）。

### 第 5 節 您的醫療護理：如何要求作出承保決定或提出上訴



您是否已閱讀本章第 4 節（「承保決定和上訴的基本指南」）？如果還沒有，在您開始閱讀本節之前，請先閱讀該章節。

### 第 5.1 節 如果您在獲得醫療護理承保時遇到困難，或者如果您希望我們針對您的醫護服務向您償還我們應分擔的費用，本節將會告訴您該怎麼做

本節提供與您醫療護理和服務福利有關的資訊。這些福利在本手冊第 4 章中有所說明：「醫療福利項目表（承保內容及應付費用）」。為了簡單起見，我們通常在本節其他地方稱之為「醫療護理承保」或「醫療護理」，而不是每次都重複「醫療護理或治療或服務」。「醫療護理」一詞包含醫療用品及服務，也包含 Medicare B 部分處方藥。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：

1. 您未取得您希望接受的某些醫療護理，而您認為該醫療護理屬於本計劃的承保範圍。
2. 我們未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。

3. 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，但是我們表示我們將不會為該醫療護理提供給付。
4. 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。
5. 您被告知，您所獲得且我們先前已核准的某些醫療護理承保將會遭到縮減或停止，而您認為縮減或停止該醫療護理可能會損害您的健康。

**注意：**如果即將停止的承保是與醫院醫療護理、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) 服務有關，您需要閱讀本章的另一節，因為此類醫療護理有特殊規定。在此類情形下，應當閱讀以下內容：

- **第 9 章第 7 節：**「如果您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院時間。」
- **第 9 章第 8 節：**「如果您認為您的承保太快終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務。」本節僅涉及三種服務：居家健康護理、專業護理院醫療護理和 CORF 服務。

在其他所有情形下，如果您被告知您接受的醫療護理即將終止，請使用本節（第 5 節）作為您的行動指南。

您處於以下哪一種情形？

如果您出現以下情形：	您可採取的行動：
您是否希望知道我們是否會承保您需要的醫療護理或服務？	您可以要求我們為您作出承保決定。請閱讀本章的下一節，即 <b>第 5.2 節</b> 。
我們是否已告訴您，我們不會按照您希望的方式為醫療服務提供承保或給付？	您可以提出上訴。（這意味著您要求我們重新審查。）請跳至本章 <b>第 5.3 節</b> 。
您是否希望要求我們針對您已接受並付款的醫療護理或服務向您償還費用？	您可將帳單寄給我們。請跳至本章 <b>第 5.5 節</b> 。

### 第 5.2 節 逐步說明：如何要求我們作出承保決定（如何要求我們授權或提供您想要的醫療護理承保）

#### 法律術語

當承保決定是與您的醫療護理有關時，該承保決定稱為「**組織判定**」。

**步驟 1：**您要求我們針對您請求的醫療護理作出承保決定。如果您因健康狀況需要迅速獲得回應，您應向我們申請「快速承保決定」。

#### 法律術語

「快速承保決定」稱為「**加急判定**」。

#### 如何為您希望獲得的醫療護理申請承保

- 首先，致電、致函或發傳真給我們，請求我們授權或為您希望獲得的醫療護理提供承保。您本人、您的醫生或您的代表都可以提出申請。
- 如欲瞭解如何與我們聯絡的詳情，請參閱第 2 章第 1 節，並尋找「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」部分。

#### 我們一般採用標準期限為您提供我們的決定

在告知您我們的決定時，我們將採用「標準」期限，除非我們已經同意採用「快速」期限。標準承保決定意味著我們將在收到您針對醫療用品或服務所提出之請求後的 **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。

- 但是，就醫療用品或服務的請求而言，如果您請求延長時間，或者如果我們需要可能對您有利的資訊（如網絡外醫護人員提供的醫療記錄），我們可能需要最多額外 14 個日曆日。如果我們決定花費更長時間作決定，我們將會透過書面方式告知您。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將不得花費額外時間來作決定。
- 如果您認為我們不應當使用額外時間，您可對我們使用額外時間的決定提出「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。（提出投訴的流程與承保決定和上訴流程不同。如欲進一步瞭解有關提出包括快速投訴在內等投訴的流程資訊，請參閱本章第 10 節。）

如果您因健康狀況所需，請要求我們為您提供「快速承保決定」

- 如果您是針對醫療用品或服務提出請求，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，我們將在 **24 小時內** 答覆。
  - ◆ 但是，就醫療用品或服務的請求而言，如果我們發現可能缺少對您有利的某些資訊（如網絡外醫護人員提供的醫療記錄），或者如果您需要時間來提供資訊由我們審查，我們可能最多需要額外 14 個日曆日。如果我們決定花費更長時間，我們將會透過書面方式告知您。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將不得花費額外時間來作決定。
  - ◆ 如果您認為我們不應當使用額外時間，您可對我們使用額外時間的決定提出「快速投訴」。（如欲進一步瞭解有關提出包括快速投訴在內等投訴的流程資訊，請參閱本章第 10 節。）一旦作出決定，我們會立即致電通知您。
- 如欲獲得快速承保決定，您必須符合兩個要求：
  - ◆ 只有在您要求我們承保您尚未獲得的醫療護理時，您才能獲得快速承保決定。（如果您的請求是為您已接受的醫療護理申請給付，您將無法獲得快速承保決定。）
  - ◆ 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。
  - ◆ 如果我們決定您的病情不符合作出快速承保決定的要求，我們會寄信通知您我們的否決（而且我們將改而採用標準期限）。
  - ◆ 該信函將告訴您，如果您的醫生申請快速承保決定，我們將自動同意為您提供快速承保決定。
  - ◆ 這封信也將告訴您，針對我們決定為您提供標準承保決定而非您所請求的快速承保決定，您可如何提出「快速投訴」。（如欲進一步瞭解有關提出包括快速投訴在內等投訴的流程資訊，請參閱本章第 10 節。）

**步驟 2：我們將會審查您的醫療護理保險申請並給您答覆。**

*「快速承保決定」的期限*

- 一般而言，在針對醫療用品或服務的申請作快速承保決定時，我們將會在 **72 小時內** 給您答覆。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將會在 **24 小時內** 答覆。
  - ◆ 如上文所解釋，在某些情形下，我們最多可能需要額外 14 個日曆日。如果我們決定花費更長時間作承保決定，我們將會透過書面方式告知您。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。

**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。**

- ◆ 如果您認為我們不應當使用額外時間，您可對我們使用額外時間的決定提出「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。（如欲進一步瞭解有關提出包括快速投訴在內等投訴的流程資訊，請參閱本章第 10 節。）
- ◆ 如果我們未在 **72 小時內**（或者如果有延長期，在該延長期結束之前）給您答覆，或者如果您是針對 B 部分處方藥提出申請而我們沒有在 **24 小時內**給您答覆，您有權提出上訴。以下第 5.3 節將會告訴您如何提出上訴。
- 如果我們的答覆是**核准**您部分或全部的申請，我們必須在收到您申請後的 **72 小時內**授權或提供我們同意提供的醫療護理承保。如果我們延長了針對您醫療用品或服務申請作承保決定所需的時間，我們將在延長期結束之前授權或提供承保。
- 如果我們的答覆是**拒絕**您部分或全部的申請，我們將會寄書面說明給您，詳細解釋我們拒絕的理由。

#### 「標準承保決定」的期限

- 一般而言，在針對醫療用品或服務的申請作標準承保決定時，我們將在收到您請求後的 **14 個日曆日內**給您答覆。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將在收到您申請後的 **72 小時內**給您答覆。
  - ◆ 就醫療用品或服務的申請而言，在某些情形下，我們可能需要額外 14 個日曆日（「延長期」）。如果我們決定花費更長時間作承保決定，我們將會透過書面方式告知您。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當使用額外時間，您可對我們使用額外時間的決定提出「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。（如欲進一步瞭解有關提出包括快速投訴在內等投訴的流程資訊，請參閱本章第 10 節。）
  - ◆ 如果我們未在 **14 個日曆日內**（或者如果有延長期，在該延長期結束之前）給您答覆，或者如果您是針對 B 部分處方藥提出申請而我們沒有在 **72 小時內**給您答覆，您有權提出上訴。以下第 5.3 節將告訴您如何提出上訴。
- 如果我們的答覆是**核准**您部分或全部的申請，我們必須在收到您申請後的 **14 個日曆日內**授權或提供我們同意提供的保險；或者如果您是針對 B 部分處方藥提出申請，我們必須在收到您申請後的 **72 小時內**授權或提供我們同意提供的保險。如果我們延長了針對您醫療用品或服務申請作承保決定所需的時間，我們將在延長期結束之前授權或提供承保。
- 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，解釋拒絕的理由。

#### 步驟 3：如果我們**拒絕**您的醫療護理承保申請，您可決定是否要提出上訴。

- 如果我們**拒絕**您的申請，您有權要求我們重新審查，且您可能可透過提出上訴來改變此決定。提出上訴意味著再次試圖獲得您希望得到的醫療護理承保。

- 如果您決定提出上訴，這意味著您將進入 1 級上訴流程（請參閱以下第 5.3 節）。

### 第 5.3 節 逐步說明：如何提出 1 級上訴（如何要求複審本計劃作出的醫療護理承保決定）

#### 法律術語

針對醫療護理承保決定向本計劃提出的上訴稱為計劃「重新審查」。

**步驟 1：**您與我們聯絡並提出上訴。如果您的健康狀況需要本計劃迅速作出回應，您必須要求進行「快速上訴」。

*處理方法：*

- 如欲開始上訴，您本人、您的醫生、或您的代表必須與我們聯絡。如欲瞭解如何針對與您上訴有關的任何目的與我們聯絡的詳情，請查閱第 2 章第 1 節，並尋找「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」部分。
- 如果您欲申請標準上訴，請透過書面方式提出標準上訴申請。
  - ◆ 如果您請醫生以外的其他人代您針對我們的決定提出上訴，則您的上訴中必須包含授權此人代表您行事的「代表委任」表格。如欲取得該表格，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）並索取「代表委任」表格。Medicare 網站 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> 或本公司網站 [kp.org](http://kp.org) 也有提供該表格。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申請後的 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，您的上訴申請將被撤銷。如發生此類情況，我們將會寄書面通知給您，說明您針對我們撤銷您上訴之決定向獨立審查組織申請複審的權利。
- 如果您申請快速上訴，請以書面形式提出上訴或按照第 2 章第 1 節「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」中的電話號碼致電與我們聯絡。
- 在我們寄書面通知告知您我們對您承保決定申請所作的答覆之後，您必須在通知上所示日期起的 60 個日曆日內提出上訴申請。如果您錯過此期限，但您有錯過期限的正當理由，我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。錯過期限的正當理由例子可能包括您因身患重病而無法與我們聯絡；或是我們提供給您的上訴申請期限資訊錯誤或不完整。
- 您可索取與您醫療決定有關的資訊副本，並提供更多資訊以作為您上訴的佐證。
  - ◆ 您有權向我們索取有關您上訴的資訊副本。我們獲准向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。
  - ◆ 如果您願意，您本人及您的醫生可以向我們提供額外資訊以作為您上訴的佐證。

**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。**

如果您因健康狀況所需，請要求進行「快速上訴」（您可以致電我們以提出請求）

<b>法律術語</b>
「快速上訴」也稱為「加急重新審查」。

- 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」。
- 獲得「快速上訴」的規定和程序與獲得「快速承保決定」的規定和程序相同。如欲申請快速上訴，請遵守有關申請快速承保決定的規定。（此類規定在本節上文中有所提供。）
- 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。

### 步驟 2：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醫療護理承保申請的所有資訊。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。
- 如有需要，我們將收集更多資訊。我們可能會與您或您的醫生聯絡以獲得更多資訊。

#### 「快速上訴」的期限

- 如果我們採用快速期限，我們將必須在收到您上訴後的 **72 小時內** 給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前給您答覆。
  - ◆ 但是，如果您是針對醫療用品或服務提出申請且您請求延長時間，或者如果我們需要收集可能對您有利的更多資訊，我們最多可能需要額外 14 個日曆日。如果我們決定花費更長時間作決定，我們將會透過書面方式告知您。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。
  - ◆ 如果我們未在 **72 小時內**（或者如果有延長期，在該延長期結束之前）給您答覆，我們必須自動將您的請求轉到 2 級上訴流程，在 2 級上訴流程您的上訴將由獨立組織進行審查。在本節的後面，我們將向您介紹該組織，並向您說明 2 級上訴的流程。
- 如果我們的答覆是**核准**您部分或全部的申請，我們必須在收到您上訴後的 **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**您部分或全部的申請，我們會自動將您的上訴轉交給獨立審查組織進行 2 級上訴。

