

2026

承保範圍說明書



ElderServe MAP

(HMO D-SNP)

如需更多資訊，請致電 **1-800-362-2266** (TTY/ TDD 711)
與我們聯絡，服務時間為每週 7 天，東部時間早上 8 點至晚上 8 點

www.ElderServeHealth.org

2026 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日

2026 年承保證書：

作為 **ElderServe MAP (HMO D-SNP)** 的會員，您的 **Medicare** 保健福利與服務，以及藥物保險

本文件將詳細介紹 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間您的 Medicare 與 Medicaid 健康長期保健，和/或家庭和基於社區的服務及處方藥保險。本文件是重要的法律文件。請妥善保管。

本文件介紹了您的福利和權利。使用本文件來瞭解：

- 我們的計劃保費和費用分攤
- 我們的醫療和藥物福利
- 如果您對服務或治療不滿意該如何提出投訴
- 如何聯絡我們
- Medicare 法律規定的其他保護措施

如對本文件有任何疑問，請致電會員服務部 **1-800-362-2266**。（TTY 使用者應致電 **711**）。辦公時間是東部時間每週 7 天，8 a.m. 至 8 p.m.。此為免付費電話。

此計劃 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 是由 ElderServe Health, Inc 提供（當此「承保證書」陳述「我們」或「我們的」時，它指的是 ElderServe Health, Inc；當它陳述「計劃」或「我們的計劃」時，它指的是 ElderServe MAP (HMO D-SNP)。

該檔案免費提供西班牙語、俄語和中文版本。如果需要，我們也可以使用以盲文、大字印刷或其他格式免費為您提供資訊。

自 2027 年 1 月 1 日起，福利、保費、自付額和/或共付額/共同保險可能會有所調整。

我們的處方藥一覽表、藥房網絡和/或提供者網絡可能會不時有所調整。您將至少提前 30 天收到任何可能影響您的變更的通知。

ElderServe MAP 是一項簽有 Medicare 合約的 HMO 計劃。能否參保 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 視合約續簽情況而定。本計劃也與 New York 州 Medicaid 計劃簽有書面協議，以協調您的 Medicaid 福利。

H6776_EOC002CY26_C

目錄

第 1 章：會員入門.....	5
第 2 節 計劃資格要求.....	7
第 3 節 重要會員資料.....	8
第 4 節 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的每月費用.....	10
第 5 節 關於月計劃保費的更多資訊	15
第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄	15
第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作	16
第 2 章：電話號碼和資源.....	18
第 1 節 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 聯絡方式	19
第 2 節 從 Medicare 獲得幫助	23
第 3 節 州健康保險援助計劃 (SHIP)	24
第 4 節 品質改進機構 (QIO)	25
第 5 節 社會保障局	25
第 6 節 Medicaid.....	26
第 7 節 幫助人們支付處方藥費用的計劃	28
第 8 節 鐵路職工退休委員會 (RRB)	31
第 9 節 如果您有團體保險或僱主提供的其他健康保險	31
第 3 章：使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務.....	32
第 1 節 作為我們計劃的會員如何獲得醫療護理和其他服務.....	33
第 2 節 使用我們的計劃網絡內的醫療服務提供者獲得醫療護理和其他服務....	34
第 3 節 如何在緊急情況、災難或急需護理時獲得服務	37
第 4 節 如果您直接收到承保服務全部費用的帳單，該如何處理？	39
第 5 節 臨床研究中的醫療服務.....	40
第 6 節 有關在宗教性非醫療保健機構獲得護理的規定	41
第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定	42
第 4 章：醫療福利表（承保範圍）	44
第 1 節 瞭解承保服務.....	45
第 2 節 醫療福利表顯示您的醫療福利和費用	46
第 3 節 在 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 之外承保的服務	80
第 4 節 我們的計劃不承保的服務	80

第 5 章：使用 D 部分藥物的計劃承保	83
第 1 節 我們計劃 D 部分藥物承保的基本規則	84
第 2 節 在網絡內藥房或透過我們的計劃的郵購服務配取處方藥	85
第 3 節 您的藥物必須列於我們的計劃的「藥物清單」上	87
第 4 節 承保範圍受限的藥物	89
第 5 節 如果您的某種藥物未按您希望的方式獲得承保該怎麼辦	90
第 6 節 藥物清單可能會在年內變更	92
第 7 節 我們不予承保的藥物類型	94
第 8 節 如何配藥	95
第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險	95
第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃	96
第 6 章：對於 D 部分您須支付的費用	99
第 1 節 對於 D 部分您須支付的費用	100
第 2 節 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員的藥物付款階段	102
第 3 節 D 部分福利說明將說明您所處的付款階段	102
第 4 節 自付額階段	104
第 5 節 初始承保階段	104
第 6 節 災難承保階段	107
第 7 節 您為 D 部分疫苗支付的費用	107
第 7 章：要求我們對承保醫療服務或藥物帳單支付費用	110
第 1 節 您要求我們支付承保服務或藥物費用的情況	111
第 2 節 如何要求我們償付或支付您收到的帳單	113
第 3 節 我們會考慮您的付款請求並作出回覆	114
第 8 章：您的權利與責任	115
第 1 節 我們的計劃必須尊重您的權利與文化敏感性	116
第 2 節 身為我們計劃會員的責任	123
第 9 章：如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）	124
第 1 節 遇到問題或疑慮該如何處理	125
第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個人化協助	125
第 3 節 瞭解關於 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴	126
第 4 節 解決問題的流程	126

第 5 節	承保決定和上述指引	127
第 6 節	醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴	130
第 7 節	D 部分藥物：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴	140
第 8 節	如果您認為您過快出院，如何要求我們延長住院承保	148
第 9 節	如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些 醫療服務	152
第 10 節	將您的上訴升級至第 3、4 和 5 級	155
第 11 節	如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴	158
第 10 章：終止您在我們計劃之會員身分		161
第 1 節	終止您在我們計劃之會員身分	162
第 2 節	您何時能終止計劃會員資格？	162
第 3 節	如何終止計劃的會員資格	165
第 4 節	會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、 服務和藥物	166
第 5 節	在某些情況下，ElderServe MAP (HMO D-SNP) 必須終止我們的計 劃會員資格	166
第 11 章：法律聲明		168
第 1 節	有關管轄法律的通知	168
第 2 節	有關非歧視的通知	168
第 3 節	有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知	168
第 12 章：定義		169

第 1 章： 會員入門

第 1 節 您是 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 的會員

第 1.1 節 您已加入 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*，這是一項 Medicare 特殊需求計劃

您同時受到 Medicare 和 Medicaid 承保：

- **Medicare** 適用於年滿 65 歲的人士、某些 65 歲以下特定殘障人士以及患有晚期腎病（腎衰竭）的人士的聯邦健康保險計劃。
- **Medicaid** 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，協助為收入和資產有限的特定人群支付醫療費用。Medicaid 承保範圍視您所在州和所享有 Medicaid 的類型而有所不同。某些 Medicaid 受保人可以獲取協助來支付其 Medicare 保費和其他費用。其他人也可以獲得 Medicare 不承保的其他服務和藥物保險。

您已選擇透過我們的計劃 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 獲得 Medicare 和 Medicaid 醫療保健以及藥物保險。我們的計劃承保所有 A 部分和 B 部分服務。但是，我們的計劃中的分攤費用和醫療服務提供者使用權與 Original Medicare 有所不同。

ElderServe MAP (HMO D-SNP) 是一項特別的 Medicare Advantage 計劃（Medicare「特殊需求計劃」），即，其福利是專門為有特殊醫療照護需求之人士設計的。*ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 旨在為擁有 Medicare 且有資格獲得 Medicaid 援助的人士提供服務。

由於您從 Medicaid 獲得援助並支付 Medicare A 部分和 B 部分分攤費用（自付額、共付額和共同保險），因此，您無需就 Medicare 服務支付任何費用。Medicaid 還透過承保通常 Medicare 不承保的保健服務、處方藥、長期護理和/或基於家庭和社區的服務來提供其他福利。您還可能獲得 Medicare 的「額外補助」以支付 Medicare 藥物費用。*ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 將幫助您管理所有這些福利，使您獲得健康照護和您有權獲得的所有付款補助。

ElderServe MAP (HMO D-SNP) 由非營利組織營運。像所有 Medicare Advantage 計劃一樣，本 Medicare 特殊需求計劃已獲得 Medicare 核准。我們的計劃還與 New York 州 Medicaid 計劃簽有合約以協調您的 Medicaid 福利。我們很榮幸能夠為您提供 Medicare 和 Medicaid 保險，包括藥物承保、長期護理和/或家庭和基於社區的服務。

第 1.2 節 關於承保證書的法律資訊

本承保證書是與您簽署的有關 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 如何承保您的護理服務的合約的一部分。該合約還包括您的參保表、承保藥物清單（處方藥一覽表）以及我們向您提供的所有關影響您的承保範圍的承保範圍或條件變化的通知。這些通知有時稱為附則或修正條款。

第 1 章會員入門

合約有效期為您在 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期間加入 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 的月份。

Medicare 允許我們對每個日曆年提供的計劃進行變更。這意味著我們可在 2026 年 12 月 31 日之後變更 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 的費用和福利。我們也可在 2026 年 12 月 31 日之後選擇在您的服務區域停止提供我們的計劃。

Medicare（Medicare 及 Medicaid 服務中心）和 New York 州衛生部每年必須核准 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*。只要我們選擇繼續提供我們的計劃，且 Medicare 和 New York 州衛生部續批我們的計劃，您就可以每年繼續作為我們計劃的會員獲得 Medicare 的承保。

第 2 節 計劃資格要求

第 2.1 節 資格要求

只要您符合以下所有條件，就有資格成為我們計劃的會員：

- 您同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
- 您居住在我們的地理服務區內（請參閱第 2.3 節）。被監禁的人不被視為居住在地理服務區內，即使他們實際位於該區域內。
- 您是美國公民或在美國合法居留
- 您滿足下述特殊資格要求。

我們計劃的特殊資格要求

我們的計劃旨在滿足享受某些 Medicaid 福利之人士的需求。（Medicaid 是聯邦和州政府的聯合計劃，協助收入與資源有限的特定族群負擔醫療費用。）要符合我們計劃的資格，您必須符合 Medicare 和完整 Medicaid 福利兩項資格。

註：如果您失去資格，但可以合理預期在 3 個月內重新獲得資格，那麼您仍然有資格成為會員。第 4 章第 2.1 節介紹了視為資格延續期內承保和分攤費用的相關資訊。

第 2.2 節 Medicaid

Medicaid 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療和長期護理費用。各州決定哪些計作收入和資產、誰符合資格、承保哪些服務以及服務費用。各州還可在遵循聯邦準則的前提下決定如何營運計劃。

此外，Medicaid 還提供計劃幫助受保人支付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「Medicare 儲蓄計劃」每年幫助低收入與資源有限的人士積蓄資金：

- 符合條件的 **Medicare 受益人 (QMB)**：幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險和共付額）。（某些 QMB 受保人也符合享受完整 Medicaid 福利的條件 (QMB+)。）
- 特定低收入 **Medicare 受益人 (SLMB)**：幫助支付 B 部分保費。（某些 SLMB 受保人也符合享受完整 Medicaid (SLMB+) 福利的條件。）
- 符合條件的個人 **(QI)**：幫助支付 B 部分保費。
- 符合條件的有殘障但仍在工作的個人 **(QDWI)**：幫助支付 A 部分保費。

第 2.3 節 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 的計劃服務區域

ElderServe MAP (HMO D-SNP) 僅適用於居住在我們計劃服務區域內的人士。為保持我們計劃會員的身份，您必須持續居住在我們計劃的服務區域內。服務區域在下面進行了介紹。

我們的服務區域包含 *New York* 州的以下縣：Bronx、Kings、New York、Queens、Richmond、Nassau 和 Westchester。

若您計劃移居到別州，則應聯絡州 Medicaid 辦公室並詢問移居對您的 Medicaid 福利有何影響。Medicaid 的電話號碼列於本文件的第 2 章第 6 節。

如果您搬離我們計劃的服務區域，則您不能繼續成為本計劃的會員。致電會員服務部 **1-800-362-2266**。（TTY 使用者請致電 711），瞭解我們是否在您所在的新區域提供計劃。搬家後，您將擁有一段特殊投保期，可以轉換至 Original Medicare，或投保您新遷入地區的 Medicare 健康或藥物計劃。

如果您搬遷或更改郵寄地址，請務必聯絡社會保障局。請致電社會保障局 1-800-772-1213（TTY 使用者請致電 1-800-325-0778）。

第 2.4 節 美國公民或合法居留身份

Medicare 保健計劃會員必須為美國公民或可在美國合法居留。如果您在此基礎上不再符合我們計劃的會員資格，Medicare（Medicare 及 Medicaid 服務中心）將通知 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*。如果您不符合此要求，*ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 必須將您退保。

第 3 節 重要會員資料

第 3.1 節 我們的計劃會員資格卡

作為計劃會員，當您獲取我們的計劃承保的服務以及在網絡內藥房取得處方藥時，請務必使用您的會員卡。您還應向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 卡。會員資格卡範例：

RiverSpring MAP (HMO D-SNP)	
<Jane A. Doe>	
Member ID: <0000123456789>	Rx Bin: 610014
Issuer: 80840	Rx GRP: RSMAPX
Effective: <01/01/2017>	Rx PCN: MEDDPRIME
PCP: <Dr. Jon Gold>	
PCP Phone: <1-800-000-0000>	
MedicareRx Prescription Drug Coverage	
For Members:	
Member Services: 1-800-362-2266 (TTY/TDD 711)	
Prescription Drugs: 1-844-685-6364 (TTY/TDD 711)	
Behavioral/Mental Health: 1-800-362-2266 (TTY/TDD 711)	
24-Hour Nurse Hotline: 1-800-362-2266 (TTY/TDD 711)	
Website: www.RiverSpringHealthPlans.org	
For Pharmacies:	
Express Scripts Pharmacy Helpdesk: 1-800-922-1557	
For Providers:	
Provider Services: 1-800-362-2266	
Send Paper Claims to: RiverSpring Health Plans, C/O Relay Health 1564 Northeast Expy, Mail Stop HQ-2361, Atlanta, GA 30329	
Electronic Claims: Use Payee ID: 05178	
Supplemental Provider Network provided by MAGNACARE™ Other Providers/Physicians are available in our Network	

成為本計劃的會員後，請勿使用紅白藍 Medicare 卡來獲取承保醫療服務。如果您使用 Medicare 卡替代 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員資格卡，您或需自行支付醫療服務的全額費用。請妥善保管您的 Medicare 卡。如果您需要住院服務、臨終關懷服務或參與 Medicare 批准的臨床研究（也稱為臨床試驗），可能需要出示此卡。

如果我們的計劃會員卡損壞、遺失或被盜，請立即致電 **1-800-362-2266**（TTY 使用者致電 711）聯絡會員服務部，我們將為您提供一張新卡。

第 3.2 節 提供者及藥房名冊

提供者目錄及藥房名錄 www.ElderServeHealth.org 列出了我們目前的網絡服務提供者、藥房和耐用醫療設備供應商。網絡內提供者是與我們簽有協議，接受我們付款和任何計劃費用分攤以當作全額支付的醫生和其他醫療保健專業人員、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院、藥房及其他醫療保健機構。

您必須使用網絡內提供者才能獲取醫療護理和服務。如果您在未經適當授權的情況下前往其他處看診，您將須全額付款。唯一的例外情況是網絡無法提供緊急醫療護理或急症治療服務（即在網絡內獲取服務不合理或不可能的情况）、區域外透析服務以及 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 授權使用網絡外醫療服務提供者的情况。

最新的提供者、藥房和供應商清單也可在我們的網站 www.ElderServeHealthPlans.org 上找到。

如果您沒有提供者目錄或藥房目錄，可從會員服務部 **1-800-362-2266** 索取副本（電子版或紙本版）。（TTY 使用者應致電 711）。若索取紙本版提供者目錄與藥房名錄，我們將在 3 個工作日內將其郵寄給您。

第 3.3 節 藥房目錄

藥房目錄 www.ElderServeHealth.org 列出了我們的網絡內藥房。網絡藥房是同意為我們的計劃成員配藥的藥房。利用藥房名錄來尋找您想要使用的網絡內藥房。有關何時可以使用不在計劃網絡內的藥房的資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

如果您沒有藥房名錄，可從會員服務部 1-800-362-2266 索取副本。（TTY 使用者應致電 711）。您亦可在我們的網站 www.ElderServeHealth.org 上找到該資訊。

第 3.4 節 藥物清單（處方藥一覽表）

本計劃有一份承保藥物清單（亦稱為藥物清單或處方藥一覽表）。其中介紹了何種類型的處方藥受 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的 D 部分福利承保。此清單上的藥物皆由我們的計劃在醫生和藥劑師的協助下選定。藥物清單必須符合 Medicare 的要求。根 Medicare 藥物價格談判計劃協商價格的藥物將列入您的藥物清單，除非這些藥物已按照第 5 章第 6 節的規定移除和更換。Medicare 已核准該 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 藥物清單。

該藥物清單也可告知您的藥物是否有任何限制承保範圍的規則。

我們將為您提供一份藥物清單。若要取得有關承保藥物的完整實時資訊，請瀏覽 www.ElderServeHealth.org 或致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。

第 4 節 重要費用摘要

	您 2026 年的費用
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於此金額。詳見第 4.1 節。	對於 D 部分保費，\$0 或 \$58.80
最高自付費用金額 這是您對承保的 A 部分和 B 部分服務需要自掏腰包的最高金額。 (有關詳細資訊，參見第 4 章第 1 節。)	\$9,250 如果您有資格享受 Medicaid 項下的 Medicare 費用分攤補助，對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入自掏腰包金額上限的自付費用。
主治醫生診室就診	每次就診 \$0 如果您有資格享受 Medicaid 項下的 Medicare 費用分攤補助，每次就診您支付 \$0。

	您 2026 年的費用
專科醫生診室就診。	每次就診 \$0 如果您有資格享受 Medicaid 項下的 Medicare 費用分攤補助，每次就診您支付 \$0。
住院	\$0 如果您有資格享受 Medicaid 項下的 Medicare 分攤費用補助，您需支付 \$0。
D 部分藥物承保自付額 （有關詳細資訊，參見第 6 章第 4 節。）	\$615 承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗除外。
D 部分藥物承保 （請參閱第 6 章，包括年度自付額、初始承保和災難承保階段。）	初始承保階段的共付額/共同保險： 第 1 級藥物：初始承保階段適用的共付額/共同保險： 第 1 級藥物：根據您的 Medicaid 資格，您需要支付： 對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥物）： \$0 的共付額；或 \$1.60 的共付額；或 \$5.10 的共付額；或 25% 的費用。 對於所有其他藥物： \$0 的共付額；或 \$5.10 的共付額；或 \$12.65 的共付額；或 25% 的費用。

您 2026 年的費用
對於此等級承保的每種胰島素產品的一個月藥量，您需支付 \$35。 災難承保階段： 在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

您的費用可能包括以下內容：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- Medicare B 部分月繳保費（第 4.2 節）
- D 部分逾期參保罰金（第 4.4 節）
- 按收入每月調整保費（第 4.5 節）
- Medicare 處方藥付款計劃 金額（第 4.6 節）

第 4.1 節 計劃保費

您不需要為 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 單獨支付月繳計劃保費。

如果您已經從該等計劃中的一個獲取幫助，此承保證書內有關保費的資訊可能不適用於您。我們已給您寄送一份單獨的文件來說明您的藥物承保，該插頁稱為 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*（取得支付處方藥物「額外補助」者的承保證書附則）（也稱為 *Low-Income Subsidy Rider*（低收入補助附則）或 *LIS Rider*（LIS 附則））。如果您沒有收到此插頁，請致電會員服務部 **1-800-362-2266**。（TTY 使用者請致電 711），並索取 *LIS Rider*（LIS 附則）。

在某些情況下，我們的計劃保費可能更少。

有一些計劃可以幫助資源有限的人士支付他們的藥費。這些計劃包括「額外補助」和州政府醫藥補助計劃。有關這些計劃的詳細資訊，請參閱第 2 章第 7 節。如果您符合條件，則加入其中一項計劃可能會降低您的月繳計劃保費。

收入不同的人士，其 Medicare B 部分和 D 部分的保費也會有所不同。如果您對這些保費有疑問，請查看您的 2026 年 Medicare 與您手冊，2026 年 Medicare 費用一節。從 Medicare 網站 (www.Medicare.gov/medicare-and-you) 下載副本，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 訂購印刷版。TTY 使用者致電 1-877-486-2048。

第 4.2 節 Medicare B 部分月繳保費

許多會員需要支付其他 Medicare 保費

一些會員需要支付其他 Medicare 保費。如上文第 2 節所述，為符合我們計劃的資格，您必須保持您的 Medicaid 資格並同時享有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。對於大多數 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員，Medicaid 會支付您的 A 部分保費（在您並未自動符合資格的情況下）和 B 部分保費。

如果 Medicaid 沒有支付您的 Medicare 保費，您必須繼續支付 Medicare 保費以保持我們計劃的會員身份。這包括您的 B 部分保費。如果您不符合免繳 A 部分保費的資格，則還需要交納這部分費用。

第 4.3 節 D 部分逾期參保罰金

由於您是具有雙重資格的會員，只要您保持您的雙重資格，延遲註冊罰款 (LEP) 就不適用，但如果您失去雙重資格，則可能須繳納 LEP。D 部分延遲註冊罰款是附加的保費，即如果在您的初始註冊期結束後的任何時間，如果您連續 63 天或更長時間沒有獲得 D 部分或其他有信譽度的藥物承保範圍，則必須為 D 部分承保範圍支付的保費。「可替代處方藥承保」是指滿足 Medicare 最低標準的保險，因預計其平均支付的賠付通常至少相當於 Medicare 標準藥物保險。逾期參保罰金金額將視您未擁有 D 部分保險或其他可替代處方藥承保的持續時間而定。只要您仍擁有 D 部分保險，您就需要支付此罰金。

如果符合以下條件，則無需支付 D 部分延遲註冊罰款：

- 您取得 Medicare 提供的「額外補助」來協助支付您的藥物費用。
- 您失去可替代承保的時間未達連續 63 天。
- 您已透過前僱主、工會、TRICARE 或退伍軍人健康管理局 (VA) 等其他來源獲得了有信譽度的藥物承保範圍。您的保險公司或人力資源部門將會告知每年您的藥物承保範圍是否為可替代承保。您可能透過該計劃的信件或新聞通訊獲取此資訊。請保留此資訊，您在之後加入 Medicare 藥物計劃時可能會用到。
 - 註：任何信件或通知必須註明您擁有過可替代處方藥承保，其預計支付的金額和 Medicare 的標準藥物計劃一樣多。
 - 註：處方藥折扣卡、義診、藥物折扣網站不屬於可替代處方藥承保範圍。

D 部分延遲註冊罰款的金額由 Medicare 決定。獎勵規則如下：

- 首先，請計算您在符合參保資格後，延誤了多少個全月才加入 Medicare 藥物計劃。或者，計算您有多少個全月未擁有任何有信譽度的藥物保險（如果保險中斷了 63 天以上）。該罰款是您未擁有任何可替代承保的期間，每個月計算 1%。例如，您有 14 個月沒有承保範圍，則罰款百分比為 14%。
- 然後，Medicare 確定上一年全國 Medicare 藥物計劃的平均每月繳計劃保費金額（國家基本受益人保費）。對 2026 年而言，此平均保費金額為 \$38.99。
- 將罰金比例和國家基本受益人保費相乘，再四捨五入至 10 美分，即可算出您的月繳罰金。在此範例中，用 14% 乘以 \$38.99，得到 \$5.4586。四捨五入為 \$5.50。此金額將追加到須支付 D 部分延遲註冊罰款之人士的月計劃保費中。

關於此月繳 D 部分延遲註冊罰款，有以下三點重要注意事項：

- **罰款可能每年變更**，因為國家基本受益人保費每年都會變更。
- 只要您仍然參保提供 Medicare D 部分藥物福利的計劃，**您就要繼續每月支付罰金**（即使您變更計劃）。
- 如果您未滿 65 歲，且已參保 Medicare，則 D 部分延遲註冊罰款將會在您年滿 65 歲時重新計算。在 65 歲後，您的 D 部分延遲註冊罰款將會僅視 Medicare 老年初始註冊期後您未擁有承保範圍的月數而定。

如果您不同意您的 D 部分逾期參保罰金，您或您的代表可以要求對其進行審核。通常，您必須在收到首封信函告知您必須支付延遲註冊罰款後的 **60 天內** 請求此審核。但是，如果您在加入本計劃前就已經在支付罰金，您將無法再提出延遲註冊罰款審核請求。

重要提示：在等待 D 部分延遲註冊罰款決定的審核期間，請勿停止支付延遲註冊罰款。如果您停止支付，您可能會因未能支付我們的計劃保費而遭退保。

第 4.4 節 按收入每月調整保費

如果您因收入變更而喪失參保本計劃的資格，有些會員可能需要為 Medicare 計劃支付額外費用，稱為 D 部分與收入相關的每月調整金額 (IRMAA)。額外費用是根據您 2 年前的 IRS 納稅申報單表上申報的修正調整後總收入來計算的。如果這個金額超過一定金額，您將需支付標準保費金額和額外的 IRMAA。如需獲得更多關於您可能需要支付的額外款項（根據您的收入確定）的資訊，請瀏覽 www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs。

如果您必須支付額外 IRMAA，社會保障局，而非您的 Medicare 計劃，會寄信給您告知此額外金額。這筆額外的金額將會從您的社會保障局、鐵路職工退休委員會、人事管理局的福利支票扣繳，無論您通常支付我們的計劃保費的方式為何，除非您的每月福利不足以支

付該筆額外金額。如果您的福利支票不足以支付該筆額外金額，您將會收到 Medicare 的帳單。您必須向政府支付額外的 **IRMAA**。它不能與您的月計劃保費一同支付。如果您不支付這筆額外 **IRMAA**，您將從我們的計劃退保並失去處方藥保險。

如果您不同意支付額外 **IRMAA**，您可以要求社會保障局審核該決定。要瞭解如何操作，請致電社會保障局 1-800-772-1213（TTY 使用者請致電 1-800-325-0778）。

第 5 節 關於月計劃保費的更多資訊

第 5.1 節 我們在一年內不會更改月計劃保費

我們不能在一年中更改月繳計劃保費金額。如果來年月計劃保費更改，我們會在九月份告知您，並且新保費將於 1 月 1 日生效。

如果在一年中，您取得「額外補助」資格或失去「額外補助」資格，則您必須支付的計劃保費部分可能會發生變化。如果您符合「額外補助」資格，則可獲得藥物承保範圍，「額外補助」將為您支付全部或部分月繳計劃保費。如果您在年內失去「額外補助」的資格，您將需要開始支付全額月繳計劃保費。有關「額外補助」的更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

但是，在某些情況下，您可能可以停止支付延遲註冊罰款（若欠款）或您可能需要開始支付延遲註冊罰款。如果在一年中，您取得「額外補助」資格或失去「額外補助」資格，則上述情形將可能會發生。

- 若您目前需要支付一筆 D 部分延遲註冊罰款，但在一年之中取得了「額外補助」的資格，您將不再需要支付該筆罰款。
- 如果您失去「額外補助」，並且在連續 63 天或以上的期間內沒有 D 部分或其他可信藥物承保，您可能受到 D 部分延遲註冊罰款。

有關「額外補助」的更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄

您的會員記錄中包含您的參保表中的資訊，包括您的地址和電話號碼。它顯示您的具體計劃保險，包括您的主治醫生。

我們計劃網絡內的醫生、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者使用您的會員記錄來瞭解您獲承保了哪些服務和藥物以及分攤費用。因此，您及時幫我們更新您的資訊非常重要。

如果您有以下任何變更，請告知我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更
- 您的任何其他醫療承保的變化（例如您的僱主、配偶或家庭伴侶的僱主、勞工賠償或 Medicaid 提供保險的情況）
- 任何責任理賠，例如車禍理賠
- 如果您入住療養院
- 您在服務區外或網絡外的醫院及急診室接受護理
- 如果您指定的責任方（例如護理者）發生了變化
- 如果您要參與一項臨床研究（註：您不需要告知我們的計劃有關您打算參與的臨床研究一事，但我們鼓勵您這樣做。）

如果這些資訊有任何變更，請致電會員服務部告知我們 **1-800-362-2266**。（TTY 使用者應致電 **711**）。如果您搬遷或更改郵寄地址，請務必聯絡社會保障局，這一點也非常重要。請致電社會保障局 **1-800-772-1213**（TTY 使用者請致電 **1-800-325-0778**）。

第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作

Medicare 要求我們收集有關您擁有的任何其他醫療或藥物保險的資訊，以便我們將您其他保險與您根據我們的計劃獲得的福利相協調。這稱為**福利協調**。

我們會每年給您發一封信，列出我們所瞭解的任何其他醫療或藥物承保範圍情況。仔細閱讀本資訊。如果資訊正確，您無需採取任何措施。如果資訊不正確，或您享有其他未列出的承保，請致電會員服務部 **1-800-362-2266**。（TTY 使用者應致電 **711**）。您可能需要將您的計劃會員 ID 號提供給您的其他保險商（在您確認其身份之後），以便按時正確支付您的帳單。

當您有其他保險（如僱主團體健康承保）時，Medicare 規則將決定是我們的計劃還是您的其他保險先支付。首先支付的保險（「主要付費者」）最多支付其承保限額。第二支付的保險（「次要付款人」）只支付主要保險未支付的費用。次要付款人可能並不支付主要付費者未支付的所有費用。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。

以下規則適用於僱主或工會團體保健計劃保險：

- 如果您有退休保險，Medicare 先支付。
- 如果您的團體保健計劃保險以您或家庭成員的當前工作為基礎，誰先支付則取決於您的年齡、僱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：

第 1 章會員入門

- 如果您未滿 65 歲且殘疾，您（或您的家庭成員）仍在工作，並且僱主的員工數多於等於 100 人或多個僱主計劃中至少一家僱主的員工數多於 100 人，則您的團體健保計劃先支付。
- 如果您已過 65 歲、您（或您的配偶或同居伴侶）仍在工作，並且僱主的員工數多於或等於 20 人，或多個僱主計劃中至少一家僱主的員工數多於 20 人，則您的團體健保計劃先支付。
- 如果您因 ESRD 而享有 Medicare，在您符合 Medicare 條件後您的團體保健計劃將先支付前 30 個月。

以下類型的保險通常先支付其相關服務的費用：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 責任險（包括汽車保險）
- 黑肺病福利
- 勞工賠償

對於 Medicare 承保的服務，Medicaid 與 TRICARE 不會先支付。他們只會在 Medicare 和/或僱主團體健康計劃支付之後進行支付。

第 2 章： 電話號碼和資源

第 1 節 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 聯絡方式

如需賠付、帳單或會員卡相關問題協助，請致電或致函 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 會員服務部。我們將很樂意幫助您。

會員服務部 – 聯絡資訊

致電	1-800-362-2266 此為免付費電話。每週 7 天，東部時間 8 a.m. 至 8 p.m. 會員服務部 1-800-362-2266 (TTY 使用者請致電 711) 也為非英語使用者提供免費的語言口譯服務。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 此為免付費電話。每週 7 天，東部時間 8 a.m. 至 8 p.m.
寫信	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Member Services 80 West 225 th Street Bronx, NY 10463
網站	www.ElderServeHealth.org

如何就您的醫療護理請求承保決定或提出上訴

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務或 D 部分藥物支付的金額所作出的決定。上訴是指要求我們審核並更改承保決定的正式方式。有關請求關於您的醫療護理或 D 部分藥物的承保決定或上訴的詳細資訊，請參閱第 9 章。

醫療護理的承保決定和上訴 – 聯絡資訊

致電	1-800-362-2266 您可以免費致電此號碼，每週 7 天，服務時間為東部時間 8 a.m. 至 8 p.m. 會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 此為免付費電話。您可以免費致電此號碼，每週 7 天，服務時間為東部時間 8 a.m. 至 8 p.m.

