

2022年1月1日-12月31日

承保福利說明：

作為MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的會員您可享受的Medicare保健福利、服務和處方藥保險

本手冊為您詳細介紹了您在 2022 年 1 月 1 日至 12 月 31 日的 Medicare 和 Medicaid 保健（包括長期服務和支援）和處方藥保險。它還闡述了如何獲得您所需要的醫療保健服務和處方藥品保險。這是一個重要的法律文件。請妥善儲存。

本計劃，即MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)，由MetroPlus Health Plan, Inc提供。（在本《承保福利說明》中，「我們」或「我們的」指代MetroPlus Health Plan, Inc.，而「計劃」或「我們的計劃」指代MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)。）

本文件免費提供西班牙語版本。

其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話：1-866-986-0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。

ATENCIÓN: si habla español, cuenta con servicios de asistencia lingüística sin cargo disponibles para usted. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 711).

我們還可以應請求為您提供盲文、大號印刷體或其他格式的資訊。

福利、保費、自負額以及/或者自付費用/共同保險費可能於 2023 年 1 月 1 日發生變更。

處方一覽表、藥房網絡，以及/或服務提供者網絡可能隨時變更。如有必要，您將收到通知。

H0423_MEM22_2603c_C Non-Marketing 10132021

2022年《承保福利說明》**目錄**

本章節和頁碼清單即您的起點。有關尋找您所需資訊的更多協助，請前往每章的首頁。您將在每章開頭看到詳細的話題清單。

第 1 章.	從成為會員開始.....	3
	詳細說明加入 Medicare 醫療保險的意義和怎樣使用該手冊。闡述我們將寄給您的材料，您的計劃保費，您的計劃會員卡，以及如何保持最新的會員檔案。	
第 2 章.	重要電話號碼與資源	17
	說明如何聯絡我們的計劃(MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP))以及其他組織，包括 Medicare、State Health Insurance Assistance Program (SHIP)、品質改善組織、Social Security、Medicaid（低收入者州健康保險輔助計劃），以及幫助人們支付其處方藥品的各種計劃，以及 Railroad Retirement Board。	
第 3 章.	使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險.....	38
	解釋您作為我們的計劃的會員獲得醫療保健服務所需瞭解的重要事項。各種主題，包括使用計劃網絡內的服務提供者，以及在出現緊急情況時如何獲得護理。	
第 4 章	《福利表》（承保項目）	54
	詳細說明當您成為我們的計劃會員時，哪些類型的醫療保健服務屬於我們的承保範圍，哪些不屬於。	
第 5 章.	使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險.....	98
	解釋您在獲得 D 部分藥品時所需遵循的規則。闡述如何使用計劃的參保藥物清單（處方一覽表）查出哪些藥品參保。說明哪些類型的藥品未參保。解釋部分藥品的保險所適用的幾個限制條件。說明從何處開出處方藥。說明保險計劃的藥品安全和管理藥物計劃。	
第 6 章.	您為 D 部分處方藥支付的費用	119
	說明藥品保險的四(4)個階段（自負額階段、初始保險階段、甜甜圈孔階段、重病保險階段），以及這些階段對您的藥品付費有何影響。	

目錄

第 7 章.	要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用.....	136
	說明在您想要我們償付您為您承保服務或藥品支付的費用時，在何時及怎樣把帳單寄給我們。	
第 8 章.	會員權利和責任.....	143
	解釋您成為我們的保險計劃會員後享有的權利和承擔的責任。說明您認為自己享有的權利未得到應有的尊重可採取哪些行動。	
第 9 章.	發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法.....	154
	分步驟說明您在成為我們的保險計劃會員後如何解決遇到的問題或疑慮。	
	<ul style="list-style-type: none">• 說明在您無法獲得您認為我們的保險計劃應承保的醫療保健或處方藥時，如何申請保險裁定和上訴。其中包括要求我們提供對您的處方藥保險規則或額外限制的特例，以及在您認為您的保險期結束得太快時，要求我們繼續承保住院護理和某些類型的醫療服務。• 說明怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務和其他問題。	
第 10 章.	終止您的會員資格.....	206
	解釋您在何時及怎樣終止保險計劃的會員資格。說明在出現哪些情況時我們的保險計劃必須終止您的會員資格。	
第 11 章.	法律通告.....	216
	包括有關管轄法律和無差別待遇的通知。	
第 12 章.	重要詞語的定義.....	229
	說明本手冊的關鍵術語。	

第 1 章

從成為會員開始

第 1 章. 從成為會員開始**第 1 章. 從成為會員開始**

第 1 部分	簡介	5
第 1.1 節	您加入 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) (一項特殊的 Medicare Advantage Plan, 即 Special Needs Plan)	5
第 1.2 節	《承保福利說明》手冊的作用是什麼?	6
第 1.3 節	《承保福利說明》的法律資訊.....	6
第 2 部分	您怎樣獲得計劃會員資格?	7
第 2.1 節	您的資格要求.....	7
第 2.2 節	什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險?	8
第 2.3 節	什麼是 Medicaid?	8
第 2.4 節	以下是 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的計劃服務區域	8
第 2.5 節	美國公民或合法居住者.....	9
第 3 部分	您將從我們這裡獲得其他哪些材料?	9
第 3.1 節	您的計劃會員卡 - 用於獲得所有參保的醫療服務和處方藥	9
第 3.2 節	《醫生/藥房名錄》: 您的計劃網路內所有服務提供者和藥房指南	10
第 3.3 節	本計劃的《承保藥物清單 (處方一覽表)》	11
第 3.4 節	D 部分福利說明 (「D 部分 EOB」): 報告帶有一份您的 D 部分處方藥已付款項匯總.....	11
第 4 部分	您為 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)支付的每月保費	12
第 4.1 節	您的計劃保費金額是?	12
第 4.2 節	我們是否可以變更您當年的每月計劃保費?	13
第 5 部分	請保持最新的計劃會員資格檔案	13
第 5.1 節	如何幫助我們掌握您的準確資訊	13
第 6 部分	我們保護您的個人健康資訊隱私	15
第 6.1 節	我們保證您的健康資訊受到保護.....	15
第 7 部分	其他保險如何與我們的計劃協調	15
第 7.1 節	在您享有其他保險時, 哪個計劃會最先支付?	15

第 1 章. 從成為會員開始

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 您加入 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) (一項特殊的 Medicare Advantage Plan, 即 Special Needs Plan)

您可同時參保 Medicare 和 Medicaid :

- **Medicare** 是為 65 歲或以上年齡的老人、某些未滿 65 歲但有某些殘疾的人士，以及患有末期腎病（腎衰竭）的人士設立的一項聯邦健康保險計劃。
- **Medicaid** 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於幫助一些收入和資源有限的人士支付藥費。Medicaid 保險根據您所在的州和您享有的 Medicaid 保險類型而不同。一些享有 Medicaid 保險的人士可獲得 Medicare 保費和其他費用的支付幫助。其他人士也可獲得 Medicare 未承保的其他服務和藥品的保險。

您已選擇透過我們的計劃(MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP))獲得您的 Medicare 和 Medicaid 醫療保健和處方藥保險。

Medicare 有多種醫療保險。MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)是一項特殊的 Medicare Advantage Plan (即 Medicare 「Special Needs Plan」)，其福利專為有特殊醫療保健需求的人士提供。MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)是專為享有 Medicare 保險且符合獲得 Medicaid 幫助資格的人士提供的計劃。

因為您利用 Medicare A 部分和 B 部分費用分攤（自負額、自付費用和共同保險）領取 Medicaid 補助，您可能無需為您的 Medicare 保健服務支付費用。Medicaid 還透過承保 Medicare 一般不承保的醫療保健服務而為您提供其他福利。您也可從 Medicare 獲得「Extra Help」，支付您的 Medicare 處方藥費用。MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)將幫助管理您的所有此類福利，因此您能獲得您理應享有的醫療保健服務和付費協助。

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)由非營利組織經營。與所有 Medicare Advantage Plans 一樣，此 Medicare 特殊需求計劃透過 Medicare 的核准。本計劃也與紐約州 Medicaid 簽訂合作，以協調您的 Medicaid 福利。我們很樂意為您提供 Medicare 和 Medicaid 醫療保健保險，包括您的處方藥保險以及長期服務和支援。

本計劃中的保險已被認證為合格健康保險(QHC)，並滿足病患保護與平價醫療法案(ACA)中的個人分攤責任要求。請瀏覽國稅局(IRS)網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 瞭解更多資訊。

第 1 章. 從成為會員開始

第 1.2 節 《承保福利說明》手冊的作用是什麼？

本《承保福利說明》手冊向您介紹如何獲得我們的保險計劃承保的 Medicare 和 Medicaid 醫療保健、長期服務和支援以及處方藥。本手冊闡述了您的權利和責任，我們的承保內容，以及您成為計劃會員應繳納的費用。

詞語「保險」和「承保的服務」指您在成為 fMetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的會員後，我們向您提供的醫療保健、長期服務和支援、服務以及處方藥。

您務必瞭解該計劃的規則，以及該計劃向您提供的服務內容。我們建議您安排一些時間閱覽整本《承保福利說明》手冊。

如果您有任何不解或疑慮，或有任何疑問，請聯絡我們這個計劃的會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 1.3 節 《承保福利說明》的法律資訊

這屬於我們與您所簽訂合約的一部分

本《承保福利說明》是我們與您所簽訂合約的一部分，規定了 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 為您承保的醫療服務。本合約的其他部分包括您的參保表、承保藥物清單（處方一覽表），以及我們寄給您的關於保險或影響您保險的條件的任何變動通知。這些通知有時稱作「附加條款」或「修改」。

合約有效期為您在 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日期間加入 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 的月份。

在每個日曆年，Medicare 都允許我們對提供的計劃作出改變。也就是說，我們可以在 2022 年 12 月 31 日之後，對 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 的費用和福利作出變動。我們也可在 2022 年 12 月 31 日之後停止提供該計劃，或在其他服務區域提供該計劃。

Medicare 每年必須核准我們的計劃

Medicare（Medicare 和 Medicaid 服務中心）每年必須審核 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)。只要我們選擇繼續提供計劃且 Medicare 重新審核了該計劃，您就可以繼續成為我們提供的計劃的會員，享受 Medicare 保險服務。

第 1 章. 從成為會員開始

第 2 部分 您怎樣獲得計劃會員資格？

第 2.1 節 您的資格要求

只要您滿足以下要求，即可獲得我們的計劃會員資格：

- 您享受 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險（第 2.2 節介紹了 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險）
- -- 以及 -- 您在我們的服務地理區域內生活（以下第 2.4 節介紹了我們的服務區域）。
- -- 以及 -- 您是美國公民或在美國有合法居住權
- -- 以及 -- 您符合下列的特殊資格要求。

我們的計劃的特殊資格要求

我們的計劃旨在滿足獲得某些 Medicaid 福利的人士的需求。（Medicaid 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於幫助一些收入和資源有限的人士支付藥費。）要符合參保我們的計劃的資格，您必須有資格享受 Medicare 和全部 Medicaid 福利。

此外，您必須：

- 1) 年滿 18 歲
- 2) 根據紐約州統一評估體系(UAS)或其他由 SDOH 指定的工具，（在參保期間）有資格享受療養院等級的護理
- 3) 根據 SDOH 制訂的標準，在參保時，能在不危及您健康和安全的情況下回到並且一直住在家中和社區中；並且
- 4) 需要至少申請下列一(1)項社區式長期照顧服務，時間超過 120 天（從參保生效日期算起）：
 - 在家中獲得護理服務
 - 在家中獲得治療服務
 - 家庭保健助手服務
 - 在家中獲得個人護理服務
 - 成人日間保健
 - 私人護理，或
 - 消費者主導個人護理計劃

請注意：如果您失去資格但按理有望在 3 月內重獲資格，那麼您仍有資格成為我們的計劃的會員（第 4 章第 2.1 節介紹視同延續資格期間的保險情況）。

第 1 章. 從成為會員開始

第 2.2 節 什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險？

在您首次註冊加入 Medicare 計劃後，您將收到有關 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險承保的服務內容資訊。請記住：

- Medicare A 部分通常協助承保醫院提供的服務（包括住院服務、專業護理設施或家庭保健代理機構）。
- Medicare B 部分計劃用於大多數其他醫療服務（例如內科醫生的服務、上門輸液治療及其他門診服務）和某些物品（例如耐用醫療設備(DME)與用品）。

第 2.3 節 什麼是 Medicaid ？

Medicaid 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於協助一些收入和資源有限的人士支付醫療和長期護理費用。每個州自行決定哪些項目記作收入和資源，哪些人士符合資格，哪些服務承保，以及這些服務的費用。每個州只要遵循聯邦規則，也可自行決定怎樣執行各自的計劃。

此外，還有一些透過 Medicaid 提供的計劃可幫助 Medicare 參保人士支付其 Medicare 費用，例如他們的 Medicare 保費。這些「Medicare 省錢計劃」能夠幫助收入和資源有限的人士每年節省開銷：

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)**：協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如，自負額、共同保險和自付費用）和全部 Medicaid 福利。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)**：協助支付 Medicare B 部分保費及全部 Medicaid 福利。
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE)**：協助支付 Medicare B 部分保費，某些情況下支付 Medicare A 部分保費以及 Medicaid 全部福利。

第 2.4 節 以下是 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的計劃服務區域

儘管 Medicare 屬於一項聯邦計劃，但 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)僅向在我們的計劃服務區域內生活的個人提供。要持續成為我們的計劃的會員，您必須繼續住在計劃服務區域內。服務區域如下所示。

我們的服務區域包括紐約州內的以下郡縣：布朗士、國王郡（布碌崙）、皇后郡、裡士滿（史泰登島）和紐約（曼哈頓）。

第 1 章. 從成為會員開始

如您計劃搬出服務區域，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。在您搬出後，您將擁有一個特殊參保期，在該期間內您可以轉而參保原有的 **Medicare** 計劃，或參加您新居住地的 **Medicare** 保健或藥品計劃。

如果您搬遷或變更郵寄地址，請務必致電 **Social Security**。您可在第 2 章第 5 部分找到 **Social Security** 的電話號碼和聯絡資訊。

第 2.5 節 美國公民或合法居住者

Medicare 醫療保險會員必須是美國公民或在美國有合法居住權的人士。如果您在此基礎上不符合會員資格，則 **Medicare**（**Medicare** 與 **Medicaid** 服務中心）將通知 **MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)**。如果您不滿足這一要求，則 **MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)** 必須令您退保。

第 3 部分 您將從我們這裡獲得其他哪些材料？**第 3.1 節 您的計劃會員卡 - 用於獲得所有參保的醫療服務和處方藥**

在您是我們計劃會員的期間裡，每次您獲得本計劃承保的服務以及在網絡內藥房領取處方藥時都必須使用您的計劃會員卡。您還應該向提供者出示您的 **Medicaid** 卡。以下是會員卡樣本，供您參考：

 MedicareRx <small>Prescription Drug Coverage</small>	<p>CUSTOMER SERVICES: 1.866.986.0356 • TTY (FOR THE HEARING IMPAIRED): 711</p> <p>PHARMACY CUSTOMER SERVICES: 1.866.693.4615 EMAIL: HELP.MEMBEREXPERIENCE@METROPLUS.ORG</p> <p>MENTAL HEALTH CRISIS 24/7: 1.866.728.1885 <small>(SMS CAPABLE FOR THE HEARING IMPAIRED)</small></p> <p>DENTAL CUSTOMER SERVICES: HEALTHPLEX • 1.888.468.2189</p> <p>SUBMIT BEHAVIORAL HEALTH AND MEDICAL CLAIMS TO: METROPLUSHEALTH PO BOX 381508 BIRMINGHAM, AL 35238-1508</p> <p>WWW.METROPLUSMEDICARE.ORG</p> 
<p><FIRST, LAST NAME></p> <p>ID: <ID NUMBER></p> <p>PLAN (80840) 7790789912</p> <p>PCP: <XXXXXX XXXXXXXXXX></p> <p>PCP PHONE: <XXX-XXX-XXXX></p> <p>BENEFITS EFFECTIVE: <XX/XX/XX></p> <p>PAYER ID#: 13265</p>	<p><PLAN NAME></p> <p><CMS Contract / PBP></p> <p>RxBIN: <XXXX></p> <p>RxPCN: <XXXX></p> <p>RxGROUP: <XXXX></p>

在您作為我們計劃的會員期間，不得使用您的紅色、白色和藍色 **Medicare** 卡來獲得承保醫療服務。如果您使用了 **Medicare** 卡而非 **MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)** 會員卡，您可能必須自行承擔全部醫療服務費用。將您的 **Medicare** 卡儲存在安全之處。如果您需要住院服務或參加一般調查研究，可能會要求您出示該卡。

第 1 章. 從成為會員開始

請務必遵循該規則的原因：在您身為計劃會員期間，如果您使用了紅色、白色和藍色 Medicare 卡而非 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員卡來獲得承保服務，您可能必須自行承擔全部費用。

如果您的計劃會員卡破損、遺失或被盜，請立即致電會員服務部，我們會為您寄送一張新卡。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

一些福利僅由紐約州按服務收費 Medicaid 承保，而非 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)承保。當服務僅由紐約州按服務收費 Medicaid 承保時，請使用您的紐約州 Medicaid 卡。

第 3.2 節 《醫生/藥房名錄》：您的計劃網路內所有服務提供者和藥房指南

《醫生/藥房名錄》列出了我們的網路內服務提供者和長期醫療設備提供者。本名錄還包括我們參與 Medicaid 的服務提供者。

什麼是「網路內的服務提供者」？

網路內的服務提供者即與我們簽訂協定，接受我們的付款和任何計劃分擔費用作為付款全款的醫生和其他醫療保健專家、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院和其他醫療保健機構。我們已安排這些服務提供者為我們的計劃會員提供我們承保的服務。如需獲得最新服務提供者和供應商清單，請瀏覽我們的網站：www.metroplusmedicare.org。

為什麼您需要瞭解哪些服務提供者納入我們的網路之中？

瞭解哪些服務提供者納入我們的網路非常重要，這是因為，除了一定的特例情況以外，在您身為我們的計劃會員期間，您必須使用我們的網路內服務提供者來獲得醫療保健和服務（包括長期服務和支援）。特例情況僅限網路不可用時（通常是您不在服務區域內時）發生的緊急情況、急需的服務、服務區外的透析服務，MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 授權使用網路外服務提供者的情況，以及當服務僅由紐約州按服務收費 Medicaid 承保時使用您的紐約州 Medicaid 卡接受服務的情況。請參閱第 3 章（*使用該計劃為您承保的醫療服務*），瞭解有關緊急情況、網路外和服務區外保險服務的更多具體資訊。

務必瞭解參與 Medicaid 的服務提供者有哪些。您必須到 Medicaid 服務提供者處才能獲得計劃承保的 Medicaid 服務。所有 MetroPlus Health Plan 服務提供者都接受紐約州 Medicaid 和 Medicare Advantage。

如果您沒有拿到《醫生/藥房名錄》，您可以聯絡會員服務部索取一份副本（電話號碼已印於本手冊的封底）。您可進一步詢問會員服務部有關我們的網路內服務提供者的資訊，包括這些服務提供者的資質。您也可透過 www.metroplusmedicare.org 查看《醫生/藥房

第 1 章. 從成為會員開始

名錄》，或從該網站下載一份名錄。會員服務部和網站都能夠向您提供有關我們的網絡內服務提供者變動的最新資訊。

什麼是「網絡內的藥房」？

網絡內藥房是指與我們達成協議，為我們的計劃會員開出承保的處方藥的所有藥房。

您為什麼需要瞭解網絡內的藥房？

您可使用《醫生/藥房名錄》來尋找您希望使用的網絡內藥房。以下是我們對明年的藥房網絡作出的變動。您可從我們的網站 www.metroplusmedicare.org 上找到已更新的《醫生/藥房名錄》。您也可致電會員服務部瞭解更新的服務提供者資訊，或要求我們郵寄一份《醫生/藥房名錄》給您。請重新查閱 2022 年《醫生/藥房名錄》，瞭解哪些藥房已納入我們的網絡。

如果您沒有拿到《醫生/藥房名錄》，您可以聯絡會員服務部索取一份副本（電話號碼已印於本手冊的封底）。您可隨時致電會員服務部，瞭解有關藥房網絡變動的最新資訊。您也可以瀏覽我們的網站 www.metroplusmedicare.org，查閱此類資訊。

第 3.3 節 本計劃的《承保藥物清單（處方一覽表）》

本計劃提供一份「承保藥物清單」（處方一覽表）。我們將其簡稱為「藥物清單」。該清單列出了 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 中包含的 D 部分下承保的 D 部分處方藥。除 D 部分承保的藥品外，我們也為您承保其他一些處方藥，作為您的 Medicaid 福利。

該清單上的藥品由本計劃組織在醫生和藥劑師的幫助下選出。該清單必須滿足 Medicare 指定的要求。Medicare 已核准 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 的藥物清單。

該藥物清單也說明瞭您的藥品是否存在限制參保的規定。

如您需要，我們將為您提供一份藥物清單副本。如需獲得有關承保藥品種類的最完整和最新資訊，請瀏覽本計劃的網站(www.metroplusmedicare.org)，或致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 3.4 節 D 部分福利說明（「D 部分 EOB」）：報告帶有一份您的 D 部分處方藥已付款項匯總

在您使用您的 D 部分處方藥福利時，我們將寄給您一份匯總報告，協助您瞭解並記錄您的 D 部分處方藥付款情況。該匯總報告稱為 D 部分福利說明（或「D 部分 EOB」）。

第 1 章. 從成為會員開始

《D 部分福利說明》介紹了您、代表您的其他人以及我們為 D 部分處方藥支付的費用總金額，以及在使用 D 部分福利的每個月期間，為您的每一種 D 部分處方藥支付的費用總金額。D 部分 EOB 提供關於您服用的藥品的詳細資訊，例如價格提高或可使用的其他低分攤費用藥品。對於這些低成本選擇，您應諮詢您的開藥醫生。第 6 章（您為 D 部分處方藥支付的費用）提供了有關福利說明的詳細資訊，以及該說明怎樣協助您記錄您的藥品保險情況。

如您需要，我們也會提供《D 部分福利說明》。請聯絡會員服務部獲得一份匯總（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 4 部分 您為 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)支付的每月保費

第 4.1 節 您的計劃保費金額是？

作為我們計劃的會員，您的計劃保費將由「Extra Help」代為支付。2022 年，MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的每月保費為**\$42.40**。

在某些情況下，您的計劃保費可能會增加

在某些情況下，您的計劃保費可能會高於第 4.1 節中列出的金額。這些情況如下所述。

- 部份會員將需支付 D 部分**逾期參保罰金**，因其並未在首次符合資格時加入 Medicare 藥品計劃，或因其連續 63 天以上未擁有任何「有信譽度」的處方藥保險。（「有信譽度」是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的藥品保險。）對於這些會員，D 部分逾期參保罰金將會追加到計劃月繳保費中。其保費金額將會是月繳計劃保費加上 D 部分逾期參保罰金之金額。
 - 如果 Medicare 提供的「Extra Help」能為您支付處方藥費，則您將不需要支付延遲參保罰款。
 - 如果您失去 Extra Help，並持續未參加 D 部分或其他可信的處方藥保險達 63 天或以上，可能就需要支付延遲參保罰款。
 - 如果您需要支付 D 部分逾期參保罰金，則您的罰款金額將視您未加入 D 部分或其他「可信的」處方藥保險的時間而定。
- 部分會員需要支付一筆額外費用，即 Part D Income Related Monthly Adjustment Amount（也稱為 IRMAA），原因是他們 2 年前的 IRS 所得稅申報表中報告的調整後總收入高於某個特定數額。需要支付 IRMAA 的會員將需要支付標準保費金額和這筆額外費用，該費用將增加到其保費中。

第 1 章. 從成為會員開始

一些會員都被要求支付其他 Medicare 保費

一些會員被要求支付其他 Medicare 保費。如以上第 2 節所述，為獲得參加我們的計劃的資格，您必須維持 Medicaid 以及 Medicare A 部分和 B 部分保險的參保資格。對於大部分 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員，Medicaid 將支付 Medicare A 部分保費（如果您無法自動合格）和 Medicare B 部分保費。如果 Medicaid 不為您支付您的 Medicare 保費，您必須繼續支付該費用，以維持計劃會員的資格。

- 如果您 2 年前的 IRS 所得稅申報表中報告的調整後總收入高於某個特定數額，則您將需要支付標準保費金額和一筆 D 部分收入相關月調整額（又稱 IRMAA）。IRMAA 是一筆保費之外的額外費用。如果您必須支付額外款項，Social Security，而非您的 Medicare 計劃組織，將寄信給您，告知您應支付的具體金額。如果您發生導致收入下降的生活變故，您可要求 Social Security 覆議他們的保險決定。
- 如果您被要求支付額外款項但沒有支付，則將被計劃退保。
- 您也可以隨時瀏覽網站 www.medicare.gov，或聯絡 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。也可透過 1-800-772-1213 聯絡 Social Security。聽力障礙電傳使用者應致電 1-800-325-0778。

您的《Medicare 與您 2022》手冊的「2022 年 Medicare 費用」部分介紹了這些保費資訊。每位參加 Medicare 計劃的會員每年秋季都會收到一份《Medicare 與您 2022》手冊。Medicare 新會員會在首次註冊的一個月內收到這份說明。您也可從 Medicare 網站 (www.medicare.gov) 上下載一份《Medicare 與您 2022》手冊。或者，您致電請撥電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 訂購一份列印版本的說明，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。

第 4.2 節 我們是否可以變更您當年的每月計劃保費？

不可以。我們也不可在當年變更每月要收取的計劃保費。如果明年月繳計劃保費變更，我們會在九月份告知您，並且變更將於 1 月 1 日生效。

第 5 部分 請保持最新的計劃會員資格檔案

第 5.1 節 如何幫助我們掌握您的準確資訊

您的會員資格記錄中記錄了您的參保表資訊，包括您的住址和電話號碼。該文件顯示了您的具體計劃保險，包括您的初級保健提供者。

第 1 章. 從成為會員開始

計劃網絡內的醫生、醫院、藥劑師和其他服務提供者需要獲得您的正確資訊。此類網絡內的服務提供者將透過您的會員資格記錄瞭解我們為您承保的服務和藥品種類，以及為您分擔的費用金額。正因如此，請您務必向我們提供您的最新資訊。

讓我們一起瞭解以下變動：

- 您的姓名、地址或電話號碼的變動
- 您享有的其他健康保險的變動（例如，您的雇主、您配偶的雇主、工傷緊貼或 Medicaid 的變動）
- 您是否存在任何責任索賠，例如汽車事故索賠
- 您是否已入住療養院
- 您是否在區域外或網路外的醫院或急診室內獲得醫療服務
- 您的指定責任方（例如護理人員）是否變動
- 您是否參與臨床調查研究

如果任意一項此類資訊變動，請致電會員服務部聯絡我們（電話號碼已印於本手冊的封底）。

如果您搬遷或變更郵寄地址，請務必聯絡 **Social Security**。您可在第 2 章第 5 部分找到 **Social Security** 的電話號碼和聯絡資訊。

您還可聯絡人力資源管理局(HRA)，直接向紐約州 Medicaid 計劃報告您的收入變化情況。

Human Resources Administration
505 Clermont Avenue
Brooklyn, NY 11238
一般資訊熱線：718-557-1399

閱讀我們寄出的資料，瞭解您享有的其他保險

Medicare 要求我們收集您享有的其他任何醫療和藥品保險資訊。因為我們必須將您在我們的計劃中享有的福利與您享有的其他任何保險進行協調。（如需進一步瞭解在您享有其他保險時如何使用我們的保險，請參閱本章的第 7 部分。）

我們每年會寄出一封信件給您，信上會列出我們瞭解到的您享有的其他任何醫療或藥品保險。請仔細閱讀這些資訊。如果資訊正確，則無需再做任何事。如果資訊錯誤，或您還享有其他未列出的保險，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 1 章. 從成為會員開始

第 6 部分 我們保護您的個人健康資訊隱私

第 6.1 節 我們保證您的健康資訊受到保護

聯邦和州法律保護您的醫療記錄和個人健康資訊隱私。依照這些法律的要求，我們也保護您的個人健康資訊。

有關我們如何保護您個人健康資訊的詳細資訊，請參閱本手冊第 8 章第 1.3 節。

第 7 部分 其他保險如何與我們的計劃協調

第 7.1 節 在您享有其他保險時，哪個計劃會最先支付？

在您享有其他保險（例如雇主團體健康保險等）時，我們可依據 Medicare 的相關規定，確定是我們的計劃還是您的其他保險最先支付。最先支付的保險稱作「主要付款人」，其支付的保費可達到其保險上限。第二支付的保險稱作「次要付款人」，其僅支付主要付款人未支付的剩餘費用。次要付款人不會支付所有未承保的費用。

此類規定適用於雇主或工會團體醫療保險：

- 如果您享有退休保險，則 Medicare 先支付。
- 如果您的團體醫療保險以您或家庭成員的目前工作為基礎，誰先支付則取決於您的年齡、雇主僱用的員工數以及您是否有基於年齡、殘障或晚期腎病(ESRD)的 Medicare：
 - 如果您未滿 65 歲且身患殘障，而您或您的家庭仍在工作，那麼，只要雇主聘用了 100 名或以上的員工，或者多雇主計劃中至少有一位雇主擁有 100 名以上的員工，則您的團體醫療保險將先支付。
 - 如果您超過 65 歲，而您或您的配偶仍在工作，那麼，只要雇主聘用了 20 名或以上的員工，或者多雇主計劃中至少有一位雇主擁有 20 名以上的員工，則您的團體醫療保險將先支付。
- 如果您因為 ESRD 享有 Medicare，在您成為 Medicare 會員的頭 30 個月內，您的團體醫療保險將先支付。

這些類型的保險通常先支付與以下各類型相關的服務：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 債務（包括汽車保險）

第 1 章. 從成為會員開始

- 黑肺病福利
- 工傷津貼

Medicaid 和 **TRICARE** 絕不會先支付 **Medicare** 承保的服務。他們僅在 **Medicare** 和/或雇主團體醫療保險支付後才付保費。

如果您享有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。如果您對哪個保險先支付有疑問，或您需要更新您的其他保險資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。您可能需要告知您的其他承保人（在您確認他們的身份後）您的計劃會員 ID 號，以便您的帳單可正確按時支付。

第 2 章

重要電話號碼與資源

第 2 章. 重要電話號碼與資源

第 2 章. 重要電話號碼與資源

第 1 部分	MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的聯絡方式 （如何聯絡我們，包括怎樣聯絡參保計劃的會員服務部）	19
第 2 部分	Medicare （如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得協助和資訊）	27
第 3 部分	州健康保險輔助計劃 （Medicare 問題的免費協助、資訊，以及解答）	29
第 4 部分	什麼是品質改善組織 （由 Medicare 支付，以檢查使用 Medicare 的人士獲得的護理品質）	30
第 5 部分	Social Security	31
第 6 部分	Medicaid （一個聯邦和州聯合展開的計劃，幫助一些收入和資源有限的人士支付藥費）	32
第 7 部分	關於協助支付處方藥的計劃資訊	34
第 8 部分	怎樣聯絡 Railroad Retirement Board	36

第 2 章. 重要電話號碼與資源**第 1 部分 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的聯絡方式**
(如何聯絡我們，包括怎樣聯絡參保計劃的會員服務部)**如何聯絡我們計劃的會員服務部**

有關申請、帳單或會員卡的問題，請致電或寫信給 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的會員服務部。我們將十分樂意為您提供幫助。

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
電話	<p>1-866-986-0356</p> <p>致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。</p> <p>會員服務部也為非英語母語的人士提供免費口譯服務。</p>
聽力障礙電傳	<p>711</p> <p>該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。</p> <p>致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。</p>
傳真	1-212-908-5196
寫信	<p>MetroPlus Health Plan</p> <p>50 Water Street, 7th Floor</p> <p>New York, NY 10004</p> <p>Attn:Medicare Department</p>
網站	www.metroplusmedicare.org

第 2 章. 重要電話號碼與資源**當您詢問醫療保險決定時如何聯絡我們**

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療服務支付的金額作出的決定。如需進一步瞭解如何獲得有關您醫療保健的保險決定，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。

如果您對我們的保險決定流程有任何問題，請致電我們。

方法	醫療保健的保險決定 - 聯絡資訊
電話	1-866-986-0356 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	1-212-908-3126
寫信	MetroPlus Health Plan Utilization Management 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
網站	www.metroplusmedicare.org

第 2 章. 重要電話號碼與資源**您對醫療保險決定提起上訴時如何聯絡我們**

上訴是一種要求我們覆核和變更已作出的保險決定的正式方法。如需進一步瞭解如何就您的醫療保健提出申訴，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。

方法	醫療保健的上訴 - 聯絡資訊
電話	<p>1-866-986-0356</p> <p>致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。</p>
聽力障礙電傳	<p>711</p> <p>該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。</p> <p>致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。</p>
傳真	1-212-908-8824
寫信	<p>普通郵件：</p> <p>MetroPlus Health Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004</p> <p>親自交付：</p> <p>MetroPlus Health Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004</p>
網站	www.metroplusmedicare.org

第 2 章. 重要電話號碼與資源

如何聯絡我們，就醫療保健提出投訴

您可對我們或我們的任一網絡內服務提供者提出投訴，包括對您的護理服務品質提出投訴。這類投訴不會涉及承保範圍也無付款糾紛。（如果您對計劃的承保範圍或付款有疑問，可參閱以上有關提出上訴的部分。）如需進一步瞭解如何就您的醫療保健提出投訴，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。

方法	醫療保健的投訴 - 聯絡資訊
電話	1-866-986-0356 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	1-212-908-5196
寫信	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
MEDICARE 網站	您可直接向 Medicare 提交有關 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的投訴。要向 Medicare 線上提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

第 2 章. 重要電話號碼與資源**如何聯絡我們，獲得有關 D 部分處方藥的保險決定**

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的計劃中包含的 D 部分福利承保的處方藥支付的金額作出的決定。如需進一步瞭解如何獲得有關 D 部分處方藥的保險決定，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。

方法	有關 D 部分處方藥的保險決定 - 聯絡資訊
電話	1-866-693-4615 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS Caremark c/o MetroPlus Health Plan P.O.Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
網站	www.metroplusmedicare.org

第 2 章. 重要電話號碼與資源**如何聯絡我們，就 D 部分處方藥提出上訴**

上訴是一種要求我們覆核和變更已作出的保險決定的正式方法。如需進一步瞭解如何就 D 部分處方藥提出上訴，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。

方法	有關 D 部分處方藥的上訴 - 聯絡資訊
電話	1-866-693-4615 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS Caremark c/o MetroPlus Health Plan P.O.Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
網站	www.metroplusmedicare.org

第 2 章. 重要電話號碼與資源

如何聯絡我們，就 D 部分處方藥提出投訴

您可對我們或我們的任一網絡內藥房提出投訴，包括對您的護理服務品質提出投訴。這類投訴不會涉及承保範圍也無付款糾紛。（如果您對計劃的承保範圍或付款有疑問，可參閱以上有關提出上訴的部分。）如需進一步瞭解如何就 D 部分處方藥提出投訴，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。

方法	有關 D 部分處方藥的投訴 - 聯絡資訊
電話	1-866-986-0356 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	1-212-908-3011
寫信	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
MEDICARE 網站	您可直接向 Medicare 提交有關 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的投訴。要向 Medicare 線上提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

在何處提出申請，要求我們為您獲得的醫療保健或處方藥支付費用

如需進一步瞭解在哪些情況下您可能需要我們償付或支付服務提供者為您開出的帳單，請參閱第 7 章（要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用）。

請注意：如果您寄給我們付款申請，但我拒絕了申請中的部分付款要求，您可對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法），瞭解詳情。

第 2 章. 重要電話號碼與資源

方法	付款申請 - C 部分醫療帳單 - 聯絡資訊
電話	1-866-986-0356 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	1-212-908-5196
寫信	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
網站	www.metroplusmedicare.org

第 2 章. 重要電話號碼與資源

方法	付款申請 - D 部分處方藥帳單 聯絡資訊
電話	1-866-693-4615 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS Caremark Paper Claims Department – RxClaim P.O.Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
網站	www.metroplusmedicare.org

第 2 部分**Medicare**

(如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得協助和資訊)

Medicare 是為 65 歲或以上年齡的老人、某些未滿 65 歲但有殘障的人士，以及患有末期腎病（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）的人士設立的一項聯邦健康保險計劃。

負責管理 Medicare 的聯邦機構為 Medicare 和 Medicaid 服務中心（有時稱作「CMS」）。該機構與 Medicare Advantage 的各組織（包括我們）簽約。

方法	Medicare – 聯絡資訊
電話	1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227 致電此號碼不收取任何費用。 該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。

第 2 章. 重要電話號碼與資源

方法	Medicare – 聯絡資訊
聽力障礙電傳	<p>1-877-486-2048</p> <p>該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。致電此號碼不收取任何費用。</p>
網站	<p>www.medicare.gov</p> <p>這是 Medicare 的政府官方網站。該網站為您提供有關 Medicare 和目前 Medicare 問題的最新資訊。同時也提供有關醫院、療養院、醫生、家庭包機構和透析設施的資訊。該網站提供可從電腦直接列印的手冊。您也可在網站上找到您所在州的 Medicare 聯絡方式。</p> <p>該 Medicare 網站也透過以下工具，詳細說明瞭您的 Medicare 資格和參保選項。</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare Eligibility Tool (Medicare 資格判斷工具)：提供 Medicare 資格狀態資訊。 • Medicare Plan Finder (Medicare 計劃尋找器)：提供您所在地區有關可用 Medicare 處方藥計劃、Medicare 醫療保險和 MedicaP (Medicare 補充保險) 政策的個人資訊。這些工具能夠預估您在不同 Medicare 計劃中應支付的不同現金費用。
網站 (續)	<p>您也可使用該網站通知 Medicare 您對 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 的任何投訴：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通知 Medicare 您的投訴：您可直接向 Medicare 提交有關 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 的投訴。要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會嚴肅對待您的投訴，並利用這些投訴資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。 <p>如果您沒有電腦，您當地的圖書館或者老年人中心也許可以幫您使用它們的電腦瀏覽這個網站。或者，您可致電 Medicare，告訴他們您想要查詢的資訊。他們將會在網站上找到該資訊，並列印寄送給您。(您可致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。)</p>

第 2 章. 重要電話號碼與資源

第 3 部分 州健康保險輔助計劃 (Medicare 問題的免費協助、資訊，以及解答)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項在每個州由經過訓練的諮詢師展開的政府計劃。在紐約，SHIP 被稱為 Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)。

HIICAP 是具有獨立性的計劃（與其他任何保險公司或醫療保險無關）。這是由 Federal Government 出資的州立計劃，旨在向參加 Medicare 的人員提供免費的當地健康保險諮詢。

HIICAP 諮詢師可為您解答與 Medicare 計劃有關的問題或疑問。他們能夠幫助您瞭解您享有的 Medicare 權利，就獲得的醫療護理或治療提出投訴，清理您的 Medicare 帳單。HIICAP 諮詢師還能幫助您瞭解各種 Medicare 計劃選擇，並回答有關更換計劃的問題。

SHIP 的存取方法和其他資源：

- 瀏覽 www.medicare.gov
- 按一下頂部功能表最右邊的「表格、說明和資源」
- 然後在下拉式功能表中按一下「電話號碼&網站」
- 現在您有幾個選項
 - 選擇 1：您可以線上聊天
 - 選擇 2：您可以按一下底部功能表中的任何一個「主題」
 - 選擇 3：您可以從下拉式功能表中選擇您所在的州，然後按一下前往。透過此操作，您將前往一個顯示您所在州的電話號碼和資源的頁面。

第 2 章. 重要電話號碼與資源

方法	Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (紐約 SHIP) – 聯絡資訊
電話	1-800-701-0501
寫信	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007-1392
網站	https://www.nyconnects.ny.gov/services/health-insurance-information-counseling-assistance-program-hiicap-791

第 4 部分 什麼是品質改善組織 (由 Medicare 支付，以檢查使用 Medicare 的人士獲得的護理品質)

各州都設有服務於 Medicaid 受益人的指定品質改善組織。紐約的品質改善組織稱作 Livanta。

Livanta 擁有一組醫生和其他保健專業人士的團隊，他們由 Federal Government 支付薪酬。該組織由 Medicare 支付薪酬，以核查並改善使用 Medicare 的人士獲得的護理品質。Livanta 是一個獨立組織。它與我們的計劃並不相關。

出現以下任何一種情況時，您應聯絡 Livanta：

- 您對獲得的護理品質提出投訴時。
- 您認為您的住院保險期結束過快時。
- 你認為您的家庭保健、專業康復設施護理或綜合門診復健機構(CORF)服務的保險期結束過快時。

第 2 章. 重要電話號碼與資源

方法	Livanta (紐約的品質改善組織) – 聯絡方式
電話	1-866-815-5440 週一至週五，早 9 點至下午 5 點
聽力障礙電傳	1-866-868-2289 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	https://livantaqio.com/en

第 5 部分 Social Security

Social Security 負責確定 Medicare 資格和處理 Medicare 參保情況。年滿 65 歲、殘障或患有晚期腎病並滿足某些條件的美國公民及合法永久居民符合 Medicare 計劃的條件。如果您已獲得 **Social Security** 支票，則自動參保 Medicare。如果您未獲得 **Social Security** 支票，則必須參保 Medicare。要申請 Medicare，您可致電 **Social Security**，或拜訪您當地的 **Social Security** 辦事處。

Social Security 也負責確定誰因為符合高收入條件而需要支付 D 部分處方藥保險的額外金額。如果您收到 **Social Security** 的來信，通知您必須支付該額外金額，並對支付的金額有疑問，或如果您的收入因生活變動下降，您可致電 **Social Security**，要求其覆議支付額外金額的問題。

如果您搬遷或變更郵寄地址，請務必聯絡 **Social Security**，告知他們這些情況。

方法	Social Security - 聯絡資訊
電話	1-800-772-1213 致電此號碼不收取任何費用。 週一至週五，上午 7 點至晚上 7 點開放。 您可使用 Social Security 的自動電話服務，獲得已記錄的資訊，並完成某些事項，該服務每天 24 小時均開放。

第 2 章. 重要電話號碼與資源

方法	Social Security - 聯絡資訊
聽力障礙電傳	<p>1-800-325-0778</p> <p>該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。</p> <p>致電此號碼不收取任何費用。</p> <p>週一至週五，上午 7 點至晚上 7 點開放。</p>
網站	www.ssa.gov

第 6 部分

Medicaid

(一個聯邦和州聯合展開的計劃，幫助一些收入和資源有限的人士支付藥費)

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 是一項 Medicaid Advantage Plus (MAP) Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan (FIDE SNP)，專為您這樣享受 Medicare 和 Medicaid 雙重參保的會員量身訂作。MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 為您協調透過 Medicare 和 Medicaid 獲得的護理和服務。

Medicaid 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於幫助一些收入和資源有限的人士支付藥費。

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)**：協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如，自負額、共同保險和自付費用）和全部 Medicaid 福利。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)**：協助支付 Medicare B 部分保費及全部 Medicaid 福利。
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE)**：協助支付 Medicare B 部分保費，某些情況下支付 Medicare A 部分保費以及 Medicaid 全部福利。

如果您對獲得 Medicaid 的協助有疑問，請聯絡您紐約州衛生局（保健 Medicaid 計劃）。

如需其他幫助，州高齡人口辦公室(SOFA)在紐約州各郡分別聘雇了申訴專員。申訴專員是療養院、寄宿和護理中心以及輔助生活設施住院者的權利主張人。申訴專員可以提供有關如何尋找機構以及如何獲得高品質護理的資訊。申訴專員還可以協助進行投訴。請聯絡獨立消費者宣傳網絡(ICAN)：1-844-614-8800（聽力障礙電傳：711），工作時間為週一至週五，早 8 點至下午 6 點，或線上瀏覽：www.icannys.org。

第 2 章. 重要電話號碼與資源

方法	紐約州衛生部 Medicaid 計劃部門 – 聯絡資訊
電話	紐約市人力資源管理局(HRA) Medicaid 熱線： 1-888-692-6116 或 1-718-557-1399 工作時間為週一至週五，早 8 點至下午 5 點
網站	https://www1.nyc.gov/assets/home/html/accessnyc/html/contact

紐約州高齡人口辦公室協助參保 Medicaid 的人士解決服務或帳單問題。他們可以協助您對我們的計劃提出申訴或上訴。

方法	New York State Office for the Aging (NYSOFA) – 聯絡資訊
電話	1-844-697-6321
寫信	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
網站	https://aging.ny.gov

紐約州長期保健申訴專員計劃辦公室提供有關療養院的資訊，並協助解決療養院與住戶及其家人之間的問題。

方法	紐約州長期保健申訴專員辦公室 – 聯絡資訊
電話	1-855-582-6769
網站	https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

第 2 章. 重要電話號碼與資源

第 7 部分 關於協助支付處方藥的計劃資訊

Medicare 的「Extra Help」計劃

由於您符合參保 Medicaid 的資格，因此您也符合 Medicare 「Extra Help」的資格，並將透過該計劃獲得處方藥計劃費用的「Extra Help」。您無需再辦理其他手續，即可獲得「Extra Help」。

如果您對「Extra Help」有疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者致電 1-877-486-2048，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
- Social Security 辦事處，電話：1-800-772-1213，週一至週五上午 7 點至晚上 7 點。聽力障礙電傳使用者應致電 1-800-325-0778；或
- 您所在州的 Medicaid 辦事處（申請）（請參閱本章節第 6 部分，瞭解聯絡資訊）。

如果您在藥房購買處方藥時認為您支付的分攤費用金額不正確，那麼您可透過我們的計劃中已設定的流程，申請協助您獲得恰當自付費用等級的福利說明，或者，如果您已擁有福利說明，則向我們提供該說明。

- 如果在獲得所能得到的最佳說明方面需要幫助，或需要瞭解如何將其傳送給 MetroPlus，請致電會員服務部（電話號碼已列於本手冊的封底）。
- 在我們收到顯示您自付金額等級的福利說明後，將更新我們的系統，讓您在下一次在藥房購買處方藥時能夠支付正確的自付費用。如果您支付了超額的自付費用，我們將把這部分費用償付您。我們可透過支票將超出的金額付給您，也可抵消您未來的自付費用。如果藥房沒有收到您的自付費用，並將您的自付費用劃為您的債務，我們可直接支付該費用給藥房。如有州政府代表您付款，我們可向該州政府直接付款。如果您有任何疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

如果您參保 State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) ?