### 「標準上訴」的期限

- 如果我們採用標準期限，而且您的上訴是與您尚未接受之服務的保險有關，我們必須在收到您上訴後的 **30 個日曆日內** 針對醫療用品或服務的申請給您答覆。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。
  - ◆ 但是，如果您是針對醫療用品或服務提出申請且您請求延長時間，或者如果我們需要收集可能對您有利的更多資訊，我們最多可能需要額外 14 個日曆日。如果我們決定花費更長時間作決定，我們將會透過書面方式告知您。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當使用額外時間，您可對我們使用額外時間的決定提出「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。（如欲進一步瞭解有關提出包括快速投訴在內等投訴的流程資訊，請參閱本章第 10 節。）
  - ◆ 如果我們未在上述適用的期限之前（或者如果我們在針對您的醫療用品或服務申請作決定時花費了額外時間，在該延長期結束之前）給您答覆，我們必須將您的申請轉送至 2 級上訴流程；在 2 級上訴流程，您的上訴將由外部獨立組織進行審查。在本節的後面，我們將會向您介紹該審查組織，並向您說明 2 級上訴的流程。
- 如果我們的答覆是 **同意** 您部分或全部的申請，我們必須在收到您上訴後的 **30 個日曆日內** 授權或提供我們同意提供的保險，或者如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們必須在收到您上訴後的 **7 個日曆日內** 授權或提供我們同意提供的保險。
- 如果我們的答覆是 **拒絕** 您部分或全部的申請，我們會自動將您的上訴轉交給獨立審查組織進行 2 級上訴。

**步驟 3：**如果本計劃 **拒絕** 您部分或全部的上訴，您的個案將會自動轉到下一級的上訴流程。

- 為了確保我們在 **拒絕** 您上訴時有遵守所有規定，我們必須將您的上訴轉交給獨立審查組織。我們這樣做意味著您的上訴將繼續進行到下一級上訴流程，即 2 級上訴。

### 第 5.4 節 逐步說明：2 級上訴的流程

如果我們 **拒絕** 您的 1 級上訴，您的個案將會自動轉到下一級的上訴流程。在 2 級上訴期間，**獨立審查組織** 會審查我們針對您第一次上訴所作的決定。該組織會決定是否應當改變我們所作的決定。

#### 法律術語

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

**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。**

**步驟 1：獨立審查組織將會審查您的上訴。**

- **獨立審查組織是由 Medicare 聘用的獨立組織。**該組織與本計劃並無關聯，也不是政府機構。該組織是 Medicare 所選擇的公司，負責處理獨立審查組織的工作。其工作由 Medicare 監督。
- 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額外資訊，以作為您上訴的佐證。
- 獨立審查組織的審查人員將會仔細查看與您上訴有關的所有資訊。

*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」*

- 如果您曾對本計劃提出 1 級快速上訴，您的 2 級上訴將自動以快速上訴的方式進行。審查組織必須在收到您上訴後的 **72 小時內**針對您的 2 級上訴給您答覆。
- 但是，如果您是針對醫療用品或服務提出申請且獨立審查組織需要收集可能對您有利的更多資訊，其最多可能需要額外 14 個日曆日。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，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*

- 如果您曾對本計劃提出 1 級標準上訴，您的 2 級上訴將自動以標準上訴的方式進行。如果您是針對醫療用品或服務提出申請，審查組織必須在收到您上訴後的 **30 個日曆日內**針對您的 2 級上訴給您答覆。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，審查組織必須在收到您上訴後的 **7 個日曆日內**針對您的 2 級上訴給您答覆。
- 但是，如果您是針對醫療用品或服務提出申請且獨立審查組織需要收集可能對您有利的更多資訊，其最多可能需要額外 14 個日曆日。如果您是針對 Medicare B 部分處方藥提出申請，獨立審查組織將不得花費額外時間來作決定。

**步驟 2：獨立審查組織給您答覆。**

獨立審查組織將會透過書面方式告知您其決定並說明其作該決定的理由。

- 如果審查組織**核准**您部分或全部的醫療用品或服務申請，針對標準申請，我們將必須在得知審查組織決定後的 **72 小時內**授權醫療護理承保或在 **14 個日曆日內**提供服務；或者針對加急申請，我們將必須在得知審查組織決定之日起的 **72 小時內**提供服務。
- 如果審查組織**核准**您部分或全部的 Medicare B 部分處方藥申請，針對標準申請，我們將必須在得知審查組織決定後的 **72 小時內**授權有爭議的 B 部分處方藥；或者針對加急申請，我們將必須在得知審查組織決定之日起的 **24 小時內**授權有爭議的 B 部分處方藥。
- 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，認為您的醫療護理承保申請（或您申請中的部分要求）不應獲得核准。（這稱為「維持決定」，也稱為「駁回您的上訴」。）

- ◆ 如果審查組織「維持決定」，您有權進行 3 級上訴。然而，如欲進行下一級別的 3 級上訴，您請求的醫療護理承保金額必須達到某個最低限額。如果您請求承保的金額過低，您將不能再進一步上訴，這意味著 2 級上訴的決定是最終決定。您從獨立審查組織獲得的書面通知將告訴您如何查閱可以繼續進行上訴流程所需的金額。

**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）。
- 如果您的 2 級上訴遭到駁回，而您達到了繼續上訴流程的要求，您必須決定是否繼續進行 3 級上訴並提出第三次上訴。您在 2 級上訴之後所收到的書面通知中將會有如何提出第三次上訴的詳細資訊。
- 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 級、4 級和 5 級上訴流程。

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

如果您欲要求我們支付醫療護理費用，請開始閱讀本手冊第 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 7 章說明了您在什麼情形下可能需要向我們申請補償或要求我們支付您透過醫護人員收到的帳單。該章節還會說明如何將申請給付的文件寄給我們。

#### 申請補償就是要求我們作出承保決定

如果您寄文件給我們向我們申請補償，您即是在向我們申請承保決定（欲知有關承保決定的詳情，請參閱本章第 4.1 節）。為了作出此承保決定，我們將會查看您已付費的醫療護理是否屬於承保服務；請參閱第 4 章「醫療福利項目表（承保內容及應付費用）」。我們也將核查確定您在使用您的醫療護理承保時是否有遵守所有規定（本手冊第 3 章提供了這些規定：「使用本計劃承保範圍內的醫療服務」）。

#### 我們將會核准或拒絕您的申請

- 如果您已付費的醫療護理屬於承保範圍且您有遵守所有規定，我們將會在收到您申請後的 **60 個日曆日內**，將我們針對您醫療護理所應給付的成本分擔款項寄給您。或者如果您還沒有為服務付款，我們會將付款直接寄給醫護人員。（當我們寄送給付款項時，就等同於我們核准您的承保決定申請。）

- 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服務並詳細說明理由。（當我們駁回您的給付申請時，就等同於我們**拒絕**您的承保決定申請。）

### 如果您要求我們付款但我們表示不付款該怎麼辦？

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。

如欲提出此上訴，請遵守我們在第 5.3 節中描述的上訴流程。請參閱該節以查看逐步說明。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您針對補償提出上訴，我們必須在收到您上訴後的 **60 個日曆日內** 給您答覆。（如果您要求我們針對您已接受並自行付款的醫療護理向您償還費用，您不得申請快速上訴。）
- 如果獨立審查組織推翻我們拒絕給付的決定，我們必須在 **30 個日曆日內** 將您申請的給付寄給您或醫護人員。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 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴



您是否已閱讀本章第 4 節（「承保決定和上訴的基本指南」）？如果還沒有，在您開始閱讀本節之前，請先閱讀該章節。

### 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么做

身為本計劃的會員，您享有的福利包括多種處方藥的承保。請參閱《**Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊**》。如欲取得承保，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 5 章第 3 節，以瞭解有關醫學上公認之適應症的詳細資訊。）

- 本節僅涉及您的 **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」。
- 若要詳細瞭解 D 部分藥物的定義、《**Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊**》、承保規定和限制以及費用資訊，請參閱第 5 章（「使用本計劃承保範圍內的 D 部分處方藥」）和第 6 章（「您需為 D 部分處方藥支付的費用」）。

## D 部分承保決定及上訴

如本章第 4 節所述，承保決定是我們針對您的福利和承保範圍或本計劃為您的藥物所給付之金額所作的決定。

### 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」。

以下是您要求我們針對您的 D 部分藥物作出承保決定的範例：

- 您要求我們作出例外處理，包括：
  - ◆ 要求我們承保未列於《**Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊**》的 D 部分藥物。
  - ◆ 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）。
  - ◆ 要求對較高成本分擔等級的承保藥物支付較低的成本分擔額。
- 您詢問我們是否有為您承保某項藥物，以及您是否符合任何適用的保險規定。例如，當您的藥物有列於《**Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊**》，但是我們規定您必須先獲得核准，而後我們才會為您承保藥物。
  - ◆ **請注意：**如果藥房告知您，您的處方藥無法按醫生要求配領，您會收到書面通知，說明如何與我們聯絡以尋求承保決定。
- 您要求我們為您已購買的處方藥付款。這是有關付款承保決定的請求。

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。請採用下表，以協助您確定哪一個部分的資訊符合您的情形：

您處於以下哪一種情形？

如果您出現以下情形：	您可採取的行動：
您是否需要某項不在我們藥物清單上的藥物，或需要我們免除對某項承保藥物的規定或限制？	您可要求我們進行例外處理。（這是一種承保決定。） 請從本章第 6.2 節開始。
您是否需要我們承保某項在我們藥物清單上的藥物，且您認為您符合您所需之藥物的計劃規定或限制（例如事先獲得核准）？	您可要求我們作出承保決定。 請跳到本章第 6.4 節。

如果您出現以下情形：	您可採取的行動：
您是否想要求我們針對您已經收到並已支付藥費的藥物向您償還費用？	您可要求我們向您償付費用。（這是一種承保決定。） 請跳到本章第 6.4 節。
我們是否已經告訴您我們不會以您希望的方式承保或支付某項藥物？	您可以提出上訴。（這意味著您要求我們重新審查。） 請跳至本章第 6.5 節。

## 第 6.2 節 什麼是例外處理？

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。與其他類型的承保決定類似，如果我們拒絕您的例外處理申請，您可對我們的決定提出上訴。

在您要求做出例外處理時，您的醫生或其他處方醫師將需要解釋您需要例外處理獲得核准的醫療理由。然後我們將考慮您的請求。以下是三個您或醫生或其他處方醫師將可要求我們做出例外處理的範例：

1. 為您承保未列於我們《**Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊**》上的 **D 部分藥物**。（我們將其簡稱為「藥物清單」。）

### 法律術語

要求承保未列於藥物清單上的藥物有時稱為申請「**承付藥物手冊例外處理**」。

- 如果我們同意進行例外處理並承保不在藥物清單上的藥物，您將需要支付等級 4（非首選品牌藥）適用的成本分擔額。您不能針對我們要求您為藥物支付的共付額或共保額申請例外處理。
2. 取消某項承保藥物的承保限制。一些額外規定或限制適用於《**Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊**》中的某些藥物（如需詳細資訊，請參閱第 5 章第 4 節）。

### 法律術語

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**」。

- 針對某些藥物所設立的額外承保規定和限制包括：

- ◆ 必須使用某種藥物的非品牌藥而不是品牌藥。
  - ◆ 在我們同意為您承保藥物之前，**事先獲得計劃的核准**。（有時稱為「事前授權書」）。
  - 如果我們同意進行例外處理，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. **將藥物承保更改為較低的成本分擔等級**。藥物清單上的每種藥物均屬於六個成本分擔等級中的其中一個等級。一般情形下，成本分擔等級越低，您所需支付的藥物分擔費用越少。

<b>法律術語</b>
-------------

要求以較低的價格承保非首選藥物有時稱為申請「 <b>等級例外處理</b> 」。
---

- 如果藥物清單中包含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等級，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。這會降低您需為該藥物所支付的成本分擔。
- 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等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等級成本分擔額來承保您的藥物。
- 您不能要求我們更改等級 5（專科等級藥物）內任何藥物的成本分擔等級。
- 如果我們核准您的等級例外處理申請且有超過一個以上較低的成本分擔等級包含您無法服用的替代藥物，則通常而言您將會支付最低金額。

<b>第 6.3 節 有關申請例外處理的重要須知</b>
------------------------------

### 您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫師必須向我們提供聲明，以解釋申請例外處理的醫療理由。如要獲得快速決定，在您申請例外處理時，請附上由您醫生或其他處方醫師所提供的醫療資訊。

通常，我們的藥物清單包括一種以上治療特定疾病的藥物。這些不同的可能性稱為「替代」藥物。如果某種替代藥物與您申請的藥物同樣有效，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申請。如果您向我們提出等級例外處理申請，除非所有較低成本分擔等級的替代藥物對您皆無效，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且該藥物對治療您的疾病而言仍然安全有效，我們的核准有效期限便可維持到計劃年度結束為止。
- 如果我們拒絕您提出的例外處理申請，您可提出上訴以要求審查我們的決定。第 6.5 節將告訴您在我們拒絕的情形下提出上訴的方式。

下一節將告訴您如何要求作出包括例外處理的承保決定。

### 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

**步驟 1：**您要求我們對您需要的藥物或付款作出承保決定。如果您的健康狀況需要本計劃迅速作出回應，您必須要求我們作出「快速承保決定」。如果您要求我們針對您已購買的藥物償還您費用，您將不得申請快速承保決定。

*處理方法：*

- **申請您想要的承保決定類型。**首先，致電、致函或發傳真給我們，向我們提出請求。您本人、您的代表或您的醫生（或其他處方醫師）均可以提出請求。您也可以透過我們的網站進行承保決定流程。欲知詳情，請查閱第 2 章第 1 節，並尋找「如要針對 D 部分處方藥尋求承保決定或提出上訴，如何聯絡我們」部分。或者如果您要求我們向您償還藥物的費用，請查閱標題為「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」的部分。
- **您或您的醫生或您的代表均可申請承保決定。**本章第 4 節將告訴您，您可如何以書面方式准許他人擔任您的代表。您也可由律師擔任您的代表。
- **如果您想要求我們向您償還藥物的費用，**請從本手冊的第 7 章開始閱讀：「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 7 章描述您在什麼情形下，可能需要申請補償。該章節還介紹如何寄文件給我們，要求我們針對您已付款的藥物向您償還我們的分擔費用。
- **如果您要申請做出例外處理，請提供「佐證聲明」。**您的醫生或其他處方醫師必須針對您提出例外處理申請的藥物向我們說明醫療理由。（我們稱此為「佐證聲明」）。您的醫生或其他處方醫師可將聲明傳真或郵寄給我們。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。請查閱第 6.2 節和第 6.3 節，瞭解有關申請例外處理的詳情。