第 2 章電話號碼和資源

醫療護理的承保決定和上訴 – 聯絡資訊

寫信	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Medical Management 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
網站	www.ElderServeHealth.org

D 部份處方藥的承保決定 – 聯絡資訊

致電	1-800-935-6103 撥打此號碼是免費的，服務時間：每天 24 小時，每週 7 天。
TTY	1-800-716-3231 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的，服務時間：每天 24 小時，每週 7 天。
傳真	1-877-251-5896
寫信	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
網站	www.express-scripts.com

有關 D 部分藥物的上訴 – 聯絡資訊

致電	1-800-935-6103 此為免付費電話。每週 7 天，東部時間 8 a.m. 至 8 p.m.。
TTY	1-800-716-3231 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的，服務時間：每天 24 小時，每週 7 天。
傳真	1-877-251-5896
寫信	Express Scripts Attn: Medicare Appeals P.O. Box 66588 St. Louis, MO 63166-6571
網站	www.express-scripts.com

第 2 章電話號碼和資源**如何就您的醫療護理提出投訴**

您可以就我們或我們的網絡內提供者之一或藥房進行投訴，包括投訴您獲得的護理品質。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。有關如何就您的醫療護理提出投訴的更多資訊，請參閱第 9 章。

就醫療護理進行投訴 - 聯絡資訊

致電	1-800-362-2266 您可以免費致電此號碼，每週 7 天，服務時間為東部時間 8 a.m. 至 8 p.m.。 會員服務中心也為非英語人士提供免費的口譯服務。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。] 您可以免費致電此號碼，每週 7 天，服務時間為東部時間 8 a.m. 至 8 p.m.。
寫信	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Appeals & Grievances 80 West 225th Street Bronx, New York 10463
Medicare 網站	您可直接向 Medicare 提交有關 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。

有關 D 部份處方藥的投訴-聯絡資訊

致電	1-844-670-8836 您可以免費致電此號碼，每週 7 天，服務時間為東部時間 8 a.m. 至 8 p.m.。
TTY	1-800-899-2114 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 此為免付費電話，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。
寫信	Express Scripts Grievance Resolution Team P.O. Box 3610 Dublin, OH 43016-0307
Medicare 網站	您可直接向 Medicare 提交有關 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的投訴，請瀏覽 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。

第 2 章電話號碼和資源**如何要求我們就您獲得的醫療護理或藥物向 ElderServe MAP (HMO- D-SNP) 支付費用**

如果您收到了帳單或已為某項服務付費（如醫療服務提供者帳單），但您認為這應由我們支付，您可能需要向我們申請償付或支付該醫療服務提供者帳單。有關詳細資訊，參見第 7 章。

如果您向我們發送付款請求，而我們拒絕您任何部分的請求，您都可以上訴我們的決定。有關詳細資訊，參見第 9 章。

付款請求 – 聯絡資訊

致電	1-800-362-2266 您可以免費致電此號碼，每週 7 天，服務時間為東部時間 8 a.m. 至 8 p.m.。
TTY	711 <i>撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。</i> 此為免付費電話，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。
寫信	ElderServe MAP (HMO D-SNP) Attn: Claims Department 80 West 225 th Street Bronx, New York 10463
網站	www.ElderServeHealth.org

針對 D 部分處方藥的付款請求 – 聯絡資訊

致電	1-800-580-7000 您可以免費致電此號碼，每週 7 天，服務時間為東部時間 8 a.m. 至 8 p.m.。
TTY	711 <i>撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。</i> 此為免付費電話，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。
傳真	1-608-741-5483
寫信	Express Scripts Attn: Medicare Part D PO Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
網站	www.express-scripts.com

第 2 節 從 Medicare 獲得幫助

Medicare 是適用於年滿 65 歲或以上的人士、某些 65 歲以下的殘障人士以及患有晚期腎病（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）的人士的聯邦健康保險計劃。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 及 Medicaid 服務中心 (CMS)。該機構與 Medicare Advantage 組織（包括我們的計劃在內）簽有合約。

Medicare – 聯絡資訊

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此為免付費電話。 全天候服務。
TTY	1-877-486-2048 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 此為免付費電話。
即時聊天	線上聊天： www.Medicare.gov/talk-to-someone 。
寫信	致函給 Medicare 地址是 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	www.Medicare.gov - 取得您所在地區 Medicare 健康和藥物計劃的相關資訊，包括費用和提供的服務。 - 查找參與 Medicare 的醫生或其他健康護理提供者和供應商。 - 瞭解 Medicare 的承保範圍，包括預防性服務（如篩檢、注射或疫苗以及每年的「健康」檢查）。 - 取得 Medicare 上訴資訊和表格。 - 取得有關計劃、療養院、醫院、醫生、家庭保健機構、透析機構、臨終關懷中心、住院康復機構和長期護理醫院提供的護理品質的資訊。 - 查找有用的網站和電話號碼。 您亦可瀏覽 www.Medicare.gov 向 Medicare 提交您對 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的任何投訴 如需向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint 。Medicare 會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 計劃的品質。

第 3 節 州健康保險援助計劃 (SHIP)

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的諮詢師，提供免費協助、資訊和有關 Medicare 問題的解答。在 *New York* 州，SHIP 被稱為健康資訊、諮詢和援助計劃 (HIICAP)。

HIICAP 是一項獨立的州計劃（與任何保險公司或健保計劃都沒有關係），由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢。

HIICAP 諮詢師可以幫您瞭解您的 Medicare 權利，就您的醫療護理或治療進行投訴，並解決與您的 Medicare 賬單有關的問題。HIICAP 諮詢師也可以幫您解決 Medicare 疑問，幫您瞭解您的 Medicare 計劃選擇並回答有關更換計劃的問題。

健康保險資訊、諮詢與協助計劃 (HIICAP)：(*New York SHIP*) – 聯絡資訊

致電	1800-701-0501
TTY	1-212-504-4115 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	<i>New York City</i> Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392 <i>Nassau County</i> Nassau County HIICAP Office 100 E Old Country Road, Suite 18 Mineola, NY 11501 <i>Westchester County</i> Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
網站	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

第 4 節 品質改進機構 (QIO)

各州均有指定的質量改善組織 (QIO) 為 Medicare 受益人提供服務。New York 州的品質改進機構稱為 Livanta。

Livanta 是一個由醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體，由 Medicare 出資營運，旨在監察並幫助改進 Medicare 受保人獲得的護理的品質。Livanta 是一個獨立組織。與我們的計劃無關。

在以下任何一種情形下，您均應聯絡 Livanta：

- 您要就獲得的護理品質提出投訴。護理品質問題的例子包括錯誤用藥、不必要的檢驗或程序或誤診。
- 您認為您的住院承保結束得太早。
- 您認為居家護理、專業護理機構照護或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的承保階段結束得太快。

Livanta：(New York 州品質改進機構) - 聯絡資訊

致電	1-866-815-5440 營業時間： 週一至週五：9:00 a.m. 至 5:00 p.m. 週末/節假日：11:00 a.m. 至 3:00 p.m.
TTY	1-866-868-2289 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	https://livantaqio.com/

第 5 節 社會保障局

社會保障確定 Medicare 資格並處理 Medicare 參保。社會保障局也負責決定是否因高收入而需要為 D 部分藥物保險支付額外的金額。如果您收到社會保障局寄給您的信函，告知您需要支付額外的金額，而您對該筆金額有疑問或您的收入因改變生活的事件而減少，您可以致電社會保障局要求重新考量。

如果您搬遷或更改郵寄地址，請聯絡社會保障局以告知他們此事。

社會保障局 - 聯絡資訊

致電	1-800-772-1213 此為免付費電話。 服務時間：週一至週五 8 a.m. 至 7 p.m. 使用社會保障局的自動電話服務一天 24 小時獲取記錄的資訊及進行某些業務。
TTY	1-800-325-0778 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 此為免付費電話。 服務時間：週一至週五早 8 a.m. 至 7 p.m.
網站	www.SSA.gov

第 6 節 Medicaid

ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員同時參保了 Medicare 和 New York 州 Medicaid。同時符合 Medicare 和 Medicaid 保險資格的個人被稱為雙重資格。ElderServe MAP (HMO D-SNP) 是一個雙重資格特殊需求計劃，在您接受 New York 州 Medicaid 計劃提供的 Medicaid 福利時，此計劃會協調您的 Medicare 承保範圍。ElderServe MAP (HMO D-SNP) 允許符合 Medicare 和 Medicaid 雙重資格的個人參加同一保健計劃，以獲取其大部分 Medicare 和 Medicaid 福利。ElderServe MAP (HMO D-SNP) 透過與州政府簽訂合約整合 Medicare 與 Medicaid 福利，以提供按人收費的特定 Medicaid 綜合福利。這些 Medicaid 醫療補助福利詳見第 4 章及您的福利聲明。

參加 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 須符合 CMS 和 New York Medicaid (NYSDOH) 載列的資格條件。CMS 負責處理老人醫療保險優勢計劃參保事宜，當地社會服務部或 NYSDOH 指定機構負責處理獲取 Medicaid 醫療補助福利的參保申請。

Medicaid 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，協助為收入和資產有限的特定人群支付醫療費用。此外，Medicaid 提供一些其他計劃，幫助 Medicare 受保人支付其 Medicare 費用，比如 Medicare 保費。「Medicare 儲蓄計劃」每年都能幫助收入與資源有限的人士省錢：

- **符合條件的 Medicare 受益人 (QMB)：**幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險和共付額）。（某些 QMB 受保人也符合享受完整 Medicaid 福利的條件 (QMB+)。）
- **特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：**幫助支付 B 部分保費。（某些 SLMB 受保人也符合享受完整 Medicaid (SLMB+) 福利的條件。）

第 2 章電話號碼和資源

如果您有關於可從 Medicaid 獲得的協助的任何疑問，請聯絡 New York Medicaid 和特殊服務辦公室。

New York Medicaid – 聯絡資訊

致電	New York 州 Medicaid 幫助專線：1-800-541-2831 服務時間：週一至週五 8:00 a.m. 至 8:00 p.m. 服務時間：週六 9:00 a.m. 至 1:00 p.m. TTY：711
寫信	您可以寫信給地方社會服務部 (LDSS)。在 這裡 找到您的 LDSS 地址：
網站	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

獨立消費者倡權網絡 (ICAN) 監察官可以幫助 Medicaid 的投保人處理服務或費用問題。他們可以協助您向我們的計劃提出申訴或上訴。該監察員可以幫助參加我們的健康和康復計劃 (HARP) 的參保者；或加入我們的 Medicaid 管理式醫療 (MMC) 計劃並獲得長期服務和支援的人士。

獨立消費者倡權網絡 (ICAN) – 聯絡資訊

致電	1-844-614-8800 週一至週五 9:00 a.m. 至 5:00 p.m.
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
地址	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> <i>Community Service Society of New York</i> 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017
電子郵件	ican@cssny.org
網站	www.icannys.org/

第 2 章電話號碼和資源

New York 州長期護理監察官計劃(LTCOP) 幫助人們獲得關於療養院的資訊並解決療養院與居民或其家庭之間的問題。

New York 州長期護理監察員計劃 (LTCOP) – 聯絡資訊

致電	1-855-582-6769週一至週五 9:00 AM 至 5:00 PM
地址	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
電子郵件	ombudsman@aging.ny.gov
網站	www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

第 7 節 幫助人們支付處方藥費用的計劃

Medicare 網站 (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供了有關如何降低處方藥費用的方法。以下計劃可以幫助收入有限的人群。

Medicare 提供的「額外補助」

由於您符合 Medicaid 參加資格，因此有資格獲取並且正在獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付您的處方藥計劃費用。您無需採取任何進一步行動即可獲得此「額外補助」如果您對「額外補助」有任何疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 社會安全局辦公室電話 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五 8 a.m. 至 7 p.m.。TTY 使用者請致電 1-800-325-0778；或
- 所在州的 Medicaid 辦公室電話（聯絡資訊請參見本章第 6 節）。

如果您認為您在藥房支付的處方藥費金額不正確，本計劃有一套程序可幫助您取得適當共付額的證據。如果您已有正確金額的證據，我們可以幫助您與我們分享此證據。

- 請向會員服務部提交以下其中一份文件，證明您符合額外補助的資格。會員服務部地址列於本章開頭。請提交以下文件之一的副本：
 - 來自社會保障局的額外補助授予函
 - 一封來自社會安全局 (SSA) 的重要資訊信函，確認您「自動符合額外補助」的資格
 - 收到所需文件後，我們將與 Medicare 聯邦醫療保險確認您額外補助中的共付額等級。
 - 如果您無法找到證明文件，我們將協助您獲取證明，例如代表您聯絡 Medicare 聯邦醫療保險來確定正確共付額等級。

第 2 章電話號碼和資源

- 當我們收到顯示正確共付額的證據時，我們會更新系統，讓您在下次取得處方藥時支付正確的共付額。如果您多付了共付額，我們會以支票或未來的共付額扣抵方式退還給您。如果藥房沒有收取您的共付額，並且您欠他們費用，我們可能會直接向藥房付款。如果州代表您支付了款項，則我們可能會直接向該州付款。如果您有問題，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。

如果您獲得「額外補助」和州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 承保會怎樣？

許多州提供補助，用於支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用。如果您參保了州醫藥援助計劃 (SPAP)，Medicare 的「額外補助」會先支付。

長者醫藥保險 (EPIC) 計劃是一項由衛生部管理的 New York 州長者計劃。它幫助超過 **325,000** 名符合收入資格的 **65** 歲及以上長者補充他們的 **Medicare D** 部分藥物計劃自付費用。如果您獲得 **AIDS** 藥物協助計劃 (ADAP) 的「額外補助」和承保會怎樣？

AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助愛滋病病毒 (HIV)/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同樣載於 ADAP 處方藥一覽表的 Medicare D 部分藥可透過 New York 州 HIV 無保險照護計劃 (ADAP) 獲得處方藥費用分攤資助。

註：要獲得在您所在州的 ADAP 的資格，人們必須滿足某些標準，包括州居住證明和 HIV 感染狀況、州規定的低收入（由州定義）以及無保險/保險不足狀況。如果您更改了計劃，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員，以便您繼續獲得補助。有關資格標準、承保藥物或如何加入本計劃的資訊，請致電 New York 州 HIV 無保險照護計劃 (ADAP)。

方法	New York 州 ADAP
致電	1-800-542-2437
寫信	Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220-0052
網站	https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

州政府醫藥補助計劃

很多州都設有州政府醫藥補助計劃，以根據財務需求、年齡、病症或殘障程度協助人們支付處方藥費用。每個州向計劃會員提供藥物承保的規則各不相同。

在 New York 州，州政府醫藥補助計劃為長者醫藥保險 (EPIC)。

長者醫藥保險 (EPIC) : New York – 聯絡資訊

致電	1-800-332-3742 服務時間：週一至週五 8:30 a.m. 至 5:00 p.m.。
TTY	1-800-290-9138 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212 nysdohepic@magellanhealth.com
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Medicare 處方藥付款計劃

Medicare 處方藥付款計劃是一種付款選項，可與您目前的藥物承保配合使用，透過將自付分攤費用到整個日曆年（1 月 – 12 月）來幫助您對我們計劃承保的藥物費用進行管理。任何擁有 Medicare 藥物計劃或附帶藥物承保的 Medicare 健康計劃（例如附帶藥物承保的 Medicare Advantage 計劃）的人士都可以使用此付款方式。此付款方式可能對您管理費用有所幫助，但無法為您省錢或降低藥物費用。如果您正在參與 Medicare 處方藥支付計劃並繼續使用相同的 D 部分計劃，您的參與將自動續約至 2026 年。對於符合資格的人來說，來自 Medicare 以及來自您的 SPAP 和 ADAP 的「額外補助」比參與 Medicare 處方藥付款計劃更有利。要瞭解有關此付款方式的更多資訊，請致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 **711**）或瀏覽 www.Medicare.gov。

Medicare 處方付款計劃 – 聯絡資訊

致電	1-866-845-1803 此為免付費電話。致電時間為每週 7 天、每天 24 小時。 會員服務部 1-866-845-1803（TTY 使用者請致電 1-800-716-3231）也為非英語使用者提供免費的語言口譯服務。
TTY	1-800-716-3231 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。] 此為免付費電話。致電時間為每週 7 天、每天 24 小時
寫信	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166
網站	https://link.zixcentral.com/u/24f5e9aa/6u6ZjZJs7xGvb2cYXNGfSw?u=https%3A%2F%2Fwww.express-scripts.com%2Fmppp

第 8 節 鐵路職工退休委員會 (RRB)

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，管理國家鐵路工作人員及其家庭成員的綜合福利計劃。如果您透過鐵路職工退休委員會獲取 Medicare 福利，當您搬遷或更改郵寄地址時通知其更改相關資訊。如果對於您透過鐵路職工退休委員會獲得的福利有疑問，請聯絡該機構。

鐵路退休委員會(RRB) – 聯絡資訊

致電	1-877-772-5772 此為免付費電話。 按「0」可接通鐵路職工退休委員會 (RRB) 代表，其服務時間為週一至週五的 9 a.m. 至 3:30 p.m.（週三除外，該天的服務時間為 9 a.m. 至 12 p.m.）。 按「1」則會接通 RRB 自動應答服務熱線，您可以利用此專線查詢一些資訊記錄，全天候服務，服務時間包括週末與節假日。
TTY	1-312-751-4701 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 此專線並非免費電話。
網站	https://RRB.gov

第 9 節 如果您有團體保險或僱主提供的其他健康保險

若您（或您的配偶或家庭伴侶）目前有得到由您（或您配偶或家庭伴侶）的僱主或退休團體在本計劃中所提供的福利，當您存有任何問題時，洽詢僱主/公會的福利管理員或會員服務部 1800-362-2266（TTY 使用者致電 711）。您可以諮詢有關您的（您配偶或同居伴侶的）僱主或退休人士健康福利、保費或參保期的問題。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 諮詢與您在本計劃下享有的 Medicare 承保範圍問題。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

如果您有透過您的（或您的配偶或家庭伴侶的）僱主或退休人士團體取得其他藥物保險，聯絡該團體的福利管理員。該名福利管理員將可協助您理解您目前的藥物保險是否適合我們的計劃。

第 3 章：

使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

第 1 節 作為我們計劃的會員如何獲得醫療護理和其他服務

本章介紹有關使用我們的計劃承保您的醫療護理和其他承保服務所需要瞭解的事項。有關我們的計劃承保的醫療護理及其他服務的詳細資訊，請參閱第 4 章中的醫療福利表。

第 1.1 節 網絡內醫療服務提供者和承保的服務

- **醫療服務提供者**是經州許可的，提供醫療服務和護理的醫生以及其他醫療保健專業人員。「提供者」一詞還包含醫院以及其他醫療保健機構。
- **網絡提供者**是指與我們簽訂協議並同意接受我們的付款做為全部付款的醫生、其他健康護理專業人員、醫療集團、醫院及其他健康護理機構。我們安排這些提供者為參與本計劃的會員提供承保服務。對於為您提供的護理，我們的網絡內提供者會直接向我們開出賬單。您接受網絡內提供者的服務時，無需為承保服務支付費用。
- **承保的服務**包括本計劃所承保的所有醫療護理、健康護理服務、用品、裝置及處方藥。會在第 4 章中的醫療福利表中列出您的醫療護理承保服務。第 5 章將介紹您的處方藥承保服務。

第 1.2 節 獲得我們計劃所承保醫療護理和其他服務的基本規定

作為一項 Medicare 和 Medicaid 保健計劃，ElderServe MAP (HMO D-SNP) 必須承保 Original Medicare 所承保的所有服務。

只要符合以下條件，*ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 通常會承保您的醫療護理：

- 您所獲得的護理包含在我們計劃的第 4 章醫療福利表中。
- 您所接受的護理被視為屬於醫療必需的護理。醫療必需表示服務、用品、設備或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
- 您有一個網絡內主治醫生 (**PCP**) 來為您提供和監管護理。作為我們計劃的會員，您必須選擇一個網絡內 PCP（請參閱第 2.1 節）。
 - 在大多數情況下，您必須事先獲得網絡內 PCP 批准（轉診），才能使用我們的計劃網絡內的其他提供者，例如專科醫生、醫院、專業護理機構或居家護理機構。要瞭解更多資訊，請參閱第 2.3 節。
 - 緊急醫療護理或急症治療服務不需要從您的 PCP 處轉診。您無需獲取 PCP 預先核准也可獲取其他類型的照護，請參閱第 2.2 節。
- 您必須接受網絡內醫療服務提供者的護理（請參閱第 2 節）。在大多數情況下，您從網絡外提供者（不在我們計劃網絡內的醫療服務提供者）處接受的護理將無法獲得承保。這表示您必須向醫療服務提供者全額支付您所獲得服務的費用。以下 3 項例外：

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

- 我們的計劃會對您從網絡外提供者處獲得的緊急醫療護理或急症治療服務進行承保。有關詳細資訊以及緊急醫療護理或急症治療服務的含義，請參閱第 3 節。
- 如果您需要 Medicare 或 Medicaid 要求我們計劃承保的醫療護理，但我們網絡內沒有提供此護理的專科醫生，您可以從網絡外提供者處獲得此護理，費用與您通常支付的網絡內費用分攤相同。*在向網絡外提供者尋求照護之前，應獲得我們的計劃的授權。*在此情況下，我們將按您從網絡內服務提供者處獲得護理來承保這些服務。有關獲得批准以向網絡外醫生求診的資訊，請參閱第 2.4 節。
- 我們的計劃承保當您暫時離開計劃的服務區域時，或當您的透析服務提供者暫時不可用或無法營業時，在經 Medicare 認證的透析機構獲得的腎臟透析服務。您為我們的透析計劃支付的費用分攤絕不能超過 Original Medicare 的費用分攤。如果您在我們計劃的服務區域之外並從計劃網絡之外的醫療服務提供者處獲得透析，您的費用分攤不能超過您在網絡內支付的費用分攤。但是，如果您常用的網絡內透析服務提供者暫停服務，您選擇在服務區域內從我們計劃網絡外提供者處獲得服務，則您透析的分攤費用可能會更高。

第 2 節 使用我們的計劃網絡內的醫療服務提供者獲得醫療護理和其他服務

第 2.1 節 您必須選擇一個主治醫生 (PCP) 來提供和監管您的護理

什麼是 PCP？PCP 會為您做什麼？

- 什麼是 PCP？
 - 當您成為 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的會員時，您必須選擇一名計劃提供者作為您的主治醫生 (PCP)。您的 PCP 是一名符合州要求的健康照護專業人員，接受過訓練，可為您提供醫療護理服務。
- 哪些類型的提供者可以擔任 PCP？
 - 當您成為 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的會員時，您必須選擇一名計劃提供者作為您的主治醫生 (PCP)。您的 PCP 是一名符合州要求的健康照護專業人員，接受過訓練，可為您提供醫療護理服務。
- 解釋 PCP 在我們計劃中的作用。
 - 您的 PCP 將向您提供大部分例行性及預防性健康護理服務。
- PCP 在協調承保服務方面的職責是什麼？
 - 作為 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員，您的 PCP 將協調您作為計劃會員獲得的許多承保服務。「協調」您的服務意味著與其他計劃提供者追蹤您的護理、確定您需要的服務以及確保服務滿足您的特定保健需求。

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

- 初級保健提供者在作出關於事先授權的決策或獲取事先授權 (PA) (如適用) 時有什麼作用？
 - 在某些情況下，您的 PCP 將需要獲得我們針對若干類型受保服務或用品的事先授權 (事先批准)。請參見第 4 章中的福利表，瞭解承保福利和事先授權規則的完整清單。

如何選擇 PCP

當您參保 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 時，您將從我們的《提供者及藥房名錄》中列出的 PCP 中選擇一位。如果您的 PCP 目前未參保 ElderServe MAP (HMO D-SNP)，並且您希望我們聯絡辦公室，請告知我們。會員服務部很樂意協助您選擇 PCP。

如何更換您的 PCP

您可以隨時因任何原因更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會脫離我們計劃的醫療服務提供者網絡，這樣您需要選擇新的 PCP。如果您需要更換 PCP，請致電會員服務部，我們將檢核以確保此醫生正在接診新患者。如果您選擇更換您的 PCP，您可能僅限於您的 PCP 為您轉介的特定專科醫生或醫院。在第 2.3 節中也有所提及。會員服務部會將新 PCP 的姓名記錄在您的會籍記錄中，並告知您新 PCP 更換的生效日期。

第 2.2 節 無需主治醫生 PCP 轉診即可獲得的醫療護理和其他服務

您不需要經過您的 PCP 事先批准即可獲得下列服務。

- 常規女性醫療保健，包括乳腺檢查、乳房 X 光篩查 (乳腺 X 光檢查)、子宮頸塗片檢查和盆腔檢查，只要是從網絡內提供者處接受這些服務即可。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗和肺炎疫苗 (只要您從網絡內提供者取得)。
- 從網絡內或網絡外提供者處獲得的緊急醫療服務
- 急需的計劃承保服務需要立即就醫 (但不屬於緊急情況)，前提是您暫時不在計劃的服務區域範圍內，或者考慮到您的時間、地點和情況從與計劃簽約的網絡醫療服務提供者處獲得此服務不合理。急症治療服務的範例是無法預見的疾病、受傷或原有病情的突然發作。即使您不在我們計劃的服務範圍內或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診 (如年度檢查) 也不被認為是急需。
- 當您暫時不在我們計劃的服務區域時，在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎臟透析服務。如果可能，請在離開服務區域之前致電會員服務部 1-800-362-2266 (TTY 使用者請致電 711)，以便我們可以安排您在離開期間接受維持透析。
- 計劃提供者專科醫師就診。
- 計劃生育和生殖健康服務。

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

- 在第 28 條訂明之診所取得承保的驗光服務，該等診所提供驗光服務並附屬於 New York 州立大學眼科視光學院。
- 在第 28 條訂明之由學術牙科中心營運的診所取得承保的牙科服務。

第 2.3 節 如何從專科醫生和其他網絡內提供者處獲得護理

專科醫生是指為一種特定疾病或身體特定部位提供醫療保健服務的醫生。有許多種類的專科醫生。例如：

- 腫瘤科醫生，負責治療癌症患者
- 心內科醫生，負責治療心臟有問題的患者
- 骨科醫生，負責骨頭、關節或肌肉有某些問題的患者

如何使用專科醫生和其他網絡內提供者：

- *PCP 在將會員轉診至專科醫生和其他提供者時發揮什麼作用（如有）？*
 - 作為 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的會員，您不需要 PCP 的轉診即可去看網絡內專科醫生。如果您需要協助選擇專科醫生或醫院，您的 PCP 可為您提供協助。在某些情況下，您的醫生可能要求您接受其他診斷檢查或程序。在這些情況下，您的醫生需要獲得 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的事先授權。請參見第 4 章第 2.1 節，瞭解有關要求事先授權的服務的資訊。（有關「事先授權」的定義，請參見第 12 章。）
- *獲得事先授權(PA) 的流程是什麼？*
 - 對於某些服務，您的 PCP 或專科醫生需要獲得 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的「事先授權」（提前批准）。有關需要事先授權的所有服務的完整清單，請參閱第 4 章第 2.1 節的醫療福利表。
- PCP 的選擇是否導致使您限定於該 PCP 轉診的特定專家或醫院，即子網絡，轉診網。
 - PCP 的選擇不會將您限定於特定的一組專家或醫院。您可以選擇加入我們網絡的任何專科醫生或醫院來提供服務。請參閱您醫療服務提供者與藥房名錄，其中列出了網絡內專科醫生和醫院的清單。

當專科醫生或其他網絡內提供者離開我們的計劃時

我們可能會在一年當中對計劃內的醫院、醫生和專科醫生（醫療服務提供者）進行更改。如果您的醫生或專科醫生退出我們的計劃，您擁有如下所列的權利與保障：

- 儘管我們的提供者網絡可能會在一年當中發生變更，但 Medicare 要求我們必須讓您不間斷地獲得由合格的醫生和專科醫生提供的服務。
- 我們將通知您，您的醫療服務提供者將離開我們的計劃，以便您有時間選擇新的提供者。

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

- 如果您的初級保健或行為健康醫療服務提供者退出我們的計劃，如果您在過去 3 年內在該醫療服務提供者處就診，我們會通知您。
- 如果您的任何其他醫療服務提供者退出我們的計劃，若您是安排給該醫療服務提供者、目前接受這些醫療服務提供者的護理，或在過去 3 個月內曾接受過其護理，我們將會通知您。
- 我們將幫助您選擇新的合格網絡內提供者以獲得持續護理。
- 如果您目前正在接受當前醫療服務提供者提供的醫學治療或療法，您有權要求繼續接受具有醫療必需性的治療或療法。我們會與您合作，讓您可以繼續獲得照護。
- 我們會提供有關可用參保期的資訊，以及您可以變更計劃的選項。
- 當網絡內醫療服務提供者或福利無法提供或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在醫療服務提供者網絡之外安排任何醫療必需承保福利，但費用由網絡內醫療服務提供者分擔。非緊急服務需要事先授權。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生打算退出我們的計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您選擇新的醫療服務提供者以管理您的護理。
- 如果您認為我們沒有向您提供一位合格的醫療服務提供者以取代您之前的醫療服務提供者，或者認為您的護理沒有得到恰當管理，您有權向 QIO 提出護理品質投訴、向我們的計劃提出護理品質申訴，或提出兩者（請參閱第 9 章）。

第 2.4 節 如何從網絡外提供者處獲得護理

計劃將承保網絡外提供者提供的緊急醫療護理或急症治療護理；這不需要事先授權。如果您需要 Medicare 要求我們計劃承保的醫療護理，但我們網絡內的提供者無法提供此護理，您可以從網絡外提供者處獲得此護理。從網絡外提供者處尋求護理前，您的提供者應獲得本計劃的授權。*注：會員有權從網絡外提供商那裡獲得緊急或急需的服務。此外，對於前往我們的計劃服務區外且無法獲取簽約 ESRD 醫療服務提供者服務的 ESRD 會員，計劃必須承保透析服務。*

第 3 節 如何在緊急情況、災難或急需護理時獲得服務

第 3.1 節 在發生緊急醫療情況時獲得護理

醫療緊急情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學常識的人認為您的生理症狀需要立即進行醫療處理以防生命危險（並且如果您是孕婦，防止流產）、截肢或肢體功能喪失，或者喪失或嚴重損害身體機能的情況。醫療症狀包括疾病、損傷、劇痛或迅速惡化的醫療狀況。

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

如果您發生緊急醫療情況，請：

- **儘快尋求幫助。**撥打 911 求救或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不需要經過您的初級保健提供者批准或先從您的初級保健提供者處轉診。您不需要使用網絡內醫生。您可以在任何需要的時候，在美國或其領土，從任何擁有適當州執照的提供者處獲得承保的緊急醫療服務，即使這些提供者並不屬於我們的網絡。*本承保地區為美國境內。*
- **請務必盡快向我們的計劃通知您的緊急情況。**我們需要跟進您的緊急醫療護理。您或其他人士應致電（通常在 48 小時內）告知我們您的緊急醫療護理情況。
 - 請致電 1-800-362-2266 (TTY: 711) 聯絡會員服務部。我們的工作時間為每週 7 天東部時間 8:00 a.m. 至 8:00 p.m.。該聯絡電話號碼亦列印於您的會員 ID 卡背面和本手冊封底上。

緊急醫療情況下的承保服務

您可以在需要時從美國或其屬地中的任何地點獲得承保的緊急醫療護理。

如果以任何其他方式前往急診室會危及您的健康，我們的計劃會承保救護車服務。我們還承保緊急情況下的醫療服務。

為您提供緊急醫療護理的醫生將決定您的狀況什麼時候穩定，以及緊急醫療情況什麼時候結束。

在緊急情況結束後，您有權接受後續護理，以確保您的狀況持續穩定。您的醫生將繼續為您治療，直到您的醫生聯絡我們並制定其他護理計劃。您的後續護理將受到我們計劃的承保。

如果您接受了網絡外提供者提供的緊急醫療護理，我們會在您的病症和環境允許的情況下，立即安排網絡內提供者接管您的護理工作。

如果不是緊急醫療情況，該如何處理？

有時，可能難以判斷自己是否發生了緊急醫療情況。例如，您可能要求緊急醫療護理，認為您的健康狀況非常危險，但醫生可能會說這根本不是緊急醫療情況。如果結果發現這不是緊急情況，只要您有理由認為自己的健康狀況非常危險，我們就會為您的護理承保。

但是，在醫生表示並非緊急情況後，您只有透過以下 2 種方式之一獲取額外護理，我們才會對額外護理進行承保：

- 您到網絡內提供者處獲得其他護理。
- 您獲取的額外照護被視為「急需照護」，且您遵守如下獲取此緊急照護的規則。

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務**第 3.2 節 在急需服務時獲得護理**

需要立即就醫的服務是急需服務（但不屬於緊急情況），前提是您暫時不在計劃的服務區域範圍內，或者考慮到您的時間、地點和情況從與計劃簽約的網絡醫療服務提供者處獲得此服務不合理。急症治療服務的範例是無法預見的疾病、受傷或原有病情的突然發作。但是，即使您不在我們計劃的服務範圍內或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診（如年度檢查）也不被認為是急需。

急症治療服務是為需要即時醫療護理的非緊急、未能預見的疾病、受傷或病情提供的護理，但鑒於您的情況，從網絡內醫療服務提供者處獲得該等服務是不可能的或不合理的。該計劃必須涵蓋網絡外提供的急症治療服務。一些急症治療服務的例子是 i) 在週末發生的嚴重喉嚨痛，或 ii) 當您暫時不在服務區域內時意外突發已知疾病。如果您不在服務區域內，因此無法從網絡內提供者處獲得護理，我們的計劃將為您從任何提供者處獲得的急症治療服務承保。

我們的計劃不承保您在美國及其領土之外獲取的急診服務、急需服務或者任何其他護理服務。

第 3.3 節 災難期間獲取護理

如果您所在州的州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍有權從我們的計劃獲得護理。

瀏覽 www.ElderServeHealth.org 瞭解如何在災難期間獲得所需護理。

如果您在災難期間無法使用網絡醫療服務提供者，我們的計劃允許您以網絡內的分攤費用的方式向網絡外提供者取得照護。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您可在網絡外藥房配取您的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節。

第 4 節 如果您直接收到承保服務全部費用的帳單，該如何處理？

如果您支付了承保服務費用，或者收到了承保醫療服務的帳單，您可以要求我們支付承保服務費用中的我們應承擔的份額。有關具體操作方法，請參閱第 7 章。

第 4.1 節 如果我們的計劃不承保服務

ElderServe MAP (HMO D-SNP) 承保第 4 章醫療福利表中所列的所有具醫療必要性服務。如果您獲得的服務不在我們的計劃承保範圍內，或者未經授權在網絡外獲得服務，您需要自行支付全額費用。

對於有福利限制的承保的服務，在使用完該類型承保的服務的福利後，您還需要支付所接受的任何服務的全部費用。

第 5 節 臨床研究中的醫療服務

第 5.1 節 什麼是臨床研究

臨床研究（也叫做臨床試驗）是醫生和科學家測試新類型的醫療護理的方法，例如一種新癌症藥品的療效如何。某些臨床研究已獲得 Medicare 批准。Medicare 批准的臨床研究通常要求志願者參與研究。參與臨床研究時，您仍然可以參保我們的計劃，並透過我們的計劃繼續獲得其餘護理（與研究無關的護理）。

如果您參與 Medicare 批准的研究，**Original Medicare** 會為您在研究中接受的承保服務支付大部分費用。如果您告訴我們您正在進行合格的臨床試驗，那麼您只需負責該試驗中各項服務的網絡內分攤費用。如果您多付了一些費用，例如，如果您已經支付了 **Original Medicare** 的分攤費用金額，我們將報銷您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。您需要提供相關文件證明您支付的金額。

如果您想參與任何 Medicare 批准的臨床研究，您不需要告知我們或經過我們或您的 PCP 批准。臨床研究中為您提供護理的提供者不需要屬於我們計劃的網絡。（這不適用於需要臨床試驗或註冊來評估福利的承保福利，包括某些需要根據證據開發 (NCDs-CED) 和研究裝置豁免 (IDE) 研究進行承保範圍的福利。這些福利可能還需要事先授權並受到其他計劃規則的約束。）

雖然您不需要經過我們計劃的許可即可參與臨床研究，但當您選擇參與 Medicare 核准的臨床試驗時，我們鼓勵您提前通知我們。

如果您參加 Medicare 未經批准的研究，您需要負責支付加入此研究的所有費用。

第 5.2 節 誰來支付臨床研究的服務費用

當您開始參加 Medicare 核准的臨床研究後，您在研究過程中所接受的例行項目和服務都在 **Original Medicare** 承保範圍內，包括：

- 即使不參與研究，Medicare 也會為您支付的住院食宿。
- 用於研究的手術或其他醫療程序。
- 對新護理的副作用和併發症的治療。

在 Medicare 支付了其對這些服務的分攤費用後，我們的計劃將支付 **Original Medicare** 分攤費用與您作為計劃會員的網絡內分攤費用之間的差額。這就是說，參與研究時您為所接受的服務支付的費用將和從我們的計劃接受這些服務時相同。但是，您必須提交證明您支付了多少分攤費用的文件。有關提交付款請求的更多資訊，請參閱第 7 章。