如果您參保州藥物輔助計劃(SPAP)，或其他提供 D 部分藥物保險的計劃（不包括「Extra Help」），則您仍可獲得承保品牌藥物的 70%折扣。此外，本計劃將在保障缺口內支付品牌藥物 5%的費用。70%的折扣和本計劃支付的 5%費用均適用於參加 SPAP 或其他保險之前的藥物價格。

第 2 章. 重要電話號碼與資源

如果您參保 AIDS 藥品輔助計劃(ADAP)？

什麼是 AIDS 藥品輔助計劃(ADAP)？

AIDS 藥品輔助計劃(ADAP)幫助患有 HIV/AIDS 的 ADAP 合格個體獲得 HIV 求救藥物。同時由 ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥參加 HIV Uninsured Care Programs，ADAP，符合處方藥分攤費用援助資格。注意：要符合您所在州執行的 ADAP 資格，個人必須符合特定標準，包括州居住證明和 HIV 狀態證明、州規定的低收入證明以及未參保/不足額參保狀態證明。

如果您目前已參保 ADAP，它會繼續為您提供 ADAP 處方一覽表上的 Medicare D 部分處方藥分攤費用援助。為了確保您繼續獲得此援助，如果您的 Medicare D 部分計劃名稱或保單號有任何變化，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員。您可以聯絡 HIV Uninsured Care Programs，ADAP：1-800-542-2437，工作時間為週一至週五，早 8 點至下午 5 點。

如需瞭解有關合格標準、承保藥品或參保方式的相關資訊，請致電 HIV Uninsured Care Programs，ADAP：1-800-542-2437。

如果您參加了可幫助支付處方藥費用的 Medicare 「Extra Help」計劃？

您是否能享受折扣？

我們的大多數會員透過 Medicare 獲得「Extra Help」來支付其處方藥計劃費用。如果您獲得「Extra Help」，則 Medicare 保障缺口折扣計劃對您不適用。如果您獲得「Extra Help」，則在甜甜圈孔階段已享有處方藥費用保險。

如果您沒有享受到應享受的保險？

如果您認為您已達到保障缺口，但在支付品牌藥品時沒有享受折扣，您應審核您的下一次 *D 部分福利 (D 部分 EOB) 說明通知*。如果您的 *D 部分福利說明* 上沒有顯示折扣，您應聯絡我們，確保您的處方藥記錄正確且處於最新狀態。如果我們不認為您享有折扣，您可提起上訴。您可透過 State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 的幫助提起上訴（聯絡電話號碼位於本章的第 3 部分），也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

State Pharmaceutical Assistance Program

很多州都設立了 State Pharmaceutical Assistance Program，根據一些計劃參加者的經濟需求、年齡、醫療狀況或殘障為他們支付處方藥。每個州都對其會員享有的藥品保險有不同的規定。

第 2 章. 重要電話號碼與資源

在紐約，State Pharmaceutical Assistance Program 為 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)。

方法	Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage(EPIC) (紐約 State Pharmaceutical Assistance Program) – 聯絡資訊
電話	1-800-332-3742 週一至週五，早 8 點半至下午 5 點
聽力障礙電傳	1-800-290-9138 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	EPIC P.O.Box 15018 Albany, NY 12212-5018 電子郵件地址： nysdohepic@magellanhealth.com
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

第 8 部分 怎樣聯絡 Railroad Retirement Board

Railroad Retirement Board 是獨立的聯邦機構，負責管理全國鐵路職工及其家庭的綜合福利。如果您對 Railroad Retirement Board 對您提供的福利有任何疑問，請聯絡該機構。

如果您透過 Railroad Retirement Board 獲得 Medicare 福利，當您搬遷或變更郵寄地址時通知其變更相關資訊，這一點非常重要。

第 2 章. 重要電話號碼與資源

方法	Railroad Retirement Board - 聯絡資訊
電話	<p>1-877-772-5772</p> <p>致電此號碼不收取任何費用。</p> <p>如果您按「0」鍵，您可以在週一、週二、週四和週五上午 9 點至下午 3 點半，以及週三上午 9 點至中午 12 點與 RRB 代表通話。</p> <p>如果您按「1」鍵，您可以全天候存取自動 RRB 熱線和已記錄的資訊，包括週末和節假日。</p>
聽力障礙電傳	<p>1-312-751-4701</p> <p>該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。</p> <p>致電此號碼不收取任何費用。</p>
網站	<p>rrb.gov/</p>

第 3 章

使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險**第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險**

第 1 部分	您作為我們計劃的會員獲得所承保的醫療保健服務和其他服務所需瞭解的重要事項.....	41
第 1.1 節	什麼是「網絡內服務提供者」和「承保服務」？	41
第 1.2 節	獲得計劃承保的醫療保健和其他服務的基本規定	41
第 2 部分	使用本計劃網絡內的服務提供者獲得醫療保健和其他服務	42
第 2.1 節	您必須選擇一名初級保健提供者(PCP)來提供和監管您的醫療服務	42
第 2.2 節	哪些醫療保健和其他服務您無需提前獲得核准即可從 PCP 處獲得？ .	44
第 2.3 節	如何從專科醫師和其他網路內服務提供者處獲得服務	44
第 2.4 節	如何從網絡外服務提供者處獲得服務	46
第 3 部分	如何在出現急診或緊急護理需要時或在災難期間獲得承保服務	46
第 3.1 節	在有緊急醫療需要時獲得護理	46
第 3.2 節	在您有緊急服務需要時獲得護理	47
第 3.3 節	在災難期間獲得護理	48
第 4 部分	如果您直接收到您承保服務的所有費用的帳單該怎麼辦？	48
第 4.1 節	您可要求我們為您的承保服務支付我們的分攤費用	48
第 4.2 節	如果我們的計劃沒有承保您的服務，您該怎麼做？	48
第 5 部分	在您參與「臨床調查研究」時，您的醫療服務應怎麼參保？	49
第 5.1 節	什麼是「臨床調查研究」？	49
第 5.2 節	在您參與臨床調查研究時，服務付款人和付款項目分別是？	49
第 6 部分	有關獲得「宗教非醫療健康護理機構」承保的護理的規定	50
第 6.1 節	什麼是宗教非醫療健康護理機構？	50
第 6.2 節	從宗教非醫療健康保健機構獲得護理	51
第 7 部分	有關擁有耐用醫療設備的規定	51
第 7.1 節	您參保我們的計劃並支付一定數量的費用後，是否可擁有耐用醫療設備？	51
第 8 部分	有關氧氣設備、用品和維護的規定	52
第 8.1 節	您有權獲得哪些氧氣福利？	52

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

第 8.2 節	您的分攤費用是多少？36 個月之後會有變化嗎？.....	52
第 8.3 節	如果您從您的計劃退保，並恢復為 Original Medicare 會怎樣？.....	53

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

第 1 部分 您作為我們計劃的會員獲得所承保的醫療保健服務和其他服務所需瞭解的重要事項

本章說明您使用本計劃獲得所承保的醫療服務和其他服務所需瞭解的事項。本章定義了各種術語，說明瞭您需遵循的規定，以便您能夠獲得本計劃提供的治療、服務和其他醫療保健。

如需詳細瞭解我們的計劃提供的醫療保健和其他服務，請參閱下一章的《福利表》（第 4 章：《醫療福利表》（承保項目））。

第 1.1 節 什麼是「網絡內服務提供者」和「承保服務」？

此處列出的一些定義可幫助您瞭解怎樣獲得作為我們計劃會員應獲得的保健和服務：

- 「服務提供者」是由州政府頒發許可的醫生和其他醫療保健專家，可提供醫療服務和護理。該術語「服務提供者」也包括醫院和其他醫療保健設施。
- 「網絡內的服務提供者」即與我們簽訂協定，接受我們的付款作為付款全款的醫生和其他醫療保健專家、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。我們已安排這些服務提供者為我們的計劃會員提供我們承保的服務。我們網絡內的服務提供者直接向我們開具帳單，獲得為您提供的服務的報酬。如果您在網絡內服務提供者處就診，您不必為承保服務支付任何費用。
- 「承保服務」包括我們的計劃承保的所有醫療保健、醫護服務、用品和設備。您的醫療保健承保服務已在第 4 章的福利表中列出。

第 1.2 節 獲得計劃承保的醫療保健和其他服務的基本規定

作為 Medicare 和 Medicaid 的一項醫療保險，MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 必須承保 Original Medicare 承保的所有服務，並可能提供 Original Medicare 承保範圍之外的其他服務。

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 一般會承保您的醫療保健，只要：

- 您獲得的護理包括在本計劃的《醫療福利表》內（該表可在本手冊第 4 章找到）。
- 您獲得的護理是醫療必要護理。「醫療必需」即提供的服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

- 我們將為您提供一名網絡內的初級保健提供者(PCP)，該 PCP 負責為您提供護理並監管您的護理情況。作為我們的計劃會員，您必須選擇網絡內的 PCP（有關該部分的更多資訊，請參閱本章的第 2.1 節）。
 - 在大多數情況下，您的網絡內 PCP 必須提前核准您的申請，然後您才能使用計劃網絡內的其他服務提供者，例如專科醫生、醫院、專業康復機構或家庭保健機構。這也稱作「轉診」。有關轉診的更多資訊，請參見本章的第 2.3 節。
 - 急診治療或急需的服務並非需要 PCP 的轉診。還有其他一些護理類型是您不必提前獲得 PCP 核准就可以獲得的（有關更多資訊，請參閱本章的第 2.2 節）。
- 您必須從網絡內服務提供者處獲得護理服務（有關詳細資訊，請參閱本章的第 2 部分）。在大多數情況下，您從網路外服務提供者（不屬於我們的計劃網路內的服務提供者）處獲得的護理不會享受保險。同時也存在三種特例：
 - 本計劃承保您從網路外服務提供者處獲得的緊急護理或緊急需要的服務。有關該部分的更多資訊，以及緊急或緊急需要的服務的定義，請參閱本章的第 3 部分。
 - 如果您需要獲得 Medicare 或 Medicaid 規定我們的計劃承保的醫療服務，而我們網路內的服务提供者無法提供此項服務，則您可從網路外服務提供者處獲得服務。在尋求網路外保健服務之前，您必須獲得 MetroPlus Health Plan 的授權。在此情況下，我們會將這些服務作為您從網路內服務提供者處獲得的服務進行承保。有關如何獲得網路外醫生診療核准的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
 - 計劃承保在您臨時位於計劃的服務區域範圍外時，從 Medicare 認證的透析設施獲得的腎透析服務。

第 2 部分 使用本計劃網絡內的服務提供者獲得醫療保健和其他服務

第 2.1 節 您必須選擇一名初級保健提供者(PCP)來提供和監管您的醫療服務

什麼是「PCP」，以及 PCP 對您來說意味著什麼？

在您成為我們的計劃會員之後，您必須選擇一位計劃服務提供者作為您的 PCP。您的 PCP 是一位符合州政府規定且受過訓練的醫師或護理醫師，可為您提供基礎醫療服務。

如我們以下所解釋的，您將從 PCP 處獲得常規或基礎醫療服務。您的 PCP 也將協調您作為我們的計劃會員享有的其餘承保服務。例如，為了找專科醫師診視，您一般需要首先

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

與 PCP 商議。您的 PCP 將把您轉診至專科醫師。您的 PCP 將提供您的大部分醫療服務，並協助您安排或協調您作為我們的計劃會員享有的其餘承保服務。

其中包括但不僅限於：

- X 光
- 實驗室化驗
- 療法
- 來自專科醫師的護理服務
- 住院
- 後續護理

「協調」您的服務，包括與其他計劃服務提供者協商您的護理及其進展情況。如果您需要某些類型的承保服務或用品，您必須提前獲得您的 PCP 的核准。在某些情況下，您的 PCP 需要獲得我們的事先授權（事先核准）。由於您的 PCP 將提供並協調您的醫療保健，因此您應該將過去的所有醫療記錄都寄送到您的 PCP 的辦公室。

您怎樣選擇 PCP ？

您可能已經選好了自己的 PCP，來擔任您的正式醫生。這個人可以是一名醫生，也可以是一名護理醫師。我們的《醫生/藥房名錄》列出了醫生的地址、電話號碼和專長領域，您可透過該名錄選擇 PCP。您應打電話到 PCP 的辦公室，確認他/她是否接收新病患。一旦選取 PCP，請致電我們的會員服務部以便我們更新記錄。如果您尚未選擇 PCP，應馬上選擇。如果您沒有在自成為計劃會員之日起的 30 天內選擇 PCP，我們將會代您挑選。

更換您的 PCP

您可以因任何理由、在任何時間更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能離開我們計劃的服務提供者網絡，您也會需要尋找新的 PCP。

請致電我們的會員服務部，我們可協助您選擇一家新的 PCP。如果您在該月第 15 日或之前致電我們以更換您的 PCP，那麼該 PCP 變更將自該月首日起生效。如果您在該月第 15 日之後致電我們，那麼該 PCP 變更將自次月首日起生效。

如果您的 PCP 結束我們的網絡，那麼您或許能夠在過渡期（90 天）裡繼續到該 PCP 處就診。您或者您的 PCP 必須提前聯絡會員服務部以進行這一安排。

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

第 2.2 節 哪些醫療保健和其他服務您無需提前獲得核准即可從 PCP 處獲得？

您無需提前獲得核准即可從您的PCP處獲得下列服務。

- 常規女性健康護理，包括乳房檢查、乳腺癌篩查（乳房 X 光篩查）、巴氏早期癌症探查和骨盆檢查（只要您從網絡內服務提供者獲得此類服務）
- 流感疫苗接種、新型冠狀病毒疫苗接種、乙型肝炎、肺炎疫苗接種（只要您從網絡內服務提供者獲得此類服務）。
- 網絡內服務提供者或網絡外服務提供者提供的緊急服務
- 網絡內服務提供者提供的緊急需要的服務，或網絡內服務提供者臨時無法提供服務時由網絡外服務提供者提供的急需護理，例如，您臨時位於計劃的服務區域範圍外時。
- 在您臨時位於計劃的服務區域範圍外時，從 Medicare 認證的透析設施獲得的腎透析服務。（如果可能，請在離開服務區域之前致電會員服務部，以便我們可以安排您在離開期間接受維持透析。會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

第 2.3 節 如何從專科醫師和其他網路內服務提供者處獲得服務

專科醫師是為特定疾病或身體部位提供醫療保健服務的醫生。有許多種專科醫生。以下是幾個範例：

- 為癌症病患護理的腫瘤學家
- 治療心臟疾病病患的心臟病專科醫生
- 治療患有某些骨骼、關節和肌肉疾病的病患的骨科醫生

一些醫療服務需要獲得 MetroPlus Health Plan 的許可，該計劃才會支付其款項。請參閱第 4 章第 2.1 節，瞭解有關需要事先授權或事先核准的服務的資訊。一般而言，提出該服務的醫療保健服務提供者將作出安排以獲得計劃的事先授權。為了使請求得到核准，醫療保健服務提供者將向計劃提供醫療資訊，以說明您對所請求的服務的需求。急診情形下，醫生/醫院必須儘快通知我們。簡言之，以下服務需要獲得該計劃的事先授權。

- 網絡外服務提供者（包括醫生、醫院、DME 供應商和其他網絡外服務提供者）提供的所有服務
- 所有住院入院（內科、外科手術、急性復健、亞急性復健、專業康復設施、因藥品或酒精原因入院或精神病院入院）
- 有計劃的或可選的入院必須在預計入院日期前 7 天以上獲得授權。

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

- 所有耐用醫療設備必須獲得事先授權。在這種情況下，要求使用該設備的醫生或該設備的供應商將獲得事先授權。
- 計劃承保的所有居家照護服務也必須獲得事先授權。同樣地，提出此類服務的醫療保健服務提供者通常將獲得事先授權。一些情況下，提供居家照護服務的機構將獲得事先授權。
- 特殊的 X 光處置，例如門診 CT 掃描（電腦斷層掃描）、PET 掃描（正電子發射電腦斷層掃描）、MRI 掃描（核磁共振造影）或其他高技術 X 光檢查，也必須獲得我們的放射科供應商的事先授權。提出請求的醫生/服務提供者應聯絡我們的放射科供應商以瞭解更多資訊。

MetroPlus Health Plan 一收到關於事先授權的請求，本計劃的一位醫務主任即會審核該請求，以確定所申請的服務是否具有醫療必要性以及是否屬於承保福利。某些情況下，例如上述特殊的 X 光處置情況下，**MetroPlus** 將從外部特聘一名醫生以審核該請求並就該檢查作出決定。

如果專科醫師或其他網絡內服務提供者離開我們的計劃怎麼辦？

我們可能對您當年保險計劃中涉及的醫院、醫生和專科醫師（服務提供者）作出變動。您的服務提供者可能不會撤出您的保險計劃存在幾個原因，但如果您的醫生或專科醫師確實撤出計劃，您將獲得如下總結的具體權利和保護：

- 儘管我們的服務提供者網絡可能在當年出現變動，**Medicare** 要求我們保證您能夠順利接觸到合格的醫生和專科醫師。
- 我們將盡量在您的服務提供者離開我們計劃之前提前 30 日告知，以便您有時間選擇新的服務提供者。
- 我們將協助您選擇新的合格服務提供者，使其繼續負責您的醫療保健需要。
- 如果您目前正在使用某項醫療服務，您有權提出申請，我們將配合您的需要，確保您正在接受的必要醫療服務不會中斷。
- 若您認為我們未能提供一名合格的服務提供者以取代您之前的服務提供者或者您的治療未被適當地處理，您有權利對我們的決定提起申訴。
- 如果您發現您的醫生或專科醫師將離開您的計劃，請聯絡我們，讓我們協助您找到新的服務提供者來照顧您的健康。

如需瞭解詳情，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

第 2.4 節 如何從網絡外服務提供者處獲得服務

如果 MetroPlus Health Plan 沒有能提供您所需保健服務的專科醫師，我們將從網路外找一位專科醫師來向您提供所需保健服務。在您前往專科醫生處就診前，您的醫生必須向 MetroPlus 提出事先授權申請。

要獲得事先授權，您的醫生必須為我們提供一些資訊。一旦我們獲得所有這些資訊，我們會在您提出請求之日起的 14 個日曆日之內決定您是否能夠到網絡外專科醫師處就診。如果您的醫生認為延誤時間會對您的健康造成嚴重損害，您或您的醫生可以要求進行快速審核。在這種情況下，我們將在 72 個小時內作出決定並回覆您。

第 3 部分 如何在出現急診或緊急護理需要時或在災難期間獲得承保服務

第 3.1 節 在有緊急醫療需要時獲得護理

什麼是「緊急醫療」以及在出現這樣的情況時應怎麼做？

「緊急醫療」是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免死亡、損失肢體或肢體功能的醫療徵兆。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。

如果您遇到緊急醫療情況：

- **請儘快獲得幫助。**致電 911 獲得幫助，或前往最近的急診診室或醫院。若有需要的話，打電話叫一輛救護車。您不必先獲得 PCP 的核准或轉診。
- **在盡可能快的情況下，確保通知我們的計劃組織有關您的急診情況。**我們需要跟進您的急診護理。您或者其他應透過電話告知我們您的急診情況，通常在 48 小時以內。電話號碼已列於本手冊的封底。

在急診室時您享受什麼承保項目？

無論何時，無論您在美國或其屬地之內的任何位置，都可獲得承保的緊急醫療護理。我們的計劃包括在特殊情況下提供的救護車服務，特殊情況指救護車是唯一不危及您健康並將您送往急診室的方法。更多詳情，請參閱本手冊第 4 章中的醫療福利表。

如果您出現緊急醫療情況，我們將與向您提供緊急護理的醫生交流，幫助管理和跟進您的護理。向您提供緊急護理的醫生將確定您何時情況穩定，可結束緊急醫療護理。

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

在緊急醫療護理結束後，您將獲得後續護理，以確保您的身體狀況可繼續保持穩定。您的後續護理將由我們的計劃承保。如果您的緊急護理由網絡外的服務提供者提供，在您的疾病情況和條件許可的情況下，我們將立即嘗試安排網絡內的服務提供者接手您的護理。

如果不屬於緊急醫療情況？

有時很難分辨您遇到的是否是醫療緊急情況。例如，您可能因認為您的健康處於嚴重危險狀態而進行緊急護理，但醫生認為這不是緊急醫療情況。如果在急診過後發現這並不是緊急情況，只要您有理由相信當時您的健康處於嚴重危險狀態，我們也將承保您的護理。

但是，在醫生聲明這不屬於緊急情況後，我們只在您透過以下兩種方式獲得額外護理時承保您的額外護理費用：

- 您請網絡內的服務提供者提供額外護理。
- ~~–或者–~~ 您獲得的額外護理被認為是「緊急需要的服務」，且您遵循了獲得此緊急護理的規定（有關詳細資訊，請參閱下面的第 3.2 節）。

第 3.2 節 在您的緊急服務需要時獲得護理

什麼是「緊急需要的服務」？

「緊急需要的服務」是非急診、不可預見的疾病狀況、受傷或需要立即就醫的狀況。緊急需要的服務可由網路內服務提供者提供，或在網路內服務提供者臨時不可用時由網路外服務提供者提供。不可預見的狀況可能包括，您已知疾病狀況的突然復發。

如果您處於計劃的服務區域內時有緊急護理需要該怎麼辦？

您應始終嘗試從網絡內服務提供者處獲得緊急需要的服務。但是，如果服務提供者臨時不可用或不可獲得，並且等待網路內服務提供者可用時再從他們那裡獲得護理是不合理的，我們將承保您從網路外服務提供者處獲得的緊急需要的服務。

要獲得緊急需要的護理服務，您可以前往急救中心。您可以在您的《醫生/藥房名錄》上或我們的網站上找到急救中心清單。您也可以聯絡您的 PCP 或會員服務部以獲得護理服務安排方面的協助。

如果您處於計劃的服務區域外時有緊急護理需要該怎麼辦？

當您處於服務區域外，無法從網絡內服務提供者處獲得護理時，我們的計劃將承保那您從任何服務提供者處獲得的緊急需要的服務。

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

如果您在美國境外獲得護理，我們的計劃不會承保急診服務、緊急需要的服務或其他任何服務。

第 3.3 節 在災難期間獲得護理

如果您州的州長、美國衛生與大眾服務部部長或美國總統宣佈您所在地區發生災難或緊急狀況，您仍有權從您的計劃中獲得護理。

請瀏覽以下網站：www.metroplusmedicare.org，瞭解有關如何在災難期間獲得所需服務的資訊。

通常而言，如果在災難期間您無法使用網絡內提供者，您的計劃將允許您從網絡外提供者處獲得護理，並可享受網絡內的分攤費用。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您可以在網絡外藥房領取您的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 章瞭解詳情。

第 4 部分 如果您直接收到您承保服務的所有費用的帳單該怎麼辦？

第 4.1 節 您可要求我們為您的承保服務支付我們的分攤費用

如果您支付了承保服務費用，或者如果您收到承保醫療服務費用的帳單，請參閱第 7 章（*要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用*），瞭解如何操作的資訊。

第 4.2 節 如果我們的計劃沒有承保您的服務，您該怎麼辦？

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)承保醫療必要的所有醫療服務，這些服務在計劃的《醫療福利表》中列出（本手冊第 4 章提供此表），且這些服務均在依照計劃規定的情況下獲得。您應負責支付我們的計劃未承保服務的全額費用，不管因為這些服務不屬於計劃的承保服務，還是因為這些服務在網絡外獲得且未獲得授權。

如果您對我們是否會支付您考慮獲得的任何醫療服務或護理有疑問，您有權利在獲得此類服務之前詢問我們是否承保此服務。您同樣有權以書面形式提出詢問。如果我們說明我們不會承保您的服務，您有權就我們不承保您的護理的決定提起上訴。

第 9 章（*發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法*）更詳細地說明了在您希望我們提供保險決定或您希望就我們作出的決定提出上訴時的處理方法。您也可致電會員服務部瞭解詳情（電話號碼已印於本手冊的封底）。

對於有福利限制的承保服務，您在用完該類型承保服務的相關福利後，應支付您獲得的任何服務的全額費用。對於 Medicare 承保的所有服務，在您已達到福利上限後您為這些福

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

利支付的自付金額將不計入您的年度最高自付金額上限。如果您想要瞭解已使用了多少福利額度，可致電會員服務部。

第 5 部分 在您參與「臨床調查研究」時，您的醫療服務應怎麼參保？

第 5.1 節 什麼是「臨床調查研究」？

臨床調查研究（也稱作「臨床試驗」）是醫生和科學家測試新醫療護理類型的方式，例如測試新抗癌藥品的療效如何。他們透過詢問幫助參與研究的志願者來測試新醫療護理程序或藥品的效果。這種類型的研究是研究流程的一個最後階段，可幫助醫生和科學家瞭解新醫療方法是否有效和是否安全。

並非所有臨床調查研究都向我們的計劃會員開放。**Medicare** 首先需要審核研究調查。如果您參與 **Medicare** 未核准的研究，您將負責支付您參與該研究所需支付的所有費用。

Medicare 核准研究後，負責進行此項研究的人會聯絡您，向您詳細說明研究，並瞭解您是否滿足展開這項研究的科學家設定的要求。只要您符合研究要求，以及完全瞭解並接受您參與此項研究會涉及的事項，即可參與此項研究。

如果您參與 **Medicare** 核准的研究，原有的 **Medicare** 將支付您參與此項研究時獲得的承保服務的大部分費用。在您參與臨床調查研究時，您可續保我們的計劃，並繼續透過我們的計劃獲得其餘的護理（與研究無關的護理）。

如果您希望參與 **Medicare** 核准的臨床調查研究，您不必獲得我們或您的 **PCP** 的審核。在您參與臨床調查研究的過程中，向您提供護理的服務提供者不一定是我們計劃的網路內服務提供者。

儘管您參與臨床調查研究不需獲得我們計劃的許可，但您確實需要在開始參與臨床研究研究之前通知我們。

如果您計劃參與某個臨床研究，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底），告訴他們您將參與臨床試驗，以及瞭解有關您計劃將支付哪些費用的更具體的詳細資訊。

第 5.2 節 在您參與臨床調查研究時，服務付款人和付款項目分別是？

您一旦參與 **Medicare** 核准的臨床調查研究，即可將獲得在參加研究時收到的常規項目和服務的保險。

- 即使您不參加研究，**Medicare** 也會支付的住院住房費和寄宿費

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

- 手術或其他醫療程序（如屬於調查研究內容）
- 對新治療產生的副作用和併發症的治療

原 Medicare 將支付您參與研究時獲得的承保服務的大部分費用。在 Medicare 支付其對這些服務的分攤費用後，我們的計劃將支付剩餘部分的費用。就像對於所有承保的服務，您在臨床研究中獲得的承保服務無需付費。

為了讓我們支付我們的分攤費，您需要提交付款申請。在您申請時，您將需要向我們傳送一份 Medicare 摘要通知或其他文件，說明您在參與研究時獲得了哪些服務。請參閱第 7 章，瞭解有關提交付款申請的詳情。

在您參與臨床調查研究時，**Medicare** 和我們的計劃都不會支付以下任何項目：

- 一般來說，**Medicare** 不會支付研究正在測試的新項目或服務，除非 **Medicare** 在您未參加研究時也會承保這些項目或服務。
- 研究免費提供給您或任何參與者的項目和服務
- 僅用於收集資料而不是您的直接醫療護理的項目或服務。例如，如果您的疾病情況通常只需進行一次 CT 掃描，**Medicare** 不會支付您因參與研究而每月進行一次的 CT 掃描。

您希望瞭解更多內容嗎？

如您希望瞭解有關加入臨床調查研究的更多資訊，請閱讀或下載 Medicare 網站上的出版物「**Medicare and Clinical Research Studies (Medicare 和臨床調查研究)**」。（您也可透過以下網址獲得該出版物：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

第 6 部分 有關獲得「宗教非醫療健康護理機構」承保的護理的規定

第 6.1 節 什麼是宗教非醫療健康護理機構？

宗教非醫療健康護理設施是提供對一般會在醫院或專業康復設施進行治療的狀況的護理的設施。如果在醫院或專業康復設施獲得護理與會員的宗教信仰相衝突，我們將轉而提供在宗教非醫療健康護理機構的護理保險。您可選擇在任何時間因任何原因獲得醫療護理。該福利僅為 A 部分住院服務（非醫療健康保健服務）提供。**Medicare** 將只支付由宗教非醫療保健機構提供的非醫療保健服務。

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

第 6.2 節 從宗教非醫療健康保健機構獲得護理

要獲得宗教非醫療健康保健機構的護理，您必須簽署一份法律文件，說明您明確反對獲得「非預期」的醫療服務。

- 「非預期」醫療服務或治療為志願提供且聯邦、州立或當地法律未要求的任何醫療護理或治療。
- 「預期」醫療服務是您獲得的非志願或由聯邦、州立或當地法律要求的任何醫療護理或治療。

為了得到我們計劃的承保，您從宗教非醫療保健機構獲得的護理必須滿足以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 認證。
- 您獲得的我們的計劃所提供的服務保險限制為護理的非宗教範疇。
- 如果您從此機構獲得的服務是您在普通設施中獲得的服務，則以下條件適用：
 - 您的疾病情況必須達到獲得住院護理或專業康復設施護理的承保服務的要求。
 - – 以及 – 您在被設施收診或您的住院尚未參保之前，需提前獲得我們的計劃的核准。

除非您事先從我們的計劃獲得授權（核准），否則我們的計劃不承保您在宗教非醫療健康保健機構的居留。核准宗教非醫療健康保健機構居留的承保將與住院護理相同（參閱第 4 章中的《醫療福利表》瞭解更多資訊）。

第 7 部分 有關擁有耐用醫療設備的規定

第 7.1 節 您參保我們的計劃並支付一定數量的費用後，是否可擁有耐用醫療設備？

耐用醫療設備(DME)包括提供者要求在家中使用的氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音生成裝置、靜脈輸液泵、霧化器和醫院病床等物品。某些物品（例如假體）將始終由會員擁有。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型 DME。

在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的共付額後即可擁有該設備。但是，作為 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的會員，您通常不會獲得租用的 DME 的所有權，不管您在成為我們的計劃會員期間支付了多少自付費用。在某

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

些受限的情況下，我們會向您轉讓 DME 的所有權。請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底），瞭解您必須符合的要求和必須提供的文件。

如果您切換到 **Original Medicare**，您為耐用醫療設備進行的支付會怎樣？

如果您在我們的計劃中未獲得 DME 的所有權，則在您切換到 **Original Medicare** 後，您需要重新連續支付 13 次費用才能擁有該設備。您在我們計劃中進行的支付將不會計入這 13 次連續支付中。

如果您在加入我們計劃之前在 **Original Medicare** 下為 DME 支付費用的次數少於 13 次，您先前的支付也不會計入這 13 次支付中。在您返回 **Original Medicare** 後，您將必須重新連續支付 13 次費用才能擁有該設備。當您回到原 **Medicare** 時，這種情況不會有特例。

第 8 部分 有關氧氣設備、用品和維護的規定

第 8.1 節 您有權獲得哪些氧氣福利？

如果您符合 **Medicare** 氧氣設備的承保條件，那麼只要您參保，**MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)**將承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧和氧氣輸送
- 用於輸送氧和氧氣的導管和相關的氧氣附件
- 氧氣設備的維護和維修

如果您離開 **MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)**，或者不再需要將氧氣設備用於治療用途，那麼必須將氧氣設備歸還給所有者。

第 8.2 節 您的分攤費用是多少？36 個月之後會有變化嗎？

您的 **Medicare** 氧氣設備的分攤費用是每月\$0 自付費用。

您的分攤費用在自您加入 **MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)**的 36 個月內不會改變。

如果您在加入 **MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)**之前已經支付了 36 個月的氧氣設備租賃費用保險，您在 **MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)**下的分攤費用為每月\$0 自付費用。

第 3 章. 使用本計劃為您的醫療服務和其他承保服務提供的保險

第 8.3 節 如果您從您的計劃退保，並恢復為 Original Medicare 會怎樣？

若您恢復為 Original Medicare，則您將重新開始一個 36 個月週期，每五年更新一次。例如，如果您在加入 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 之前已經為氧氣設備支付了 36 個月的租金，您加入 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 12 個月，然後恢復為 Original Medicare，您將為氧氣設備承保支付全額分攤費用。

同樣，如果您在加入 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 後已支付了 36 個月的租金，然後恢復為 Original Medicare，您將為氧氣設備承保支付全額分攤費用。

第4章

《醫療福利表》（承保項目）

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)**第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)**

第 1 部分	瞭解承保服務.....	56
第 1.1 節	您無需為承保服務付費.....	56
第 1.2 節	您最多需要為 Medicare A 部份和 B 部份的承保醫療服務支付多少 費用？.....	56
第 2 部分	使用《醫療福利表》查出您享有的承保項目.....	56
第 2.1 節	作為本計劃會員，您享有的醫療福利（包括長期服務和支援）.....	56
第 2.2 節	作為本計劃會員，您可獲得的 Medicaid 額外承保福利.....	91
第 3 部分	MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)以外還承保哪些服務？.....	93
第 3.1 節	MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)不承保的服務.....	93
第 4 部分	本計劃或 Medicaid 不承保的服務有哪些？.....	94
第 4.1 節	本計劃（除外事項）或 Medicaid 不承保的服務.....	94

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

第 1 部分 瞭解承保服務

本章主要介紹了承保服務。其中包括《醫療福利表》，表上列出您作為 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員獲得的承保服務。在本章的稍後部分，您會找到我們的計劃未承保的醫療服務資訊。這些部分還闡述了對某些服務的限制。

第 1.1 節 您無需為承保服務付費

因為您有資格獲得 Medicaid 協助，只要您遵守計劃規則接受保健服務，即無需為承保服務付費。（欲進一步瞭解計劃規則接受保健服務，請詳見第 3 章內容。）

第 1.2 節 您最多需要為 Medicare A 部份和 B 部份的承保醫療服務支付多少費用？

注意：因為我們的會員也從 Medicaid 獲得協助，因此只有極少數的會員會達到此最高付現金額。您不需要為承保的 A 部分和 B 部分服務進行任何計入最高付現金額的現款支付。

由於您參保 Medicare Advantage 計劃，因此您每年為我們的計劃承保的醫療服務支付的自付金額存在限額（請參閱下方第 2 部分的醫療福利表）。該限制稱作醫療服務的「最高自付金額」。

作為 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的會員，您 2022 年為 A 部分和 B 部分服務需支付的最高自付金額為\$7,550。您為承保服務支付的金額將計入該最高自付金額中。（您為 D 部分處方藥費用支付的金額不計入最高自付金額。）如果您達到\$7,550 的最高自付金額，您在當年的餘下時間內不必再為承保的網絡內 A 部分和 B 部分服務支付任何自付金額。但是，您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費已由 Medicaid 或其他第三方支付）。

第 2 部分 使用《醫療福利表》查出您享有的承保項目

第 2.1 節 作為本計劃會員，您享有的醫療福利（包括長期服務和支援）

以下頁面上的《醫療福利表》列出了 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)承保的服務。《醫療福利表》上列出的服務僅在滿足以下保險要求時享有保險：

- 您的 Medicare 和 Medicaid 承保服務必須根據 Medicare 和 Medicaid 制訂的保險指導方針來提供。

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

- 您的服務(包括醫療護理、服務、用品和設備)必須為醫療必需服務。「醫療必需」即提供的服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的,且符合醫療實踐的可接受標準。
- 您從網路內的服務提供者獲得護理。在大多數情況下,您從網絡外服務提供者獲得護理不會享有保險。第 3 章詳細介紹了使用網絡內服務提供者的要求,以及我們承保網絡外服務提供者的服務的情況。
- 我們將為您提供一名初級保健提供者(PCP),該 PCP 負責提供和監管您的護理情況。大多數情況下,您的 PCP 必須提前核准您的申請,然後您才能使用計劃網絡內的其他服務提供者。這也稱作「轉診」。第 3 章詳細介紹了獲得轉診和無需轉診的相關資訊。
- 《福利表》上列出的一些服務僅在您的醫生或其他網絡內服務提供者提前獲得我們的核准(有時稱作「事先授權」)時享有保險。需要提前核准的承保服務在《醫療福利表》內以星號標識。

有關我們的保險的其他重要須知事項：

- 您可同時參保 Medicare 和 Medicaid：Medicare 承保醫療保健和處方藥。Medicaid 承保您的 Medicare 服務費用分攤。Medicaid 還承保 Medicare 不承保的服務,例如長期服務和支援以及處方藥。
- 如同各 Medicare 醫療保險,我們承保所有原有 Medicare 計劃承保的服務。(如您想瞭解更多關於 Original Medicare 的保險和費用,請參閱您的《Medicare 與您 2022》手冊。請在 www.medicare.gov 線上瀏覽,或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)申領一份手冊,該號碼每週 7 天,每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。)
- 有關所有原 Medicare 計劃免費承保的預防性服務,我們也會為您免費承保這些服務。
- 有時,Medicare 為當年的新服務增加原 Medicare 計劃下的保險服務。如果 Medicare 在 2022 年期間為任何服務增加保險,Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。
- MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)是一項 Fully Integrated Dual Eligible (FIDE) Special Needs Plan (SNP),它綜合了 Medicare 保險和 Medicaid 福利(包括長期服務和支援),以期為需要療養院護理等級服務的會員提供支援。有關福利的更多說明,請參閱《醫療福利表》。關於 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員可享受的額外 Medicaid 福利和服務的更多說明,請參閱第 4 章第 2.2 節。因為您有資格獲得 Medicaid 協助,只要您遵守計劃規則接受保健服務,即無需為承保服務付費。(欲進一步瞭解計劃規則接受保健服務,請詳見第 3 章內容。)

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)


- 如果您處在我們計劃的 3 個月視同延續資格期間，我們將繼續提供 Medicare Advantage 計劃承保的所有 Medicare 福利。然而，在此期間，計劃不承擔未失去特殊需求地位的會員超過計劃保費和分攤費用金額的欠款。在此期間，Medicare 基本和補充福利的 Medicare 分攤費用金額不會改變。

只要您符合下面描述的承保要求，就不需要為服務表中列出的服務支付費用。



您會在福利表中預防性服務的旁邊看到這個蘋果。




醫療福利表

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 腹主動脈瘤篩檢</p> <p>承保具患病風險人士每年一次的超音波篩查。本計劃僅在您有某些風險因素並得到您的醫師、醫師助理、護理醫師或臨床護理專家的轉診後承保您的這次篩查。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>針灸（治療慢性腰部疼痛）*</p> <p>承保的服務包括：</p> <p>在以下情況下，Medicare 受益人可在 90 天內享受最多 12 次就診承保：</p> <p>在本福利中，慢性腰部疼痛的定義為：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 持續 12 週或更長時間； ● 非特異性，即無法找到確切的系統性原因（即與轉移性、炎症性、感染性等疾病無關）； ● 與手術無關；以及 ● 與懷孕無關。 <p>將為表現出症狀改善的病患承保額外八個療程。每年針灸治療不超過 20 次。</p> <p>會員症狀如果未改善或出現退化，則必須停止治療。</p> <p>醫療服務提供者要求：</p> <p>醫師（根據《社會保障法》（本法）第 1861(r)(1)條的定義）可根據州相關規定提供針灸治療。</p> <p>醫師助理(PA)、執業護士(NP)/臨床護理專家(CNS)（根據本法第 1861(aa)(5)條的定義）以及輔助人員如符合適用的所有州要求並具備以下條件，則可以提供針灸治療：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在由針灸和東方醫學認證委員會(ACAOM)認可的學校取得針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及 ● 持有目前完整有效和無限制許可，可以在美國的州、領土或自治政體（即波多黎各）或哥倫比亞特區實施針灸治療。 <p>輔助人員必須在 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 法規要求的醫師、PA 或 NP/CNS 的相應等級的監督下提供針灸治療。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>


第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>救護運輸服務*</p> <ul style="list-style-type: none"> 承保的救護車服務包括：抵達可提供護理的最近恰當設施的固定翼飛機、旋翼機和地面救護車服務，這些服務僅在會員的疾病情況不允許採用其他任何交通方式時提供，或在本計劃授權的前提下提供。 由救護車提供的非急診交通在滿足以下條件時屬於恰當服務行為：會員的疾病情況據記錄不允許採用其他任何交通方式，以及救護車運輸方式是醫療必需行為。 <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>非急診服務需要事先授權。</p>
<p> 健康年檢</p> <p>如果您享有 B 部分保險超過 12 個月，您可獲得一次每年保健就診機會，以根據您目前的健康和風險因素制訂或更新個性化的預防性計劃。每 12 個月承保一次該就診。</p> <p>注意：在您的「歡迎來到 Medicare」預防性診療的 12 個月內，不能進行首次每年保健就診。但是，在您享有 B 部分保險 12 個月後，您無需參加歡迎來到 Medicare」預防性診療，即可享有每年保健就診的保險。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>每年保健就診沒有共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 骨質測量</p> <p>對於合格個人（一般來說，這指存在損失骨密度風險或骨質疏鬆風險的人士），以下服務每 24 個月承保一次，或在醫療必需的情況下承保頻率會更頻繁：測量骨密度、檢測骨質疏鬆或確定骨品質的程序，包括醫生解釋檢測結果。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>Medicare 承保的骨密度測量無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 乳腺癌篩檢（乳腺照影）</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 為年齡在 35 歲至 39 歲之間的婦女承保一次基準線乳房 X 光檢查 為年齡在 40 歲以上的女士承保一次乳腺癌篩查 臨床胸部檢查，每 24 個月一次 	<p>自付費用為\$0</p> <p>承保的乳房 X 光篩查無共同保險、自付費用或自負額。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>心臟復健服務*</p> <p>心臟復健服務的綜合計劃包括：為符合某些條件且有醫生轉診的會員承保的鍛煉、教育和諮詢服務。該計劃也承保加護心臟功能復健服務計劃，這些計劃一般情況下比心臟復健計劃更激烈或強度更大。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>
<p> 心血管疾病風險降低診斷（對於心血管疾病的治療）</p> <p>我們每年承保一次您的初級保健醫師就診，以幫助您降低心血管疾病的患病風險。在這次就診期間，您的醫師可討論阿司匹林的使用（如適用），檢查您的血壓，以及為您提供一些小貼士，確保您能獲得健康的飲食。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>心血管疾病強化行為治療預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 心血管疾病檢查</p> <p>每 5 年（60 個月）進行一次血液測試，以檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險上升相關的異常情況）</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>每 5 年承保一次的心血管疾病檢查無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 宮頸癌和陰道癌篩檢</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 所有女性均適用：每 24 個月承保一次巴氏早期癌症探查試驗和盆骨檢查 • 如果您患宮頸癌或陰道癌的風險較高，或處於生育年齡，並且在過去 3 年內子宮頸塗片檢查結果不正常：每 12 個月進行一次子宮頸塗片檢查 	<p>自付費用為\$0</p> <p>Medicare 承保的預防性 Pap 檢測與骨盆檢查無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p>脊椎推拿治療服務*</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我們僅承保脊椎的手按摩服務，以矯正半脫位 	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>



第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 結腸直腸癌篩檢</p> <p>對於 50 歲及以上年齡的人士，我們承保以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 每 48 個月承保一次可彎曲乙狀結腸鏡檢查（或作為替代的鋇灌腸篩查） <p>每 12 個月一次的以下服務之一：</p> <ul style="list-style-type: none"> 愈創木脂糞便隱血檢查(gFOBT) 糞便免疫化學檢查(FIT) <p>每 3 年一次基於 DNA 的結腸直腸癌篩檢</p> <p>對於存在結直腸癌高患病風險的人士，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> 結腸鏡檢查（或作為替代的鋇灌腸篩查），每 24 個月承保一次 <p>對於不存在結直腸癌高患病風險的人士，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> 每 10 年（120 個月）一次結腸鏡檢查，但不可在進行乙狀結腸鏡檢查後的 48 個月內進行 	<p>自付費用為\$0</p> <p>Medicare 承保的結腸直腸癌篩查檢查無共同保險、自付費用或自負額。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>牙科服務*</p> <p>一般來說，預防性的牙科服務（例如潔牙、常規牙科檢查和牙科 X 光檢查）均不由原 Medicare 計劃承保。我們承保 Medicare 承保的牙科服務，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 若牙醫執行其他方面的非承保處置或服務（例如拔牙）且該處置或服務是伴隨某一其他方面的承保處置並作為其組成部分的，那麼我們承保該牙醫所進行的整個服務。 • 為腫瘤病放療做下頷準備而進行的拔牙。 • 腎移植之前的牙科檢查。 <p>作為一名具有雙重資格的會員，您有資格獲得 Medicaid 額外承保的牙科服務，包括具有醫療必要性的預防性、保護性和其他牙科護理、服務、用品、常規檢查、預防（如氟化物治療）、口腔外科（如果不在 Medicare 承保範圍內）和減緩嚴重病情所需的牙修復品和矯正器具。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>Medicare 承保的牙科服務自付費用為\$0。</p> <p>Medicaid 承保的牙科服務自付費用為\$0。</p> <p>服務必須透過 HealthPlex 牙科網絡獲得。</p> <p>需要事先授權。</p>
<p> 抑鬱症篩檢</p> <p>我們每年承保一次抑鬱症篩查。該篩查必須由可提供後續治療和/或轉診服務的初級保健診所完成。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>年度抑鬱症篩查就診無共同保險、自付費用或自負額。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 糖尿病篩檢</p> <p>如果您存在以下任何風險因素：高血壓（高血壓病）、膽固醇和甘油三酯水準異常歷史（血脂異常）、肥胖症或高血糖歷史（血糖），我們將成本此篩查（包括空腹血糖測試）。如果您滿足其他要求，例如超重和家族糖尿病史，我們也可承保這些測試。</p> <p>根據這些測試的結果，您可獲得每 12 個月進行最多兩次的糖尿病篩查資格。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>Medicare 承保的糖尿病篩查無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 糖尿病自我處理訓練、糖尿病服務和用品*</p> <p>對於已患糖尿病的所有人士（胰島素和非胰島素使用者）承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用於監測血糖的用品：血糖監控儀、血糖試紙、柳葉刀設備和柳葉刀，以及檢測試紙和監控儀準確度的血糖控制解決方案。 • 對於患有嚴重糖尿病足的糖尿病病患：每日曆年提供一雙治療型自訂鞋（包括此類鞋配套的專用鞋墊），以及額外兩雙鞋墊，或者一雙深窩鞋和三雙鞋墊（不包括此類鞋配套的非自訂可拆除鞋墊）。保險包括配件。 • 糖尿病自我處理訓練在某些條件下享受保險。 	<p>自付費用為\$0</p> <p>糖尿病治療用品限於 Abbott 糖尿病測試條或 Ascensia 糖尿病測試條。如果您出於醫療目的使用了其他品牌的測試條，您的服務提供者必須聯絡會員服務部。</p> <p>糖尿病治療服務和用品需要事先授權。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>耐用醫療設備(DME)與相關用品*</p> <p>(有關「耐用醫療設備」的定義，請參閱本手冊第 12 章。)</p> <p>承保的用品包括，但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的在家中使用的醫院病床、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器及助行器。</p> <p>我們的《醫生/藥房名錄》中包含了 DME 供應商清單。該清單介紹我們承保的 DME 的品牌和製造商。這一涵蓋品牌、製造商和供應商的最新清單也可在我們網站 www.metroplusmedicare.org 的《醫生/藥房名錄》中找到。</p> <p>MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)通常承保 Original Medicare 承保的本清單上的品牌和製造商提供的任何 DME。我們不承保其他品牌和製造商，除非您的醫生或其他提供者告知我們該品牌符合您的醫療需求。但是，如果您是 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的新參保人而且正在使用某個不在本清單上的 DME 品牌，我們最多將繼續為您承保此品牌 90 天。在此期間，您應該諮詢您的醫生，決定此 90 天后哪個品牌符合您的醫療需求。(如果您對醫生的決定有異議，您可以要求他或她將您轉診以獲得參診意見。)</p> <p>如果您(或您的提供者)對計劃的承保決定有異議，您或您的提供者可以提起上訴。如果您對提供者關於哪個產品或品牌符合你的醫療需求的決定有異議，也可提起上訴。(如需瞭解上訴詳情，請參閱第 9 章，發生問題或投訴時(保險決定、上訴、投訴)的處理方法。)</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>耐用醫療設備(DME)與相關用品* (續)</p> <p>作為一名具有雙重資格的會員，您有資格獲得 Medicaid 額外承保的 DME，例如浴缸凳、扶手、醫療/手術用品、腸內/腸外藥品、營養補充劑、助聽器電池以及 Medicare 不承保的其他義肢或矯正器具。</p> <p>腸道營養品和營養補充品的保險僅限於對鼻飼、空腸造口術或胃管灌食法的保險。腸道營養品和營養補充品的保險僅針對無法透過任何其他方式獲得營養物質的個體以及以下三種情況：1) 靠胃管灌食的個體，無法咀嚼或吞咽食物，必須透過經由胃管灌入的營養品獲得營養物質；2) 患有罕見的先天代謝障礙的個體，需要透過特定的醫療營養品提供無法透過任意其他方式獲得的必要營養物質；以及 3) 由於生長發育過程中的減緩因素而需要醫療營養品的兒童。部分氨基酸和有機酸代謝類遺傳性疾病的保險應包括改性固體食品（低蛋白或含改性蛋白）。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	
<p>急診護理</p> <p>急診治療指符合以下條件的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由具備提供急診服務的服務提供者提供的服務，以及 • 評估或穩定緊急醫療狀況所必須的服務。 <p>緊急醫療是您或其他任何掌握一般醫療和藥品知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免死亡、損失肢體或肢體功能的醫療徵兆。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。</p> <p>對於網絡外提供的必需的急診服務，其分攤費用與網絡內提供的此類服務相同。</p> <p>該服務承保範圍僅限美國境內。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>如果您在網絡外醫院接受了急診治療且在緊急情況穩定後需進行住院治療，為了您的治療能被承保，您必須返回網絡內醫院繼續治療，或者您必須在本計劃核准的網絡外醫院接受住院治療服務，且您的費用為您在網絡內醫院支付的分攤費用。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 健康教育計劃</p> <p>提供教育和營養材料的健康生活計劃。我們將邀請您參加與健康有關的項目、課程和活動，如健康博覽會、營養課程、虛擬學習和健康活動。</p>	<p>自付費用為\$0</p>
<p>聽力服務*</p> <p>由您的服務提供者完成、以確定您是否需要醫療服務的診斷性聽力檢查和平衡評估在由醫師、聽覺治療師或其他合格的服務提供者完成時，我們將為其承保。</p> <p>作為一名具有雙重資格的會員，您有資格獲得 Medicaid 承保而 Medicare 不承保的聽力服務。服務包括助聽器選擇、調適以及配製、配製後的助聽檢查、符合性評估和助聽器修理；聽力學服務包括檢查、測試、助聽器評估和助聽器處方；助聽器產品包括助聽器、耳模、特殊配件和替換零件。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>Medicare 承保的診斷性聽力和平衡檢查自付費用為\$0。</p> <p>Medicaid 承保的每次聽力服務自付費用為\$0。</p> <p>Medicaid 承保的聽力服務需要事先授權。</p>
<p> HIV 篩檢</p> <p>對於要求進行 HIV 篩查測試的人士，或 HIV 感染風險增加的人士，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> 每 12 個月一次篩查 <p>對於已懷孕的女士，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> 在孕期階段多達三次的篩查 	<p>自付費用為\$0</p> <p>符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>家庭保健機構護理*</p> <p>在接受家庭保健服務之前，醫生必須證明您需要家庭保健服務，並將下醫囑，要求家庭保健服務必須由家庭保健機構提供。您必須符合被限制在家的情況，即離開家要花費大力氣。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 兼職或間歇性專業護理和家庭保健輔助服務（要按照家庭保健護理福利承保，您的專業護理和家庭保健輔助服務時間總數必須少於每天 8 小時，每週 35 小時） • 理療、職業治療和言語矯治 • 醫療和社會服務 • 醫療設備和用品 <p>作為一名具有雙重資格的會員，您有資格獲得 Medicaid 額外承保的家庭保健服務，例如 Medicare 不承保的專業服務條款（例如理療師 - 監督已達最大恢復潛力的病患的維持計劃，或者護士 - 為殘障糖尿病病患提供預填充注射器服務）和/或已核准護理計劃所要求的家庭保健助手服務。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>
<p>上門輸液治療*</p> <p>上門輸液治療涉及在家中為個人靜脈或皮下注射藥品或生物製劑。進行上門輸液治療所需的元件包括藥品（例如，抗病毒藥品、免疫球蛋白）、器材（例如，泵）和用品（例如，導管和輸液管）。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 根據護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 病患訓練和教育不包括在耐用醫療設備福利下 • 遠端監視 • 針對由具備資質的上門輸液治療供應商提供的上門輸液治療和上門輸液藥品提供的監視服務 	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>