- 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。

<b>法律術語</b>
「快速承保決定」稱為「加急承保判定」。

如果您因健康狀況所需，請要求我們為您提供「快速承保決定」

- 在告知您我們的決定時，我們將採用「標準」期限，除非我們已經同意採用「快速」期限。標準承保決定意味著我們將會在收到您醫生聲明後的 72 小時內給您答覆。快速承保決定意味著我們將會在收到您醫生聲明後的 24 小時內進行答覆。
- 如欲獲得快速承保決定，您必須符合兩個要求：
  - ◆ 只有在您申請您尚未獲得的藥物時，您才能獲得快速承保決定。（如果您要求我們針對您已購買的藥物向您償還費用，您將無法獲得快速承保決定。）
  - ◆ 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」，我們將會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（且沒有醫生或其他處方醫師提供的佐證），我們將會根據您的健康狀況決定是否必須為您作出快速承保決定。
  - ◆ 如果我們決定您的病情不符合作出快速承保決定的要求，我們會寄信通知您我們的否決（而且我們將改而採用標準期限）。
  - ◆ 該信函將告訴您，如果您的醫生或其他處方醫師要求作出快速承保決定，我們將自動同意為您提供快速承保決定。
  - ◆ 該信函也會告訴您，針對我們決定為您作標準承保決定而非您所申請的快速承保決定之事，您可如何提出投訴。該信函會告訴您如何提出「快速投訴」，這意味著您會在我們收到您投訴後的 24 小時內得知我們對您投訴的答覆。（提出投訴的流程與承保決定和上訴的流程不同。如要瞭解有關提出投訴流程的詳情，請查閱本章第 10 節。）

**步驟 2：我們考慮您的請求並給您答覆。**

*「快速承保決定」的期限*

- 如果我們採用快速期限，我們必須在 24 小時內給您答覆。
  - ◆ 這通常意味著在收到您請求後的 24 小時內。如果您要申請做出例外處理，我們將在收到您醫生為您申請提供佐證聲明後的 24 小時內給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前給您答覆。

**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。**

- ◆ 如果我們未遵守上述期限，我們必須將您的申請轉到 2 級上訴流程，在 2 級上訴流程您的上訴將由外部獨立組織進行審查。在本節的後面，我們將會向您介紹該審查組織，並向您說明 2 級上訴的流程。
- 如果我們的答覆是**核准**您部分或全部的申請，我們必須在收到您申請或醫生為您申請提供之佐證聲明後的 **24 小時內**提供我們同意提供的保險。
- 如果我們的答覆是**拒絕**您部分或全部的申請，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您如何提出上訴。

#### 與您尚未收到之藥物有關的「標準承保決定」期限

- 如果我們採用標準期限，我們必須在 **72 小時內**給您答覆。
  - ◆ 這通常意味著在收到您申請後的 **72 小時內**。如果您要申請做出例外處理，我們將在收到您醫生為您申請提供之佐證聲明後的 **72 小時內**給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前給您答覆。
  - ◆ 如果我們未遵守上述期限，我們必須將您的申請轉到 2 級上訴流程，在 2 級上訴流程您的上訴將由獨立組織進行審查。在本節的後面，我們將會向您介紹該審查組織，並向您說明 2 級上訴的流程。
- 如果我們的答覆是**核准**您部分或全部的申請：
  - ◆ 如果我們核准您的保險申請，我們必須在收到您申請或醫生為您申請提供之佐證聲明後的 **72 小時內**提供我們同意提供的保險。
- 如果我們的答覆是**拒絕**您部分或全部的申請，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您如何提出上訴。

#### 與您已購買藥物之給付有關的「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。
  - ◆ 如果我們未遵守上述期限，我們必須將您的申請轉送至 2 級上訴流程，在 2 級上訴流程您的上訴將由獨立組織進行審查。在本節的後面，我們將會向您介紹該審查組織，並向您說明 2 級上訴的流程。
- 如果我們的答覆是**核准**您部分或全部的申請，我們也必須在收到您申請後的 14 個日曆日內向您提供給付。
- 如果我們的答覆是**拒絕**您部分或全部的申請，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您如何提出上訴。

#### 步驟 3：如果我們**拒絕**您的承保申請，您可決定您是否想要提出上訴。

- 如果我們拒絕您的申請，您有權提出上訴。申請上訴代表要求我們重新審查，並且可能可以改變我們所作的決定。

### 第 6.5 節 逐步說明：如何提出 1 級上訴（如何要求複審本計劃作出的承保決定）

#### 法律術語

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」。

**步驟 1：**您與我們聯絡並提出 1 級上訴。如果您因健康狀況需要迅速獲得回應，您必須申請「快速上訴」。

*處理方法：*

- 如要開始上訴，您（或您的代表或您的醫生或其他處方醫師）必須與我們聯絡。
  - ◆ 如欲瞭解如何針對與您上訴有關的任何目的透過電話、傳真、郵寄方式或網站與我們聯絡的詳情，請查閱第 2 章第 1 節，尋找標題為「如要針對 D 部分處方藥尋求承保決定或提出上訴，如何聯絡我們」的部分。
- 如果您申請標準上訴，請以書面形式提出您的上訴申請。
- 如果您申請快速上訴，您可透過書面方式提出上訴或按照第 2 章第 1 節「如要針對 D 部分處方藥尋求承保決定或提出上訴，如何聯絡我們」中的電話號碼致電與我們聯絡。
- 我們必須接受所有書面申請，包括透過 CMS Model Coverage Determination Request Form 提交的申請，您可在我們的網站上獲取該表格。
- 在我們寄書面通知告知您我們對您承保決定申請所作的答覆之後，您必須在通知上所示日期起的 60 個日曆日內提出上訴申請。如果您錯過此期限，但您有錯過期限的正當理由，我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。錯過期限的正當理由例子可能包括您因身患重病而無法與我們聯絡；或是我們提供給您的上訴申請期限資訊錯誤或不完整。
- 您可索取有關您上訴相關資訊的副本，並提供更多資訊。
  - ◆ 您有權向我們索取有關您上訴的資訊副本。我們獲准向您收取影印和寄送這些資訊給您的費用。
  - ◆ 如果您願意，您和您的醫生或其他處方醫師可以向我們提供額外資訊以為您的上訴提供佐證。

#### 法律術語

「快速上訴」也稱為「加急重新判定」。

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 節中獲得「快速承保決定」的規定相同。

### 步驟 2：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醫師，以獲得更多資訊。

#### 「快速上訴」的期限

- 如果我們採用快速期限，我們必須在**收到您上訴後的 72 小時內**給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前給您答覆。
  - ◆ 如果我們未在**72 小時內**給您答覆，我們必須將您的請求轉到 2 級上訴流程，在 2 級上訴流程您的上訴將由獨立審查組織進行審查。在本節的後面，我們將會向您介紹該審查組織，並向您說明 2 級上訴的流程。
- 如果我們的**答覆是核准**您部分或全部的申請，我們必須在收到您上訴後的**72 小時內**提供我們同意提供的保險。
- 如果我們的**答覆是拒絕**您部分或全部的申請，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們**拒絕**的理由以及如何針對我們的決定提出上訴。

#### 「標準上訴」的期限

- 如果我們採用標準期限，我們必須在**收到您針對尚未獲得之藥物所提出之上訴後的 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。如果您認為自己的健康狀況有此需要，您應要求進行「快速上訴」。
- 如果我們未在**7 個日曆日內**告知您我們的決定，我們必須將您的請求轉到 2 級上訴流程，在 2 級上訴流程您的上訴將由獨立審查組織進行審查。在本節下文中，我們將向您介紹該審查組織，並向您說明 2 級上訴的流程。
- 如果我們的答覆是**核准**您部分或全部的申請：
  - ◆ 如果我們核准保險申請，我們必須視您健康狀況所需盡快提供我們同意提供的保險，最遲不得超過我們收到您上訴後的 7 個日曆日。
  - ◆ 如果我們核准申請並同意向您償付您已購買的藥物費用，我們將必須在收到您上訴申請後的**30 個日曆日內**將給付款項寄給您。
- 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，解釋我們拒絕的理由以及如何針對我們的決定提出上訴。
- 如果您要求我們償還您已購買的藥物費用，我們必須在收到您申請後的**14 個日曆日內**給您答覆。

- ◆ 如果我們未在 14 個日曆日內告知您我們的決定，我們必須將您的申請轉到 2 級上訴流程，在 2 級上訴流程您的上訴將由獨立組織進行審查。在本節的後面，我們將會向您介紹該審查組織，並向您說明 2 級上訴的流程。
- 如果我們的答覆是核准您部分或全部的申請，我們也必須在收到您申請後的 **30 個日曆日內** 向您提供給付。
- 如果我們的答覆是**拒絕**您部分或全部的申請，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您如何提出上訴。

**步驟 3：**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**。

- 如果我們**拒絕**您的上訴，您則可以選擇是否要接受此決定還是要繼續提出進一步上訴。

如果您決定提出進一步上訴，這意味著您的上訴將進入 2 級上訴流程（請參閱下文）。

### 第 6.6 節 逐步說明：如何提出 2 級上訴

如果我們**拒絕**您的上訴，您可以選擇是否接受此決定或繼續提出進一步上訴。如果您決定進入 2 級上訴，**獨立審查組織**會審查我們在**拒絕**您第一次上訴時所作的決定。該組織會決定是否應當改變我們所作的決定。

#### 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**」。

**步驟 1：**如要提出 2 級上訴，您（或您的代表或者您的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如何向獨立審查組織提出 2 級上訴的指示說明。這些說明將會告訴您誰可以提出此 2 級上訴、您必須遵守的期限以及審查組織的聯絡方式。
- 在您向獨立審查組織提出上訴時，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。我們可向您收取影印和寄送此資訊給您的費用。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，以作為您上訴的佐證。

**步驟 2：**獨立審查組織將會針對您的上訴進行審查並給您答覆。

- **獨立審查組織**是由 Medicare 聘用的獨立組織。該組織與我們並無關聯，也不是政府機構。該組織是 Medicare 選擇的一家公司，其職責是審查我們有關您 D 部分福利的決定。

**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。**

- 獨立審查組織的審查人員將會仔細查看與您上訴有關的所有資訊。該組織將會透過書面方式告知您其決定並說明其作該決定的理由。

### 2 級「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進行快速上訴，審查組織必須在收到您上訴申請後的 72 小時內針對您的 2 級上訴給您答覆。
- 如果獨立審查組織核准您部分或全部的申請，我們必須在收到審查組織決定後的 24 小時內提供獲得審查組織核准的藥物保險。

### 2 級「標準上訴」的期限

- 如果您申請 2 級標準上訴且該上訴是針對您尚未獲得的藥物所提出，審查組織將必須在收到您上訴後的 7 個日曆日內針對您的 2 級上訴給您答覆。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。
- 如果獨立審查組織核准您部分或全部的申請：
  - ◆ 如果獨立審查組織核准您的承保請求，我們必須在收到審查組織決定後的 72 小時內提供審查組織所核准的藥物承保。
  - ◆ 如果獨立審查組織核准申請並同意向您償付您已購買的藥物費用，我們將必須在收到審查組織決定後的 30 個日曆日內將給付款項寄給您。

### 如果審查組織拒絕您的上訴該怎麼辦？

如果該組織拒絕您的上訴，這意味著該組織同意我們不核准您申請的決定。（這稱為「維持決定」，也稱為「駁回您的上訴」。）

如果審查組織「維持決定」，您有權進行 3 級上訴。然而，如果要進一步進行 3 級上訴，您申請的藥物承保金額必須達到某個最低限額。如果您申請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。您從獨立審查組織獲得的通知將告知您可以繼續進行上訴流程所需的金額。

### 步驟 3：如果您申請的承保金額達到要求，您可選擇是否進一步上訴。

- 在 2 級上訴之後，上訴流程還有三個級別（共有五級上訴）。
- 如果您的 2 級上訴遭到駁回，而您達到了繼續上訴流程的要求，您必須決定是否繼續進行 3 級上訴並提出第三次上訴。如果您決定進行三級上訴，您在二級上訴之後收到的書面通知中有如何繼續上訴的詳情。
- 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 級、4 級和 5 級上訴流程。

## 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。如要瞭解我們承保的醫院醫療護理詳情，包括與該承保有關的任何限制，請參閱本手冊第 4 章：「醫療福利項目表（承保內容及應付費用）」。

在您的承保住院期間，您的醫生和醫院工作人員將與您合作，為您的出院日做好準備。他們也將協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您的「**出院日期**」。
- 您的出院日期決定後，您的醫生或醫院工作人員將會告訴您。
- 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。本節將告訴您如何提出請求。