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

*臨床試驗中分攤費用的範例：*假設您有一個價值 \$100 的化驗室檢查，是研究的一部分。根據 Original Medicare 的規定，您為這個檢查分攤的費用為 \$20，但這個檢查在我們的計劃之下只需 \$10。在這種情況下，Original Medicare 會為檢查支付 \$80，您應支付 Original Medicare 規定的 \$20 的共付額。然後，您要通知我們的計劃您接受了合格的臨床試驗服務，並向我們的計劃提交證明文件（例如醫療服務提供者帳單）。我們的計劃將直接向您支付 \$10。這樣，您為該檢查支付的淨費用為 \$10，與您根據我們的計劃福利支付的金額相同。

參與臨床研究時，**Medicare** 和我們的計劃均不會支付以下任何費用：

- 通常，Medicare 不會為研究正在測試的新項目或服務支付費用，除非是即使不參與研究，Medicare 也會承保的項目或服務。
- 只用於收集資料而不是直接對您進行醫療保健而提供的項目或服務。例如，在您的病症通常只需一次 電腦斷層 (CT) 掃描時，Medicare 將不會為在研究中進行的每月 CT 掃描支付費用。
- 由研究贊助商免費為試驗參與者提供的項目和服務。

取得有關參與臨床研究的詳細資訊

有關參與臨床研究的詳細資訊，您可以閱讀 www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf 上的 *Medicare and Clinical Research Studies*（Medicare 計劃和臨床研究）刊物。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 6 節 有關在宗教性非醫療保健機構獲得護理的規定

第 6.1 節 宗教非醫療保健機構

宗教性非醫療保健機構是為通常在醫院或專業護理機構接受護理的狀況提供護理的機構。如果在醫院或專業護理機構接受護理違反了會員的宗教信仰，我們將承保您從宗教性非醫療保健機構獲得的護理。僅會為 A 部分住院服務（非醫療保健服務）提供該福利。

第 6.2 節 如何從宗教非醫療保健機構獲得護理

在接受宗教性非醫療健康護理機構的護理之前，您必須簽署一份法律文件，聲明您反對接受「非例外」醫療治療。

- 非例外醫療護理或治療是指自願而並非聯邦、州或地方法律要求的任何醫學護理或治療。

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

- **特例醫療護理或治療**是指會員**非**自願接受，或是聯邦、州或地方法律**強制**規定的任何醫療護理或治療。

要獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療保健機構接受的護理必須符合以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 認證。
- 我們的計劃僅承保**非**宗教方面的護理。
- 如果您從該機構獲得的服務在機構中提供，則下列條件適用：
 - 您的醫療狀況必須允許您接受住院治療或專業護理機構護理的承保服務。
 - **- 並且 -** 您必須在進入該機構之前事先得到我們計劃的批准，否則您的住院將無法獲得承保。
- Medicare 住院治療承保範圍限制適用（請參閱第 4 章的福利表）。

第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定

第 7.1 節 根據我們的計劃，您不能在一定次數的付款後擁有耐用醫療設備

耐用醫療設備 (DME) 包括氧氣設備與用品、輪椅、助行器、動力床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音產生裝置、IV 輸液泵、霧化器和醫院病床等物品，由提供者訂購供會員在家中使用。會員總是擁有一些 DME 項目，例如義肢。您必須租用的其他類型的 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。作為 **ElderServe MAP (HMO D-SNP)** 的會員，您在參保我們計劃期間，無論為設備支付多少次共付額，通常都不會獲得已租賃 **DME** 的擁有權。即時您在加入我們的計劃前已透過 Original Medicare 為 DME 設備連續支付 12 次費用，您仍無法取得該設備的擁有權。在某些受限的情況下，我們會向您轉讓 DME 的所有權。請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請撥打 711）以瞭解更多資訊。

如果您轉到 Original Medicare，您已為耐用醫療設備支付的款項會怎樣？

如果您在我們的計劃沒有獲得 DME 物品的所有權，您必須在轉換到 Original Medicare 擁有 DME 物品後連續支付 13 次新的費用。您在加入我們的計劃時所支付的款項不計入這 13 次付款中。

範例 1：在加入我們的計劃之前，您為 Original Medicare 下的設備連續付款不超過 12 次。您在 Original Medicare 下支付的款項不計算在內。在擁有該設備之前，您必須向我們的計劃進行 13 次付款。*[想要兌現以前付款的計劃應說明這一點。]*

第 3 章使用我們的計劃為您提供醫療和其他承保的服務

範例 2：在加入我們的計劃之前，您為 **Original Medicare** 下的設備連續付款不超過 12 次。在我們的計劃中，您沒有獲得項目的所有權。然後您轉回了 **Original Medicare**。返回 **Original Medicare** 後，您必須再連續支付 13 次才能擁有該設備。您之前的任何付款（無論是我們的計劃還是 **Original Medicare**）都不計算在內。

第 7.2 節 對氧氣設備、用品和維修的規定

如果您符合 Medicare 供氧設備的承保資格，*ElderServe* MAP (HMO D-SNP) 將承保：

- 氧氣設備的租賃
- 氧氣和含氧物質的輸送
- 用於輸送氧氣和含氧物質的管子及相關供氧配件
- 氧氣設備的保養與修理

如您退出 *ElderServe* MAP (HMO D-SNP) 或在醫療方面不再需要氧氣設備，必須退還氧氣設備。

如您離開我們的計劃並回到 **Original Medicare 會發生什麼？**

Original Medicare 要求氧氣設備供應商必須為您提供為期 5 年的服務。在前 36 個月內，您需要租用設備。對於餘下的 24 個月，供應商負責提供設備和進行維護（您仍需支付氧氣的共付額）。5 年之後，您可以繼續選擇同一家公司或另選一家公司。屆時，為期 5 年的服務週期將再次開始，即使您繼續選擇同一家公司，您也必須支付前 36 個月的共付額。如果您加入或退出我們的計劃，那麼為期 5 年的服務週期將重頭算起。

第 4 章： 醫療福利表 （承保範圍）

本章提供了醫療福利表，上面列有您作為 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員所獲得的承保服務。在本章後文部分，您可以瞭解有關不予承保的醫療服務的資訊。其中也說明了某些服務的限制。

第 1 節 瞭解承保服務

醫療福利表列出了您作為 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員的承保服務。本節還提供了有關未承保的醫療服務的資訊。

第 1.1 節 無需為承保的服務支付費用

由於您從 Medicaid 獲得協助，因此，只要您按照我們的計劃規則獲得護理，即無需為承保服務支付任何費用。（參見第 3 章，瞭解我們的計劃關於獲取護理規定的詳情。）

您可能需要為承保藥物支付的自費費用類型包括：

- **自付額：**是指在本計劃開始支付其應承擔費用前，您必須先為醫療服務支付的金額。
- **共付額：**您每次接受特定醫療服務時所支付的固定金額。您需要在接受醫療服務時支付共付額。（醫療福利表介紹有關您的共付額的詳細資訊。）
- **共同保險：**指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您需要在接受醫療服務時支付共同保險。（醫療福利表介紹有關您的共同保險的詳細資訊。）

第 1.2 節您最多需要為 Medicare A 部分和 B 部分承保的醫療服務支付多少費用？

註：由於我們的會員也從 Medicaid 獲得補助，因此極少有會員曾達到此最高自付費用金額。對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需負責支付任何計入自付費用金額上限的自付費用。如果您根據 Medicaid 有資格獲得 Medicare 分攤費用協助，您無需支付任何自費費用，直至達到承保的 A 部分和 B 部分服務的自付費用金額上限。

Medicare Advantage 計劃對您每年自付的 Medicare A 部分和 B 部分承保的醫療服務金額設有限制。此限制稱為醫療服務最高自付額 (MOOP)。2026 曆年的 MOOP 金額為 \$9,250。

您為承保的服務支付的自付額、共付額和共同保險都將計入這個自掏腰包金額上限。您為計劃保費及 D 部分藥物支付的金額不計入最高自付費用金額。此外，您為某些服務支付的金額也不計入您的最高自付費用金額。這些服務在醫療福利表中標有星號。如果達到 \$9,250 的自掏腰包金額上限，您將不需要為該年剩餘時間內承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何自付費用。但是，您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方為您支付）。

第 2 節 醫療福利表顯示您的醫療福利和費用

以下各頁上的醫療福利表列出了 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 承保的服務（D 部分藥物承保見第 5 章）。只有在符合以下要求時，醫療福利表中所列的服務才能獲得承保：

- 您的 Medicare 和 Medicaid 承保服務必須根據 Medicare 和 Medicaid 的承保指南進行提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分藥物）必須具有醫療必需性。醫療必需表示服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
- 對於新參保者，您的 MA 協調護理計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，新的 MA 計劃可能不需要任何主動治療過程的事先授權，即使治療過程是針對網絡外醫療服務提供者開始的服務。
- 您從網絡內提供者處獲得護理。在大多數情況下，您從網絡外醫療服務提供者處接受的護理將無法獲得承保除非是緊急或急症治療護理，或者除非您的計劃或網絡內醫療服務提供者給您轉診。這表示您必須向醫療服務提供者全額支付您所獲得網絡外服務的費用。
- 您有一個初級保健提供者 (PCP) 來為您提供和監管護理。
- 醫療福利表中列出的某些服務，只有在您的醫生或其他網絡提供者事先獲得我們的批准（有時稱為「事先授權」）的情況下才予以承保。醫療福利表中以腳註標出需獲得預先核准的承保服務。
- 如果您的協調護理計劃核准了治療過程的事先授權請求，則根據適用的承保標準、您的病史和治療以及提供商的建議，該核准必須在醫學上合理且必要的時間內有效以避免護理中斷。

承保範圍重要注意事項：

- 您同時受到 Medicare 和 Medicaid 承保。Medicare 承保醫療保健和處方藥。Medicaid 承保您為 Medicare 服務分攤的費用，包括急性住院服務和精神科住院服務。Medicaid 亦承保 Medicare 不予承保的服務，如家庭和基於社區的服務或其他僅由 Medicaid 提供的服務。
- 像所有的 Medicare 保健計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有項目。（如要瞭解承保範圍和 Original Medicare 的費用詳情，請參閱 2026 年 *Medicare* 與您。線上瀏覽 www.Medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。TTY 使用者致電 1-877-486-2048。）
- 對於在 Original Medicare 下免費承保的預防性服務，我們也免費為您承保這些服務。

第 4 章醫療福利表（承保範圍）

- 如果 Medicare 在 2026 年中為任何新服務添加承保範圍，Medicare 或我們的計劃將為這些服務承保。
- 像所有的 Medicare 保健計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有項目。（如要瞭解承保範圍和 Original Medicare 的費用詳情，參見 2025 年 Medicare 與您手冊。請線上瀏覽 www.medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，每周 7 天，每天 24 小時向您提供服務。TTY 用戶應致電 1-877-486-2048。）
- 對於所有在 Original Medicare 下免費承保的預防性服務，我們也免費為您承保這些服務。
- 如果 Medicare 在 2025 年中為任何新服務添加承保，Medicare 或我們的計劃將為這些服務承保。
- 如果您處於本計劃中視為仍然符合資格的 3 個月內，我們將繼續提供所有 Original Medicare 計劃承保的 Medicare 福利。但是，在此期間，我們將繼續承保本計劃下包含的 Medicaid 醫療補助福利。Medicare 基本和補充福利的 Medicare 費用分攤在此期間內不變。

只要您遵守上述承保要求，即無需為醫療福利表中列出的服務付費。

關於罹患慢性病的參保人的重要福利資訊

- 如果您經診斷患有下列慢性病並符合特定標準，您可能符合獲得慢性疾病特別補充福利的資格。

此福利適用的慢性病：

- 自體免疫疾病
- 癌症
- 心血管疾病
- 慢性酒精及其他藥物依賴症
- 慢性和殘疾精神健康狀況
- 慢性心力衰竭
- 慢性肺病
- 失智症
- 糖尿病
- 終末期肝病
- 晚期腎病(ESRD)
- 內分泌失調
- 胃腸道疾病
- HIV/AIDS
- 高血壓

- 神經功能障礙
- 骨關節炎
- 嚴重血液系統疾病
- 中風
- 對於（患有上述所列的慢性病的）合格會員，用於慢性病的特殊補充福利（雜貨福利）與非處方 (OTC) 福利相結合，作為每月 OTC 津貼的一部分來支付某些雜貨，但只能在特定藥房和/或零售商處購買。

- 請參閱以下醫療福利表中的 *慢性病的特殊補充福利*，瞭解詳細資訊。
- 聯絡我們，具體瞭解您可能資格獲得哪些福利。



此蘋果顯示醫療福利表中的預防性服務。

醫療福利表

承保服務	您須支付的費用
 腹主動脈瘤篩查 對有患病風險的人進行一次性超音波篩檢。僅當您具有一些風險因素且已獲得您的醫生、醫生助理、執業護士或臨床專科護理師的轉介時，我們的計劃才會承保該篩查。	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。
慢性腰痛的針灸治療 承保服務包括： 在下列情況下，90 天內最多承保 12 次就診： 對於此福利來說，慢性腰背痛的定義為： ● 持續 12 週或更長時間； ● 非特異性的，無法找到明確的系統性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性疾病等無關）； ● 與手術無關；以及 ● 與懷孕無關。 對於症狀有所好轉的患者，還將承保 8 次額外的就診。每年不得超過 20 次針灸治療。 如果患者病情沒有好轉或出現惡化，則必須中止治療。	符合此服務資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。 不需要授權。

承保服務	您須支付的費用
醫療服務提供者要求： 醫師（如《社會保障法》（下稱「法案」）第 1861(r)(1) 節規定）可根據適用的州要求提供針灸服務。 醫師助理 (PA)、執業護士 (NP)/臨床專科護士 (CNS)（如法案第 1861(aa) (5) 節規定）以及輔助人員在符合所有適用的州要求且符合以下條件時可提供針灸服務： • 擁有針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認證的學校頒發的針灸或中醫學碩士或博士學位；以及 • 擁有在美國的州、領地或聯邦（即 Puerto Rico）或 Columbia 特區執業的現行、完整、有效且不受限制的針灸執照。 根據我們的法規 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 的規定，提供針灸的輔助人員必須受到醫師、PA 或 NP/CNS 的適當監督 你每年最多可以享受40次嘅訪問保障（唔需要事先授權）	
救護車服務 承保的救護車服務，不論是在緊急或非緊急的情況下，包括固定翼救護機、旋翼救護機和地面救護車服務，載送到可提供護理的最近的適當機構（如果接受護理的會員的病症無法使用其他交通手段，否則可能會危及患者的健康，或經過我們的計劃授權）。如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，則應記錄該會員的狀況無法使用其他交通手段，否則可能會危及個人健康且使用救護車進行載運是醫學上必需的。	不需要為救護車服務支付共同保險、共付額或自付額。 非緊急救護車服務需要授權。
 年度健康檢查 如果您已加入 B 部分 12 個月以上，您可以進行健康年檢，以便根據您目前的健康狀況和風險因素，制定或更新個性化的預防計劃。此項服務每 12 個月承保一次。 註：您的第一次健康年檢不能在參加歡迎加入 Medicare 預防性診斷後的 12 個月內進行。但是，在已加入 B 部分 12 個月以後，您不必參加歡迎加入 Medicare 診斷也可獲得健康年檢承保。	不需要為健康年檢支付共同保險、共付額或自付額。
 骨質密度測量 對於符合資格的人（通常，這意味著有骨質流失或骨質疏鬆患病風險的人），每 24 個月或更頻繁（如果屬於醫療必需）承保以下服務一次：鑒定骨質量、檢測骨質流失或鑒定骨骼品質的醫療程序，包括醫師對檢測結果的解釋。	不需要為 Medicare 承保的骨質測量支付共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您須支付的費用
 乳腺癌篩查（乳房 X 光檢查） 承保服務包括： • 35 歲到 39 歲之間，一次乳腺照影基線檢查 • 年滿 40 歲的女性，每 12 個月一次篩檢乳腺照影 • 每 24 個月一次臨床乳腺檢查	不需要為承保的乳腺照影篩檢支付共同保險、共付額或自付額。
心臟康復服務 會為滿足特定條件且有醫囑的會員承保包括練習、培訓和諮詢在內的心臟康復服務綜合計劃。 我們的計劃還承保強化心臟康復計劃，這些計劃通常比心臟康復計劃更嚴格或強度更大。	Medicare 承保的心臟康復服務沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權
 降低心血管疾病風險的就診（心血管疾病治療） 我們為您承保每年一次的主治醫生就診，幫助您降低患心血管疾病的風險。在本次診斷中，您的醫生可能會討論阿司匹靈的使用（如果合適）、檢查您的血壓並給予您關於健康飲食的提示。	不需要為強化行為治療心血管疾病預防福利支付共同保險、共付額或自付額。
 心血管疾病篩檢檢測 透過血液檢查來檢查心血管疾病（或與心血管疾病風險提高相關的異常情況），每 5 年（60 個月）一次。	不需要為心血管疾病檢查（每 5 年一次承保）支付共同保險、共付額或自付額。
 宮頸和陰道癌篩查 承保服務包括： • 為所有女性承保：每 24 個月承保一次子宮頸塗片檢查和盆腔檢查 • 如果您患宮頸癌或陰道癌的風險較高，或您處於生育年齡且在過去 3 年內的子宮頸抹片檢查結果不正常：每 12 個月一次子宮頸塗片檢查	不需要為 Medicare 承保的預防性子宮頸塗片檢查和盆腔檢查支付共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您須支付的費用
脊椎推拿服務 承保服務包括： 我們只承保人工矯治脊椎以矯正半脫位的服務	不需要為 Medicare 承保的脊椎推拿服務支付共同保險、共付額或自付額。 需要授權。
慢性疼痛管理和治療服務 為慢性疼痛患者（持續或反復疼痛持續時間超過 3 個月）提供的月度服務。服務可能包括疼痛評估、藥物管理以及護理協調與規劃。	Medicare 承保的慢性疼痛管理治療服務沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權
 結腸直腸癌篩查 承保以下篩檢： - 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高危患者，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非結腸癌高危患者，在既往接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高危患者，在既往接受過結腸鏡檢查後，每 24 個月承保一次。 - 電腦斷層掃描結腸造影適用於 45 歲及以上非結腸直腸癌高風險患者，且在上次進行電腦斷層掃描結腸造影篩檢的月份之後至少已過 59 個月，或上次進行軟式乙狀結腸鏡檢查或結腸鏡篩檢的月份之後至少已過 47 個月，即可獲得承保。對於結腸直腸癌高風險患者，在上次進行電腦斷層掃描結腸造影篩檢或上次進行結腸鏡篩檢的月份之後至少 23 個月後進行電腦斷層掃描結腸造影篩檢，即可獲得付款。 - 適用於 45 歲及以上患者的軟式直腸內視鏡檢查。對於非高危患者，在接受過結腸鏡篩檢後，每 120 個月承保一次。對於高危患者，自上一次軟式乙狀結腸鏡檢查或計算機斷層掃描結腸造影檢查後，每 48 個月承保一次。 - 適用於 45 歲及以上患者的糞便潛血篩檢。每 12 個月一次。 - 適用於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者的多靶點糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。 - 適用於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者的血液生物標誌物檢測。每 3 年一次。	不需要為 Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢支付共同保險、共付額或自付額。 如果醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀直腸內視鏡檢查中發現並切除息肉或其他組織，篩檢檢查將變為診斷檢查。 不需要為 Medicare 承保的結腸直腸癌篩查支付共同保險、共付額或自付額。 不需要授權。

承保服務	您須支付的費用
- 結腸直腸癌篩檢測試包括在 Medicare 承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢測試返回陽性結果後進行的後續結腸鏡檢查。 - 結腸直腸癌篩檢測試包括計劃中的篩檢軟性乙狀結腸鏡檢查或篩檢結腸鏡檢查，其中涉及組織或其他物質的移除，或其他與篩檢檢查相關、因篩檢檢查而產生，且與篩檢檢查在同一臨床診斷中進行的程序	
牙科服務 一般情況，Original Medicare 不會承保預防性牙科服務（例如洗牙、常規牙科檢查和牙科 X 光檢查）。但是，Medicare 在有限的情況下支付牙科服務費用，特別是當該服務是個人主要醫療條件的具體治療的一個組成部分時。例如，骨折或受傷後的顎部重建、為準備接受涉及顎部的癌症放射治療而進行的拔牙，或器官移植前的口腔檢查。此外，我們還承保： Medicaid 承保的牙科服務包括預防性牙科檢查、洗牙、X光照相、補牙、義齒等常規和例行牙科服務，以及其他旨在檢查任何可能需要治療和/或後續護理的變化或異常的服務。 補充性預防牙科服務：	Medicare 和 Medicaid 承保的牙科福利沒有共同保險。 可能需要授權。 補充性預防性牙科服務的承保僅限於下列類別中選定的服務代碼： 您為以下補充預防性牙科服務支付 \$0 共付額： - 定期口腔檢查：每 6 個月 2 次 - 有限口腔評估：每 12 個月 2 次。 - 完整口腔評估：每個提供者一生 1 次

承保服務	您須支付的費用
	• 口腔評估（關注問題）：每 12 個月 3 次。 不需要授權。 • 牙科 X 光檢查：口腔內，完整系列，每 36 個月 1 次。 口內、根尖週 (D0220) - 每 6 個月 3 次。 口內、根尖週 (D0230、D02460) 每 12 個月 6 次。 全景放射影像 - 每三年。 不需要授權。 • 其他診斷性牙科服務*： 錐束 CT 擷取和判讀 - 每 60 個月 1 次。 *需要事先授權。 預防清潔（洗牙）：每 6 個月 1 次 無需事先授權。 • 氟化物治療： 至 20 歲承保 1 次 無需事先授權

承保服務	您須支付的費用
補充性綜合牙科服務：	- 其他預防性牙科服務： 菸草諮詢、控制預防口腔疾病 - 每 6 個月 1 次。 無需事先授權。 綜合牙科服務： - 修復服務： 汞合金/樹脂複合填充物 - 每顆牙齒每個表面 1 次 - 每 24 個月一次。 牙冠服務 - 每顆牙齒 1 次 - 每 60 個月一次。 需要事先授權。 - 牙髓治療： 每顆牙齒一生 1 次。 需要事先授權。 - 牙周病治療： 牙齦切除術或牙齦整形術 - 每 12 個月 1 次，牙冠加長 - 每顆牙齒終生 1 次。 牙周潔治與牙根平整術 - 每個部位每 24 個月 1 次。

承保服務	您須支付的費用
	每 6 個月進行一次牙周維護。 需要事先授權。 - 假牙修復： 全口/局部義齒 - 每個牙弓每 96 個月 1 次。 假牙調整 - 每個牙弓每 12 個月 4 次（安置後 6 個月內不承保）。 需要事先授權。 - 頷面修復： 每 12 個月 1 次。 需要事先授權。 - 植入服務： 手術植入植體 - 每顆牙齒一生 1 次。 基牙服務 - 每顆牙齒每 96 個月 1 次。 清創服務 - 每顆牙齒每 24 個月 1 次。需要事先授權。 - 假牙修復： 每顆牙齒每 60 個月 1 次。需要事先授權。 - 口腔和頷面手術： - 一生中每顆牙齒拔除 1 顆已萌發或阻生的

承保服務	您須支付的費用
	牙齒。一生中每個部位/股四頭肌進行一次齒槽成形術。其他口腔顎面外科報告。需要事先授權。需要轉介。 • 附加一般服務： 每 12 個月姑息急診治療 2 次。深度鎮靜最長 60 分鐘或 4 個單位。需要事先授權。
 憂鬱症篩檢 我們對每年一次的憂鬱症篩查承保。必須在可以提供後續治療和轉診的初級醫療環境中完成篩檢。	不需要為年度憂鬱症篩檢就診支付共同保險、共付額或自付額。
 糖尿病篩檢 如果您有任何這些風險因素，我們會為您承保此篩查（包括空腹血糖測試）：高血壓、膽固醇和甘油三酸酯異常（血脂異常）歷史、肥胖或高血糖歷史。如果您符合其他要求（例如，超重和有糖尿病家族史），也可以承保檢查。 您可能資格在最近的糖尿病篩檢日期後每 12 個月獲得最多 2 次糖尿病篩檢。	不需要為 Medicare 承保的糖尿病篩檢測試支付共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您須支付的費用
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務及用品 適用於患有糖尿病的所有人（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括： • 監測血糖的用品：血糖監測儀、血糖試紙、採血針裝置和採血針，以及用於檢查試紙和監測儀準確性的血糖控制解決方案。 • 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病病患：每個日曆年一雙治療性定製鞋（包括隨此類鞋提供的插入物）和 2 對附加插入物，或一雙深鞋和 3 對插入物（不包括隨此類鞋提供的非定制可拆卸鞋墊）。承保包括試穿。 • 在某些情況下，會承保糖尿病自我管理培訓。 • 關於您須為胰島素支付的費用的重要資訊 無論承保的分攤費用等級如何，即使您尚未支付您的自付額，您每個月被我們計劃承保的胰島素產品每份供藥的費用不會超過 \$35 • 關於您須為胰島素支付的費用的重要資訊 無論承保的分攤費用等級如何，即使您尚未支付您的自付額，您每個月被我們計劃承保的胰島素產品每份供藥的費用不會超過 \$35。	不需要為 Medicare 承保的糖尿病篩檢測試支付共同保險、共付額或自付額。 Medicare 承保的糖尿病治療鞋或鞋墊需要事先授權。 我們承保 Roche 和 LifeScan 的糖尿病用品和服務的特自訂造商。
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品 （有關耐用醫療設備的定義，請參閱第 12 章和第 3 章） 承保用品包括但不限於：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、靜脈注射 (IV) 輸液泵、言語產生裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。 我們可承保 Original Medicare 承保的所有醫療必需的 DME 項目。如果您區域中的供應商沒有特定品牌或製造商，您應該詢問他們是否可以特地為您預訂。最新的供應商清單可在我們網站 www.ElderServeHealth.org 上找到 通常，ElderServe MAP (HMO D-SNP) 承保 Original Medicare 承保的、本清單上的品牌和製造商所提供的任何 DME。除非您的醫生或其他提供者告訴我們某品牌適合您的醫療需求，否則我們不會承保其他品牌和製造商。如果您是 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的新會員，並且正在使用我們清單上沒有的 DME 品牌，我們會繼續為您承保此品牌最長 90 天的時間。在這段時間中，您應諮詢	對於 Medicare 氧氣設備承保，您的分攤費用 每月 \$0。參保 36 個月後，您的分攤費用不變。 如在參保 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 前，您對氧氣設備保險進行了 36 個月的租賃付款，那麼您在 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 中的分攤費用是 \$0。 Medicare 和 Medicaid 承保用品沒有共同保

承保服務	您須支付的費用
自己的醫生，以確定在 90 天之後在醫療上適合的品牌。（如果您不同意您的醫生，您可以要求他們轉介您以獲得第二意見。） 如果您（或您的提供者）不同意我們的計劃的承保決定，您或您的提供者可以提出上訴。如果您不同意提供者對哪些產品或品牌適合您的治療狀況的決定，您也可提出上訴。（如需更多有關上訴的資訊，參見第 9 章）。	險、共付額或自付額。 每件價值 \$250 或以上的 DME（保質期不超過 1 年的一次性物品）都需要事先授權。 * 每件價值 \$500 或以上的 DME（保質期超過 1 年的非一次性物品）都需要事先授權。
緊急醫療護理 緊急醫療護理是指以下服務： • 由具備提供緊急醫療服務資格者提供，及 • 屬評估或穩定緊急病情需要。 緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行人認為自己出現的症狀需要立即就醫以防發生生命危險（若您是一名孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失的情況。醫療症狀包括疾病、損傷、劇痛或迅速惡化的醫療狀況。 您在網絡外獲得的必要緊急服務的分攤費用與您在網絡內獲得這些服務時的分攤費用相同。 <i>承保範圍僅限於美國及其屬地。</i>	緊急護理沒有共同保險、共付額或自付額。 如果您從網絡外醫院獲得緊急醫療護理且在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須去網絡內醫院才能讓您的護理繼續獲得承保，或您必須在我們計劃授權的網絡外醫院接受住院治療且您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。
聽力服務 當您從醫生、聽力學家或其他合格的提供者那裡獲得診斷性聽力和平衡評估以確定您是否需要醫療時，這些評估將作為門診護理承保。 為了減輕因失去聽力或聽力受損所致殘疾而有醫療必要時，承保 Medicaid 聽力服務和產品。服務包括助聽器的選擇、佩戴、調配，以及助聽器調配、適用性評估及維修的後續檢查；聽覺矯正服務包括聽覺評估與測試、助聽器評估與處方；助聽器產品包括助聽器、耳模、特殊配件及更換零件等。	聽證會服務沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權。

承保服務	您須支付的費用
 HIV 篩檢 對於要求進行 HIV 篩查或感染 HIV 病毒風險增大的人士，我們承保以下服務： - 每 12 個月一次篩檢。 如果您懷孕，我們將承保： - 懷孕期間最多 3 次篩檢。	符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩查資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。
居家護理機構提供的護理 在您接受居家護理服務之前，必須由醫生認證您需要居家護理服務，並且預訂由居家護理機構提供的居家護理服務。您必須困在家中，意即離家是很麻煩的事。 承保服務包括但不限於： - 非全日或間斷性專業護理和居家護理服務（若要獲得居家護理福利承保，您所接受的專業護理和家庭護理服務合計必須少於每天 8 小時，少於每週 35 小時） - 物理治療、職業治療與語言治療 - 醫療和社會服務 - 醫療設備和用品	家庭健康機構護理服務沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權。
居家輸液治療 居家輸液治療包括在家中為患者靜脈或皮下輸注藥物或生物製劑。進行居家輸液所需的組件包括藥物（例如抗病毒藥、免疫球蛋白）、設備（例如幫浦）以及用品（例如管子和導管）。 承保服務包括但不限於： - 根據我們的護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 - 耐用醫療設備福利不承保的患者培訓和教育 - 遠程監控 - 針對由符合資格的居家輸液治療供應商提供的居家輸液治療和輸注藥物的監測服務	居家輸液治療服務沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權。

承保服務	您須支付的費用
善終護理 如果您的醫生和善終護理醫療顧問為您作出絕症預後判斷，證明您患有絕症且若您的疾病如常進展，在世剩餘時間不超過 6 個月，則您有資格享受臨終關懷福利。您可以從任何經 Medicare 認證臨終關懷計劃中獲得護理。我們的計劃有義務協助您在我們的計劃服務區域內找到經 Medicare 認證臨終關懷計劃，包括我們擁有、控制或有經濟利益的計劃。您的臨終關懷醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。 承保服務包括： • 用於控制症狀與減輕疼痛的藥品 • 短期臨時照顧 • 居家護理 當您入住臨終關懷醫院時，您有權留在我們的計劃中；如果您繼續參加我們的計劃，您必須繼續支付計劃保費。 針對臨終關懷服務以及與您絕症預後有關的 Medicare A 部分或 B 部分給付服務：Original Medicare（並非我們的計劃）將為您臨終關懷服務的提供者和與您的末期預後有關的任何 A 部分和 B 部分服務付款。參加善終計劃後，您的善終護理服務醫療服務提供者會向 Original Medicare 寄送 Original Medicare 應為您支付的服務的帳單。Original Medicare 將向您收取費用分攤。 對於 Medicare A 部分和 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的服務：如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的非急診、非急症治療服務，您使用這些服務的費用取決於您是否使用計劃的網絡內醫療服務提供者，和遵循計劃規則（比如如果要求取得事先授權）。 • 如果您獲得網絡醫療服務提供者提供的承保服務並遵循獲取服務的計劃規則，您只需支付網絡內服務的計劃費用分攤金額 • 如果您獲得網絡外提供者提供的承保服務，您需要支付 Original Medicare 下的分攤費用 對於由 <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> 承保但 Medicare A 部分或 B 部分未承保的服務：<i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> 將繼續承保那些 A 部分或 B 部分不承保的計劃承保服務，無論它們是否與您的絕症預後相關。您需要為這些服務支付我們的計劃分攤費用。	當您加入 Medicare 認證的臨終關懷計劃時，您的臨終關懷服務以及與您的晚期預後相關的 A 部分和 B 部分服務將由 Original Medicare 支付，而不是由 <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> 支付。 在您選擇善終機構前，<i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> 將支付諮詢就診的費用。 <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> 承保為沒有選擇臨終關懷福利的罹患絕症患者提供的臨終關懷諮詢服務（只有一次）。

承保服務	您須支付的費用
對於我們計劃的 D 部分福利可能承保的藥物：如果這些藥物與您的絕症善終計劃無關，您需要支付分攤費用。如果與您的絕症善終計劃有關，您需要支付 Original Medicare 的費用分攤。善終計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節。 註：如果您需要非臨終關懷護理（與您的末期預後無關的護理），請聯絡我們安排服務。 我們的計劃承保為沒有選擇善終福利的絕症患者提供的善終護理諮詢服務（只有一次）。	
 免疫接種 承保的 Medicare B 部分服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感注射劑（或疫苗），在每年秋冬的流感季接種一次，如果具有醫療必需性，可接種額外的流感注射劑（或疫苗） • B 型肝炎疫苗，如果您有罹患 B 型肝炎的高度或中度風險 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗（如果您有患病風險且疫苗符合 Medicare B 部分的承保規則） 我們也承保大部分我們 D 部分藥物福利所涵蓋的其他成人疫苗。前往第 6 章第 8 節瞭解更多資訊。 關於您須為疫苗支付的費用的重要資訊 - 我們的計劃免費承保大部分 D 部分疫苗，即使您尚未支付您的自付額。請致電會員服務部瞭解更多資訊。 關於您為某些處方支付費用的重要資訊 - 您支付的化療管理服務費用不會超過共同保險金額，包括化療/放射藥物或 Original Medicare B 部分承保的其他藥物。	不需要為肺炎、流感、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗接種支付共同保險、共付額或自付額。
住院照護 包括急性住院護理、住院康復、長期護理醫院及其他類型的住院服務。住院治療從您聽從醫師要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。 承保服務包括但不限於： • 半私人病房（或醫療必需時的私人病房）	住院護理無需共付額或自付額。 非緊急住院護理需要授權。

承保服務	您須支付的費用
• 包括特殊飲食在內的膳食 • 常規護理服務 • 特殊護理病房費用（例如，重症監護病房或冠心病監護病房） • 藥品和用藥 • 化驗 • X 光及其他放射服務 • 必要的手術及醫療用品 • 器械（例如輪椅）的使用 • 手術室與康復室費用 • 物理治療、職業治療與語言治療 • 住院藥物濫用服務 Medicaid 福利： 承保每年最多 365 天（閏年則為 366 天）。	我們的計劃承保 90 天的住院治療。我們的計劃還提供 60 天「終身儲備日」保障。 此為我們的「額外」承保天數。如果您的住院天數多於 90 天，則可使用這些額外天數。但當您用完這額外的 60 天後，您的住院治療承保範圍將限制在 90 天。 福利期從您住進 Medicare 聯邦醫療保險承保的住院機構或專業護理機構的第一天開始算起。福利期至您連續 60 天不用住院或接受專業護理機構 (SNF) 護理時結束。 如果您在一個福利期結束後住進醫院或 SNF，則會開始一個新的福利期。您享有的福利期的數量沒有限制。
住院治療（續） • 在某些情況下，承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心肺、骨髓、幹細胞以及腸/多器官。如果您需要進行移植，我們將安排 Medicare 批准的移植中心對您的情況進行審查，並決定您是否需要接受移植。移植提供者必須是本地或服務區域外提供者。如果我們在社區護理模式之外提供網絡內移植服務，您可以選擇在本地進行移	如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。