第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>寧養服務</p> <p>您可在 Medicare 註冊的寧養服務計劃處獲得照護。當您的醫生和安寧照護醫務主任已給了您臨終預後，證明您患了絕症，並且按病情正常發展，您有 6 個月或更短的存活期時，您有資格獲得安寧照護福利。您的寧養醫生可以是網絡內的服務提供者，也可以是網絡外的服務提供者。承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 控制症狀和緩解疼痛的藥品 • 短期喘息護理 • 家庭護理 <p><u>對於寧養服務和由 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的臨終預後相關的服務</u>：Original Medicare（並非我們的計劃）將為與您絕症預後有關的善終服務付款。在您參加寧養計劃期間，您的寧養服務提供者將向原 Medicare 計劃開具帳單，以支付原 Medicare 計劃支付的服務。</p>	<p>在您參加 Medicare 認證的寧養服務計劃時，與您的臨終預後相關的寧養服務和您的 A 部分及 B 部分服務將由 Original Medicare 計劃支付，而不由 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 支付。</p> <p>一次寧養諮詢服務的自付費用為\$0。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
寧養服務 (續)	
<u>對於由 Medicare A 部分或 B 部分承保但與您的臨終預後不相關的服務</u> ：如果您需要由 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的臨終預後不相關的非急診、非緊急需要的服務，您為這些服務所需支付的費用取決於您是否使用我們計劃網絡內的服務提供者：	
<ul style="list-style-type: none">• 如果您透過網絡內服務提供者獲得承保的服務，您僅可支付網絡內服務的計劃分攤費用金額• 如果您透過網絡外服務提供者獲得承保的服務，您支付按服務收費 Medicare 計劃(Original Medicare)的分攤費用。	
<u>對於由 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)承保但不由 Medicare A 部分或 B 部分承保的服務</u> ：MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)將繼續承保未由 A 部分或 B 部分承保的計劃承保服務，無論這些服務是否與您的臨終預後相關。您支付這些服務的計劃分攤費用。	
<u>對於可由計劃 D 部分福利承保的藥品</u> ：藥品不可能同時被寧養和我們的計劃承保。有關詳細資訊，請參閱第 5 章第 9.3 節 (如果您參加 Medicare 註冊的寧養服務計劃該怎麼辦)	
注意 ：如果您需要非寧養照護 (與您的臨終預後不相關的護理)，您應聯絡我們安排這些服務。	
對於未選擇寧養福利的臨終狀態人士，我們的計劃承保寧養諮詢服務 (僅承保一次)。	

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 免疫</p> <p>承保的 Medicare B 部分服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 肺炎疫苗 流感疫苗，每個秋季和冬季的流感高發季節接種一次，以及在有醫療必要性的情況下額外接種流感疫苗 乙型肝炎疫苗，如果您存在患上異性肝炎的中等或高等風險 新型冠狀病毒疫苗 其他疫苗（有高危感染率或 B 類藥品承保範圍） <p>我們也根據我們的 D 部分處方藥福利承保某些疫苗。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>肺炎、流感、乙肝疫苗和新型冠狀病毒疫苗無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p>住院護理*</p> <p>包括急性病住院、住院復健、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從您遵從醫囑正式入院當日開始。在您出院之前的一天為您的最後一天住院日。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> 雙人病房（或單人病房，如果存在醫療必要情況） 膳食，包括特殊飲食 定期護理服務 特別護理室費用（例如，強化治療或冠心病監護室） 藥品和藥物 化驗室服務 X 光和其他放射學服務 必要的手術和醫療用品 裝置使用，例如輪椅 手術和康復室費用 物理、職業和語言治療 藥物濫用住院服務 	<p>自負額為\$0</p> <p>如具有醫療必要性，不限住院天數，自付費用為\$0。</p> <p>需要事先授權。</p> <p>如果您在緊急狀況穩定後從網絡外的醫院獲得住院護理授權，您要支付的費用是您在網絡內醫院需支付的分攤費用。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)**為您承保的服務****您在獲得服務時必須支付的費用****住院護理* (續)**

- 在某些情況下，我們還承保以下種類的移植服務：角膜、腎-胰腺、心臟、肝、肺、心/肺、骨髓、幹細胞，和小腸/多器官聯合移植。如果您需要進行移植手術，我們將安排 Medicare 核准的移植中心對您的病例進行審核，以決定您是否可成為移植候選人。移植服務提供者可以是當地的或者是服務地區之外的。如果我們以社區護理模式之外的方式提供網絡內移植服務，您可以選擇在當地進行移植，只要當地移植提供者願意接受 Original Medicare 價格。如果 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 在您所在社區移植護理模式覆蓋區域以外的地點提供移植服務，且您選擇在該位置獲得移植服務，則我們將您和您的一位陪同人士安排或支付相應的住宿和交付費用。
- 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保僅從您需要的第一品脫血液開始 - 您必須支付您在一個日曆年內獲得的頭三品脫血液，或者須使用自己或他人捐贈的血液。血液其他所有成分的承保均在用完第一品脫後開始。
- 醫師服務

注意：要獲得住院服務，您的服務提供者必須寫下醫囑，要求您正式成為住院病患。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。如果您不確定您是屬於住院病人還是門診病人，您應詢問醫院員工。

您也可以在一份名為「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare 計劃 - 去詢問吧！」Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁

www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或致電 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) 獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電這些號碼。

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>住院病患心理健康護理*</p> <ul style="list-style-type: none"> 承保的服務包括需要住院治療的心理健康護理服務。 <p>我們的計劃承保一生中您可享受的 190 天 獨立精神病醫院住院服務。但這 190 天 的限制不適用於普通醫院精神科提供的住院心理健康護理服務。</p> <p>作為一名具有雙重資格的會員，在超出 Medicare 190 天 終生天數限制後，如具有醫療必要性，則您可以享受無限天數的住院病患心理健康護理服務。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>自負額為\$0</p> <p>如具有醫療必要性，不限住院天數，自付費用為\$0。</p> <p>需要事先授權。</p>


第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務*</p> <p>如《醫療福利表》所述，作為一名具有雙重資格的會員，如具有醫療必要性，您可以享受不限天數的住院和專業康復機構(SNF)護理。</p> <p>如果您的住院福利已用完，或者如果住院服務不合理或非必需服務，我們將不會承保您住院期間的花費。但是，在某些情況下，我們將承保您在醫院或專業康復設施(SNF)獲得的某些服務。承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 醫師服務 • 診斷檢驗（例如實驗室化驗） • X 光、雷射治療和同位素療法，包括技術員材料和服務 • 外科敷料 • 用於降低骨折和脫位風險的夾板、石膏和其他器材 • 用於取代全部或部分身體內部器官（包括連續組織）、或取代永久不工作或機能失常的身體內部器官的全部或部分功能的義肢和矯正器材（非牙科器材），包括取代或修復此類器材 • 腿部、臂部、背部和頸部支架、疝帶、假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況的改變而需要的調整、修理和更換 • 理療、言語矯治和職業治療 	<p>醫師服務的自付費用為 \$0。</p> <p>實驗室服務的自付費用為 \$0。</p> <p>X 光檢查自付費用為 \$0。</p> <p>放射診斷、診斷程序和檢驗費用的自付費用為 \$0。</p> <p>放射治療服務的自付費用為 \$0。</p> <p>醫療及手術用品的自付費用為 \$0。</p> <p>義肢器材的自付費用為 \$0。</p> <p>物理、言語和職業治療服務的自付費用為 \$0。</p> <p>CT/MRI/MRA 和 PET 掃描需要事先授權。</p> <p>義肢裝置、醫療及手術用品需要事先授權。</p> <p>物理、言語和職業治療服務一年超過 10 次就診的情況需要事先授權。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 醫學營養治療</p> <p>本福利是基於醫生的推介而為糖尿病、腎臟（腎）疾病（但未進行透析）、或進行腎移植之後的病患提供的服務。</p> <p>在您參保 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或原有的 Medicare）後接受醫學營養治療服務的第一年內，我們將承保 3 小時的一對一諮詢服務，並在之後的每一年承保 2 小時的同類服務。如果您的身體狀況、治療或診斷結果發生變化，您可以遵照醫生的推介增加治療小時數。如果在下一日曆年內您仍需要治療，醫生必須作出有關此類服務的推介，並且每年更新其推介。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>符合 Medicare 承保的醫學營養治療服務資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p> Medicare 糖尿病預防計劃(MDPP)</p> <p>將為所有 Medicare 醫療保險下符合條件的 Medicare 受益人承保 MDPP 服務。</p> <p>MDPP 是一項結構化健康行為改變干預計劃，其提供長期飲食改變、增加的身體活動以及問題解決策略方面的實踐訓練，旨在克服保持減肥和健康生活方式所面臨的挑戰。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>無須為 MDPP 福利支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p>Medicare B 部分的處方藥*</p> <p>這些藥品由原 Medicare 計劃 B 部分承保。我們的計劃會員透過參保我們的計劃獲得這些藥品的保險服務。承保的藥品包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 一般不由病患自行給藥、在您接受就診、醫院門診或移動手術中心服務時透過注射或輸液形式給藥的藥品 • 您透過本計劃授權的耐用醫療設備（例如噴霧器）服用的藥品 • 如果您有血友病，您自行注射的凝血因數 • 免疫抑製藥品，如果您在移植器官期間參保了 Medicare A 部分 	<p>自付費用為\$0</p> <p>某些 B 部分藥品可能需要事先授權或逐步治療（開具醫囑的醫生應聯絡會員服務瞭解詳情）。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>Medicare B 部分處方藥* (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 抗骨質疏鬆注射用藥品，如果您受限在家、經醫生檢核因停經後骨質疏鬆症造成骨折，無法自己給藥 • 抗原 • 某些口服抗癌藥品和抗嘔吐藥品 • 某些家庭透析使用的藥品，包括肝素、醫療必需情況下使用的肝素解毒藥，局部麻醉劑、紅血球生成刺激素（例如 Aranesp®、Retacrit®） • 靜脈注射免疫球蛋白，用於原發性免疫缺陷疾病的家庭治療 <p>您可透過以下連結轉至可能需要遵循逐步治療的 B 部分藥物清單：</p> <p>https://www.metroplus.org/Plans/Medicare/prescription-drug-information</p> <p>我們也根據我們的 B 部分和 D 部分處方藥福利承保某些疫苗。</p> <p>第 5 章闡述了 D 部分處方藥福利，包括您要使處方藥享受保險時必須遵守的規定。第 6 章闡述了您參加我們的計劃必須為 D 部分處方藥支付的費用。</p>	
<p> 用於促進持續減肥的肥胖症篩檢和治療</p> <p>如果您的體重指數達到 30 或以上，我們將為您承保強化諮詢，幫助您減重。如果您在初級保健診所獲得該諮詢服務，則該服務將屬於承保服務，且可在初級保健診所內與您的綜合預防計劃進行協調。請與您的初級保健醫師或從業人員交流，以獲得更多資訊。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>預防性肥胖篩查和治療無共同保險、自付費用或自負額。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>類鴉片治療計劃服務*</p> <p>患有阿片類物質使用障礙(OUD)的計劃會員可以透過類鴉片治療計劃(OTP)獲得治療 OUD 的服務承保，包括以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none">● 經過美國食品與藥品管理局(FDA)核准的阿片類激動劑和拮抗劑藥品輔助治療(MAT)藥品。● MAT 藥品的配藥和管理（如果適用）● 藥物濫用諮詢● 個人和團體治療● 毒性測試● 攝入活動● 定期評估	<p>自付費用為\$0</p> <p>僅針對住院服務需要獲得事先授權。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>門診診斷測試以及治療用服務與用品*</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光 • 放射（雷射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 • 外科器械，如敷料等 • 用於降低骨折和脫位風險的夾板、石膏和其他器材 • 實驗室化驗 • 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保僅從您需要的第一品脫血液開始 - 您必須支付您在一個日曆年內獲得的頭三品脫血液，或者須使用自己或他人捐贈的血液。血液其他所有成分的承保均在用完第一品脫後開始。 • 其他門診診斷檢測 	<p>X 光檢查自付費用為\$0。</p> <p>放射診斷、診斷程序和檢驗費用的自付費用為\$0。</p> <p>放射治療服務的自付費用為\$0。</p> <p>醫療及手術用品的自付費用為\$0。</p> <p>實驗室服務的自付費用為\$0。</p> <p>每品脫血液的自付費用為\$0（從第四品脫開始）。</p> <p>CT/MRI/MRA 和 PET 掃描需要事先授權。</p> <p>醫療及手術用品需要事先授權。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>門診醫院觀察</p> <p>觀察服務即用以決定病患是否需要入院或出院的醫院門診服務。</p> <p>承保的門診醫院觀察服務必須符合 Medicare 標準，並被認為具有合理性和必要性。觀察服務僅在由醫師或州特許法和醫院職工規章制度授權的其他個人開具的醫囑提供，以接收病人入院或開具醫囑進行門診檢查時才可承保。</p> <p>注意：除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病人入院，否則您將作為門診病人，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。如果您不確定您是否是門診病人，請諮詢醫院工作人員。</p> <p>您也可以在一份名為「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare 計劃 - 去詢問吧！」Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電這些號碼。</p>	自付費用為\$0

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>醫院門診服務</p> <p>我們承保您在醫院門診部為診斷或治療某種疾病或受傷而獲得的醫療必需服務。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 急診或門診的臨床服務，如觀察服務 門診手術 ● 醫院開出的實驗室和診斷化驗 ● 心理健康護理，包括門診住院混合計劃護理，只要醫生證明住院治療需要此類護理 ● X 光檢查或其他由醫院收費的放射項目 ● 醫療用品，例如夾板和石膏 ● 某些您不能自我給藥的藥品和生物製品 <p>注意：除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病人入院，否則您將作為門診病人，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。如果您不確定您是否是門診病人，請諮詢醫院工作人員。</p> <p>您也可以在一份名為「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare 計劃 - 去詢問吧！」Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電這些號碼。</p>	<p>自付費用為\$0</p>
<p>門診心理健康護理</p> <p>承保的服務包括：</p> <p>由州政府頒發執照的精神病醫師或醫生、臨床心理學醫生、臨床社會工作者、臨床護理專家、從業護士、醫師助理或其他 Medicare 核准合格的心理健康護理專業人士依據適用的州法律提供的心理健康服務。</p>	<p>Medicare 承保的個人或小組治療會診，自付費用為\$0。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>門診復健服務*</p> <p>承保的服務包括：物理治療、職業治療和語言治療。</p> <p>門診復健服務由不同的門診部門提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所和綜合復健門診所(CORF)。</p> <p>作為一名具有雙重資格的會員，您有資格獲得 Medicaid 額外承保的門診復健服務，包括物理治療、職業治療和語言治療。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>每年超過 10 次就診的情況需要事先授權。</p>
<p>門診藥物濫用服務</p> <p>在醫院門診部向屬於以下情況的病患提供的門診心理健康護理藥物濫用治療服務，例如：已住院接受藥物濫用治療並出院的病患，或者需要治療但所需服務的提供和頻次達不到住院標準的病患。</p>	<p>Medicare 承保的個人或小組治療會診，自付費用為\$0。</p>
<p>門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務</p> <p>注意：如果您要在醫院設施進行手術，您應與您的服務提供者進行檢核，確定您將作為住院病人還是門診病人入院。除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病人入院，否則您將作為門診病人，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。</p>	<p>每次移動手術中心診療或醫院門診項目診療需支付的自付費用為\$0。</p>
<p>門診混合住院服務</p> <p>「部份住院」是作為醫院門診服務或由社區精神保健中心提供的積極心理治療的結構化計劃，強度比在醫生或治療師診所接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>


第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>醫師/從業人員服務，包括醫生診所就診</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 醫療必需的醫療護理或手術服務，在醫師診所、認證的移動手術中心、醫院門診部或任何其他地點完成 ● 專家會診、診斷和治療 ● 由您的 PCP 進行的基本聽覺和平衡檢查（如果您的醫生要求進行該檢查以瞭解您是否需要治療） ● 某些遠端醫療服務，包括：急需的服務；醫生專家服務；心理健康個人治療專家服務；其他醫療專業人士；精神病個人治療專家服務；門診藥物濫用個人治療專家服務；糖尿病自我處理訓練。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 您可選擇透過當面就診或遠端醫療接受此類服務。如果您選擇透過遠端醫療接受此類服務，則您必須選擇一名使用遠端醫療提供此類服務的網絡內服務提供者。 ○ 使用互動式音訊和視訊通訊系統（例如平板電腦或手機）就診，可實現每週 7 天，每天 24 小時即時互動通訊。請與您的服務提供者聯絡，瞭解他們是否提供遠端診療服務和/或進行預約，或瀏覽我們的網站 www.metroplusmedicare.org，瞭解如何存取我們的遠端診療服務提供者。 	<p>每次初級保健提供者 (PCP)和專家門診治療的自付費用為\$0。</p> <p>每次遠端服務虛擬訪診的自付費用為\$0。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)**為您承保的服務****您在獲得服務時必須支付的費用****醫師/從業人員服務，包括醫生診所就診（續）**

- 家庭透析會員在醫院或重要入院醫院內的腎透析中心、腎透析機構或會員家中的每月末期腎病相關就診遠端醫療服務
- 中風症狀診斷、評估或治療遠端醫療服務（不論您身在何地）
- 為患有藥物濫用障礙或同時出現精神健康障礙的會員提供的遠端醫療服務（不論身在何地）
- **在以下情況下**，與醫生進行 5-10 分鐘的簡短虛擬方式（如透過電話或視訊聊天）溝通：
 - 您不是新病患，以及
 - 虛擬溝通與前 7 天內的診室就診無關，以及
 - 虛擬溝通後在未來 24 小時內或最近時間內無需進行診室就診或赴約就診
- **在以下情況下**，對您傳送給醫生的視訊和/或影像進行的評估，包括醫生的解釋和 24 小時內的隨訪：
 - 您不是新病患，以及
 - 評估與前 7 天內的診室就診無關，以及
 - 評估後在未來 24 小時內或最近時間內無需進行診室就診或赴約就診
- 您的醫生透過電話、網絡或電子健康記錄評估與其他醫生進行的會診
- 在手術前由其他服務提供者進行的參診服務
- 非常規牙科護理（承保的服務限制於對下頷或相關結構進行的手術、下頷或面部骨骼骨折固定、為準備執行腫瘤癌症的下頷放射治療進行的牙拔除術，或是在醫師提供的承保服務）


第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>足病診療*</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 對足部受傷和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）進行的診斷和醫療或手術治療 對患有某些影響下肢的疾病狀況的會員的常規足部護理 <p>作為一名具有雙重資格的會員，您有資格獲得 Medicaid 額外承保的具有醫療必要性的足病診療。這包括對影響下肢的疾病的護理服務，以及每年最多四次常規足部護理。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>常規足部護理需要事先授權。</p>
<p> 前列腺癌篩檢</p> <p>對於年齡在 50 歲及以上的男士，承保的服務包括以下項目（每 12 個月承保一次）：</p> <ul style="list-style-type: none"> 直腸指檢查 前列腺特異抗原(PSA)檢測 	<p>自付費用為\$0</p> <p>年度直腸指檢查或 PSA 檢測無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p>假體裝置及相關材料*</p> <p>取代所有或部分身體器官或功能的器材（非牙科器材）。其中包括但不限於：與結腸造口護理相關的結腸瘻袋和用品、心臟起搏器、支架、矯形鞋、義肢和乳房假體（包括乳房切除術後的手術胸衣）。包括某些與修復器材相關的用品，以及對修復器材的修理和/或更換。此外，包括某些白內障切除或白內障手術之後的保險服務 - 請在本部分稍後段落的「視力保健」內容瞭解更多資訊。</p> <p>作為雙重資格會員，您有資格享受到其他 Medicaid 承保的義肢、矯正器材和矯形鞋。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>義肢器材的自付費用為\$0。</p> <p>以下項目自付費用為\$0：Medicare 承保的白內障摘除或白內障手術後眼鏡。</p> <p>假體裝置需要事先授權。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>肺部復健服務*</p> <p>肺臟功能復健綜合計劃為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病(COPD)、且獲得治療慢性呼吸疾病的醫生開出的肺臟功能復健轉診的會員承保。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>
<p> 用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢服務</p> <p>我們為濫用酒精但不依賴酒精的 Medicare 參保成人（包括懷孕女士）承保一次酒精濫用篩查。</p> <p>如果您的酒精濫用篩查結果為陽性，您可獲得每年多達 4 次的面對面諮詢簡短講座（如果您在諮詢期間具備行為能力且意識清醒），講座由初級保健診所中的合格初級保健醫生或從業人士提供。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>Medicare 承保的減少酒精濫用的篩查和諮詢預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p> 採用低劑量電腦斷層掃描的肺癌篩查(LDCT)</p> <p>對於符合資格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。</p> <p>符合條件的會員為：在 55 – 77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但煙齡至少 30 年且每天至少吸一包煙，並且目前吸煙或在過去 15 年內戒菸。他們在肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診期間因符合 Medicare 對該等就診的標準而獲得由醫生或合資格的非醫生執業者提供的 LDCT 醫囑。</p> <p>對於在首次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：參保者必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的醫囑，該等醫囑可在任何適當就診期間由醫生或合資格的非醫生執業者提供。如果醫生或合資格的非醫生執業者選擇為隨後的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診，該就診必須符合 Medicare 對該等就診的標準。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>不需要為 Medicare 承保的諮詢和共同作出決策就診或 LDCT 支付共同保險、共付額或自付額。</p>


第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 篩檢性傳播感染(STI)和用於預防 STI 的諮詢</p> <p>我們承保衣原體病、淋病、梅毒和乙型肝炎的性傳播感染 (STI) 篩查。在初級保健提供者下醫囑執行這些篩查檢查時，我們為 STI 患病風險增加的懷孕婦女和某些人群承保這些篩查。我們承保每 12 個月一次或懷孕期間特定時間的測試。</p> <p>我們每年也為 STI 患病風險增加的性行為活躍成人每年承保多達 2 次的個人 20-30 分鐘、面對面高密度行為諮詢講座。僅在這些諮詢講座由初級保健提供者提供，且在初級保健環境（例如醫生診所）中進行，我們將這些諮詢講座作為預防服務進行承保。</p>	<p>自付費用為 \$0</p> <p>不需要為 Medicare 承保的篩檢 STI 和有關 STI 預防福利的諮詢支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p>治療腎病的服務</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 旨在教導腎臟護理和幫助會員瞭解其護理決定的腎病教育服務。對於醫生轉診的四期慢性腎病病患會員，我們每個生命存續期承保多達 6 次腎病教育服務講座。 • 門診透析治療（如第 3 章所述，包括臨時離開服務區時的透析治療） • 住院透析治療（如果您被醫療收診為要進行特殊護理的住院病人） • 自我透析訓練（包括對您和幫助您進行家庭透析治療的任何人的訓練） • 家庭透析設備和用品 • 某些家庭支持服務（例如，必要時由經過訓練的透析工作人員訪診，檢查您的家庭透析情況，協助處理緊急情況，以及檢查您的透析設備和水源） <p>根據您的 Medicare B 部分藥品福利，我們承保某些用於透析的藥品。有關 B 部分藥品的保險資訊，請瀏覽「Medicare B 部分處方藥」部分。</p>	<p>腎病教育服務的自付費用為 \$0。</p> <p>透析治療的自付費用為 \$0。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>專業療養院(SNF)護理* (有關「專業康復設施」的定義,請參閱本手冊第 12 章。專業康復設施有時稱作「SNF」。)</p> <p>不要求先住院三天。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 雙人病房(或單人病房,如果存在醫療必要情況) ● 膳食,包括特殊飲食 ● 專業康復服務 ● 理療、職業治療和言語矯治 ● 根據您的護理計劃向您給藥的藥品(其中包括自然存在於體內的成分,包括血液凝血因數)。 ● 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保僅從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須支付您在一個日曆年內獲得的頭三品脫血液,或者須使用自己或他人捐贈的血液。血液其他所有成分的承保均在用完第一品脫後開始。 ● 一般由 SNF 提供的醫療和手術用品 ● 一般由 SNF 提供的實驗室化驗項目 ● 一般由 SNF 提供的 X 光和其他放射治療服務 ● 一般由 SNF 提供的裝置的使用,例如輪椅 ● 醫師/從業人員服務 <p>一般來說,您將從網路內的設施獲得您的 SNF 護理。但是,在下列一些特定情況下,您能夠從不屬於網路內服務提供者的設施獲得護理,只要該設施接受我們的計劃提供的付款金額。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 您在入院前生活的療養院或連續性照護退休社群(只要這些設施提供專業療養設施護理) ● 您離開醫院時,您的配偶生活的 SNF 	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>
<p>作為雙重資格會員,您有資格獲得 Medicaid 額外承保的福利。請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 停止吸菸和菸草使用 (對戒菸或菸草使用的諮詢)</p> <p>如果您使用煙草，但沒有處於吸煙相關疾病的跡象或症狀：<u>我們在為期 12 個月的一個週期內承保兩次諮詢戒斷嘗試，作為免費提供給您的預防性服務。每次輔導嘗試，包括多達四個面對面訪診。</u></p> <p>如果您使用煙草，且已診斷出患有吸煙相關疾病或正在服用可能被煙草影響的藥物：<u>我們承保戒煙諮詢服務。我們在為期 12 個月的一個週期內承保兩次諮詢戒斷嘗試，但您需要支付相應的分攤費用。每次輔導嘗試，包括多達四個面對面訪診。</u></p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>Medicare 承保的戒煙和停止使用煙草預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。</p>
<p>指導性鍛煉療法(SET)*</p> <p>患有外周動脈疾病(PAD)和透過負責 PAD 治療的醫生接受 PAD 轉診服務的會員可享受 SET 保險。</p> <p>如果符合 SET 計劃要求，病患最多可接受 12 個週的 36 個療程。</p> <p>SET 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每個療程持續 30-60 分鐘，療程內容包括為出現跛行的病患提供的 PAD 治療性運動訓練計劃 • 在醫院的門診部或醫生辦公室內進行 • 由符合資格的必要輔助人員執行以確保治療利大於弊，同時這些人員需接受過 PAD 鍛煉療法的培訓 • 在醫生、醫生助理或護理醫師/臨床護理專家的直接監督下執行，這些人員必須接受過基礎和高級生命保障技術培訓 <p>如果醫療保健服務提供者認為存在醫療必要性，還可延長 SET 治療週期，在 12 個週 36 個療程的基礎之上額外增加 36 個療程。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>就醫交通 (常規/非緊急) *</p> <p>承保前往計劃核准服務提供者服務地點接受必須的承保醫療保健和服務的常規/非緊急就醫交通。包括救護車、輕型救護車、病患用車、計程車、出租交通工具、公共交通工具或適合具體醫療狀況的其他方式。</p> <p>您必須在就診前至少兩天致電 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員服務部，MetroPlus UltraCare 會安排核准車輛服務為您提供就醫交通。</p> <p>MetroPlus UltraCare 將不償付除公共交通外未經本計劃事先授權的就醫交通費用。</p> <p>作為雙重資格會員，您有資格獲得 Medicaid 提供的公共交通福利。如果您乘坐公共交通工具（即 MTA transit，包括地鐵、巴士、Long Island Rail Road (LIRR)或 Metro-North Rail Road），我們將償付公共交通費用。您必須將一份填妥的《會員償付表》提交至 MetroPlus UltraCare 以獲得交通費用的償付。您可在我們的網站 www.metroplusmedicare.org 上找到《會員償付表》，或您也可以致電會員服務部要求獲得一份（電話號碼已印於本手冊的封底）。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>請提前至少兩天致電 MetroPlus UltraCare 會員服務部進行授權。</p> <p>需要事先授權。</p>
<p>緊急需要的服務</p> <p>提供「緊急需要的服務」的目的是治療非急診、不可預見的疾病狀況、受傷或需要立即就醫的狀況。緊急需要的服務可由網路內服務提供者提供，或在網路內服務提供者臨時不可用時由網路外服務提供者提供。</p> <p>對於網路外提供的必需且急需的服務，其分攤費用與網路內提供的此類服務相同。</p> <p>該保險在美國境內可提供。</p>	<p>自付費用為\$0</p>

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
<p> 視力保健*</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 為診斷和治療眼部疾病和受傷的門診醫師服務，包括治療與年齡相關的黃斑變性。原 Medicare 不承保為使用眼鏡或隱形眼鏡而進行的常規眼部檢查（眼部屈光度測定） 對於青光眼高危人群，我們將承保每年一次的青光眼篩檢費用。青光眼高風險人士包括：具有青光眼家族遺傳史的人士、糖尿病病患、年齡在 50 歲及以上的非裔美國人和 65 歲以上的西班牙裔美國人 對於糖尿病病患，我們每年承保一次糖尿病視網膜病變篩查 每次白內障手術之後承保一副眼鏡或隱性眼鏡，包括人工晶狀體的植入（如果您單獨進行了兩次白內障手術，您不可在第一次手術後保留保險福利，以便第二次手術後享受購買兩副眼鏡的福利。） <p>作為雙重資格會員，您有資格獲得 Medicaid 額外承保的視力保健福利。</p> <p>請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) Medicaid Advantage Plus 《會員手冊》以瞭解 Medicaid Advantage Plus Plan 提供的更多福利。</p>	<p>Medicare 承保的眼科檢查，包括眼部疾病和宿疾的診斷與治療自付費用為 \$0。</p> <p>Medicaid 承保的視力保健服務自付費用為 \$0。</p> <p>某些 Medicaid 承保的視力服務需要事先授權。</p>
<p> 「歡迎來到 Medicare」預防性診療</p> <p>本計劃承保一次「歡迎來到 Medicare」預防性診療。這次診療包括對您健康狀況進行一次審核，以及對您需要的預防性服務展開教育和諮詢會（包括一些篩查和注射項目），並在必要時轉診至其他醫療護理。</p> <p>重要事項：我們僅在您參保 Medicare B 部分的頭 12 個月內承保一次「歡迎來到 Medicare」預防性診療服務。在您完成預約後，請通知您的醫生診所，您所希望的「歡迎來到 Medicare」預防性診療到訪時間。</p>	<p>自付費用為 \$0</p> <p>「歡迎來到 Medicare」預防性診療沒有共同保險、自付費用或自負額。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)**第 2.2 節 作為本計劃會員，您可獲得的 Medicaid 額外承保福利**

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)是一項 Medicaid Advantage Plus (MAP) Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan (FIDE SNP)，專門為您協調透過 Medicare 和 Medicaid 提供的保健和服務，包括長期照顧服務。

下面表列出了 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員可獲得的 Medicaid 額外承保福利。請使用您的 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員卡以獲得本節所述的 Medicaid 額外承保福利。一些福利僅由紐約州按服務收費 Medicaid 承保，而非 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)承保。這些服務將列於下一節中：*在 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)之外還承保哪些服務*。當服務僅由紐約州按服務收費 Medicaid 承保時，您必須使用您的紐約州 Medicaid 卡。

您可享受的 Medicaid 額外承保福利	您在獲得服務時必須支付的費用
<p>成人日間保健*</p> <p>成人日間保健是指在住院保健設施或核准的分支地點，按照醫生對功能受損、不必限制在家以及需要特定預防性、診斷性、治療性、復健性或臨終項目或服務的病人的指導提供的護理和服務。成人日間保健包括以下服務：醫療、護理、食物和營養、社會服務、復健治療、休閒活動（目的各異的有計劃的項目）、牙科、藥物以及其他輔助服務。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>
<p>消費者主導個人護理計劃(CDPAS)*</p> <p>該計劃使您或代表您的個人能夠雇用、訓練、監督、安排備用人手、保留薪資單記錄以及解聘提供個人護理服務的人員。您可以隨時要求使用 CDPAS 計劃。您可以隨時退出該計劃。MetroPlus Health Plan 將審查您需要的個人護理服務、家庭健康助手服務和/或專業護理服務層級，並為您制訂護理計劃。</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>
<p>上門送餐或團體用餐*</p> <p>在家或團體中供餐，例如，長者中心向不能做飯或不能由他人做飯的個人供餐</p>	<p>自付費用為\$0</p> <p>需要事先授權。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

<p>您可享受的 Medicaid 額外承保福利</p>	<p>您在獲得服務時必須支付的費用</p>
<p>醫療社會服務* 醫療社會服務包括對與個人在家中接受維持治療相關的社會問題進行需求評估、安排並提供協助。</p>	<p>自付費用為\$0 需要事先授權。</p>
<p>營養* 營養需求和攝食方式評估、適合個人身體和醫療需求以及環境條件的食物與飲料供應規劃，或者提供營養教育與諮詢以滿足正常和治療需求。此外，這些服務可能包括對營養狀況和飲食喜好的評估、對您的家庭環境中恰當膳食攝入量供應情況的規劃，以及文化關懷、與作為治療環境一部分的治療性膳食相關的營養知識教育、營養治療計劃的制訂、營養計劃的定期評估與修訂、為護理機構工作人員提供的在職訓練，以及病患具體膳食問題的諮詢和針對病患及家人的營養知識普及。</p>	<p>自付費用為\$0 需要事先授權。</p>
<p>個人護理服務* 為個人衛生、著裝、飲食、膳食營養和環境支援功能任務（準備飲食和家政）等活動提供部分或全面協助。此類服務必須是您為了維持在家中的健康和安​​全所必須的。個人護理必須得到醫師醫囑且具有醫療必要性。</p>	<p>自付費用為\$0 需要事先授權。</p>
<p>個人緊急反應服務 (PERS)* 這是一種電子器械，某些高危病人能用其在身體、情緒或環境出現緊急狀況時獲得協助。</p>	<p>自付費用為\$0 需要事先授權。</p>
<p>私人護理* 私人護理提供家庭護理助手、陪伴護理以及家政服務，可能包括在您家中或居住地提供的護理服務。 私人護理服務在承保範圍內（如果主治醫師斷定在醫療上有必要）。護理服務可以是間歇性、兼職或連續服務，並按開處方的醫師，註冊醫師助理，或已得到認證的護理從業者的書面治療方案提供。私人護理服務必須由具有執照並且目前在紐約州教育辦註冊為註冊專業護士或執業護士的認識提供。</p>	<p>自付費用為\$0 需要事先授權。</p>

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

您可享受的 Medicaid 額外承保福利	您在獲得服務時必須支付的費用
社會日間護理* 這是一項結構化的綜合計劃，在日間任何時段（少於 24 小時）在保護性環境中為功能受損的個人提供社會化、管理和監控、個人護理和營養。其他服務可能包括但不限於日常生活技能的維護和增強、運送、看護人協助以及個案協調與輔助。	自付費用為\$0 需要事先授權。
社會和環境支援* 支援您的醫療需求並包含在您的護理計劃之內的服務和項目。這些服務和項目包括但不限於以下內容：家庭保養任務、主婦/家政服務、住宅改善和臨時看護。	自付費用為\$0 需要事先授權。

第 3 部分 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)以外還承保哪些服務？

第 3.1 節 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)不承保的服務

以下服務並非 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)所包含的項目但可透過按服務收費的 Medicaid 獲得：

護養項目	自付費用為\$0
某些心理健康服務，包括 <ul style="list-style-type: none"> • 加護精神病復健治療計劃 • 日間治療 • 持續日間治療 • 嚴重且持久精神疾病的病例管理（由美國州或當地心理健康部門資助） • 門診住院混合服務 • 主動式社區治療(ACT) • 個性化恢復導向服務(PROs) 	自付費用為\$0

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

綜合 Medicaid 個案管理	自付費用為\$0
結核病直視監督療法	自付費用為\$0
為 Medicare Advantage 提供的寧養服務	自付費用為\$0
以家庭和社區為基礎的豁免計劃服務	自付費用為\$0
州法律允許的 Medicaid 藥房福利 (排除在 Medicare D 部分福利之外的選擇藥品類別)	自付費用為\$0
美沙酮維持治療計劃	自付費用為\$0
發育障礙人士辦公室服務	自付費用為\$0
直接接受條款提供的網絡外家庭計劃服務	自付費用為\$0
根據治療計劃為 OMH 特許的社區居住機構(CR)的居留者 和家庭提供的復健服務	自付費用為\$0

第 4 部分 本計劃或 Medicaid 不承保的服務有哪些？**第 4.1 節 本計劃 (除外事項) 或 Medicaid 不承保的服務**

本部分向您介紹「除外」的服務。「除外」即計劃未承保這些福利。

下表說明了在任何條件下本計劃不承保的一些服務和項目，或者僅在特定條件下本計劃承保的一些服務和項目。

除在列出的特定條件下外，我們不會支付以下圖表中列出的除外醫療服務。唯一的特例是：如果以下圖表中的服務在上訴時基於您的特殊情況被認為是一項我們應支付或承保的醫療服務，我們將支付費用。（有關對我們已作出的不承保某些醫療服務的決定的上訴，請參閱本手冊第9章第6.3節。）

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

福利表或以下圖表中描述了所有除外服務或服務限制。

Medicare 不承保的服務	在任何條件下均不承保	僅在特定條件下承保
針灸治療		✓ 承保慢性腰部疼痛
整容手術或程序		✓ 在為了修復意外受傷或改善畸形身體部位的情況下承保。 乳房切除術之後的所有乳房再造階段均享有保險，以及對不受影響的乳房承保，以達到產生對稱外觀的效果。
看護是當您不需要專業醫療護理或專業康復護理時，療養院、寧養機構或其他機構環境中提供的護理。 看護是不要求專業醫療或醫務助理人員持續關注的個人護理，例如幫助您完成日常起居活動的護理，即洗澡或穿衣等。		✓ 只有在被視為具有醫療必要性時，才可透過其他長期照顧服務承保。
實驗性的醫療及手術程序、設備和藥物 實驗性的程序和項目是我們的計劃和原 Medicare 計劃認為醫學界一般不接受的程序和項目。		✓ 可能由原 Medicare 計劃、在 Medicare 核准的臨床調查研究或我們的計劃承保。 (請參閱第 3 章第 5 節，瞭解有關臨床調查研究的更多資訊。)
您的直系親屬或家庭成員索取的護理費用。	✓	
您家中的全職康復護理。		✓ 只有在被視為具有醫療必要性時，才可透過其他長期照顧服務承保。

第 4 章. 《醫療福利表》 (承保項目)

Medicare 不承保的服務	在任何條件下均不承保	僅在特定條件下承保
上門送餐		✓ 只有在被視為具有醫療必要性時，才可透過其他長期照顧服務承保。
主婦服務，包括基本的家庭助理，即簡單的家務或備餐等服務。		✓ 只有在被視為具有醫療必要性時，才可透過其他長期照顧服務承保。
理療服務（使用天然或替代療法）。	✓	
非常規牙科護理。		✓ 為治療疾病或受傷情況的牙科護理可作為住院或門診護理服務進行承保，或作為 Medicaid 額外承保的福利承保。
矯形鞋		✓ 如果此類鞋屬於腿固定器的一部分且腿固定器包含了此類鞋的費用，或者此類鞋提供給糖尿病足病患。
您在醫院或專業康復設施的病房內的個人物品，例如電話或電視。	✓	
醫院內的單人病房		✓ 僅在醫療上有必要時承保。
反向絕育程序和/或非處方避孕用品。	✓	
常規脊椎按摩護理		✓ 承保用手按摩脊椎以矯正半脫位。
常規牙科護理，例如清潔、補牙或假牙安裝。		✓ 可能作為 Medicaid 額外承保的福利承保。

第 4 章. 《醫療福利表》(承保項目)

Medicare 不承保的服務	在任何條件下均不承保	僅在特定條件下承保
常規眼科檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他弱視輔助器。		✓ 對於白內障手術後的病患，承保眼科檢查和一副眼睛（或隱形眼鏡），或作為 Medicaid 額外承保的福利承保。
常規足部護理		✓ 根據 Medicare 指導原則提供的一些有限承保，例如，如果您患有糖尿病，或作為 Medicaid 額外承保的福利承保。
常規聽力檢查、助聽器或安裝助聽器的檢查。		✓ 可能作為 Medicaid 額外承保的福利承保。
根據原 Medicare 計劃標準被認為屬於任何不合理和非必需的服務	✓	
足部支撐器材		✓ 糖尿病足病患專用的矯形鞋或治療鞋，或作為 Medicaid 額外承保的福利承保。

第 5 章

使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險**第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險**

第 1 部分	簡介	101
第 1.1 節	本章闡述您的 D 部分藥品保險	101
第 1.2 節	計劃 D 部分藥品保險的基本規定	102
第 2 部分	在網路內藥房或透過計劃的郵購服務開處方	102
第 2.1 節	要使您的處方承保，須使用網路內藥房	102
第 2.2 節	尋找網絡內藥房	102
第 2.3 節	使用計劃的郵購服務	103
第 2.4 節	您怎樣獲得長期藥品供應？	104
第 2.5 節	您何時可使用不在計劃網絡內的藥房？	105
第 3 部分	您的藥品需在計劃的「藥物清單」上	106
第 3.1 節	「藥物清單」說明有哪些 D 部分藥品享受保險	106
第 3.2 節	您怎樣尋找藥物清單上的某種特定藥品？	107
第 4 部分	某些藥品的保險存在一定的限制	107
第 4.1 節	為什麼有些藥品存在限制？	107
第 4.2 節	有哪些類型的限制？	107
第 4.3 節	此類限制是否適用於您的藥品？	108
第 5 部分	如果您使用的某一種藥品選用了您不想要的承保方式，該怎麼辦？	109
第 5.1 部分	如果您使用的藥品選用了您不想要的承保方式，您可以採用以下措施	109
第 5.2 節	如果您的藥品未列入藥物清單，或藥品受到某種限制，該怎麼辦？	109
第 6 部分	如果您的一種藥品的保險出現變更該怎麼辦？	111
第 6.1 節	藥物清單可在參保當年進行變更	111
第 6.2 節	如果您正在服用的藥品的保險發生變更會怎樣？	111
第 7 部分	計劃未承保的藥品類型有哪些？	113
第 7.1 節	我們不承保的藥品類型	113

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

第 8 部分	在您取處方藥時出示您的計劃會員卡	114
第 8.1 節	出示您的會員卡	114
第 8.2 節	如果您沒有隨身攜帶會員卡該怎么做？	114
第 9 部分	特殊情況下的 D 部分藥品保險	115
第 9.1 節	如果您在計劃承保的醫院或專業康復設施住院該怎么做？	115
第 9.2 節	如果您入住長期護理(LTC)設施該怎么做？	115
第 9.3 節	如果您參加了 Medicare 認證的寧養計劃該怎么做？	115
第 10 部分	藥品安全和藥品管理計劃	116
第 10.1 節	幫助會員安全用藥的計劃	116
第 10.2 節	幫助會員安全使用阿片類藥物的藥物管理計劃(DMP)	116
第 10.3 節	幫助會員管理其藥品的 Medication Therapy Management (MTM)計 劃	117

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險



您怎樣獲得藥品費用的資訊？

由於您符合參保 Medicaid 的資格，因此您也符合 Medicare 「Extra Help」的資格，並將透過該計劃獲得處方藥計劃費用的「Extra Help」。由於您已加入了「Extra Help」的計劃，因此《承保福利說明》中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊可能並不適用於您。我們給您寄送了稱作「獲得處方藥付款 Extra Help 者承保福利說明附加條款」（也稱作「低收入輔助水準附加條款」或「低收入補助(LIS)附加條款」）的單獨附加頁，透過該附加頁告知您有關處方藥保險的資訊。如果您沒有此附加頁，則請致電會員服務部並申領「低收入補助(LIS)附加條款」。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 本章闡述您的 D 部分藥品保險

本章說明了有關如何使用您的 D 部分藥品保險的規定。下一章說明了您將為 D 部分藥品支付的費用（第 6 章，*您為您的 D 部分處方藥支付的費用*）。

除您的 D 部分藥品保險以外，MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)也根據計劃的醫療福利承保某些藥品。透過其 Medicare A 部分福利的保險，我們的計劃一般承保您在醫院或專業康復機構的承保住院期間獲得的藥品。透過其 Medicare B 部分福利的保險，我們計劃承保的藥品包括某些化療藥品，某些您在診所就診期間獲得的注射用藥品，以及您在透析設施中獲得的藥品。第 4 章（*醫療福利表（承保項目）*）闡述醫院或專業康復機構的承保住院期間的福利和藥品費用，以及您享有的福利和 B 部分藥品費用。