### 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

在您的承保住院期間，您將會收到一份書面通知，稱為 **An Important Message from Medicare about Your Rights**。入保 Medicare 的每個人只要住院皆會獲得該通知。醫院工作人員（例如個案工作者或護士）必須在您住院後的兩天之內將通知交給您。如果您沒有收到該通知，請向任何醫院員工詢問。如需協助，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。您也可以致電 **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**。

- **請仔細閱讀該通知**，如果您有不懂之處，請提出問題。該通知會告訴您身為醫院病人的權利，包括：
  - ◆ 您有權在住院期間和出院之後，按照醫囑取得 Medicare 承保服務。其中包括您有權瞭解這些服務項目、服務由誰給付以及您可在何處取得服務。
  - ◆ 您有權參與和您住院事宜有關的任何決策，並瞭解您的住院將由誰給付。
  - ◆ 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時而對出院決定提出上訴的權利。

#### 法律術語

Medicare 的書面通知將會告訴您如何「**申請立即審查**」。申請立即審查是透過正式合法途徑要求延後出院日期，以請我們延長對您醫院醫療護理的承保時間。（下文第 7.2 節將會告訴您申請立即審查的方式。）

- 您必須簽署該書面通知，表示您已收到通知並瞭解您的權利。

**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。**

- ◆ 您或您的代表必須簽署該通知。（本章第 4 節會告訴您，您可如何透過書面方式准許他人擔任您的代表。）
- ◆ 簽署通知僅表示您有收到與您權利有關的資訊。通知上並未註明您的出院日期（您的醫生或醫院工作人員將會告訴您出院日期）。簽署通知並不代表您同意出院日期。
- **請保留您簽署的通知副本**，以便您在需要時能夠隨手取得提出上訴（或通報醫護品質疑慮）的相關資訊。
  - ◆ 如果您在出院前的超過兩天前簽署通知，則在您的預定出院日期之前，您將會獲得另一份副本。
  - ◆ 如果要事先查閱該通知，您可致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）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**。您也可在 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html> 網站查看該通知。

### 第 7.2 節 逐步說明：如何提出 1 級上訴，要求更改您的出院日期

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。**下文解釋前兩級上訴流程的每個步驟。
- **遵守期限。**期限很重要。請務必瞭解並遵守有關您必須採取之行動的期限。
- **如有需要，請尋求協助。**如果您在任何時候有疑問或需要協助，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。或致電您的 **State Health Insurance Assistance Program**，這是一家提供個人化協助的政府組織（請參閱本章第 2 節）。

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。

**步驟 1：與您所在州的品質改進組織聯絡並針對您的出院事宜申請「快速審查」。**您必須迅速採取行動。

*什麼是品質改進組織？*

- 該組織是一個由醫生和其他保健專業人員組成的團體並由聯邦政府付費。這些專家不屬於本計劃的一部分。該組織是由 Medicare 付費，以檢查和改善 Medicare 會員的醫護品質。這包括審查 Medicare 會員的出院日期。

*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。（或在本手冊第 2 章第 4 節尋找您所在州之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期**。（您的「預定出院日期」是為您訂的出院日期。）
  - ◆ **如果您遵守此期限**，在您等候品質改進組織對您上訴作出決定的期間，您將可在出院日期之後繼續住院，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。如要瞭解有關其他上訴方法的詳情，請參閱第 7.4 節。

*要求「快速審查」：*

- 您必須要求品質改進組織對您的出院進行「快速審查」。要求「快速審查」意味著您要求該組織採用「快速」期限審查上訴，而不是採用標準期限。

法律術語
「快速審查」也稱為「立即審查」或「加急審查」。

**步驟 2：品質改進組織對您的個案進行獨立審查。***該審查的步驟如何？*

- 品質改進組織的健康專業人員（我們將其簡稱為「審查人員」）將詢問您（或您的代表）為什麼您認為應當繼續服務的承保。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。
- 在審查人員向本計劃通知您上訴的次日中午，您也將收到書面通知說明您的預定出院日期，並詳細解釋為什麼您的醫生、醫院和我們認為您在該日期出院是適當（醫療上適當）的理由。

### 法律術語

此類書面說明稱為「**詳細出院通知**」。您可致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）或 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 取得本通知的範本，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，您也可在 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html> 網站閱讀通知範本。

**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**核准**您的上訴，只要您的承保住院服務是醫療上必要的服務，我們便必須繼續為您提供這些服務。
- 您將必須繼續支付您的成本分擔（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。（請查閱本手冊第 4 章。）

如果答覆是**拒絕**將會如何？

- 如果審查組織**拒絕**您的上訴，這表示他們認為您的預定出院日期具有醫療適當性。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**醫院醫療護理支付全額費用**。

**步驟 4：**如果您的 1 級上訴遭到**拒絕**，您可決定您是否要提出進一步上訴。

- 如果品質改進組織駁回您的上訴，而您在預定出院日期之後繼續住院，您可提出進一步上訴。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，要求更改您的出院日期

如果品質改進組織駁回您的上訴，而您在預定出院日期之後繼續住院，則您可以提出 2 級上訴。在 2 級上訴期間，您要求品質改進組織再次審查其針對您第一次上訴所作的決定。如果品質改進組織駁回您的 2 級上訴，您可能必須支付您在預定出院日期之後的全額住院費用。

以下是 2 級上訴流程的各步驟：

**步驟 1：您再次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 個日曆日內申請此項審查**。只有在您於醫護服務保險終止後仍繼續住院的情況下，您才可申請此項審查。

**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與您上訴有關的所有資訊。

**步驟 3：在收到您第二次審查要求的 14 個日曆日內，品質改進組織的審查人員會針對您的上訴作出決定，並將決定告訴您。**

*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：*

- 這意味著審查組織同意其在您的 1 級上訴時所作的決定，而且將不會改變該決定。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。該通知將會詳細為您說明如何繼續進行下一級上訴，下一級上訴是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一步進入 3 級上訴。**

- 在 2 級上訴之後，上訴流程還有另外三個級別（共有五級上訴）。如果審查組織駁回您的 2 級上訴，您可選擇是否要接受該決定或要繼續進行 3 級上訴以提出進一步上訴。在 3 級上訴，您的上訴是由行政法官或律師裁判官審查。
- 本章第 9 節將向您詳細介紹 3 級、4 級和 5 級上訴流程。

#### **第 7.4 節 如果您錯過提出 1 級上訴的期限怎麼辦？**

**您可轉而向我們提出上訴**

正如前面第 7.2 節所解釋，您必須迅速採取行動與品質改進組織聯絡，以針對您的出院事宜開始進行第一次上訴。（「迅速」是指在您出院之前且最遲不得晚於您的預定出院日期。）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**

如果您錯過與品質改進組織聯絡的期限，您可向我們提出上訴，要求進行「快速審查」。快速審查是採用快速期限而非標準期限的上訴。

<b>法律術語</b>
「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」。*

- 如欲瞭解如何與我們聯絡的詳情，請查閱第 2 章第 1 節，並尋找「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」部分。
- 請務必申請「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。

*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。我們會核查有關您出院日期的決定是否公平並且是否遵守所有規定。
- 在此種情形下，我們在針對此審查給您答覆時將採用「快速」期限而非標準期限。

*步驟 3：我們會在您要求「快速審查」（「快速上訴」）後的 72 小時內告知您我們的決定。*

- 如果我們同意您的快速上訴，這意味著我們同意您在出院日期之後仍需要住院，且只要您的住院服務是醫療上必要的服務，我們將會繼續為您提供該承保的住院服務。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，即表示我們認為您的預定出院日期具有醫療適當性。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：如果我們拒絕您的快速上訴，您的個案將會自動轉到下一級的上訴程序。*

- 為了確保我們在拒絕您的快速上訴時有遵守所有規定，我們必須將您的上訴轉交給獨立審查組織。當我們這樣做時，就意味著您的上訴已自動轉到 2 級上訴流程。

### 逐步說明：2 級替代上訴流程

如果我們**拒絕**您的 1 級上訴，您的個案將會自動轉到下一級的上訴流程。在 2 級上訴期間，**獨立審查組織**會審查我們**拒絕**您「快速上訴」的決定。該組織會決定是否應當改變我們所作的決定。

法律術語
「獨立審查組織」的正式名稱是「 <b>獨立審查實體</b> 」，有時稱為「 <b>IRE</b> 」。

**步驟 1：**我們會自動將您的個案轉交給獨立審查組織。

- 我們必須在告訴您我們**拒絕**您第一次上訴後的 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊寄給獨立審查組織。（如果您認為我們錯過了這一個期限或其他期限，您可以提出投訴。投訴流程與上訴流程不同。本章第 10 節將為您說明如何提出投訴。）

**步驟 2：**獨立審查組織將會針對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織是由 Medicare 聘用的獨立組織。該組織與本計劃並無關聯，也不屬於政府機構。該組織是 Medicare 所選擇的公司，負責處理獨立審查組織的工作。其工作由 Medicare 監督。
- 獨立審查組織的審查人員將會仔細查看有關您出院上訴的所有資訊。
- 如果該組織**核准**您的上訴，那麼我們必須針對您在預定出院日期後所接受的醫院醫療護理將我們的成本分擔償還（償付）給您。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，這意味著該組織同意我們的意見，認為您的預定出院日期具有醫療適當性。
  - ◆ 獨立審查組織寄給您的通知將會透過書面方式告訴您，如果您希望繼續進行審查流程，您該採取什麼行動。該通知將會詳細為您說明如何繼續進行 3 級上訴，3 級上訴是由行政法官或律師裁判官處理。

**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）。如果審查人員**拒絕**您的 2 級上訴，您可決定是否要接受其決定或繼續進行 3 級上訴並提出第三次上訴。
- 本章第 9 節將向您詳細介紹 3 級、4 級和 5 級上訴流程。

## 第 8 節 如果您認為您的承保太快終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

### 第 8.1 節 本節僅涉及三種服務：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

本節僅涉及以下類型的醫護服務：

- 您獲得的居家健康護理服務。
- 您作為專業護理院病人所獲得的**專業護理**。（如欲進一步瞭解作為「專業護理院」必須具備的要求，請查閱第 12 章「重要詞彙的定義」。）
- 您作為門診病人在 Medicare 核准的綜合門診復健設施 (CORF) 所接受的**復健醫護**。通常，這意味著您正為了疾病或意外事故而接受治療，或是從重大手術復原。（如要瞭解此類設施的詳情，請參閱第 12 章「重要詞彙的定義」。）

當您接受任何此類醫護服務時，只要您的傷病診斷和治療需要此類醫護，您就有權繼續為此類醫護服務獲得承保服務。如要瞭解您的承保服務詳情，包括您對費用的分擔額及可能適用的任何承保限制，請查閱本手冊第 4 章：「醫療福利項目表（承保內容及應付費用）」。

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。在該醫護服務的保險終止後，我們將停止針對您的醫護服務給付我們的成本分擔。

如果您認為我們過早終止您的醫護承保，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 當您的承保即將終止時，我們將會事先告訴您

- 您會收到**書面通知**。在本計劃停止承保您的醫護服務至少兩天前，您將會接到通知。
  - ◆ 該書面通知將會告訴您我們停止承保您醫護服務的日期。
  - ◆ 該書面通知也會告訴您，如果您希望要求我們變更何時終止您醫護服務的決定，並延長對醫護服務的承保時間，您可怎麼做。

### 法律術語

當該書面通知告訴您該怎麼做時，其就是在告訴您如何申請「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服務的承保決定。（下文第 8.3 節將告訴您如何申請快速上訴。）

該書面通知稱為「**Notice of Medicare Non-Coverage**」。如欲索取範本，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）或致電 **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**。）或者，您也可在 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html> 查看範本。

- 您必須簽署該書面通知，表示您已收到通知。
  - ◆ 您或您的代表必須簽署該通知。（第 4 節將會為您說明該如何以書面方式准許他人擔任您的代表。）
  - ◆ 簽署通知僅表示您有收到與您保險何時終止有關的資訊。簽署通知並不代表您同意我們認為您應該停止接受醫護服務的看法。

### 第 8.3 節 逐步說明：如何提出 1 級上訴，讓本計劃延長對您醫護的承保

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**。下文解釋前兩級上訴流程的每個步驟。
- **遵守期限**。期限很重要。請務必瞭解並遵守有關您必須採取之行動的期限。另外也有本計劃必須遵守的期限。（如果您認為我們沒有遵守我們的期限，您可以提出投訴。本章第 10 節將告訴您如何提出投訴。）
- **如有需要，請尋求協助**。如果您在任何時候有疑問或需要協助，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。或致電您的 **State Health Insurance Assistance Program**，這是一家提供個人化協助的政府組織（請參閱本章第 2 節）。

如果您準時提出 1 級上訴，品質改進組織會審查您的上訴並決定是否改變本計劃所作的決定。

**步驟 1：提出您的 1 級上訴：**與您所在州的品質改進組織聯絡，要求進行審查。您必須迅速採取行動。

*什麼是品質改進組織？*

- 該組織是一個由醫生和其他保健專家組成的團體並由聯邦政府付費。這些專家不屬於本計劃的一部分。該組織將會檢查 Medicare 投保人所獲得的醫護品質，並審查本計劃針對何時應停止承保特定類型的醫療護理所作的決定。