承保服務	您須支付的費用
植，只要做移植手術的本地醫生願意接受 Original Medicare 價格。如果 <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i> 在您的社區移植護理模式之外提供移植服務，且您選擇在該偏遠位置接受移植，我們會為您和陪伴人員安排或支付適當的住宿和交通費用。 • 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保僅從您需要的第四品脫血液開始。您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。從第一品脫開始，所有其他血液成分均在承保範圍內。 • 醫師服務 註：如果需要住院，您的提供者必須寫醫囑來准許您入院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己為門診患者還是住院患者，應詢問醫院工作人員。 有關更多資訊，請參閱 Medicare 資訊便覽 <i>Medicare Hospital Benefits (Medicare 醫院福利)</i>。您可以瀏覽 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取此情況說明書。TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。	
精神病院住院服務 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。 • Medicare 受益人終身最多可享受 190 天的精神病院住院服務。 • 只有在符合特定條件的情況下，精神病院住院服務才會計入 190 天的終身限額。 • 此 190 天限額不適用於全科醫院提供的精神病住院服務。 您有資格獲得 Medicaid 提供的附加精神健康福利。 我們承保具有醫療必需性的護理，包括超出 190 天終身上限的天數。	Medicare 承保的住院精神健康護理無需共付額或自付額。 事先授權規則適用於所有非緊急住院護理。
住院：在非承保住院期間在醫院或 SNF 接受的承保服務 如果您已用完住院福利或如果住院時間不合理且不必要，我們將不予承保您的住院費用。在某些情況下，我們將為您在醫院或專業護理機構 (SNF) 期間接受的某些服務承保。承保服務包括但不限於： • 醫師服務 • 診斷檢查（例如化驗室檢查）	如果您在網絡內醫院或專業護理機構接受服務，則無需為本節所列服務支付自付額或共付額。

承保服務	您須支付的費用
• X 光、鐳射和同位素治療，包括技術員材料和服務 • 外科敷料 • 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 • 更換身體內部器官全部或部分（包括鄰近組織）或永久失去功能或不能正常發揮功能的身體內部器官的全部或部分功能的義肢和矯形設備（牙科除外），包括此類設備的更換或修理 • 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 • 物理治療、語言治療與職業治療	某些服務/用品需要獲得授權。
 醫療營養治療 此福利適用於糖尿病患者、腎病患者（不包括透析）或按醫囑接受過腎臟移植的患者。 在您接受 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）下的醫療營養治療服務的第一年中，我們會為您承保 3 小時的一對一諮詢服務，此後每年 2 小時。若您的病況、治療或診斷發生改變，只要醫師要求，您可能可以接受更長時間的治療。醫師必須對這些服務開具處方，並在您需要在下一個曆年繼續接受治療時更新其醫囑。	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。
 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 所有 Medicare 保健計劃下的合資格人員均可獲得 MDPP 服務承保。 MDPP 是一項結構化健康行為改變干預措施，針對改變長期飲食習慣、增加身體活動提供實踐性訓練，並為克服挑戰以堅持減肥和維持健康的生活方式提供解決方案。	MDPP 福利不需要支付共同保險、共付額或自付額。
Medicare B 部分藥物 這些藥物由 Original Medicare B 部分 進行承保。我們計劃中的會員透過我們的計劃接受這些藥物的承保範圍。承保藥物包括： • 通常不是由患者自行施用，而是在接受醫師、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸液的藥品	對於有資格獲得 Medicare B 部分處方藥的會員，沒有共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您須支付的費用
• 透過耐用醫療設備（例如醫療必需的胰島素泵）提供的胰島素 • 經過我們的計劃授權並使用耐用醫療設備（例如霧化器）施用的其他藥物 • 阿茲海默症藥物 Leqembi®（通用名 雷卡奈單抗），以靜脈注射方式給藥。除了藥物費用，您可能需要在治療前和/或治療期間進行額外的掃描和檢查，這會增加您的總體費用。請諮詢您的醫生，瞭解您在治療中可能需要進行哪些掃描和檢查。 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：如果 Medicare 為您的器官移植支付了費用，Medicare 會承保移植藥物治療。您必須在承保移植時擁有 A 部分，並且在獲取免疫抑制藥物時擁有 B 部分承保。如果 Medicare B 部分未承保免疫抑制藥物，Medicare D 部分藥物承保範圍將涵蓋這些藥物 • 可注射骨質疏鬆藥物（如果您因居家中，經醫生認定患有與停經後骨質疏鬆有關的骨折並且無法自行用藥） • 某些抗原：如果由醫生準備抗原，且有接受過適當指導的人（可以是您，患者本人）在適當監督下使用，則 Medicare 會承保抗原 • 某些口服抗癌藥物：如果同一藥物有注射形式，或該藥物是可注射藥物的前藥（一種口服形式的藥物，攝入時可分解成與可注射藥物中相同的活性成分），Medicare 則承保這部分口服抗癌藥物。當有新的口服抗癌藥物推出時，B 部分可能會承保。如果 B 部分不承保它們，則 D 部分會承保 • 口服抗噁心藥物：Medicare 承保您在化療前、化療中或化療後 48 小時內接受或用作靜脈注射抗噁心藥物的完整治療替代藥物的抗癌化療治療方案中的口服抗噁心藥物 • Medicare B 部分承保的某些口服末期腎病 (ESRD) 藥物 • 晚期腎病 (ESRD) 支付系統下的擬鈣藥物和磷酸鹽結合劑藥物，包括靜脈藥物 Parsabiv® 和口服藥物 Sensipar® • 用於家庭透析的某些藥品，包括醫療必需的某些肝磷脂解藥、局部麻醉劑和促紅細胞生成素 • 促紅細胞生成素：如果您患有末期腎病 (ESRD) 或您需要這種藥物來治療與某些其他病症相關的貧血（例如 Procrit®），則 Medicare 承保注射促紅血球生成素	特定物品需要授權。 無論您的費用分攤等級為何，每種胰島素產品一個月的供應量最多只需支付 \$35，即使您尚未支付自付額。

承保服務	您須支付的費用
- 牛痘免疫球蛋白靜脈注射劑（用於在家治療原發性免疫缺損疾病） - 腸外和腸內營養劑（靜脈注射和飼管進食） 我們的 B 部分也承保某些疫苗，D 部分藥物福利則承保大多數成人疫苗。 第 5 章解釋了我們的 D 部分藥物福利，包括您必須遵守的處方藥保險規則。第 6 章說明了您須為透過我們計劃取得之 D 部分藥物支付的費用。	
 肥胖症篩查與促進持續減重的療法 如果您的體重指數不低於 30，我們可承保深入諮詢服務，以幫助您減肥。如果這類諮詢是您在初級醫療環境中（也就是可以將諮詢與全面的預防計劃相配合的地方）獲得的，也可以承保。諮詢您的主治醫生或執業醫護人員，瞭解詳細資訊。	不需要為預防性肥胖症篩檢和治療支付共同保險、共付額或自付額。
阿片類藥物治療計劃服務 患有類鴉片藥物濫用失調 (OUD) 的計劃會員可透過類鴉片藥物治療計劃 (OTP) 獲得 OUD 治療服務的承保，該計劃包含以下服務： - 經美國食品和藥物管理局 (FDA) 批准的鴉片類藥物促效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物 - MAT 藥物的配藥和施打（如適用） - 物質濫用諮詢 - 個人和團體治療 - 毒性測試 - 攝入活動 - 定期評估	有資格獲得鴉片類藥物治療服務的會員無需支付共同保險、共付額或自付額 需要授權。

承保服務	您須支付的費用
門診診斷檢查與治療服務和用品 承保服務包括但不限於： • X 光 • 放射（鐳射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 • 外科用品，例如敷料 • 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 • 化驗室檢查 • 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保 • 當您的醫生或其他健康護理提供者要求您進行 CT 掃描、核磁共振成像 (MRI)、心電圖 (EKG) 和正子斷層掃描 (PET) 掃描等診斷性非實驗室檢查以治療醫療問題時。 • 其他門診診斷檢查	門診診斷測試和治療服務及用品不設共同保險、共付額或自付額。 MRI 和 PET 掃描需要事先授權。 化驗服務：常規化驗室 服務：* 無需授權。 *某些實驗室服務可能需要授權。
醫院門診觀察 觀察服務是用來確定您是需要住院還是出院的一種醫院門診服務。 醫院門診觀察服務如需獲得承保，必須符合 Medicare 標準且屬於合理且必須的。觀察服務僅在按醫囑提供，或由其他經州特許法律和醫院工作人員細則授權之人士要求提供以收住病人入院或進行門診檢查時，才獲得承保。 註：除非醫療服務提供者書面同意您作為住院病患入院，否則您就是門診病患，需要支付醫院門診服務的分攤費用金額。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是門診患者，請詢問醫院工作人員。 有關更多資訊，請參閱 Medicare 資訊便覽 <i>Medicare Hospital Benefits</i> (Medicare 醫院福利)。您可以瀏覽 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取此情況說明書。TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。	門診觀察服務沒有共同保險、共付額或自付額。 某些服務/用品需要獲得授權。

承保服務	您須支付的費用
醫院門診服務 我們承保您在醫院門診部診斷或治療疾病或外傷時所接受有醫療必要性之服務費用。 承保服務包括但不限於： - 在急診部或門診部接受的服務，例如觀察服務或門診手術 - 由醫院出具賬單的化驗室和診斷檢查 - 心理保健，包括部分住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療） - 由醫院出具賬單的 X 光檢查及其他放射服務 - 醫療用品，例如夾板和石膏 - 不能自行服用的某些藥物和生物製品 註：除非醫療服務提供者書面同意您作為住院病患入院，否則您就是門診病患，需要支付醫院門診服務的分攤費用金額。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是門診患者，請詢問醫院工作人員。	門診醫院服務沒有共同保險、共付額或自付額。 某些服務/用品需要獲得授權。
門診病人精神健康護理 承保服務包括： 由州頒發執照的精神科醫師或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、執業專業顧問 (LPC)、執業婚姻和家庭治療師 (LMFT)、執業護士 (NP)、醫師助理 (PA) 或其他符合 Medicare 要求的精神健康專家在現行州法律允許的情況下提供的精神健康服務。	門診精神健康照護沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權
門診康復服務 承保的服務包括：物理治療、職業治療和語言治療。 多種門診環境可提供門診康復服務，例如，醫院門診部、獨立治療室和綜合門診康復機構 (CORF)。	門診精神健康照護沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權。
門診物質濫用障礙服務 承保服務包括但不限於： - 個人和團體諮詢或治療療程 - 酒精和藥物使用不當的治療 根據需要提供家庭諮詢以協助治療。	每次 Medicare 承保的個人和團體治療療程沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權。

承保服務	您須支付的費用
門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務 註：如果您在醫院接受手術，您應該諮詢您的醫療服務提供者，瞭解您是住院病患還是門診病患。除非您的提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者，而且您必須支付門診手術的費用分攤。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。	門診手術沒有共同保險、共付額或自付額。 *門診手術中心服務不需要授權。 門診醫院服務需要授權。
部分住院服務和強化門診服務 「部分住院」是提供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，比您在醫生、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或持照專業諮詢師診所接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。 加護門診服務是在醫院門診部、社區精神保健中心、符合聯邦資格的健康中心或鄉村健康診所提供的積極行為（精神）健康治療的結構化計劃，其強度高於您在醫生、治療師、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或持照專業諮詢師診所接受的治療，但低於部分住院治療。 註：由於本計劃網絡內沒有社區精神健康中心，我們僅將部分住院醫院服務作為醫院門診服務給付。	門診手術沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權。
醫師/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診 承保服務包括： - 在醫師診所、經認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他地點獲得的醫療必需的醫療護理或手術服務 - 專科醫生提供的諮詢、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醫學治療） - 某些遠程醫療服務，包括由醫師或執業醫生為某些偏遠地區或 Medicare 批准的其他地區中的患者提供的諮詢、診斷和治療 - 在下述地點為居家透析會員每月晚期腎病就診提供的遠程醫療服務：醫院或重症醫院腎透析中心、腎透析設施或會員家中 - 診斷、評估或治療中風症狀的遠端醫療服務，無論其位於何處	這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。 您無需轉診即可獲得計劃提供者的專科醫師診所就診。 *只有前 3 次就診不需要事先授權。 所有後續看診均需獲得授權。

承保服務	您須支付的費用
- 為患有物質濫用障礙或併發精神健康障礙的會員提供遠端醫療服務，無論其位於何處 - 用於精神健康疾病的診斷、評估和治療的遠程醫療服務，前提是： - 您在首次遠程醫療就診前 6 個月內進行了面對面的就診 - 您在接受這些遠程醫療服務時，每 12 個月進行一次面對面就診 - 在某些情況下，可以對上述情況進行例外處理 - 由鄉村健康診所和聯邦認證健康中心為精神健康就診提供的遠程醫療服務 - 在以下情況下，由醫生對您進行 5-10 分鐘的虛擬檢查（例如，透過電話或視訊聊天）： - 您不是新患者且 - 該檢查與過去 7 天內的診室就診無關，並且 - 該檢查不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診 - 在以下情況下，醫生對您傳送來的視訊和/或影像進行評估，並在 24 小時內作出解釋和跟進： - 您不是新患者且 - 評估與過去 7 日診室就診無關及 - 該評估不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診 - 您的醫生在手術前透過電話、網際網路或其他網絡醫療服務提供者的電子健康記錄 - 手術之前由另一位網絡內提供者提供第二意見 - 非常規牙科護理（承保服務僅限於顎部或相關結構的手術、顎骨或面骨重整、拔除牙齒準備做顎部惡性腫瘤的放射治療，或由醫師提供方可獲得承保的服務） - 由符合資格的職業治療師 (OT)、物理治療師 (PT)、語言病理醫生 (SLP) 和聽力專家提供的遠程醫療服務	
足療服務 承保服務包括：	足病治療服務沒有共同保險、共付額或自付額。* 如果您沒有糖尿病診斷，則在第

承保服務	您須支付的費用
- 對足部傷害和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和醫學或外科治療。 - 為伴有影響下肢的某些醫療狀況的會員提供的常規足部護理	4 次就診足病診療師後需要獲得授權。 * 如果您被診斷出患有糖尿病，則需要在足病醫生就診 6 次後獲得授權
 HIV 暴露前預防 (PrEP) 如果您沒有感染 HIV，但您的醫生或其他醫療保健人員確定您感染 HIV 的風險較高，我們將承保暴露前預防 (PrEP) 藥物和相關服務。 如果您符合資格，承保的服務包括： - FDA 核准的口服或注射 PrEP 藥物。如果您要注射藥物，我們也會承保注射費用。 - 每 12 個月最多 8 次個人諮詢（包括 HIV 風險評估、HIV 風險降低和藥物依從性）。 - 每 12 個月最多 8 次 HIV 篩檢。 一次性乙型肝炎病毒篩檢。	不需要為 PrEP 福利支付共同保險金、共付額或自付額。
 攝護腺癌篩查 對於年滿 50 歲的男性，承保以下服務（每 12 個月承保一次）： - 直腸指檢 - 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查	不需要為年度 PSA 檢查支付共同保險、共付額或自付額。
義肢和矯形裝置及相關用品 更換全部或部分身體部位或功能的設備（牙科除外）。包括但不限於假肢和矯形設備使用的測試、裝配或訓練、結腸造口袋以及與結腸造口護理直接相關的用品、起搏器、支架、假肢用鞋、義臂和人造乳房（包括乳房切除術後的手術乳罩）。包括與義肢和矯形裝置以及義肢和矯形裝置的修理和/或更換相關的特定用品。還包括在白內障摘除或白內障手術後的一些承保 – 有關詳細資訊，請參閱本表後面部分的 <i>視力護理</i>。	假肢裝置和相關用品不設共同保險、共付額或自付額。 需要授權。

承保服務	您須支付的費用
肺病康復服務 會為患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 且從治療慢性呼吸道疾病的醫生處接受肺病復健醫囑的會員承保綜合性肺病復健計劃。	肺部復健服務沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權。
 酒精濫用篩查及旨在減少酒精濫用的諮詢 我們為濫用酒精但不依賴酒精的受保人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢。 如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年可獲得由初級醫療環境中符合資格的主治醫生或執業醫護人員提供的最多 4 次簡短的面對面諮詢就診。	不需要為 Medicare 承保的用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。
 用低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 進行肺癌篩查 對於合資格的人群，每 12 個月承保一次 LDCT。 合格的會員為在 50 - 77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但菸齡至少 20 年且每天至少抽一包菸，或目前抽菸或在過去 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。 <i>就進行首次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢而言：</i>會員必須獲得 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非醫生執業者提供。如果醫師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。	不需要為 Medicare 承保的心理輔導和共同作出決策就診或 LDCT 支付共同保險、共付額或自付額。
 C 型肝炎病毒感染篩檢 如果您的初級保健醫生或其他合資格的健康護理提供者開具了 C 型肝炎篩檢，並且您符合以下條件之一，我們將承保一次丙型肝炎篩檢： • 由於您使用或曾經使用過非法注射毒品，因此您面臨高風險。 • 您在 1992 年之前接受過輸血。	不需要為 Medicare 承保的 C 型肝炎篩檢支付共同保險金、共付額或自付額。

承保服務	您須支付的費用
您出生於 1945-1965 年之間。 如果您出生於 1945-1965 年之間，且不被視為高風險，我們會支付一次篩檢費用。如果您屬於高風險族群（例如，自上次丙型肝炎篩檢呈現陰性以來，您一直使用非法注射藥物），我們將承保年度篩檢。	
 性病 (STI) 篩查及旨在預防 STI 的諮詢 我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎等性傳播感染 (STI) 的篩檢。若孕婦和 STI 高危人群的主治醫生要求其進行檢查，我們將為其篩檢承保。我們承保每隔 12 個月或在孕期特定時間的這類檢查。 我們還為面臨 STI 高風險的性活躍人士承保每年最多 2 次單獨的 20-30 分鐘面對面高強度行為諮詢課程。如果這些諮詢課程是由主治醫生提供並且是在初級醫療環境（如醫生診所）進行的，我們只承保作為預防性服務的這些諮詢課程。	不需要為 Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 諮詢等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。
治療腎病的服務 承保服務包括： - 教授腎病護理知識並幫助會員對其護理作出知情決定的腎病培訓服務。對於患有第四期慢性腎臟疾病的會員，在醫生轉介後，我們在其一生中最多承保 6 次腎臟疾病培訓服務就診 - 門診透析治療（包括暫時離開服務區域時的透析治療，如第 3 章所述，或者當您暫時無法從為您提供這項服務的提供者處獲得服務時的透析治療） - 住院透析治療，如果您作為住院病人進入醫院接受特殊護理 - 自我透析培訓（包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療的人提供的培訓） - 家庭透析設備和用品 - 某些家庭支援服務（例如，在必要時由經過培訓的透析工作人員到家裡，幫助處理緊急情況並對您的透析設備和供水進行檢查） 某些透析藥物由您的 Medicare B 部分福利承保。有關 B 部分藥品承保的資訊，參閱本表的 Medicare B 部分藥物 一節。	Medicare 承保的腎臟疾病教育服務沒有共同保險、共付額或自付額。 *腎臟疾病教育服務無需授權。 * 未在醫療保健融資管理局 (HCFA) 2728 表格上獲得 ESRD 認證的會員需要授權。

承保服務	您須支付的費用
專業護理機構 (SNF) 護理 （有關專業護理機構護理的定義，請參閱第 12 章。）專業護理機構有時被稱為 SNF。） 計劃在每個福利期內承保最長可達 100 天，並且需有至少 3 天的先前住院記錄。 承保服務包括但不限於： • 半私人病房（或在醫療必需時的私人病房） • 包括特殊飲食在內的膳食 • 專業護理服務 • 物理治療、職業治療與語言治療 • 作為我們的護理計劃組成部分對您施用的藥品（其中包括人體中天然存在的物質，例如凝血因子。） • 血液 - 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。 • 一般由 SNF 提供的醫療用品和手術用品 • 一般由 SNF 提供的化驗室檢查 • 一般由 SNF 提供的 X 光及其他放射服務 • 一般由 SNF 提供的器械（例如輪椅）的使用 • 醫師/執業醫護人員服務 通常，您需要從網絡中的機構接受 SNF 護理。在下列一些特定情況下，您能夠支付網絡內的費用分攤，但使用不由網絡內服務提供者提供的機構，只要該機構接受我們的計劃提供的付款金額。 • 在您去醫院之前所住的療養院或連續性護理退休社區（只要它提供專業護理機構護理） • 您出院時您的配偶或同居伴侶所住的 SNF	專業護理機構承保的照護沒有共同保險、共付額或自付額。 需要授權。 福利期從您入院當天開始，至您連續 60 天不用接受任何住院護理（或 SNF 的專業護理）時結束。如果您在一個福利期結束後住進醫院或專業護理機構，則會開始一個新的福利期。
 停止吸菸和菸草使用（對戒菸或戒除菸草使用的諮詢） 符合以下條件的門診和住院患者可享有吸菸和戒菸諮詢服務： • 使用菸草，無論是否表現出菸草相關疾病的徵兆或症狀 • 在諮詢過程中有能力且保持警覺 • 合資格的醫生或其他 Medicare 認可的從業人員提供諮詢	不需要為 Medicare 承保的戒菸和戒除菸草使用等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您須支付的費用
我們每年承保 2 次戒菸嘗試（每次嘗試最多包括 4 次中級或密集療程，患者每年最多可獲得 8 次療程。）	
慢性病患者可獲得的特殊補充福利 OTC + 食品雜貨福利： 對於患有某些慢性病的合格會員，用於慢性病的特殊補充福利（雜貨福利）與非處方 (OTC) 福利相結合，作為每月 OTC 津貼的一部分來支付某些雜貨，但只能在特定藥房和/或零售商處購買。 不能僅根據您的疾病保證您有資格獲得此福利。合格會員將收到通知及獲得有關如何享用該福利的說明。 患有以下慢性病的會員可能有資格享受此福利： ○ 自體免疫疾病 ○ 癌症 ○ 心血管疾病 ○ 慢性酒精及其他藥物依賴症 ○ 慢性和殘疾精神健康狀況 ○ 慢性心力衰竭 ○ 慢性肺病 ○ 失智症 ○ 糖尿病 ○ 晚期腎病 (ESRD) ○ 內分泌失調 ○ 胃腸道疾病 ○ HIV/AIDS ○ 高血壓 ○ 神經功能障礙 ○ 骨關節炎 ○ 嚴重血液系統疾病 ○ 中風	OTC + 雜貨福利金額為每月 \$302。符合資格的會員可以將 OTC 福利金額用於合格的產品、食品、農產品和水電費。
監督運動療法 (SET) 我們為患有症狀性外周動脈疾病 (PAD)，且已從負責 PAD 治療的醫師處獲得 PAD 轉診的會員承保監督運動療法。	承保監督運動治療沒有共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您須支付的費用
如果 SET 方案的要求得到滿足，則提供為期 12 週的最多 36 個療程。 SET 計劃必須： • 包含持續 30-60 分鐘的課程，包括治療跛行病患的 PAD 治療性運動訓練方案 • 在醫院門診或醫師診室開展 • 由必要的合格輔助人員提供，以確保福利超過傷害，並接受 PAD 運動療法培訓 • 由醫生、醫師助理或執業護士/臨床專科護理師直接監督，他們必須接受基本和高級生命支援技術方面的培訓 如果健康護理提供者認為具有具醫療必要性，可以在超出 12 週之外承保 36 次治療之外的 SET 療程，並在更長的時間內提供額外 36 次治療。	需要授權。
急症治療服務 如果您暫時不在我們計劃的服務區域內，或即使您在我們計劃的服務區域內，但考慮到您的時間、地點和情況，從網絡醫療服務提供者獲得此項服務並不合理，則需要立即就醫的計劃承保服務屬於急症治療服務。我們的計劃必須承保急症治療服務，並且只向您收取網絡內分攤費用。急症治療服務的範例是無法預見的疾病、受傷或原有病情的突然發作。即使您不在我們計劃的服務範圍內或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診（如年度檢查）也不被認為是急需。僅承保在美國及其領土範圍內的急需服務。	您無需為 Medicare 承保的急需護理就診支付任何費用。
 視力護理 承保服務包括： • 用於對眼部疾病和傷害進行診斷和治療的門診醫師服務，包括老年黃斑退化的治療。Original Medicare 不承保針對眼鏡/隱形眼鏡的常規視力檢查（驗光）。 • 對於青光眼高風險人群，我們將每年承保一次青光眼篩檢費用。青光眼高風險人群包括有青光眼家族史的人士、糖尿病患者、年滿 50 歲的非裔美國人，以及年滿 65 歲的西班牙裔美國人。 • 對於糖尿病患者，每年承保一次糖尿病視網膜病變篩檢	視力保健服務沒有共同保險、共付額或自付額。 未經事先授權，眼睛疾病和損傷治療的診斷評估僅限每年 1 次。 所有後續評估都需要事先授權。

承保服務	您須支付的費用
每次白內障手術（包括植入人工晶狀體）後承保一副眼鏡或隱形眼鏡。如果您接受 2 次單獨的白內障手術，無法在第一次手術後保留福利及在第二次手術後購買 2 副眼鏡。	
 「歡迎加入 Medicare」預防就診 我們的計劃可承保一次「歡迎加入 Medicare」預防就診。其中包括健康審查、有關您所需預防性服務（包括某些篩查和注射）的教育和諮詢，以及轉診到其他護理（如果需要）。 重要提示：僅在您加入 Medicare B 部分後的首個 12 個內，我們為您承保「歡迎加入 Medicare」預防就診。進行預約時，請告訴醫生診室的人，您想要預定「歡迎加入 Medicare」預防就診。	不需要為「歡迎加入 Medicare」預防就診支付共同保險、共付額或自付額。

ElderServe MAP (HMO D-SNP) 是一項雙重資格特殊需求計劃，它將 Medicare 與 Medicaid 福利合併，其中包括專為需要療養院等級護理的會員設計的其他長期護理服務。

下表列出了 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員可以獲得的其他 Medicaid 福利和服務。在大多數情況下，您將使用您的 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員身份 (ID) 卡取得本節所述的額外福利。

為您承保的 Medicaid 服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
成人日間健康護理 包括醫療、護理、食物及營養、社會服務、復健治療、休閒活動、牙科、藥物以及其他輔助服務。在經批准 SNF 或附屬中心提供的服務。	\$0 共付額。 需要授權。
行為健康服務： - 積極社區治療 (ACT) - 持續性日間治療 (CDT) - 綜合精神科急診計劃 (CPEP) - 部分住院服務 (PH) - 以康復為主導的個人化服務 (PROS) - 危機緩解 - 州設住院康復戒癮治療中心	\$0 共付額。 可能需要授權

- 居住服務 - 門診診所 - 門診康復 - 以社區為主導的康復和激勵 (CORE) 服務 - 行動危機	
消費者引導式個人協助服務 一項專業化服務，在這項服務中，會員或代表其行事的人員（稱為指定代表）自行指導和管理會員的個人護理以及其他授權服務。 服務包括在個人衛生、穿衣和進食方面的部分或完全協助、做飯和家務方面的協助以及居家健康助理和護理任務。由會員或指定代表挑選並接受其指示的助理來提供服務。	\$0 共付額。 需要授權。
家庭分派及聚集餐 為無能力自備或讓他人準備膳食的個人提供的家中用餐或集體（例如在長者中心）聚餐。	\$0 共付額。 需要授權。
醫療社會服務 具有醫療必需性的評估、安排和提供與在家護理個人相關的社會問題的援助。	\$0 共付額。 需要授權。
營養 營養狀況/需求評估、設計與評估治療方案、營養教育、在職教育，並考慮文化因素。	\$0 共付額。 需要授權。
門診康復 （OT、PT、言語） 由醫生或其他有執照的專業人士安排的復健門診服務——物理治療 (PT)、職業治療 (OT) 和語言治療 (ST)——在醫療必要性範圍內（不限制就診次數）	\$0 共付額。 需要授權。
個人照護服務 為個人衛生、穿衣、進食之類活動提供具有醫療必需性的協助，以及營養和環境支援之功能任務。個人護理服務需要醫生的醫囑和事先核准，並且必須具有醫療必需性。	\$0 共付額。 需要授權。

個人緊急回應服務（PERS） 保障個人在身體、精神或環境處於緊急狀況時獲得幫助的電子裝置。	\$0 共付額。 需要授權。
私人看護 這種服務提供居家護理輔助、陪伴護理和家政服務，可能包括您的住宅或居住地內的護理服務。這種服務必須按照立囑醫生、註冊醫生助理或認證執業護士的書面治療計劃提供。 必須由持有執照並且目前在 New York 州教育部註冊，以註冊職業護士或持照經驗護士身份執業的人員提供私人護理服務。	\$0 共付額。 需要授權。
社會及環境支援 為會員的醫療需求提供支援的服務和用品。可能包括住宅維護工作、家管/家務服務、住宅設施改善以及臨時看護。	\$0 共付額。 需要授權。
社交型日間護理 在一天當中的任何時段於保護性環境中為機能受損個人提供小於 24 小時社會化、監督和監控、個人護理以及營養的結構化綜合性計劃。其他服務可能包括但不限於維持和增強日常生活技能、交通、護理者協助以及個案協調和協助。	\$0 共付額。 需要授權。
視力護理服務 會員可以獲得 Medicaid 承保的視力服務，包括驗光師、眼科醫生和眼科配鏡師的服務，例如眼鏡、醫療必需的隱形眼鏡和聚碳酸酯鏡片、義眼（庫存或訂製）、低視力輔助工具和低視力服務。承保範圍還包括零件的維修或更換、視力缺陷和/或眼睛病病的診斷性和治療性檢查。Medicaid 承保的驗光檢查僅限於每兩 (2) 年一次，除非另有理由證明其醫療必要性。Medicaid 承保的眼鏡更換不需要比每兩 (2) 年一次更頻繁，除非醫學上需要，或者眼鏡遺失、損壞或損毀。	\$0 共付額。 需要授權。

第 3 節 在 **ElderServe MAP (HMO D-SNP)** 之外承保的服務

以下服務不在 **ElderServe MAP (HMO D-SNP)** 承保範圍內，但可透過 Medicaid 獲得：

藥房

如 ElderServe MAP (HMO D-SNP) Medicare 承保證書 (EOC) 第 5 章所述，大多數處方藥均由 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 承保。普通 Medicaid 將承保 Medicare 不承保的一些藥物。

某些弱智和發育障礙醫療護理服務，包括：

- 長期治療
- Medicaid 服務協調
- 在居家和社區服務豁免計劃下所接受的服務

其他 Medicaid 服務

- TB（肺結核）直接觀察治療
- HIV 計算優化的廣泛反應性抗原 (COBRA) 個案管理

計劃生育

會員可前往任何提供計劃生育服務的 Medicaid 醫生或診所處求診，而無需獲得主治醫生 (PCP) 的轉診。

ELDERSERVE MAP (HMO D-SNP) 計劃不承保的服務

如果您的醫療服務提供者事先告知這些服務不在 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 或 Medicaid 承保範圍內，而且您同意支付其費用，您就必須支付未承保的服務費用。ElderServe MAP (HMO D-SNP) 或 Medicaid 不承保的服務範例包括：

- 不具備醫療必需性的整容手術
- 個人及舒適用品
- 不孕症治療
- 不屬於計劃一部分的提供者提供的服務（除非 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 將您轉至該提供者處）

第 4 節 我們的計劃不承保的服務

本節告訴您哪些服務被 Medicare 排除在外。

下表列出了在任何情況下我們的計劃或 Medicare 均不承保或僅在特定條件下由 Medicare 或 Medicaid 承保的服務和項目。

如果您接受了被排除在外（不承保）的服務，您必須自行為該服務付費，下面列出的特定情況除外。即使您是在緊急醫療機構接受排除服務，排除服務仍不能獲得承保，且我們計劃也不會為這些服務付款。僅有的例外情況是：若該服務在上訴後被裁定為由於您的特殊情況我們應予支付或承保的醫療服務，我們才會支付其費用。（有關對我們做出不承保某項醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參見本文件第 9 章第 6.3 節。）

Medicare 不承保的服務	僅在特殊情況下承保
針灸	在某些情況下，適用於患有慢性下背痛的人士
整容手術或醫療程序	因意外受傷或是為了改善會員身體畸形部位的功能可獲得承保 乳房切除術後進行的乳房重建手術，以及為達到對稱效果而對未受影響的一側乳房進行重建的所有階段可獲得承保
看護 看護是指不需要受訓醫療或輔助醫療人員持續看護的個人護理，例如協助沐浴或穿衣等日常生活活動的護理	可能由 ElderServe MAP 作為一項 Medicaid 福利承保。
實驗性質的醫療程序和手術、設備和藥物 實驗性程序和物品是指經 Original Medicare 判定，未普遍為醫學界接受的項目和程序	可能因參加 Medicare 批准的臨床研究而獲 Original Medicare 承保，或由我們的計劃承保 (有關臨床研究的詳細資訊，請前往第 3 章第 5 節)
對直系親屬或家庭成員護理收取的費用	當費用屬於消費者引導式個人協助服務的一部分時，可能由 ElderServe MAP 作為一項 Medicaid 福利承保。
在家中接受的全職護理照護	可能由 ElderServe MAP 作為一項 Medicaid 福利承保。
送餐到家服務	可能由 ElderServe MAP 作為一項 Medicaid 福利承保。
家務服務包括基本的家庭協助，包括簡單的家務或便餐準備。	可能由 ElderServe MAP 作為一項 Medicaid 福利承保。
自然療法服務（使用自然或替代治療方法）	任何情況下均不承保
矯形鞋或足部支撐裝置	屬於腿支架的一部分的鞋子，並且包含在支架費用中。為患有糖尿病足部疾病的人提供的矯形鞋或治療用鞋
醫院或專業護理機構病房中的私人物品，例如電話或電視	任何情況下均不承保
醫院的私人病房	僅在有醫療必需性時承保
恢復生育能力手術和或非處方避孕用品	任何情況下均不承保