如果您加入 Medicare 寧養服務，您的藥品可透過原 Medicare 計劃承保。我們的計劃僅承保與您的臨終預後和相關狀況不相關、因此在 Medicare 寧養福利下未承保的 Medicare A、B 和 D 部分服務和藥品。有關詳細資訊，請參閱第 9.3 節（*如果您參加 Medicare 註冊的寧養服務計劃該怎麼辦*）。有關寧養保險的資訊，請參閱第 4 章的寧養部分（*醫療福利表（承保項目）*）。

以下部分探討在該計劃 D 部分福利規則下對您藥品的承保。第 9 部分「*特殊情況下的 D 部分藥品保險*」包含有關您 D 部分保險和原 Medicare 的更多資訊。

除 Medicare 承保的藥品外，我們也為您承保其他一些處方藥，作為您的 Medicaid 福利。欲瞭解 Medicaid 承保藥品的其他資訊，請致電紐約州衛生部 Medicaid 計劃：1-888-692-6116 或 1-718-557-1399。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

第 1.2 節 計劃 D 部分藥品保險的基本規定

只要您遵循以下基本規定，計劃一般會承保您的藥品：

- 您必須有一位服務提供者（醫生、牙醫或其他開藥者）為您開處方。
- 您的開藥者必須接受 Medicare 或出具 CMS 核准的文件，說明其具備開處方單的資格，否則您的 D 部分償付請求將被拒絕。在您下次電話聯絡開藥者或就診時，應詢問他們是否符合這一條件。如果不符合，請注意，您的開藥醫生提交將進行處理的必要文件將需要一些時間。
- 一般情況下，您必須使用網絡內的藥房開處方。（請參閱第 2 節，*在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務開處方*。）
- 您的藥品必須在計劃的承保藥物清單（處方一覽表）上（我們簡稱為「藥物清單」）。（請參閱第 3 節，*您的藥品須在計劃的《藥物清單》上*。）
- 您的藥品必須用於醫學公認病症。「醫學公認病症」是由食品與藥品管理局核准或受特定參考書支援的用藥。（請參閱第 3 部分，瞭解有關醫學公認病症的更多資訊。）

第 2 部分 *在網路內藥房或透過計劃的郵購服務開處方*

第 2.1 節 要使您的處方承保，須使用網路內藥房

大多數情況下，僅從我們的網路內藥房中開出的處方藥納入保險範圍。（請參閱第 2.5 節，瞭解有關我們將於何時承保網路外藥房開出的處方藥的資訊。）

網路內藥房是與本計劃簽約以提供您的承保處方藥的藥房。術語「承保藥品」即本計劃的藥物清單上承保的所有 D 部分處方藥。

第 2.2 節 尋找網路內藥房

您怎樣找到您所在地區的網路內藥房？

要找到網路內的藥房，您可查看您的《醫生/藥房名錄》，可瀏覽我們的網站 (www.metroplusmedicare.org)，或致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

您可去我們網絡內藥房中的任意一家配藥。如果您轉而使用另一家網絡內的藥房，且需要重新為正在服用的藥品開處方，那麼您可以讓服務提供者為您開新處方，或者把您的處方傳至新網絡內藥房。

如果您一直使用的藥房撤出網絡該怎麼辦？

如果您一直使用的藥房撤出計劃的網路，您需要在網路內尋找一家新藥房。要在您所在地區找到另外一家網路內藥房，您可以透過會員服務部獲得幫助（電話號碼已印於本手冊的封底），也可使用《醫生/藥房名錄》。您也可以瀏覽我們的網站：

www.metroplusmedicare.org，查閱資訊。

若您需要專門藥房，該怎麼辦？

有時，處方需在專門藥房內配藥。專門藥房包括：

- 提供家庭輸液治療藥品的藥房。
- 為長期護理(LTC)設施內的住戶提供藥品的藥房。一般來說，長期護理設施（例如療養院）會設立自己的藥房。如果您在 LTC 設施內，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房（LTC 設施的常用藥房）網路定期獲得 D 部分福利。如果您在 LTC 設施內獲得 D 部分福利存在困難，請聯絡會員服務部。
- 為印第安保健服務/部落/城區印第安保健計劃服務的藥房（波多黎各未設立）。除發生緊急情況，僅適用於美國土著或阿拉斯加土著有使用網絡內此類藥房的權利。
- 提供 FDA 限制向一些地區提供、或要求特殊處理、服務提供者協助或藥品使用指導的藥品的藥房。（注意：這種情況很少發生。）

要找到特殊藥品藥房，您可查看您的《醫生/藥房名錄》，或致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

對於某些類型的藥品，您可使用本計劃的網路郵購服務。一般來說，透過郵購提供的藥品是您定期服用，用於治療慢性或長期疾病情況的藥品。不可透過本計劃的郵購服務購買的藥品在我們的藥物清單中帶有「**NM**」標記。

我們計劃的郵購服務要求您訂購**至少 30 天且最多不超過 90 天**的藥量。

您可以瀏覽我們的網站：www.metroplusmedicare.org，獲得有關訂購表格和開處方的資訊。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

一般情況下，網路藥房的新處方藥品會在不超過 7-10 天的時間內送達，續配藥品將在 3-4 天內送達。如果在接收您的網路藥品時出現延誤，請致電會員服務部，您將獲得在零售藥房獲得 30 天用量處方藥的補償。

藥房從您的醫生處直接收到的新處方箋。

在收到您的健康護理提供者處方箋後，藥房將與您聯絡以瞭解您是希望立刻還是稍後配藥。如此，您將有機會確保藥房是否配送正確的藥品（包括能量、數量及形式）以及如果有需要，您可在對於計費以及配送前，停止或擱置訂單。您務必在每次藥房與您連絡時給予回覆，以便它們瞭解如何處理新處方箋，以及防止配送上的耽擱。

郵購的補充處方藥。

有關續配藥，您可以選擇註冊自動續配藥計劃。在該計劃下，當我們的記錄顯示您的藥物快用完時，我們將自動開始處理您的下一次續配藥。在發運每個續配藥前藥房都會與您聯絡，以確信您需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或者您的藥物已變更，您可以取消計劃的續配藥。如果您選擇不使用我們的自動續配服務，請在您手頭上的藥品用完前提前 10 天與您的藥房聯絡，以便確保您的下一訂單的及時送達。

要結束我們自動準備郵購續配藥的計劃，請致電會員服務部聯絡我們（電話號碼已印於本手冊的封底）。

為保證藥房能在配送前與您聯絡以確定訂單，請確保您向藥房提供您的最佳聯絡方式。請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底），告知我們您希望我們以怎樣的方式聯絡您。

第 2.4 節 您怎樣獲得長期藥品供應？

在您長期使用藥品時，您的分攤費用可能會降低。本計劃提供兩種幫助您獲得長期供應（也稱為「延期供應」）計劃藥物清單上「維持性」藥品的方式。（維持性藥品是您定期服用，用於治療慢性或長期疾病情況的藥品。）您可以透過網路（參閱第 2.3 節）訂藥，也可以前往零售藥房訂藥。

1. 我們網絡內的一些**零售藥房**可為您長期提供維持性藥品。《醫生/藥房名錄》中說明了我們網絡內有哪些藥房可長期為您提供維持性藥品。您也可致電會員服務部瞭解詳情（電話號碼已印於本手冊的封底）。不可透過本計劃長期供應的藥品在我們的藥物清單中帶有「NM」標記。
2. 對於某些類型的藥品，您可使用本計劃的網路**郵購服務**。不可透過本計劃的郵購服務購買的藥品在我們的藥物清單中帶有「NM」標記。我們計劃的郵購服務要求

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

您訂購至少 30 天且最多不超過 90 天的藥量。請參閱第 2.3 節，瞭解有關使用郵購服務的更多資訊。

第 2.5 節 您何時可使用不在計劃網絡內的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可享受保險

一般來說，我們僅在您無法使用網絡內藥房的情況下承保您從網絡外藥房開出的處方藥。為了協助您，我們在服務區外也設有聯網藥房，您作為我們的計劃會員，可在這些藥房內開處方藥。如果您無法使用網絡內藥房，以下是我們會承保網絡外藥房開出的處方藥的情況：

- 例 1：您離開服務區域，且您已用完或遺失您承保的 D 部分藥品，或您生了病，需要承保下的 D 部分藥品，而您無法到達網絡藥房。
- 例 2：您無法從服務區域內及時獲得承保的 D 部分藥品，原因是，例如，在您合理的車程距離內沒有提供 24 小時/7 天服務的網絡內藥房。
- 例 3：您必須及時為承保下 D 部分藥品配藥，而特定承保下的 D 部分藥品（例如，一般情況下直接由製造商或特別供應商直接運送的專用醫藥）並不能夠隨時從網絡零售處或網絡藥房獲得。
- 例 4：當您為急診室、提供者診所、門診手術及其他門診的病人時，由網絡外機構為本的藥房向您配發承保下的 D 部分藥品，因此無法在網絡內藥房獲得藥品。
- 例 5：在任何聯邦災難聲明或其他突發公共衛生事件聲明期間，我們會員被撤離或背井離鄉，離開他們的居住地並且無法合理在網絡藥房獲得承保下的 D 部分藥品。

如出現上述情況，請首先聯絡會員服務部，瞭解您附近是否有網絡內藥房。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）您可能必須支付您在網絡外藥房為藥品所付費用與在網絡內藥房我們將承保的費用之間的差價。

您怎樣請求計劃給予償付？

如果您必須使用網絡外的藥房，在您開處方藥時，一般需要支付全額費用（而不是平常支付的分攤費用）。您可要求我們給您償付我們應付的分攤費用。（第 7 章第 2.1 節說明瞭怎樣請求計劃撥補藥費。）

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

第 3 部分 您的藥品需在計劃的「藥物清單」上

第 3.1 節 「藥物清單」說明有哪些 D 部分藥品享受保險

本計劃提供一份「承保藥物清單」（處方一覽表）。在本《承保福利說明》中，我們將其簡稱為「藥物清單」。

該清單上的藥品由本計劃組織在醫生和藥劑師的幫助下選出。該清單必須滿足 Medicare 指定的要求。Medicare 已核准計劃的藥物清單。

藥物清單包括 Medicare D 部分的承保藥品（本章開頭的第 1.1 節對 D 部分藥品進行了說明）。除 Medicare 承保的藥品外，我們也為您承保其他一些處方藥，作為您的 Medicaid 福利。欲瞭解 Medicaid 承保藥品的其他資訊，請致電紐約州衛生部 Medicaid 計劃：1-888-692-6116 或 1-718-557-1399。

一般情況下，我們會承保計劃藥物清單上的藥品，只要您遵循本章說明的其他保險規定，並使用針對醫學公認病症的藥品。「醫學公認病症」用藥是屬於以下任一種情況的用藥：

- 食品與藥品管理局核准（即食品與藥品管理局已確認該藥品符合其處方規定的診斷或治療用途。）
- -- 或 -- 受特定參考書支援，例如美國醫院藥典藥品資訊服務和 DRUGDEX 資訊系統。

藥物清單包括品牌藥品和學名藥品

學名藥品是與品牌藥品具有相同活性成分的處方藥。一般而言，學名藥品與品牌藥品的功效一致，但價格更低。我們為多種品牌藥品提供了可替代的學名藥品。

藥物清單內容不包括？

藥物清單不包括您的 Medicaid 福利下所承保的處方藥。欲瞭解 Medicaid 承保藥品的其他資訊，請致電紐約州衛生部 Medicaid 計劃：1-888-692-6116 或 1-718-557-1399。

本計劃不承保全部處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許 Medicare 計劃承保某些類型的藥品（有關詳細資訊，請參與本章第 7.1 節）。
- 在另外一些情況中，我們決定不承保我們藥物清單上的某種特定藥品。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

第 3.2 節 您怎樣尋找藥物清單上的某種特定藥品？

您可透過兩種方式進行尋找：

1. 瀏覽計劃網站(www.metroplusmedicare.org)。該網站上的藥物清單即時更新。
2. 致電會員服務部，瞭解計劃藥物清單上是否有某種特定要求配，或索取一份清單。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

第 4 部分 某些藥品的保險存在一定的限制

第 4.1 節 為什麼有些藥品存在限制？

對於某些處方藥，一些特殊的規定會限制計劃承保的方式和時間。醫生和藥劑師團隊制訂出這些規定，旨在幫助我們的會員用最有效的方式使用這些藥品。這些特殊規定也有助於控制整體藥費，使您的藥品保險更實惠。

一般情況下，我們的規則鼓勵您選擇適合您醫療狀況且安全有效的藥品。當安全、低花費的藥品與高花費的藥品藥效相同時，根據計劃的規定，我們將鼓勵您和您的服務提供者使用低花費的藥品。我們也需要遵循 Medicare 對藥品保險和分攤費用的規定和條例。

如果您的藥品存在限制，這通常意味著您或您的服務提供者必須採取額外的措施，才能使我們承保該藥品。如果您希望我們為您免除限制，您應使用保險決定流程，要求我們為您提供特例許可權。我們有權利同意或拒絕為您免除限制。（請參閱第 9 章第 7.2 節，瞭解有關要求獲得特例的資訊。）

請注意，有時一種藥品可能會在我們的藥物清單上重複出現。這是因為：您的保健服務提供者開出的處方藥的藥效、藥量或劑型等因素不同，適用的限制或分攤費用不同（例如，10 毫克和 100 毫克；每天一次和兩次；藥片和液體）。

第 4.2 節 有哪些類型的限制？

我們的計劃透過不同類型的限制幫助會員用最有效的方法使用藥品。以下部分進一步闡述了我們對特定藥品運用的限制類型。

在學名藥品可用時，限制使用品牌藥品

一般情況下，「普通」藥品與品牌藥品的功效一致，但花費更低。大多數情況下，當可獲得與品牌藥物功效相同的學名藥品時，我們網絡內藥房將向您開立學名藥品。在學名藥品可用時，我們一般不會承保品牌藥品。但是，如果您的服務提供者已告知我們學名藥

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

品及治療相同病症的其他承保藥品對您無效果的醫學理由，我們將承保品牌藥品。（您的品牌藥品分攤費用可能會高於學名藥品。）

提前獲得計劃核准

對於某些藥品，您或您的服務提供者需要先獲得計劃核准，然後我們才會同意為您承保藥品。這稱作「**事先授權**」。有時，提前獲得核准的要求可幫助您恰當使用一些藥品。如果您未獲得核准，計劃可能不會承保您的藥品。

首先嘗試另一種藥品

這項要求鼓勵您在計劃承保另一種藥品之前，嘗試花費更低但通常同樣有效的藥品。例如，如果藥品 A 和藥品 B 可治療相同的疾病情況而藥品 A 更便宜，計劃可能會要求您先試用藥品 A。如果藥品 A 對您來說沒有效果，計劃隨後會承保藥品 B。首先嘗試不同藥品的要求稱作「**按步驟治療**」。

數量限制

對於某些藥物，我們會透過限制您每次開處方藥時可獲得的藥量，限制您能獲得的藥量。例如，如果某種藥品公認的安全用量為一天一片，我們可將您的處方藥承保量限制為不超過一天一片。

第 4.3 節 此類限制是否適用於您的藥品？

計劃的藥物清單包含上述限制資訊。要確定上述限制是否適用於您正在服用或想要服用的要，請查看藥物清單。有關最新資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）或可瀏覽我們的網站(www.metroplusmedicare.org)。

如果您的藥品存在限制，這通常意味著您或您的服務提供者必須採取額外的措施，才能使我們承保該藥品。如果您想要服用的藥品存在限制，您應聯絡會員服務部，瞭解您或您的服務提供者應採取哪些措施，使該藥品享受保險。如果您希望我們為您免除限制，您應使用保險決定流程，要求我們為您提供特例許可權。我們有權利同意或拒絕為您免除限制。（請參閱第 9 章第 7.2 節，瞭解有關要求獲得特例的資訊。）

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險**第 5 部分 如果您使用的某一種藥品選用了您不想要的承保方式，該怎麼辦？****第 5.1 部分 如果您使用的藥品選用了您不想要的承保方式，您可以採用以下措施**

我們希望您的藥品保險能夠滿足您的需要。但是，很有可能您正在使用的處方藥或您和您的提供者認為您應該服用的藥物不在我們的處方藥一覽表上，或在我們的處方藥一覽表上但有限制條件。例如：

- 該藥品可能完全不能享有保險。或者，該藥品的普通版本享有保險，但您要服用的品牌版本不享有保險。
- 該藥品享有保險，但對該藥品有額外的保險規定或限制。如第 4 部分所述，計劃承保的一些藥品在使用方面需要遵循額外的限制規定。例如，您可能會被要求先試用另一種藥品，以查看該藥品是否有療效，然後，我們才會為您承保您想服用的藥品。或者，在特定時間段對藥品的承保用量（服用的片劑數等）可能存在限制，在某些情況下，您可能希望我們為您免除限制。

如果您使用的藥品選用了您不想要的承保方式，您可以採用以下措施。

- 如果您的藥品未列入藥物清單，或者您的藥品受限，請瀏覽第 5.2 節瞭解處理辦法。

第 5.2 節 如果您的藥品未列入藥物清單，或藥品受到某種限制，該怎麼辦？

如果您的藥品未列入藥物清單或受限，您可按照以下辦法進行處理：

- 您可能會獲得該藥品的臨時供給（只有處於某些特定情況下的會員可以獲得臨時供給）。這使得您和您的服務提供者有時間更換為其他藥品或提出申請，使這種藥品享有保險。
- 您可以轉而使用其他藥品。
- 您可以申請特例處理，要求計劃承保該藥品或免除對該藥品的限制。

您可能會獲得臨時供給

在某些特定情況下，如果您的藥品未列入藥物清單或受到某種限制，計劃必須向您提供某種藥品的臨時供給。這樣的處理使您有時間與您的服務提供者溝通有關保險變更的事宜，並找出解決辦法。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

要符合臨時藥品供給的資格，您必須滿足以下兩個要求：

1. 您的藥品保險變更必須屬於以下任一一種變更類型：

- 您一直服用的藥品不再位於計劃的藥物清單上。
- -- 或者 -- 您一直服用的藥品現在受到某種限制（本章第 4 部分闡述了這些限制）。

2. 您必須符合下列的任意一種情況：

- 對於新參保或去年參保的會員：
如果您剛參保，在您成為計劃會員的頭 90 天，我們將承保藥品的臨時供給，如果您在去年參保計劃，在日曆年的頭 90 天，我們將承保藥品的臨時供給。此臨時供給的最長期限為 30 天。若您的處方箋上註明的天數較少，我們將准許多種配藥途徑提供至多 30 天的用量。處方必須由網絡內藥房開出。（請注意，長期護理藥房可以減少每次的供藥量，以避免浪費。）
- 對於參保計劃超過 90 天、入住長期護理(LTC)機構且立即需要用藥的會員：
我們將承保一次為期 31 天的特殊藥品，或者，如果您的處方上寫明的供給期限更短，則供給也更短。這項保險是以上臨時供藥情況的附加服務。
- 對於參保計劃超過 90 天、護理等級發生變化且立即需要用藥的會員：
我們將承保一次為期 31 天的特殊藥品，或者，如果您的處方上寫明的供給期限更短，則供給也更短。這項保險是以上臨時供藥情況的附加服務。

要申請臨時供給，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

在您獲得臨時藥品供給的期間，您應與服務提供者溝通，決定在您的臨時藥品供給用完後可採取的措施。您可轉而使用計劃承保的不同藥品，或申請計劃特例，承保您目前的藥品。以下部分進一步介紹了您可採取的選擇。

您可以轉而使用其他藥品

請先與您的服務提供者溝通。也許計劃內有其他的藥品也能夠為您提供相同的療效。您可以致電會員服務部，索取處理相同疾病情況的承保藥物清單。該清單可協助您的服務提供者找到可能對您有用的承保藥品。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

您可申請特例處理

您和您的服務提供者可要求計劃為您作出特例處理，使藥品以您希望的方式享有保險。如果您的服務提供者聲明您的疾病情況符合讓我們進行特例處理的正當理由，您的服務提供

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

者可協助您申請特例處理。例如，您可要求計劃承保該藥品，即使該藥品未列入藥物清單。或者，您可要求計劃作出特例處理，承保該藥品，且對藥品沒有任何限制。

如果您是日前會員，並且您正在服用的藥品明年將從處方一覽表上剔除或受到某種程度的限制，我們將允許您在明年之前提出處方一覽表特例處理要求。我們將向您告知明年您的藥品承保上發生的變更。您可在下一年之前申請特例，我們將在收到您的申請（或您的開處方者開出的支援性聲明）之後的 72 小時之內答覆您。如果我們核准了您的申請，我們將在此變更生效前授權此保險。

如果您和您的服務提供者希望申請特例處理，請參閱第 9 章第 7.4 節，瞭解具體做法。該章節說明了 Medicare 制訂的相關程序和截止日期，確保您的申請處理流程能夠及時、公正。

第 6 部分 如果您的一種藥品的保險出現變更該怎麼辦？

第 6.1 節 藥物清單可在參保當年進行變更

藥品保險中的大多數變更在每年年初（1 月 1 日）開始。但是，在參保當年，計劃可能對藥物清單進行變更。例如，計劃可能：

- 在藥物清單上增加或刪除藥品。可使用新藥品，包括新的學名藥品。也許政府已核准對現有藥品的新用法。有時，藥品會被召回，我們會決定不承保該藥品。或者，我們可能因藥品被驗證無效而將其從藥物清單上刪除。
- 增加或刪除對藥品保險的限制（有關保險限制的更多資訊，請參閱本章第 4 部分）。
- 用學名藥品取代品牌藥品。

我們必須遵照 Medicare 的要求，才能對計劃的藥物清單進行變更。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥品的保險發生變更會怎樣？

藥物保險變更相關資訊

在當年發生藥物清單的變更時，我們將在網站上發佈相關變更的資訊。我們將定期更新網站上的藥物清單，以包括自上一次更新後發生的任何變化。在下文中我們將指出，您正在服用的藥物發生變更時您將收到直接通知的時間。您也可致電會員服務部瞭解詳情（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

您的藥品保險變更是否會立即對您產生影響？

當年可影響您的變更：在以下案例中，您將因目前的承保變更受到影響：

- **新學名藥品替代《藥物清單》上的品牌藥品（或者，我們變更分攤費用等級或對品牌藥品增加新的限制或同時執行這兩項操作）**
 - 如果我們用一種新核准的、位於相同或較低費用分攤層級的、具有相同或更少限制的學名藥品替代某種品牌藥品，我們可立即將該品牌藥品從我們的藥物清單上移除。此外，在增加新學名藥品時，我們可能會決定將品牌藥品保留在我們的藥物清單中，但會立即將其移至較高費用分攤層級或增加新的限制。
 - 我們可能不會在執行變更之前通知您，即使您目前正在服用品牌藥品。
 - 您或您的處方醫生可以要求我們進行特例處理並繼續為您承保品牌藥物。有關如何申請特例處理的資訊，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。
 - 如果您在我們執行變更時正在服用品牌藥物，我們將向您提供有關我們所做出的具體變更的資訊。其中包括有關您提出特例申請，要求我們承保品牌藥物的資訊。在我們進行變更之前，您可能不會收到通知。
- **藥物清單上已從市場中召回的不安全藥物和其他藥物**
 - 藥品因被驗證不安全或因其他原因而被突然從市場上召回的情況時有發生。如果出現這種情況，我們將立即將該藥物從藥物清單上刪除。如果您正在服用該藥物，我們將立即通知您此類變化。
 - 您的處方開具醫生也會得知此類變化，並能夠與您一同找出適於您情況的其他藥物。
- **對藥物清單上藥物的其他變更**
 - 在已對您服用的藥物產生影響的當年，我們還可執行其他的變更。例如，我們可能會新增一種非新上市的學名藥品來替代品牌藥品，或對品牌藥品增加新的限制，或兩者皆有。此外，我們還可能根據 FDA 提供的警告或 Medicare 確認的新臨床指導原則進行變更。我們必須至少提前 30 天通知您此變更，或通知您變更，並為您提供 30 天在網絡內藥房增配藥品的期限。
 - 在您收到變更通知後，您應與您的處方醫生合作，更換至我們承保的其他藥品。
 - 或者，您或您的處方醫生可以要求我們特例對待並繼續為您承保藥物。有關如何申請特例處理的資訊，請參閱第 9 章（發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法）。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

不會影響目前服用某種藥物的會員的藥物清單變動情況：對於上文未提到的《藥物清單》變更，如果您目前正在服用此類藥品，且如果您仍然參保該計劃，以下類型的變更在下一年的 1 月 1 日以前將不會對您產生影響：

- 如果我們對您的用藥設定新的限制
- 如果我們將您的藥物從藥物清單上刪除

如果您正在服用的藥物出現任何此類變更（但並非因為市場召回，學名藥品取代品牌藥物，或者其他上述章節提到的變更），那麼在下一年 1 月 1 日之前，此類變更不會影響您的用藥或您支付的分攤費用金額。在該日期之前，您支付的費用一般不會增加，對您的用藥一般也不會有新的限制。您當年不會受到任何對您不產生影響的變化的直接通知。但是，自下一年的 1 月 1 日開始，這些變更的影響就會生效，因此請務必查看新福利年度《藥物清單》上的藥品是否有任何變更。

第 7 部分 計劃未承保的藥品類型有哪些？

第 7.1 節 我們不承保的藥品類型

本部分闡述「排除在保險外」的處方藥類型。也就是說，Medicare 不會支付這些處方藥的費用。

我們不會支付本部區分出的藥品。唯一的特例是：如果申請的藥品在上訴過程中被認定為 D 部分承保的藥品，我們應根據您的特殊情況支付或承保該藥品。（有關對我們已作出的不承保藥品的決定的上訴，請參閱本手冊第 9 章第 7.5 節。）如果我們排除的藥物也被 Medicaid 排除，您必須自行支付費用。

以下是對 Medicare 藥品計劃 D 部分不承保藥品的三大通用規定：

- 我們計劃的 D 部分藥品保險不能承保 Medicare A 部分或 B 部分會承保的藥品。
- 我們計劃不承保從美國和其領地以外區域購買的藥品。
- 我們的計劃一般不能承保藥品的標示外使用。「標示外使用」是除藥品標籤上所示的、食品與藥品管理局核准的用法以外的藥品使用。
 - 一般情況下，「標示外使用」的保險僅在其用法受到特定參考書支援時才被許可，例如美國醫院藥典藥品資訊服務和 DRUGDEX 資訊系統。如果藥品的使用不受上述任何參考書的支援，則我們的計劃不能承保其「標示外使用」。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

另外，根據法律規定，下面列出的藥品類別不屬於 Medicare 的承保藥品。但是，部份這些藥物可能由您的 Medicaid 藥物保險承保。欲瞭解 Medicaid 承保藥品的其他資訊，請致電紐約州衛生部 Medicaid 計劃：1-888-692-6116 或 1-718-557-1399。

- 非處方藥（也稱作非處方藥品）
- 用於提升生育能力的藥品
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥品
- 用於整形或促進毛發生長的藥品
- 處方類維生素和礦物質產品，產前維生素和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食症、減肥或增重的藥品
- 根據銷售條件，製造商要求相關測試或監控服務從製造商處單獨購買的門診藥品

第 8 部分 在您取處方藥時出示您的計劃會員卡

第 8.1 節 出示您的會員卡

要開處方，請在您選擇的網絡內藥房出示您的計劃會員卡。在您出示計劃會員卡後，網絡內的藥房將自動為計劃開帳單，收取我們為您承保的處方藥的分攤費用。您在取處方藥時，需要向藥房支付您承擔的分攤費用。

如果該處方藥是僅由 Medicaid 承保的藥品，則您必須向藥房出示紐約州核發的 Medicaid 卡。

第 8.2 節 如果您沒有隨身攜帶會員卡該怎麼辦？

如果您在開處方時沒有隨身攜帶計劃會員卡，請藥房給計劃組織打電話，獲得必要資訊。

如果藥房無法獲得必要資訊，您在取藥時可能必須支付處方藥的全額費用。（您隨後可要求我們給您償付我們應付的分攤費用。請參閱第 7 章第 2.1 節，瞭解有關要求計劃償付的資訊。）

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

第 9 部分 特殊情況下的 D 部分藥品保險

第 9.1 節 如果您在計劃承保的醫院或專業康復設施住院該怎麼做？

如果您在計劃承保的醫院或專業康復設施住院時，我們一般會承保您住院期間的處方藥費用。在您從醫院或專業康復設施出院後，只要您的藥品符合我們的所有保險規定，我們會為您的藥品承保。請查看本部分之前的段落，瞭解有關獲得藥品保險的規定。第 6 章（您為 D 部分處方藥支付的費用）進一步闡述了有關藥品保險和您所需支付的費用。

第 9.2 節 如果您入住長期護理(LTC)設施該怎麼做？

一般來說，長期護理設施（例如療養院）會設立自己的藥房，或設立為其所有住戶提供藥品的藥房。如果您入住長期護理設施，您可透過該設施的藥房獲得您的處方藥，只要該藥房加入了我們的網絡。

請檢視您的《醫生/藥房名錄》，確定您的長期護理機構的藥房是否加入了我們的網絡。如果您該藥房沒有加入我們的網絡，或您需要更多資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

如果您入住長期護理(LTC)設施且屬於計劃的新會員該怎麼做？

如果您需要未列入我們藥物清單的藥物，或受到某種限制，計劃將在您成為會員的頭 90 天內承保對您的藥物的**臨時供給**。總藥品供給的期限最多為 31 天，或者如果您的處方上寫明的供給期限更短，總供給則更短。（請注意，長期護理藥房可以減少每次的供藥量，以避免浪費。）如果您參保計劃的時間超過 90 天，且需要未列入我們《藥物清單》的藥品，或者計劃對藥品的保險有限制，我們將承保一次為期 31 天的藥品供給，或者如果您的處方上寫明的供給期限更短，該供給則更短。

在您獲得臨時藥品供給的期間，您應與服務提供者溝通，決定在您的臨時藥品供給用完後可採取的措施。也許計劃內有其他的藥品也能夠為您提供相同的療效。或者，您和您的服務提供者可要求計劃為您作出特例處理，使藥品以您希望的方式享有保險。如果您和您的服務提供者希望申請特例處理，請參閱第 9 章第 7.4 節，瞭解具體做法。

第 9.3 節 如果您參加了 Medicare 認證的寧養計劃該怎麼做？

藥品不可能同時被寧養和我們的計劃承保。如果您參保 Medicare 寧養計劃，並要求使用您的寧養計劃未承保的抗噁心藥品、瀉藥、止痛藥或抗焦慮（因為這些藥品與您的晚期病症無關），我們的計劃必須收到開藥者或您的寧養計劃服務提供者說明該藥品與晚期病症無關的通知，才能為藥品承保。為避免在接收任何應由我們的計劃承保的無關藥物時出現

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

延誤，您可要求您的寧養計劃服務提供者或開藥者確保通知我們該藥物與晚期病症無關，然後再請藥房為您開處方。

如果您取消善終服務或從善終機構出院，我們的計劃應承保您的所有藥物。為避免您的 Medicare 寧養計劃福利終止時藥房出現任何延誤，您應向藥房出具證明檔案，驗證您取消或撤出寧養計劃。請參見本部分之前的段落，瞭解有關獲得 D 部分藥品保險的規定。第 6 章（您為 D 部分處方藥支付的費用）進一步闡述了有關藥品保險和您所需支付的費用。

第 10 部分 藥品安全和藥品管理計劃

第 10.1 節 幫助會員安全用藥的計劃

我們為我們的會員展開藥品使用評估，幫助確保會員獲得安全和恰當的治療。此類評估對於有兩位及以上服務提供者為其開處方的會員尤其重要。

在您每次開處方時，我們都會進行一次評估。我們也會定期審核我們的記錄。在審核期間，我們會調查以下可能出現的問題：

- 可能存在的用藥錯誤
- 由於您正在服用的另一種藥品可治療相同的疾病，因此存在了不必要服用的藥品
- 因您的年齡或性別造成的用藥不安全或不當
- 某些如果同時服用會對您造成傷害的藥品組合
- 藥品處方中含有某些會導致您過敏的成分
- 您正在服用的藥物可能出現的用藥量（劑量）錯誤
- 不安全劑量的阿片類止痛藥

如果我們發現您的用藥過程中可能存在問題，我們會與您的服務提供者一同解決這些問題。

第 10.2 節 幫助會員安全使用阿片類藥物的藥物管理計劃(DMP)

我們制訂了一個幫助確保會員安全使用其處方阿片類藥品和其他常用藥品的計劃。該計劃稱為藥物管理計劃(DMP)。如果您使用的阿片類藥品來自數字醫生或數家藥房，或如果您近期服用阿片類藥品過量，我們將與您的醫生溝通，確保您的阿片類藥品使用恰當且具備醫療必要性。與您的醫生合作，如果我們認為您使用阿片類處方藥或苯二氮類藥品不安全，我們可限制您取得此類藥品的方式。此類限制包括：

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

- 要求您從一家藥房獲得您的所有阿片類或苯二氮類藥品的處方藥
- 要求您從一位醫生處獲得您的所有阿片類或苯二氮類藥品的處方藥
- 限制我們為您承保的阿片類或苯二氮類藥物的用量

如果我們認為上述一項或多項限制適用於您，我們將提前向您傳送一封信件。信上將說明適用於您的限制資訊。您還將有機會告訴我們您的偏好醫生或藥房，以及其他您認為我們需要瞭解的重要資訊。在您抽時間回覆後，如果我們決定限制您享受的上述藥品承保，我們將再向您傳送一封信，以確認限制。如果您認為我們出錯，或您不同意我們對您存在藥品濫用風險的判斷，或不同意我們採取限制，您和您的處方醫生有權向我們提起上訴。如果您選擇上訴，我們將審核您的個案並向您提供我們的決定。如果我們繼續否決您的藥品使用限制相關申請，我們將自動將您的案件傳送至計劃外的獨立審查方。有關如何提起上訴的資訊，請參閱第9章。

如果您存在某些醫療狀況，例如，癌症或鐮狀細胞疾病，您正在接受寧養服務、姑息或臨終關懷，或居住在長期護理機構，則DMP可能不適用於您。

第 10.3 節 幫助會員管理其藥品的 Medication Therapy Management (MTM) 計劃

我們設立了一個可幫助會員滿足複雜健康需求的計劃。

該計劃屬於志願者計劃，向會員免費提供。藥劑師和醫生團隊為我們制訂了這個計劃。此計劃可幫助確保會員從他們服用的藥品中獲得最大福利。我們的計劃稱作藥物治療管理 (MTM) 計劃。

因不同疾病使用藥品且藥費高昂或幫助其安全使用阿片類藥品的 DMP 的某些會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。藥劑師或其他保健專業人員將對您的所有藥物進行全面的評估。您可說明您服用藥物的最佳方式、您支付的費用或您遇到的關於您處方藥和非處方藥的問題。您可獲得這次討論的書面總結。總結包含一份藥物治療計劃，計劃就您如何充分利用藥物提出建議，並留出空間方便您記筆記或寫下跟進問題。您亦可獲得個人用藥清單，說明您在服用的藥物及服用藥物的原因。此外，MTM 計劃會員還將收到關於如何安全處置受管制處方藥的資訊。

在您進行每年的「保健」就診之前，進行一次藥物評估非常有意義，這樣您就能與醫生溝通您的治療計劃和藥物清單情況。在您就診時或在與醫生、藥劑師和其他保健服務提供者交流時，帶上您的治療計劃和藥物清單。此外，請隨身帶著藥物清單（例如，和您的身份證放在一起），以免您去醫院或急診室。

第 5 章. 使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險

如果我們有符合您需求的計劃，我們將自動讓您參保該計劃，並將相關資訊傳送給您。如果您決定不參保，請通知我們，我們會把您撤出計劃。如您對這些計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 6 章

您為 **D** 部分處方藥支付的費用

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用**第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用**

第 1 部分	簡介	122
第 1.1 節	請將本章與其他描述藥物保險的材料一起使用	122
第 1.2 節	您可能要為承保藥品支付的現金費用類型	123
第 2 部分	您支付多少藥費取決於您在購買藥品時處於哪個「藥品支付階段」	123
第 2.1 節	什麼是針對 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員的藥品支付階段?	123
第 3 部分	我們向您傳送報告，說明您的藥費支付情況以及您所處的支付階段.....	125
第 3.1 節	我們將向您傳送名為《D 部分福利說明》（「D 部分 EOB」）的每月總結	125
第 3.2 節	協助我們記錄您最新的藥費支付相關資訊	125
第 4 部分	在自負額階段，您支付藥品的全部費用.....	126
第 4.1 節	在您付清\$480 藥費前，您都將停留在自負額階段	126
第 5 部分	在初始保險階段，本計劃將為您的藥費支付其分攤費用，同時，您也將支付您的分攤部分	127
第 5.1 節	您支付多少藥費取決於您購買的藥品和開處方的地點	127
第 5.2 節	某種藥品一個月用量的費用表	127
第 5.3 節	如果您的醫生所開的處方藥不足一個月用量，則您將不需支付整個月用量的費用	129
第 5.4 節	某種藥品長期（長達 90 天）用量的費用表	129
第 5.5 節	直到您當年的總藥費金額達到\$4,430 前，您都將停留在初始保險階段	130
第 6 部分	在甜甜圈孔階段，您將得到品牌藥品折扣並且學名藥品費用支付比例不高於 25%。	131
第 6.1 節	直到您的自付金額達到\$7,050 之前，您都將停留在甜甜圈孔階段	131
第 6.2 節	Medicare 將如何計算您的處方藥付現費用	132

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

第 7 部分	在重病保險階段，本計劃將為您支付大部分藥費	133
第 7.1 節	一旦進入重病保險階段，您在該年度剩餘時間內都將停留在這一階段.....	133
第 8 部分	您為 D 部分所承保的疫苗支付多少錢取決於您於何處以何種方式購買的這些疫苗	134
第 8.1 節	針對 D 部分疫苗藥物本身以及為您提供疫苗的費用，本計劃可能有單獨的承保方式.....	134
第 8.2 節	您可能希望在接種疫苗前致電我們的會員服務部.....	135

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用



您怎樣獲得藥品費用的資訊？

由於您符合參保 Medicaid 的資格，因此您也符合 Medicare 「Extra Help」的資格，並將透過該計劃獲得處方藥計劃費用的「Extra Help」。由於您已加入了「Extra Help」的計劃，因此《承保福利說明》中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊可能並不適用於您。我們給您寄送了稱作「獲得處方藥付款 Extra Help 者承保福利說明附加條款」（也稱作「低收入輔助水準附加條款」或「低收入補助(LIS)附加條款」）的單獨附加頁，透過該附加頁告知您有關處方藥保險的資訊。如果您沒有此附加頁，則請致電會員服務部並申領「低收入補助(LIS)附加條款」。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 請將本章與其他描述藥物保險的材料一起使用

本章重點關注您為 D 部分處方藥支付的費用。為保持簡潔，我們在本章中使用「藥品」來代指 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥品均屬於 D 部分藥品 - 根據法律規定，一些藥品排除在 D 部分保險之外。排除在 D 部分保險外的一些藥品享受 Medicare A 部分或 B 部分保險，或 Medicaid 保險。

要瞭解我們在本章中為您提供的支付資訊，您需要先瞭解以下基本知識：哪些藥品是在承保範圍內的、您要在哪裡開處方，以及您在購買承保藥品時應遵循什麼規則。以下材料對這些基本知識進行了解釋：

- 本計劃的「承保藥物清單」（處方一覽表）為簡潔起見，我們將其稱為「藥物清單」。
 - 從該藥物清單中，您將瞭解哪些是在承保範圍內的藥品。
 - 如您需要一份藥物清單，敬請致電會員服務部（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底）。您也可以登入我們的網站：
www.metroplusmedicare.org，查閱此藥物清單。該網站上的藥物清單即時更新。
- 本手冊的第 5 章。第 5 章提供了有關處方藥品保險方面的詳細資訊，其中包括購買處方藥時需要遵循的規則。第 5 章還描述了我們的計劃不承保的處方藥品類型。
- 本計劃的《醫生/藥房名錄》。大部分情況下，您必須透過網路藥房購買承保藥品（詳細內容，請參見第 5 章）。《醫生/藥房名錄》列出了本計劃網路中的藥房清單。由此您還可以看出，我們網路中的哪些藥房可為您提供長期的藥品供應（例如：開三個月的處方藥量）。

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

第 1.2 節 您可能要為承保藥品支付的現金費用類型

要瞭解本章中我們為您提供的支付資訊，您需要先瞭解您可能要為承保服務支付的現金費用類型。您購買藥品所支付的金額稱為「分攤費用」，您將被要求支付以下三種類型的費用。

- 「自負額」，即為在我們的計劃開始支付其分攤費用前，您必須支付的藥費。
- 「自付費用」，即為您每次開處方時所支付的固定金額。
- 「共同保險」，即為您每次開處方時所支付的藥費總額的百分比。

第 2 部分 您支付多少藥費取決於您在購買藥品時處於哪個「藥品支付階段」

第 2.1 節 什麼是針對 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員的藥品支付階段？

如下圖所示，根據 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)，您的 Medicare D 部分處方藥品保險分幾個「藥品支付階段」。您支付多少藥費取決於您開處方或再次開處方拿藥時所處的階段。

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

第 1 階段 年度自負額 階段	第 2 階段 初支付範圍 階段	第 3 階段 甜甜圈孔 階段	第 4 階段 重病保險階段
<p>如果您獲得「Extra Help」來支付您的處方藥費用，則您的自負額為\$0 或 \$99（根據您接受的「Extra Help」等級而定）。</p> <p>請參閱單獨插頁「低收入補助(LIS)附加條款」，瞭解您的自負額。）</p> <p>如果您的自負額為 \$0：該費用支付階段對您不適用。</p> <p>如果您的自負額為 \$99：在您付清\$99 藥費前，您為您的藥品支付全部費用。</p> <p>（詳細情況請參見本章第 4 部分。）</p>	<p>在該階段，計劃將支付其承擔的您的藥品費用份額，而您將支付您承擔的費用份額。</p> <p>直到您年初至今的「藥費總額」（您的支付額加上 D 部分計劃的支付額）達到\$4,430 前，您都將停留在這一階段。</p> <p>（詳細情況請參見本章第 5 部分。）</p>	<p>在此階段，您將支付品牌藥品費用的25%（再加上一部分的藥事服務費），而如果是學名藥品，這個份額將為 25%。</p> <p>直到您的年初至今「自付金額」（您所支付的費用）總額達到\$7,050 前，您都將停留在這一階段。</p> <p>這一數額以及得出這一數額的費用計算規則均由 Medicare 設定。</p> <p>（詳細情況請參見本章第 6 部分。）</p>	<p>在這一階段，本計劃將為您支付該日曆年（至 2022 年 12 月 31 日）剩餘時間內的大部分藥費。</p> <p>（詳細情況請參見本章第 7 部分。）</p>

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

第 3 部分 我們向您傳送報告，說明您的藥費支付情況以及您所處的支付階段

第 3.1 節 我們將向您傳送名為《D 部分福利說明》（「D 部分 EOB」）的每月總結

我們的計劃將記錄您的處方藥費，以及您在藥房開處方藥或再次開處方拿藥時支付的費用。這樣，我們就能夠在您從一個藥費支付階段進入下一個階段時通知您。具體來說，我們將記錄兩類費用：

- 我們記錄您所支付的金額。這就是「付現」費用。
- 我們記錄您的「藥費總額」。這就是您以現金方式支付或他人代表您支付的金額，加上本計劃為您支付的金額。

當您在前一月份開過一次或多次處方藥後，我們的計劃將為您製備一份名為《D 部分福利說明》（有時又稱為「D 部分 EOB」）的每月總結。D 部分 EOB 提供關於您服用的藥品的詳細資訊，例如價格提高或可使用的其他低分攤費用藥品。對於這些低成本選擇，您應諮詢您的開藥醫生。D 部分 EOB 包含：

- 該月資訊。該報告將向您提供您在前一月份所開處方藥的繳費詳細資訊。其將顯示藥費總額、計劃支付金額，以及您和代表您的他人支付的金額。
- 自 1 月 1 日起的當年總額。這稱為「年初至今」資訊。其將顯示自年初起的藥費總額以及為您支付的藥費總額。
- 藥品價格資訊。本資訊將顯示總藥價，以及從第一次配藥到相同數量的每一份處方索賠的百分比變化。
- 可用的低成本替代處方藥品。包含針對每一份處方索賠，低分攤費用的其他可用藥品資訊。

第 3.2 節 協助我們記錄您最新的藥費支付相關資訊

為記錄您的藥品費用以及您購買藥品支付的費用，我們使用我們從藥房獲得的相關記錄。以下為您可如何協助我們保持資訊的準確性與時效性：

- 開處方時，請出示您的會員卡。為確保我們瞭解您正在開的處方藥和所支付的費用情況，請在每次開處方時出示您的計劃會員卡。
- 確保我們擁有所需要的相關資訊。有時候，您會在我們未能自動獲得記錄您的付現費用所需的資訊時支付了處方藥費。為協助我們記錄您的付現費用，您可以向我

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

們提交已購買藥品的憑證。（如果您被要求支付承保藥品費用，則您可要求本計劃支付藥品的分攤費用。有關如何進行此操作的說明，請參見本手冊的第 7 章第 2 部分。）以下幾種情況，您可能希望向我們提交藥品憑證，以確保我們有您藥費支付情況的完整記錄：

- 當您在網絡藥房以特惠價格或使用打折卡（並非我們計劃的福利）購買承保範圍內藥品時
 - 當您為製藥商病患輔助計劃內的藥品提供自付費用時
 - 您於任何時候在網絡外藥房購買承保藥品，或在特殊情況下以全價購買承保藥品時
- **請向我們寄送其他人為您購藥的相關付款資訊。**由某些其他個人或組織支付的費用也將算在您的付現費用之內，並將幫助您滿足重病保險資格。例如，由 **State Pharmaceutical Assistance Program**、**AIDS 藥品輔助計劃(ADAP)**、**印第安醫療保健服務**，以及大部分慈善機構支付的費用都將計入您的付現費用之內。您應保留這些付款記錄，並將其寄送給我們，以便我們能夠記錄您的費用情況。
 - **請核對我們寄送給您的書面報告。**您以郵件的方式接收到《**D 部分福利說明**》（**D 部分 EOB**）後，請仔細檢視，以確保資訊準確完整。如果您認為報告中有內容缺失，或您有任何疑問，請致電我們的會員服務部（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底）。請務必保留這些報告。因其為重要藥費記錄。

第 4 部分 在自負額階段，您支付藥品的全部費用

第 4.1 節 在您付清\$480 藥費前，您都將停留在自負額階段

我們的大多數會員都獲得幫助支付處方藥費用的「**Extra Help**」，因此自負額對多數會員不適用。如果您獲得「**Extra Help**」，您的自負額以您獲得的「**Extra Help**」程度而定 – 您將：

- 不支付自負額
- --或者-- 支付\$99 的自負額。

請參閱單獨插頁（「**低收入補助(LIS)附加條款**」），瞭解有關您的自負額的資訊。

如果您沒有獲得「**Extra Help**」，自負額階段為您藥品保險的第一個支付階段。從您該年第一次配處方藥起，即進入此階段。當您處於此支付階段時，**您必須支付所有藥費**，直到您達到計劃的自負額，2022 年自負額為**\$480**。