*您如何與該組織聯絡？*

- 您收到的書面通知會告訴您如何與該組織聯絡。（或在本手冊第 2 章第 4 節尋找您所在州之品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。）

*您應當提出什麼要求？*

- 要求該組織進行「快速上訴」（進行獨立審查），以確定我們結束對您醫療服務的承保在醫療上是否適當。

*您與該組織聯絡的期限。*

- 您必須與品質改進組織聯絡以開始進行上訴，最遲不得晚於您收到書面通知告知您我們即將停止承保您醫護服務的次日中午。
- 如果您錯過針對您的上訴事宜與品質改進組織聯絡的期限，您可直接改向我們提出上訴。如要瞭解有關其他上訴方式的詳情，請查閱本章第 8.5 節。

**步驟 2：品質改進組織對您的個案進行獨立審查。**

*該審查的步驟如何？*

- 品質改進組織的健康專業人員（我們將其簡稱為「審查人員」）將會詢問您（或您的代表）為什麼您認為服務應繼續獲得承保。您無需準備任何書面資料，但如果您願意，您也可以準備。
- 審查組織也會查看您的醫療資訊、與您的醫生洽談，並檢視由本計劃所提供的資訊。
- 在審查人員向我們通知您的上訴之日結束時，您也將收到我們的書面通知，詳細解釋我們結束您服務承保的理由。

<b>法律術語</b>
該說明通知稱為「 <b>Detailed Explanation of Non-Coverage</b> 」。

**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。

*如果審查人員對您上訴的答覆是核准，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的成本分擔（例如適用的免賠額或共付額）。此外，您的承保服務可能也有限制（請查閱本手冊第 4 章）。

如果審查人員**拒絕**您的上訴，將會如何？

- 如果審查人員**拒絕**您的上訴，則您的承保將在我們告訴您的日期終止。我們將在通知所列的日期停止支付這項醫護的成本分擔。
- 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 級上訴遭到**拒絕**，您可決定您是否要提出進一步上訴。

- 您提出的第一次上訴是「1 級」上訴流程。如果審查人員**拒絕**您的 1 級上訴，而您選擇在醫護服務的承保結束之後繼續接受醫護服務，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 8.4 節 逐步說明：如何提出 2 級上訴，讓本計劃延長對您醫護服務的承保

如果品質改進組織拒絕您的上訴，而您選擇在醫護承保結束之後繼續接受醫護，您可提出 2 級上訴。在 2 級上訴期間，您要求品質改進組織再次審查其對您第一次上訴所作的決定。如果品質改進組織駁回您的 2 級上訴，您可能必須支付在我們告訴您承保結束日期之後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。

以下是 2 級上訴流程的各步驟：

**步驟 1：**您再次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與您上訴有關的所有資訊。

**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**核准**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。
- 您必須繼續支付您的成本分擔，且保險限制可能適用。

如果審查組織**拒絕**您的上訴，將會如何？

- 這意味著他們同意我們對您 1 級上訴所作的決定，而且將不會改變該決定。
- 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。該通知將會詳細為您說明如何繼續進行下一級上訴，下一級上訴是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。如果審查人員駁回您的 2 級上訴，您可選擇是否接受該決定，或者繼續進行 3 級上訴以提出進一步上訴。在 3 級上訴，您的上訴是由行政法官或律師裁判官審查。
- 本章第 9 節將向您詳細介紹 3 級、4 級和 5 級上訴流程。

### 第 8.5 節 如果您錯過提出 1 級上訴的期限怎麼辦？

您可轉而向我們提出上訴

正如前面第 8.3 節所解釋，您必須迅速採取行動與品質改進組織聯絡，開始進行第一次上訴（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**

如果您錯過與品質改進組織聯絡的期限，您可向我們提出上訴，要求進行「快速審查」。快速審查是採用快速期限而非標準期限的上訴。

以下是 1 級替代上訴的步驟：

法律術語
「快速審查」（或「快速上訴」）也稱為「加急上訴」。

**步驟 1：**與我們聯絡並要求進行「快速審查」。

- 如欲瞭解如何與我們聯絡的詳情，請查閱第 2 章第 1 節，並尋找「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」部分。
- **請務必申請「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。

**步驟 2：**我們將會針對我們對何時終止您服務承保所作的決定進行「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日期以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。
- 我們將採用「快速」期限而不是標準期限來針對此審查給您答覆。

**步驟 3：**我們會在您要求「快速審查」（「快速上訴」）後的 72 小時內告知您我們的決定。

- 如果我們**同意**您的快速上訴，這意味著我們同意您的看法，認為您需要接受更長時間的服務。只要您的承保服務是醫療上必要的服務，我們就會繼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訴您的日期結束，我們在此日期之後將不會支付任何成本分擔。
- 如果您在我們表示您的保險將會結束之日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機構 (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。

- 為了確保我們在**拒絕**您的快速上訴時有遵守所有規定，我們必須將您的上訴轉交給獨立審查組織。當我們這樣做時，就意味著您的上訴已自動轉到 2 級上訴流程。

#### 逐步說明：2 級替代上訴流程

如果我們**拒絕**您的 1 級上訴，您的個案將會自動轉到下一級的上訴流程。在 2 級上訴期間，**獨立審查組織**會審查我們**拒絕**您「快速上訴」時所作的決定。該組織會決定是否應當改變我們所作的決定。

<b>法律術語</b>
「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」，有時稱為「IRE」。

**步驟 1：**我們會自動將您的個案轉交給獨立審查組織。

- 我們必須在告訴您我們**拒絕**您第一次上訴後的 24 小時內，將您的 2 級上訴資訊寄給獨立審查組織。（如果您認為我們錯過了這一個期限或其他期限，您可以提出投訴。投訴流程與上訴流程不同。本章第 10 節將為您說明如何提出投訴。）

**步驟 2：**獨立審查組織將會針對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。

- **獨立審查組織**是由 Medicare 聘用的獨立組織。該組織與本計劃並無關聯，也不屬於政府機構。該組織是 Medicare 所選擇的公司，負責處理獨立審查組織的工作。其工作由 Medicare 監督。
- 獨立審查組織的審查人員將會仔細查看與您上訴有關的所有資訊。

- 如果該組織**核准**您的上訴，則我們必須向您償還（償付）從我們表示您的承保即將結束之日起，我們對於您所接受之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，這意味著該組織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審查流程，您該採取什麼行動。該通知將向您詳細介紹如何繼續進行至 3 級上訴。

*步驟 3：如果獨立審查組織拒絕您的上訴，您可選擇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。如果審查人員**拒絕**您的 2 級上訴，您可選擇是否要接受該決定或要繼續進行 3 級上訴以提出進一步上訴。在 3 級上訴，您的上訴是由行政法官或律師裁判官審查。
- 本章第 9 節將向您詳細介紹 3 級、4 級和 5 級上訴流程。

## 第 9 節 進行 3 級和更高級別的上訴

### 第 9.1 節 3 級、4 級和 5 級醫療服務上訴

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拒絕，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。如果金額夠高，您在 2 級上訴中收到的書面答覆將會說明您應當與誰聯絡以及接下來該怎麼做以提出 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：**由聯邦政府所聘僱的法官（稱為行政法官）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**核准**您的上訴，上訴流程可能就此結束也可能**尚未結束**。我們將決定是否對這此決定提出 4 級上訴。與 2 級（獨立審查組織）決定不同，我們有權對有利於您的 3 級上訴決定提出上訴。
  - ◆ 如果我們決定不針對該決定提出上訴，我們必須在收到行政法官或律師裁判官決定後的 **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，我們會連同任何隨附文件寄給您一份 4 級上訴請求。在授權或提供具有爭議之服務前，我們可能會等候 4 級上訴的決定。

- 如果行政法官或律師裁判官 **拒絕**您的上訴，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。如果行政法官或律師裁判官 **拒絕**您的上訴，而您選擇繼續上訴，您收到的通知將會告訴您接下來該怎麼做。

**4 級上訴：Medicare 上訴理事會**（以下簡稱為理事會）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**，或者如果理事會拒絕我們針對對您有利的 **3 級上訴決定**所提出的審查申請，上訴流程可能就此結束也可能 **尚未結束**。我們將決定是否對此決定提出 5 級上訴。與 2 級上訴（獨立審查組織）決定不同，我們有權對有利於您的 4 級上訴決定提出上訴。
  - ◆ 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，您可能可以繼續進行下一級別的審查流程。如果理事會 **拒絕**您的上訴，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。如果規定允許您繼續上訴，如果您選擇繼續上訴，該書面通知也將告訴您應當與誰聯絡以及接下來該怎麼做。

**5 級上訴：聯邦地方法院的法官**將會審查您的上訴。

- 這是上訴流程的最後一個步驟。

### 第 9.2 節 3 級、4 級和 5 級 D 部分藥物上訴

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拒絕，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。如果金額沒有達到一定的金額，您不能進一步上訴。您在 2 級上訴中收到的書面答覆將會說明您應當與誰聯絡以及接下來該怎麼做以提出 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。

**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。**

**3 級上訴：**由聯邦政府所聘僱的法官（稱為行政法官）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。您在上訴中所申請的項目已經獲得核准。我們必須在得知決定後的 **72 小時內**（加急上訴則為 **24 小時**）授權或提供獲得行政法官或律師裁判官核准的藥物保險，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，您可繼續進行至下一級別的審查流程。如果行政法官或律師裁判官**拒絕**您的上訴，而您選擇繼續上訴，您收到的通知將會告訴您接下來該怎麼做。

**4 級上訴：**Medicare 上訴理事會（以下簡稱為理事會）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。您在上訴中所申請的項目已經獲得核准。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，您可能可以繼續進行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申請，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。如果規定允許您繼續上訴，如果您選擇繼續上訴，該書面通知也將告訴您應當與誰聯絡以及接下來該怎麼做。

**5 級上訴：**聯邦地方法院的法官將會審查您的上訴。

- 這是上訴流程的最後一個步驟。

## 提出投訴

### 第 10 節 如何提出有關醫護品質、候診時間、客戶服務或其他疑慮的投訴



如果您的問題涉及福利、承保範圍或給付的決定，則本節對您不適用。您需要採用承保決定和上訴的流程。請參閱本章第 4 節。

### 第 10.1 節 投訴流程處理何種類型的問題？

本節向您說明如何採用提出投訴的流程。投訴流程僅用於某些類型的問題。這些問題包括涉及醫護品質、候診時間及您獲得的客戶服務等問題。以下是投訴流程處理的問題類型範例。

如果您有任何此類問題，您可「提出投訴」：

- **您的醫療護理品質**
  - ◆ 您是否對您獲得的醫護品質（包括醫院的醫護服務）感到不滿？
- **尊重您的私隱**
  - ◆ 您是否認為有人未尊重您的私隱權或分享您認為應當保密的資訊？
- **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？
  - ◆ 您是否對我們會員服務部對待您的方式感到不滿？
  - ◆ 您是否感到您被鼓勵退出本計劃？
- **候診時間**
  - ◆ 您是否很難獲得約診，或是等太久才能取得約診？
  - ◆ 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？
  - ◆ 範例包括在電話上、候診室、配領處方藥或在檢查室時等候太久。
- **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**
  - ◆ 您是否認為我們沒有給您我們必須提供的通知？
  - ◆ 您是否認為我們給您的書面資訊很難懂？

**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）**

本章第 4-9 節說明了申請承保決定和提出上訴的流程。如果您要求作出承保決定或提出上訴，請採用這一流程而非投訴流程。

但是，如果您已要求作出承保決定或提出上訴，並認為我們的回應不夠迅速，您也可對我們的緩慢提出投訴。以下是一些範例：

- 如果您向我們申請「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。

**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。**

- 如果您認為本計劃沒有遵守給您承保決定或針對您提出的上訴給您答覆的期限，您可提出投訴。
- 當我們所作的承保決定受到審查，而且審查人員向本計劃表示，我們必須為您承保或補償某些醫療服務或藥物的費用，則將會有適用的期限。如果您認為我們沒有遵守期限，您可提出投訴。
- 當我們沒有及時給您決定時，我們必須將您的個案轉給獨立審查組織。如果我們沒有在規定期限內這樣做，您可提出投訴。

### 第 10.2 節 「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」

#### 法律術語

- 本節所稱的「投訴」也稱為「申訴」。
- 「提出投訴」的另一個名稱是「提出申訴」。
- 「採用投訴的流程」的另一個名稱是「採用提出申訴的流程」。

### 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聯絡中心。如果您還需要採取任何其他行動，會員服務聯絡中心將會告知您。請致電 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線 **711**）與我們聯絡，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
- 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，瞭解如果您要投訴，應當與誰聯絡。
  - ◆ 您必須在相關事件發生後的 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急處理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申訴。我們必須在 24 小時內回覆您的快速申訴。
- 無論您是致電或致函，您都應當立即與我們的會員服務聯絡中心聯絡。投訴必須在您要投訴之問題發生後的 60 個日曆日內提出。

- 如果您因為我們拒絕您的「快速承保決定」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們將會自動為您進行「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。

<b>法律術語</b>
-------------

本節所謂的「快速投訴」也稱為「加急申訴」。
-----------------------

**步驟 2：我們會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。如果您的健康狀況需要我們迅速答覆，我們將這樣做。
- 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。如果我們決定花費更長時間，我們將會透過書面方式告知您。
- 如果我們不同意您的部分或全部投訴，或不願承擔責任處理您的投訴問題，我們將會告訴您。我們的回應將包括我們作出此答覆的理由。我們必須回答我們是否同意您的投訴。