Medicare 不承保的服務	僅在特殊情況下承保
常規脊椎推拿護理	為矯正半脫位的人工矯治脊椎可獲得承保
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	每次植入人工水晶體的白內障手術後，都會進行一次眼科檢查，並提供一副標準鏡架的眼鏡（或一副隱形眼鏡）。
例行足部護理	可根據 Medicare 指引提供某些有限承保範圍，比如若您患有糖尿病
常規聽力檢查、助聽器或配助聽器的檢查	任何情況下均不承保
根據 Original Medicare 標準，視為不合理和不必要的服務	任何情況下均不承保

第 5 章： 使用 D 部分藥物的計劃承保

如果您正在接受 D 部分藥物費用「額外補助」，如何才能獲得關於您的藥物費用的資訊？

由於您符合 Medicaid 參加資格，因此有資格獲取並且正在獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付您的處方藥計劃費用。因為您加入了「額外補助」計劃，本承保證書中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可能對您不適用。我們向您寄送一份稱作 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*（取得支付處方藥物「額外補助」者的承保證書附則）（也被稱為 *Low-Income Subsidy Rider*（低收入補助附則）或 *LIS Rider*（LIS 附則））的單獨插頁，以告知您相關的藥物承保。如果您沒有收到此插頁，請致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 711），並索取 *LIS Rider*（LIS 附則）。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）

第 1 節 我們計劃 D 部分藥物承保的基本規則

請參閱第 4 章中的醫療福利表，瞭解 Medicare B 部分藥物福利和臨終關懷藥物福利。

除 Medicare 承保的藥物之外，您的 Medicaid 福利承保一些處方藥。您可以聯絡您的 Medicaid 健康計劃或本手冊第 2 章中列出的衛生部醫療補助管理辦公室 (Medicaid)，以瞭解有關 Medicaid 福利下處方藥承保的更多資訊。您的 Medicaid 健康計劃或衛生部醫療補助管理辦公室 (Medicaid) 也可能能夠提供 Medicaid 藥物清單，告訴您如何找出 Medicaid 承保哪些藥物。我們的計劃通常將會承保您的藥物，只要您遵守以下規則：

- 您必須由提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生）為您開立處方，處方在適用的州法律下有效。
- 您的處方醫生不在 Medicare 的排除或除外名單中。
- 一般而言，您必須使用網絡內藥房配藥（請參閱第 2 節），或可透過我們計劃的郵購服務配藥。
- 您的藥物必須列在我們計劃的藥物清單上（請參閱第 3 節）。
- 您的藥物必須用於治療醫學上認可的適應症。「醫學上認可的適應症」表示一種由 FDA 批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，參見第 3 節。）
- 您的藥物可能需要根據某些規則獲得計劃的核准，然後我們才會同意承保。（要瞭解更多資訊，請參閱第 4 節）

第 2 節 在網絡內藥房或透過我們的計劃的郵購服務配取處方藥

在大多數情況下，您的處方藥僅在我們計劃的網絡藥房配取時才獲承保。（有關我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的細節，請參閱第 2.5 節。）

網絡內藥房是和我們計劃簽約的藥房，用來提供您的承保藥物。「承保藥物」一詞是指我們計劃的藥物清單上的所有 D 部分藥物。

第 2.1 節 網絡內藥房

尋找您當地的網絡藥房

如需查找網絡藥房，請參閱您的藥房名錄、瀏覽我們的網站 (www.ElderServeHealth.org) 和/或致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 711）。

您可以前往我們網絡內的任何藥房。

如果您的藥房退出網絡

如果您使用的藥房退出我們計劃的網絡，您需要尋找新的網絡藥房。若要尋找您所在地區的其他藥房，可致電 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 711），向會員服務部尋求幫助，或使用藥房名錄。您也可以透過我們的網站 www.ElderServeHealth.org 取得此資訊。

專業藥房

有些處方藥必須在專門的藥房配取。專門的藥房包括：

- 提供居家輸液治療藥物的藥房。為長期護理 (LTC) 機構居住者提供藥物的藥房。通常，LTC 機構（如療養院）擁有自己的藥房。如果您在 LTC 機構難以獲得 D 部分藥物，請致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 711）。
- 為印第安人衛生服務/部落/市區印第安健康計劃提供服務的藥房（未在波多黎各提供）。除非是緊急情況，只有美國原住民或阿拉斯加原住民能夠使用這些網絡藥房。調配受 FDA 限制在某些地點之藥物的藥房，或是調配需要特殊處理、提供者協調、使用方式教學的藥房。若要尋找專科藥房，請瀏覽您的藥房名錄 www.ElderServeHealth.org 或致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 711）。

第 2.2 節 我們計劃的郵購服務

對於某些種類的藥物，您可以使用我們計劃的網絡郵購服務。通常，您定期服用的藥物、慢性或長期病情的藥物可透過郵購服務購買。這些藥物在我們的「藥物清單」中標記為**郵購藥物**。

我們計劃的郵購服務可讓您訂購**最多 90 天的藥量**。

要獲取有關透過郵寄配藥的資訊，請致電會員服務藥房幫助台：1-855-898-1482，索取郵購表格的副本。如果您使用計劃網絡外的郵購藥房，您的處方藥將不受保。

通常，郵購藥房的訂單會在 10 天內送達。

如果您的郵購處方藥需要超過 10 天，我們的計劃將允許您在零售藥房配藥。

藥房直接從您醫生的診室收到的新處方。

若符合以下任一情況，藥房會自動配送從健康護理提供者處取得的新處方，不會先跟您確認：

- 您過去使用過本計劃的郵購服務，或
- 您註冊申請自動配送從醫療服務提供者處直接收到的所有新處方上的藥物。
您可於任何時候透過**聯絡客戶服務部**要求自動交付所有新處方的藥物。

若您透過自動配送郵購方式取得不需要的處方藥物，且藥房在出貨前並未聯絡您確認是否需要該藥物，您即符合退費資格。

若您過去曾使用郵購服務，且不希望藥房再自動配送每一個新處方，透過**聯絡客戶服務部**聯絡我們。

、如果您從未使用過我們的郵購服務，和/或決定停止自動配取新處方上的藥物，藥房將在每次從健康護理提供者處取得新處方時聯絡您，以確認您是否希望立即配取並發運藥物。每次藥房聯絡您時，您都應作出回覆，以便讓他們知道是否要發運、延發或停發新處方藥物，這一點非常重要。

若要取消要求藥房自動交付直接從健康護理提供者處收到的新處方的藥物的選擇，請透過**聯絡客戶服務部**聯絡我們。

郵購處方藥的重配。對於重新配取藥物，您可選擇參加一項自動重配計劃。參加此計劃後，當我們的記錄顯示您即將用完藥物時，我們將自動開始處理您的下次藥物重配。藥房在每次要將重配藥物寄出之前均會與您聯絡，以確認您需要追加藥物；如果藥物仍夠用，或者您的藥物有所變更，您可以取消預訂的再領取。

如果您選擇不使用我們的自動重配計劃，但仍希望郵購藥房向您寄送處方藥，在您目前的處方用完前 14 天內聯絡您的藥房。這將確保您的郵購藥物及時送達。

如要退出我們可自動準備重配郵購藥物的計劃，透過聯絡客戶服務部聯絡我們。

如果您自動收到您不想要的郵寄處方藥，您可能也有資格獲得退款。

第 2.3 節 如何取得長期供藥

我們的計劃提供了 2 種就計劃藥物清單上之「維持」藥物，取得長期供應（亦稱為「延長供應量」）的方法。（維持藥物是您定期使用的藥物，用於治療慢性或長期疾病。）

1. 我們網絡內的一些零售藥房可為您長期提供維持性藥物。您的藥房名錄 www.ElderServeHealth.org 介紹了哪些網絡內藥房可為您提供長期維持藥物供應。您還可以致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 **711**）以瞭解更多資訊。
2. 您還可以透過我們的郵購計劃收到維持藥物。要瞭解更多資訊，請參閱第 2.3 節。

第 2.4 節 使用不在我們計劃網絡中的藥房

通常，只有在您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保於網絡外藥房配取的處方藥。請先致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 **711**），瞭解附近是否有網絡內藥房。

我們僅在以下情況下承保在網絡外藥房配藥的處方：

- 如果您正在服用維持藥物並計劃旅行，請務必在出發前檢查您有多少藥物。如果您沒有足夠的藥物，一些零售藥房將允許延長天數的藥物供應。
- 如果您不在本計劃的服務區域內，且您生病、遺失或用完處方藥，並且您遵守所有其他承保規則，我們將承保在網絡外藥房配取的處方藥。

如果您必須使用網絡外藥房，您通常將需要在配取處方藥時支付全額的費用。您可以要求我們向您提供償付。（有關如何要求我們的計劃向您退款的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。）您可能需要支付在網絡外藥房購買藥物的費用與網絡內藥房承保費用之間的差額。

第 3 節 您的藥物必須列於我們的計劃的「藥物清單」上

第 3.1 節 「藥物清單」說明何種 D 部分藥物有承保

我們的計劃有一份承保藥物清單（處方藥一覽表）。在本承保證書中，我們將其稱為「藥物清單」。

此清單上的藥物皆由我們的計劃在醫生和藥劑師的協助下選定。該清單符合 Medicare 的要求並已獲得 Medicare 批准。

藥物清單只顯示由 Medicare D 部分承保的藥物。除 Medicare 承保的藥物之外，您的 Medicaid 福利承保一些處方藥。藥物清單告訴您如何確定 Medicaid 藥物承保範圍。

我們通常會承保我們計劃藥物清單上的藥物，只要您遵守其他在本章所說明的承保規則，且該藥用於醫學上認可的適應症。醫學上認可的適應症表示該藥的使用方式符合以下任一項：

- FDA 核准用於所開處方的診斷或病症，或
- 由某些參考資料提供支持，例如美國醫院藥典服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

藥物清單包括原廠藥、副廠藥和生物製品（可能包括生物仿製藥）。

原廠藥物是一種處方藥，以藥物製造商擁有的商標名稱進行銷售。生物製品是比典型藥物更複雜的藥物。在「藥物清單」上，當我們提到藥物時，可能是指藥品或生物製品。

副廠藥是一種和原廠藥物具有相同活性成分的處方藥。生物製品的替代品稱為生物仿製藥。通常，副廠藥和生物仿製藥與原廠藥或原研生物製品的藥效相同，並且費用較低。許多原廠藥物皆有副廠藥可供替代，某些原始生物製品有生物副廠藥替代品。一些生物仿製藥是可互換的生物仿製藥，根據州法律，可以在藥房替代原始生物製品，而無需新處方，就像副廠藥可以替代原廠藥物一樣。

參閱第 12 章瞭解藥物清單中可能包含的藥物類型的定義。

非處方藥

我們的計劃也承保某些非處方藥。某些非處方藥的價格比處方藥低，但療效與處方藥相同。想瞭解更多資訊，請致電會員服務部 1800-362-2266（TTY 使用者可致電 711）。

不在藥物清單上的藥物

NYS Medicaid 繼續承保 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分福利排除在外的若干藥物，如部分處方維生素和部分非處方藥。您可以聯絡 New York 州 Medicaid 計劃，以瞭解您的醫療補助福利承保哪些排除藥物。本計劃並未承保所有的處方藥。

我們的計劃不承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律並不允許任何 Medicare 計劃承保某些類型的藥物。（有關更多資訊，請參閱第 7 節。）

第 5 章使用 D 部分藥物的計劃承保

- 還有一些情況則是，我們決定不將某種特定的藥物包含在「藥物清單」內。
- 在某些情況下，您可能可以獲得不在我們藥物清單上的藥物。（如需更多資訊，參見第 9 章。）

第 3.2 節 如何得知某種特定的藥物是否有列於藥物清單上

要瞭解您服用的藥物是否在我們的藥物清單上，您有以下選擇：

- 查閱我們以電子方式發送給您的最新藥物清單。
- 請瀏覽我們計劃的網站（www.ElderServeHealth.org）。網站上的「藥物清單」始終為最新版本。
- 致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711），查詢某種特定的藥物是否有列於我們計劃的藥物清單上，或索要一份該清單的副本。
- 使用我們計劃的「即時福利工具」
(<https://link.zixcentral.com/u/091abd1b/XgmAbXVA7hGlpjcPh3soMg?u=https%3A%2F%2Fwww.express-scripts.com%2Flogin>) 在藥物清單上搜尋藥物，以估算您需要支付的費用，並查看藥物清單上是否有可以治療相同疾病的替代藥物。您也可以致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。

第 4 節 承保範圍受限的藥物

第 4.1 節 為何某些藥物有限制

對於某些處方藥，特殊規則限制了我們的計劃承保的方式和時間。醫生與藥劑師團隊制訂了這些規則，來協助您和您的提供者最有效地使用藥物。如要確定這些限制是否適用於您使用（或想要使用）的藥物，請查閱「藥物清單」。

如果一種安全且費用較低的藥物和較昂貴的藥物效果相同時，我們的計劃的規則將鼓勵您與您的醫療服務提供者使用費用較低的藥物。

注意，有時某種藥物可能在藥物清單上多次出現。這是因為相同藥物可能因您的健康護理提供者開出藥物的規格、份量或劑型而有所不同，並且不同版本的藥物可能適用不同的限製或分攤費用（例如，10 mg 與 100 mg；每天一次與每天 2 次；片劑與液體）。

第 4.2 節 限制類型

如果您的藥物有受到限制，這通常表示您或您的醫療服務提供者將須採取額外的步驟，以使我們承保該藥物。致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711），瞭解您或您的醫療服務提供者如何取得該藥物的承保範圍。如果您希望我們免除您的限制，您需要使用承保決定程序，要求我們進行例外處理。我們不一定會同意為您豁免該限制。（請參閱第 9 章。）

在有副廠藥可用時對原廠藥進行限制

通常，副廠藥和原廠藥物的藥效相同，並且費用較低。在大多數情況下，當原廠藥物有副廠藥時，我們的網絡藥房會為您提供副廠藥而不是原廠藥物。但是，如果您的提供者已告訴我們該藥物的醫療原因，副廠藥對您不起作用或在您的原廠藥物處方上寫著「無替代品」，那麼我們將承保原廠藥物。（對於原廠藥，您應承擔的費用可能會較副廠藥高。）

事先取得計劃批准

對於某些藥物，在我們同意為您提供承保前，您或您的醫療服務提供者需要根據特定標準取得我們計劃的批准。這稱為**事先授權**。這是為了確保用藥安全，幫助指導適當使用某些藥物。如果您並未取得此批准，您的藥物可能不會由我們的計劃承保。請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）或瀏覽我們的網站 [PA 標準連結](#) 獲取我們計劃的事先授權標準。

首先嘗試不同的藥物

此要求鼓勵您先嘗試價格便宜且療效相同的藥物，然後我們的計劃才會承保其他藥物。例如，若藥物 A 和藥物 B 皆可治療同一醫療情況，且藥物 A 的費用較低，則我們的計劃可能要求您先嘗試使用藥物 A。如果藥物 A 沒有效果，那麼我們的計劃會承保藥物 B。先嘗試不同藥物的這一要求稱為**階段療法**。請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）或瀏覽我們的網站 [ST 標準連結](#) 獲取我們計劃的階段療法標準。

數量限制

對於某些藥物，我們會限制您每次配取處方藥時可獲得的藥物數量。舉例來說，如果某個藥物的安全用量通常只有每日一粒，則我們可能會限制您處方的承保範圍至不超過每日一粒。

第 5 節 如果您的某種藥物未按您希望的方式獲得承保該怎麼辦

在某些情況下，您服用的處方藥，或您和您的醫療服務提供者認為您應該服用的處方藥不在我們的藥物清單上或受到限制。例如：

- 該藥物可能完全沒有承保。同一種藥物的副廠藥可能在承保範圍內，但您想要的原廠藥物卻不在承保範圍內。
- 藥物獲承保，但其承保範圍有額外的規則或限制。

如果您的藥物未列於藥物清單上或受到限制，您有以下選項：

- 您可能可以取得該藥物的臨時性供藥。

- 您可以更換成另一種藥物。
- 您可以申請**例外處理**，並要求我們計劃將藥物納入承保範圍或取消藥物限制。

您可能可以取得臨時性供藥

在某些情況下，我們的計劃必須提供您已經在服用的藥物的臨時供應量。這種臨時性供藥讓您有時間與您的提供者討論承保範圍的變化。

如要符合臨時性供藥的資格，您使用的藥物必須不再列於我們的計劃的「藥物清單」上，或目前受到某些限制。

- 如果您是**新會員**，在您成為我們計劃會員後的前 **90 天**內，我們承保您藥物的臨時性供藥。
- 如果您去年加入我們的計劃，我們將在該日曆年的前 **90 天**內承保您的藥物的臨時供應量。
- 臨時性供藥最多提供 **30 天**份的藥量。如果您的處方開具的天數較少，我們允許多次配藥，以提供最多 **30 天**的用藥。處方藥必須在網絡內藥房配取。（注意，長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的藥物以免造成浪費。）
- 對於已經加入我們計劃超過 **90 天**，且住在長期護理機構的會員，需要馬上提供：我們將承保一次為期 **31 天**用量的特殊藥品緊急供應，或者，如果您的處方上寫明的供給期限更短，則供給也更短。這是除了上述臨時性供藥之外的供藥。
- 如果您的狀態從臨終關懷變為非臨終關懷

當參保者從一個治療機構轉到另一個治療機構時，護理等級會發生變化。如果以下等級的護理變更情況之一適用於您，您可能**有權**獲得目前正在服用的藥物的過渡供應：

- 您從醫院或其他環境搬到長期照護機構
- 您從長期照護機構回家
- 如果您出院回家
- 如果您從專業護理機構出院

有關臨時性供藥的問題，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。

在您使用臨時性供藥期間，您應和您的提供者討論，以決定當臨時性供藥用盡時該如何處理。您有 **2 個**選項：

選項 1. 您可以更換成另一種藥物

諮詢您的醫療服務提供者，瞭解我們的計劃是否承保對您有相同效果的不同藥物。可致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者致電 711）索取可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。

選項 2. 您可以要求例外處理

您和您的醫療服務提供者可以要求我們計劃進行例外處理，並按照您希望的方式將藥物納入承保範圍。如果您的提供者表示您有申請例外處理的醫療理由，則您的提供者可以協助您提出例外處理申請。例如，您可以要求我們的計劃承保某種藥物，即使該藥物未列於我們計劃的藥物清單上。或者，您可以要求我們的計劃進行例外處理，以及解除藥物給付的限制。

如果您目前是會員，並且您正在服用的藥物下一年將從處方一覽表上剔除或受到某種程度的限制，我們將在新的一年前向您告知任何變更。您可在明年之前提出例外處理請求，我們將在收到您的申請（或您的開立處方者的支援聲明）後的 72 小時內作出答覆。如果我們批准您的請求，我們將在變更生效前授權承保該藥物。

如果您和您的醫療服務提供者想申請例外處理，請參閱第 9 章第 7.4 節瞭解如何處理。其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理而制定的程序和截止時間。

第 6 節 藥物清單可能會在年內變更

大多數藥物承保範圍的更改發生在每年開始時（1 月 1 日）。然而，在一年當中，我們的計劃可能會對「藥物清單」作出一些更改。例如，我們的計劃可能：

- 新增藥物至藥物清單，或從中移除藥物。
- 新增或撤銷藥物的承保範圍限制。
- 以副廠藥來替換某項原廠藥物。
- 以生物製品的可互換生物仿製藥版本來替換原研生物製品。

在更改我們的計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵守 Medicare 的要求。

關於更改藥物承保範圍的資訊

如果「藥物清單」發生更改，我們會在網站上發佈有關更改的資訊。我們還會定期更新我們的線上「藥物清單」。有時，如果您正在服用的藥物發生變更，您會直接收到通知。

在本計劃年度內對您有影響的藥物承保的變更

- 將藥物加入藥物清單中，並刪除或更改藥物清單上的類似藥物
 - 在「藥物清單」中加入其他版本藥物時，我們可能會將類似藥物從「藥物清單」中移除，將類似藥物移至其他分攤費用等級、增設限制，或兩者兼有。我們添加的藥物版本將處於相同或更低的費用分攤層級，及具有相同或更少的限制。
 - 只有當我們添加原廠藥的新副廠藥版本或添加已在藥物清單中的原始生物產品的某些新生物仿製藥版本時，我們才會進行這些更改。
 - 我們將在進行更改之前至少 30 天告訴您，或告訴您有關變更的資訊，並承保您正在服用的藥物版本的 30 天藥量。
- 移除「藥物清單」上已退市的不安全藥物和其他藥物。
 - 有時某種藥物可能因被認為不安全或因其他原因下市。如果發生這種情況，我們可能會立即將該藥自藥物清單中移除。如果您正在服用該藥物，我們會在變更後告知您。
- 對「藥物清單」上的藥物進行其他更改。
 - 我們可能會在年初進行其他變更，而這些變更可能會影響您正在服用的藥物。例如，我們基於 FDA 包裝警告或 Medicare 認可的新的臨床指南。
 - 我們將在做出這些更改之前至少 30 天告訴您，或告訴您有關變更的資訊，並承保您正在服用的藥物的額外 30 天的費用。

如果我們對您正在服用的任何藥物進行任何更改，請與您的處方醫生討論最適合您的選擇，包括改用其他藥物來治療您的病情，或請求承保決定以滿足您正在服用的藥物的任何新限制。您和您的處方醫生可以要求我們例外處理，繼續承保您一直在使用的藥物或藥物版本。有關如何要求承保決定（包括例外情況）的更多資訊，參閱第 9 章。

在本計劃年度內對您沒有影響的藥物清單變更

我們可能會對藥物清單進行上面沒有提到的變更。在這種情況下，這類更改不會影響作出更改時您正在使用的藥物；但是，如果您繼續留在相同的計劃裡，那麼這些更改可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日起開始影響您。

通常，在當前計劃年度內不會影響您的變更包括：

- 我們對您使用的藥物施加了新的限制。
- 我們將您的藥物自藥物清單中移除。

第 5 章使用 D 部分藥物的計劃承保

如果您使用的藥物發生任何這些變更（但並非因為藥物從市場上退出，副廠藥取代了原廠藥物，或上述章節所列的其他變更），則直到明年的 1 月 1 日為止，該變更將不會影響您的用藥或您的分攤費用。

在當前計劃年度內，我們不會直接告訴您這些類型的更改。您將需要查看下一個計劃年度的藥物清單（該清單在開放參保期間內可以查看），瞭解您正在使用的藥物的任何變化是否會對您在下一個計劃年度造成影響。

第 7 節 我們不予承保的藥物類型

某些處方藥不在承保範圍內。這表示 Medicare 將不會支付這些藥物的費用。

如果您提出上訴，並且我們發現您請求的藥物未被 D 部分排除在外，我們將支付或承保該藥物。（有關對決定提出上訴的資訊，請參見第 9 章。）如果藥物被排除在外，您必須自行支付其費用。

以下列出 3 項關於 Medicare D 部分藥物計劃不承保之藥物的通用規則：

- 我們計劃的 D 部分藥物承保範圍無法提供而將由 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物。
- 我們計劃無法承保於美國及其屬地境外購買的藥物。
- 我們的計劃不承保用途未經某些參考資料（例如美國醫院藥典服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統）支持的**非適應症**藥物使用。**非適應症**使用指的是任何非該藥標籤上由 FDA 批准之指示的用途。

此外，Medicare 依法不給付下列類別的藥物。但是，部份這些藥物可能由您的Medicaid藥物保險承保，如下所述。

- 非處方藥（也稱為成藥）
- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
- 處方維生素與礦物質產品（產前維生素與氟化物製劑除外）
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物
- 製造商試圖透過銷售條件要求相關測試或監測服務只能自該製造商購買的門診藥物

如果您取得「額外補助」來協助支付處方藥費用，「額外補助」不會支付通常不在承包範圍內的藥物費用。若您擁有透過 Medicaid 獲得的藥物承保範圍，您的州 Medicaid 計劃可能會承保部分 Medicare 藥物計劃通常不承保的處方藥。聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，確定可為您提供哪些藥物承保範圍。（Medicaid 的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 6 節。）

第 8 節 如何配藥

配取處方藥時，請在您選擇的網絡內藥房出示您的會員資格卡上的我們的計劃會員資訊。該網絡藥房將自動向我們的計劃收取您的藥物費用。

如果您在配取處方藥時沒有攜帶我們的計劃會員資訊，您或該藥房可致電我們計劃取得必要的資訊，也可以請求該藥房查詢我們的計劃參保資訊。

如果該藥房無法取得必要的資訊，在領取處方藥時，您可能將需要支付全額的費用。然後您可以要求我們給您償付。有關如何向我們的計劃申請償付的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險

第 9.1 節 在我們計劃承保的醫院或專業護理機構住院

如果您住進醫院或專業護理機構，且該住院由我們計劃承保，我們通常將會在住院期間承保您處方藥的費用。出院或離開專業護理機構後，只要您的處方藥符合本章所述之我們所有的給付規定，我們的計劃即會給付您的處方藥。

第 9.2 節 作為長期護理 (LTC) 機構的居住者

通常，長期護理 (LTC) 機構（如療養院）擁有自己的藥房，或使用某個藥房為其所有的居住者提供藥物。如果您住在長期護理 (LTC) 機構，您可以透過該機構的藥房或該機構使用的藥房（只要該藥房屬於我們網絡內藥房）取得處方藥。

請查閱您的藥房名錄 www.ElderServeHealth.org，以確認您 LTC 機構的藥房或其使用的藥房是否在我們的網絡內。如果不是，或者您需要更多資訊或協助，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。如果您入住 LTC 機構，我們必須確保您能夠透過我們的網絡內 LTC 藥房接受您的 D 部分福利。

如果您入住 LTC 機構，並且需要一種不在我們的藥物清單上或受到某些限制的藥物，請參閱第 5 節，瞭解如何獲得臨時或緊急供藥。

第 9.3 節 如果您還擁有僱主或退休人員團體計劃的藥物承保範圍

如果您有透過您的（或您的配偶或家庭伴侶的）僱主或退休人士團體取得其他藥物保險，聯絡**該團體的福利管理員**。他們可協助您理解您目前的藥物保險是否適合我們的計劃。

一般來說，如果您有僱員或退休人士團體保險，您從我們這裡獲得的藥物保險將會成為您的團體保險之外的**次要保險**。這表示您的團體保險將會先行支付。

關於可替代承保的特別注意事項：

每年您的僱主或退休人士團體應寄給您一份通知，告知您下一個日曆年的藥物保險是否有信譽度的。

如果該團體的計劃承保是可信的，即表示平均而言，我們的計劃藥物承保預期的支付金額至少與 **Medicare** 標準藥物承保相當。

請保留任何關於可替代承保的通知，因為您以後可能需要這些通知來證明您維持了可替代承保。如果您並未取得可替代承保通知，您可以透過您僱主或退休計劃的福利管理員，或該名僱主或工會取得一份副本。

第 9.4 節 如果您入住 **Medicare** 認證的臨終關懷機構

臨終關懷和我們的計劃不同時承保相同藥物。如果您參加了 **Medicare** 善終計劃，並且要求獲得某些藥物（例如抗噁心藥物、通便、止痛藥或抗焦慮藥物），而此藥因為與您的絕症及相關狀況無關而不受您的善終計劃承保，則在本計劃承保該藥物前，本計劃必須收到來自處方醫生或您的臨終關懷提供者的通知，聲明該藥物與您的絕症無關。為避免在獲得任何應由我們的計劃承保的藥物時出現延誤，您可要求您的寧養服務提供者或處方醫生發出通知，然後再請藥房為您開處方藥。

在您撤銷所選的善終計劃或從善終機構中出院後，本計劃將如本文件所述承保您的藥物。當您的 **Medicare** 善終福利結束時，為了防止耽誤您獲得藥房服務，請將證明文件帶到藥房，證明您已撤銷善終服務或已出院。

第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃

我們會進行藥物使用審核，以確保我們的會員獲得安全和適當的護理。

我們會在每次您配取處方藥時進行審核。我們也會定期審核我們的記錄。在進行這些審核時，我們將會尋找潛在的問題，例如：

- 可能的用藥錯誤

第 5 章使用 D 部分藥物的計劃承保

- 因為您正使用另一種類似藥物治療相同病症，所以可能不必要的藥物
- 因為您的年齡或性別而可能不安全或不適合的藥物
- 某些在同時使用時可能會對您造成傷害的藥物組合
- 處方上的藥物有您會過敏的成分
- 您服用的藥物量（劑量）可能存在錯誤
- 類鴉片止痛藥超出安全劑量

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的提供者一起更正該問題。

第 10.1 節 藥物管理計劃 (DMP) 協助會員安全使用類鴉片藥物

我們設有計劃，幫助確保會員安全使用處方鴉片類藥物和其他經常被濫用的藥物。這項計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您使用從多個處方醫生或藥房處獲得的類鴉片藥物，或者如果您近期使用了過量的類鴉片藥物，我們可能會與您的處方醫生商談，以確保您對類鴉片藥物的使用是適當的，而且在醫學上是必要的。與您的醫生合作，如果我們確定您使用處方鴉片類藥物或苯二氮卓藥物可能不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們讓您加入我們的 DMP，則限制可能是：

- 要求您從特定藥房獲得所有類鴉片藥物或苯二氮卓類藥物的處方
- 要求您從特定處方醫生處獲得所有關於阿片類藥物或苯二氮卓類藥物的處方
- 限制我們為您承保的鴉片類或苯二氮卓藥物數量

如果我們計劃限制您獲得這些藥物的方式或您獲取的藥量，我們將提前向您寄送信函。該信函告知您我們是否會對這些藥物的承保作出限制，或如果您需要僅從特定的處方醫生或藥房處取得這些藥物的處方。您有機會告訴我們您傾向於使用哪些處方醫生或藥房，以及您希望我們瞭解的任何其他重要資訊。在您回覆後，如果我們決定對這些藥物的承保作出限制，我們將向您寄送另一封信函，藉此確認相關限制條件。如果您認為我們作出錯誤的裁決，或不同意我們的裁決或限制條件，您和您的處方醫生有權提出上訴。若您提出上訴，我們將會審查您的個案，並給予您新的裁決。如果我們繼續否決您的藥物使用限制相關申請，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。

如果您患有某些病症，例如癌症導致的疼痛或鎌狀細胞病，或您正在接受善終服務、安寧療護或臨終關懷，或居住在長期護理設施，您將不會被納入我們的 DMP。

第 10.2 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃

我們提供計劃來協助有複雜健康需求的會員。我們的計劃稱為藥物治療管理 (MTM)。此計劃為自願性且免費提供給會員。藥劑師與醫生團隊為我們制訂了此計劃，以便幫助確保我們的會員最大程度地從其使用的藥物中受益。

一些患有特定慢性疾病且服用藥物超過特定藥費金額，或加入 DMP 協助他們安全使用類鴉片藥物的會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。如果您符合參加該計劃的條件，藥劑師或其他醫療專業人士將對您使用的所有藥物進行綜合審查。在審查期間，您可以談論您的藥物、費用以及您對您的處方藥和非處方藥存有的任何問題或疑問。您將收到一份包含推薦的待辦事項清單的書面摘要，清單中包含了一些步驟，可以協助您從藥物中獲得最佳療效。您還將獲得一份藥物清單，其中包括您正在服用的所有藥物、服用的劑量以及服用的時間和原因。此外，MTM 計劃中的會員將獲得有關安全處置屬於受管制物質的處方藥的資訊。

最好跟您的醫生討論一下推薦的待辦事項清單和藥物清單。在就診時或與您的醫生、藥劑師及其他醫療保健提供者交談時，請隨身攜帶這份摘要。前往醫院或急診室時也請帶上最新的藥物清單（例如，與您的 ID 卡一起）。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動將您加入該計劃，並寄給您相關資訊。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會安排您退出計劃。如對本計劃有疑問，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。

第 6 章： 對於 D 部份您須支付的費用

第 1 節 對於 D 部分您須支付的費用

我們在本章中使用「藥物」來表示 D 部分處方藥。並非所有藥物均為 D 部分藥物。根據法律，某些藥物不在 D 部分承保範圍內。一些被 D 部分承保排除在外的藥物受 Medicare A 部分或 B 部分或 Medicaid 承保。

要瞭解支付資訊，您需要瞭解承保藥物有哪些、哪裡可以配取處方藥以及取得承保藥物需要遵守的規則。第 5 章解釋了這些規則。當您使用我們計劃的「即時福利工具」來查找藥物承保範圍 (www.ElderServeHealth.org) 時，所顯示的費用是您應支付的自付費用的估計值。您亦可致電會員服務部 1-800-362-2266 (TTY 使用者請致電 711)，獲取「即時福利工具」提供的資訊。

如果您正在接受 D 部分處方藥費用的「額外補助」，如何才能獲得關於您的藥物費用的資訊？

由於您符合 Medicaid 參加資格，因此有資格獲取並且正在獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付您的處方藥計劃費用。因為您有「額外補助」，則本「承保證書」中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊對您不適用。我們向您寄送一份稱作 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (取得支付處方藥物「額外補助」者的承保證書附則) (也被稱為 *Low-Income Subsidy Rider* (低收入補助附則)) 或 *LIS Rider* (*LIS 附則*)) 的單獨插頁，以告知您相關的藥物承保。如果您沒有收到此插頁，請致電會員服務部 1-800-362-2266 (TTY 使用者請致電 711)，並索取 *LIS Rider* (*LIS 附則*)。

第 1.1 節 您為承保藥物支付的自付費用類型

對於承保的 D 部分藥物，您可能需要支付 3 種不同類型的自付費用：

- **自付額**是指在我們的計劃開始支付應承擔費用前，您先為藥物支付的金額。
- **共付額**是指您每次配取處方藥時支付的固定金額。
- **共同保險**是指您每次配取處方藥時支付一定比例的總額。

第 1.2 節 Medicare 如何計算您的自付費用

Medicare 規定了哪些內容可以計入您的自付費用，哪些內容不計入您的自付費用。以下是我們必須遵循的規則，以追蹤您的自付費用。

這些費用計入您的自付費用中

您的自付費用**包括**下列款項（只要是用來支付 D 部分承保藥物且您遵守於第 5 章說明的藥物承保規則）：

- 當您在下列藥物付款階段時，您須為藥物支付的金額：
 - 自付額階段
 - 初始承保階段
- 任何您在加入我們的計劃前，作為不同 Medicare 藥物計劃的會員，於此日曆年內支付的款項。
- 家人或朋友為您支付的任何藥物費用
- 來自 Medicare、僱主或工會健康計劃、印地安醫療保健服務、AIDS 藥物協助計劃的「額外補助」為您的藥物支付的任何費用。州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 以及大多數慈善機構。