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 由於本計劃已將大部分藥品協商至較低價格，因此您的「**全額費用**」也往往低於藥品的正常全價。
- 「**自負額**」，即為在我們的計劃開始支付其分攤費用前，您必須支付的 D 部分處方藥費。

您為藥品支付滿\$480 後，將離開自負額階段，進入下一個支付階段，即初始保險階段。

第 5 部分 在初始保險階段，本計劃將為您的藥費支付其分攤費用，同時，您也將支付您的分攤部分

第 5.1 節 您支付多少藥費取決於您購買的藥品和開處方的地點

在初始承保階段期間，本計劃將為您的承保處方藥支付其應承擔的部份，而您也將支付您應承擔的部份（您的共付額或共同保險金額）。根據藥品和開處方地點的不同，您的分攤費用也將各不相同。

藥房的選擇

您支付多少藥費取決於您是否從以下地點購買藥品：

- 本計劃網絡內的零售藥房
- 非本計劃網絡內的藥房
- 本計劃的網路藥房

有關這些藥房選擇以及處方開立的更多資訊，請參見本手冊第 5 章的內容以及本計劃的《醫生/藥房名錄》。

第 5.2 節 某種藥品一個月用量的費用表

在初始保險階段，您的承保藥品分攤費用將為自付費用或共同保險方式。

- 「**自付費用**」，即為您每次開處方時所支付的固定金額。
- 「**共同保險**」，即為您每次開處方時所支付的藥費總額的百分比。

請注意：

- 如果您承保藥物的費用低於本表所列出的共付額，則您將須支付該筆較低的金額。您須支付的費用為——該藥的全額費用或共付額兩者之一，以較低者為準。

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 我們僅在有限的情況下承保網路外藥房開出的處方藥。有關我們將於何時承保網路外藥房開出的處方藥的資訊，請參見第 5 章的第 2.5 節。

您購買一個月用量的 D 部分承保處方藥時所支付的分攤費用：

	標準零售分攤費用（網絡內） （最多 30 天用量）	郵購分攤費用 （最多 30 天用量）	長期護理(LTC)分攤費用 （最多 31 天用量）	網絡外分攤費用 （僅限特定情況下承保；詳情請參見第 5 章）（最多 30 天用量）
學名藥品（包括作為學名藥品的品牌藥品）	根據您的「Extra Help」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -自付費用為\$1.35 或 -自付費用為\$3.95 或 -費用的 15%	根據您的「Extra Help」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -自付費用為\$1.35 或 -自付費用為\$3.95 或 -費用的 15%	根據您的「Extra Help」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -自付費用為\$1.35 或 -自付費用為\$3.95 或 -費用的 15%	根據您的「Extra Help」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -自付費用為\$1.35 或 -自付費用為\$3.95 或 -費用的 15%
所有其他藥品	根據您的「Extra Help」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -\$4.00 自付費用或 -\$9.85 自付費用或 -費用的 15%	根據您的「Extra Help」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -\$4.00 自付費用或 -\$9.85 自付費用或 -費用的 15%	根據您的「Extra Help」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -\$4.00 自付費用或 -\$9.85 自付費用或 -費用的 15%	根據您的「Extra Help」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -\$4.00 自付費用或 -\$9.85 自付費用或 -費用的 15%

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

第 5.3 節 如果您的醫生所開的處方藥不足一個月用量，則您將不需支付整個月用量的費用

一般，您為處方藥支付的金額包含整個月份用量的承保藥品的費用。但您的醫生可開立少於一個月份量的處方藥。有些情況下，您可能要求醫生開出少於一個月用量的藥品（例如：您首次嘗試服用已知副作用較強的藥物時）。如果您的醫生所開的處方藥不足一個月用量，您將不需要購買整個月份用量的藥品。

您購買少於整月用量藥品時所支付的金額取決於您是否有責任支付共同保險（總費用的百分比）或自付費用（固定金額）。

- 如果您有責任支付共同保險，則您將支付藥費總額的百分比。不論您開立的是整月用量處方還是不足整月用量處方，您都將支付相同的百分比。但是，您如果購買少於整月用量的藥品時，整體藥價將會較低，因此，您將支付的金額也將會更少。
- 如果您有責任支付自付費用，則您的自付費用將以您得到的藥品的服用天數為基礎。我們將計算您每天要支付的藥費金額（「每日費用分攤率」）並將其乘以您得到的藥品的服用天數。
 - 以下為範例：假設您整月用量藥品的自付費用（30 天用量）為\$30。這也就是說，您每天支付的藥費金額為\$1。如果您得到 7 天用量的藥品，則您的支付金額將為每天\$1 乘以 7 天，可得總額為\$7。

每日分攤費用令您可在購買整月用量的藥品前先確保該藥品對您有效。如果能幫您更好地規劃不同處方的補給日期，以便您能少去幾次藥房，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月份量的某種或多種藥品。您支付的金額將取決於您獲得的天用量。

第 5.4 節 某種藥品長期（長達 90 天）用量的費用表

對於某些藥品，當您按處方買藥時，您可以獲得長期供應（也稱為「延伸式供應」）。長期供應最長為 90 天。（有關於何處以及以何種方式購買長期用量的某種藥品的詳細資訊，請參見第 5 章的第 2.4 節。）

下表顯示您購買長期（長達 90 天）用量藥品時支付的費用。

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

您購買長期用量的 D 部分承保處方藥時所支付的分攤費用：

	標準零售分攤費用（網絡內） （最多 90 天用量）	郵購分攤費用 （最多 90 天用量）
學名藥品 （包括作為學名藥品的品牌藥品）	根據您的「 Extra Help 」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -自付費用為\$1.35 或 -自付費用為\$3.95 或 -費用的 15%	根據您的「 Extra Help 」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -自付費用為\$1.35 或 -自付費用為\$3.95 或 -費用的 15%
所有其他藥品	根據您的「 Extra Help 」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -\$4.00 自付費用或 -\$9.85 自付費用或 -費用的 15%	根據您的「 Extra Help 」，您需要支付： -自付費用為\$0 或 -\$4.00 自付費用或 -\$9.85 自付費用或 -費用的 15%

第 5.5 節 直到您當年的總藥費金額達到**\$4,430** 前，您都將停留在初始保險階段

直到您開出以及再次開出的處方藥費總金額達到**初始保險階段\$4,430** 的上限之前，您都將停留在初始保險階段。

您的藥費總額將以您所支付的費用與任何 D 部分計劃所支付的費用之和為基礎：

- 自您該年首次購買藥品起，**您為已購買的所有承保藥品支付的金額**。（有關 Medicare 如何計算您的付現費用的更多相關資訊，請參見第 6.2 節。）這包括：
 - 當您處在自負額階段時，您支付的總金額為**\$0** 或**\$99**。
 - 您在初始保險階段所支付的藥品分攤費用總額
- 在初始保險階段，**本計劃為您支付的藥品分攤費用**。（如果您將在 2022 年任何時間加入不同於 D 部分計劃的任何其他計劃，本計劃在初始保險階段所支付的金額仍將計入您的藥費總額。）

我們傳送給您的 **D 部分福利說明**（D 部分 EOB）將協助您記錄您自己、本計劃以及任何第三方在該年度為您支付的費用。很多人在一年之內都達不到**\$4,430** 的上限。

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

如果您達到了**\$4,430** 上限，我們將會通知您。如果您的確達到了這一上限，您將離開初始保險階段，進入甜甜圈孔階段。

第 6 部分 在甜甜圈孔階段，您將得到品牌藥品折扣並且學名藥品費用支付比例不高於 **25%**。

第 6.1 節 直到您的自付金額達到**\$7,050** 之前，您都將停留在甜甜圈孔階段

進入甜甜圈孔階段後，**Medicare** 保障缺口折扣計劃將向您提供品牌藥品製藥商折扣價。您將支付品牌藥物協商價格的 **25%**，以及品牌藥物的部分藥事服務費。您已支付的金額以及製藥商為您優惠的折扣金額（如同您已支付了這部分費用一樣）都將計入您的付現費用，協助您透過該甜甜圈孔階段。

您還將得到學名藥品的部分保險。您的學名藥品支付比例將不高於 **25%**，同時本計劃將支付其餘部分的費用。對於學名藥品，本計劃支付的金額(**75%**)將不計入您的自付金額。僅您支付的金額有效，並幫助您透過甜甜圈孔階段。

直到您的年度自付金額金額達到 **Medicare** 所設定的最高金額前，您都將繼續以折扣價格購買品牌藥品並以不高於 **25%**的價格購買學名藥品。2022 年，該金額將為**\$7,050**。

Medicare 已制訂規則，規定哪些可計入您的付現費用，哪些則不能計入其中。您達到 **\$7,050** 的最高自付金額上限後，將離開甜甜圈孔階段，繼續進入重病保險階段。

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

第 6.2 節 Medicare 將如何計算您的處方藥付現費用

以下為我們記錄您的藥品付現費用時必須遵守的 Medicare 規則。

這些付費將包含在您的付現費用之內。

您在總計付現費用時，可將下列付費**包含其中**（只要是為 D 部分承保藥品支付的費用，並且您也遵守了本手冊第 5 章所述的藥品保險規則即可）：

- 當您處在以下任意藥品支付階段時所支付的藥費金額：
 - 自負額階段。
 - 初始保險階段。
 - 甜甜圈孔階段
- 加入本計劃前，您在本日曆年度內作為其他 Medicare 處方藥計劃會員所支付的任意費用。

重要的是誰是支付方：

- 如果您自己支付了這部分費用，則其將包含在您的付現費用內。
- 如果您請**某些其他個人或組織**代表您支付了這部分費用，則其**也將包含在內**。其中包括由您的朋友或親戚、大部分慈善機構、AIDS 藥品輔助計劃、獲得 Medicare 資格認證的 State Pharmaceutical Assistance Program，或者印第安醫療保健服務支付的藥費。由 Medicare 「Extra Help」計劃支付的費用也將包含在內。
- Medicare 保障缺口折扣計劃所支付的部分費用也包含在內。其中還包括製藥商為您的品牌藥品所支付的金額。但是，本計劃為您的學名藥品所支付的金額並不包含在內。

進入重病保險階段：

您（或代表您的藥費支付方）在該日曆年內的自付金額總額達到**\$7,050** 後，將從甜甜圈孔階段進入重病保險階段。

這些付費將不包含在您的付現費用之內。

您在總計自付金額時，不可將任何此類處方藥費**包含在內**。

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 您在美國及其屬地之外購買的藥品。
- 本計劃不予承保的藥品。
- 您從不符合本計劃網絡外保險要求的網絡外藥房購買的藥品。
- 非 D 部分藥品，其中包括：由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及 Medicare 承保範圍之外的其他藥品
- 您在甜甜圈孔階段時，本計劃為您的品牌或學名藥品支付的費用
- 由包括僱主醫療保險在內的團體醫療保險為您支付的藥費
- 由某些保險計劃和政府資助的保健計劃（例如：TRICARE 以及退伍軍人事務部）為您支付的藥費
- 由有法律義務支付處方藥費（例如：工傷津貼）的第三方為您支付的藥費

提示：如果有諸如以上所列的任何其他組織為您支付了部分或全部的付現藥費，則您應告知本計劃。請致電會員服務部告訴我們（電話號碼已印於本手冊的封底）。

您如何記錄您的付現費用總額？

- **我們將為您提供幫助。**我們寄送給您的《D 部分福利說明》（D 部分 EOB）總結中包含您目前的自付金額金額（本章第 3 節描述了有關該報告的內容）。您今年的自付費用總額達到\$7,050 後，本報告將告知您，您已離開甜甜圈孔階段，並已進入重病保險階段。
- **確保我們擁有所需要的相關資訊。**第 3.2 節描述了您能做些什麼來幫助確保我們對於您支付情況的記錄具有完整性以及時效性。

第 7 部分 在重病保險階段，本計劃將為您支付大部分藥費

第 7.1 節 一旦進入重病保險階段，您在該年度剩餘時間內都將停留在這一階段

您該日曆年度的自付費用達到\$7,050 上限後，即符合重病保險階段資格。一旦進入重病保險階段，直到該日曆年末前，您都將停留在這一階段。

如果您的處方藥獲得「Extra Help」，則您的承保藥品費用將根據您接受的「Extra Help」程度而定。在此階段，您的承保藥品分攤費用為：

- \$0；或

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 自付費用或共同保險，以金額較高的一方為準：
 - – 或 – 藥費金額 5%的共同保險
 - –或– \$3.95（針對學名藥品或被當作學名藥品的藥品）以及\$9.85（針對所有其他藥品）。
 - 本計劃將支付剩餘所有藥費。

有關您在重病保險階段的費用資訊，請參閱單獨插頁（「低收入補助(LIS)附加條款」）。

第 8 部分 您為 D 部分所承保的疫苗支付多少錢取決於您於何處以何種方式購買的這些疫苗

第 8.1 節 針對 D 部分疫苗藥物本身以及為您提供疫苗的費用，本計劃可能有單獨的承保方式

本計劃承保多種 D 部分疫苗。我們同時也承保被視為醫療福利的疫苗。您可參看第 4 章第 2.1 節的《醫療福利表》，尋找這些疫苗的相關保險。

針對 D 部分疫苗的保險有兩部分：

- 第一部分保險為疫苗藥物本身的費用。疫苗是一種處方藥物。
- 第二部分則針對為您提供疫苗的費用。（有時候，這又稱為疫苗的「接種」。）

您為 D 部分疫苗支付多少錢？

您為 D 部分疫苗支付多少錢取決於三個方面：

1. 疫苗的類型（您接種疫苗預防的是何種疾病）。
 - 有些疫苗是被視為醫療福利的。您可參看第 4 章《醫療福利表》（承保項目），瞭解有關這些疫苗保險的資訊
 - 其他疫苗被視為 D 部分藥品。您可在本計劃的承保藥物清單（處方一覽表）中尋找到這些疫苗。
2. 您購買疫苗藥物的地點。
3. 誰為您接種疫苗。

根據具體的情況不同，您購買 D 部分疫苗時所支付的費用將有差異。例如：

第 6 章. 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 有時候，您在獲得疫苗時，將需要支付包括疫苗藥費和疫苗注射服務費在內的全部費用。您可要求我們的計劃向您償付費用。
- 其他情況下，您在購買疫苗藥物或獲得疫苗時，僅需支付您的分攤費用。

為表明其原理，以下為您可能獲得 D 部分疫苗的三種常見方式。請記住，在您福利的自負額階段，您將負責支付有關疫苗的所有費用（包括其接種費用）。

情形 1： 您在藥房購買 D 部分疫苗，並在某網路藥房獲得疫苗。（您是否做出此種選擇取決於您的居住地點。某些州不允許藥房進行疫苗的接種。）

- 您將需要向藥房支付您購買疫苗的共同保險或自付費用以及獲得疫苗的費用。
- 我們的計劃將支付這些費用的其餘部分。

情形 2： 您可以在您醫生的診所接種 D 部分疫苗。

- 購買疫苗後，您將支付疫苗的費用及其接種服務費。
- 然後，您可透過本手冊第 7 章（*要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用*）中描述的流程，要求本計劃返還給您。
- 我們將為您償付您已支付的疫苗費用（包括接種）。

情形 3： 您在藥房購買了 D 部分疫苗，然後將其帶至您醫生的診所，並在此接受了疫苗注射。

- 您將需要向藥房支付您購買疫苗本身的自付費用。
- 您的醫生為您接種疫苗後，您將為此服務付全額費用。然後，您可按照本手冊第 7 章中所描述的流程，要求本計劃返還費用。
- 我們將為您撥補醫生接種疫苗時收取的金額。

第 8.2 節 您可能希望在接種疫苗前致電我們的會員服務部

疫苗接種保險規則十分複雜。我們樂意隨時給您提供協助。我們建議您在每次計劃接種疫苗時都先致電我們的會員服務部電話。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

- 我們可以告訴您我們的計劃是如何對您的疫苗接種情況進行承保的，並向您說明您的分攤費用情況。
- 我們可以告訴您如何透過我們的網絡中的提供者和藥房降低您本身的費用。
- 如果您無法使用網絡提供者和藥房，我們可以告訴您需要做什麼才能得到我們為您支付的費用。

第 7 章

要求我們為您收到的承保醫療服務或
藥品帳單支付費用

第 7 章. 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用

第 7 章. 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用

第 1 部分	您應要求我們為您的承保服務或藥品付款的情況	138
第 1.1 節	如果您支付您的承保服務或藥品，或如果您收到了帳單，您都可以要求我們進行支付	138
第 2 部分	如何要求我們向您進行補償或支付您已收到的帳單.....	140
第 2.1 節	如何向我們傳送付款請求以及應將其寄送到何處	140
第 3 部分	我們將考慮您的付款請求，然後予以同意或拒絕	141
第 3.1 節	我們將核查我們是否應承保該服務或藥品	141
第 3.2 節	如果我們告訴您我們將不支付醫療保健或藥品的費用，您可以進行上訴	141
第 4 部分	其他情況下，您應儲存好您的憑據，並將副本寄送給我們	142
第 4.1 節	某些情況下，您應將憑據的副本寄送給我們，以幫助我們追蹤您以現金支付的藥費。	142

第 7 章. 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用

第 1 部分 您應要求我們為您的承保服務或藥品付款的情況

第 1.1 節 如果您支付您的承保服務或藥品，或如果您收到了帳單，您都可以要求我們進行支付

我們的網絡內服務提供者直接向本計劃傳送您的承保服務和藥品帳單，您不應收到承保服務和藥品帳單。如果您收到有關您獲得的醫療服務或藥品的帳單，您應將帳單寄給我們，以便我們完成支付。當您把帳單寄給我們後，我們將查看該帳單，然後判斷這些服務是否在承保範圍內。如果我們判定服務應該在承保範圍之內，我們將直接向服務提供者付款。

如果您已支付了計劃承保的 **Medicare** 服務或項目，您可要求我們的計劃把這部分費用支付給您（通常也稱作「核退」）。無論何時，只要您為計劃承保服務或藥品支付了費用，都有權要求本計劃對您進行核退。當您把您已付款的帳單寄給我們後，我們將查看該帳單，然後判斷這些服務或藥品是否在承保範圍內。如果我們判定這些服務或藥品應該在承保範圍之內，我們將把相關款項支付給您。

以下為您可能需要要求本計劃對您進行補償或支付您已收到的帳單的情況範例。

1. 當您得到非本計劃網路內服務提供者提供的急救或緊急醫療保健後

您可接受任意服務提供者（不論該服務提供者是否為我們網絡的一部分）提供的急救服務。當您得到非本網路內的服務提供者提供的急救或緊急需要的服務後，您應要求服務提供者把帳單寄給本計劃。

- 如果您在接受護理時自己支付了全部費用，則需要我們向您返還我們應支付的費用。請將帳單以及您所有的付款單據寄送給我們。
- 有時候，您可能會收到服務提供者的帳單，要求您支付您認為並不欠的費用。請將該帳單以及您所有的付款單據寄送給我們。
 - 如果您欠了服務提供者任何費用，我們將直接支付給服務提供者。
 - 如果您已經支付了服務費用，我們將向您返還費用。

2. 當您認為您不應該支付網絡內服務提供者向您寄送的帳單時

網路內服務提供者應始終把帳單直接寄給本計劃。但是，有時候他們也會發生錯誤，因而要求您支付服務費用。

- 不論何時您收到網絡提供者的帳單，請將帳單傳送我們。我們將直接聯絡服務提供者，並解決該帳單問題。
- 如果您已向網絡內服務提供者支付了帳單，請將帳單和相關的付款文件寄給我們。您可以要求我們核退承保服務的費用。

第 7 章. 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用

3. 如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃

有時候，個人加入計劃的歷史是可以追溯的。（可追溯的意思是過去某天為其加入本計劃的第一天。該加入日期甚至可能是去年的某個日期。）

如果您在可追溯日期加入本計劃，並在加入日期後為任意承保服務或藥品支付了現金費用，則您可要求我們將費用返還給您。您將需要向我們提交相關文件，以便我們處理償付問題。請致電我們的會員服務部，瞭解要求我們向您補償的方法以及提出要求的截止日期的更多資訊。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

4. 當您使用網絡外藥房以為處方配藥時

如果您光顧網絡外的藥房，並嘗試使用您的會員卡開處方，則該藥房可能無法直接要求我們給予補償。發生這種情況時，您將需要支付您的處方的全額費用。（我們僅在幾種特殊情況下承保網絡外藥房開出的處方藥。請參看第5章第2.5節，瞭解更多資訊。）當您要求我們對您進行補償時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。

5. 當您由於沒有隨身帶著您的計劃會員卡而需要支付處方的全額費用時

如果您沒有隨身帶著您的計劃會員卡，則可要求藥房致電本計劃或尋找您的計劃加入資訊。但是，如果藥房無法立刻找到他們所需要的加入資訊，則您可能需要自行支付該處方的全額費用。當您要求我們對您進行補償時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。

6. 當您在其他情況下支付處方的全額費用時

您可能發現藥品因某種原因不在承保範圍之內，因此需要支付該處方的全額費用。

- 例如：藥品可能不在本計劃的*承保藥物清單（處方一覽表）*內；或者，其可能有您所不瞭解或認為不適用於您的要求或限制。如果您決定立即購買該藥品，則您可能需要支付該藥品的全額費用。
- 當您要求我們對您進行補償時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。在某些情況下，我們可能需要從您的醫生處獲得更多資訊，以便向您返還費用。

當您把付款申請寄給我們後，我們將審核您的申請，然後判斷這些服務或藥品是否在承保範圍內。這稱為「承保決定」。如果我們判定這些服務或藥品應該在承保範圍之內，我們將向您返還費用。如果我們拒絕了您的支付請求，您可對我們的決定進行上訴。本手冊的第9章（*發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法*）提供了有關如何上訴的資訊。

第 7 章. 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用**第 2 部分 如何要求我們向您進行補償或支付您已收到的帳單****第 2.1 節 如何向我們傳送付款請求以及應將其寄送到何處**

請將您的付款請求，以及帳單和所有的付款單據寄送給我們。您最好將您的帳單複印一份留存起來。

確保您向我們提供做決定所需的一切資訊，您可完成申請表填寫以提出支付要求。

- 您不必使用此表格，但這將協助我們更快速地處理這些資訊。
- 您可以從我們網站(www.metroplusmedicare.org)上下載此表格的副本，或者聯絡會員服務部索取表格副本。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）

要申請**醫療費用的款項支付**，請將您的支付要求連同您的任何帳單或已付收據傳送至以下地址：

MetroPlus Health Plan
Complaints Manager
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

要申請**藥品費用的款項支付**，請將您的支付要求連同您的任何帳單或已付收據傳送至以下地址：

CVS Caremark
Paper Claims Department – RxClaim
P.O.Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

您必須在得到服務、項目或藥品後的一年內向我們提交您的請求。

如果您有任何疑問，敬請致電敬請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。若您收到帳單並且您不知如何操作，我們可為您提供協助。若您已向我們傳送帳單，您想獲得要求我們支付的相關更多資訊，您亦可致電。

第 7 章. 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用**第 3 部分 我們將考慮您的付款請求，然後予以同意或拒絕****第 3.1 節 我們將核查我們是否應承保該服務或藥品**

收到您的付款請求後，我們將告知您是否需要提供更多資訊。否則，我們將考慮您的請求，然後作出保險決定。

- 如果我們判定該醫療保健或藥品在承保範圍內，同時您已遵守了獲得該護理或藥品的所有規則，我們將支付費用。如果您已支付了該服務或藥品的費用，我們將為您返還費用，並將其寄送給您。如果您尚未支付該服務或藥品的費用，我們將把付款直接寄送給服務提供者。（第 3 章描述了為使您的醫療服務得到保險，您需要遵守的規則。第 5 章描述了為使您的 D 部分處方藥得到保險，您需要遵守的規則。）
- 如果我們判定該醫療護理或藥品不在承保範圍內，或者您未能遵守所有的規則，我們將不支付費用。相反，我們將向您傳送信件，說明我們沒有寄送您所請求的付款的原因，以及您對判定結果進行上訴的權利。

第 3.2 節 如果我們告訴您我們將不支付醫療保健或藥品的費用，您可以進行上訴

如果您認為我們在拒絕您的付款請求時出現了錯誤，或者您不認同我們向您支付的金額，您都可以進行上訴。如果您進行上訴，也就意味著您在我們拒絕您的付款請求後，要求我們變更已作出的決定。

有關如何進行上訴的詳細資訊，請參見本手冊的第 9 章（發生問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時的處理方法）。上訴流程為包含詳細流程和重要時限在內的正式流程。如果您是初次進行上訴，從閱讀第 9 章第 5 部分開始將對您很有幫助。第 5 部分為簡介，說明了做出保險決定以及進行上訴的流程，並提供了諸如「上訴」等術語的定義。然後，您在閱讀第 5 部分後，可參見第 9 章中描述針對您所處的情況應採取何種行動的部分。

- 如果您希望對獲得醫療服務補償費用事宜進行上訴，則請參見第 9 章中的第 6.3 節。
- 如果您希望對獲得藥品補償費用事宜進行上訴，則請參見第 9 章中的第 7.5 節。

第 7 章. 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用**第 4 部分 其他情況下，您應儲存好您的憑據，並將副本寄送給我們****第 4.1 節 某些情況下，您應將憑據的副本寄送給我們，以幫助我們追蹤您以現金支付的藥費。**

有些情況下，您應讓我們瞭解您已支付的藥費金額。這些情況下，您就不是在要求我們進行付款了。而是在告訴我們您的付款情況，以便我們能夠準確計算出您的付現費用。這可能會幫助您更快地進入重病保險階段。

在以下一個實例情況中，您應將憑據副本寄送給我們，以讓我們瞭解您已支付的藥費金額。

當您透過製藥商提供的病患輔助計劃購藥時

部分會員加入了由製藥商提供的病患輔助計劃（不屬於本計劃福利範圍）。如果您透過由製藥商提供的計劃購藥，則可能需要向病患輔助計劃支付自付費用。

- 請儲存好您的憑證，並向我們寄送一份副本，以便我們能夠將您的付現費用計入總額，使您能夠符合重病保險階段資格。
- 請注意：由於您是透過病患輔助計劃而非本計劃福利購藥的，我們將不支付這些藥費的任何費用。但是，向我們寄送憑證，可使我們能夠準確計算您的付現費用，並可能幫助您更快符合重病保險階段資格。

由於您在上述情況下並未要求我們進行付款，因此，我們將不考慮該情況的保險決定問題。所以，如果您對我們的決定有異議，也不能進行上訴。

第 8 章

您的權利和責任

第 8 章. 您的權利和責任**第 8 章. 您的權利和責任**

第 1 部分	我們的計劃必須尊重您作為本計劃會員的權利.....	145
第 1.1 節	我們必須向您提供適宜於您的資訊（英文之外的語言版本、盲文、大號印刷體或其他格式等）.....	145
Sección 1.1	Nosotros debemos proporcionarle información de una manera que le sea práctica (en idiomas distintos del inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).	145
第 1.2 節	我們必須確保您能及時獲得承保範圍內的服務和藥品.....	146
第 1.3 節	我們必須保護您個人健康資訊的隱私.....	146
第 1.4 節	我們必須將與本計劃、網絡內的服務提供者以及承保服務相關的資訊提交給您.....	147
第 1.5 節	我們必須支援您作出的護理相關決定的權利.....	148
第 1.6 節	您有權進行投訴並要求我們重新考慮已作出的決定.....	150
第 1.7 節	如果您認為您受到了不公平的對待或者您的權利沒有受到尊重，您可以做什麼？.....	150
第 1.8 節	如何獲得有關您的權利的更多資訊.....	151
第 2 部分	作為本計劃會員，您要承擔部分責任.....	151
第 2.1 節	您的責任是什麼？.....	151

第 8 章. 您的權利和責任

第 1 部分 我們的計劃必須尊重您作為本計劃會員的權利

第 1.1 節 我們必須向您提供適宜於您的資訊（英文之外的語言版本、盲文、大號印刷體或其他格式等）

要從我處取得適宜於您的資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

本計劃可提供人員以及免費的語言翻譯服務，能夠回答殘障和母語並非英語的會員提出的問題。如您有要求，我們還可提供重要資料的除英語以外的其他語言版本。我們還能夠以盲文、大號字型印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們需採用您可獲得及適合您的形式向您提供計劃福利的相關資訊。要從我處取得適宜於您的資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

如果您在以便於您使用且適宜您的格式獲得計劃資訊方面遇到任何困難，請致電並向該計劃提出申訴（電話號碼印在本手冊背面）。您還可以透過致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 或直接向民權辦公室提出投訴。聯絡資訊請參見本《承保福利說明》或此郵件，或者您可以聯絡會員服務部（電話號碼已印於本手冊的背面）以獲得更多資訊。

Sección 1.1 Nosotros debemos proporcionarle información de una manera que le sea práctica (en idiomas distintos del inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).

Por favor, comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información de una manera que le sea práctica (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de intérprete gratuitos para responder las preguntas de los miembros incapacitados y que no hablan inglés. Nuestros materiales escritos importantes se encuentran disponibles en otros idiomas aparte del inglés a pedido. También podemos darle la información en Braille, letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Por favor, comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información que le sea práctica (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante el plan (los números de teléfono están impresos al dorso de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en

第 8 章. 您的權利和責任

esta Evidencia de Cobertura o con este envío por correo, o puede comunicarse con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto) para obtener información adicional.

第 1.2 節 我們必須確保您能及時獲得承保範圍內的服務和藥品

作為本計劃的會員，您有權選擇本計劃網絡內的主治醫生(PCP)提供並安排您的承保服務（第 3 章描述了更多有關這一方面的內容）。請致電會員服務部瞭解哪些醫生正在接收新病患（電話號碼已印於本手冊的封底）。您也有權在無轉診的情況下去看女性保健專家（例如婦科醫生）。

作為計劃會員，您有權在合理的時限內得到本計劃網路內服務提供者的預約和承保服務。其中包括在您需要護理時得到專科醫生提供的及時服務。您還有權在無長時延誤的情況下在任意網路內藥房開立處方或再次開立處方。

若您認為您未在合理時間內獲得醫療服務或 D 部分藥物，該手冊第 9 章第 11 部將告訴您要做什麼。（若我們拒絕承保您的醫療服務或 D 部分藥物，或者您不同意我們的決策，第 9 章第 5 部將告訴您要做什麼。

第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私

聯邦和州法律保護您的醫療記錄和個人健康資訊隱私。依照這些法律的要求，我們也保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括：您加入本計劃時提交給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療及健康資訊。
- 保護您隱私的法律賦予了您有關獲得資訊以及控制您健康資訊使用方式的權利。我們將向您發出名為「隱私條例通知」的書面通知，其中將向您闡述這些權利並說明我們將如何保護您的健康資訊隱私。

我們該如何保護您的健康資訊隱私？

- 我們將確保未授權人員不能看到或變更您的記錄。
- 多數情況下，如果我們將您的健康資訊交給不是向您提供護理或為您支付護理費用的任何人，*都需要首先獲得您的書面許可*。書面許可可以由您或由您授予法律權力能夠為您做出決策的人提供。
- 某些特殊情況下，我們無需首先獲得您的書面許可。這些特例是法律允許或要求的。
 - 例如：我們需將健康資訊公佈給正在核查護理品質的政府機構。

第 8 章. 您的權利和責任

- 由於您是透過 Medicare 的本計劃會員，我們需將您的健康資訊（包括有關您 D 部分處方藥的資訊）提交給 Medicare。如果 Medicare 將您的資訊用於研究或其他用途，則應根據聯邦法令與法規進行操作。

您可從記錄中查看該資訊，並瞭解該資訊是如何與他人分享的

您有權查看由本計劃保留的醫療記錄，並獲得記錄的副本。我們可向您收取複印費。您也有權要求我們對您的醫療記錄進行增補或修正。如果您提出該請求，我們會同您的醫療服務提供者進行溝通，確定是否應做出相應的修改。

您有權瞭解您的健康資訊是如何基於任何非常規原因與其他人共享的。

如果您對您的個人健康資訊隱私問題有疑問或顧慮，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 1.4 節	我們必須將與本計劃、網絡內的服務提供者以及承保服務相關的資訊提交給您
----------------	---

作為 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 的會員，您有權從我處獲得幾種資訊。（如以上第 1.1 節中所述，您有權以適宜於您的方式從我處獲得資訊。其中包括獲得非英文語言版本、大號印刷字型或其他格式的資訊。）

如您希望獲得任何以下類型的資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）：

- 有關本計劃的資訊。其中包括諸如有關本計劃財務狀況的資訊。以及有關會員提起上訴數量的資訊和本計劃星級評級的資訊，其中包括本計劃會員評級方式以及其與其他 Medicare 醫療保險的對比情況。
- 網絡內服務提供者（包括我們的網絡內藥房）的相關資訊
 - 例如：您有權從我處獲得有關網絡內服務提供者和藥房資質以及我們向網絡內服務提供者進行支付的方式的相關資訊。
 - 有關本計劃網絡內服務提供者和藥房的清單，請參閱《醫生/藥房名錄》。
 - 有關我們的服務提供者或藥房的更多詳細資訊，您可致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）或可瀏覽我們的網站：
www.metroplusmedicare.org。
- 有關您的保險以及您使用保險時必須遵守的規則的資訊。
 - 在本手冊第 3 章和第 4 章中，我們闡述了對您承保的醫療服務、您的保險限制，以及獲得承保醫療服務所必須遵守的規則。

第 8 章. 您的權利和責任

- 要獲得有關您 D 部分處方藥保險的詳細資訊，請參見本手冊第 5 章和第 6 章以及本計劃*承保藥物清單（處方一覽表）*中的內容。這些章節以及*承保藥物清單（處方一覽表）*，將向您闡述哪些是承保藥品以及您必須遵守的規則和部分藥品保險限制。
- 如您對規則或限制條件有疑問，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）：
- **有關不承保原因以及您該如何處理的資訊。**
 - 如果我們不為您承保某種醫療服務或 D 部分藥品，或者您的保險受到了某種限制，您都可要求我們進行書面解釋。即使您得到網絡外服務提供者或藥房的醫療服務或藥品，也有權獲得此解釋。
 - 如果您不滿意或如果您對我們就承保醫療保健或 D 部分藥品做出的決定有異議，您都有權要求我們變更決定。您可透過上訴要求我們變更決定。如果您認為某不承保內容應該是在承保範圍之內的，有關這種情況下處理方式的資訊，請參見本手冊的第 9 章。您可從中瞭解如希望我們變更決定該如何進行上訴的相關資訊。（第 9 章中還闡述了有關如何對護理品質、等待時間以及其他問題進行投訴的資訊。）
 - 如果您希望本計劃支付您的醫療保健或 D 部分處方藥帳單中我們的分攤費用，請參見本手冊的第 7 章。

第 1.5 節

我們必須支援您作出的護理相關決定的權利

您有權瞭解您的治療選項並參與決定您的保健問題

您有權在獲得醫療保健時從醫生和其他保健服務提供者處獲得完整資訊。您的服務提供者必須以您可以理解的方式向您說明您的醫療狀況和治療選項。

您還有權全面參與決定您的保健相關問題。為幫助您與醫生共同制訂最適宜於您的治療決定，您的權利包括如下方面：

- **瞭解您所有的選項。**這表示您有權瞭解針對您的狀況所推薦的所有治療選項（不論其費用多少或是否由本計劃承保）。其還包括瞭解本計劃為幫助會員進行藥物治療管理和安全用藥而提供的計劃。
- **瞭解風險。**您有權瞭解與您的護理相關的所有風險。您必須提前瞭解任何醫療保健或治療是否為研究性實驗的一部分。您始終可選擇拒絕任何實驗性治療。
- **說「不」的權利。**您有權拒絕任何建議治療。其中包括離開醫院或其他醫療設施的權利（即使您的醫生建議您請勿離開）。您還有權停止服用藥物。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您將對因此而產生的身體狀況承擔全部責任。

第 8 章. 您的權利和責任

- **在您的護理保險被拒時得到解釋。**如果服務提供者拒絕了您認為您應得到的護理服務，您有權得到我們的解釋。要得到此解釋，您需要我們作出保險決定即可。本手冊第 9 章闡述了如何要求本計劃作出保險決定。

如果您無法自行作出醫療決定，則您有權提供該怎麼做的指示

有時候，人們可能會由於事故或重病而無法自行作出保健決定。如果遇到這種情況，您有權表達希望事情該怎樣處理。這也就是說，*如果您想*，就可以：

- **填寫書面表格**，在您無法自己作出決定時，**授予某人為您作出醫療決定的法定權力**。
- **給予您的醫生書面指示**，表明您在自己無法作出決定後希望他們怎樣處理您的醫療保健服務。

在這些情況下，您可以提前用來提供指示的法律文件稱為「**預先指示**」。預先指示種類繁多，名稱各異。名為「**生前遺囑**」及「**保健委託書**」的文件就是預先指示的範例。

如果您希望使用「預先指示」提供您的指示，則以下為具體做法：

- **獲得表格。**如果您希望提供預先指示，您可從您的律師、社工或部分辦公用品商店中獲得該表格。有時候，您可從給予人們 **Medicare** 相關資訊的組織獲得預先指示表格。
- **填表並簽字。**不論您從哪兒獲得該表格，都請記住，該表格為法律文件。您應考慮請律師協助您製備該表格。
- **將副本交給恰當的人。**您應考慮將表格的副本交給您的醫生以及您在表格中指明無法作出決定時可為您作出決定的人員。您也應當向您的好友或者家庭成員送交一份該表格的副本。請務必在家中保留一份副本。

如果您提前預知自己將要住院，並已簽署了預先指示，**請隨身帶一份副本入院。**

- 如果您已入院就醫，他們將詢問您是否已簽署預先指示表以及是否將其隨身攜帶。
- 如果您未簽署預先指示表，醫院有可用的表格，並將詢問您是否希望簽署一份。

請記住，是否希望簽署預先指示表是由您自己決定的（包括您在醫院時是否希望簽署該表）。根據法律規定，沒有人可以根據您是否已簽署預先指示拒絕為您提供護理服務或對您有所歧視。

第 8 章. 您的權利和責任

如果他人未遵守您的指示，該怎麼辦？

如果您已簽署了預先指示，並認為醫生或醫院未遵照指示中的內容行事，您可向紐約州衛生局投訴。

The New York State Department of Health
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, NY 12237-0062
1-800-206-8125
managedcarecomplaint@health.ny.gov

第 1.6 節 您有權進行投訴並要求我們重新考慮已作出的決定

若您對承保服務或保健有任何疑問或關切，本手冊第 9 章會指示您怎麼做。它會詳細說明如何處理各類問題和投訴。您需要做什麼來對問題或疑慮進行追蹤取決於具體的情況。您可能需要要求本計劃為您作出保險決定、向我們上訴對保險決定進行變更，或進行投訴。無論您做什麼——要求作出保險決定、上訴或投訴——我們都必須對您公平以待。

您有權獲得其他會員過去對本計劃提起的相關上訴和投訴資訊匯總。要獲得此資訊，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 1.7 節 如果您認為您受到了不公平的對待或者您的權利沒有受到尊重，您可以做什麼？

如果是涉及歧視的問題，請致電民權辦公室

如果您認為您受到了不公平的對待，或者由於種族、殘障、宗教、性別、健康、民族、信條（信仰）、年齡或原國籍問題而致使您的權利沒有受到尊重，您應致電美國衛生與公眾服務部的民權辦公室（1-800-368-1019 或聽力障礙電傳 1-800-537-7697），或者致電您當地的民權辦公室。

還有其他問題嗎？

如果您認為自己受到了不公平的對待，或者您的權利沒有受到尊重，*並且*，這與歧視無關，您都可以獲得幫助處理您所遇到的問題：

- 您可致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 8 章. 您的權利和責任

- 您可致電州健康保險輔助計劃。有關該組織以及如何與其聯絡的詳細資訊，請參見第 2 章的第 3 部分。
- 或者，您也可透過 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 致電 Medicare，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

第 1.8 節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

您可從多處獲得有關您權利的更多資訊：

- 您可致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- 您可致電州健康保險輔助計劃。有關該組織以及如何與其聯絡的詳細資訊，請參見第 2 章的第 3 部分。
- 您可聯絡 Medicare。
 - 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載出版物《您的 Medicare 權利和保護》。（您也可透過以下網址獲得該出版物：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
 - 或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

第 2 部分 作為本計劃會員，您要承擔部分責任

第 2.1 節 您的責任是什麼？

作為本計劃會員需要履行的職責已列出如下。如果您有任何問題，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。我們隨時為您提供協助。

- 熟悉您的承保服務以及您為獲得承保服務而必須遵守的規則。使用此《承保福利說明》手冊，瞭解哪些是為您承保的服務，以及您為獲得您的承保服務而必須遵守的規則。
 - 第 3 章和第 4 章闡述了有關您的醫療服務的詳細資訊，其中包括哪些是承保服務、哪些不在承保範圍之內、需要遵守的規則，以及您需要支付的費用。
 - 第 5 章和第 6 章闡述了有關您的 D 部分處方藥保險的詳細資訊。
- 如果除了本計劃之外，您還有其他健康保險或處方藥保險，則您必須告知我們。請致電會員服務部告訴我們（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 8 章. 您的權利和責任

- 我們必須遵守由 **Medicare** 和 **Medicaid** 制訂的規則，以確保您從本計劃獲得承保服務時聯合使用了所有的保險。這叫作「**保險賠償協調**」，因為它涉及對您從本計劃獲得的健康和藥品福利以及其他適用於您的健康和藥品福利的協調。我們將幫助您對您的福利進行協調。（有關保險賠償協調的更多資訊，請參見第 1 章的第 7 部分。）
- **告訴您的醫生和其他保健服務提供者您已參見本計劃。** 每當獲得醫療保健或購買 D 部分處方藥時，請出示您的計劃會員卡和 **Medicaid** 卡。
- **向您的醫生和其他服務提供者提供資訊、提出問題並堅持接受護理治療，協助他們為您提供幫助。**
 - 為協助您的醫生和其他服務提供者為您提供最佳護理服務，請盡可能多瞭解您的健康相關問題並向其提供有關您和您的健康狀況的資訊。堅持遵守您和您的醫生都認同了的治療方案和指導。
 - 確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥品（包括非處方藥、維生素和膳食補充劑）。
 - 如果您有任何問題，請務必提出來。您的醫生和其他保健服務提供者應以您能夠理解的方式對您的問題進行解釋。如果您提出了問題，但是不理解他們所提供的回答，請再次詢問。
- **為他人著想。** 我們希望所有會員都能尊重其他病患的權利。我們也希望您在行事時能夠有助於您醫生的辦公室、醫院和其他辦公室的順利營運。
- **支付欠款。** 作為計劃會員，您應負責支付以下費用：
 - 為獲得參加我們的計劃的資格，您必須享有 **Medicare A** 部分和 **Medicare B** 部分保險。對於大部分 **MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)** 會員，**Medicaid** 將支付 **A** 部分保費（如果您無法自動合格）和 **B** 部分保費。如果 **Medicaid** 不為您支付您的 **Medicare** 保費，您必須繼續支付該費用，以維持計劃會員的資格。
 - 對於本計劃承保的大部分藥品，您必須在購買這些藥品時支付您的分攤費用。這將作為自付費用（固定金額）或共同保險（總費用的百分比）。第 6 章闡述了您必須為您的 **D** 部分處方藥支付的費用。
 - 如果您購買了未經本計劃或您可能參與的其他保險所承保的醫療服務或藥品，則您必須支付全款。
 - 如果您對我們拒絕承保某項服務或某種藥品的決定有異議，您可以上訴。有關如何進行上訴的詳細資訊，請參見本手冊第 9 章。
 - 如果您因年收入較高而需要支付 **D** 部分額外費用（如上一次報稅所示），則您必須將此額外費用直接支付給政府，以維持您的本計劃會員資格。

第 8 章. 您的權利和責任

- 如果您要遷址，請告訴我們。如果您計劃遷址，請務必立即告訴我們。請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。
 - 如果您要搬遷到本計劃服務區域之外的地方，您將無法保持本計劃會員資格。（第 1 章中闡述了我們的服務區域相關資訊。）我們能夠幫助您確定您的遷出地是否在我們的服務區域之外。
 - 如果您在我們的服務區域內搬遷，我們仍需要知道，以便能夠更新您的會員記錄並瞭解您的聯絡方式。
 - 如果您要搬遷，還請務必告訴 Social Security（或 Railroad Retirement Board）。您可在第 2 章中找到這些組織的電話號碼和聯絡資訊。
- 如果您有任何問題或疑慮，請致電會員服務部。我們也十分歡迎您提出任何用於改善本計劃的建議。
 - 會員服務部電話號碼和電話接聽時間已印於本手冊的封底。
 - 有關包括郵寄地址在內的我們的更多聯絡資訊，請參見第 2 章。

第 9 章

若有疑問，您該怎麼做
(承保決定、上訴、申訴)

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法**第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法**

背景資料	157
第 1 部分	簡介 157
第 1.1 節	發生問題或投訴時的處理方法 157
第 1.2 節	有關法律術語的情況如何？ 157
第 2 部分	您可從和我們沒有聯絡的政府組織獲得協助 157
第 2.1 節	從何處獲得更多資訊和個人化援助 157
第 3 部分	瞭解我們計劃的 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴 158
第 4 部分	有關您的福利的問題。 158
第 4.1 節	您應採用針對保險決定和上訴的程序嗎？或者您想提出投訴？ 158
第 5 部分	保險決定和上訴基礎知識指南 159
第 5.1 節	要求作出保險決定並進行上訴：概況 159
第 5.2 節	您在要求作出保險決定或進行上訴時，應如何獲得幫助 160
第 5.3 節	本章中的哪一部分提供了針對您的狀況的細節？ 161
第 6 部分	您的醫療保健：如何要求作出保險決定或進行上訴 162
第 6.1 節	本節闡述了當您在獲得醫療保健保險時遇到困難或者當您希望我們 向您返還護理費用時該怎麼做 162
第 6.2 節	步驟：如何要求我們作出保險決定（如何要求本計劃授權或提供您 想要的醫療保健保險） 163
第 6.3 節	步驟：如何進行第 1 級上訴（如何要求對本計劃作出的醫療保健保 險決定進行覆核） 166
第 6.4 節	步驟：第 2 級上訴是如何進行的 170
第 6.5 節	如果您要求我們支付您已收到的醫療保健帳單費用會怎樣？ 171
第 7 部分	您的 D 部分處方藥：如何要求作出保險決定或進行上訴 172
第 7.1 節	本節闡述了當您在獲得 D 部分處方藥時遇到困難或者當您希望我們 為您撥補您的 D 部分處方藥時該怎麼做 173
第 7.2 節	什麼是特例？ 174
第 7.3 節	要求獲得特例應瞭解的重要事項 175
第 7.4 節	步驟：如何要求我們作出保險決定（包括特例） 176

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 7.5 節	步驟：如何進行第 1 級上訴（如何要求對本計劃作出的保險決定進行審核）.....	179
第 7.6 節	步驟：如何進行第 2 級上訴.....	182
第 8 部分	如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保	183
第 8.1 節	住院治療期間，您將得到 Medicare 傳送的書面通知說明您的相關權利.....	184
第 8.2 節	步驟：如何進行第 1 級上訴，以變更您的出院日期.....	185
第 8.3 節	步驟：如何進行第 2 級上訴，以變更您的出院日期.....	187
第 8.4 節	如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？.....	189
第 9 部分	如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保	191
第 9.1 節	本節僅涉及三種服務：家庭保健、專業康復設施保健以及綜合門診復健機構(CORF)服務.....	191
第 9.2 節	您的保險將被終止時，我們會提前通知您.....	192
第 9.3 節	步驟：如何進行第 1 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險.....	192
第 9.4 節	步驟：如何進行第 2 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險.....	195
第 9.5 節	如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？.....	196
第 10 部分	將您的上訴推進到第 3 級以及更高等級	198
第 10.1 節	第 3、4 級醫療服務上訴.....	198
第 10.2 節	第 3、4、5 級 D 部分藥品上訴.....	198
第 11 部分	怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題	199
第 11.1 節	投訴程序處理什麼類型的問題？.....	200
第 11.2 節	「進行投訴」的正式名稱為「提起申訴」.....	201
第 11.3 節	步驟：投訴.....	202
第 11.4 節	您也可對品質改善組織的護理服務品質進行投訴.....	202
第 11.5 節	您也可向 Medicare 提起投訴.....	203
第 11.6 節	僅限 Medicaid 的外部上訴.....	203