<b>第 10.4 節 您也可向品質改進組織提出醫護品質投訴</b>
------------------------------------

您可利用前文所述的逐步說明流程來針對您所獲得的醫護品質向我們提出投訴。

當您的投訴涉及醫護品質時，您還有兩個額外選擇：

- **您可向品質改進組織提出投訴**。如果您願意，您可以（在沒有向本計劃提出投訴的情況下）針對您所獲得的醫護品質直接向品質改進組織提出投訴。
  - ◆ 品質改進組織是由聯邦政府所聘僱的執業醫生和其他保健專家所組成的團體，負責檢查和改進 Medicare 病人的醫護服務。
  - ◆ 請查閱本手冊的第 2 章第 4 節，以尋找您所在州之品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。如果您向該組織提出投訴，我們將會與他們合作以解決您的投訴。
- **或者您也可同時向兩者提出投訴**。如果您願意，您可向本計劃同時向品質改進組織提出醫護品質投訴。

**第 10.5 節 您也可以向 Medicare 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，請前往 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。Medicare 將認真處理您的投訴，並會使用此資訊來協助改進 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何其他回饋意見或疑慮，或者您認為本計劃未解決您的問題，請致電 **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

<b>第 1 節</b>	<b>前言.....</b>	<b>242</b>
第 1.1 節	本章重點介紹終止您在本計劃的會員資格.....	242
<b>第 2 節</b>	<b>您可在何時終止您在本計劃的會員資格？.....</b>	<b>242</b>
第 2.1 節	您可在年度入保期終止您的會員資格.....	242
第 2.2 節	您可在 Medicare Advantage 開放入保期終止您的會員資格.....	243
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.....	243
第 2.4 節	您可在哪裡獲得何時可以終止會員資格的詳情？.....	244
<b>第 3 節</b>	<b>如何終止您在本計劃的會員資格？.....</b>	<b>245</b>
第 3.1 節	通常，您透過入保另一項計劃來終止您的會員資格.....	245
<b>第 4 節</b>	<b>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.....</b>	<b>246</b>
第 4.1 節	在您的會員資格終止之前，您仍然是本計劃的會員.....	246
<b>第 5 節</b>	<b>在某些情形下，我們必須終止您在本計劃的會員資格.....</b>	<b>246</b>
第 5.1 節	我們在何時必須終止您在本計劃的會員資格？.....	246
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離開本計劃.....	247
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.....	248

## 第 1 節 前言

### 第 1.1 節 本章重點介紹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：

- 您可能會因為決定退出而離開本計劃。
  - ◆ 在年度期間，您只有在某些時候或某些情形下，才能夠自願終止您在本計劃的會員資格。第 2 節會為您說明您何時可以終止您在本計劃的會員資格。
  - ◆ 自願終止您會員資格的流程各不相同，具體取決於您選擇的新承保類型。第 3 節將會為您說明如何在各種情形下終止您的會員資格。
- 也有一些有限的情形是您未選擇離開，但是我們必須終止您的會員資格。第 5 節將會為您說明在什麼情形下，我們必須終止您的會員資格。

如果您將離開本計劃，在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過本計劃獲得醫療護理。

## 第 2 節 您可在何時終止您在本計劃的會員資格？

您僅能在一年中的某些時候終止您在本計劃的會員資格，這一時期稱為入保期。在年度入保期及 Medicare Advantage 開放入保期，所有會員都有機會可以退出本計劃。在某些情形下，您可能也有資格在一年中的其他時候離開本計劃。

### 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」）終止您的會員資格。在這個時候，您應當審查您的健康和藥物承保，並作出有關下一年承保的決定。

- 年度入保期是何時？此年度入保期是在每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- 在年度入保期，您可轉換至什麼類型的計劃？您可選擇保留您目前的保險，或對您下一年的保險作出變更。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：
  - ◆ 另一項 Medicare 保健計劃。（您可選擇承保處方藥或是不承保處方藥的計劃。）
  - ◆ 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。

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。

**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，則您在以後加入 Medicare 藥物計劃時，您可能必須繳納 D 部分延遲入保罰款。（「可抵免」保險是指平均預期給付額至少與 Medicare 標準處方藥保險相當的保險。）請參閱第 1 章第 5 節，瞭解有關延遲入保罰款的詳細資訊。

- **您的會員資格何時終止？**您的會員資格將在您的新計劃保險於 1 月 1 日開始生效時終止。

## 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保險作出一次變更。

- **Medicare Advantage 年度開放入保期是在什麼時候？**此年度開放入保期是在每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **在 Medicare Advantage 年度開放入保期，您可轉至什麼類型的計劃？**在此期間，您可以：
  - ◆ 轉至其他 Medicare Advantage 計劃。（您可選擇承保處方藥或是不承保處方藥的計劃。）
  - ◆ 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，您可以在 3 月 31 日前選擇加入獨立的 Medicare 處方藥計劃，以增添藥物保險。
- **您的會員資格何時終止？**您的會員資格將在您入保其他 Medicare Advantage 計劃或我們收到您轉換至 Original Medicare 之申請的次月第一天終止。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**。

- **什麼人符合特殊入保期的條件？**如果以下任何情形適用於您，您便可能有資格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 (<https://www.medicare.gov>)：
  - ◆ 通常在您搬家時。
  - ◆ 如果您有 Medi-Cal。
  - ◆ 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。
  - ◆ 如果您正在某機構接受醫護，如護理院或長期護理 (LTC) 醫院。

**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。**

- ◆ 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。
- **特殊入保期是在什麼時候？**入保期將視您的情形而異。
- **您能做些什麼？**若要瞭解您是否有資格使用特殊入保期，請致電 Medicare，電話號碼為 **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。這意味著您可選擇以下任何類型的計劃：
  - ◆ 另一項 Medicare 保健計劃。（您可選擇承保處方藥或是不承保處方藥的計劃。）
  - ◆ 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。

**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。

**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。（「可抵免」保險是指平均預期給付額至少與 Medicare 標準處方藥保險相當的保險。）請參閱第 1 章第 5 節，瞭解有關延遲入保罰款的詳細資訊。
- **您的會員資格何時終止？**您的會員資格通常會在我們收到您變更計劃之申請的次月第一天終止。

#### 第 2.4 節 您可在哪裡獲得何時可以終止會員資格的詳情？

如果您有任何疑問，或需要您可在何時終止會員資格的詳情：

- 您可致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。
- 您可在 2020 年《Medicare 與您》手冊中查閱相關資訊。
  - ◆ 享有 Medicare 的每位人士均會在每年秋季收到一份《Medicare 與您》。新入保 Medicare 的人士會在首次入保後一個月內收到該手冊。
  - ◆ 您也可從 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>) 下載。或是致電 Medicare 的以下電話號碼索取印刷版。
- 您可以致電 **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使用者請致電 **1-877-486-2048**。

### 第 3 節 如何終止您在本計劃的會員資格？

#### 第 3.1 節 通常，您透過入保另一項計劃來終止您的會員資格

通常，如要終止您在本計劃的會員資格，您只需要在其中一個入保期（請查閱本章第 2 節中有關入保期的資訊）入保另一項 Medicare 計劃即可。但是，如果您希望在沒有 Medicare 處方藥計劃的情形下從本計劃轉換至 Original Medicare，您必須要求從本計劃退保。要求退保有以下兩種方式：

- 您可以向我們提出書面申請。如需申請方式的相關詳細資訊，請聯絡我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。
- 或者，您可以致電 **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使用者請致電 **1-877-486-2048**。

**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。（「可抵免」保險是指平均預期給付額至少與 Medicare 標準處方藥保險相當的保險。）請參閱第 1 章第 5 節，瞭解有關延遲入保罰款的詳細資訊。

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：
<ul style="list-style-type: none"><li>• 另一項 Medicare 保健計劃。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 入保新的 Medicare 保健計劃。</li><li>• 當您新計劃的承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 入保新的 Medicare 處方藥計劃。</li><li>• 當您新計劃的承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。</li></ul>

如果您希望從本計劃轉換至：	您應當這樣做：
<ul style="list-style-type: none"> <li>沒有獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。</li> </ul> <p>注意：如果您退出 Medicare 處方藥計劃，而且沒有可抵免的處方藥保險，則您在以後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要繳納延遲入保罰款。請參閱第 1 章第 5 節，瞭解有關延遲入保罰款的詳細資訊。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>以書面方式向我們提出退保申請。如需申請方式的相關詳細資訊，請聯絡我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。</li> <li>您也可以致電 <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b> 向 Medicare 申請退保，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

##### 第 4.1 節 在您的會員資格終止之前，您仍然是本計劃的會員

如果您離開本計劃，您的會員資格終止和新的 Medicare 保險生效可能需要一段時間。（請查閱第 2 節，瞭解您新承保何時開始的資訊。）在此期間，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療護理和處方藥。

- 您應當繼續使用我們的網絡藥房來配領您的處方藥，直到您在本計劃的會員資格終止為止。通常，您的處方藥僅有在網絡藥房配領時才可獲得承保，包括透過我們的郵購藥房服務。
- 如果您在會員資格終止的當日住院，您的住院通常由本計劃承保至您出院為止（即使您在新的健康保險開始生效之後出院亦然）。

#### 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，您需要致電我們的會員服務聯絡中心，以瞭解您搬家或旅行的目的地是否在本計劃服務區內。會員服務聯絡中心的電話號碼列印於本手冊的封底。
- ◆ 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。但是，如果您搬家，而且您的新家在本計劃的服務區外，您將會遭到本計劃的退保。
- 如果您被監禁（坐牢）。
- 如果您不是美國公民或美國合法居民。
- 如果您享有能為您提供處方藥承保的其他保險，但您對該保險的相關資訊說謊或有所隱瞞。
- 如果您在入保本計劃時蓄意向我們提供不正確的資訊，而該資訊會影響您參加本計劃的入保資格。除非我們事先得到 Medicare 的許可，否則我們不能根據此理由請您退出本計劃。
- 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。除非我們事先得到 Medicare 的許可，否則我們不能根據此理由請您退出本計劃。
- 如果您讓他人使用您的會員卡來獲得醫療護理。除非我們事先得到 Medicare 的許可，否則我們不能根據此理由請您退出本計劃。
  - ◆ 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？

如果您有疑問或需要知道我們可在何時終止您會員資格的詳情：

- 您可致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）以獲得更多資訊。

### **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離開本計劃**

我們不得以與您健康相關的任何理由而要求您離開本計劃。

#### 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被要求退出本計劃，您應致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 與 Medicare 聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。您每週 7 天、每天 24 小時均可致電。

**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。**

**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，我們必須透過書面方式告知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申訴或投訴，您該怎麼做。您可查閱第 9 章第 10 節，瞭解有關如何提出投訴的資訊。

## 第 11 章 法律聲明

第 1 節	有關管轄法律的聲明 .....	250
第 2 節	有關反歧視的聲明 .....	250
第 3 節	關於 Medicare 次要付款方代位求償權的聲明 .....	250
第 4 節	對本《承保範圍說明書》的管理 .....	250
第 5 節	申請和聲明 .....	251
第 6 節	轉讓 .....	251
第 7 節	律師及代表費用 .....	251
第 8 節	福利協調 .....	251
第 9 節	雇主的責任 .....	251
第 10 節	《承保範圍說明書》對會員的約束力 .....	252
第 11 節	政府機構的責任 .....	252
第 12 節	會員免責 .....	252
第 13 節	不棄權 .....	252
第 14 節	通知 .....	252
第 15 節	追討超額付款 .....	252
第 16 節	第三方責任 .....	253
第 17 節	美國退伍軍人事務部 .....	254
第 18 節	工傷賠償或雇主責任福利 .....	254
第 19 節	具約束力的仲裁 .....	254

### 第 1 節 有關管轄法律的聲明

許多法律適用於本《承保範圍說明書》，而且有些額外條款由於法律規定也可能適用。即使本文件未提到或闡述該相關法律，其也可能會影響您的權利和責任。本文件適用的主要法律是《社會安全法》第 XVIII 章和 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 依據《社會安全法》制定的法規。另外，可能也適用其他聯邦法律，而且某些情形下也可能適用您所在州的州法。

### 第 2 節 有關反歧視的聲明

本計劃必須遵守保護您免於遭受歧視或不公平待遇的法律。我們不會基於種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、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。包括本計劃在內提供 Medicare Advantage 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 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。

如果您是殘障人士且在獲得醫護服務時需要協助，請致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）。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 42 CFR 第 422.108 和 423.462 節 CMS 條例，Kaiser Permanente Senior Advantage 作為一個 Medicare Advantage 組織，將行使與 Secretary 根據 42 CFR 第 411 節 B 至 D 條中 CMS 條例所行使的相同追索權，而且此節中所確定的規則將取代任何州法律。

### 第 4 節 對本《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，以促使本《承保範圍說明書》獲得井然有序及高效率管理。

## 第 5 節 申請和聲明

您必須按照我們正常業務流程或本《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、福利或義務。

## 第 7 節 律師及代表費用

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 福利協調

如第 1 章（第 10 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「福利協調」，因為它涉及協調您可使用的所有健康福利。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，請參閱第 16 節；有關工傷賠償案件中首要付款的詳細資訊，請參閱第 18 節。