進入災難承保階段：

當您（或代表您支付的人）在日曆年內已支付共計 \$2,100 的自付費用時，您將會從初始承保階段進入災難承保階段。

這些費用不計入您的自付費用中

您的自付費用**不包含**以下任何類型的付款：

- 您的月繳計劃保費
- 您在美國及其屬地境外購買的藥物
- 我們計劃未承保的藥物
- 您在網絡外藥房取得不符合我們計劃網絡外承保範圍要求的藥物
- 非 D 部分藥物，包括 A 部分或 B 部分所承保的處方藥及 Medicare 不予承保的其他藥物。
- 您為 Medicare 藥物計劃通常不承保之藥物所支付的款項
- 特定保險計劃及政府出資的保健計劃（例如 TRICARE、退伍軍人健康管理局 (VA)）為您藥物支付的款項
- 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項
- 製造商折扣計劃下藥物製造商所支付的款項

在此提醒您：如果以上列出的任何機構為您支付了部分或藥物全部自付費用，您需要致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）通知我們的計劃。

跟蹤您的自付費用總額

- 您收到的 *D 部分福利說明(EOB)* 包含您當前的自付費用總額。如果此金額達到 \$2,100，*D 部分福利說明(EOB)* 將告知您已離開初始承保階段並進入災難承保階段。
- 請確保我們能獲得所需的資訊。請參閱第 3.1 節，瞭解如何確保我們的消費記錄完整且最新。

第 2 節 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 會員的藥物付款階段

ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的藥物承保範圍分為 **3 個藥物付款階段**。您為每張處方支付的費用取決於您配藥或重新配藥時所處的階段。本章將詳細介紹每個階段。階段包括：

- **第 1 階段：年度自付額階段**
- **第 2 階段：初始承保階段**
- **第 3 階段：災難承保階段**

第 3 節 *D 部分福利說明*將說明您所處的付款階段

我們的計劃將追蹤您的處方藥費用，以及您在藥房取得處方藥時支付的款項。藉此，我們將可在您進入下一個藥物付款階段時告知您。我們追蹤 2 種類型的費用：

- **自付費用：**這是您支付的金額。該金額包含了您在取得 D 部分承保藥物時所支付的費用、家人或朋友為您藥物支付的款項，以及 Medicare 的「額外補助」、僱主或工傷保險、印地安醫療保健服務、AIDS 藥物協助計劃、慈善機構和大部分州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 為您的藥物所支付的款項。
- **藥物總費用：**這是為您的 D 部分承保藥物支付的所有費用的總和。該金額包含了我們的計劃支付的費用、您支付的費用，以及其他計劃或機構為您的 D 部分承保藥物支付的費用。

如果您在上個月透過我們的計劃配取了一次或以上的處方藥，我們將向您寄送 *D 部分 EOB*。*D 部分 EOB* 包括：

- **該月的相關資訊。**此份報告說明了您上個月配取處方藥的付款細節。這包含了藥費總額、我們計劃支付的金額，以及您和其他人代表您支付的金額。

- **自 1 月 1 日起當年度的全部資訊。**該資訊顯示自年初以來，藥物的藥費總額及付款總額。
- **藥物價格資訊。**這會顯示總藥價，以及每個相同數量的處方理賠的首次配藥後的價格變化資訊。
- **費用更低的其他可用處方藥。**這會顯示每項處方藥索賠中具有較低分攤費用的其他可用藥物的資訊，若適用。

第 3.1 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

為了追蹤您的藥物費用與您為藥物支付的款項，我們將利用自藥房取得的記錄。以下說明您如何協助我們及時更新您的資訊，並保持該資訊正確：

- **每次配取處方藥時，請出示您的計劃會員卡。**這有助於確保我們瞭解您配藥的處方和您支付的費用。
- **請確保我們能獲得所需的資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這種情況下，我們無法自動取得追蹤您的自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，請向我們提供您的收據副本。**何時您應該向我們提供藥物收據副本的範例：**
 - 當您在網絡內藥房以特殊價格，或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡來購買承保藥物時。
 - 當您為製藥商患者協助計劃提供的藥物支付共付額時。
 - 當您在網絡外藥房購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額的費用時。
 - 如果您被收取承保藥物的費用，您可以要求我們的計劃來支付我們應承擔的費用。有關如何執行此操作的說明，請參見第 7 章第 2 節。
- **請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。**由其他特定人士和組織所支付的款項也可以計入您的自掏腰包費用中。例如，由州政府醫藥補助計劃、AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)、印地安醫療保健服務，以及慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。請保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **請查閱我們寄給您的書面報告。**當您收到 *D 部分福利說明* 時，請仔細檢查，確保資訊完整且正確。如果您認為缺少某些內容或有任何疑問，請致電會員服務部 1-800-362-2266 (TTY 使用者請致電 711)。請務必保留這些報告。

第 4 節 自付額階段

由於我們的大部分會員接受其處方藥費用的「額外補助」，自付額階段不適用於大部分會員。如果您獲得了「額外補助」，此付款階段不適用於您。

請參見單獨插頁 *LIS Rider (LIS 附則)*，查看關於自付額金額的資訊。

如果您未獲得「額外補助」，自付額階段是您的藥物承保的第一個付款階段。當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。當您在此付款階段時，**您必須支付藥物的全部費用**，直到您達到我們計劃的自付額，2026 年的自付額為 \$615。自付額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。**您必須為您的藥物支付全額費用**，直到您達到計劃的自付額。對於所有其他藥物，您無需支付任何自付額。因此您的「總費用」通常低於藥物的正常**全額價格**，因為我們的計劃已就大多數網絡藥房的藥物議定較低費用。對於根據 Medicare 藥品價格談判計劃協商價格的藥物，總費用不得超過最高公平價格加上配藥費。

在支付 \$615 藥費後，您會離開「自負額階段」，進入「初始保險階段」。

第 5 節 初始承保階段

第 5.1 節 您須為藥物支付的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定

在初始承保階段期間，我們的計劃將為您的承保藥物支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分（您的共付額或共同保險金額）。您應承擔的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定。

您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

- 網絡內零售藥房。
- 不在我們計劃網絡內的藥房。我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房配取的處方藥。有關何時我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。
- 我們的計劃的郵購藥房。

有關這些藥房的選擇及按處方配藥的詳情，請參閱第 5 章及我們計劃的**藥房名錄** www.ElderServeHealth.org。

第 5.2 節 一個月承保藥物供應的費用

在初始承保階段期間，您就承保藥物應承擔的費用將會是共付額或共同保險的其中之一。

一個月承保的 D 部分藥物供應的費用

等級	標準零售網絡內 費用分攤 (最多 30 天份 量的供藥)	郵購分攤費 用 (最多 30 天 份量的供藥)	長期護理 (LTC) 分攤費 用 (最多 31 天 的藥量)	網絡外分攤費用 (承保僅限於某些情 況；如需詳細資訊， 請參閱第 5 章。) (最多 30 天的藥 量)
第 1 級分攤 費用 (副廠藥和 原廠藥物)	根據您的收入 狀況及機構狀 況，您須支付 下列款項， 25% 的費用 或： 對於副廠藥 (包括 視為原廠藥物的 原廠藥物)， 費用為： \$0 的共付額； 或 \$1.60 的共付 額；或 \$4.90 的共付額 對於所有其他 藥物，\$0 共付 額；或 \$5.10 共付額；或 \$12.65 共付額	根據您的收 入狀況及機 構狀況，您 須支付下列 款項， 25% 的費用 或： 對於副廠藥 (包括 視為原廠藥物 的 原廠藥 物)，費用 為： \$0 的共付 額；或 \$1.60 的共付 額；或 \$4.90 的共付 額 對於所有其 他藥物，則 為： \$0 共付額； 或 \$5.10 共 付額；或 \$12.65。	根據您的收入 狀況及機構狀 況，您須支付 下列款項， 25% 的費用 或： 對於副廠藥 (包括 視為原廠藥物 的 原廠藥物)， 費用為： \$0 的共付額； 或 \$1.60 的共付 額；或 \$4.90 的共付 額 對於所有其他 藥物，\$0 共付 額；或 \$5.10 共付額；或 \$12.65 共付額	根據您的收入狀況及 機構狀況，您須支付 下列款項， 25% 的費用或： 對於副廠藥 (包括 視為原廠藥物的 原廠藥物)，費用 為： \$0 的共付額；或 \$1.60 的共付額；或 \$4.90 的共付額 對於所有其他藥物， 則為： \$0 共付額；或 \$5.10 共付額；或 \$12.65 共 付額

第 6 章對於 D 部份您須支付的費用

無論費用分攤等級如何，即使您尚未支付自付額，您為每種承保胰島素產品一個月的供應量支付的費用也不會超過 \$35。

有關 D 部分疫苗費用分攤的更多資訊，請參閱第 8 節。

第 5.3 節 若您的醫生開立的處方藥不足一個月份量，您可能無需支付整個月份量的藥費

通常，您為藥物支付的費用包含一個月份量的供藥。有時，您或您的醫生可能希望您的供藥少於一個月（例如，當您第一次嘗試藥物時）。如果能幫您更好地規劃補給日期，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的供應量。

如果您接受的某些藥物的供應不足一個月，您將無需按整月支付費用。

- 如果您負有支付共同保險的責任，您需按藥物總費用的特定百分比支付。由於共同保險是基於藥物的總費用，因此藥物總費用降低後，您的費用也會降低。
- 如果您負有支付該藥物共付額的責任，您只需按您獲得藥物的天數支付，而不是按整個月支付。我們計算您每天為藥物支付的金額（「每日費用分攤費率」），並將其乘以您獲得藥物的天數。

第 5.4 節 您為長期（最多 90 天）承保的 D 部分藥物供應支付的費用

對於某些藥物，您可以取得長期供藥（也稱為延長供藥）。長期供藥的上限為 90 天份量的供藥。

您為長期（最多 90 天）承保的 D 部分藥物供應支付的費用

等級	標準零售分攤費用 （網絡內） （最多 90 天供應量）	郵購分攤費用 （最多 90 天供應量）
第 1 級分攤費用 對於副廠藥（包括視為副廠藥的原廠藥）	根據您的「額外補助」，您支付：\$0 共付額或 \$1.60 共付額或 \$4.90 共付額或費用的 25%	根據您的「額外補助」，您支付：\$0 共付額或 \$1.60 共付額或 \$4.90 共付額或費用的 25%

等級	標準零售分攤費用 (網絡內) (最多 90 天供應量)	郵購分攤費用 (最多 90 天供應量)
所有其他藥物	根據您的「額外補助」，您支付：\$0 共付額或 \$5.10 共付額或 \$12.65 共付額或費用的 25%	根據您的「額外補助」，您支付：\$0 共付額或 \$5.10 共付額或 \$12.65 共付額或費用的 25%

無論分攤費用等級如何，對於每種承保胰島素產品，您支付的費用不會超過 \$70（最多 2 個月的供應量）或 \$105（最多 3 個月供應量），即使您尚未支付自付額也是如此。

第 5.5 節 您停留在初始承保範圍階段，直到您一年內的自付費用總額達到 \$2,100

您將停留在初始承保範圍階段，直到您的自付費用總額達到 \$2,100。而後，您將進入災難承保階段。

您收到的 D 部分 EOB 可協助您追蹤您、我們的計劃和任何第三方在一年內為您的藥物支付了多少金額。並非所有會員都會在一年內達到 \$2,100 的自付費用限額。

如果您達到此金額，我們會通知您。（有關 Medicare 如何計算您的自付費用，請參閱第 1.3 節。）

第 6 節 災難承保階段

在災難承保階段，您無需支付 D 部分承保藥物的費用。當您的自付費用在日曆年內達到 \$2,100 的上限時，您將進入災難承保階段。一旦您進入災難承保階段，您將一直處於此付款階段，直到該日曆年結束。

- 在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

第 7 節 您為 D 部分疫苗支付的費用

關於您支付疫苗費用的重要資訊 - 某些疫苗被視作醫療福利，由 B 部分進行承保。其他疫苗則被視作 D 部分藥物。您可以在我們計劃的藥物清單中找到這些疫苗。我們的計劃免費承保大部分 D 部分疫苗，即使您尚未支付您的自付額。請瀏覽我們計劃的藥物清單或致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711），瞭解特定疫苗的承保範圍和分攤費用詳情。

我們對 D 部分疫苗的承保範圍分為 2 部分：

- 第一部分是**疫苗本身**的費用。
- 第二個部份為**疫苗接種**的費用。（有時將其稱為疫苗的「施打」。）

您為 D 部分疫苗支付的費用，視以下 3 者而定：

1. **免疫接種實踐諮詢委員會 (ACIP) 為成人提供是否需要接種疫苗的建議。**
 - 大多數成人 D 部分疫苗接種都是 ACIP 推薦的，並且無需付費。
2. **您在何處取得疫苗。**
 - 疫苗本身可以由藥房分發或由醫生辦公室提供。
3. **誰為您接種疫苗。**
 - 藥劑師或其他提供者可能會在藥房接種疫苗。或者，提供者也可以在醫生的診室接種疫苗。

您取得 D 部分疫苗接種時須支付的金額將視情況以及您所處的**藥物付款階段**而定。

- 當您接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身與提供者疫苗接種的全部費用。您可以要求我們計劃償付我們應承擔的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，這意味著您將獲得所支付全部費用的報銷。
- 其他時候，當您接種疫苗時，您只需支付您在 D 部分福利下的費用分攤。對於大多數成人 D 部分疫苗，您不需要支付任何費用。

以下是您可能接種 D 部分疫苗的 3 個範例。

第 1 種情形：您在網絡內藥房進行 D 部分疫苗接種。（此選項視您的居住地而定。某些州不允許藥房施打某些疫苗。）

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您不需要支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您向該藥房支付疫苗本身的共同保險金或者共付額，其中包括疫苗接種的費用。
- 我們的計劃將支付其餘的費用。

第 2 種情形：您在醫生的診所接種 D 部分疫苗。

- 當您接種疫苗時，您可能需要支付疫苗本身的全部費用以及提供者為您施打疫苗的費用。

第 6 章對於 D 部份您須支付的費用

- 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，我們將為您全額報銷您支付的金額。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您支付的金額扣除您通常的疫苗共同保險或共付額（含施打），再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您有接受「額外補助」，我們將為您償付此差額）。

第 3 種情形：您在網絡內藥房自行購買 D 部分疫苗，帶去您醫生的診室接種疫苗。

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您不需要為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您向藥房支付疫苗本身的共同保險或共付額。
- 當您的醫生替您接種疫苗時，您可能須支付此項服務的全部費用。
- 接下來，您可以利用第 7 章的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，我們將為您全額報銷您支付的金額。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您支付的金額扣除您通常的疫苗施打共同保險或共付額，再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您有接受「額外補助」，我們將為您償付此差額。）

第 7 章： 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單支付費用

第 1 節 您要求我們支付承保服務或藥物費用的情況

我們的網絡內服務提供者直接向我們的計劃收取您的承保服務和藥物費用，您應該不會收到承保服務或藥物帳單。如果您收到了您所接受的醫療護理或藥物的帳單，將此帳單寄送給我們以便我們可以支付它。在您給我們寄送帳單時，我們將核對帳單，並決定是否應承保有關服務和藥物。如果我們決定承保，我們將直接向醫療服務提供者付款。

如果您已經支付了 **Medicare 服務或計劃承保的專案**，您可以要求我們的計劃償付（償付通常被稱為給您**報銷**）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務或藥物支付費用，您就有權要求我們的計劃償付費用。您可能要在截止日期之前提出才能獲得償付。請參見本章第 2 節。在您給我們寄送您已經支付的帳單時，我們將核對帳單，並決定是否應承保有關服務或藥物。如果我們裁定應給付，將針對服務或藥物退款給您。

有時，您可能會收到醫療服務提供者就您接受的醫療護理開出的全額費用，或者要求您支付超出您的費用分攤份額。請先嘗試與提供者解決帳單問題。如果解決不了，請將帳單寄給我們，不要付款。我們將核對帳單，並決定是否應承保有關服務。如果我們決定承保，我們將直接向醫療服務提供者付款。如果我們決定不予付款，我們將通知醫療服務提供者。您支付的費用絕不應超過計劃允許的分攤費用。如果已與此醫療服務提供者簽約，您仍然有權接受治療。

您可能需要要求我們的計劃償還您或支付您收到的帳單的情況示例：

1. 如果您接受並非我們計劃網絡內的醫療服務提供者提供的緊急醫療或急症醫療護理

- 您可接受任何提供者提供的緊急醫療服務或急症治療服務，無論該提供者是否在我們的網絡內。在這些情況下，您應要求醫療服務提供者向我們的計劃收取費用。
- 如果您在接受護理時支付了全部費用，您應要求我們向您償付費用。將帳單及您的付款憑證寄送給我們。
- 您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為不應由您支付的款項。您應將帳單及您的付款憑證寄送給我們。
 - 如果我們欠付醫療服務提供者款項，我們將直接向其付款。
 - 如果您已支付服務費用，我們將為您償付費用。

2. 如果網絡提供者向您發出帳單，而您認為您不應支付該筆費用

網絡內提供者應始終直接向我們計劃收費。但有時由於疏失，他們會讓您支付您的服務費用。

- 您只需要在接受承保服務時支付自己的分攤費用金額。我們不允許醫療服務提供者添加其他收費，也叫做**差額收費**。即使我們向提供者支付的費用比提供者對此服務收取的費用少，或者因為有爭議我們沒有支付特定提供者收取的費用，這項使您

第 7 章要求我們對承保醫療服務或藥物帳單支付費用

支付的費用絕不會超過您的分攤費用金額的保護也適用。我們直接向我們的醫療服務提供者付款，並保障您不支付任何費用。即使我們向醫療服務提供者支付的費用少於醫療服務提供者對此服務收取的費用，這項規定也適用。

- 任何時候收到網絡內提供者的賬單，您都應將該賬單寄送給我們。我們將直接聯絡提供者，解決帳單問題。
- 如果您已經支付網絡內提供者的帳單，請將帳單與任何付款憑證寄送給我們。要求我們償付您的承保服務費用。

3. 如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃

有時，人們是以追溯性的方式加入我們的計劃。（這是指參保的第一天已過。參保日期甚至可能已於上一年度開始。）

如果您是以追溯性的方式加入我們的畫，而您已在投保日期後自費支付您的任何給付服務或藥物，您即可要求我們向您償付此費用。您需要向我們提交書面文件（如收據和帳單），以便我們處理報銷。

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

如果您前往網絡外藥房，該藥房可能無法直接向我們提交償付要求。當發生這種情況時，您須支付處方藥的全額費用。

請保留您的收據，並在您要求我們向您償付時寄送一份副本給我們。請記住，我們僅在有限情況下承保網絡外藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節瞭解這些情況。我們可能不會向您償付您在網絡外藥房支付的藥費與我們在網絡內藥房應支付金額之間的差額。

5. 如因未攜帶計劃會員資格卡而支付處方的總費用

如果您沒有攜帶我們的計劃會員資格卡，您可以要求藥房致電我們的計劃或查詢我們的計劃參保資訊。如果藥局無法立刻取得所需的投保資訊，您可能就需要先行支付處方藥的全額費用。

請保留您的收據，並在您要求我們向您償付時寄送一份副本給我們。如果您支付的現金價格高於我們的處方藥議定價格，我們可能不會向您償付所支付的全額費用。

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用

您可能會因為處方藥由於某些因素未受承保，而需要支付處方藥的全額費用。

- 例如，該藥可能未列於我們的計劃的「藥物清單」上；或者可能有某項您不知道或不認為適用於您的要求或限制。如果您決定您需要立即獲得藥物，您可能需要支付全部藥費。
- 請保留您的收據，並在您要求我們向您償付時寄送一份副本給我們。在某些情況下，我們可能會需要向您的醫生取得更多資訊，以便償付您的藥物費用。如果您支付的現金價格高於我們的處方藥議定價格，我們可能不會向您償付所支付的全額費用。

第 7 章要求我們對承保醫療服務或藥物帳單支付費用

當您給我們傳送付款請求後，我們將審核您的請求，並決定是否應承保有關服務或藥物。這被稱為作出**承保決定**。如果我們決定它應予承保，我們將支付服務或藥物的費用。如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。第 9 章包含有關如何提出上訴的資訊。

第 2 節 如何要求我們償付或支付您收到的帳單

您可以透過向我們寄送書面請求來要求我們償付您的費用。如果寄送書面請求，請將您的帳單與任何付款憑證一同寄送給我們。最好備份您的帳單及收據，以留作記錄。**您必須於收到此服務、用品或藥物起 60 天內，向我們提出申請。**

為確保您向我們提供我們作出決定所需的所有資訊，您可填寫我們的理賠申請表，以請求付款。

- 您並非必須使用該表格，但使用會有助於我們更快地處理資訊。
- 請從我們的網站 (www.ElderServeHealth.org) 下載該表格副本或致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者致電 711）索取表格。

將您的付款請求及任何帳單或付款收據郵寄至以下地址：

ElderServe MAP
Attn: Claims Department
80 West 225th Street
Bronx, NY 10463

對於 **D 部分（處方藥理賠）** 將您的付款請求及任何帳單或收據郵寄至以下地址：

Express Scripts
Attn: Medicare Part D
PO Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

第 3 節 我們會考慮您的付款請求並作出回覆

收到您的付款請求後，如果我們需要任何額外資訊，將通知您提供。如果不需要，我們將考慮您的請求，並作出承保決定。

- 如果我們決定該醫療護理或藥物獲承保，且您遵守了所有規則，我們將支付我們應承擔的服務或藥物費用。如果您已經為服務或藥物付款，我們會將報銷款郵寄給您。如果您支付了藥物的全部費用，您可能無法獲得全額報銷（例如，如果您在網絡外藥房取得藥物，或您為藥物支付的現金價格高於我們的議定價格）。如果您未支付服務或藥物費用，我們將直接向醫療服務提供者郵寄款項。
- 如果我們決定該醫療照護或藥物不予承保，或您並未遵守所有規則，我們將不會為該照護或藥物付費。我們將向您發出一封信函，解釋我們不寄出相關款項的原因，並說明您有權對該裁決提出上訴。

第 3.1 節 如果我們通知您我們不會支付有關醫療護理或藥物的費用，您可提出上訴

如果您認為我們拒絕您的付款請求或我們支付的金額有誤，您可以提出上訴。如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的決定。上訴程序是一項流程複雜、時限明確的正式程序。有關如何提出上訴的詳細資訊，請參閱本文件第 9 章。

第 8 章： 您的權利與責任

第 1 節 我們的計劃必須尊重您的權利與文化敏感性

第 1.1 節 我們必須以便於您使用且符合您文化敏感性的方式提供資訊（以英文之外的其他語言，盲文、大字印刷或其他格式等）

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Spanish, Chinese and Russian and in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-362-2266 (TTY users call 711).

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

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with 1-800-362-2266, TTY users should call 711. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Nuestro plan es necesario para garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se ofrezcan de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos antecedentes culturales y étnicos. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en idiomas distintos al inglés, incluidos español, chino y ruso, así como en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan requiere dar a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si los proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará la participación de costos de la red. Si se encuentra en una situación donde no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre a dónde ir para obtener este servicio con la participación de costos de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, al ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja al 1-800-362-2266, los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

我們的計劃要求確保所有服務，包括臨床和非臨床服務，都以具有文化能力的方式提供，並且向所有參加者開放，包括那些英語能力有限、閱讀技能有限、聽力障礙或擁有不同文化和種族背景的人。我們計劃滿足這些可及性要求的例子包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、打字電話或TTY（文字電話或打字電話）連接。我們的計劃提供免費的口譯服務，以回答非英語成員的問題。如果您需要，我們還可以提供其他語言的資料，包括西班牙語、中文和俄語，並且可以提供盲文、大字本或其他替代格式，全部免費。我們有責任以您可訪問且合適的格式向您提供有關我們計劃福利的信息。如需以適合您的方式從我們獲取信息，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 用戶請撥打711）。

我們的計畫要求為女性報名者提供直接訪問網絡內婦女健康專家的選項，以便獲得婦女的常規和預防健康護理服務。

如果我們計劃中的專科網絡內沒有可用的提供者，我們計劃的責任是在網絡外尋找專科提供者，以便為您提供必要的護理。在這種情況下，您僅需支付網絡內的費用分擔。如果您發現自己處於這種情況，即我們計劃的網絡內沒有涵蓋您所需服務的專家，請致電我們的計劃以獲取有關在哪裡以網絡內費用分擔獲得此服務的信息。

如果您在以可接受和適合您的格式獲取我們計劃的信息時遇到任何問題，請考慮諮詢女性健康專家或尋找網絡專家，並致電 1-800-362-2266 提出投訴，TTY 用戶應該撥打 711。您還可以通過撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向醫療保險提出投訴，或者直接向民權辦公室致電 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

Наш план необходим для обеспечения того, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учетом культурных особенностей и были доступны всем застрахованным, включая тех, кто имеет ограничения по знанию английского языка, ограниченные навыки чтения, проблемы со слухом или тех, кто принадлежит к различным культурным и этническим группам. Примеры того, как наш план может соответствовать этим требованиям доступности, включают, но не ограничиваются, предоставление услуг переводчиков, услуг устного переводчика, телетайпов или подключения TTY (текстовая телефонная связь или телетайповый телефон).

Наша программа предлагает бесплатные услуги переводчиков для ответов на вопросы членов, говорящих не на английском языке. Мы также можем предоставить материалы на других языках, кроме английского, включая испанский, китайский и русский, а также в Брайлевском шрифте, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах без дополнительной платы, если это необходимо. Мы обязаны предоставить вам информацию о преимуществах нашей программы в формате, который доступен и подходит вам. Чтобы получить информацию от нас удобным для вас способом, позвоните в службу поддержки членов по телефону 1-800-362-2266 (для пользователей TTY звоните по номеру 711).

Наш план требует предоставить женщинам, зарегистрированным в программе, возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в сети для рутинных и профилактических медицинских услуг для женщин.

Если в сети поставщиков нашего плана по специализации нет доступных специалистов, наш план несет ответственность за поиск специализированных поставщиков вне сети, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только долю затрат в сети. Если вы окажетесь в ситуации, когда в сети поставщиков нашего плана нет специалистов, которые покрывают необходимую вам услугу, свяжитесь с нашим планом для получения информации о том, куда обратиться для получения этой услуги с долей затрат в сети.

第 8 章您的權利與責任

Если у вас возникли проблемы с получением информации из нашего плана в формате, который доступен и подходит вам, обращение к специалисту в области женского здоровья или поиск специалиста сети, позвоните, чтобы подать жалобу по номеру 1-800-362-2266, пользователи ТТТ должны звонить по номеру 711. Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или напрямую в Управление по гражданским правам по номеру 1-800-368-1019 или ТТТ 1-800-537-7697.

第 1.2 節 我們必須確保您即時取得承保服務與藥物

您有權在我們的計劃網絡內選擇一個醫療服務提供者提供和安排您的承保服務。您有權在不必要轉診的情況下前往婦女健康專科醫生（如婦科醫師）診所就診。我們不要求您透過轉診去網絡內提供者處就診。

您有權在合理的時間內，從我們的計劃網絡內的提供者處取得預約並獲取承保的服務。這包括您有權在需要護理時，及時獲得專科醫生的服務。您也有權向我們的任何網絡內藥房取得處方配藥或重新配藥，而不會出現長時間拖延的情況。

如果您認為您沒有在合理的時間範圍內取得醫療護理或 D 部分藥物，第 9 章會告訴您怎麼做。

第 1.3 節 我們必須為您的個人健康資訊保密

聯邦和州法律保護您醫療記錄與個人健康資訊的隱私。我們按照此類法律的規定，保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括您在參保本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。
- 您擁有與您的資訊相關的權利，並有權控制您的健康資訊的使用方式。我們會向您發出書面的 *Notice of Privacy Practice*（隱私規則通告），其中有相關權利並說明我們如何為您的健康資訊保密。

我們如何保護您健康資訊的隱私？

- 我們確保未經授權人士不能查看或更改您的記錄。
- 除下述情況外，如果我們打算向任何不為您提供護理或不為您支付護理費用的人士提供您的健康資訊，我們必須先獲得您或您賦予其法律權力替您做出決定的代表的書面許可。
- 在某些例外情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律所允許或所要求的。
 - 我們需向正在檢查護理品質的政府機構披露健康資訊。

第 8 章您的權利與責任

- 由於您透過 Medicare 加入我們的計劃，我們需向 Medicare 提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥資訊。如果 Medicare 出於研究或其他目的公開您的資訊，將根據聯邦法令和法規執行；一般而言，能夠識別您個人身份的資訊是不會用來分享的。

您可以檢閱您記錄內的資訊，瞭解其分享給他人的情況

您有權查閱我們的計劃持有的您的醫療記錄，並有權獲得記錄的副本。我們不會向您收取副本的費用。您也有權要求我們增添或更改您的醫療記錄。若您向我們提出這些要求，我們將與您的健康護理提供者共同決定是否應作出更正。

若您的健康資訊因任何非常規目的而與他人共用，您有權瞭解共用的方式。

如果您對您的個人健康資訊隱私有疑問或顧慮，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。

第 1.4 節 我們必須為您提供本計劃、本計劃網絡內醫療服務提供者以及給付服務的相關資訊

作為 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要索取下列任何類型的資訊，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）：

- **計劃的相關資訊。**例如，包括我們計劃財務狀況的相關資訊。
- **關於我們的網絡內醫療服務提供者和藥房的資訊。**您有權索取關於我們網絡內醫療服務提供者和藥房的資格以及我們如何向網絡內醫療服務提供者付款的資訊。
- **您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。**第 3 章和第 4 章介紹了有關醫療服務的資訊。第 5 章與第 6 章提供有關 D 部分藥物承保範圍的資訊。
- **服務或藥物不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。**第 9 章介紹關於要求我們就某種醫療服務或 D 部分藥物不獲承保的原因或您的承保範圍受到限制的情況作出書面解釋的資訊。第 9 章還提供關於要求我們所作決定（也稱為上訴）的資訊。

第 1.5 節 您有權瞭解您的治療方案及參與決定您的護理

您有權向您的醫生和其他醫療服務提供者瞭解完整資訊。您的醫療服務提供者必須以您可理解的方式，說明您的病情及治療選擇方案。

您也有權完全參與您的醫療護理決定。為幫助您與醫生一起決定哪項治療方案最適合您，您擁有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇方案。** 您有權瞭解所有針對您的病情建議的所有治療方案，無論這些方案須支付多少費用或這些方案是否獲我們的計劃承保。其中也包含瞭解我們計劃所提供之協助會員管理藥物與安全用藥的計劃。
- **瞭解風險。** 您有權瞭解您的護理中涉及的任何風險。如果任何建議的醫療護理或治療是試驗研究的一部分，醫生必須事先向您說明。您完全有權拒絕任何試驗性治療。
- **「拒絕」的權利。** 您有權拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。您也有權停止使用藥物。如果您拒絕治療或停止服藥，您需對身體因此出現的情況負全部責任。

您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式

有時，有些人可能會因為事故或重病而無法自行作出醫療護理決定。您有權說明出現這種情況時希望採取的處理方式。這意味著，*如果您願意*，您可以：

- 填寫書面表格，**賦予某人合法權利**，以在您不能自行決定時，代您作出醫療決定。
- **向您的醫生提供書面指示**，說明您希望他們在您無法自行決定的情況下，如何處理您的醫療護理。

在這些情況的前提下用來給予指示的法律文件稱為**預立醫療指示**。**生前遺囑**和**醫療保健授權書**等文件是預立醫療指示的範例。

如何設定預立醫療指示來說明：

- **獲取表格。** 您可向您的律師、社會工作者或某些辦公用品商店索取預立醫療指示表格。有時，您可從向公眾提供 Medicare 資訊的機構索取預立醫療指示表格。您也可以致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）索取表格。
- **填寫表格並簽名。** 無論從何處獲取此表格，該表格都屬於法律文件。考慮請一位律師幫您編製該文件。
- **將表格的副本交給合適的人員。** 交一份表格副本給您的醫生，交一份給您在表格中指定為在您無法作出決定時代您作決定的人士。您也可以把副本交給您的好友或家人。在家中保留一份副本。

如果您事先獲知自己即將住院，且已簽署預立醫療指示，**請隨身攜帶副本前往醫院。**

- 醫院會詢問您是否已簽署預立醫療指示表格以及是否攜帶。
- 如果您沒有簽署預立醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

第 8 章您的權利與責任

是否填寫預立醫療指示是您的自由（包括在住院時是否願意簽署）。依據法律，任何人均不得根據您是否已簽署預立醫療指示，而拒絕為您提供護理服務或歧視您。

如果未遵循您的指示

如果您已簽署預立醫療指示，且認為醫生或醫院未遵從其中的指示，您可向 New York Medicaid 醫療專員辦公室發起投訴，地址是 Empire State Plaza, Corning Tower, 14th Floor, Albany, New York, 12237。您還可以透過撥打 1-518-474-2011 聯絡衛生署。

第 1.6 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定

如果您有任何問題、疑慮、投訴以及需要申請承保或提出上訴，本文件第 9 章介紹了您可以採取的行動。無論您是要求承保決定、提出上訴或投訴，我們均需公平對待您。

第 1.7 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重

如果您認為自己因種族、殘障、宗教信仰、性別、健康狀況、血統、信仰（信念）、年齡或國族本源而受到不公平待遇或自己的權利因此未得到尊重，您應致電衛生與公眾服務部的民權辦公室 1-800-368-1019（TTY 使用者致電 1-800-537-7697），亦可致電您當地的民權辦公室。

若認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，但並非遭受歧視，您可透過以下管道尋求幫助：

- 請致電我們計劃的會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 **711**）
- 致電您當地的 **SHIP**，號碼是 1-800-701-0501。有關詳細資訊，請查閱第 2 章第 3 節。
- 致電 **Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）

第 1.8 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊

從以下管道獲取有關您權利的更多資訊：

- 請致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者可致電 **711**）
- 致電您當地的 **SHIP** 1-800-701-0501。詳情請參見第 2 章第 3 節。
- 聯絡 **Medicare**
 - 瀏覽 www.Medicare.gov，閱讀刊物「*Medicare Rights & Protections*」（您的 Medicare 權利及保護）（網址：[Medicare 權利與保護](#)）
 - 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）