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

背景資料

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 發生問題或投訴時的處理方法

本章闡述了處理問題與疑慮的多種程序。您用於處理問題的流程取決於您所遇到的問題類型：

- 針對某些問題類型，您需要使用**保險決定和上訴程序**。
- 針對其他問題類型，您需要使用**投訴程序**。

這些流程已獲醫療保險與 Medicaid 核准。為確保公平性並促進問題的處理，每個程序都有一系列我們和您都必須遵守的規則、流程以及截止日期。

您使用哪種程序？第 3 部分中的指南將協助您辨別要採用的正確程序。

第 1.2 節 有關法律術語的情況如何？

本章中闡述了部分規則、程序以及截止日期類型的技術性法律術語。其中很多術語對於大部分人來說都較為陌生並難於理解。

為簡潔起見，本章便以簡單的詞語代替特定法律術語，對法律規則和程序進行解釋。例如：本章通常稱「進行投訴」，而非「提起申訴」；使用「保險決定」而非「組織裁定」或「保險裁定」或「風險裁定」。本章中還儘量少使用縮略語。

但是，如果您知道自己所處情況的正確法律術語的縮略語可能會有幫助——並且有時還非常重要。處理您的問題時，瞭解該使用哪些術語將幫助您以更明確、更準確的方式進行交流，並獲得您所處情況下的正確協助或資訊。為幫助您瞭解應使用哪些術語，我們在提供具體情況類型的處理細節時，將法律術語也包含其中。

第 2 部分 您可從和我們沒有聯絡的政府組織獲得協助

第 2.1 節 從何處獲得更多資訊和個人化援助

有時，開始或遵循問題處理流程叫人困惑不已。尤其在您感覺狀態不對或精力有限的時候。還有一些時候，您因為知識儲備不足而不知如何展開下一步。

第 9 章 發生問題或投訴時 (保險決定、上訴、投訴) 的處理方法

從獨立政府組織獲得協助

我們始終竭誠為您服務。但是，某些情況下，您可能還希望從與我們沒有聯絡的人員處獲得幫助或指導。您始終可聯絡您的州健康保險輔助計劃(SHIP)。該政府計劃在每個州都有訓練有素的法律顧問。該計劃與我們或任何保險公司或醫療保險均沒有聯絡。該計劃中的法律顧問可幫助您瞭解您應使用哪個程序處理正面臨的問題。他們還能夠回答您的問題、為您提供更多資訊，並就該怎麼做提供指導意見。

SHIP 法律顧問所提供的服務為免費服務。您可在本手冊第 2 章第 3 部分找到其電話號碼。

您還可從 Medicare 獲得協助和資訊

您還可在處理問題時聯絡 Medicare，獲得更多資訊和協助。以下為從 Medicare 直接獲得資訊的兩種方式：

- 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。
- 您可瀏覽 Medicare 網站(<https://www.medicare.gov>)。

您還可從 Medicaid 獲得協助和資訊

您還可在處理問題時聯絡紐約州 Medicaid，獲得更多資訊和協助。要直接從 Medicaid 獲得資訊，您可以致電紐約州衛生部 Medicaid 計劃 1-888-692-6116 或 1-718-557-1399，工作時間為週一至週五，早 8 點至下午 5 點。

第 3 部分 瞭解我們計劃的 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴

您擁有 Medicare，從 Medicaid 獲得協助。本章的資訊適用於您所有的 Medicare 和 Medicaid 福利。對於您的大部分福利，您將使用一個統一流程來處理 Medicare 和 Medicaid 福利。有時這稱為「綜合程序」，因為它將 Medicare 和 Medicaid 的程序綜合到一起。

第 4 部分 有關您的福利的問題。

<h3>第 4.1 節 您應採用針對保險決定和上訴的程序嗎？或者您想提出投訴？</h3>
--

如果您有問題或疑問，則您僅需閱讀本章中適宜於您的情況的部分即可。下表將協助您找到本章有關 Medicare 或 Medicaid 承保福利的問題或投訴的正確部分。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

要找到本章哪部分可協助您解決有關 Medicare 或 Medicaid 福利的問題或疑慮，請使用此表：

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

（其中包括與具體醫療保健或處方藥是否被承保及其承保方式相關的問題，以及涉及醫療保健或處方藥付款的問題。）

是。我的問題是與福利或保險相關的。

繼續進入本章的下一個部分，**第 5 部分"保險決定和上訴基礎知識指南"**。

否。我的問題與福利或保險不相關。

請參見本章末尾的**第 11 部分**：「怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題」。

第 5 部分 保險決定和上訴基礎知識指南

第 5.1 節 要求作出保險決定並進行上訴：概況

申請保險決定以及進行上訴的程序，處理與您的福利以及醫療服務保險相關的問題（其中包括付款相關問題）。這是您處理諸如某項服務或藥品是否被承保及其承保方式等問題時所採用的程序。

要求作出保險決定

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療服務或藥品支付的金額作出的決定。我們在確定承保的內容以及我們應支付的金額時，就是在為您作出保險決定了。例如：每當您從您的計劃網路內醫生處得到醫療保健或者當其將您轉介給醫療專科醫生時，您的計劃網路內醫生就為您作出了（有利的）保險決定。您或您的醫生還可以聯絡我們，要求我們在您的醫生不確定我們是否將承保某項特殊醫療服務或拒絕提供您認為您需要的醫療保健時作出保險決定。換言之，如果您希望在接受到某項醫療服務前瞭解其是否在承保範圍之內，就可以要求我們為您作出保險決定。在有限的情況下，保險決定請求將被駁回，這意味著我們不會審核該請求。請求會被駁回的範例有：請求不完整，代表您提出請求的人員沒有獲得合法授權，或者您要求撤回請求。如果我們駁回了保險決定請求，我們將傳送通知，解釋為什麼該請求被駁回，以及如何要求對該駁回進行覆核。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

某些情況下，我們可能判定某種服務或藥品不在承保範圍之內，或者 Medicare 或 Medicaid 不再為您對其進行承保了。如果您對該保險決定有異議，可進行上訴。

上訴

如果我們提供了保險決定，而您對此決定並不滿意，則您可針對該決定進行「上訴」。上訴是一種要求我們覆核和變更已作出的保險決定的正式方法。

當您首次對某一決定提起上訴時，這稱為第 1 級上訴。在該上訴中，我們將對我們作出的保險決定進行審核，以檢查我們是否恰當地遵循了所有的規則。您的上訴將由作出原始不利決定者之外的不同審核人進行處理。完成審核後，我們將向您提供我們的決定。在某些情況（我們將在稍後討論）下，您可以申請「加快」或「快速保險決定」，或者保險決定的快速上訴。在有限的情況下，保險決定請求將被駁回，這意味著我們不會審核該請求。請求會被駁回的範例有：請求不完整，代表您提出請求的人員沒有獲得合法授權，或者您要求撤回請求。如果我們駁回了保險決定請求，我們將傳送通知，解釋為什麼該請求被駁回，以及如何要求對該駁回進行覆核。

如果我們完全或部分拒絕了您的第 1 級上訴，您可進入第 2 級上訴。第 2 級上訴由與我們沒有關聯的獨立組織來執行。（某些情況下，您的個案將被自動送至獨立組織進行第 2 級上訴。如果出現了這種情況，我們將通知您。其他情況下，您將需要請求進行第 2 級上訴。）如果您對第 2 級上訴作出的決定仍不滿意，則您可繼續進行其他層級的上訴。

第 5.2 節 您在要求作出保險決定或進行上訴時，應如何獲得幫助

您需要幫助嗎？以下是您決定要求作出任何類型的保險決定或對某決定進行上訴時，可能希望使用的資源：

- 您可致電會員服務部聯絡我們（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- 要從與本計劃沒有關聯的獨立組織獲得免費協助，請聯絡您的州健康保險輔助計劃（參見本章第 2 部分）。
- 您的醫生或其他醫療服務提供者可為您提出請求。
 - 對於醫療保健問題，您的醫生或其他醫療服務提供者可代表您要求作出保險決定或進行第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒，則其將自動轉入第 2 級。
 - 如果您的醫生或其他處方醫生要求在您上訴期間繼續接受您已經獲得的服務或項目，您可能需要指定您的醫生或其他處方醫生作為您的代表。
 - 要提請任何第 2 級以後的上訴，您必須指定您的醫生為代表。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 對於 D 部分處方藥問題，您的醫生或其他開藥者可代表您要求作出保險決定或者提起第 1 級或第 2 級上訴。要提請任何第 2 級以後的上訴，您必須指定您的醫生或其他開藥者為代表。
- 您可以請其他人作為您的代表。如果您希望，則可請其他人作為您的「代表」，要求作出保險決定或進行上訴。
 - 根據州法律，可能存在已取得合法授權代表您的人士。
 - 如果您希望您的朋友、親戚、醫生或其他醫療服務提供者或他人作為您的代表，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）並索取《代表委任表》。（您也可從 Medicare 的網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.metroplusmedicare.org 下載該表格。）該表格准許此人作為您的代表。表格上必須有您和您希望令其作為您代表的人士的簽名。您必須向我們提交一份已簽署的表格。
- 您還有權聘請律師作為您的代表。您可以聯絡您自己的律師，或從當地律師協會或其他轉介服務處取得律師的姓名。如果您符合資格，還可從某些團體取得免費的法律服務。但是，您不需要聘請律師以要求作出任何形式的保險決定或對某項決定進行上訴。

第 5.3 節	本章中的哪一部分提供了針對您的狀況的細節？
----------------	------------------------------

涉及承保決定和上訴的情況共有四種。由於每種情況都有不同的規則和截止日期，因此，我們在單獨的部分中提供了各種情況的詳情：

- 本章的**第 6 部分**：「您的醫療保健：如何要求作出保險決定或進行上訴」
- 本章的**第 7 部分**：「您的 D 部分處方藥：如何要求作出保險決定或進行上訴」
- 本章的**第 8 部分**：「如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保」
- 本章的**第 9 部分**：「如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保（僅適用於以下服務：家庭保健、專業康復設施保健以及綜合門診復健機構(CORF)服務）」

如您不確定應採用哪一部分，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。您還可從諸如您的州健康保險輔助計劃等政府組織獲得協助或資訊（本手冊第 2 章第 3 部分印有該計劃的電話號碼）。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 6 部分 您的醫療保健：如何要求作出保險決定或進行上訴



您是否已閱讀本章第 5 節（承保範圍裁決和上訴「基準」指引）？如果未讀，您或許希望在開始瞭解本部分前先對其進行閱讀。

第 6.1 節 本節闡述了當您在獲得醫療保健保險時遇到困難或者當您希望我們向您返還護理費用時該怎麼做

本節內容涉及您的醫療保健福利和服務。本手冊第 4 章對這些福利進行了描述：《醫療福利表》（承保項目）。為簡單起見，在本節剩餘部分中，我們通稱「醫療保健保險」或「醫療保健」，而不再每次都重複「醫療保健或治療或服務」。「醫療保健」一詞包括醫療項目和服務以及 MedicareB 部分處方藥。在某些情況下，不同的規則適用於 B 部分處方藥請求。在這些情況下，我們將解釋 B 部分處方藥的規則與醫療項目和服務的規則有何不同。

本節向您介紹在以下五種情況下您該如何操作：

1. 您未能獲得您想要的特定醫療保健服務，同時，您認為該保健服務是在本計劃承保範圍之內的。
2. 本計劃不認可您的醫生或其他醫療服務提供者希望為您提供的醫療保健服務，但您認為該項保健服務是在本計劃承保範圍之內的。
3. 您得到了您認為在本計劃承保範圍之內的醫療保健，但是，我們已表明我們將不支付此保健費用。
4. 您得到並已支付了您認為在本計劃承保範圍之內的醫療保健，並希望本計劃為您核退該保健費用。
5. 您得知某種您一直在接受且我們之前也已認可了的醫療保健保險將降低保額或停止承保，您認為降低或停止該保健的保險費用將有害於您的健康。
 - 注意：如果將要被停止的保險是針對住院治療、家庭保健、專業康復機構保健或綜合門診復健機構(CORF)服務，則您需要閱讀本章中的單獨一部分，因為存在適用於這些護理類型的特殊規則。以下為應針對這些情況閱讀的內容：
 - 第 9 章的第 8 部分：如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保
 - 第 9 章的第 9 部分：如果您認為您的家庭保健、專業康復機構護理或綜合門診復健機構(CORF)服務的保險期結束過快時，如何要求我們繼續進行承保。本部分僅涉及三種服務：家庭保健、專業康復設施保健以及綜合門診復健機構(CORF)服務。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 對於所有涉及被告知您一直在接受的醫療保健將被停止的所有其他情況，請將本部分（第 6 部分）作為您的行事指南。

您處在這些情況中的哪一種之中？

如果：	則您可以：
您是否希望查明我們是否承保您想要的醫療護理或服務？	您可要求我們為您作出保險決定。 請進入本章的下一個部分（第 6.2 節）。
我們是否已告知您，我們將不以您希望的承保或付款方式對某種醫療服務進行承保或支付？	您可以提起上訴。（這也就是說您可以要求我們重新考慮。） 請參見本章的第 6.3 節。
我們是否已告知您，我們將停止或減少您已獲得的醫療服務？	您可以在上訴期間保留這些服務或項目 請參見本章的第 6.3 節。
您是否希望要求我們返還您已接受或支付的醫療保健或服務費用？	您可以將帳單寄送給我們。 請參見本章的第 6.5 節。

第 6.2 節 步驟：如何要求我們作出保險決定 （如何要求本計劃授權或提供您想要的醫療保健保險）

法律術語

保險決定涉及您的醫療保健時，將被稱為「綜合組織裁定」。

步驟 1：您要求本計劃就您所申請的醫療保健服務作出保險決定。如果您的健康問題需要快速回應，則您應要求我們作出「快速保險決定」。

法律術語

「快速保險決定」又名「綜合加急裁定」。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

如何申請您想要的醫療保健保險

- 由向本計劃致電、寫信或傳真的方式向我們提出授權或為您希望獲得的醫療保健提供保險的請求。您、您的醫生或您的代表都可以這樣做。
- 有關我們的詳細聯絡資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並尋找名為「當您詢問醫療保險決定時如何聯絡我們」的一節。

通常，我們會在標準截止日期前對您作出決定

在向您提供我們的決定時，我們將使用「標準」截止日期，除非，我們已同意採用「快速」截止日期。標準保險決定意味著我們將在收到您關於醫療項目或服務的請求後 **14 個日曆日**內給您答覆。若您請求 **Medicare B 部分處方藥**，我們將在收到請求後 **72 小時**內向您作出答覆。

- 對於**醫療項目或服務**的請求，如果您要求更多時間或如果我們需要可能有益於您的資訊（諸如來自網絡外醫療服務提供者的病歷），**我們可最多再寬限 14 個日曆日**的時間。如果我們決定多花幾天時間再作出決定，我們將書面告知您。如果您提出關於 **Medicare B 部分處方藥**的請求，則我們不能延長決定時間。
- 如果您認為我們**不應該**再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「快速投訴」。您提交快速投訴後，我們將在 **24 小時**內針對您的投訴提供答覆。（投訴程序不同於要求作出保險決定和上訴的程序。有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 11 部分。）

如果您因健康問題需要這麼做，可要求我們為您作出「快速保險決定」

- 快速保險決定意味著如果您提出關於醫療項目或服務的請求，我們將在 **72 個小時**內給您答覆。若您請求 **Medicare B 部分處方藥**，我們將在 **24 小時**內向您作出答覆。
 - 對於**醫療項目或服務**的請求，如果我們發現部分可能對您有益的資訊缺失（例如：來自網絡外醫療服務提供者的醫療記錄）或者如果您需要時間獲得我們進行覆核所需的資訊，**我們最多可再用 14 個日曆日**來給您答覆。如果我們決定再多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 **Medicare B 部分處方藥**的請求，則我們不能延長決定時間。
 - 如果您認為我們**不應該**再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「快速投訴」。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 11 部分。）我們作出決定後就會立即向您致電。
- 要獲得快速保險決定，您必須滿足兩個要求：
 - **僅當**您要求獲得**尚未得到的藥品**時，才能得到快速保險決定。（如果您要求獲得的是已得到的醫療保健費用，則將不能請求快速保險決定。）

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 僅當使用標準截止日期可對您的健康帶來嚴重傷害或損害您的行動能力時，您才可獲得快速保險決定。
- 如果您的醫生告訴我們，您因健康問題需要我們作出「快速保險決定」，我們將自動同意為您作出快速保險決定。
- 如果您在沒有醫生支援的情況下，自行要求獲得快速保險決定，我們將決定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。
 - 如果我們判定您的醫療狀況不符合獲得快速保險決定的要求，我們將向您傳送信件如此陳述（同時，我們將使用標準截止日期）。
 - 透過該信件，您將知曉如果您的醫生要求我們做出快速保險決定，我們將自動提供快速保險決定。
 - 透過該信件，您還將知曉如果我們為您作出標準保險決定而非您所要求的快速保險決定，您該如何提出「快速投訴」。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 11 部分。）

步驟 2：我們考慮您的醫療保健保險請求，並為您作出答覆。

「快速」保險決定的截止日期

- 通常，對於醫療項目或服務的快速保險決定，我們將在 **72 小時內** 給您答覆。若您請求 Medicare B 部分處方藥，我們將在 **24 小時內** 向您作出答覆。
 - 如上所述，在某些情況下，我們最多可再用 **14 個日曆日** 來提供答覆。如果我們決定多花幾天時間再作出保險決定，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長決定時間。
 - 如果您認為我們不應該再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「快速投訴」。您提交快速投訴後，我們將在 **24 小時內** 針對您的投訴提供答覆。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 11 部分。）
 - 如果我們未能在 **72 小時**（或者如有延期，則截止到該日期末）或 **24 小時**（如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求）內答覆您，您有權進行上訴。下面的第 6.3 節闡述了如何進行上訴。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送詳細的書面說明，解釋拒絕原因。

「標準」保險決定的截止日期

- 通常，對於醫療項目或服務的標準保險決定，我們將在收到您的請求後 **14 個日曆日內** 給您答覆。若您請求 Medicare B 部分處方藥，我們將在收到請求後 **72 小時內** 向您作出答覆。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 對於醫療項目或服務的請求，某些特殊情況下，我們將最多再用 14 個日曆日的時間（「延長期限」）。如果我們決定多花幾天時間再作出保險決定，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長決定時間。
- 如果您認為我們不應該再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「快速投訴」。您提交快速投訴後，我們將在 24 小時內針對您的投訴提供答覆。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 11 部分。）
- 如果我們未能在 14 個日曆日（或者如有延期，則截止到該日期末）或 72 小時（如果您提出關於 B 部分處方藥的請求）內答覆您，您有權進行上訴。下面的第 6.3 節闡述了如何進行上訴。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。

步驟 3：如果我們拒絕您的醫療保健保險請求，則您可決定是否進行上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮——或者變更——該決定。上訴意味著再次嘗試獲得您想要的醫療保健保險。
- 如果您決定進行上訴，則表示您將進入第 1 級上訴程序（請參見下面的第 6.3 節）。

第 6.3 節

步驟：如何進行第 1 級上訴

（如何要求對本計劃作出的醫療保健保險決定進行覆核）

法律術語

針對本計劃醫療保健保險決定進行的上訴叫作計劃「綜合覆議」。

步驟 1：您聯絡我們，進行上訴。如果您的健康問題需要快速回應，則您必須要求進行「快速上訴」。

怎麼辦

- 要開始進行上訴，您、您的醫生或您的代表必須先聯絡我們。有關適用於任何上訴相關目的的詳細聯絡資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並尋找名為「當您對醫療保險決定提起上訴時如何聯絡我們」一節。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 如果您要求進行標準上訴，則請提交標準書面上訴請求。您也可以致電第 2 章第 1 部分中所示的電話號碼聯絡我們要求進行上訴（*您對醫療保險決定提起上訴時如何聯絡我們*）。
 - 如果您請您醫生以外的其他人對我們的決定進行上訴，您的上訴中必須包含授權此人代表您的「代表委任」表。如果您的醫生或其他處方醫生要求在您上訴期間繼續接受您已經獲得的服務或項目，您可能需要授權指定您的醫生或其他處方醫生作為您的代表。（要獲得此表，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）索取「代表委任」表。）您也可以到 Medicare 網站 <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> 或我們的網站：www.metroplusmedicare.org 上獲得該表。）雖然沒有此表，我們也能受理上訴請求，但是，我們在收到此表前無法開始或完成審核。如果我們在收到上訴請求 44 個日曆日內未收到該表（我們針對您的上訴作出決定的截止日期），您的上訴將被駁回。如果發生這種情況，我們將向您寄送書面通知，說明您的權利——要求獨立審查組織覆核我們駁回您的上訴的決定。
- 如果您要求進行快速上訴，請提出書面上訴或致電第 2 章第 1 部分中所示的電話號碼（*您對醫療保險決定提起上訴時如何聯絡我們*）。
- 您必須在我們向您傳送書面通知（告訴您我們對您的保險決定請求作出的答覆）之日 **60 個日曆日內提出上訴請求**。如果您錯過了此截止日期並有充分的錯失理由，請在您提出上訴時說明延遲上訴的理由。我們將給您更多時間進行上訴。錯過截止日期的充分理由範例包括：您因重病無法聯絡我們，或我們向您提供了錯誤或不完整的上訴截止日期相關資訊。
- 您可要求免費獲得您的醫療決定相關資訊副本，並增加更多資訊支援您的上訴。
 - 您有權向我們索取您的免費上訴相關資訊副本。
 - 如果您願意，您和您的醫生可向我們提交支持上訴的更多資訊。

如果您因健康問題需要這麼做，可請求進行「快速上訴」（您可致電我們提出請求）

法律術語

「快速上訴」又稱為「綜合加急覆議」。

- 如果您正在對我們針對您尚未得到的保健保險作出的決定提出上訴，您和/或您的醫生將需要決定您是否需要「快速上訴」。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 獲得「快速上訴」的要求和程序與獲得「快速保險決定」的要求和程序相同。要請求快速上訴，請按照要求作出快速保險決定的說明進行。（這部分說明已在本部分前文中提供。）
- 如果您的醫生告訴我們您因健康問題需要進行「快速上訴」，我們將為您進行快速上訴。

如果我們告知您我們將停止或減少您已經獲得的服務或物品，您可能在上訴期間繼續獲得這些服務或物品。

- 如果我們決定變更或終止您目前獲得的服務、項目或藥品承保，在採取行動之前，我們將向您提供通知書。
- 若您對於行動存有異議，您可提起第 1 級上訴。在我們的通知信郵戳日期後 10 個日曆日內或在行動的預計有效日期內（以較晚者為準），您要求第 1 級上訴，我們對服務、項目或藥品將繼續作出承保。
- 若您遵守此時限，您可在上訴等待期繼續享受未做變更的服務、項目或藥物。您還將繼續獲得所有其他服務、項目或藥品（非您上訴的主題），不做任何變更。

步驟 2：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

- 我們覆核您的上訴後，我們將再次仔細檢查您所有的醫療保健保險請求相關資訊。我們將核查我們在拒絕您的請求時是否遵守了所有的規則。
- 如有需要，我們將收集更多資訊。我們將聯絡您或您的醫生，以獲得更多資訊。

「快速」上訴的截止日期

- 使用快速截止日期時，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內提供我們的答覆。若您的健康狀況需要我們加快決定，我們將儘快向您作出答覆。
 - 如果您需要更多時間，或者如果我們需要收集更多或許有益於您的資訊，我們可最多再用 14 個日曆日的時間（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們決定多花幾天時間再作出決定，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長決定時間。
 - 如果我們未能在 72 小時內（或者如果我們延期了，則在延長期限末）給您答覆，我們將按照要求將您的請求自動送入第 2 級上訴程序，在這一階段，將由獨立組織對其進行審核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，就必須在接到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們拒絕您所提出的部分或全部要求，我們將自動將您的上訴提交給行政聽證辦公室，進行第 2 級上訴。

「標準」上訴的截止日期

- 如果我們正在使用標準截止日期，我們就必須在接到您的上訴（如果您的上訴涉及您尚未得到的服務的保險）後 **30 個日曆日**內對您提出的關於醫療項目或服務的請求作出答覆。若您請求 Medicare B 部分處方藥，我們就將在接到您的上訴（如果您的上訴涉及您尚未得到的 B 部分處方藥的保險）後 **7 個日曆日**內為您作出答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
 - 如果您需要更多時間，或者如果我們需要收集更多或許有益於您的資訊，我們可**最多再用 14 個日曆日**的時間（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們決定我們需要多花幾天時間再作出決定，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長決定時間。
 - 如果您認為我們**不應該**再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「快速投訴」。您提交快速投訴後，我們將在 **24 小時**內針對您的投訴提供答覆。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參見本章的第 11 部分。）
 - 如果我們未能在上述適用截止日期內（或者如果我們對您提出的關於醫療項目或服務的請求予以延期，則在延長期限末）給您答覆，我們將按照要求將您的請求送入第 2 級上訴程序。然後將由獨立外部組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審核組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- 如果我們認同您所提出的部分或全部要求，就必須在接到您的上訴後 **30 個日曆日**或 **7 個日曆日**內（如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求）授權或提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們拒絕您所提出的部分或全部要求，我們將自動將您的上訴提交給獨立審核組織，進行第 2 級上訴。

步驟 3：如果本計劃拒絕了您的部分或全部上訴，您的案例將被自動送入下一級上訴程序。

- 為確保我們在拒絕您的上訴時遵守了所有規則，我們將按**要求**將您的上訴送至「獨立審查組織」，即「行政聽證辦公室」。我們進行此操作，即表明您的上訴正在進入下一級上訴程序，即第 2 級上訴。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 6.4 節 步驟：第 2 級上訴是如何進行的

如果本計劃拒絕了您的第 1 級上訴，您的個案將被自動送入下一級上訴程序。在第 2 級上訴過程中，**行政聽證辦公室**將審核我們針對您的第一次上訴作出的決定。該組織決定是否變更我們的決定。

步驟 1：行政聽證辦公室將對您的上訴進行覆核。

- **行政聽證辦公室是紐約州的一家獨立機構。**它與我們並不相關。**Medicare** 和 **Medicaid** 負責對其工作進行監督。
- 我們將把您的相關上訴資訊寄送給該組織。該資訊又稱「個案卷宗」。我們將寄給您一份個案卷宗。
- 您有權向行政聽證辦公室提交支援您的上訴的更多資訊。
- 行政聽證辦公室中的審核人將仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。行政聽證辦公室將與您聯絡安排聽證會。

若您第 1 級提起快速上訴，則在第 2 級中您將自動獲得快速上訴

- 如果您在第 1 級過程中對本計劃進行了「快速上訴」，則您在第 2 級過程中也將自動提起「快速上訴」。審核組織必須在收到您的上訴後 **72 小時內**對您的第 2 級上訴作出答覆。在某些情況下，如果您在第 1 級過程中對本計劃進行了「快速上訴」，則您在第 2 級過程中也將自動提起「快速上訴」。*僅當標準時限將嚴重危及您的健康，損害您的功能能力之時*，您方可獲得快速保險決定。
- 如果您提出關於醫療項目或服務的請求，以及行政聽證辦公室需要收集更多或許有益於您的資訊，則其可最多再用 **14 個日曆日**的時間。如果您提出關於 **Medicare B** 部分處方藥的請求，則行政聽證辦公室不能延長決定時間。

如果您第 1 級過程中進行了「標準」上訴，則您在第 2 級過程中也將提起「標準」上訴。

- 如果您在第 1 級過程中對本計劃進行了「標準上訴」，則您在第 2 級過程中也將自動提起「標準上訴」。
 - 如果您提出關於醫療項目或服務的請求，審核組織必須在收到您的上訴後大約 **60 個日曆日內**對您的第 2 級上訴作出答覆。
 - 如果您提出關於 **Medicare B** 部分處方藥的請求，則審核組織必須在接到您的上訴請求後 **7 個日曆日內**對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 如果您提出關於醫療項目或服務的請求，以及行政聽證辦公室需要收集更多或許有益於您的資訊，則其可最多再用 **14 個日曆日**的時間。如果您提出關於 **Medicare B** 部分處方藥的請求，則行政聽證辦公室不能延長決定時間。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

若在您提起第 1 級上訴時您有資格繼續享受福利，在第 2 級上訴中您將繼續享受服務、項目或藥物福利。閱讀第 174 頁瞭解在第 1 級上訴中延續您的福利的相關資訊。

步驟 2：行政聽證辦公室將對您作出答覆。

行政聽證辦公室將書面告知您他們的決定並說明作出該決定的原因。

- 如果行政聽證辦公室認同了您的部分或全部醫療項目或服務請求，我們必須：
 - 在 **72 小時內**授權醫療保健保險，或
 - 在收到聽證辦公室作出的決定後的 **14 個日曆日內**提供服務（對於標準請求），或
 - 在本計劃收到聽證辦公室作出的決定後的 **72 小時內**提供服務（對於加急請求）。
- 如果行政聽證辦公室認同了您的部分或全部 **Medicare B 部分**處方藥請求，我們就必須在以下時間內授權或提供發生爭議的 B 部分處方藥：
 - 在收到聽證辦公室作出的決定後的 **72 小時內**（對於標準請求），或
 - 在收到聽證辦公室作出的決定後的 **24 小時內**（對於加急請求）。
- 如果該組織拒絕了您的部分或全部請求，就意味著他們認同我們的計劃關於不應核准您的醫療保健保險請求（或您的部分請求）的決定。（這被稱為「維持原判」。亦稱為「駁回您的上訴」）。
 - 如果行政聽證辦公室「堅持此決定」，您有權提出第 3 級上訴。

步驟 3：選擇您是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有兩個上訴程序（共有四個上訴等級）。
- 如果您的第 2 級上訴被拒，則您必須決定是否希望進入第 3 個等級進行第三次上訴。您在第 2 級上訴後收到的書面通知中將詳細說明該如何操作。
- Medicare 上訴委員會負責處理第 3 級上訴。本章中的第 10 節闡述了有關第 3、4 級上訴程序的更多內容。

第 6.5 節 如果您要求我們支付您已收到的醫療保健帳單費用會怎樣？

如果您想要求我們支付醫療保健費用，則請從閱讀本手冊第 7 章中的內容開始：要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用。第 7 章中闡述了您需要我們對您從某服務提供者處收到的帳單進行償付或支付的情況。本章亦將介紹了如何向我們傳送要求我們支付的書面資料。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

要求撥補即要求我們作出保險決定

如果您向我們寄送要求撥補的檔案，就是在要求我們作出保險決定（有關保險決定的更多相關資訊，請參見本章第 5.1 節）。為作出此保險決定，我們將核查您支付的醫療保健是否為承保範圍內的服務（請參見第 4 章：《醫療福利表》（承保項目）。我們還將核查您是否遵守了使用醫療保健保險的所有規則（有關這些規則，請參見本手冊的第三章：使用本計劃為您的醫療服務提供的保險）。

我們將同意或拒絕您的請求

- 如果您所支付的醫療保健服務在承保範圍之內，並且您也遵守了所有的規則，我們將收到您的請求後 60 個日曆日內支付您的醫療保健費用。或者，如果您尚未支付服務費用，我們將直接把費用支付給服務提供者。我們支付費用時，就相當於同意了您的保險決定請求。）
- 如果醫療保健服務不在承保範圍內，或者您未遵守所有的規則，我們將不支付費用。相反，我們將向您寄送信件，說明我們將不支付服務費用以及拒絕支付的詳細原因。（我們拒絕您的支付請求時，就相當於拒絕了您的保險決定請求。）

如果您要求我們進行支付，但是我們表示我們將不予支付該如何？

如果您不同意我們拒絕您的這一決定，您可進行上訴。如果您進行上訴，也就意味著您在我們拒絕您的付款請求後，要求我們變更已作出的保險決定。

如欲提出此項上訴，請遵循第 5.3 節所述的上訴程序。請查閱該節內容以瞭解各步驟指示。當您遵循這些指令時，請注意：

- 如果您對核退部分進行上訴，我們必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內提供我們的答覆。（如果您要求我們核退您已得到並支付的醫療保健服務，則您將不能要求進行快速上訴。）
- 如果行政聽證辦公室撤銷了我們拒絕付款的決定，我們就必須在 30 個日曆日內向您或醫療服務提供者支付您所要求的費用。
- 如果在第 2 級以後的任意上訴階段，針對我們上訴的答覆為「是」，我們就必須在 60 個日曆日內向您或服務提供者支付您所要求的費用。

第 7 部分 您的 D 部分處方藥：如何要求作出保險決定或進行上訴



您是否已閱讀本章第 5 節（承保範圍裁決和上訴「基準」指引）？如果未讀，您或許希望在開始瞭解本部分前先對其進行閱讀。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 7.1 節 本節闡述了當您在獲得 D 部分處方藥時遇到困難或者當您希望我們為您撥補您的 D 部分處方藥時該怎麼做

作為本計劃會員，您的福利包括多種處方藥保險。請參見本計劃的「承保藥物清單」（處方一覽表）。要被承保，就必須針對醫學公認的病症用藥。（「醫學公認病症」是由食品與藥品管理局核准或受特定參考書支持的用藥。請參閱第 5 章第 3 節，瞭解有關醫學公認病症的更多資訊。）

- 本節僅與您的 D 部分藥品相關。為簡潔起見，我們在本節其餘部分統稱「藥品」，而非每次都重複表述「承保門診處方藥」或「D 部分藥品」。
- 有關我們所說的 D 部分藥品、承保藥物清單（處方一覽表）、保險規則與限制的詳細資訊以及費用資訊，請參見第 5 章（使用本計劃為您的 D 部分處方藥提供的保險）以及第 6 章（您為 D 部分處方藥支付的費用）。

D 部分保險決定和上訴

如我們在本章第 5 部分所論，保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的藥品支付的金額作出的決定。

法律術語

有關您 D 部分藥品的初始保險決定稱作「保險裁定」。

以下為您要求我們就您的 D 部分藥品作出保險決定的範例：

- 您要求我們提供特例，包括：
 - 要求我們對不在本計劃承保藥物清單（處方一覽表）上的 D 部分藥品進行承保。
 - 要求我們免除本計劃對某藥品保險的限制（例如對您可獲得的藥品數量的限制）
- 您詢問我們某藥品是否在承保範圍之內，以及您是否符合保險要求。（例如：您的藥品在本計劃的承保藥物清單（處方一覽表）上，但是我們要求您在我們為您承保前先得到我們的核准。）
 - 請注意：如果藥房告訴您，您的處方無法以書面形式開立，您將得到一份書面通知，說明如何聯絡我們並要求我們作出保險決定。
- 您要求我們為您支付您已購買的處方藥。這是有關付款的保險決定請求。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

如果您對我們已作出的保險決定有異議，則可對我們的決定提起上訴。

本節向您介紹如何要求承保決定，如何要求上訴。請使用以下圖表協助您確定哪一部分中的資訊適用於您的情況：

您處在這些情況中的哪一種之中？

如果您處在該種情況下：	則應如此操作：
您需要的藥品是否不在我們的藥物清單上，或您需要我們免除我們所承保的藥品的規則或限制？	您可以要求我們提供特例。（這是保險決定的一種。） 從本章的 第 7.2 節 開始。
您是否希望我們承保藥物清單上的某種藥品，並且您認為自己滿足了所需藥品的所有計劃規則或限制（例如提前獲得核准）？	您可要求我們作出保險決定。 請跳到本章的 第 7.4 節 。
您是否希望要求我們返還您已接受或支付的藥品的費用？	您可以要求我們對您進行償付。（這是保險決定的一種。） 請跳到本章的 第 7.4 節 。
我們是否已告知您，我們將不以您希望的承保或付款方式對某種藥品進行承保或支付？	您可以提起上訴。（這也就是說您可以要求我們重新考慮。） 請參見本章的 第 7.5 節 。

第 7.2 節 什麼是特例？

如果某種藥品並非以您所希望的方式承保，則您可要求我們提供「特例」。特例是保險決定的一種。與其他類型的保險決定相似，如果我們拒絕了您的特例請求，您可以對我們的決定進行上訴。

您請求我們提供特例後，您的醫生或其他開藥者將需要解釋您需要我們核准此特例的醫療理由。然後，我們將會考慮您的請求。以下為您或您的醫生或其他開藥者可以要求我們提供的特例的兩個範例：

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

1. 為您承保不在我們的**承保藥物清單（處方一覽表）**中的**D**部分藥品。（我們將其簡稱為「藥物清單」。）

法律術語

要求得到不在藥物清單上的藥品的保險（有時也稱要求獲得「**處方一覽表特例**」）。

- 如果我們同意提供特例，並為不在《藥物清單》上的藥品進行承保，您將需要支付適用於您所有藥品的分攤費用金額。您不能要求我們對我們要求您支付的藥費自付費用或共同保險金額提供特例。
2. **免除某承保藥品的保險限制**。存在適用於**承保藥物清單（處方一覽表）**上特定藥品的額外規則或限制（有關更多資訊，請參見第 5 章並尋找其中的第 4 部分）。

法律術語

要求免除某種藥品保險的限制（有時也稱要求獲得「**處方一覽表特例**」）。

- 特定藥物承保的其他規則和限制包括：
 - 被要求服用某種藥品的**普通類型**而非品牌藥品。
 - 在我們同意為您承保某種藥品前，**提前獲得計劃核准**。（這有時被稱為「**事先授權**」。）
 - 在我們同意為您所要求的藥品進行承保前，**被要求先嘗試服用另一種藥品**。（這有時被稱為「**逐步治療**」。）
 - **數量限制**。對於部分藥品，您能夠服用的藥量是有限制的。

第 7.3 節 要求獲得特例應瞭解的重要事項

您的醫生必須向我們告知醫療理由。

您的醫生或其他開藥者必須向我們提交說明，解釋要求獲得特例的醫療理由。為令我們更快地作出決定，請在要求得到特例時，將您的醫生或其他開藥者提供的醫療資訊包含其中。

通常情況下，我們的藥物清單包括一種以上用以治療您特定病情的藥品。這些可供選擇的不同藥物被稱為「**替代**」藥物。如果某種替代性藥品與您所要求的藥品有著相同的效用，並不會產生副作用或導致其他健康問題，我們一般將不會核准您的特例請求。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

我們可以同意或拒絕您的請求

- 如果我們核准了您的特例請求，我們的核准有效期通常為本計劃的年末。只要您的醫生繼續為您開出該藥品，並且此藥品在治療您的症狀時仍安全有效，這就是真的。
- 如果我們拒絕了您的特例請求，您可以透過上訴要求我們對我們的決定進行覆核。第 7.5 節闡述了如果我們拒絕了您該如何進行上訴。

下一節向您介紹如何要求包括例外處理在內的承保決定。

第 7.4 節 步驟：如何要求我們作出保險決定（包括特例）

步驟 1：您要求我們作出有關您所需要的藥品或付款情況的保險決定。如果您的健康問題需要快速回應，則您必須要求我們作出「快速保險決定」。如果您正在要求我們對您已購買的藥品進行撥補，就不能要求我們作出快速保險決定。

怎麼辦

- 要求得到您想要的保險決定類型由向我們致電、書寫信件或傳送傳真開始提出您的請求。您、您的代表或您的醫生（或其他開藥者）可以這樣做。您也可透過我們的網站獲得保險決定程序。有關我們的詳細資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並尋找名為「要求就您的 D 部份處方藥作出承保範圍裁決時，如何聯絡我們」一節。或者，如果您正在要求我們對某種藥品進行撥補，則請參見名為*在何處提出申請，要求我們為您獲得的醫療保健或處方藥支付分攤費用的部分*。
- 您或您的醫生或代表您的其他人可以要求我們作出保險決定。本章的第 5 部分闡述了您可如何向他人授予書面許可以令其作為您的代表。您亦可聘請一名律師替您行事。
- 如果您想要求我們為您返還某種藥品的費用，則請從閱讀本手冊第 7 章中的內容開始：*要求我們為您收到的承保醫療服務或藥品帳單支付費用*。第 7 章描述了您可能需要請求償付的情況。這一章還闡述了如何向我們提交文件要求我們返還您已支付的藥費中我們的分攤費用。
- 如果您正在要求獲得特例，則請提供「支援性聲明」。您的醫生或其他開藥者必須向我們提交您要求獲得藥品特例的醫療理由。（我們將其稱之為「支援性聲明」。）您的醫生或其他開藥者可向我們傳真或郵寄該說明。或者，您的醫生或其他開藥者可透過電話告訴我們，並且，如有需要，可傳真或郵寄書面說明進行追蹤。請參見第 6.2 和 6.3 節，瞭解有關特例請求的更多資訊。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 我們必須接受所有的書面請求，其中包括：以 CMS 型裁定申請書形式提交的請求（可從我們的網站上下載）。
- 要以電子方式提交一份保險裁定申請，請瀏覽我們的網站：
www.metroplusmedicare.org 並按一下「申訴、保險裁定和上訴」頁面。

如果您因健康問題需要這麼做，可要求我們為您作出「快速保險決定」

法律術語
「快速保險決定」又名「加急保險裁定」。

- 在向您提供我們的決定時，我們將使用「標準」截止日期，除非，我們已同意採用「快速」截止日期。標準保險決定意味著我們將在收到您醫生的說明後 72 小時內給您答覆。快速保險決定意味著我們將在收到您醫生的說明後 24 小時內給您答覆。
- 要獲得快速保險決定，您必須滿足兩個要求：
 - 僅當您要求獲得尚未得到的藥品時，才能得到快速保險決定。（如果您正在要求我們對您已購買的藥品進行核退，就不能要求我們作出快速保險決定。）
 - 僅當使用標準截止日期可對您的健康帶來嚴重傷害或損害您的行動能力時，您才可獲得快速保險決定。
- 如果您的醫生或其他開藥者告訴我們，您因健康問題需要我們作出「快速保險決定」，我們將自動同意為您作出快速保險決定。
- 如果您在沒有您的醫生或其他開藥者支援的情況下，自行要求獲得快速保險決定，我們將決定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。
 - 如果我們判定您的醫療狀況不符合獲得快速保險決定的要求，我們將向您傳送信件如此陳述（同時，我們將使用標準截止日期）。
 - 透過該信件，您將知曉如果您的醫生或其他開藥者要求我們做出快速保險決定，我們將自動提供快速保險決定。
 - 透過該信件，您還將知曉如果我們為您作出標準保險決定而非您所要求的快速保險決定，您該如何提出投訴。其中闡述了如何提交「快速投訴」（意即您將在收到投訴的 24 小時內得到我們針對您的投訴提供的答覆）。（投訴程序不同於要求作出保險決定和上訴的程序。有關投訴程序的更多資訊，請參見本章的第 11 部分。）

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

步驟 2：我們將考慮您的請求並向您提供我們的答覆。

「快速」保險決定的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期時，則必須在 **24 小時內**提供我們的答覆。
 - 通常，這表示我們將在收到您的請求後 **24 小時內**提供答覆。如果您正在請求獲得特例，我們將在收到您醫生提交的用以支持您請求的說明後 **24 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
 - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 **2 級**；在這一階段，將有獨立的外部組織對其進行審核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審核組織的相關資訊並闡述第 **2 級**上訴程序中會發生什麼。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，就必須在接到您的請求或您醫生的說明（用以支持您的請求）後 **24 小時內**提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

針對您尚未得到的藥品的「標準」保險決定截止日期

- 如果我們使用的是標準截止日期，就必須在 **72 小時內**提供我們的答覆。
 - 通常，這表示我們將在收到您的請求後 **72 小時內**提供答覆。如果您正在請求獲得特例，我們將在收到您醫生提交的用以支持您請求的說明後 **72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
 - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 **2 級**；在這一階段，將有獨立組織對其進行審核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審核組織的相關資訊並闡述第 **2 級**上訴程序中會發生什麼。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」——
 - 如果我們核准了您的保險請求，就必須在接到您的請求或您醫生的說明（用以支持您的請求）後 **72 小時內**提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

針對您已支付的藥費的「標準」保險決定截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**提供我們的答覆。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將有獨立組織對其進行審核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審核組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，也必須在接到您的請求後 14 個日曆日內為您進行支付。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

步驟 3：如果我們拒絕您的保險請求，則您可決定是否希望上訴。

- 如果我們拒絕，則您有權要求進行上訴。請求上訴意味著要求我們重新進行考慮——並有可能的話變更——我們已作出的決定。

第 7.5 節

步驟：如何進行第 1 級上訴 (如何要求對本計劃作出的保險決定進行審核)

法律術語

針對本計劃 D 部分藥品保險決定進行的上訴叫作計劃「重新裁定」。

步驟 1：您聯絡我們，進行第 1 級上訴。如果您的健康問題需要快速回應，則您必須要求進行「快速上訴」。

怎麼辦

- 要開始上訴，您（或您的代表或您的醫生或其他開藥者）必須先聯絡我們。
 - 有關出於任何上訴相關目的透過電話、傳真、郵件或網站與我們聯絡的詳細資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並尋找名為「當您就您的 D 部份處方藥進行上訴時，如何聯絡我們」一節。
- 如果您要求進行標準上訴，則請透過提交書面請求進行上訴。您也可以致電第 2 章第 1 部分中所示的電話號碼聯絡本計劃要求進行上訴（當您對您的 D 部分處方藥進行上訴時該如何聯絡我們）。
- 如果您要求快速上訴，可透過書面或致電第 2 章第 1 節（當您對 D 部份處方藥提出上訴時，如何聯絡我們）中所示的電話號碼，提出上訴。
- 我們必須接受所有的書面請求，其中包括：以 CMS 型裁定申請書形式提交的請求（可從我們的網站上下載）。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 要以電子方式提交一份保險裁定申請，請瀏覽我們的網站：
www.metroplusmedicare.org 並按一下「申訴、保險裁定和上訴」頁面。
- 您必須在我們向您傳送書面通知（告訴您我們對您的保險決定請求作出的答覆）之日 **60 個日曆日內提出上訴請求**。如果您錯過了此截止日期並有充分的錯失理由，我們將給您更多時間進行上訴。錯過截止日期的充分理由範例包括：您因重病無法聯絡我們，或我們向您提供了錯誤或不完整的上訴截止日期相關資訊。
- 您可在上訴中索取資訊副本，並增加更多資訊。
 - 您有權向我們索取您的上訴相關資訊副本。
 - 如果您願意，您和您的醫生或其他開藥者可向我們提交支持上訴的更多資訊。

如果您因健康問題而有需要，則可要求進行「快速上訴」

法律術語
「快速上訴」又稱為「加急覆議」。

- 如果您正在對我們針對您尚未得到的藥品作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他開藥者將需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」的要求與本章第 7.4 節所述的「快速保險決定」要求相同。

步驟 2：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

- 我們審核您的上訴後，我們將再次仔細檢查有關您的保險請求的所有資訊。我們將核查我們在拒絕您的請求時是否遵守了所有的規則。我們將聯絡您或您的醫生或其他開藥者，以獲得更多資訊。

「快速」上訴的截止日期

- 如果我們使用的是快速截止日期，就必須在**收到您的上訴後 72 小時內**提供我們的答覆。如果您的健康狀況有需要，我們將更早提供我們的決定。
 - 如果我們未能在 72 小時內給您答覆，我們就按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將有獨立審核組織對其進行審核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審核組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，就必須在**接到您的上訴後 72 小時內**提供我們已同意提供的保險。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因，並告訴您該如何對我們的決定提起上訴。