如果您還享有其他健康護理承保，請務必告知我們，且當您的其他保險發生任何變更時，也請告知我們。

## 第 9 節 雇主的責任

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》選擇保險或接受福利即表示，所有依法有立約能力的會員和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

如果我們未執行本《承保範圍說明書》中的任何條款，這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，請盡快致電我們的會員服務聯絡中心（電話號碼列印於本手冊的封底）並致電 **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，以通報您的地址變更。

## 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任何超額付款。

**第 16 節 第三方責任**

如第 1 章第 10 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 或本計劃之前先行付款。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：**此第 16 節的規定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費用或開支。

在針對第三方提交或呈交索賠或法律訴訟後的 30 天內，您必須將關於索賠或法律訴訟的書面通知寄送至：

Equian  
Kaiser Permanente – Northern California Region  
Subrogation Mailbox  
P.O. Box 36380  
Louisville, KY 40233  
傳真：502-214-1137

您必須填寫所有同意書、免責書、授權書、轉讓書及其它文件，包括指示您律師、第三方及第三方的責任保險公司直接向我們付款的留置權書，並將這些資料寄給我們，以便我們確定我們可能擁有的任何權利並行使該等權利。事先未經我們書面同意，您不得同意放棄、免除或縮減我們依照此條款享有的權利。

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。我們可轉讓我們的權利，以執行我們的留置權和其他權利。

## 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福利

如第 1 章第 10 節所述，工傷賠償保險通常必須在 Medicare 或本計劃之前先行付款。因此，我們有權催繳工傷賠償或雇主責任法律所規定的首要付款款項。根據工傷賠償或雇主責任法律，您可能有資格獲得付款或其他福利，包括以和解金方式獲得的款項（統稱為「財務福利」）。即使無法確定您是否有權獲得財務福利，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賠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 具約束力的仲裁

下方對具約束力仲裁的描述適用於以下會員：

- 所有入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan 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 Plan 且生效日期為 2008 年 1 月 1 日當日或之後，且未在 Senior Advantage 計劃生效日期的 60 個日曆日內明確拒絕具約束力之仲裁程序的會員。

對於受此「具約束力的仲裁」條款制約的所有索賠，索賠人和應訴人均放棄陪審團或法庭審理的權利，並應接受使用具約束力的仲裁。只要此「具約束力的仲裁」條款適用於 Kaiser Permanente 關係方所提出的索賠，此「具約束力的仲裁」條款對於在本《承保範圍說明書》生效日期之前所發生且未解決的所有索賠即應具有回溯力。該等追溯效力的使用應僅對 Kaiser Permanente 當事方有約束力。

### 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 關係方所提出，或由一個或多個 Kaiser Permanente 關係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》入保的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 會員所適用之 Medicare 上訴程序辦理的索賠（請參閱第 9 章，以瞭解 Medicare 上訴資訊）。
- 根據準據法規定，不能受制於具約束力的仲裁之索賠。

在此處「具約束力的仲裁」條款的範圍內，「會員方」包括：

- 會員。
- 會員的繼承人、親屬或個人代表。
- 聲稱其因會員與一個或多個 Kaiser Permanente 關係方的關係而需承擔義務的任何人士。

「Kaiser Permanente 當事方」包括：

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals。
- KP Cal, LLC.
- 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方或 Kaiser Permanente 當事方。「應訴人」是指遭到索賠的會員方或 Kaiser Permanente 關係方。

### 訴訟規則

仲裁應按照 Office of the Independent Administrator 與 Kaiser Permanente 及 Arbitration Oversight Board 共同協商制定的受獨立管理人辦公室監督的 *Kaiser Permanente 會員仲裁規則*（「訴訟規則」）進行。如需獲取訴訟規則的副本，請聯絡我們的會員服務聯絡中心。

### 啟動仲裁

索賠人應以送交仲裁請求書的方式啟動仲裁。仲裁請求書的內容應包含：對應訴人提出仲裁的依據；索賠人要求透過仲裁獲得的損害賠償金額；如有請律師，索賠人及其律師的姓名、地址和電話號碼；以及所有應訴人的姓名。索賠人應在仲裁申請中說明依據同一事件、交易或相關情形向應訴人提出的所有索賠。

### 送交仲裁請求通知

應向 Health Plan、Kaiser Foundation Hospitals、KP Cal, LLC、The Permanente Medical Group, Inc.、Southern California Permanente Medical Group、The Permanente Federation, LLC 和 The Permanente Company, LLC 送交仲裁請求書，請將仲裁請求書郵寄至下列地址給該應訴人：

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Legal Department  
1950 Franklin Street, 17<sup>th</sup> floor  
Oakland, CA 94612

在應訴人收到仲裁請求書之時，仲裁請求書即算作送交。應根據《加州民事訴訟法》的民事訴訟相關規定向包括個人在內的其他所有應訴人送交仲裁請求書。

### 申請費

在每次提出仲裁時，索賠人應向「仲裁帳戶」支付一次\$150的申請費，該費用不予退還，無論仲裁申請主張多少項索賠，亦無論仲裁申請有多少位索賠人或應訴人。

若索賠人認為自己經濟極為困難，可向 Office of the Independent Administrator 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免除申請表，並將表格提交給 Office of the Independent Administrator，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聯絡中心索取。

### 仲裁人的人數

仲裁人的人數可能會影響索賠人支付中立仲裁人收費及開支的責任（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以下，則爭議應由一名中立仲裁人聽審和裁定，除非當事方另以書面方式同意仲裁應由兩名當事方仲裁人及一名中立仲裁人聽審。中立仲裁人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人及兩名當事方仲裁人聽審和裁定，一名當事方仲裁人將由所有索賠人共同指定，另一名則由所有應訴人共同指定。有權選擇當事方仲裁人的當事方可同意放棄此項權利。若所有當事方均同意，此類仲裁將由一名中立仲裁人聽審。

### 仲裁人費用與開支的支付

在訴訟規則一節所述的特定情況下，Health Plan 將會支付中立仲裁人的費用與開支。在所有其他仲裁中，中立仲裁人的費用與開支應由索賠人和應訴人各支付一半。

如各當事方有選擇當事方仲裁人，索賠人應負責支付自己當事方仲裁人的費用與開支，應訴人則應負責支付自己當事方仲裁人的費用與開支。

### 費用

除了上述中立仲裁人的費用與開支外，除非法律另有規定且該法律適用於根據本「具約束力的仲裁」條款所進行的仲裁，否則各當事方應自行負擔其律師費、證人費以及在索賠的控辯過程中所發生的其他費用，無論索賠的性質或仲裁結果為何。

### 一般性規定

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的日期；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的日期，以兩者之中日期較早者為準。中立仲裁人可依據其他理由駁回索賠，但需提出正當理由證明。如依照正當程序發出聽證通知後，一方未能出席仲裁聽證，則中立仲裁人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改革法》（包括任何修訂）應適用於任何專業疏忽索賠或是法律允許或規定的任何其他索賠，其中包括該法案中規定下列事項的各章節：針對患者所獲得的任何保險或殘障福利給付進行舉證的權利、限制追討非經濟損失，以及裁決定期給付未來損害賠償之權利。

在不違反本章節的前提下，仲裁應遵守此處「具約束力的仲裁」規定、《聯邦仲裁法》第 2 節、《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 和第 4 節的規定，本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的選擇性補充福利組合。該補充福利組合涵蓋牙科、助聽器、健身和額外視力矯正器福利，需在您的 Senior Advantage 計劃保費之外額外繳納月保費（請參閱第 4 章第 2.2 節以瞭解詳情）。

**補助** – 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費用超過該補助金額，則您將需支付超出補助的金額，且該金額不會計入您的年度自付上限中。

**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 小時的患者提供門診手術服務。

**年度入保期** – 每年秋季在固定的時間，會員可以更改其保健或藥物計劃，或轉至 Original Medicare。年度入保期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。

**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。例如，如果我們沒有為您認為應該接受的藥物、物品或服務付款，您可以上訴。第 9 章對上訴作了說明，包括提出上訴的流程。

**差額收費** – 醫護人員（如醫生或醫院）向患者開具的帳單金額高於本計劃所允許之成本分擔額的情形。身為本計劃的會員，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。

**福利期** – 本計劃和 Original Medicare 衡量您使用專業護理院 (SNF) 服務的方式。福利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 SNF 的專業護理），則福利期即結束。如果您在一個福利期結束後住進醫院或專業護理院，則新的福利期即開始。福利期無數量限制。

**品牌藥** – 由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，且通常不會在品牌藥專利到期之前上市。

**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在承保藥物上花費 \$6,350，因而您可為藥物支付較低共付額或共保額的 D 部分藥物福利階段。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)** – 管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章說明了如何聯絡 CMS。

**共保額** – 作為您對服務或處方藥的成本分擔而可能需要支付的金額。共保額通常為計劃費用的百分比（例如 20%）。

**投訴** – 「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」。投訴流程只用於某些類型的問題。這些問題包括涉及醫護品質、候診時間及您獲得的客戶服務等問題。也請參閱本定義表的「申訴」。

**綜合門診復健設施 (CORF)** – 主要在罹患疾病或受傷之後提供復健服務的設施，此類設施提供各式各樣的服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業病治療、言語-語言病理學服務以及居家環境評估服務。

**福利協調 (COB)** – 福利協調是一項規定，用於在您享有其他保險的情況下確定索賠給付的順序。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」。如果有超過一個以上的付款方，則由「福利協調」規定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。有關詳細資訊，請參閱第 1 章（第 10 節）和第 11 章（第 8 節）。

**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。共付額的金額通常是固定的，而非百分比。例如，您可能需要為醫生看診或處方藥支付 \$10 或 \$20。

**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。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」即適用。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保健就診期間接受非預防保健服務，我們在日後可將適用於非預防保健服務的成本分擔帳單寄給您。對於預先訂購的項目，您需要支付在訂購日期當日生效的共付額（但除非您在收到項目當日該項目仍屬於承保範圍，否則我們不會承保該項目），且您可能需要在訂購該項目時支付共付額。針對門診處方藥，訂購日期是藥房在收到配領處方要藥所需的全部資訊後處理訂單的日期。

**成本分擔等級** – 承保藥物清單上的每種藥物都屬於六個成本分擔等級中的其中一個等級。一般而言，成本分擔等級越高，您需要支付的藥費也越高。

**承保判定** – 針對您的處方藥是否屬於本計劃承保範圍以及如果您需為處方藥付費，針對您需為處方藥支付多少金額所作的決定。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。本手冊中的承保判定稱為「承保決定」。第 9 章向您說明如何要求我們作出承保決定。

**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** – 我們使用本術語來泛指屬於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款。

**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所提供的個人護理。監督護理是指可由不具備專業技能或未經培訓的人員所提供的個人護理，如協助如沐浴、更衣、進食、上下床、坐下或起身、行走和使用洗手間等日常生活活動。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** – 如果醫生針對特定藥物為您開立少於一個月的藥量，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：如果您一個月藥量的共付額為\$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。也就是說，您在配領處方藥時，每天需支付\$1的藥費。

**免賠額** – 您在本計劃開始給付之前必須為健康護理或處方藥支付的金額。

**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。退保可能出於自願（您自己的選擇）或是非自願（不是您自己的選擇）。

**配藥費** – 每次配領承保藥物時均要收取的處方配藥費用。配藥費包含諸如藥劑師準備和包裝處方藥的時間成本等。

**耐用醫療器材 (DME)** – 由您的醫生基於醫療原因開立醫囑的特定醫療器材。例子包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈注射泵、語音溝通裝置、氧氣設備、噴霧器或由醫護人員開立醫囑並供居家使用的病床。

**急診** – 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，以防失去生命或四肢，或以防四肢功能受損。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) 因治療、評估或穩定急診病症所需。

**急診牙科護理** – 由牙科醫生為了治療牙齒疾病而為入保 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 5:00 至晚上 6:00。（聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-800-735-2929**）。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，將嚴重威脅到孕婦或腹中胎兒的健康；
- 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) 和披露資訊** – 本文件連同您的入保申請表和任何其他附件、附約或其他您所選購的選擇性保險，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** – 承保判定的一種，如經核准，您將可獲得不在您計劃贊助者承付藥物手冊中的藥物（承付藥物手冊例外處理），或者您可按照較低成本分擔等級的規定獲得非首選藥物（等級例外處理）。如果我們限制您要求的藥物數量或劑量，您也可以要求例外處理（承付藥物手冊例外處理）。

**除外藥物** – 不屬於 42 U.S.C. 第 1395w-102(e) 節所定義之「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。

**承付藥物手冊** – 本計劃承保的 Medicare D 部分藥物清單。

**非品牌藥** – 食品及藥物管理署 (FDA) 核准的處方藥，具有和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** – 您針對本計劃提出的一種投訴，包括與醫護品質有關的投訴。這類投訴不涉及承保範圍或付款爭議。

**居家健康助理** – 居家健康助理提供的服務不需要執照護士或治療師的技能，如個人護理協助（例如沐浴、如廁、更衣或從事醫生囑咐的運動）。居家健康助理沒有護理執照也不提供治療。

**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保健服務。承保服務項目均列於第 4 章的「醫療福利項目表」。我們根據 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** – 壽命只剩六個月或不到六個月的會員有權選擇接受安寧服務。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福利。安寧服務將針對您的狀態提供特別治療。