第 2 節 身為我們計劃會員的責任

以下是作為我們的計劃會員所需執行的事項。如有疑問，致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。

- 熟悉您的承保的服務及您獲得此類承保的服務所必須遵守的規則。閱讀本承保證書，瞭解為您承保的服務，以及獲得承保的服務所需遵守的規則。
 - 第 3 章和第 4 章詳細介紹了醫療服務。
 - 第 5 章和第 6 章詳細介紹了 D 部分藥物承保範圍。
- 除我們的計劃外，如果您有任何其他健康保險承保或藥物承保，您必須知會我們。第 1 章介紹了關於協調這些福利的資訊。
- 將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他健康護理提供者。獲取您的醫療護理或 D 部分藥物時，務請出示我們計劃的會員卡。
- 透過向您的醫生及其他提供者提供資訊、詢問問題和跟進您的護理情況，幫助其為您提供服務。
 - 為了幫助您獲得最好的護理，請將您的健康問題告訴您的醫生和其他醫療服務提供者。遵從您與醫生議定的治療方案及指示。
 - 確保您的醫生瞭解您使用的所有藥物，包括非處方藥、維生素和補品。
 - 如果您有疑問，請務必提出，並確保獲得您能理解的回答。
- 請體諒他人。我們希望會員均能尊重其他患者的權利。也希望您在行事時，遵循您醫生診所、醫院及其他辦公室的工作程序，保證其正常工作。
- 支付您的欠款。作為計劃會員，您負責支付以下費用：
 - 您必須繼續支付 Medicare 保費才能繼續成為我們計劃的會員。
- 如果您在我們計劃的服務區域內搬遷，您需通知我們您的搬遷情況，以便我們更新您的會員記錄及獲得您的聯絡資訊。
- 如果您搬離我們計劃的服務區域，則您無法繼續作為我們計劃的會員。
- 如果您搬遷，請務必通知社會保障局（或鐵路職工退休委員會）。

第 9 章：

如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第1節 遇到問題或疑慮該如何處理

本章列述了處理問題及疑慮的程序。您在處理問題時要採取的程序取決於您的問題類型：

- 就某些問題而言，您需採用**承保決定和上訴程序**。
- 對於其他問題，您需採用**提出投訴的程序**（也叫申訴）。

每個程序都有一套規則、手續及截止日期，您與我們均須遵守。

第3節的內容有助於您確定應採用的正確程序及您應採取的行動。

第1.1節 法律術語

本章中所列的某些規則、程序及各類截止日期存在若干法律術語。許多術語對於大多數人而言較為陌生。為了方便理解，本章使用一些更常見的詞語來代替某些法律術語。

然而，瞭解正確的法律術語有時也很重要。為了幫助您瞭解應使用哪些術語來獲得正確的幫助或資訊，我們在提供處理特定情況的詳細資訊時，會包含這些法律術語。

第2節 從何處獲取詳細資訊和個人化協助

我們可隨時向您提供協助。即使您想要對我們對待您的方式提出投訴，我們也必須尊重您提出投訴的權利。您可以隨時致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）尋求幫助。在某些情況下，您可能希望獲得某位與我們無關人士的幫助或指引。可提供協助的兩個機構是：

州健康保險援助計劃 (SHIP)

各州都有一項由訓練有素的諮詢師組成的政府計劃。計劃與我們或任何保險公司或健康計劃均沒有關聯。該計劃的諮詢師可幫助您瞭解您在處理問題時應採取的程序。他們也能回覆的問題、給予您更多資訊並提供有關處理方法的指引。

SHIP 顧問的服務是免費的。

New York 州健康保險援助計劃被稱為健康保險資訊、諮詢和援助計劃 (HIICAP)。請致電 1-800-701-0501 聯絡 HIICAP。本文件第2章第3節中列有電話號碼和網站 URL。 **Medicare**

您亦可聯絡 Medicare 尋求幫助：

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 每週7天，每天24小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。
- 請瀏覽 www.Medicare.gov

您可從 Medicaid 獲得幫助和資訊

您可以致電 Medicaid 幫助熱線 1-800-541-2831 (TTY 711)，週一至週五 8:00AM 至 8:00PM，週六 9:00AM 至 1:00PM。

您可以寫信給地方社會服務部（LDSS）。在 [這裡](#) 可以找到 LDSS 的地址

您也可以瀏覽 [New York 州 Medicaid 網站](#)。

New York 州 Medicaid 計劃：

致電	New York 州 Medicaid 幫助專線：1-800-541-2831 服務時間：週一至週五 8:00 a.m. 至 8:00 p.m. 服務時間：週六 9:00 a.m. 至 1:00 p.m. TTY：711
寫信	您可以寫信給地方社會服務部 (LDSS)。在 這裡 找到您的 LDSS 地址：
網站	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

第3節 瞭解關於 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴

您擁有 Medicare 並從 Medicaid 獲取協助。此章節介紹的資訊適用於您的**所有** Medicare 和 Medicaid 福利。這稱為綜合程序，因其合併或整合了 Medicare 和 Medicaid 各自的程序。

有時 Medicare 和 Medicaid 的程序並未合併。在此情況下，可以使用 Medicare 程序來獲得 Medicare 承保的福利，使用 Medicaid 程序來獲得 Medicaid 承保福利。關於這些情況的說明，請參閱**第6.4節**。

第4節 解決問題的流程

如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。對於與 **Medicare 或 Medicaid 承保福利** 有關的問題或投訴，以下資訊將幫助您找到本章的正確部分。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

這包括有關醫療護理（醫療用品、服務和/或 B 部分藥物）是否獲承保、承保的方式等問題，以及與醫療護理付款有關的問題。

是。

請參閱**第5節，承保決定和上訴指引**。

否。

前往**第11節，如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴**。

承保決定和上訴

第5節 承保決定和上述指引

承保決定和上訴處理與您的福利及醫療護理（服務、用品和 B 部分藥物，包括付款）承保範圍有關的問題。為方便起見，我們通常稱醫療用品、服務與 Medicare B 部分藥物為**醫療護理**。您可利用承保決定和上訴程序處理諸如某項醫療護理是否獲承保以及承保方式等事宜。

在獲得服務之前要求承保決定

如果您想知道我們是否會在您獲得醫療護理之前為其承保，您可以要求我們為您做出承保決定。承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療護理支付的金額所作出的裁決。例如，如果我們的計劃網絡內醫生將您轉診至不在網絡的專科醫生，此轉診將視為有利的承保決定，除非您或您的網絡內醫生可以證明您收到了該專科醫生的標準拒絕通知，或者**承保證書**明確表明在任何情況下都不會承保所轉診的服務。如果您的醫生不確定我們是否會承保某特定醫療服務或拒絕提供您認為所需的醫療護理時，您或您的醫生也可聯絡我們，要求進行承保決定。

在有限情況下，承保決定請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。駁回請求的情況示例包括：請求不完整、有人代表您提出請求，但其並未獲得相應的合法授權，或您要求撤銷請求。如果我們駁回承保決定請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

每當我們決定為您承保的內容以及我們支付的金額時，我們都會做出承保決定。在某些情況下，我們可能決定不承保某種醫療護理，或就您而言，不再承保這些醫療護理。如果您不同意該項承保決定，可提出上訴。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

提出上訴

如果我們在接受服務之前或之後作出承保決定，但您並不滿意，您可就該裁決**上訴**。上訴是指要求我們審核並更改我們作出的承保決定的正式方式。在某些情況下，您可以要求對承保決定進行加急或**快速上訴**。您的上訴不是由作出原始裁決的審核員處理。

您首次對裁決提出的上訴稱為第**1級上訴**。在這一級上訴時，我們將審核已作出的承保決定，以核查我們是否恰當遵循規則行事。當我們完成審查時，我們會給您我們的決定。

在有限的情況下，對第**1級上訴**的請求將被駁回，這意味著我們不會審查該請求。駁回申請的情況範例包括：申請不完整、有人代表您提出申請，但其並未獲得相應的合法授權，或您要求撤銷申請。如果我們駁回第**1級上訴**請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

如果我們完全或部分拒絕您的醫療護理第**1級上訴**，您的上訴將自動進入由與我們無關的獨立審查組織進行的第**2級上訴**。

- 您不需要辦理任何手續即可啟動第**2級上訴**。**Medicare** 規則要求，如果我們不完全同意您的第**1級上訴**，我們會自動將您的醫療護理上訴傳送至第**2級**。
- 有關第**2級醫療護理上訴**的更多資訊，請參閱本章**第6.4節**。
- 本章第**7節**介紹了**D部分上訴**。

如果仍不滿第**2級上訴**作出的裁決，還可繼續提出其他等級的上訴（本章介紹了第**3級**、第**4級**和第**5級上訴**程序）。

第5.1節 獲取有關請求承保決定或提出上訴的幫助

以下是一些您在決定要求任何類別的承保決定或對裁決提出上訴時，可以採取的途徑：

- **請致電會員服務部 1-800-362-2266**（TTY 使用者可致電 711）
- 可向您的州健康保險援助計劃**取得免費協助**
- **您的醫師或其他醫療保健服務提供者可代表您提出請求**。如果您的醫生幫助您請求第**2級**以上的上訴，他們需要被指定為您的代表。請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）並索取 *Appointment of Representative*（代表委任）表格。（此表格也可在 www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.ElderServeHealth.org 上獲得。）
 - 您的醫生或其他健康護理提供者可代表您就醫療護理請求承保決定或第**1級上訴**。如果您的上訴在第**1級**被拒絕，則該上訴將會自動轉交至第**2級**。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果您的醫生或其他醫療服務提供者請求在上訴期間繼續提供您正在接受的服務或項目，您可能需要指定您的醫生或其他處方醫生作為您的代表。
- 對於 D 部分藥物，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫生可以申請第 2 級上訴。
- **您可要求某人士代表您行事。**您可以指名其他人士擔任您的「代理商」，以代您提出承保決定要求或上訴。

如果您希望您的朋友、親屬或其他人士擔任您的代表，請致會員戶服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）並索取 *Appointment of Representative*（代表委任）表格。（本表格也可網上獲得：www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf）此表格可給予該人士許可，代您行事。表格必須經您和您希望代您行事的人士簽署。您必須向我們提交一份經簽署的表格。

我們可以在沒有表格的情況下接受代表的上訴申請，但在收到表格之前我們無法開始或完成審核。如果我們在就您的上訴作出決定的截止日期之前未收到該表格，您的上訴申請將被駁回。如果發生此情況，我們將向您發出書面通知，就您要求獨立審查組織對我們駁回您的上訴的決定進行審查的權利作出解釋。

- **您也有權聘請律師。**您可聯絡您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些團體也會為您提供免費法律服務。但您並非必須聘請律師才能要求任何類別的承保決定或針對某項決定提出上訴。

第 5.2 節 不同情況下的規則和截止日期

有 4 種不同的情況涉及承保決定和上訴。每種情況都有不同的規則和截止日期，我們針對每種情況提供了詳細資訊：

- **第 6 節：**「醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴」
- **第 7 節：**「D 部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴」
- **第 8 節：**「如果您認為您過快出院，如何要求我們延長住院承保」
- **第 9 節：**「如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務」（僅適用於下列服務：居家護理、專業護理機構護理和綜合門診康復機構 (CORF) 服務）

如果您不確定哪些資訊適用於您，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。您亦可從 SHIP 取得協助或資訊。

第 6 節 醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

第 6.1 節 如果您在獲取醫療護理保險存有疑問或希望我們償付就您的護理應承擔的費用時該如何處理

您的醫療護理福利在第 4 章的醫療福利表中進行了描述。在某些情況下，申請 B 部分藥物時適用的規則有所不同。出現這類情況時，我們將說明 B 部分藥物適用的規則與醫療用品及服務適用的規則之間的差異。

本節介紹了您處於以下 5 種情況中的任何一種時，您可以採取的行動：

1. 您沒有取得您想要的某些醫療護理，而您認為我們計劃承保該護理。**要求作出承保決定。第 6.2 節。**
2. 我們的計劃不核准您的醫生或其他健康護理提供者要向您提供的醫療護理，而您認為我們的計劃對此護理承保。**要求作出承保決定。第 6.2 節。**
3. 您已得到醫療護理，且您認為這些醫療護理或服務屬於我們計劃承保的範圍，但我們卻表示不支付此種護理費用。**提出上訴。第 6.3 節。**
4. 您已獲得您認為我們的計劃應承保的醫療護理，並已就此付款，且欲要求我們的計劃就該項護理向您償付費用。**把賬單寄給我們。第 6.5 節。**
5. 您獲知您所接受的我們之前認可的某種醫療護理的承保範圍將縮小或停止，而您認為減少或停止此種護理會損害您的健康。**提出上訴。第 6.3 節。**

註：如果即將終止的保險屬於醫院護理、家庭健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，參見第 8 節和第 9 節。此類別的護理適用特殊規則。

第 6.2 節 如何要求承保決定

法律術語：

涉及您的醫療護理的承保決定稱為**組織決定**。

快速承保決定也叫做**加急決定**。

第 1 步：決定您是否需要標準承保決定或快速承保決定。

如果醫療項目或服務須遵守我們的事先授權規定，標準承保範圍決定通常會在 **7 個曆日**內作出；所有其他醫療項目和服務則在 **14 個曆日**內作出；B 部分藥物則在 **72 小時**內作出。快速承保決定一般在 **72 小時**內作出，適用於醫療服務，對於 B 部分藥物來說為 **24 小時**。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 僅當採用標準截止日期會嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力時，方可取得快速承保決定。
- 如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保決定，我們即同意對您作出快速承保決定。
- 如果您自行要求快速承保決定（未獲得醫生支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們將致函給您：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 告知如果您的醫生要求快速承保決定，我們將自動為您提供快速承保決定。
 - 說明您可以針對我們為您做出標準承保決定而不是您申請的快速承保決定而提起快速投訴。

第2步：要求我們的計劃作出承保決定或快速承保決定。

- 首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。您、您的醫生或代表均可提出此請求。第2章提供了聯絡資訊。

第3步：我們將考慮您的醫療護理承保範圍請求，並給予答覆。**對於標準承保決定，我們使用標準截止日期。**

這意味著，在收到您對符合您事先授權規則的醫療項目或服務的請求後，我們將在**7個曆日**內給您答覆。如果您申請的醫療項目或服務不受我們事先授權規則的約束，我們將在收到您的請求後**14個曆日**內給您答覆。如果您的申請涉及**B部分藥物**，我們將在收到您的請求後**72小時**內給您答覆。

- 但是，對於您就醫療項目或服務提出的請求，如果您要求延長時間，或者我們需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多**14個曆日**。如果我們需要更多時間，會以書面形式通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。
- 如果您認為我們不應延長時間，可提出「快速投訴」。一旦我們做出裁決，我們將盡快答覆您的投訴。（投訴程序與承保決定和上訴程序有所不同。有關投訴的資訊，請參閱第11節。）

對於快速承保決定，我們採用加急期限。

快速承保決定是指我們將在**72小時**內答覆（如果您的請求是針對醫療項目或服務）。如果您的申請涉及**B部分藥物**，我們將在**24小時**內答覆。

- 但是，如果您要求延長時間，或者我們需要可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多**14個曆日**。如果我們需要更多時間，會以書面形式通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果您認為我們不應延長時間，可提出快速投訴。（有關投訴的資訊，請參閱第11節。）我們在作出決定後會儘快通知您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因。

第4步：如果我們拒絕您的醫療護理承保請求，您可以上訴。

- 如果我們拒絕您的請求，您有權提出上訴，要求我們重新考慮該決定。這意味著再次請求獲得您想要的醫療護理承保。如果您提出上訴，即表明您進入第1級上訴程序。

第6.3節 如何提出第1級上訴**法律術語：**

就醫療護理承保決定向我們的計劃提出上訴稱為計劃**重新考慮**。

快速上訴也叫做**加急重審**。

第1步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

標準上訴的裁決通常在**30**日曆日內作出，對於**B**部分藥物，通常在**7**天內作出。快速上訴通常在**72**小時內提出。

- 如果您就我們對護理承保範圍作出的裁決提出上訴，您和/或您的醫生將需決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速上訴，我們將給予您快速上訴。
- 提出「快速上訴」的要求與第6.2節提出「快速承保決定」的要求是相同的。

第2步：要求我們的計劃進行上訴或快速上訴

- 如果您要求進行標準上訴，請以書面形式提交標準上訴。您還可透過致電我們要求上訴。第2章提供了聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，可以書面形式或致電我們提出上訴。第2章提供了聯絡資訊。
- 您必須在自我們向您發出書面通知，對您的承保決定作出答覆之日起**65**天內提出上訴請求。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可為您延長提出上訴的時限。充分理由示例可能包括：您罹患使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴申請截止期限的資訊是錯誤或不完整的。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 您可免費索取一份有關您的醫療決定的資訊。您和您的醫生可以添加更多資訊支援您的上訴。

如果我們告訴您我們將要停止或減少您正在獲得的服務或項目，您可以在上訴期間繼續享有這些服務或項目。

- 如果我們決定變更或終止承保您目前正在獲得的某項服務或項目，我們會在採取擬定的行動前通知您。
- 如果您不同意該行動，您可提出第1級上訴。如果您在我們通知函的郵戳日期後10日內，或在該行動的預定生效日期前（以較晚者為準）請求第1級上訴，則我們將繼續承保該服務或項目。
- 如果您遵守此截止日期要求，則您可在第1級上訴待決期間繼續照常獲得該服務或項目。您也將照常獲得（與您的上訴無關的）所有其他服務或項目。

第3步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。
- 必要時，我們可能會聯絡您或您的醫生收集更多資訊。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後**72小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出回覆。
 - 如果您要求更多時間，或若我們需要收集更多有利於您的資訊，如果您的申請是針對醫療用品或服務，**我們可延長至多14個曆日**。如果我們需要更多時間，會以書面形式通知您。如果您的申請涉及B部分藥物，我們將無法延長時間。
 - 如果我們在72小時內未給您答覆（或若在延期結束時增加延長時間），我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第2級，由獨立審查組織進行審核。第6.4節介紹了第2級上訴程序。
- 如果我們的答覆是核准您的部份或全部要求，我們必須在收到上訴後72小時內核准或提供我們同意的承保範圍。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將會向您寄送我們的書面裁決，並自動將您的上訴轉至獨立審核機構進行第2級上訴。獨立審查機構將在收到您的上訴時以書面形式通知您。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）**標準上訴的截止日期**

- 對於標準上訴，我們必須在收到您上訴後的**30個日曆天內**給您答覆。如果您的申請涉及您尚未獲得的**B部分藥物**，我們會在收到您的上訴後**7個日曆日內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
 - 但是，對於您就醫療項目或服務提出的請求，如果您要求延長時間，或者我們需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多**14個日曆日**。如果我們需要更多時間，會以書面形式通知您。如果您就**Medicare B部分處方藥**提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。
 - 如果您認為我們不應延長時間，可提出「快速投訴」。您提出快速投訴後，我們會在**24小時內**給您答覆。（有關提出投訴流程（包括快速投訴）的詳細資訊，參見**第11節**。）
 - 如果我們在截止日期之前（或延期結束時）未給您答覆，我們會將您的請求提交至**第2級上訴**，由獨立審查組織進行審查。**第6.4節**介紹了**第2級上訴**程序。
- 如果我們批准您的部分或全部請求，則必須在**30個日曆日內**或**7個日曆日內**（就**B部分藥物**提出請求時），核准或提供承保。
- 如果我們的計劃部分或完全拒絕您的上訴，您還有其他上訴權利。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會向您發出信函。
 - 如果您的問題是與**Medicare**服務或項目有關，信函中將會告訴您我們將您的個案送至獨立審查機構進行**第2級上訴**。
 - 如果您的問題是與**Medicaid**服務或項目的給付有關，信函中將會告訴您如何自行提出**第2級上訴**。

第6.4節 第2級上訴程序**法律術語：**

獨立審查組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為**IRE**。

獨立審核機構是**Medicare**聘請的一個外部獨立機構。它與我們無關，也不是政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。**Medicare**監督其工作。

- 如果您的問題與**Medicare**通常承保的服務或項目有關，我們將會在**第1級上訴**完成後立即自動將您的個案交由**第2級上訴**程序處理。
- 如果您的問題與通常**Medicaid**承保的服務或項目有關，您可自行提出**第2級上訴**。信函中會向您說明如何提出上訴。我們也在下方提供了相關資訊。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 倘您的問題是關於 **Medicare** 和 **Medicaid** 均可承保的服務或項目，您可自動獲得獨立審核實體的 2 級上訴。您亦可向州請求公平聽證會。

如果您在提出第 1 級上訴時符合繼續獲得福利的資格，那麼您在第 2 級上訴期間仍可繼續享受上訴涉及的服務、項目或藥物的福利。請查閱第 135 頁，瞭解關於在第 1 級上訴期間繼續享受您福利的資訊。

- 如您的問題是與通常僅由 Medicare 承保的服務有關，在與獨立審查組織進行第 2 級上訴期間，您該項服務的福利將無法持續。
- 如您的問題是關於通常由 Medicaid 承保的服務，如您在收到我們的計劃的裁決信函後的 10 個曆日內提交第 2 級上訴，您會繼續獲得該服務的福利。

如果您的問題關於 **Medicare** 通常承保的服務或項目：

第 1 步：獨立審核機構審核您的上訴。

- 我們將向該機構傳送有關您的上訴的資訊。該資料稱為您的**個案檔案**。您有權向我們免費索取一份個案檔案副本。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，支援您的上訴。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細審閱所有上訴相關資訊。

如果您的第 1 級上訴為快速上訴，您也將獲得第 2 級的快速上訴。

- 對於快速上訴，獨立審查組織必須在收到您的第 2 級上訴後 **72 小時內** 給您答覆。
- 如果您的申請是針對醫療項目或服務，且獨立審核組織需要收集更多可能有利於您的資訊，可延長至多 **14 個日曆天**。如果您提出關於 B 部分藥物的請求，則獨立審查組織不能延長裁決時間。

如果您的第 1 級上訴為標準上訴，您的第 2 級上訴也將為標準上訴。

- 對於標準上訴，如果您就醫療項目或服務提出請求，獨立審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **30 個曆日內** 給您答覆。如果您的申請涉及 B 部分藥物，獨立審核機構必須在收到您的上訴後 **7 個曆日內** 對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 如果您的申請是針對醫療項目或服務，且獨立審核組織需要收集更多可能有利於您的資訊，可延長至多 **14 個日曆天**。如果您提出關於 B 部分藥物的請求，則獨立審查組織不能延長裁決時間。

第 2 步：獨立審核機構給您答覆。

獨立審核機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果獨立審查組織同意您針對醫療用品或服務的部分或全部申請，我們必須在**72 小時**內授權醫療護理承保，或者在我們獲得獨立審查組織對**標準申請**的決定後**14 個日曆日**內提供服務。對於**加急申請**，我們將在收到獨立審核機構的裁決起**72 小時**內答覆。
- 如果獨立審核機構同意部分或全部 **B 部分藥物** 請求，我們必須在收到獨立審核機構針對**標準申請**的裁決後**72 小時**內授權或提供 **B 部分藥物**。對於**加急申請**，我們將在收到獨立審核機構的裁決起**24 小時**內答覆
- 如果獨立審查機構部分或完全拒絕您的上訴，表明他們同意我們計劃的決定，即您的醫療護理保險的請求（或部分請求）應不予批准。（這稱為**維持裁決**或**駁回上訴**。）在此情況下，獨立審查組織將向您寄送一封信函：
 - 解釋該裁決。
 - 如果醫療護理承保範圍的美元價值達到某個最低金額，則會通知您有權進行第**3 級**上訴。您從獨立審查機構獲得的書面通知將說明繼續上訴程序必須達到的金額。
 - 告訴您如何提出第**3 級**上訴。
- 如果第**2 級**上訴遭到駁回，且您符合繼續上訴的要求，則必須決定是否希望繼續第**3 級**，提出第三次上訴。有關如何處理的詳細資訊，請查閱第**2 級**上訴後收到的書面通知。
 - 第**3 級**上訴由行政法官或審裁員處理。本章**第 10 節**將介紹第**3、4 和 5 級**上訴程序。

如果您的問題關於 **Medicaid** 通常承保的服務或項目：

第 1 步：可向州請求公平聽證會。

- **Medicaid** 通常承保的服務的第**2 級**上訴流程，是向州請求公平聽證會。您必須在我們傳送有關您第**1 級**上訴的裁決信的**120 個日曆日**內，以書面方式或透過電話要求公平聽證會。您從我們獲得的信函將告訴您提交聽證請求的位置。

若我們作出的關於您的第**1 級**上訴決定有任何對您不利的地方，您收到的通知將說明您可要求 **New York 州 Medicaid** 公平聽證會的權利，及如何召開公平聽證會、誰可代替您出席公平聽證會，以及（對某些上訴而言）您可要求在聽證會未決期間接受服務的權利與如何作出該要求。如果我們因醫療必要性議題或因為所涉及服務屬於實驗性或研究性而拒絕您的上訴，該通知也將說明如何要求紐約州舉行針對我們決定的「外部上訴」。

如果我們要減少、暫停或終止授權服務，而您想確保在公平聽證會之前繼續享受服務，您必須在**最終不利裁定通知之日起 10 天**內提出公平聽證會申請。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

如果我們要減少、暫停或終止授權服務，而您想確保在公平聽證會之前繼續享受服務，您必須在最終不利裁定通知之日起 10 天內提出公平聽證會申請。

您可聯絡臨時和身心障礙援助辦公室 (OTDA) 要求舉行州公平聽證會：

- 線上申請表：申請聽證 | 公平聽證 | OTDA (ny.gov)
- 寄送列印的申請表：
NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023 Albany, New York 12201-2023
- 請將可列印的申請表格傳真至：(518) 473-6735
- 透過電話提出申請：
標準公平聽證會專線 – 1 (800) 342-3334
緊急公平聽證會專線 – 1 (800) 205-0110
TTY 專線 — 711 請求話務員致電 1 (877) 502-6155
- 親自提出申請：
對於非 **New York** 市居民：
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

對於 **New York** 市居民：
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
5 Beaver Street
New York, New York 10004

在您申請召開公平聽證會後，州會向您傳送通知，說明聽證會的時間和地點。在聽證會上，您需要說明為何您認為裁決有誤。聽證官將聽取您和計劃雙方的意見，並判定我們的裁決是否有誤。如果州政府拒絕您的快速公平聽證會申請，他們會致電給您並寄送信函。如果您的快速公平聽證會申請被拒絕，州政府將在 90 天內處理您的公平聽證會。

如果州政府批准您的快速公平聽證會請求，他們會打電話通知您聽證會的時間和日期。所有快速公平聽證會將透過電話進行。

為聽證會做準備：

- 聽證會之前，我們將傳送一份「證據包」給您。這是我們就您的服務作出裁決時所依據的資訊。我們會將此資訊交給聽證官，來說明我們的裁決。如果沒有足夠的時間向您進行郵寄，我們將在舉行聽證會時為您提供證明資料包副本。如果您未能在聽證會當週收到證據包，您可以致電 1-800-362-2266 向我們索取。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- **您有權檢視您的個案檔案和其他檔案。**您的個案檔案包含您的健康記錄，並且可能包含為何變更或未核准您的醫療保健服務的相關資訊。您還可以要求檢視我們用於做出此決定的指南和任何其他文件。您可以致電我們 **1-800-362-2266** 查看個案卷宗及其他文件，或請求提供免費副本。只有在您主動要求，希望我們向您郵寄副本時，我們才會將這些副本郵寄給您。
- **您有帶人參加聽證會協助您的權利**，例如律師、朋友、親屬或其他人。在聽證會上，您或這位人士可以向聽審官提供書面材料，或者只是陳述為什麼此裁決有誤。您也可以讓他人陳述對您有利的事實。您或該人也可以在聽證會上向任何其他人提出問題。
- **您有權提交文件以支持您的個案。**帶上任何您認為對您有協助的文件的一份副本，例如醫師診斷書、健康保健帳單和憑證。將此通知的副本及其隨附的所有頁面攜帶至聽證會也可能會有幫助。
- **您可以致電當地法律援助協會或律師團體以獲得法律援助。**要尋找律師，請查看黃頁的「律師」部分的內容，或瀏覽 www.LawhelpNY.org，若您在 New York 市，請致電 **311**。

外部上訴

如果我們表示您請求的服務出現下列情況，您仍有其他上訴權利：

1. 缺乏醫療必要性；
2. 實驗性或研究性；
3. 與您從計劃網絡內獲得的照護並無不同，或
4. 可由網絡內的提供者（接受過適當的訓練且具備相關經驗，能滿足您的需求）提供。

關於此類決定，您可請求 New York 州 (NYS) 進行獨立外部上訴。之所以稱之為外部上訴，是因為它是由不為 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 或 New York 州工作的評審專家裁決的。這些審查員是 New York 州認可的合格人士。服務必須在計劃的福利包內或屬於實驗性治療、臨床試驗或針對罕見病症的治療。您無需支付任何外部上訴費用。

自我們寄出第 1 級上訴裁決函之日起，您有 **4 個月** 的時間申請外部上訴。

要請求外部上訴，請填寫申請表並將其寄至金融服務部。如果您在提出外部上訴方面需要協助，可以致電 **1-800-362-2266** 聯絡會員服務部。您與您的醫生需要向我們提供有關您的醫療問題的資訊。外部上訴申請表會列出所需資訊。

以下是一些獲取外部上訴申請的方法：

- 致電 **1-800-400-8882** 聯絡金融服務部
- 瀏覽[金融服務部網站](#)。
- 請聯絡我們，電話是 <Insert Appropriate Health Plan Toll-Free Number>

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

您的外部上訴將在**30天**內裁決。如果外部上訴評審專家請求提供更多資訊，可能需要更長時間（最長五個工作日）。您和 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 將在作出決定後兩天內獲知最終決定。

對於以下情況，您可更快獲得決定：

- 您的醫生認為延遲會對您的健康造成嚴重損害；或
- 您在急診室就診後，現正住院，但您的計劃拒絕承保醫院護理。

這稱為加急外部上訴。外部上訴審查員將在 **72 小時**內就加急上訴作出決定。

如果您在出院前提前至少 **24 小時**請求獲得更多住院物質濫用障礙治療，當滿足以下條件時，我們將繼續為您的住院付費：

- 您在 **24 小時**內申請快速通道第 **1 級**上訴，**並且**
- 您同時申請加急外部上訴。

我們將繼續為您的住院付費，直至對您的上訴作出決定。我們將在 **24 小時**內對您的第 **1 級**加急上訴作出決定。加急外部上訴的決定將在 **72 小時**內作出。

外部上訴評審專家將立即透過電話或傳真把裁決告知您和計劃。之後，我們會致函告訴您此決定。

您可以請求公平聽證會或外部上訴或兩者均申請。如果您同時申請舉行公平聽證會和進行外部上訴，公平聽證會官員的裁決將是最終裁定因素。」

第2步：公平聽證會辦公室給您答覆。

公平聽證會辦公室將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

- 如果公平聽證會辦公室同意醫療項目或服務的部分或全部申請，我們必須在收到公平聽證會辦公室裁決後的 **72 小時**內授權或提供服務或項目。
- 如果公平聽證會辦公室部分或完全拒絕您的上訴，他們同意我們計劃的決定，即您的醫療護理保險的請求（或部分請求）應不予核准。（這稱為**維持裁決**或**駁回上訴**。）

如果裁決是拒絕您的全部或部分請求，您可再次提出上訴。

如果獨立審核機構或公平聽證會辦公室決定拒絕您的全部或部分請求，您有**其他上訴權利**。

您將收到的公平聽證會辦公室信函會說明此下一上訴選擇。

請參閱**第10節**，瞭解有關第**2級**之後的上訴權利的更多資訊。

第 9 章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第 6.5 節 如果您要求我們償付您的醫療費用帳單

如果您已經為我們計劃承保的 **Medicaid** 服務或用品支付費用，您可以要求本計劃償還您（償付費用）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務或藥物支付費用，您就有權要求我們的計劃償付費用。在您給我們寄送您已經支付的帳單時，我們將核對帳單，並決定是否應承保有關服務或藥物。如果我們裁定應給付，將針對服務或藥物退款給您。

要求報銷即要求我們作出承保決定

如果您向我們寄送要求報銷的書面材料，即為要求我們作出承保決定。為作出此決定，我們將核查您已付款的醫療護理是否承保。我們也將核查您是否遵守使用醫療護理承保的規則。如果您希望我們為您報銷 **Medicare** 服務或項目的費用，或者您要求我們向醫療服務提供者支付您已付款的 **Medicaid** 服務或項目的費用，即為要求我們作出此承保決定。我們將核查您已付款的醫療護理是否為承保服務。我們也將核查您是否遵守所有使用醫療護理承保的規則。

- **如果我們批准您的請求：**如果醫療護理承保且您遵守所有規則，我們通常會在收到您的請求後 30 個行事曆日內（但不晚於 60 個日曆日）向您支付費用。
- **如果我們拒絕您的請求：**如果有關醫療護理未獲承保，或您未遵守所有規則，我們將不會寄出付款。相反，我們將向您發出一封函件，說明我們將不會就醫療護理作出支付並解釋原因。

如果您不同意我們的拒絕決定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，即表明您要求我們變更在駁回您的付款請求時所作出的承保決定。

如欲提出此項上訴，請遵循第 6.3 節中的上訴程序。如需就償付提出上訴，請注意：

- 我們必須在收到您上訴後的 30 個日曆天內給您答覆。
- 如果獨立審核機構認定我們應支付該等費用，我們必須在 30 個曆日內向您或醫療服務提供者寄出付款。如果您的上訴在第 2 級之後的任何上訴程序階段得到同意的答覆，我們將必須在 60 個日曆天內將您要求給付的款項寄給您或健康護理提供者。

第 7 節 D 部分藥物：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

第 7.1 節 本節描述了在對於獲取 D 部分藥物存有疑問或希望我們償付 D 部分藥物時，您該如何處理

您的福利包含多種處方藥的承保。該藥必須用於醫學上認可的適應症才可承保。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，參見第 5 章。）如需關於 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請參閱第 5 和第 6 章。本節僅和您的 **D 部分藥物** 有關。為了簡單起見，我們在本節下文中提述為藥物，而非每次贅述承保門診處方藥或 D 部分藥物。我們還使用「藥物清單」而非承保藥物清單或處方藥一覽表一詞。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果您不知道藥物是否受到給付，或您是否符合規定，您可以向我們詢問。有些藥物需要獲得我們的批准之後方可取得我們的承保。
- 如果您的藥房告知您，您的處方無法按上方指示配藥，藥房將為您提供一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保決定。

D 部分承保決定與上訴**法律術語：**

關於您的 D 部份處方藥物的初始承保決定亦叫做**承保決定**。

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的藥物支付的金額所作出的裁決。本節介紹了您處於以下任一種情況時可以採取的行動：

- 請求承保未列於我們計劃藥物清單上的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 7.2 節。**
- 要求豁免藥物的我們的計劃承保範圍限制（例如您可以取得的藥物數量限制、事先授權標準或先嘗試另一種藥物的要求）。**要求例外處理。第 7.2 節。**
- 要求獲得某種藥物的預先批准。**要求作出承保決定。第 7.4 節。**
- 支付您已購買的處方藥的費用。**要求我們作出償付。第 7.4 節。**

如果您不同意該項承保決定，可提出上訴。

本節告訴您如何要求承保決定以及如何要求上訴。

第 7.2 節 請求例外處理**法律術語：**

請求承保未列於藥物清單上的藥物屬於**處方藥一覽表例外情況**。

要求免除針對某些藥物承保的限制有時稱為**處方藥一覽表例外情況**。

要求對承保的非首選藥物支付較低的金額稱為**等級例外處理**。

如果某種藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以要求我們作出**例外處理**。例外處理是一種承保決定。