「標準」上訴的截止日期

- 如果我們使用的是標準截止日期，就必須在收到您針對尚未收到的藥物的上訴後 **7 個日曆日內** 提供我們的答覆。如果您尚未得到該藥品且您的健康狀況需要我們這樣做，我們將更早為您作出決定。如果您認為您的健康狀況有需要，您應請求「快速上訴」。
 - 如果未能在 **7 個日曆日內** 為您作出決定，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 **2 級**；在這一階段，將有獨立審查組織對其進行覆核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審核組織的相關資訊並闡述第 **2 級** 上訴程序中會發生什麼。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」——
 - 如果我們核准了某項保險請求，就必須根據您的健康需要儘快提供我們已同意提供的保險，但不得遲於我們接到您的上訴後 **7 個日曆日**。
 - 如果我們核准了您已購買的藥品的撥補請求，就必須在接到您的上訴請求後 **30 個日曆日內** 向您寄送該費用。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因，並告訴您該如何對我們的決定提起上訴。
- 如果您申請我們向您返還您已購買的藥物費用，我們就必須在接到您的請求後 **14 個日曆日內** 答覆您。
 - 如果未能在 **14 個日曆日內** 為您作出決定，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 **2 級**；在這一階段，將有獨立審核組織對其進行審核。在本部分後面的內容中，我們將向您描述該審核組織的相關資訊並闡述第 **2 級** 上訴程序中會發生什麼。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」，也必須在接到您的請求後 **30 個日曆日內** 為您進行支付。
- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

步驟 3：如果我們拒絕了您的上訴，則您可決定是否希望繼續執行上訴程序並提起另一輪上訴。

- 如果我們拒絕了您的上訴，將由您選擇接受這一決定，還是繼續提起另一輪上訴。
- 如果您決定繼續提起另一輪上訴，則表示您的上訴將進入第 **2 級** 上訴程序（請參見下文）。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 7.6 節 步驟：如何進行第 2 級上訴

如果我們拒絕了您的上訴，將由您選擇接受這一決定，還是繼續提起另一輪上訴。如果您決定進行第 2 級上訴，則**獨立審核組織**將對我們拒絕您首次上訴時作出的決定進行審核。該組織決定是否變更我們的決定。

法律術語

該「獨立審核組織」的正式名稱為「**獨立審核組織**」。有時又稱「**IRE**」。

步驟 1：要進行第 2 級上訴，您（或您的代表、或您的醫生、或其他開藥者）必須聯絡獨立審核組織並要求對您的個案進行審核。

- 如果我們拒絕了您的第 1 級上訴，我們寄送給您的書面通知中將包括如何向獨立審核組織**提起第 2 級上訴的說明**。這些說明將闡述誰能夠進行第 2 級上訴、您必須遵守的截止日期，以及如何聯絡該審核組織。
- 您向獨立審核組織進行上訴後，我們將向該組織寄送我們所掌握的您的上訴相關資訊。該資訊又稱「個案卷宗」。您有權向我們索取您的個案卷宗副本。
- 您有權向獨立審核組織提交支持您的上訴的更多資訊。

步驟 2：該獨立審核組織對您的上訴進行審核並為您作出答覆。

- 該獨立審核組織是由 **Medicare** 雇用的獨立組織。該組織與我們沒有聯絡，且並非政府機構。該組織是由 Medicare 選擇的公司，該公司負責對我們為您作出的 D 部分福利相關決定進行審核。
- 獨立審核組織中的審核人將仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。該組織將書面告知您他們的決定並說明作出該決定的原因。

第 2 級「快速」上訴的截止日期

- 如果您因健康問題而有需要，則可要求該獨立審查組織進行「快速上訴」。
- 如果審核組織同意為您進行「快速上訴」，則其必須在接到您的上訴請求後 **72 小時內**對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 如果該獨立審查組織認同了您的部分或全部請求，我們就必須在收到審查組織作出的決定後 **24 小時內**提供由該審查組織核准的藥品保險。

第 2 級「標準」上訴的截止日期

- 如果是關於您尚未收到的藥物，且您提起了第 2 級標準上訴，則審核組織必須在接到您的上訴請求後 **7 個日曆日內**對您的第 2 級上訴作出答覆。如果您申請

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

我們向您返還您已購買的藥物費用，審核組織必須在接到您的第 2 級上訴後的 14 個日曆日內答覆您。

- 如果獨立審核組織對您的部分或全部請求的回答為「是」——
 - 如果該獨立審核組織核准了您的保險請求，我們就必須在收到審核組織作出的決定後 **72 小時內**提供由該審核組織核准的藥品保險。
 - 如果該獨立審核組織核准了您已購買藥品的撥補請求，我們就必須在接到該審核組織作出的決定後 **30 個日曆日內**向您寄送該費用。

如果該審核組織拒絕了您的上訴會怎樣？

如果該組織拒絕了您的上訴，就意味著該組織同意了我們不予核准您的請求的決定。（這被稱為「維持原判」。亦稱為「駁回您的上訴」）。

如果獨立審查組織「堅持此決定」，您有權提出第 3 級上訴。但要提起第 3 級上訴，您所請求的藥品保險美元值必須符合特定最低限額。如果您正在請求的藥物保險美元值過低，則無法繼續上訴，同時，第 2 級的決定即為最終決定。您從獨立審核組織處得到的通知將告知您要繼續進行上訴程序爭議中必須涉及的美元數額。

步驟 3：如果您所請求的保險美元值符合要求，則可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有 5 個上訴等級）。
- 如果您的第 2 級上訴被拒，同時您又符合繼續上訴的要求，則您必須決定是否希望進入第 3 個等級進行第三次上訴。如果您決定提起第三次上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您進行第二次上訴後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法官或代理審判員。本章中的第 10 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 8 部分 如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保

住院後，您將有權獲得診斷及治療您的疾病或損傷所需的所有承保醫院服務。有關我們為您提供的住院治療保險的更多資訊（包括所有針對該保險的限制），請參見本手冊的第 4 章。《醫療福利表》（承保項目）。

在承保的您住院期間，您的醫生和醫務人員將配合您為您的出院之日做準備。他們還將協助安排您出院後可能需要的保健服務。

- 您離開醫院的日期稱為「**出院日期**」。
- 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員將通知您。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 如果您認為您過早被要求離開醫院，您可請求更長的住院時間，您的請求也將得到考慮。本部分將向您闡述如何提出請求。

第 8.1 節 住院治療期間，您將得到 Medicare 傳送的書面通知說明您的相關權利

住院期間，您將收到名為來自 *Medicare* 的有關您權利的重要訊息的書面通知。參與 Medicare 的每個人都將在住院的時候得到一份這樣的書面通知。醫院工作人員（例如：個案工作者或護士）必須在您入院兩天時間內將其交付給您。如果您未得到此通知，請向任意醫務人員索取。如果您需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

1. 請認真閱讀此通知，如有不理解之處，敬請提出問題。該通知向您闡述了您作為住院病患的權利，其中包括：
 - 您有權在住院期間及出院以後，遵照醫囑得到 Medicare 承保的服務。其中包括有權知曉這些服務是什麼、誰將支付這些服務費，以及您可從何處得到這些服務。
 - 您有權參與關於您的住院情況的決定並瞭解誰將支付這部分費用
 - 向何處舉報您的住院治療服務品質相關問題
 - 如果您認為自己過早被要求出院，您有權對您得到的出院決定進行上訴。

法律術語

來自 Medicare 的書面通知將向您闡述您怎樣能夠「申請立即審核」。請求立即覆核是一種要求延遲出院日期的正式法律途徑，藉此，我們便可以為您承保更長時間的醫院治療服務。（下面的第 8.2 節內容向您闡述了請求立即覆核的方法。）

2. 您必須簽署書面通知表明您已獲得並瞭解了您的權利。
 - 您或代表您的他人必須簽署該通知。（本章的第 5 部分闡述了您可如何向他人授予書面許可令其作為您的代表。）
 - 簽署該通知僅表明您已得到有關您權利的資訊。該通知並未規定您的出院日期（您的醫生或醫務人員將告知您出院日期）。簽署該通知並不意味著您認同該出院日期。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

3. 請儲存好您已簽署的通知副本，以便在需要時可就近獲得關於進行上訴（或舉報護理服務品質相關問題）的資訊。
 - 如果您在離開醫院前 2 天以上時間簽署了該通知，則您將在規定出院前再得到一份副本。
 - 要提前查看此通知副本，您可致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。您也可瀏覽以下網站：
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices 線上查閱

第 8.2 節 步驟：如何進行第 1 級上訴，以變更您的出院日期

如果您希望要求我們承保更長時間的住院服務，就需要使用上訴程序提出此要求。提起上訴前，請先瞭解必要事項及時限。

- **遵循程序。**下文說明了前兩個等級上訴程序中的各個步驟。
- **遵守時限。**時限是最重要的關鍵。請確保您瞭解並遵循適用於您必須去做的事情的截止日期。
- 若有需要請尋求協助。如您有疑問或隨時需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。或致電您的 **State Health Insurance Assistance Program**（提供個人化援助的政府組織）（請參見本章第 2 部分）。

在第 1 級上訴過程中，品質改善組織將對您的上訴進行覆核。其將核查您的規定出院日期是否在醫學上適用於您。

步驟 1：聯絡您所在州的品質改善組織，並要求對您的出院情況進行「快速審核」。您必須迅速行動。

「快速覆核」又稱為「立即覆核」。

什麼是品質改善組織？

- 該組織是一個由 **Federal Government** 支付薪酬的醫生及其他醫療保健專業人士團隊。這些專家與本計劃並無關聯。該組織由 **Medicare** 支付薪酬，以核查並改善使用 **Medicare** 的人士獲得的護理品質。其中包括對 **Medicare** 計劃參與者的出院日期進行覆核。

您該如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知（來自 **Medicare** 的有關您權利的重要訊息）將向您說明該如何聯絡該組織。（或者在本手冊第 2 章的第 4 部分中尋找您所在州品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。）

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

迅速行動：

- 要進行上訴，您必須在離開醫院且不遲於規定出院日期前聯絡品質改善組織。（您的「規定出院日期」是已為您設定的離開醫院的日期。）
 - 如果您的時間符合此截止日期，則您將可在出院日期後繼續住在醫院裡（*無需付費*），等待品質改善組織為您作出上訴決定。
 - 如果您的時間不符合此截止日期，但您決定在規定出院日期後繼續住在醫院裡，則您將可能需要為您規定出院日期後得到的住院治療服務支付所有費用。
- 如果您錯過了就您的上訴問題聯絡品質改善組織的截止日期，則可直接向本計劃提起上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參見第 8.4 節。

要求進行「快速覆核」：

- 您必須要求品質改善組織「快速審核」您的出院時間。要求進行「快速審核」意味著您要求該組織採用上訴的「快速」截止日期而非標準截止日期。

法律術語
「快速審核」又稱「立即審核」或者「加急審核」。

步驟 2：品質改善組織對您的個案進行獨立覆核。

在此覆核期間將發生什麼？

- 品質改善組織的保健專業人士（我們將其簡稱為「審核人」）將向您詢問（或您的代表）您為什麼認為我們應繼續對該服務進行承保。您不必準備任何書面材料，不過若您願意亦可準備。
- 審核人還將查閱您的醫療資訊、與您的醫生交談，並對醫院和我們已提交的資訊進行覆核。
- 截止到審核人向本計劃告知您的上訴後當日正午，您還將得到一份書面通知，向您說明您的規定出院日期並詳細解釋您的醫生、醫院以及我們認為您應該在該日期出院（醫學上是適合的）的原因。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

法律術語

這份書面說明叫作「**詳細出院通知**」。您可致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）或 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 獲得此通知的樣本，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。（聽力障礙電傳使用者應致電 **1-877-486-2048**。）或者您可以線上查看樣本通知：
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices

步驟 3：在得到所有必要資訊後一整日時間內，品質改善組織將對您的上訴作出答覆。

如果答覆為「是」將會如何？

- 如果該審查組織認同了您的上訴，我們就必須繼續向您提供承保住院服務，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。
- 您將需要繼續支付您的分攤費用，例如：自負額或自付費用（如適用）。此外，還存在針對您的承保住院服務的限制。（請參見本手冊第 4 章。）

如果答覆為「否」將會如何？

- 如果審查組織拒絕了您的上訴，也就是說您的規定出院日期在醫療上是合適的。如果出現了這種情況，我們為您的住院服務提供的保險將終止於品質改善組織針對您的上訴作出答覆後的當日正午。
- 如果審查組織拒絕了您的上訴，但您決定繼續留在醫院裡，那麼您就需要為品質改善組織針對您的上訴作出答覆後當日正午以後得到的住院治療服務支付全額費用。

步驟 4：如果針對您第 1 級上訴的答覆為「否」，您將決定是否希望提起另一輪上訴。

- 如果品質改善組織拒絕了您的上訴，同時，您在規定出院日期之後繼續留在醫院內，那麼您就可以提起另一輪上訴。提起另一輪上訴意味著您正在進入上訴程序的「第 2 級」。

第 8.3 節

步驟：如何進行第 2 級上訴，以變更您的出院日期

若品質改善組織駁回您的上訴，而您在計劃出院日後繼續住院，則您可提起第 2 級上訴。在第 2 級上訴過程中，您可要求品質改善組織再次審查其對您的首次上訴作出的決定。若品質改善組織駁回您的第 2 級上訴，您可能必須支付您計劃出院日後住院的全部費用。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

以下為第 2 級上訴程序的步驟：

步驟 1：您再次聯絡品質改善組織，要求其再次進行覆核。

- 您必須在自品質改善組織拒絕您的第 1 級上訴之日後 **60 個日曆日**內要求進行覆核。僅在您在該護理承保終止之日後繼續住院的情況下，您可提起此項審核。

步驟 2：品質改善組織再次對您的情況進行審核。

- 品質改善組織審核人將仔細閱讀與您上訴相關的資訊資料。

步驟 3：在收到您關於進行第二次審核的申訴後 **14 個日曆日**內，品質改善組織的審核人將針對您的上訴作出決定，並將其決定通知您。

如果審查組織的答覆為「是」：

- 我們必須為您撥補您自品質改善組織拒絕您的首次上訴之日正午以後得到的住院治療服務費用中我們的分攤費用。我們必須繼續為您的住院治療提供保險，只要這些服務仍然是醫療必需服務。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。

如果審查組織的答覆為「否」：

- 這就意味著他們認同自己對您的第 1 級上訴作出的決定，並不予變更。
- 您得到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續該審核程序該怎麼辦。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由行政法官或代理審判員處理。

步驟 4：如果答覆為「否」，您將需要決定是否希望透過進入第 3 級上訴而繼續推進您的上訴程序。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有 5 個上訴等級）。如果審核組織拒絕了您的第 2 級上訴，您可選擇是接受該決定，還是進入第 3 級從而提起另一輪上訴。第 3 級上訴交由行政法官或代理審判員進行審核。
- 本章中的第 10 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 8.4 節 如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？

您可以轉而向我們提起上訴

如以上第 8.2 節所述，您必須迅速聯絡品質改善組織，以開啟您的第一次出院上訴。

（「迅速」意味著在您離開醫院前但不遲於規定出院日期時。）如果您錯過了聯絡該組織的截止日期，還有另一種方式可以進行上訴。

如果您使用另一種上訴方式，則前兩個上訴等級將有不同。

步驟：如何進行第 1 級替代性上訴

如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，則可向我們提起上訴，要求我們進行「快速覆核」。快速審核即使用快速時限而非標準時限的上訴。

法律術語

「快速」審核（或「快速上訴」）也稱為「加急上訴」。

步驟 1：聯絡我們並要求我們進行「快速覆核」。

- 有關如何聯絡我們的詳細資訊，請參見第 2 章中的第 1 部分，然後尋找標題為以下內容的小節：*您對醫療保險決定提起上訴時如何聯絡我們*。
- 請務必要求我們進行「快速覆核」。這意味著您是在要求我們採用「快速」截止日期而非「標準」截止日期為您提供答覆。

步驟 2：我們針對您的規定出院日期進行「快速覆核」，核查該日期是否具有醫學恰當性。

- 在審核期間，我們將閱讀您住院相關的所有資訊資料。我們將核查您的規定出院日期是否具有醫學恰當性。我們將核查有關您應何時離開醫院的決定是否公平以及是否遵守了所有的規則。
- 在這種情況下，我們將採用「快速」截止日期，而非標準截止日期，為您提供這次審核的答覆。

步驟 3：我們將在您要求我們進行「快速審核」（「快速上訴」）之後 72 小時內為您作出答覆。

- 如果我們認同了您的快速上訴，就意味著我們已同意您在出院日期之後仍需要住在醫院裡，並繼續為您提供承保住院服務，直到這些服務時長滿足醫療必要

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

性為止。這還意味著我們已同意對自我們表示您的保險已終止之日後您得到的護理服務費用中我們的分攤費用進行償付。（您必須支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。）

- 如果我們拒絕了您的快速上訴，也就是我們認為您的計劃出院日期具有醫療適應性。我們為您提供的住院服務保險終止於我們宣佈保險終止的當天。
 - 如果您在您的規定出院日期後繼續住在醫院裡，那麼您或許需要全額支付您在規定出院日期後得到的住院治療服務。

步驟 4：如果本計劃拒絕了您的快速上訴，您的個案將被自動送入下一級上訴程序。

- 為確保我們在拒絕您的快速上訴時遵守所有規則，我們將按要求將您的上訴傳送至「行政聽證辦公室」。我們這樣做也就意味著您將自動進入第 2 級上訴程序。
 -

步驟：第 2 級替代上訴程序

如果本計劃拒絕了您的第 1 級上訴，您的個案將被自動送入下一級上訴程序。在第 2 級上訴過程中，獨立審查組織（即「行政聽證辦公室」(OAH)）將對我們拒絕您的「快速上訴」時作出的決定進行覆核。該組織決定是否變更我們的決定。

步驟 1：我們將自動將您的案例呈遞至行政聽證辦公室。

- 我們將按照要求，在我們通知您我們已拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，把您的第 2 級上訴資訊送至行政聽證辦公室。（如果您認為我們未能按照此截止日期或其他截止日期行事，您可進行投訴。投訴程序不同於上訴程序。本章第 11 部分說明了如何進行投訴。）

步驟 2：行政聽證辦公室將對您的上訴進行「快速覆核」。審核人在 72 小時內給您答覆。

- 行政聽證辦公室是由 Medicare 雇用的獨立組織。該組織與我們的計劃並無關聯。該組織是 Medicare 和 Medicaid 選取以處理獨立審查組織所承擔的職責的組織。Medicare 和 Medicaid 負責對其工作進行監督。
- 行政聽證辦公室中的審核人將仔細審查與您針對出院情況提起的上訴相關的所有資訊。
- 如果此組織認可了您的上訴，我們就必須對您自規定出院日期後得到的住院治療服務費用中我們的分攤費用進行撥補（對您進行償付）。我們還必須繼續為您的住院治療服務提供本計劃的保險，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

您必須支付您的分攤費用。如果存在保險限制，其將可能限制我們為您撥補的金額，或者我們將繼續對您的服務進行承保的日期。

- 如果該組織拒絕了您的上訴，也就意味著他們同意了我們關於您的規定出院日期具有醫學恰當性的決定。
 - 您從獨立審核組織處得到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續該審核程序該怎麼辦。它將向您詳細講述如何進行第 3 級上訴。第 3 級上訴由醫療保險上訴委員會負責處理。

步驟 3：如果行政聽證辦公室拒絕了您的上訴，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有兩個上訴程序（共有四個上訴等級）。如果審核人拒絕了您的第 2 級上訴，您可決定是接受他們的決定，還是進入第 3 級從而提起另一輪上訴。
- 本章中的第 10 節闡述了有關第 3、4 級上訴程序的更多內容。

第 9 部分 如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保

第 9.1 節 本節僅涉及三種服務： 家庭保健、專業康復設施保健以及綜合門診復健機構(CORF)服務

本節僅涉及以下幾種類型的護理：

- 您正得到的**家庭保健服務**
- 您作為專業康復設施的病患得到的**專業康復設施保健服務**。（要瞭解「專業康復設施」認定要求，請參見第 12 章，*重要詞匯定義*。）
- 您作為門診病患在 Medicare 認可的綜合門診復健機構(CORF)得到的**復健護理服務**。這通常表示您在接受疾病或事故治療，或在大手術後進行復原。（有關此類設施的更多資訊，請參見第 12 章，*重要詞匯定義*。）

您得到這些類型的任意護理服務後，有權繼續得到該護理類型的承保服務，直到診斷和治療您的疾病或損傷不再需要該護理服務為止。有關您的承保服務的更多資訊（包括您的分攤費用以及可能適用的所有保險限制條件），請參見本手冊的第 4 章：《醫療福利表》（承保項目）。

我們決定應停止為您承保這三種類型的護理服務中任意一類服務後，應按要求提前通知您。一旦您護理承保終止，我們將停止為您支付保健費用。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

如果您認為我們過早結束您的護理承保，您可就我們的決定提起上訴。本節將向您闡述如何進行上訴。

第 9.2 節 您的保險將被終止時，我們會提前通知您

1. 您收到書面通知。至少在本計劃將要終止承保您的護理服務兩天前，您將會收到通知。
 - 該書面通知將告知您我們停止為您提供護理服務保險的日期。
 - 該書面通知還將告知您，如果您希望要求本計劃變更有關何時終止您的護理服務並提供更長時間保險的決定，您該怎麼辦。

法律術語

透過告訴您該做什麼，該書面通知也是在告訴您該如何提請「快速通道上訴」。提請快速通道上訴是一種要求對我們就何時停止您的護理服務作出的保險決定進行變更的正式法律途徑。（以下第 9.3 節內容向您闡述了提請快速通道上訴的方法。）

該書面通知名為「**Medicare 不承保通知**」。要獲得樣本，您可致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048）。或者瀏覽網站 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>，線上參閱副本

2. 您必須簽署書面通知表明您已接到該通知。
 - 您或代表您的他人必須簽署該通知。（第 5 部分闡述了您可如何向他人授予書面許可令其作為您的代表。）
 - 簽署該通知僅表明您已得到有關您的保險將於何時終止的資訊。簽署該通知不表示您認同本計劃對於應該停止獲得護理服務的決定。

第 9.3 節 步驟：如何進行第 1 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險

如果您希望要求我們提供更長時間的護理服務保險，就需要使用該上訴程序提出此要求。提起上訴前，請先瞭解必要事項及時限。

- **遵循程序。**下文說明了前兩個等級上訴程序中的各個步驟。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- **遵守時限。**時限是最重要的關鍵。請確保您瞭解並遵循適用於您必須去做的事情的截止日期。同時還存在本計劃必須遵守的截止日期。（如果您認為我們未能按照此截止日期行事，您可進行投訴。本章第 11 節說明了如何進行投訴。）
- 若有需要請尋求協助。如您有疑問或隨時需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。或致電您的 **State Health Insurance Assistance Program**（提供個人化援助的政府組織）（請參見本章第 2 部分）。

在第 1 級上訴過程中，品質改善組織將對您的上訴進行覆核，並決定是否變更本計劃作出的決定。

步驟 1：進行第 1 級上訴：聯絡您所在州的品質改善組織並要求其進行審核。您必須迅速行動。

什麼是品質改善組織？

- 該組織是一個由 **Federal Government** 支付薪酬的醫生及其他醫療保健專業人士團隊。這些專家與本計劃並無關聯。他們將核查 **Medicare** 參與者所得到的護理服務品質，並對有關將於何時停止承保特定類型醫療保健服務的計劃決定進行覆核。

您該如何聯絡該組織？

- 您得到的書面通知將向您闡述該如何聯絡該組織。（您也可在本手冊第 2 章第 4 節中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。）

您應提出什麼要求？

- 詢問受理「快速通道上訴」（進行獨立覆核）的組織終止您的醫療服務保險在醫學上對我們是否恰當。

您聯絡該組織的截止日期。

- 您必須聯絡品質改善組織，以在不遲於接到告知您將於何時停止為您提供護理保險的書面通知後當日正午，開始您的上訴。
- 如果您錯過了就您的上訴問題聯絡品質改善組織的截止日期，則可直接向我們提起上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參見第 9.5 節。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

步驟 2：品質改善組織對您的個案進行獨立覆核。

在此覆核期間將發生什麼？

- 品質改善組織的保健專業人士（我們將其簡稱為「審核人」）將向您詢問（或您的代表）您為什麼認為我們應繼續對該服務進行承保。您不必準備任何書面材料，不過若您願意亦可準備。
- 審查組織還將查閱您的醫療資訊、與您的醫生交談，並對本計劃已提交的資訊進行覆核。
- 截止到當日末，審核人將告知我們您的上訴，同時，您也將得到我們寄送給您的書面通知，詳細闡述我們終止對您的服務進行承保的原因。

法律術語

這份說明叫作「不承保詳細說明」。

步驟 3：他們得到需要的所有資訊後一整日內，審核人將告知您他們的決定。

如果審核人認同了您的上訴會怎樣？

- 如果審核人認同了您的上訴，我們就必須繼續向您提供承保服務，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。
- 您將需要繼續支付您的分攤費用，例如：自負額或自付費用（如適用）。此外，可能存在針對您的承保服務的限制（請參見本手冊第 4 章）。

如果審核人拒絕了您的上訴會怎樣？

- 如果審核人拒絕了您的上訴，您的保險將於我們已通知您的日期終止。我們將在通知上所列的日期終止支付就該護理應承擔的費用。
- 如果您決定在您的保險終止日期之後繼續獲得家庭保健服務，或專業康復設施護理服務或綜合門診復健機構(CORF)服務，您將需要自行支付該護理服務的全額費用。

步驟 4：如果針對您第 1 級上訴的答覆為「否」，您將決定是否希望提起另一輪上訴。

- 您進行的第一次上訴就是上訴程序的「第 1 級」。如果審核人拒絕了您的第 1 級上訴——而您選擇在您的護理服務保險終止後繼續獲得護理服務——您就可以提起另一輪上訴。
- 提起另一輪上訴意味著您正在進入上訴程序的「第 2 級」。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 9.4 節 步驟：如何進行第 2 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險

如果品質改善組織拒絕了您的上訴，同時，您選擇在您的護理服務保險終止後繼續獲得護理服務，那麼您就可以進行第 2 級上訴。在第 2 級上訴過程中，您可要求品質改善組織再次審查其對您的首次上訴作出的決定。如果品質改善組織拒絕了您的第 2 級上訴，您可能需要在我們通知您的保險終止日期後，支付您的家庭保健、或專業康復設施護理、或綜合門診復健機構(CORF)服務的全部費用。

以下為第 2 級上訴程序的步驟：

步驟 1：您再次聯絡品質改善組織，要求其再次進行覆核。

- 您必須在自品質改善組織拒絕您的第 1 級上訴之日後 **60 日內** 要求進行覆核。僅在您於此項護理承保結束後繼續接受護理的情況下，您可提起此項審核。

步驟 2：品質改善組織再次對您的情況進行審核。

- 品質改善組織審核人將仔細閱讀與您上訴相關的資訊資料。

步驟 3：在收到您上訴要求的 **14 日內**，審核人將針對您的上訴作出決定，並將其決定通知您。

如果該審查組織認同了您的上訴會怎樣？

- 我們必須為自我們表示您的保險已終止之日後您得到的護理服務費用中我們的分攤費用進行撥補。我們必須繼續為您的護理服務提供保險，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。

如果審查組織的答覆為「否」會怎樣？

- 這就意味著他們認同我們對您的第 1 級上訴作出的決定，並不予變更。
- 您得到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續該審核程序該怎麼辦。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由行政法官或代理審判員處理。

步驟 4：如果答覆為「否」，您將需要決定是否希望繼續上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴等級，共計有 5 個上訴等級。如果審核人拒絕了您的第 2 級上訴，您可選擇是接受該決定，還是進入第 3 級從而提起另一輪上訴。第 3 級上訴交由行政法官或代理審判員進行審核。
- 本章中的第 10 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 9.5 節 如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？

您可以轉而向我們提起上訴

如以上第 9.3 節所述，您必須迅速聯絡品質改善組織，以開啟您的第一次出院上訴（最多在一至兩天時間內）。如果您錯過了聯絡該組織的截止日期，還有另一種方式可以進行上訴。如果您使用另一種上訴方式，則前兩個上訴等級將有不同。

步驟：如何進行第 1 級替代性上訴

如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，則可向我們提起上訴，要求我們進行「快速覆核」。快速審核即使用快速時限而非標準時限的上訴。

以下為第 1 級替代性上訴的步驟：

法律術語

「快速」審核（或「快速上訴」）也稱為「加急上訴」。

步驟 1：聯絡我們並要求我們進行「快速覆核」。

- 有關我們的詳細聯絡資訊，請查閱第 2 章第 1 節，並尋找名為「您對醫療保險決定提起上訴時如何聯絡我們」一節。
- 請務必要求我們進行「快速覆核」。這意味著您是在要求我們採用「快速」截止日期而非「標準」截止日期為您提供答覆。

步驟 2：我們「快速」覆核已作出的關於何時終止為您提供服務保險的決定。

- 在進行覆核期間，我們將再次檢查您所有的護理服務相關資訊。我們核查在設定終止本計劃為您得到的服務提供保險的日期時我們是否遵守了所有規則。
- 我們將採用「快速」截止日期，而非標準截止日期，為您提供這次審核的答覆。

步驟 3：我們將在您要求我們進行「快速審核」（「快速上訴」）之後 72 小時內為您作出答覆。

- 如果我們認同了您的快速上訴，就意味著我們已同意您需要更長時間的服務，並繼續為您提供承保服務，只要這些服務仍然是醫療必要服務。這還意味著我們已同意對自我表示您的保險已終止之日後您得到的護理服務費用中我們的

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

分攤費用進行償付。（您必須支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。）

- 如果我們拒絕了您的快速上訴，則您的保險將於我們已通知您的日期終止，同時，此日期後，我們將不再支付任何分攤費用。
- 如果您在我們通知您保險將終止的日期之後繼續獲得家庭保健服務，或專業康復設施護理服務或綜合門診復健機構(CORF)服務，您將需要自行支付該護理服務的全額費用。

步驟 4：如果本計劃拒絕了您的快速上訴，您的個案將自動進入下一級上訴程序。

- 為確保我們在拒絕您的快速上訴時遵守了所有規則，我們將按要求將您的上訴送至「獨立審查組織」。我們這樣做也就意味著您將自動進入第 2 級上訴程序。

步驟：第 2 級替代上訴程序

如果本計劃拒絕了您的第 1 級上訴，您的個案將被自動送入下一級上訴程序。在第 2 級上訴過程中，行政聽證辦公室將對我們拒絕您的「快速上訴」時作出的決定進行覆核。該組織決定是否變更我們的決定。

步驟 1：我們將自動將您的案例呈遞至行政聽證辦公室。

- 我們將按照要求，在我們通知您我們已拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，把您的第 2 級上訴資訊送至行政聽證辦公室。（如果您認為我們未能按照此截止日期或其他截止日期行事，您可進行投訴。投訴程序不同於上訴程序。本章第 11 部分說明了如何進行投訴。）

步驟 2：行政聽證辦公室將對您的上訴進行「快速覆核」。審核人在 72 小時內給您答覆。

- 行政聽證辦公室是由 Medicare 或 Medicaid 雇用的獨立組織。該組織與我們的計劃並無關聯。該組織是 Medicare 和 Medicaid 選取以處理獨立審查組織所承擔的職責的公司。Medicare 和 Medicaid 負責對其工作進行監督。
- 行政聽證辦公室中的審核人將仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。
- 如果此組織認可了您的上訴，我們就必須對您自我們的通知保險終止日期後得到的護理服務費用中我們的分攤費用進行撥補（對您進行償付）。我們還必須繼續為您的護理服務提供保險，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。您必須支付您的分攤費用。如果存在保險限制，其將可能限制我們為您撥補的金額，或者我們將繼續對您的服務進行承保的日期。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

- 如果該組織拒絕了您的上訴，就意味著他們認同了本計劃針對您的第一次上訴作出的決定，並將不予變更。
 - 您從行政聽證辦公室處得到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續該覆核程序該怎麼辦。其將為您提供有關如何進入第 3 級上訴的詳細內容。

步驟 3：如果行政聽證辦公室拒絕了您的上訴，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有兩個上訴等級，共計有四個上訴等級。如果審核人拒絕了您的第 2 級上訴，您可選擇是接受該決定，還是進入第 3 級從而提起另一輪上訴。第 3 級上訴交由 Medicare 上訴委員會的行政法官或代理審判員進行審核。
- 本章中的第 10 節闡述了有關第 3、4 級上訴程序的更多內容。

第 10 部分 將您的上訴推進到第 3 級以及更高等級

第 10.1 節 第 3、4 級醫療服務上訴

如果您提起了第 1 級上訴以及第 2 級上訴，並且兩次上訴均被拒絕了，那麼本節內容可能就適用於您。您收到來自行政聽證辦公室(OAH)的信件將向您說明，如果您希望繼續審核程序該如何處理。

第 3 級上訴程序由醫療保險上訴委員會審核。此後，您可能有權要求聯邦法院受理您的上訴。

如果您在上訴過程的任何一階段中需要協助，您可連絡獨立消費者宣傳網絡（ICAN）。其號碼為 1-844-614-8800。

第 10.2 節 第 3、4、5 級 D 部分藥品上訴

如果您提起了第 1 級上訴以及第 2 級上訴，並且兩次上訴均被拒絕了，那麼本節內容可能就適用於您。

如果您已提請上訴的藥品的價值達到了特定美元金額，您就可以進行下一級上訴。如果該美元金額低於此水準，您將不能再繼續上訴。您收到的第 2 級上訴書面答覆中將說明該聯絡誰以及做些什麼來提起第 3 級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況而言，上訴的以上三個等級程序基本相同。以下為各級上訴過程中負責處理您的上訴審核情況的人員。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 3 級上訴： 在 **Federal government** 工作的法官（稱為行政法官）或代理審判員將對您的上訴進行審核並為您作出答覆。

- 如果答覆為「是」，則上訴程序就此結束。您的上訴請求已被核准。收到此決定後，我們必須在 **72 小時**（如果是加急上訴則為 **24 小時**）內向您**授權或提供**行政法官或代理審判員已核准的**藥物保險**，或在**不遲於 30 個日曆日**的時間內進行支付。
- 如果答覆為「否」，則上訴程序將**可能就此結束或可能並未償束**。
 - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
 - 如果您不希望接受此決定，您可以繼續進行下一級審核程序。如果行政法官或代理審判員拒絕了您的上訴，您得到的通知中將告訴您，如果您選擇繼續上訴，接下來該怎麼做。

第 4 級上訴： **Medicare 上訴委員會**（委員會）將對您的上訴進行審核，並為您作出答覆。委員會為 **Federal Government** 工作。

- 如果答覆為「是」，則上訴程序就此結束。您的上訴請求已被核准。收到此決定後，我們必須在 **72 小時**（如果是加急上訴則為 **24 小時**）內向您**授權或提供**委員會已核准的**藥物保險**，或在**不遲於 30 個日曆日**的時間內進行支付。
- 如果答覆為「否」，則上訴程序將**可能就此結束或可能並未償束**。
 - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
 - 如果您不希望接受此決定，您或許可以繼續進行下一級審核程序。如果委員會拒絕了您的上訴或駁回了您的上訴審核請求，您收到的通知將告訴您，根據規則，您是否能夠進行**第 5 級上訴**。如果規則允許，則該書面通知將告訴您，如果您選擇繼續進行上訴該聯絡誰以及接下來該做什麼。

第 5 級上訴 聯邦地方法院的法官將對您的上訴進行審核。

- 這是該上訴程序的最後一步。

第 11 部分 怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題



如果您的問題涉及福利、保險或支付相關決定，那麼本部分將**不適用於您**。您需要使用針對保險決定和上訴的程序。請參見本章的第 5 部分。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

第 11.1 節 投訴程序處理什麼類型的問題？

本節將說明如何使用投訴程序。投訴程序僅用於處理特定類型的問題。其中包括涉及護理服務品質、等待時間以及您所得到的客戶服務情況的問題。以下為幾種由投訴程序處理的問題類型範例。

如果您有任何下列類型的問題，您都可以「進行投訴」

投訴	範例
您的醫療保健服務品質	<ul style="list-style-type: none"> 您是否對您所得到的護理服務（包括您在醫院得到的護理服務）不滿意？
對您隱私的尊重	<ul style="list-style-type: none"> 您是否認為有人並未尊重您的隱私權，或分享了您認為應保密的有關於您的資訊？
不尊重、客戶服務品質差，或其他消極行為	<ul style="list-style-type: none"> 是否有人對您態度粗暴或不夠尊重？ 您是否對會員服務部對待您的方式不滿意？ 您是否感到自己正被鼓勵結束該計劃？
等待時間	<ul style="list-style-type: none"> 您在預約時是否遇到了麻煩，或者您等待預約的時間是否過長？ 是否曾有醫生、藥房或其他保健專業人士令您等待過長的時間？或者我們的會員服務部或本計劃其他工作人員是否曾令您等待過長的時間？ <ul style="list-style-type: none"> 這種情況的範例包括：在電話線上、候診室、開處方時或在檢查室中等待時間過長。
清潔度	<ul style="list-style-type: none"> 您是否對某個診所、醫院或醫生辦公室的清潔度或衛生狀況感到不滿？
您從我們這裡得到的資訊	<ul style="list-style-type: none"> 您是否認為我們並沒有向您提供按照要求應提供的資訊？ 您是否認為我們給您的書面資訊難於理解？

第 9 章 發生問題或投訴時 (保險決定、上訴、投訴) 的處理方法

投訴	範例
<p>時效性 (這類投訴均涉及我們的保險決定及上訴相關行為的時效性)</p>	<p>本章第 4-10 部分已對要求得到保險決定以及提起上訴的程序進行了說明。如果您要得到決定或提起上訴，則請使用相應的程序，而非投訴程序。</p> <p>但是，如果您已要求我們提供保險決定或提起了上訴，同時認為我們回應得不夠迅速，那麼您也可就我們的懈怠問題進行投訴。以下為範例：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果您已要求我們為您提供「快速保險決定」或已提起了「快速上訴」，而我們已表示不予執行，則您可進行投訴。 • 如果您認為我們未能在截止日期前為您提供保險決定或對您已提出的上訴提供答覆，則您可進行投訴。 • 我們作出的保險決定被審核，同時，我們已被通知必須為您承保或償付特定的醫療服務或藥品費用，則將存在適用的截止日期。如果您認為我們未能按照此截止日期行事，您可進行投訴。 • 當我們未能及時為您提供決定時，我們應按照要求將您的個案提交給政聽證辦公室。如果我們未能在截止日期前這樣做，您可進行投訴。

第 11.2 節 「進行投訴」的正式名稱為「提起申訴」

法律術語

- 本節所稱的「投訴」也稱為「申訴」。
- 「進行投訴」的另一種術語表達即為「提起申訴」。
- 「使用投訴程序」的另一種表達方式就是「使用提起申訴的程序」。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法**第 11.3 節 步驟：投訴**

步驟 1：透過電話或信件，立即聯絡我們。

- 通常，致電會員服務部是第一個步驟。如果您還需要做些其他事情，會員服務部將通知您。致電會員服務部：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711），該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
- 如果您不希望致電（或者您已致電，但結果並不盡如人意），也可將您的投訴內容寫在信件中，然後寄送給我們。如果您將投訴內容寫入信中，我們將以書面形式給您作出回應。
- 您也可以將書面投訴寄往第 2 章第 1 節（當您對您的醫療保健進行上訴時該如何聯絡我們）中列出的地址。
- 不論致電還是寫信，您都應立即聯絡會員服務部。您可以在發現想要投訴的問題之後隨時進行投訴。
- 如果您由於我們拒絕了您的「快速保險決定」或「快速上訴」請求而進行投訴，則我們將自動為您辦理「快速」投訴。如果您提起了「快速投訴」，也就意味著我們將在 24 小時內給您答覆。

法律術語

本節所稱的「快速投訴」也稱為「加急申訴」。

步驟 2：我們對您的投訴進行調查，並為您作出答覆。

- 如有可能，我們將立刻給您答覆。如果您致電我們進行投訴，我們將可能回撥同樣的電話號碼給您答覆。若您的狀況有此要求，我們將快速給予答覆。
- 大部分投訴將在 30 個日曆日內得到答覆。如果我們需要更多資訊，同時，延期可令您得到最佳利益；或者如果您要求得到更多時間，我們將最多再用 14 個日曆日（共計為 44 個日曆日）來答覆您的投訴。如果我們決定再多花幾天時間，我們將書面告知您。
- 如果我們不認同您的部分或全部投訴內容，或者對您所投訴的問題不承擔責任，我們將通知您。我們的回覆中將包括作出此答覆的理由。不論是否認同您的投訴，我們都必須提供回覆。

第 11.4 節 您也可對品質改善組織的護理服務品質進行投訴

您可以透過上述步驟對我們提供的護理服務品質進行投訴。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

對護理服務品質進行投訴時，您還有兩個額外的選項：

- 您可以向品質改善組織進行投訴。如果您願意，可以直接向該組織投訴您所得到的護理服務品質（無需向我們投訴）。
 - 品質改善組織是由職業醫師和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受 Federal Government 發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 病患提供的護理服務。
 - 您可在本手冊第 2 章的第 4 部分中尋找到您所在州品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。如果您向該組織進行投訴，我們將與其合作解決您的投訴問題。
- 或者，您也可同時向該組織和我們進行投訴。如果您願意，您也可就護理服務品質問題向我們以及品質改善組織提起投訴。

第 11.5 節 您也可向 Medicare 提起投訴

您可直接向 Medicare 提交有關 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)的投訴。要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽

<https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。Medicare 會嚴肅對待您的投訴，並利用這些投訴資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。

如果您還有任何其他反饋或疑慮，或者您認為本計劃並未解決您的問題，敬請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳/TDD 使用者可致電 1-877-486-2048。

第 11.6 節 僅限 Medicaid 的外部上訴

您或您的醫生可僅就 Medicaid 承保福利要求外部上訴。

如果我們的計劃因以下原因拒絕您和您的醫生申請的醫療服務，您可以要求紐約州進行獨立外部上訴：

- 不具有醫療必要性或
- 處於試驗性或研究階段或者
- 與計劃網絡內的保健服務無差別或者
- 由擁有滿足您需求的相關訓練和經驗的加盟服務提供者提供。

第 9 章 發生問題或投訴時（保險決定、上訴、投訴）的處理方法

這稱為外部上訴，因為做出決定的審核人不為本醫療保險或本州工作。這些審核人員都是經紐約州核准的合格人員。服務必須屬於計劃的福利範圍，否則就屬於一種實驗性治療。您不必支付州外上訴費用。

在向州政府提出上訴之前：

- 您必須向計劃提出第 1 級上訴，並得到該計劃的「最終不利裁決」；**或者**
- 如果您沒有得到服務並且要求快速上訴，則您可以同時要求加急外部上訴。（您的醫生必須表示加急上訴是必要的）；**或者**
- 您和本計劃也可以商定越過本計劃的上訴程序直接提出外部上訴；**或者**
- 您可以證明計劃在處理您的第 1 級上訴時沒有正確遵守規定。

您收到計劃的最終不利裁決後，您有 **4 個月** 的時間提出外部上訴。如果您和本計劃商定越過本計劃的上訴程序，您必須在達成協議後的 **4 個月** 內提出外部上訴。

要提起外部上訴，請填寫一份申請表並寄交金融服務部。

- 如果您提出上訴時需要幫助，您可致電我們的每週 7 天，每天 24 小時開放的求助熱線：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。
- 您和您的醫生必須提供有關您病情的資料。
- 外部上訴申請指明需要哪些資料。

申請表可透過下列方式索取：

- 致電金融服務部：1-800-400-8882
- 瀏覽金融服務部的網站：www.dfs.ny.gov。
- 聯絡醫療保險：1-866-986-0356，聽力障礙電傳：711

審核人不超過 30 天就會對外部上訴作出決定。如果外部上訴審核人要求更多資訊，可能需要更多時間（最多五個工作日）。審核人會在作出決定後的兩日內，將最終決定告知您和本計劃。

如果您的醫生表示拖延將會給您的健康造成嚴重傷害，您可以得到更迅速的裁決。這稱為**加急外部上訴**。外部上訴審查人員不超過 72 小時就會對加急上訴做出決定。審查員將會即刻透過電話或傳真將決定通知您和本計劃。之後，審核人還將向您寄信告知所作的決定。

上訴期間，您或您的委託人也可以隨時致電 1-866-712-7197，就我們的審查時間向紐約州衛生局提出投訴。

第 9 章 發生問題或投訴時 (保險決定、上訴、投訴) 的處理方法

第 10 章

終止您的會員資格

第 10 章. 終止您的會員資格**第 10 章. 終止您的會員資格**

第 1 部分	簡介	208
第 1.1 節	本章將重點闡述終止您的計劃會員資格的問題	208
第 2 部分	您的計劃會員資格終止時間	208
第 2.1 節	您可因參保 Medicare 和 Medicaid 而終止您的會員資格	208
第 2.2 節	您可在年度參保期內終止會員資格	209
第 2.3 節	您可在 Medicare Advantage 開放參保期內終止會員資格	210
第 2.4 節	某些情況下，您可在特殊參保期內終止會員資格	210
第 2.5 節	您可於何處獲得有關會員資格終止時間的更多資訊？	211
第 3 部分	您將如何終止本計劃會員資格？	212
第 3.1 節	通常，您可透過加入其他計劃來終止您的會員資格	212
第 4 部分	會員資格終止前，您都必須透過本計劃獲得醫療服務和藥品	213
第 4.1 節	會員資格終止前，您仍是本計劃會員	213
第 5 部分	MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 在特定情況下必須終止您的 計劃會員資格	214
第 5.1 節	我們必須於何時終止您的計劃會員資格？	214
第 5.2 節	我們不能因任何與您的健康相關的問題要求您結束本計劃	215
第 5.3 節	如果我們終止了您在本計劃中的會員資格，您有權進行投訴	215

第 10 章. 終止您的會員資格

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 本章將重點闡述終止您的計劃會員資格的問題

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員資格的終止可以是自願的（您自己的選擇）或非自願的（不是您自己的選擇）：

- 您可以因自己*想要*結束計劃而離開本計劃。
 - 僅在一年之中的特定時段或特殊情況下，您可自願終止您的計劃會員資格。第 2 部分將闡述您可在何時終止保險計劃的會員資格。第 2 部分介紹您可參保的計劃類型，以及您參保的新保險何時開始。
 - 根據您選擇的新保險類型的不同，會員資格的自動終止程序也各不相同。第 3 部分將闡述在各種情況下您將*如何*終止保險計劃的會員資格。
- 另外，在某些特定情況下，您並非自行選擇結束計劃，而是我們按照要求終止您的會員資格。第 5 部分將闡述我們必須終止您的會員資格的情況。

如果您結束本計劃，就必須在會員資格終止前繼續透過本計劃獲得醫療保健服務。

第 2 部分 您的計劃會員資格終止時間

您僅可在一年中的特定時段（稱為參保期）終止您的計劃會員資格。在年度參保期以及年度 **Medicare Advantage** 開放參保期內，所有會員都有機會結束計劃。特定情況下，您也可於一年中的其他時段結束本計劃。

第 2.1 節 您可因參保 **Medicare** 和 **Medicaid** 而終止您的會員資格

大多數參保 **Medicare** 的人士僅可在一年的特定時間段終止會員資格。因為您已參保 **Medicaid**，您能夠終止您在我們計劃中的會員資格，或在以下每個特殊參保期內一次改換一個新的計劃：