**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 是保費以外的額外費用。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** – 初始保險階段的承保上限。

**初始保險階段** – 您的藥物總費用達到 \$4,020 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 A 部分和 B 部分的時間。例如，如果您在滿 65 歲時獲得 Medicare 資格，則您的初始入保期為七個月，即從您年滿 65 歲的前三個月開始到您年滿 65 歲的後三個月結束，包括您 65 歲生日的該月份。

**住院醫療護理** – 您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》有時將 Health Plan 稱為「我們」，適用於在我們北加州地區服務區入保的 Senior Advantage 會員，該服務區詳見第 1 章第 2.3 節。就保費、成本分擔、入保和退保而言，北加州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，您可以在北加州地區服務區內任何地方獲得網絡醫護人員的醫療護理。

**Kaiser Foundation Hospital** – 由 Kaiser Foundation Hospitals 持有和經營的網絡醫院。

**Kaiser Permanente** – Kaiser Foundation Hospitals、Health Plan 和專業醫療服務集團。

《**Kaiser Permanente 2020 年完整承付藥物手冊**》（承付藥物手冊或「藥物清單」）– 本計劃所承保的處方藥清單。該清單上的藥物是我們在醫生和藥劑師的幫助下選擇的。清單中包含品牌藥和非品牌藥。

**Kaiser Permanente 地區** – 提供直接服務型保健計劃的 Kaiser Foundation Health Plan 組織。如果您在我們的服務區外，您可以透過其他 Kaiser Permanente 地區之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 2.2 節以獲取詳情。

**長期護理醫院** – 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。這類醫院不是長期護理設施，例如康復或生活輔助設施。

**低收入補助 (LIS)** – 請參閱「額外補助」。

**自付上限** – 在日曆年度期間，您為網絡內承保的 A 部分和 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。請參閱第 4 章第 1.2 節，瞭解有關您自付上限的資訊。

**Medicaid (或醫療輔助)** – 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，但如果您同時具有 Medicare 和 Medicaid 資格，則涵蓋大多數健康護理服務費用。請參閱第 2 章第 6 節以瞭解有關如何聯絡您所在州的 Medicaid 資訊。

**醫療護理或服務** – 保健服務或用品。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** – 與本計劃簽訂合約以向您提供承保服務的計劃醫護人員網絡。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** – 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使用方式。請參閱第 5 章第 3 節，以瞭解有關醫學上公認之適應症的詳細資訊。

**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。享有 Medicare 的人士可以透過 Original Medicare、Medicare Cost Plan、PACE 計劃或 Medicare Advantage Plan 取得其 Medicare 健康保險。

**Medicare Advantage 開放入保期** – 每年 Medicare Advantage Plan 會員可以取消計劃入保並轉至 Original Medicare 或變更 D 部分保險的一段指定時間。開放入保期是從 2020 年 1 月 1 日至 3 月 31 日。

**Medicare Advantage (MA) Plan** – 有時稱為 Medicare C 部分，是由與 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 部分福利。Medicare Advantage Plan 可以是 HMO、PPO、Private Fee-for-Service (PFFS) 計劃，或 Medicare Medical Savings Account (MSA) 計劃。在您入保 Medicare Advantage Plan 後，Medicare 服務將透過該計劃獲得承保，而非由 Original Medicare 給付。大多數情形下，Medicare Advantage Plan 也提供 Medicare 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**。除末期腎臟病患者外（除非某些例外情形適用），享有 Medicare A 部分和 B 部分的任何人都有資格入保其所在地區提供的任何 Medicare 保健計劃。

**Medicare Cost Plan** – Medicare Cost Plan 是指由健康維護組織 (HMO) 或 Competitive Medical Plan (CMP) 根據社會安全法案第 1876(h) 節中的成本補償約定所實施的計劃。

**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。因此，大多數但並非全部品牌藥均可以打折。

**Medicare 承保服務** – Medicare A 部分和 B 部分的承保服務。包含本計劃在內的所有 Medicare 保健計劃均必須承保屬於 Medicare A 部分和 B 部分承保範圍的所有服務。

**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 部分福利項目。此術語包含所有 Medicare Advantage Plans、Medicare Cost Plans、Demonstration/ Pilot Programs 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 「缺口」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獲得 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認的人士。

**會員服務部或會員服務聯絡中心** – 本計劃中負責回答您有關會員資格、福利、申訴和上訴等問題的部門。請參閱第 2 章以瞭解如何聯絡會員服務部。

**網絡藥房** – 網絡藥房是指本計劃會員可獲得處方藥福利的藥房。我們將其稱為「網絡藥房」是因為這些藥房與本計劃簽訂合約。大多數情況下，只有當您的處方在網絡藥房配領時才會獲得承保。

**網絡醫生** – 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）。

**網絡醫護人員** – 「醫護人員」是我們使用的通用術語，用以代表由 Medicare 和州政府授予執照或認證，旨在提供保健服務的醫生、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。當上述人士與本計劃簽訂協議以接受我們的給付作為全額報酬，且在某些情形下為本計劃會員協調和提供承保服務時，我們便稱其為「網絡醫護人員」。本計劃會依據與網絡醫護人員簽訂的協議或者在醫護人員同意為您提供計劃承保服務時向其提供給付。網絡醫護人員也稱為「計劃醫護人員」。

**選擇性補充福利** – 可透過支付額外保費來購買且不包含在您福利組合中的非 Medicare 承保福利。如果您選擇購買選擇性補充福利，您可能需要支付額外保費。您必須自願選擇選擇性補充福利以便獲得該福利（請參閱第 4 章第 2.2 節以獲取詳情）。

**組織判定** – 當 Medicare Advantage 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作決定時，該決定即為組織判定。組織判定在本手冊中稱為「承保決定」。第 9 章向您說明如何要求我們作出承保決定。

**Original Medicare**（「傳統 Medicare」或「按服務收費」的 Medicare）– Original Medicare 是由政府提供，其不像 Medicare Advantage Plan 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。

**網絡外藥房** – 未與本計劃簽訂合約為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。正如本《承保範圍說明書》所述，除非特定條件適用，否則您從網絡外藥房獲得的大多數藥物都不屬於本計劃的承保範圍（請參閱第 5 章第 2.5 節以瞭解詳情）。

**網絡外醫護人員或網絡外設施** – 我們未安排其為本計劃會員協調或提供承保服務的醫護人員或設施。網絡外醫護人員是指非由本計劃聘僱、擁有或管理的醫護人員，或未與我們簽有合約向您提供承保服務的醫護人員。有關使用網絡外醫護人員或設施的情形請參閱本手冊第 3 章。

**自付費用** – 請參閱前文「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 Plan** – PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) 計劃針對體弱多病者結合了醫療、社會及長期護理 (LTC) 服務，以協助他們盡可能長期保持獨立並在自己的社區內生活（而非入住護理院），同時協助他們獲得其所需的優質醫護服務。入保 PACE 計劃者可透過該計劃獲得 Medicare 和 Medicaid 福利。

**C 部分** – 請參閱「**Medicare Advantage (MA) Plan**」。

**D 部分** – 自願性 Medicare Prescription Drug Benefit Program。（為方便起見，我們將處方藥福利計劃稱為 D 部分。）

**D 部分藥物** – 屬於 D 部分承保範圍的藥物。我們可能會也可能不會提供所有 D 部分藥物。（請參閱您的承付藥物手冊，瞭解承保藥物的具體清單。）某些類別的藥物被國會明確排除在 D 部分藥物的承保範圍之外。

**D 部分延遲入保罰款** – 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 天以上時，您的 Medicare 藥物保險月保費會增加的金額。只要您入保 Medicare 藥物計劃，您就必須支付該更高的金額。有一些例外情形。例如，如果您獲得 Medicare 的「額外補助」來支付您的處方藥計劃費用，您將無需支付延遲入保罰款。

**計劃** – Kaiser Permanente Senior Advantage。

**計劃費用** – 計劃費用是指以下各項費用：

- 針對專業醫療服務集團或 Kaiser Foundation Hospitals 提供的服務，專業醫療服務集團和 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。

- 針對按人頭收費的醫護人員（專業醫療服務集團或 Kaiser Foundation Hospitals 除外）提供的服務，Kaiser Permanente 與按人頭收費的醫護人員協商之費用表中的費用。
- 針對從 Kaiser Permanente 擁有與營運之藥房取得的項目，如果會員的福利計劃不承保該項目，藥房針對該項目向會員收取的費用（此費用是下列項目的預估費用：取得、儲存與發配藥物的費用、直接或間接向會員提供 Kaiser Permanente 藥房服務的費用，以及藥房計劃針對 Health Plan 淨利規定所進行的供款）。
- 對於所有其他服務，則費用指 Kaiser Permanente 為服務所支付的費用，或者，如果 Kaiser Permanente 要扣除付款中的成本分擔額，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況在臨床上已經穩定後所接受之與該急診病症有關及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，而且預計您的病症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) Plan** – Preferred Provider Organization 計劃是一項 Medicare Advantage Plan，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福利，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福利，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上限；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** – 定期支付給 Medicare、保險公司或保健計劃的健康護理或處方藥承保費用。

**基本保健業者 (PCP)** – 基本保健業者是您在發生大多數健康問題時首先求診的醫生或其他醫護人員。基本保健業者會確保您獲得所需的醫護，以保持您的健康。基本保健業者也會與其他醫生和保健業者交流您的醫療護理情形，並將您轉介給他們。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。請參閱第 3 章第 2.1 節，瞭解有關基本保健業者的資訊。

**事前授權書** – 事先核准您獲得可能列於也可能未列於本計劃承付藥物手冊中的服務或特定藥物。只有當您的醫生或其他網絡醫護人員獲得本計劃的「事前授權書」時，計劃才會承保某些網絡內醫療服務。需要事前授權書的承保服務在第 4 章的「醫療福利項目表」中註有標記並於第 3 章第 2.3 節中詳加說明。只有當您的醫生或其他網絡醫護人員獲得本計劃的「事前授權書」時，計劃才會承保某些藥物。需要事前授權書的承保藥物在承付藥物手冊中註有標記。

**假體及矯形裝置** – 由醫生或其他保健業者開立醫囑的醫療裝置。承保物品包括但不限於手臂、背部和頸部支架、義肢、義眼，以及取代身體內部器官或功能所需的裝置，包括造口術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，由聯邦政府聘僱，負責檢查並改進向 Medicare 患者提供的醫護服務。請參閱第 2 章第 4 節瞭解有關如何與您所在州 QIO 聯絡的資訊。

**數量限制** – 基於品質、安全或醫療服務使用情況等原因而用來限制特定藥物使用方式的管理工具。我們可能會針對我們對每份處方承保的藥量或承保的期限設定限制。

**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。

**服務區** – 如果該計劃根據人們的居住地限制會員資格，服務區是指保健計劃接受會員的地理區域。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。如果您永久搬出本計劃的服務區，本計劃可讓您退保。

**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。專業護理院醫療護理的例子包括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** – 一項特殊類型的 **Medicare Advantage Plan**，為特定族群提供更專門的健康護理服務，例如同時擁有 **Medicare** 和 **Medicaid** 的人士、住在護理院的人士或特定慢性病患者。

**特殊等級藥物** – 是指我們的承付藥物手冊中經 **FDA** 核准且費用極高的藥物。

**社會安全生活補助金 (SSI)** – 由社會安全局向收入和資源有限且殘障、失明或年滿 65 歲以上的人士所支付的每月福利。**SSI** 福利與社會安全福利不同。

**緊急需求服務** – 緊急需求服務的提供是為了治療需要立即獲得醫療護理的非急診意外疾病、傷害或病況。緊急需求服務可以由網絡醫護人員提供，或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時由網絡外醫護人員提供。

**PRA 披露聲明：**根據《1995 年文書減省法令》的規定，除非文件中有顯示有效的 **OMB** 控制編號，否則任何人皆不必對收集資訊要求作出回應。此項資訊收集的有效 **OMB** 控制編號為 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**。

# 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**，**800-537-7697 (TDD)**。請造訪 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 下載投訴表。



# Multi-language Interpreter Services

## English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-443-0815** (TTY: 711)。

## Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

**1-800-443-0815** (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

## Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY (հեռատիպ) 711):

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-443-0815** (телетайп: 711).

## Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

## Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

**1-800-443-0815** (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### **Cambodian**

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: 711)។

### **Hmong**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: 711).

### **Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815** (TTY: 711) पर कॉल करें।

### **Thai**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-443-0815** (TTY: 711).

### **Farsi**

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: 711) تماس بگیرید.

### **Arabic**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-443-0815** (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

## Kaiser Permanente Senior Advantage 會員服務部

---

方法	會員服務部—聯絡資訊
電話	<b>1-800-443-0815</b> 此電話為免費電話。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。會員服務部還為英語為非母語的人士提供免費語言口譯服務。
聽障及語障 電話專線	<b>711</b> 此電話為免費電話。每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
寫信	網絡設施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>

---

## Health Insurance Counseling and Advocacy Program (加州的 SHIP)

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 是由聯邦政府提供資金的州政府計劃，為享有 Medicare 的人士免費提供當地健康保險諮詢。

---

方法	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	<b>www.aging.ca.gov/HICAP/</b>

---