- 一月到三月
- 四月到六月
- 七月到九月

如果您在上述一個時間期限內參保了我們的計劃，您必須等到下一個週期才可終止您的會員資格，或改換其他計劃。您無法使用該特殊參保期來終止十月至十二月期間的計劃會員資格。但是，所有參保 **Medicare** 的會員都可在年度參保期的 10 月 15 日至 12 月 7 日進行變更。第 2.2 節詳細講解您的年度參保期。

第 10 章. 終止您的會員資格

- **您可轉而參保哪些類型的計劃？**如果您決定改換為新的保險計劃，則可選擇以下任意 Medicare 計劃類型：
 - 另一項 Medicare 醫療保險。（您可以選擇一項處方藥承保計劃或者不承保處方藥的計劃。）
 - 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃
 - 如果您希望轉換為原 Medicare，並不想參加 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。

注意：如果您退出 Medicare 處方藥保險，並在連續 63 天或更長時間內沒有參保「可信的」處方藥保險，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能需要支付 D 部分延遲參保罰款。（「可信的」保險意味著預期平均將支付至少與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的保險。）

請聯絡您所在州的 Medicaid 辦公室，瞭解您的 Medicaid 計劃選擇（您可在本手冊第 2 章第 6 部分找到電話號碼。）
- **您的會員資格將於何時終止？**您的會員資格通常將於我們收到您轉換為原 Medicare 申請後下月第一天終止。您參保的新計劃也將從這一天開始。

第 2.2 節	您可在年度參保期內終止會員資格
----------------	------------------------

您可在年度參保期（又稱「年度開放參保期」）內終止您的會員資格。此時，您應審核您的健康與藥品保險，並作出來年的保險決定。

- **何時為年度參保期？**這段時間為 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- **在年度參保期內，您可轉換為哪種計劃類型？**您可以選擇來年繼續使用目前的保險或改換保險類型。如果您決定改換為新的保險計劃，則可選擇以下任意保險類型：
 - 另一項 Medicare 醫療保險。（您可以選擇一項處方藥承保計劃或者不承保處方藥的計劃。）
 - 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃
 - 或者 – 無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。
 - 如果您得到了可為您支付處方藥費用的 Medicare 「Extra Help」計劃：如果您希望轉換為原 Medicare，並不想參加 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。

注意：如果您結束 Medicare 處方藥保險，並持續未參加可信的處方藥保險達 63 天或以上，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能就需要支付 D 部分延遲參保罰款。（「可信的」保險意味著預期平均將支付至少與

第 10 章. 終止您的會員資格

Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的保險。) 請參閱第 1 章第 4 節，瞭解有關延遲參保罰款的更多資訊。

- 您的會員資格將於何時終止？新計劃保險於 1 月 1 日生效後，您的會員資格將終止。

第 2.3 節 您可在 Medicare Advantage 開放參保期內終止會員資格

在 Medicare Advantage 開放參保期內，您有機會對您的健康保險進行一次變更。

- 何時為年度 Medicare Advantage 開放參保期？該時期為每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 在年度 Medicare Advantage 開放參保期內，您可轉換為哪種計劃？在此期間內，您可：
 - 改為參保其他 Medicare Advantage Plan。（您可以選擇一項處方藥承保計劃或者不承保處方藥的計劃。）
 - 停止參保我們的計劃，獲得原 Medicare 保險服務。如果您選擇在此期間轉換為 Original Medicare，那麼您當時還可以加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。
- 您的會員資格將於何時終止？您的會員資格將在您從參保不同的 Medicare Advantage plan 或我們收到您轉換為原 Medicare 請求後下月第一天終止。如果您還選擇加入 Medicare 處方藥計劃，則該藥品計劃的會員資格將開始於該藥品計劃收到您的參保請求後下月第一天開始。

第 2.4 節 某些情況下，您可在特殊參保期內終止會員資格

某些情況下，您也可於一年中的其他時段終止會員資格。這短時間就是**特殊參保期**。

- 誰符合特殊參保期資格？如果以下任意一種情況適合於您，您就可以在特殊參保期內終止您的會員資格。此處僅為範例，請聯絡我們、致電 Medicare 或瀏覽 Medicare 網站(www.medicare.gov)，獲得完整清單：
 - 通常，如您已搬遷
 - 如您參與了 Medicaid
 - 如果您有資格得以令「Extra Help」為您支付 Medicare 處方藥
 - 如果我們違反了與您簽訂的合約
 - 如果您是在某個機構中得到護理服務，例如：療養院或長期護理(LTC)醫院
 - 如果您參與了 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)

第 10 章. 終止您的會員資格

- **注意：**如果您參加的是一個藥品管理計劃，您可能無法變更計劃。第 5 章第 10 節進一步介紹了此類藥品管理計劃。

注意：第 2.1 節詳細講解已參保 Medicaid 的人員的特殊參保期。

- **何時為特殊參保期？**該參保期因您的具體情況而各不相同。
- **您可以做什麼？**要瞭解您是否符合該特殊參保期資格，敬請致電 Medicare：
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。如果您符合在特殊情況下終止會員資格的條件，則可選擇變更 Medicare 保健保險以及處方藥保險。這就意味著您可以選擇以下任意類型的計劃：
 - 另一項 Medicare 醫療保險。（您可以選擇一項處方藥承保計劃或者不承保處方藥的計劃。）
 - 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃
 - ~~–或者–~~無單獨 Medicare 處方藥計劃的原 Medicare 計劃 Medicare。

如果您得到了可為您支付處方藥費用的 Medicare 「Extra Help」計劃：如果您希望轉換為原 Medicare，並不想參加 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。

注意：如果您退出 Medicare 處方藥保險，並在連續 63 天或更長時間內沒有參保可信處方藥保險，如果您稍後加入 Medicare 藥物計劃，可能需要支付 D 部分延遲參保罰款。（「可信的」保險意味著預期平均將支付至少與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的保險。）請參閱第 1 章第 4 節，瞭解有關延遲參保罰款的更多資訊。

- **您的會員資格將於何時終止？**您的會員資格通常將終止於您的計劃變更要求送達後下月第一天。

注意：第 2.1 節和第 2.2 節詳細講解已參保 Medicaid 和「Extra Help」的人員的特殊參保期。

第 2.5 節 您可於何處獲得有關會員資格終止時間的更多資訊？

如果您對會員終止時間還有疑問或者希望獲得更多資訊：

- 您可致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。
- 您可從《**Medicare 與您 2022**》手冊獲得更多資訊。
 - 每位參加 Medicare 計劃的會員每年秋季都會收到一份《**Medicare 與您 2022**》手冊。Medicare 新會員會在首次註冊的一個月內收到這份說明。

第 10 章. 終止您的會員資格

- 您也可以從 Medicare 網站(www.medicare.gov)下載其副本。或者，您也致電請撥以下號碼致電 Medicare，預訂其印刷本。
- 您可致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

第 3 部分 您將如何終止本計劃會員資格？

第 3.1 節 通常，您可透過加入其他計劃來終止您的會員資格

通常，要中止您在本計劃的會員資格，您只需參保其他 Medicare 計劃。但是，如果您希望從本計劃轉換為原 Medicare 計劃，但沒有選擇單獨的 Medicare 處方藥計劃，您就必須要求本計劃為您退保。您可要求我們以兩種方式為您退保：

- 您可以向我們傳送書面請求。如果您還想瞭解有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於承保範圍說明書的封底）。
- --或者--您也可透過以下電話聯絡 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。

下表闡述了您應如何終止您的本計劃會員資格。

如果您希望從本計劃轉換為：	您應如此操作：
<ul style="list-style-type: none"> ● 另一項 Medicare 醫療保險 	<ul style="list-style-type: none"> ● 加入新的 Medicare 醫療保險。您的新保險協議將在下一個月的第一天生效。當您新計劃的保險開始時，您將自動結束 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)。
<ul style="list-style-type: none"> ● 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃 	<ul style="list-style-type: none"> ● 加入新的 Medicare 處方藥計劃。您的新保險協議將在下一個月的第一天生效。當您新計劃的保險開始時，您將自動結束 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)。

第 10 章. 終止您的會員資格

如果您希望從本計劃轉換為：	您應如此操作：
<ul style="list-style-type: none"> ● 無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃 <ul style="list-style-type: none"> ○ 如果您希望轉換為原 Medicare，並不想參加 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。 ○ 如果您退出 Medicare 處方藥保險，並持續未參加可信的處方藥保險達 63 天或以上，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能就需要支付延遲參保罰款。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 寄給我們書面退保申請。如果您還想瞭解有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部（電話號碼已印於承保範圍說明書的封底）。 ● 您也可致電 Medicare： ● 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 要求退保，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。 ● Original Medicare 計劃中的保險生效後，您將從 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 退保。

有關您的紐約州 Medicaid 福利的問題，請致電紐約州衛生部 Medicaid 計劃：1-888-692-6116 或 1-718-557-1399。詢問如何加入另一個計劃或返回 Original Medicare 對您獲得紐約州 Medicaid 的方式有何影響。

第 4 部分 會員資格終止前，您都必須透過本計劃獲得醫療服務和藥品

第 4.1 節 會員資格終止前，您仍是本計劃會員

如果您結束 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)，在會員資格終止同時新 Medicare 和 Medicaid 保險生效前還將有一段時間。（有關新保險生效時間的資訊，請參見第 2 部分。）在這段時間內，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療護理服務和處方藥。

- 您在本計劃的會員資格終止前，應繼續透過我們的網絡內藥房開處方藥。通常，我們僅承保在網絡內藥房（包括透過我們的網路藥房服務）開的處方藥。
- 如果您在會員資格終止當日住院，本計劃將承保您出院前的住院治療服務（即使您在新的健康保險生效後出院）。

第 10 章. 終止您的會員資格

第 5 部分 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)在特定情況下必須終止您的計劃會員資格

第 5.1 節 我們必須於何時終止您的計劃會員資格？

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)在以下任意情況發生時必須終止您的計劃會員資格：

- 如果您不再擁有 Medicare A 部分和 B 部分
- 如果您不再符合 Medicaid 參保資格。如第 1 章第 2.1 節所述，我們的計劃適用於同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的人士。我們將協助您參加另一項您有資格參加的計劃。
- 如果您遷出了我們的服務區
- 如果您離開我們的服務區域超過連續三十(30)天。
 - 如果您要搬遷或進行長途差旅，都需要致電會員服務部瞭解您要搬遷或差旅的地點是否在本計劃服務區內。（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底。）
- 如果您被監禁（入獄）
- 如果您不是美國公民並且在美國沒有合法居住權
- 如果按要求，您因收入而應支付 D 部分額外費用，但您卻沒有支付，Medicare 將把您從本計劃中除名
- 根據紐約州衛生部規定使用的評估工具進行的任何綜合評估確定，如果您不再符合接受療養院層級護理的資格。然而，如果我們（或任何當地社會服務部門）同意終止服務可能導致您在未來六個月內重新符合資格以獲得療養院層級的護理服務。

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)在以下任意情況發生時可能也會終止您的計劃會員資格：

- 如果您有其他承保處方藥保險的保險，而您對與此相關的資訊撒謊或隱瞞
- 如果您在加入本計劃時故意向我們提交了影響您的參保資格的錯誤資訊。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理本計劃的退保。）
- 如果您、您的家人或非正式護理者持續做出破壞性行為，令我們難於為您和本計劃的其他會員提供醫療護理服務。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理本計劃的退保。）
- 如果您令其他人使用您的會員卡獲得醫療護理服務。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理本計劃的退保。）

第 10 章. 終止您的會員資格

- 如果我們因為這個原因終止您的會員資格，**Medicare** 將令監察長對您的個案進行調查。
- 如適用，在您首次逾期三十(30)天未繳抵扣費用/結餘時採取該措施。
- 您故意不完成或提交任何必要的同意書或披露資訊。

您可於何處獲得更多資訊？

如果您對我們可於何時終止您的會員資格還有疑問或者希望獲得更多資訊：

- 您可致電**會員服務部**瞭解詳情（電話號碼已印於本手冊的封底）。

第 5.2 節 我們不能因任何與您的健康相關的問題要求您結束本計劃

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)不能因任何與您的健康相關的問題而要求您結束本計劃。

如果發生這種情況，您該做什麼？

如果您認為自己因健康問題而被要求結束本計劃，則應致電 **Medicare**：
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者應致電 **1-877-486-2048**。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電。

第 5.3 節 如果我們終止了您在本計劃中的會員資格，您有權進行投訴

如果我們終止了您在本計劃中的會員資格，我們必須書面通知您終止您會員資格的原因。我們還必須說明您可如何就我們終止您會員資格的決定進行申訴或投訴。有關如何進行投訴的資訊，您也可參見第 9 章的第 11 部分。

第 11 章

法律通告

第 11 章. 法律通告

第 11 章. 法律通告

第 1 部分	適用法律相關通知.....	218
第 2 部分	無差別待遇相關通知	218
第 3 部分	有關 Medicare 第二付款人代位追償權的通知	218

第 11 章. 法律通告

第 1 部分 適用法律相關通知

很多法律都適用於此《承保福利說明》，部分附加條款也可能由於法律要求而適用。即使本檔案未將其包含在內或加以說明，這部分法律內容也將影響您的權利和責任。適用於此文件的主要法律為 **Title XVIII of the Social Security Act**（第十八篇社會保障法），以及 **Centers for Medicare & Medicaid Services**（Medicare 和 Medicaid 服務中心）或 **CMS** 根據 **Social Security Act**（《社會保障法》）制訂的規則。此外，在特定情況下，您所在州的其他聯邦法律也可能適用。

第 2 部分 無差別待遇相關通知

本計劃必須遵守保護您免受歧視或不公平待遇的法律。我們不會基於以下方面歧視您：種族、民族、原國籍、膚色、宗教信仰、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、可保證明或服務區內的地理位置。所有提供 **Medicare Advantage Plans** 的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《康復法》、1975 年《年齡歧視法》、《美國殘障人士法》、《可負擔醫療法案》第 1557 節適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

如果您希望獲得更多資訊或者對歧視或不公平待遇有所疑慮，敬請致電美國衛生與公眾服務部的民權辦公室 1-800-368-1019（聽力障礙電傳 1-800-537-7697）或您當地的民權辦公室。

如果您有殘障並需要獲得護理服務的協助，請致電我們的會員服務部（會員服務部電話號碼已印於本手冊的封底）。如果您需要投訴（例如輪椅通道問題），會員服務部可提供幫助。

第 3 部分 有關 Medicare 第二付款人代位追償權的通知

我們有權利和責任收取 Medicare 不是第一付款人的承保 Medicare 服務費。根據 CMS 42 CFR 中第 422.108 以及 423.462 節的規定，作為一個 Medicare Advantage 組織，MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 將行使與部長根據 42 CFR 的 411 部分中 B 至 D 子部分的 CMS 規定一樣的恢復權，本部分中確立的規則將取代所有的州法律。

第 11 章. 法律通告

2017 年 7 月 10 日生效

MetroPlus Health Plan 年度隱私權聲明

MetroPlus 尊重您的隱私權。本聲明描述我們處理所接收的關於您的非公開個人財務和健康資訊（「資訊」）的方式，以及我們如何按照紐約州保險法（法規 169）的要求對這些資訊進行保密和保護。

資訊類型

此外，您可以隨時透過聯絡 MetroPlus 保密官請求提供 MetroPlus Health Plan 的**健康資訊保密準則通知**的全文字版本，該版本描述了根據《聯邦健康保險可攜性和責任法案》(HIPAA)有關您的醫療資訊可以如何被使用和披露。您也可以登入我們的網站獲得該資訊，網址是 www.metroplus.org/privacy-policies

MetroPlus 從如下來源收集關於您的資訊，並且可以披露：

- 您在申請及其他表格中提供給我們的或者您告訴我們的資訊；
- 關於您與我們、與我們的合作保健提供商以及其他方面之間的交易資訊。

我們如何處理您的資訊：

除了法律許可的情況外，我們不把關於我們的成員以及前成員的資訊透露給任何人。

- 提供您作為 MetroPlus Health Plan 會員應獲得的保健福利；例如，安排您需要的治療、為您獲得的服務付款；
- 就您作為 MetroPlus 會員可參加的計劃和可獲得的服務與您通訊；
- 管理我們的業務和遵守法律法規要求。

第 11 章. 法律通告

我們如何保護您的隱私

- 我們只允許需要使用您的資訊執行 MetroPlus 業務或遵守法律法規要求的員工或其他人瀏覽這些資訊。
- 違反我們的隱私政策和程序的員工將受到處罰並可能被解雇。
- 我們還按照州和聯想法規使用物理防護、電子防護和程序防護對資訊實施保密和保護。

前會員

- 當您的 MetroPlus 會員資格終止時，您的資訊將仍然像現會員的那樣受到我們的政策和程序的保護。

聯絡

MetroPlus

- 索取關於我們的隱私政策和程序的更多資訊，
- 向我們提交隱私相關投訴，或
- 申請（書面）查看我們儲存的關於您的資訊。

Customer Services – MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

普通電話：1-800-303-9626，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點

Medicare 會員：1-866-986-0356，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點

聽力障礙電傳：711

電子郵件：PrivacyOfficer@metroplus.org



2018 年 7 月 1 日生效

MetroPlus Health Plan
160 Water Street, 3rd Floor
New York, NY 10038

網址：www.metroplus.org

普通電話：1-800-303-9626

聽力障礙電傳：711

電子郵件：PrivacyOfficer@metroplus.org

您的資訊。

您的權利。

我們的責任。

本通知介紹如何使用和披露您的醫療資訊以及您如何獲得這些資訊。請仔細閱讀。

您的權利

對於您的健康資訊，您擁有某些權利。本節將介紹您的權利以及我們需要為您提供幫助的一些責任。

獲得您健康和理賠記錄文件的副本

- 您可以要求查看或獲得一份您的健康和理賠記錄及其他我們擁有的您的健康資訊的副本。詢問我們如何進行。
- 我們通常將會在收到您 要求的 30 日內提供一份您的健康和理賠記錄的副本或總結。我們將按每頁\$0.75（75 美分）向您收取副本的費用。

請求我們修正健康和理賠記錄

- 如果您認為您的健康和理賠記錄不正確或不完整，您可以要求我們進行修正。詢問我們如何進行。
- 我們可能拒絕您的要求，但我們會在 60 日內以書面形式告知您拒絕的原因。

要求保密通訊方式

- 您可以要求我們使用某種特定的方式與您聯絡（例如，住宅電話或辦公室電話）或寄送郵件到不同地址。
 - 我們將切實考慮所有合理的要求，如果您告訴我們如果不這麼做將置您於危險境地，我們一定滿足您的要求。
-

轉下頁

第 11 章. 法律通告

您的權利 (續)

要求我們限制我們使用或分享的內容

- 您可以要求我們不要為了治療、費用或我們的營運使用或分享某些健康資訊。
- 我們不必一定同意您的要求，且在可能影響您保健的情況下拒絕您的要求。

獲得一份我們已分享資訊的合作方的清單

- 您可以要求獲得一份在您提出要求當日前六年間我們分享您健康資訊的合作方名稱、原因和次數的清單（帳單）。
- 其中將包含除涉及治療、費用和保健運作及某些特定資訊披露（如果您要求我們）以外的所有資訊披露。我們每年將提供一份免費帳單，但如果您在 12 個月內要求獲得另一份帳單，我們可能收取合理的成本費用。
- 要求保密通訊，請聯絡我們的會員服務部：1-800-303-9626（聽力障礙電傳：711）。要求更換或修改此類保密通訊方式的申請須以書面形式寄送到下列地址。

獲得一份此隱私聲明的副本

- 即使您已同意接收電子版聲明，您也可以隨時要求獲得一份紙本版副本。我們會及時向您提供一份紙本版副本。您可以透過聯絡會員服務部隨時獲得一份本聲明的紙本副本：1-800-303-9626（聽力障礙電傳：711）。

為自己選擇一名代理人

- 如果您已給予某人醫療授權書或某人是您的法定監護人，那麼此人可以代您行使權力並對您的健康資訊作出選擇。
- 在我們採取任何行動前，我們將事先確定此人確實擁有此項授權以代理您行動。

在感覺您的權利遭到侵害時提出投訴

- 如果您感到我們侵害了您的權力，您可以透過第 1 頁的資訊聯絡我們。
- 您可以向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出投訴，郵寄地址為 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，或致電 1-877-696-6775，或瀏覽 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/。
- 我們不會因為您的投訴而進行報復。

第 11 章. 法律通告

您的選擇

對於某些健康資訊，您可以告訴我們您選擇讓我們分享哪些部分。如果您對我們在以下情況應該如何披露您的資訊有明確的偏好，請告知我們。告訴我們您想怎麼做，我們將遵循您的指示。

在這些情況下，您都有權利和選項來告知我們：

- 與您的家人、密友或其他與您保健費用有關的個人分享資訊。

我們的使用和披露

我們通常如何使用或分享您的健康資訊？我們通常使用如下方式使用或分享您的健康資訊。

- 協助管理您接受的保健治療
- 我們可以與治療您的專業人士使用並分享您的健康資訊。範例：一名醫生給我們寄來您的診斷和治療方案以便我們安排額外的服務。
 - 健康相關產品或計劃：MetroPlus 可能向您提供醫療治療、計劃產品和服務的資訊。向您提供的資訊都須遵守相關法律限制
 - 提醒：MetroPlus 可能使用並披露您的 PHI（例如，透過給您打電話或寄信）來提醒您治療預約，或提醒您安排常規體檢或免疫的預約，或提供治療替代方案（「選擇」）的資訊，或提供其他您可能感興趣的健康相關福利和服務。

轉下頁

我們的使用和披露（續）

第 11 章. 法律通告**營運我們的組織**

範例：我們使用您的健康資訊以便為您提供更好的服務。

- 我們可以使用和披露您的資訊以管理我們的組織，並可以在必要時聯絡您。

MetroPlus 的品質管制部門可能使用您的健康資訊來協助提升計劃的品質、資料和業務進程。例如，我們的品質管制人員或合約護理監察員可能會檢視您的醫療記錄並對向您和所有計劃會員提供的護理品質進行評估。

為您的健康服務付費

- 在為您的健康服務付費時我們可以使用並披露您的健康資訊。

範例：我們與您的牙科計劃分享您的資訊以協調您在此項目的付費。

管理您的計劃

- 為進行計劃管理，我們可能會向您的醫療保險發起人披露您的健康資訊。

轉下頁

我們的使用和披露（續）

協助進行公共健康和安事業	<ul style="list-style-type: none"> • 在下列情況中我們可以分享您的健康資訊： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 預防疾病 ◦ 報告疑似虐待、忽視或家庭暴力 ◦ 預防或避免對某人的健康或安全的嚴重威脅
--------------	--

第 11 章. 法律通告

遵守法律	<ul style="list-style-type: none"> • 如果州或聯邦法律要求，包括衛生與公眾服務部希望看到我們遵守聯邦隱私法律的情況，我們將分享您的資訊。
應對工傷賠償、執法部門和其他政府部門的要求	<ul style="list-style-type: none"> • 我們可能在下列情況中使用或分享您的健康資訊： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 用於工傷賠償索賠 ◦ 用於執法目的或提供給執法官員 ◦ 提供給法律授權的衛生監督機構 ◦ 用於特殊政府職能如軍事、國家安全和總統保護服務
應對訴訟和司法活動	<ul style="list-style-type: none"> • 我們可能為響應法庭、法律行政命令或傳票而分享您的健康資訊
在這些情況下，我們不會分享您的資訊	<ul style="list-style-type: none"> • 我們不會行銷或出售個人資訊
關於特定類型的資訊披露的紐約州法律	<ul style="list-style-type: none"> • MetroPlus 必須遵守對個人資訊（特別是有關愛滋病毒/愛滋病狀況或治療、心理健康、藥物濫用障礙和家庭計劃的資訊）提供更高級別保護的其他紐約州法律。

第 11 章. 法律通告

我們的責任

- 我們依照法律保護您受保護的健康資訊的隱私和安全。
- 如果發生可能對您的資訊的隱私和安全造成威脅的違約事故，我們將立即通知您。
- 我們必須遵守本聲明中提到的職責和隱私條例並給您一份副本。
- 除非獲得您的書面同意，否則我們不會在上面所述情形之外使用或分享您的資訊。即使您給了我們書面核准，您也可以隨時進行變更。如果您改變了想法，請以書面形式通知我們。

有關詳情，請參閱：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

本聲明中條款的變更

我們可以變更本聲明中的條款，且這一變更將應用於我們所擁有的您的一切資訊。如有需要，我們將在我們的網站上提供新的聲明，並寄送一份副本給您。

保密官員聯絡資訊

如果您對我們的保密準則有任何疑問，或您想要提出投訴或行使上述權力，請聯絡：

Customer Services – MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

普通電話：1-800-303-9626，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點

Medicare 會員：1-866-986-0356，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點

聽力障礙電傳：711

電子郵件：PrivacyOfficer@metroplus.org

第 11 章. 法律通告**NOTICE OF NON-DISCRIMINATION**

MetroPlus Health Plan complies with Federal civil rights laws. **MetroPlus Health Plan** does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

MetroPlus Health Plan provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **MetroPlus Health Plan** at 1-800-303-9626. For TTY/TDD services, call 711.

If you believe that **MetroPlus Health Plan** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **MetroPlus Health Plan** by:

Mail: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Phone: 1-800-303-9626 (for TTY/TDD services, call 711)
Fax: 1-212-908-8705
In person: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Email: Grievancecoordinator@metroplus.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

Web: Office for Civil Rights Complaint Portal at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Mail: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Phone: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

第 11 章. 法律通告

語言協助

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Spanish
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 1-800-303-9626（聽力障礙電傳：711）。	Chinese
اتصل. إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. ملحوظة برقم 711 تTY: رقم هاتف الصم والبكم (1-800-303-9626)	Arabic
주의:한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ:Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.Звоните 1-800-303-9626 (телетайп:TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE:In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti.Chiamare il numero 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION :Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.Appelez le 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French
ATANSYON:Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou.Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French Creole
רופס. פון אפצאל 711). (TTY: 1-800-303-9626 זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי, אויב איר רעדט אידיש:אויפמערקזאם	Yiddish
UWAGA:Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.Zadzwoń pod numer 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Polish
PAUNAWA:Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপদন বাাংলা, কথা বলতে পাতেন, োহতল দনঃখেচায় ভাষা সহায়ো পদেতষবা উপলব্ধ আতে। ফ ান করুনঃ-1-800-303-9626 (TTY: 711)	Bengali
KUJDES:Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë.Telefononi në 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ:Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν.Καλέστε 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Greek
اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں:خبردار (TTY: 800-303-9626) 1 711 -	Urdu

第 12 章

重要詞彙定義

第 12 章. 重要詞彙定義

第 12 章. 重要詞彙定義

流動手術中心——流動手術中心是一個專為以下目的開設的實體：為不需要住院且預計在中心的停留時間不超過 24 小時的病患提供門診外科服務。

上訴——如果您對我們拒絕您的醫療保健服務或處方藥保險請求，或者拒絕為您已得到的服務或藥品支付費用的決定有異議，您就可以提出上訴。如果您不同意我們停止您正在享受的服務的決定，也可提出上訴。例如：如果我們不支付您認為您應該得到的藥品、物品或服務的費用，您就可以提出上訴。第 9 章闡述了包括上訴相關程序在內的上訴相關問題。

福利期——Original Medicare 衡量您的醫院與專業康復機構(SNF)服務使用情況的方法。福利期從您住進醫院或專業護理設施的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理設施，那麼一個新的福利期就開始了。福利期的次數沒有限制。

品牌藥品——由初始研發藥品的製藥公司製造並銷售的處方藥。品牌藥品與該藥的學名藥品有相同的活性成分配方。但是，學名藥品是由其他製藥商製造並銷售的，並且，直到品牌藥品專利權到期後方才有售。

重病保險階段——D 部分藥品福利的這一階段中，您或其他代表您的合格方在承保當年購買承保藥品費用達\$7,050 後，您在購藥時將支付較低的自付費用或共同保險金額。

Medicare 和 Medicaid 服務中心(CMS)——負責管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章中說明瞭可如何聯絡 CMS。

共同保險——您支付任何自負額之後，按照要求應作為保險服務費中您的分攤費用予以支付的金額。共同保險通常是一個百分比（例如：20%）。

投訴——「進行投訴」的正式名稱為「提起申訴」投訴程序僅用於處理特定類型的問題。其中包括涉及護理服務品質、等待時間以及您所得到的客戶服務情況的問題。此外請參閱該定義清單中的「申訴」。

綜合門診復健機構(CORF)——該設施主要提供疾病或損傷後的康復服務，並提供包括以下項目在內的多種服務：物理療法、社會或心理服務、呼吸療法、職業療法、言語和語言病理學療法，以及家庭環境評估服務。

自付費用（或「自付費」）——按照要求將作為醫療服務或供應（例如看醫生、醫院門診就診或購買處方藥）費用中您的分攤費用予以支付的金額。自付費用為固定金額，而非百分比。例如，您可能需要為看醫生或購買處方藥支付\$10 或\$20。

第 12 章. 重要詞彙定義

分攤費用——分攤費用是指會員在接受服務或購買藥品時需要支付的金額。分攤費用包括以下三種付款類型的任意組合：(1)對服務或藥品承保前，計劃可能徵收的自負額；(2)接受具體服務或購買具體藥品時，計劃要求支付的固定「自付費用」金額；或者(3)接受具體服務或購買具體藥品時，計劃要求支付的「共同保險」金額（服務或藥品費用總額的百分比）。您的醫生為您開出不足整月用量的特定藥品處方並且您應按照要求支付自付費用時，「每日費用分攤率」可能適用。

保險裁定——涉及您開出的藥品是否為本計劃所承保以及您應按要求支付多少處方藥費（如有）的決定。一般地，如果您將處方帶到藥房，但是，藥房方告訴您該處方不在您的計劃承保範圍之內，這並不叫保險裁定。您需要致電或致信本計劃，要求我們作出有關該保險的正式決定。本手冊中，保險裁定稱為「保險決定」。第9章闡述了如何要求我們作出保險決定。

承保藥品——我們使用此術語表述由本計劃所承保的所有處方藥。

承保服務——我們使用此通用術語表述由本計劃所承保的所有醫療保健服務和供應品。

可信的處方藥保險——平均支付金額預期至少將與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的處方藥保險（例如：由雇主或工會提供的保險）。擁有此類保險的人士具有 Medicare 資格後，如果決定稍後加入 Medicare 處方藥保險，一般可在不付罰款的情況下繼續保留該保險。

看護——看護是當您不需要專業醫療護理或專業康復護理時，療養院、寧養設施或其他設施環境中提供的護理。看護是可以由不具備專業技能或未經訓練的人士提供的個人護理服務，例如：幫助諸如沐浴、穿衣、飲食、上下床或椅子、四處走動以及上廁所等日常起居活動。其中還包括大部分人獨立完成的健康相關護理服務，例如：滴眼藥水。

Medicare 並不支付看護費用。

每日費用分攤率——您的醫生為您開出不足整月用量的特定藥品處方並且您應按照要求支付自付費用時，「每日費用分攤率」可能適用。每日費用分攤率是均分在一月用量天數中的自付費用。以下為範例：如果您一個月用藥量的自付費用為\$30，計劃中一個月用藥天數為 30 天，那麼，您的「每日費用分攤率」就是每天\$1。這就意味著您開出處方後，將為每天的用藥支付\$1。

自負額——本計劃開始支付前，您必須為醫療保健或處方藥支付的金額。

退保——終止您在本計劃中會員資格的程序。除名可以是自願的（您自己的選擇），也可以是非自願的（不是您自己的選擇）。

藥事服務費——每次配發承保藥品時收取的處方開立費用。藥事服務費包含藥劑師準備以及包裝處方藥的時間。

第 12 章. 重要詞彙定義

雙合格人士 – 符合 Medicare 和 Medicaid 保險資格的人士。

耐用醫療設備(DME) – 您的醫生出於醫療用途而訂購的特定醫療設備。例如包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器或者由提供者訂購的在家中使用的醫院病床。

緊急醫療——緊急醫療是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免死亡、損失肢體或肢體功能的醫療徵兆時的提供的醫療服務。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。

急診治療——符合以下條件的承保服務：(1)由具備提供緊急服務資格的提供者提供；及(2)屬治療、評估或穩定緊急病情需要。

《承保福利說明》(EOC)和資訊披露——本檔案連同您的參保表和其他附錄、附加條款以及其他已選擇的附加保險闡述了您的保險、我們必須採取的行動、您的權利以及您作為本計劃會員需要做的事。

特例——一種保險決定，如果獲准，您將能夠購買不在本計劃發起人處方一覽表上的藥品（處方一覽表特例），或者以較低的分攤費用水準（層級劃分特例）購買非偏好藥品。如果您的計劃發起人要求您在收到請求的藥品前試用另一種藥品或本計劃限制您所請求的藥品數量或劑量，您都可申請特例（處方藥一覽表特例）。

Extra Help——幫助收入和資源均有限的人士支付 Medicare 處方藥計劃費用（例如：保費、自負額以及共同保險）的 Medicare 計劃。

學名藥品——由食品與藥品管理局(FDA)核准且與品牌藥品具有相同活性成分的處方藥。一般情況下，「普通」藥品與品牌藥品的功效一致，但花費更低。

家庭保健助手——家庭保健助手提供不需要執業護士或治療師技能的服務，例如：協助進行個人護理（例如：沐浴、上廁所、穿衣或進行處方鍛煉等）。家庭保健助手沒有護理執照，也不提供治療。

善終服務 - 在世剩餘時間不超過 6 個月的會員有權選擇善終服務。我們，作為您的計劃，必須為您提供一份您所在地理區域內的寧養服務清單。如果您選擇了寧養服務並繼續支付保費，則您將仍為本計劃會員。您仍可獲得所有醫療上必要的服務，以及我們所提供的補充福利。寧養服務將針對您的狀態提供特殊治療。

住院治療——當您正式住入醫院接受專業醫療服務後得到的住院治療服務。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。

收入相關月調整額(IRMAA)——如果您 2 年前的 IRS 所得稅申報表中報告的調整後總收入高於某個特定數額，則您將需要支付標準保費金額和一筆收入相關月調整額（又稱

第 12 章. 重要詞彙定義

IRMAA)。IRMAA 是一筆保費之外的額外費用。具有 Medicare 的人中有不到 5% 的人受影響，因此大部分人將不支付更高保費。

初始保險限額——初始保險階段的最高保險限額。

初始保險階段——您的當年藥費總額達到 \$4,430（包括您已支付的金額以及您的計劃代表您支付的金額）之前，您便進入此階段。

初始參保期——您首次符合 Medicare 計劃資格後，可以報名參加 A 部分和 B 部分 Medicare 計劃的這段時間。例如：如果您年滿 65 歲後符合 Medicare 計劃資格，您的初始參保期將為自您年滿 65 歲當月前 3 個月開始計的 7 個月時間（包括您年滿 65 歲的當月）並將在您年滿 65 歲當月後的三個月後結束。

綜合申訴——您對我們或藥房提起的一種投訴，包括涉及您所得到的護理服務品質問題的投訴。這類投訴不會涉及承保範圍也無付款糾紛。

組織裁定——Medicare Advantage 計劃就某物品或服務是否在承保範圍內，或者您需要為承保物品或服務支付多少錢作出決定時，即為 Medicare Advantage 計劃作出了組織裁定。本手冊中，組織裁定也稱為「保險決定」。第 9 章闡述了如何要求我們作出保險決定。

承保藥物清單（處方一覽表或「藥物清單」）——由本計劃承保的處方藥清單。該清單上的藥品由本計劃組織在醫生和藥劑師的幫助下選出。該清單包括品牌藥品和學名藥品

低收入輔助(LIS)——請參見「Extra Help」。

最高自付金額——在該日曆年內，您為獲得承保的 A 部分和 B 部分服務而支付的最高自付金額。Medicaid 代表您為計劃保費、A 部分和 B 部分 Medicare 計劃保費，以及處方藥費用支付的金額不計入最高自付金額。（注意：因為我們的會員也從 Medicaid 獲得幫助，因此只有極少數的會員會達到此最高付現金額。）請參閱第 4 章第 1.2 節，瞭解有關最高自付金額的資訊。

Medicaid（醫療援助）——由聯邦和州聯合展開的計劃，幫助一些收入和資源有限的人士支付藥費。Medicaid 計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 的資格，該計劃將承保您的大部分健康護理費用。有關如何聯絡您所在州 Medicaid 的資訊，請參見第 2 章第 6 部分。

醫學公認病症——由食品與藥品管理局核准或受特定參考書支援的用藥。請參閱第 5 章第 3 節，瞭解有關醫學公認病症的更多資訊。

醫療必需——即提供的服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。

第 12 章. 重要詞彙定義

Medicare——是為 65 歲或以上年齡的老人、某些未滿 65 歲但有部分殘障的人士，以及患有末期腎病（一般是指需要透析或腎移植的永久性腎衰竭的人士）的人士設立的一項聯邦健康保險計劃。加入 Medicare 的人可透過 Original Medicare、PACE 計劃或者 Medicare Advantage 計劃獲得其 Medicare。

Medicare Advantage 開放參保期——Medicare Advantage 計劃會員可取消計劃參保資格並轉換到其他 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 計劃獲得承保的每年固定時間。如果您選擇在此期間轉換為 Original Medicare，那麼您當時還可以加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放參保期自 1 月 1 日至 3 月 31 日，也可以在個人首次符合 Medicare 計劃資格後的 3 個月內享受。

Medicare Advantage (MA) 計劃——有時被稱為 Medicare 計劃 C 部分。該計劃由私人公司提供，此類公司與 Medicare 訂有為您提供所有的 A 部分及 B 部分福利的合約。Medicare Advantage 計劃可以是 HMO、PPO、一項私人按服務收費(PFFS)計劃，或 Medicare 醫療儲蓄帳戶(MSA)計劃。您加入 Medicare Advantage 計劃後，Medicare 服務將透過本計劃得到承保，同時並不根據原 Medicare 進行支付。大部分情況下，Medicare Advantage Plans 還提供 D 部分 Medicare 計劃（處方藥保險）。這些計劃名為有處方藥保險的 **Medicare Advantage Plans**。已加入 A 部分和 B 部分 Medicare 計劃的每一個人都有權加入在其所在地區提供的 Medicare Advantage 醫療保險。

Medicare 承保缺口折扣計劃 – 一項為大多數承保之 D 部份品牌藥提供折扣的計劃，適用於達到甜甜圈孔階段且尚未接受「Extra Help」的 D 部份會員。折扣價根據 Federal Government 和特自訂藥商之間的合約而定。為此，大部分但並非全部品牌藥品都有折扣。

Medicare 承保服務——由 A 部分和 B 部分 Medicare 承保的服務。包括本計劃在內的所有 Medicare 醫療保險必須都承保 A 部分和 B 部分 Medicare 所承保的所有服務。

Medicare 醫療保險——Medicare 醫療保險是由與 Medicare 有合約的私人公司提供的，目的是向加入本計劃的 Medicare 參保人士提供 A 部分和 B 部分福利。該術語包括所有的 Medicare Advantage Plans、Medicare 成本計劃、展示/試點計劃，以及全模式老年護理計劃(PACE)。

Medicare 處方藥保險（Medicare D 部分保險）——協助支付門診處方藥、疫苗、生物製品以及並非由 Medicare A 部分或 B 部分保險承保的部分供應品費用的保險。

「Medigap」（Medicare 補充保險）政策——Medicare 補充保險由私人保險公司出售，用於填補原 Medicare 「空缺」。Medigap 政策僅可配合原 Medicare 使用。（Medicare Advantage 計劃並非 Medigap 政策。）

第 12 章. 重要詞彙定義

會員（本計劃會員或「計劃會員」）——有資格享受承保服務、已加入本計劃，以及參保情況已由 Medicare 和 Medicaid 服務中心（CMS）確認的 Medicare 參保人士。

會員服務部——本計劃中的一個部門，負責為您解答有關您的會員資格、福利、申訴以及申訴相關問題。有關如何聯絡會員服務部的更多資訊，請查看第 2 章中的內容。

網絡內藥房——網絡內藥房就是本計劃會員可由此得到其處方藥福利的藥房。我們稱之為「網絡內藥房」是因為他們與我們訂有合約。大多數情況下，我們僅對從我們的網絡內藥房開出的處方藥承保。

網絡內服務提供者——我們用「服務提供者」來統稱由 Medicare 和州許可或認可後提供醫療保健服務的醫生、其他醫療保健專業人士、醫院，以及其他醫療保健機構。這部分服務提供者與本計劃訂立合約，將我們的付款作為全額付款；在某些情況下，還為本計劃會員進行協調並向其提供承保服務，我們稱之為「網絡內服務提供者」。我們的計劃根據其與服務提供者之間的合約或者服務提供者是否同意為您提供計劃承保服務來對網絡內服務提供者進行支付。網絡內服務提供者還指「計劃服務提供者」。

原 Medicare（「傳統 Medicare」或「按服務收費」 Medicare）——原 Medicare 由政府提供，且並非為諸如 Medicare Advantage Plans 和處方藥計劃等的私人醫療保險。在原 Medicare 計劃中，我們透過向醫生、醫院和其他醫療保健服務提供者支付費用（付款金額由國會確定）來對 Medicare 服務進行承保。您還可以去接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他健康護理提供者那裏就診。您必須支付自負額。Medicare 將支付經 Medicare 核准的分攤費用金額，您則將需要支付您的分攤部分。原始 Medicare 具有兩個部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），並在美國任意地方可用。

網絡外藥房——未與本計劃訂立合約，不能因此為本計劃會員進行協調並提供承保藥品。如《承保福利說明》中所述，除非特殊情況適用，否則大部分從網絡外藥房購買的藥品不在本計劃的承保範圍之內。

網絡外服務提供者或網絡外設施——我們未安排其為本計劃會員進行協調或提供承保服務的服務提供者或設施。網絡外服務提供者是並非本計劃聘雇、所有或營運，或者未與本計劃簽訂合約因而不能向您提供承保服務的服務提供者。本手冊第 3 章中闡述了該如何使用網絡外服務提供者或設施。

自付金額——請參見上文的「分攤費用」定義。用來支付一部分已得到的服務或藥品費用的會員分攤費用需求，也稱會員的「付現」費用需求。

PACE 計劃——PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) 計劃結合了針對身體瘦弱之人的醫療、社會以及長期護理(LTC)服務，以協助人們在得到自己所需的高品質護理服務時，盡可能長時間地獨立生活並居住在社區中，而非搬入療養院。加入 PACE 計劃的人可透過該計劃得到 Medicare 和 Medicaid 福利。

第 12 章. 重要詞彙定義

C 部分計劃——請參見「Medicare Advantage (MA) Plan」。

D 部分計劃——自願 Medicare 處方藥福利計劃。（為便於參考，我們將處方藥福利計劃稱為 D 部分計劃。）

D 部分藥品——可在 D 部分計劃中承保的藥品。我們可能或者不會提供所有的 D 部分藥品。（請參見您的處方一覽表尋找具體的承保藥物清單。）部分藥品類別已被國會明確排除在 D 部分承保藥品之外。

D 部分逾期參保罰金 – 一筆當您首次符合加入 D 部分計劃的資格後持續未參加任何有信譽度的保險（預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的保險）達 63 天或以上時，將會追加到您 Medicare 藥品保險之月繳保費中的金額。只要加入 Medicare 藥品計劃，您就需要支付這一數額較高的金額。同時也存在一些特例。例如，如果 Medicare 提供的「Extra Help」能為您支付處方藥計劃費用，則您將不需要支付延遲參保罰款。如果您失去 Extra Help，並持續未參加 D 部分或其他可信的處方藥保險達 63 天或以上，可能就需要支付延遲參保罰款。

保費——為獲得保健或處方藥保險而定期向 Medicare（保險公司）或醫療保健計劃定期支付的費用。

初級保健提供者(PCP)——您的主要保健服務提供者，您若出現健康問題，大部分情況下可首先前往尋求救治方法的醫生或其他服務提供者。他或她負責確保您得到保持身體健康所需要的護理服務。他或她還可能與其他醫生和醫療保健服務提供者討論您的護理服務相關問題，並將您轉介給他們。在很多 Medicare 醫療保險中，您都必須在見其他醫療保健服務提供者前先見您的主要護理服務提供者。請參閱第 3 章第 2.1 節，瞭解有關初級保健提供者的資訊。

事先授權——獲得服務或者我們的處方一覽表上可能有或沒有的特定藥品前得到的核准。僅當您的醫生或其他網絡內服務提供者從本計劃得到「事先授權」後，才能對部分網絡內醫療服務進行承保。需要事前核准的承保服務已在第 4 章的《福利表》內標識出來。僅當您的醫生或其他網絡內服務提供者從我們這裡得到「事先授權」後，才能對部分藥品進行承保。需要事先授權的承保藥品已在處方一覽表中標識出來。

義肢和矯正器材 – 這些是您的醫生或其他醫療保健提供者訂購的醫療器材。承保項目包括但不限於手臂、後背和頸部的支架；假肢；義眼；以及更換內部身體部位或功能所需的器械，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

品質改善組織(QIO)——這是由職業醫師和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受 Federal Government 發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 病患提供的護理服務。有關如何聯絡您所在州 QIO 的資訊，請參見第 2 章第 4 部分中的內容。

第 12 章. 重要詞彙定義

數量限制——一種管理工具，設計用於限制已選擇藥品的使用品質、安全性或服藥原因。限制條件可能加諸於每份處方藥或某段限定時間內我們所承保的藥量。

復健服務——這部分服務包括物理療法、言語和語言療法以及職業療法。

服務區域——如果醫療保險根據人們的居住地對會員資格有所限制，則服務區域即為醫療保險在其中接受會員的地理區域。對於限制您可使用的醫生和醫院的計劃，服務區域一般還可為您可在其中得到日常（非急救）服務的區域。如果您永久性地遷出計劃的服務區域，則該計劃可取消您的參保資格。

專業康復設施(SNF)護理——在專業康復設施中連續每天提供的專業護理和復健服務。專業康復設施護理服務範例包括：僅可由註冊護士或醫生提供的物理療法或靜脈注射。

特殊需求計劃——一種特殊的 Medicare Advantage 計劃類型，為特定人群提供更為明確的醫療保健服務，這些人群包括：同時擁有 Medicare 和 Medicaid 計劃的人、居住在療養院中的人，或者罹患某種慢性疾病的人。

按步驟治療——這是一種應用工具，要求您首先嘗試服用另一種藥品治療您的疾病，然後，我們將承保您的醫師最初開出的藥品。

生活補助金(SSI)——這是由 Social Security 每月向收入有限且資源有限的人員、殘障者、盲人或年齡在 65 歲及以上老人發放的月度福利。SSI 福利與 Social Security 福利並不相同。

緊急需要的服務——提供緊急需要的服務的目的是治療非急診、不可預見的疾病狀況、受傷或需要立即就醫的狀況。緊急需要的服務可由網路內服務提供者提供，或在網路內服務提供者臨時不可用時由網路外服務提供者提供。

MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)會員服務部

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
電話	1-866-986-0356 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。 會員服務部也為非英語母語的人士提供免費口譯服務。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	1-212-908-5196
寫信	MetroPlus Health Plan 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004 Attn:Medicare Department
網站	www.metroplusmedicare.org

Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) (紐約 SHIP)

HIICAP 是由 Federal Government 出資的州立計劃，旨在向參加 Medicare 的人員提供免費的當地健康保險諮詢。

方法	聯絡資訊
電話	1-800-701-0501
寫信	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007-1392
網站	https://www.nyconnects.ny.gov/services/health-insurance-information-counseling-assistance-program-hiicap-791

PRA 披露聲明 根據《1995 年減少文書工作法案》，除非顯示有效的 OMB 控制號碼，任何人都¹不需要回應資訊收集。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。如果您對如何完善本表格有意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.