若要我們考慮您的例外處理申請，您的醫生或其他處方醫生將需就為何您需要批准例外處理說明醫療理由。以下為您或您的醫生或其他處方醫生可以要求我們作出的 2 種例外示例：

第 9 章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

1. **承保未列於我們藥物清單上的 D 部分藥物。**如果我們同意承保未列於藥物清單的藥物，您需要支付適用於我們所有藥物的分攤費用金額。您無法就該藥物您應支付的分攤費用申請例外處理。
2. **取消對承保藥物的限制。**第 5 章描述了適用於我們藥物清單上的某些藥物的額外規則或限制。如果我們同意作出例外處理並為您豁免限制，您可以就該藥物您應支付的共付額或共同保險申請例外處理。

第 7.3 節 請求例外處理須知**您的醫生必須告訴我們醫療理由**

您的醫生或其他處方醫生必須提供我們一則就要求例外處理說明醫療理由的聲明。對於快速裁決，當您要求例外處理時，請附上此則來自您醫生或其他處方醫生的醫療資訊。

我們的藥物清單對於特定病症的治療通常包含了一種以上的藥物。這些不同的藥物稱為**替代藥物**。如果替代藥物與您申請的藥物效力相當且不會造成較多副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理申請。

我們可批准或拒絕您的請求

- 如果我們批准了您的例外處理要求，我們的批准通常至我們的計劃年度結束前皆為有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，並且該藥物對於治療您的病症仍然安全與有效，上述有效期限即成立。
- 如果我們拒絕您的請求，您可透過提出上訴要求再次審核。

第 7.4 節 如何要求承保決定（包含例外處理）**法律術語：**

快速承保決定也叫做**加急承保決定**。

第 1 步：決定您是否需要標準承保決定或快速承保決定。

標準承保決定在收到您醫生的聲明後 **72 小時**內作出。**快速承保決定**在收到您醫生的聲明後 **24 小時**內作出。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出快速承保決定。要獲得快速承保決定，您必須滿足2項要求：

- 您必須是在請求一種您尚未獲得的藥物。（您無法就償付已購買藥物的費用要求快速承保決定。）
- 使用標準截止日期會對您的健康狀況造成嚴重傷害，或對您的行動能力造成傷害。
- 如果您的醫生或其他處方醫生告知我們您的健康狀況需要「快速承保決定」，我們將自動對您作出快速承保決定。
- 如果您自行要求快速承保決定（未獲取醫生或處方醫生的支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們將致函給您：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 說明如果您的醫師或其他處方藥劑師提出快速承保決定的要求，我們會自動提供您快速承保決定。
 - 告訴您如何就我們未按您的請求作出標準承保範圍決定，而作出快速承保決定的事提出「快速投訴」。我們將在收到投訴後的24小時內給您答復。

第2步：請求標準承保決定或快速承保決定。

首先，透過致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們批准或提供您希望獲取的醫療護理承保範圍。我們的網站亦提供了承保決定程序。我們必須接受任何的書面申請，包括使用 **CMS 模型承保決定申請表**（可在我們的網站 www.ElderServeHealth.org 獲取）提交的申請。第2章提供了聯絡資訊。為協助我們處理您的請求，請提供您的姓名、聯絡資訊以及顯示正在上訴的被拒賠付的資訊。

您、您的醫生（或其他處方醫生）或代表均可提出此請求。您還可讓律師代表您行事。本章第4節介紹了如何向他人發出書面許可，讓其擔任您的代表。

- **如果您請求例外處理，請提供支援聲明**，這是例外處理醫療理由。您的醫生或其他處方醫生可以傳真或郵寄該聲明給我們。或者，您的醫生或其他處方醫生可以透過電話告知我們，並隨後傳真或郵寄書面聲明（如果必需）。

第3步：我們將考慮您的請求，並給予答覆。**快速承保決定的截止日期**

- 我們通常必須在收到您請求後的**24小時內**給您答覆。
 - 對於例外處理，我們將在收到您醫生的支援聲明後**24小時內**給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出回覆。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果我們未能遵守此截止日期，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第2級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們批准您的部分或全部請求，我們必須在收到您的申請或醫生支援您的申請之聲明後的24小時內，提供我們已同意提供的承保範圍。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

關於您尚未獲得之藥物的標準承保決定的截止日期

- 我們必須在收到您的請求後**72小時內**給您答覆。
 - 對於例外處理，我們將在收到您醫生的支援聲明後72小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出回覆。
 - 如果我們未能遵守此截止日期，我們應將您的請求提交至上訴程序的第2級，由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們批准您的部分或全部請求，我們必須在收到您的申請或醫生支援您的申請之聲明後的**72小時內**，提供我們已同意提供的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

對於您已購買藥物付款的標準承保決定截止日期

- 我們必須在收到您的請求後**14個曆日內**給您答覆。

如果我們未能遵守此截止日期，我們應將您的請求提交至上訴程序的第2級，由獨立審查組織進行審查。

- 如果我們核准您的部分或全部請求，必須在收到您請求後的14個曆日內，向您作出付款。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

第4步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，您可提出上訴。

- 如果我們拒絕您的請求，您有權提出上訴，要求我們重新考慮該決定。這意味著再次要求獲得您所需的藥物承保。如果您提出上訴，即表示您進入第1級上訴程序。

第7.5節 如何提出第1級上訴**法律術語：**

就D部分藥物承保決定向我們的計劃提出上訴稱為**計劃重新裁決**。

快速上訴也叫做**加急重新決定**。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第1步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

標準上訴通常在7個日曆日內提出。快速上訴通常在72小時內提出。如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求快速上訴。

- 如果您就我們計劃對您尚未接受的藥物作出的裁決提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫生將需決定您是否需要快速上訴。
- 提出「快速上訴」的要求與第7.4節提出「快速承保決定」的要求是相同的。

第2步：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須聯絡我們並提出第1級上訴。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求快速上訴。

- 對於標準上訴，請提交書面申請，或致電我們。第2章提供了聯絡資訊。
- 要獲得快速上訴，請以書面形式提交您的上訴或致電我們的電話(1-800-362-2266)。第2章提供了聯絡資訊。
- 我們必須接受任何的書面申請，包括使用 *CMS Model Redetermination Request Form*（*CMS 模型重新裁決申請表*）範本（可在我們的網站 www.ElderServeHealth.org 獲取）提交的申請。請提供您的姓名、聯繫資訊以及您的索賠資訊，以協助我們處理您的請求。
- 您必須在自我們向您發出書面通知，對您的承保決定作出答覆之日起 **65 天內提出上訴請求**。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可為您延長提出上訴的時限。充分理由示例可能包括：您罹患使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴申請截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- 您可索取一份有關您上訴的資訊，並添加更多資訊。您和您的醫生可以添加更多資訊支援您的上訴。

第3步：我們將考慮您的上訴並給予答覆。

- 在審核您的上訴時，我們會謹慎考慮有關您的保險請求的全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。
- 我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫生以瞭解詳細資訊。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出回覆。
 - 如果我們在 72 小時內未給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第2級，由獨立機構進行審核。第7.6節介紹了第2級上訴程序。

第 9 章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果我們的答覆是核准您的部份或全部要求，我們必須在收到上訴後 72 小時內提供我們同意的承保範圍。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及您如何對我們的裁決提出上訴。

關於您未獲得之藥物的標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日**內給您答覆。如果您尚未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們將儘快作出裁決。
 - 如果我們未能在 7 日內給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。**第 7.6 節**介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，我們必須視您的健康情況需要儘快提供該承保，但不晚於在我們收到您上訴後的 **7 個曆日**。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及您如何對我們的裁決提出上訴。

對於您已購買藥物的付款的「標準上訴」截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個曆日**內給您答覆。
 - 如果我們未能遵守此截止日期，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們核准您的部分或全部請求，必須在收到您請求後的 **30 個曆日**內，向您作出付款。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否繼續上訴程序，並再次提出上訴。

- 如果您決定再次提出上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序。

法律術語

獨立審查組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。

獨立審核機構是 **Medicare** 聘請的一個外部獨立機構。它與我們無關，也不是政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。**Medicare** 監督其工作。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第1步：您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫生）必須聯絡獨立審核機構，要求審核您的個案。

- 如果我們拒絕您的第1級上訴，我們寄給您的書面通知將包含**如何向獨立審核機構提出第2級上訴的指示**。這些指示將說明可以提出此第2級上訴的人士、您須遵守的截止日期，以及如何聯絡獨立審查組織。
- 您必須在我們傳送告知我們對承保決定的答覆的書面通知之日起 **65 個行事曆日內** 提出上訴請求。
- 如果我們在適用期限內未完成審核，或根據我們的藥物管理計劃作出關於**風險**確定的不利裁決，我們將自動將您的請求轉交 IRE。
- 我們將向該機構傳送有關您的上訴的資訊。該資料稱為您的**個案檔案**。您有權向我們索取一份個案文件副本。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，支援您的上訴。

第2步：獨立審核機構審核您的上訴。

獨立審查組織的審查人員會仔細審閱所有上訴相關資訊。

快速上訴的截止日期

- 如果您的健康狀況需要，請向獨立審核組織要求「快速上訴」。
- 若獨立審核機構同意您的「快速上訴」，則獨立審核機構必須在收到您的第2級上訴後 **72 小時內** 給您答覆。

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，如果是您尚未取得的藥物，獨立審核機構必須在收到您的第2級上訴後 **7 個曆日內** 給您答覆。如果您要求我們償付您已購買的藥物費用，獨立審核機構必須在接到您的第2級上訴後 **14 個曆日內** 給予答覆。

第3步：獨立審核機構給您答覆。

對於快速上訴：

- 如果獨立審核機構批准您的部分或全部請求，我們必須在收到獨立審核機構的決定後 **24 小時內** 提供由該獨立審核機構批准的藥物承保。

對於標準上訴：

- 如果獨立審查組織批准您的部分或全部承保請求，我們必須在收到獨立審查組織的決定後 **72 小時內** 提供由該獨立審查組織批准的藥物承保。
- 如果獨立審查組織批准您的部分或全部償付已購藥物費用之請求，我們需要在收到獨立審查組織決定後的 **30 個曆日內** 向您發送付款。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

如果獨立審查組織拒絕您的上訴怎麼辦？

如果該機構部分或完全拒絕您的上訴，即表示他們同意我們不核准您的請求（或部分請求）。（這稱為**維持裁決**或**駁回上訴**。）在此情況下，獨立審查組織將向您寄送一封信函：

- 解釋該裁決。
- 如果藥物承保範圍的美元價值達到某個最低金額，則會通知您有權進行第3級上訴。如果您請求的藥物承保範圍的美元價值過低，您不能再次提出上訴，且第2級的決定即為最終決定。
- 告知您滿足繼續上訴程序要求所需的價值。

第4步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中，第2級後仍有3個級別（共5個上訴級別）。
- 如果您想進行第3級上訴，請查閱您在第2級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
- 第3級上訴由行政法官或審裁員處理。**第10節**將介紹上訴程序第3、4和5級的詳細資訊。

第8節 如果您認為您過快出院，如何要求我們延長住院承保

您入院時，有權獲得診斷及治療傷病需要的所有承保醫院服務。

在您受保住院期間，您的醫師和醫院工作人員將會與您合作，一同為您出院的日子做準備。他們也會幫助安排您出院後需要的護理。

- 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會告知您。
- 如果您認為他們過快讓您出院，可要求延長住院時間，您的請求將獲考慮。

第8.1節 您住院期間，將收到 **Medicare** 發出的書面通知，告知您的權利

您在入院後的2個日曆日內，會收到一份名 *An Important Message from Medicare About Your Rights*（關於您所享權利的**Medicare 重要資訊**）的書面通知。**Medicare** 的每位參保人均會收到一份該通知。如果您沒收到醫院的相關人員（如個案工作者或護士）給予的通知，請向任何醫院員工索取。如果需要協助，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY使用者請致電 711）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY使用者請致電 1-877-486-2048）。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

1. 請仔細閱讀此通知，如不理解，請詢問。其將會告訴您：

- 您有權在住院期間及出院後，按醫生指示接受 Medicare 承保服務。這包括瞭解服務內容、付款方及獲取服務的地點。
- 您有權參與任何有關您住院的決定。
- 向何處報告您對醫院護理品質存有的任何疑慮。
- 如果您認為醫院過早讓您出院，您有權**請求立即審查**您的出院決定。這是要求延遲出院日期以便延長醫院護理承保的正式、合法途徑。

2. 您必須簽署該書面通知，以表示您已收到並理解您的權利。

- 您或代表您行事的人士需要簽署該通知。
- 簽署通知**僅**表示您已獲得有關您權利的資訊。通知並不會指定您的出院日期。簽署通知**不代表**您同意出院日期。

3. 請保留通知副本，以便在需要時隨時瞭解有關提出上訴（或報告對照護品質的疑慮）的資訊。

- 如果您在通知上簽名的時間早於出院日期前 2 個曆日，您將在排定出院前再拿到一份通知。
- 如需提前查看此通知的副本，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。您亦可瀏覽 www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im 線上獲取通知。

第 8.2 節 如何提出第 1 級上訴更改出院日期

如需我們延長您的住院醫院服務承保期限，請使用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止日期。

- **遵循程序**
- **遵守截止日期**
- **需要時請尋求幫助。**若您有任何疑問或需要幫助，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。或致電您所在州的健康保險援助計劃 (SHIP) 獲取個人化幫助。致電 HIICAP，號碼是 1800-701-0501。SHIP 聯絡資訊可在第 2 章第 3 節找到。

第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。該機構將核實從醫療角度而言，您的計劃出院日期是否適當。**質量改善組織**是一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體，旨在檢查 Medicare 受保人獲得的護理的品質並幫助改進。這包括審核 Medicare 受保人的出院日期。這些專家並不屬於我們的計劃。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第1步：聯絡您所在州的品質改進機構，要求快速審核您的出院日期。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知裡（*An Important Message from Medicare about Your Rights*（關於您所享權利的Medicare重要資訊））有該機構的聯絡方式。您也可在第2章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

- 如要提出上訴，您必須在出院前聯絡質量改善組織，且不得遲於出院當日的午夜。
 - 如果您遵守此截止日期，則在等待質量改善組織作出決定時，在超過出院日期的情況下可繼續住院，而無需付費。
 - 如果您未在截止日期前完成，請與我們聯絡。如果您決定在計劃的出院日期後繼續住院，您可能須支付計劃的出院日期後的所有醫院護理費用。

在您請求立即審核您的出院日期後，品質改進機構會聯絡我們。聯絡我們後次日中午，我們將向您發出**詳細出院通知 (Detailed Notice of Discharge)**。本通知提供您的計劃的出院日期並詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您於該日期出院沒問題（醫療上適當）的原因。

您可以致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY使用者請致電 711）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取詳細出院通知 (**Detailed Notice of Discharge**) 樣本。（TTY用戶請致電 1-877-486-2048。）或者，您亦可瀏覽 www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im 線上獲取通知樣本。

第2步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

- 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您無需準備任何書面材料，但如果您願意，亦可準備。
- 審核人員還會查看您的醫療資訊，與您的醫生溝通，並審核我們和醫院向其提供的資訊。
- 在審查人員通知我們您提出上訴後的隔天中午之前，您會收到寫明您預定出院日期的書面通知。本通知也詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您於該日期出院沒問題（醫療上適當）的原因。

第3步：品質改進機構會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，對您的上訴給予答覆。

如果批准會如何？

- 如果獨立審查組織批准，我們必須繼續提供您的承保住院醫院服務，時間視醫療必要性而定。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付額或共付額，如適用）。此外，您的承保醫院服務可能受到限制。

如果拒絕會如何？

- 如果獨立審核機構拒絕您的上訴，即表示從醫療角度看，您計劃的出院日期屬適當。如果情況如此，**我們對您住院服務的承保將在品質改進機構對您的上訴給予答覆後次日中午結束。**
- 如果獨立審核機構拒絕您的上訴且您決定住院，則對於質量改善組織給予答覆後次日中午以後的醫院護理，**您可能須支付全部費用。**

第4步：如果您的第1級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果品質改進機構否決了您的上訴，並且您在計劃的出院日期之後繼續住院接受護理，您可以提出進一步上訴。繼續上訴意味著您將轉入**2級**上訴程序。

第8.3節 如何提出第2級上訴更改出院日期

第2級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核它對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第2級上訴，您可能須支付您在計劃出院日期後繼續住院的全部費用。

第1步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

- 您必須在品質改進機構拒絕您的第1級上訴後**60日內**要求進行此審核。只有響您護理的承保期限結束之後您繼續住院的情況下，您先可以要求進行此審核。

第2步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 質量改善組織的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第3步：品質改進機構審核員將在收到您第2級上訴後14天內就您的上訴作出決定，並通知您。

如果獨立審核機構批准：在第1級上訴期間繼續您的福利

- 自第一次上訴被質量改善組織駁回後第二天中午起所獲得的醫院護理，**我們必須償付應分擔的費用。我們必須繼續提供住院醫院護理保險，時間視醫療必需性而定。**
- 您必須繼續支付應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果獨立審核機構拒絕：

- 即表明同意他們對您的第1級上訴作出的決定，且不會更改。
- 您收到的通知將以書面形式說明，如果您想繼續審核程序該如何做。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第4步：如遭到拒絕，您需要決定是否希望進行第3級上訴。

- 上訴程序中，第2級後仍有3個級別（共5個上訴級別）。如果您想進行第3級上訴，請查閱您在第2級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
- 第3級上訴由行政法官或審裁員處理。**第10節**將介紹上訴程序第3、4和5級的詳細資訊。

第9節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

如果您正在接受**家庭健康護理服務、專業護理或複健護理（綜合門診復健機構）**，只要診斷及治療傷病需要此護理，您就有權繼續獲得此類護理的承保的服務。

如果我們決定是時候該終止對您承保任何一種護理（共3種），我們需要提前通知您。您的相關護理承保終止時，*我們將終止為您的服務付費*。

如果您認為我們過早終止您的護理承保，您可以**對我們的決定提出上訴**。本節將介紹如何要求上訴。

第9.1節 我們會提前告知您承保何時結束

法律術語：

Notice of Medicare Non-Coverage (Medicare 不承保通知)。其中告知您如何申請**加急行動上訴**。請求加急行動上訴是要求我們改變對何時終止護理作出的承保決定的正式、合法途徑。

1. 在我們計劃即將終止承保您的護理至少2個曆日之前，**您會收到書面通知**。該通知告訴您：
 - 我們終止為您承保護理的日期。
 - 如何申請加急行動上訴，以請求我們延長您的護理承保時間。
2. 您或您或代表您行事的人將被要求簽署書面通知，以表明您已收到該通知。簽署通知**僅表示您已獲得有關您的保險何時終止的資訊**。簽署該通知**不表示您認同我們計劃對於應該停止護理服務的裁決**。

第9.2節 如何提出第1級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

若要求我們延長您的照護給付時間，您將需使用上訴程序來提出此要求。提出前，請先瞭解必要事項及截止日期。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 遵循程序
- 遵守截止日期
- **需要時請尋求幫助。**若您有任何疑問或需要幫助，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。或致電您所在州的健康保險援助計劃 (SHIP) 獲取個人化幫助。請致電 1800-701-0501 聯絡 HIICAP。SHIP 聯絡資訊可在第 2 章第 3 節找到。

第1級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。它將裁定您的護理的結束日期在醫學上是否適當。**品質改進機構**是一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療護理專家組成的團體，以核查和改進 Medicare 受保人獲得的護理品質。這包括審核計劃對何時終止承保某種醫療護理作出的決定。這些專家並不屬於我們的計劃。

第1步：提出第1級上訴：聯絡品質改進機構並提出快速上訴。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知（*Notice of Medicare Non-Coverage*（**Medicare 不承保通知**））裡有該組織的聯絡方式。您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

- 您必須聯絡品質改進機構開始上訴，時間不得晚於「*Notice of Medicare Non-Coverage*（**Medicare 不承保通知**）」上所述有效期的前一天中午。
- 如果您錯過了截止日期並且希望提出上訴，您仍然擁有上訴權利。請聯絡您的品質改進機構。

第2步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

法律術語：

詳細不承保說明。提供終止承保範圍詳細原因的通知。

審核有哪些流程？

- 品質改進組織的醫療專業人員（「審核員」）會詢問您或您的代表認為應延長服務承保的理由。您無需準備任何書面材料，但如果您願意，亦可準備。
- 獨立審核機構也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核我們的計劃向其提供的資訊。
- 審核員通知我們有關您的上訴結果的當日結束時，您也會收到我們發出的**詳細不承保說明**，詳細說明終止您的服務承保的原因。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第3步：審核員會在獲取所有必要資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。

如果審核員批准會如何？

- 如果審核員批准您的上訴，我們必須繼續提供您的承保的服務，時間視具醫療必要性而定。
- 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付額或共付額，如適用）。您的承保服務可能受到限制。

如果審核員拒絕會如何？

- 如果審核員拒絕您的上訴，您的承保將於我們之前通知的日期終止。
- 如果您決定在保險終止之日後繼續接受家庭健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，則須自行承擔全部護理費用。

第4步：如果您的第1級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果審核員拒絕您的第1級上訴，一旦您選擇在護理承保終止後繼續接受護理，則可提出第2級上訴。

第9.3節 如何提出第2級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

第2級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第2級上訴，您可能須支付我們提出承保終止之日後的居家護理、專業護理設施護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的全部費用。

第1步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

- 您必須在品質改進機構拒絕您的第1級上訴後 **60 個日曆日**內要求進行此審核。只有在您於護理承保終止之日後繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

第2步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 質量改善組織的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

第3步：審核員將在收到您上訴請求的 **14 個日曆日**內就您的上訴作出裁決，並通知您。

如果獨立審核機構批准呢？

- 我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，報銷我們應承擔的費用。我們必須繼續提供護理承保，時間視醫療必要性而定。
- 您必須繼續支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

如果獨立審核機構拒絕呢？

- 即表明同意我們對您的第1級上訴作出的裁決。
- 您收到的通知將以書面形式說明，如果您想繼續審核程序該如何做。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審裁員處理。

第4步：如遭到拒絕，您需要決定是否希望再次提出上訴。

- 第2級上訴後仍有3個級別（共5個上訴級別）。如果您想進行第3級上訴，請查閱您在第2級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
- 第3級上訴由行政法官或審裁員處理。本章的第10節將介紹上訴程序第3、4和5級的詳細資訊。

第10節 將您的上訴升級至第3、4和5級

第10.1節 醫療服務請求的第3、4及5級上訴

本節適用於已提出第1級上訴及第2級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您提出上訴之項目或醫療服務的美元價值達到最低限額，您或可繼續進行其他級上訴。如果美元價值低於最低水準，則不能進一步上訴。您收到的第2級上訴書面回覆會說明如何提出第3級上訴。

大多數上訴情況下，後3級上訴的程序與前2級大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

第3級上訴

為聯邦政府效力的法官（稱為**行政法官**）或審裁員將審核您的上訴並給予答覆。

- 如果行政法官或審裁員核准您的上訴，上訴程序 *可能或可能不會結束*。與第2級上訴裁決不同，我們有權對您勝訴的第3級裁決提出上訴。如果我們決定上訴，將進入第4級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，在收到行政法官或代理審裁員的決定後60個日曆日內，我們必須授權或為您提供服務。
 - 如果我們決定對裁決提出上訴，我們將向您寄送一份第4級上訴申請以及任何隨附文件。我們可等待接到第4級上訴裁決後，再核准或提供存在爭議的醫療護理。
- 如果行政法官或審裁員駁回您的上訴，則上訴流程 *可能會也 可能不會結束*。

第 9 章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 如果您決定接受您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
- 如果您不願接受裁決，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知會告訴您該如何提出第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare 上訴委員會（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

- 如果獲得批准，或委員會拒絕我們要求審核您勝訴的第 3 級上訴裁決的請求，上訴程序 **可能會也可能不會結束**。不同於 2 級上訴中作出的決定，我們有權對 4 級上訴決定（於您有利）提起上訴。我們將決定是否將此決定上訴至 5 級。
 - 如果我們決定不對裁決提出上訴，則必須在收到委員會的裁決後 60 日內為您批准或提供醫療護理。
 - 如果我們決定對裁決提出上訴，我們將以書面形式通知您。
- 如果遭到拒絕或上訴委員會拒絕審核請求，上訴程序 **可能會或可能不會結束**。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
 - 如果您不願接受裁決，或可繼續下一級審核程序。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將說明有關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級，以及如何繼續第 5 級上訴。

第 5 級上訴

一位**聯邦地區法院**的法官將審核您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定**批准或拒絕**您的請求。這是最終答覆。聯邦地方法院之後再無上訴級別。

第 10.2 節 其他 Medicaid 上訴

如果您的上訴涉及 Medicaid 一般承保的服務或項目，則您還擁有其他上訴權利。公平聽證辦公室將致函告知您，如您希望繼續上訴程序該如何行動。

第 10.3 節 D 部分藥物請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

第9章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

如果您上訴的藥物價值達至一定的金額，則可繼續提出其他等級的上訴。如果美元金額低於此金額，則不能進一步上訴。您收到的第2級上訴回覆函件將提供聯絡人及如何要求第3級上訴方面的資訊。

大多數上訴情況下，後3級上訴的程序與前2級大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

第3級上訴

為聯邦政府效力的法官（稱為行政法官）或審裁員將審核您的上訴並給予答覆。

- 如果核准，則上訴程序結束。我們必須在收到該裁定後的**72**小時內（加急上訴為**24**小時）授權或提供行政法官或律師裁決人所核准的藥物承保，或不晚於**30**個日曆日進行付款。
- 如果行政法官或審裁員駁回您的上訴，則上訴流程可能會也可能不會結束。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
 - 如果您不願接受裁決，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知會告訴您該如何提出第4級上訴。

第4級上訴

Medicare 上訴委員會（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

- 如果核准，則上訴程序結束。我們必須在收到該裁定後的**72**小時內（加急上訴為**24**小時）授權或提供委員會所核准的藥物承保，或不晚於**30**個日曆日進行付款。
- 如果遭到拒絕或上訴委員會拒絕審核請求，上訴程序**可能會或可能不會**結束。
 - 如果您決定接受您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
 - 如果您不願接受裁決，或可繼續下一級審核程序。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將說明有關規則是否允許您繼續上訴至第5級，以及如何繼續第5級上訴。

第5級上訴

一位**聯邦地區法院**的法官將審核您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定**批准**或**拒絕**您的請求。這是最終答覆。聯邦地方法院之後再無上訴級別。

投訴

第11節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴

第11.1節 投訴流程處理哪些類型的問題

投訴程序僅適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及客戶服務相關問題。以下為投訴程序所處理的各種問題範例。

投訴	範例
您的醫療護理品質	您是否對所獲醫療護理品質（包括住院護理服務）感到不滿意？
尊重您的隱私	是否有人未尊重您的隱私權或分享關於您的保密資訊？
未受到尊重、顧客服務不佳或其他不良行為	- 是否有人對您無禮或不尊重？ - 您是否對我們會員服務部不滿意？ - 您是否覺得自己被迫退出我們的計劃？
等待時間	- 經常很難約到醫生或等很久才能約到？ - 我們的醫生、藥劑師或其他醫療專業人員曾經讓您等太久？或者我們計劃的會員服務部或其他職員曾讓您等太久？ - 例如在電話中、候診室、健診室或取處方曾經等候太久。
清潔度	您是否對某所診所、醫院或醫生診室的清潔度或條件感到不滿？
我們為您提供的資訊	- 我們是否沒有給您發送必要的通知？ - 我們的書面資訊是否難以理解？
時效性 (這類投訴是與我們是否及時作出承保決定及處理上訴有關)	如果您已要求我們作出承保決定或已提出上訴，同時，您認為我們未迅速回應您的要求，您可就我們的緩慢行動提出投訴。範例如下： - 您已經要求我們快速承保決定或快速上訴，而我們對您說無法做到時，您可提出投訴。 - 如果您認為我們未遵守承保決定或上訴的截止日期規定，此時您可提出投訴。 - 您認為我們沒有按時為您承保或報銷某些已獲批准的醫療用品或服務或藥物，您可以提出投訴。 - 您認為我們未能遵守要求的截止日期將您的個案轉交至獨立審核機構，您可以提出投訴。

第 11.2 節 如何提出投訴

法律術語：

投訴也稱為申訴。

提出投訴也稱為提出申訴。

採用投訴程式稱為採用提出申訴的程式。

快速投訴也稱為加急申訴。

第 1 步：請立即致電或寫信聯絡我們。

- 通常第一步是致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者請致電 711）。如需採取任何行動，會員服務部將會告知您。
- 如果不願致電（或已致電，但並不滿意），可書面列明投訴事項後寄送給我們。若您寄送書面投訴，我們也相應以書面回復。
- ElderServe MAP 接受口頭或書面申訴。您可以隨時提出申訴。如果您以書面形式提出申訴，我們將書面回覆您。我們將調查您提出的問題，並獲取全面審查您的申訴所需的任何其他資訊。我們計劃將視您的情況需要盡快回覆您的申訴，但不晚於收到申訴後 30 日。在某些情況下，您可能想要提出快速投訴。**不論是致電或寫信，您都應立即致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）。在遇到您想要投訴的問題後，您隨時可以提出投訴。**

第 2 步：我們將調查您的投訴並給予答覆。

- 如果可能，我們會立即回覆您。如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。
- 大多數投訴在 **30 日內答覆**。如果我們需要更多資訊，且出於您的最佳利益考慮或您要求延長時間，我們可延遲至多 **14 日（共 44 日）** 答覆您的投訴。如果我們決定需要更多時間，會以書面形式通知您。
- 如果您因我們拒絕您快速承保決定或快速上訴的請求而提出投訴，我們將自動將其定為快速投訴。如果提出快速投訴，即表示我們會在 **24 小時內** 給予答覆。
- 如果我們不同意您的部分或全部投訴，或不負責您所投訴的問題，我們會在答覆中說明原因。

第 9 章如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第 11.3 節 您也可向質量改善組織提出護理品質方面的投訴

當您對護理品質提出投訴時，也有 2 種選擇：

- 您可向品質改進機構直接提出投訴。品質改進機構是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團體，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。第 2 章提供了聯絡資訊。

或

- 您也可同時向品質改進機構和我們提出投訴。

第 11.4 節 您也可將您的投訴告訴 Medicare 和 Medicaid

您可直接向 Medicare 提出有關 ElderServe MAP (HMO D-SNP) 的投訴。如需向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 使用者可致電：1-877-486-2048。

如果您無法在計劃內解決您的需求，您也可以隨時聯絡 New York 衛生部並提出投訴：NYS Department of Health Bureau of Managed Long-Term Care, One Commerce Plaza, 99 Washington Avenue, Suite 1620, Albany, NY 12210。您可以致電 1-866-712-7197 或發送電子郵件至 mltctac@health.ny.gov。

您亦有權就您的投訴聯絡 New York 州衛生部。透過以下方式聯絡衛生部：

- 電話：1-866-712-7197
- 郵寄：New York State Department of Health
Bureau of Managed Long Term Care
Technical Assistance Center
99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl
Albany, NY 12210
- 電子郵件：mltctac@health.ny.gov

您亦有權就您的投訴聯絡 New York 州衛生部。透過以下方式聯絡衛生部：

- 電話：1-800-206-8125
- 郵寄：New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
- 電子郵件：managedcarecomplaint@health.ny.gov

第 10 章：

終止您在我們計劃之會員身分

第 1 節 終止您在我們計劃之會員身分

終止在 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 享有的會員資格可為**自願性**（您自己的選擇）或**非自願性**（並非您自己的選擇）：

- 您可**自願**退出我們的計劃。第 2 和 3 節提供了有關自願終止會員資格的資訊。
- 我們需終止您的會員資格的情況也有限。第 5 節將介紹我們必須終止您會員資格的情況。

如要退出我們的計劃，我們的計劃必須繼續為您提供醫療護理和處方藥，並且您將繼續支付您的費用分攤，直至會員資格終止。

第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？

第 2.1 節 由於您享有 **Medicare** 和 **Medicaid**，因此您可以終止會員資格

大部分 **Medicare** 會員只能在一年中的某些時間終止其會員資格。由於您擁有 **Medicaid**，您可以在一年中的任何月份選擇以下 **Medicare** 選項之一終止您的計劃會員資格。

- **附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare**，
- **不附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare**（如果選擇此選項且獲得「額外補助」，則 **Medicare** 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。），或
- 提供 **Medicare** 和大部分或全部 **Medicaid** 福利與服務的綜合 **D-SNP** 計劃（若符合資格）。

註：如果您退出 **Medicare** 藥物承保，不再獲得「額外補助」，並且連續 63 天或更長時間沒有可抵扣的藥物承保，並且您稍後加入 **Medicare** 藥物計劃，您可能需要支付 D 部分延遲註冊罰款。

- 請致電 1-800-541-2831 聯絡您所在州的 **Medicaid** 辦公室，瞭解您的 **Medicaid** 計劃選項。
- 在**開放投保期**內提供其他 **Medicare** 健康計劃選項。第 2.2 節詳細介紹了開放註冊期。
- 您的會員資格通常將在我們收到您更改計劃的請求後下個月第一天終止。您加入的新計劃也將於這一天開始。

第 2.2 節 您可在開放註冊期終止會員資格

您可在每年的**開放參保期**終止您的會員資格。在此期間，您應審查您的健康和藥物保險，並決定來年的保險。

- **開放參保期從 10 月 15 日至 12 月 7 日。**
- **選擇繼續使用當前的保險或變更來年的保險。**如果您決定更改為新計劃，可選擇以下任何類型的計劃：
 - 其他 Medicare 健保計劃，（包含或不包含藥物保險）。
 - 附帶單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare
 - 不附帶單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare。
 - 提供 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利與服務的綜合 D-SNP 計劃（若符合資格）。

您獲得 Medicare 提供的「額外補助」來支付處方藥費：如果您轉至 Original Medicare 並且未參保單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會將您加入藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

註：如果您退出 Medicare 藥物承保，不再獲得「額外補助」，且沒有可替代藥物承保達連續 63 天或以上，則您在將來參加 Medicare 藥物計劃時可能需要支付一筆 D 部分延遲註冊罰款。

- 您在我們計劃的會員資格將於 1 月 1 日新計劃保險開始時終止。

第 2.3 節 您可在 Medicare Advantage 開放參保期終止會員資格

您可在 **Medicare Advantage 開放參保期**對您的健康保險作出一項變更。

- **Medicare Advantage 開放參保期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日，對於新參保 MA 計劃的 Medicare 受益人，還包括從 A 部分和 B 部分生效的當月至生效第三個月的最後一天。
- **在 Medicare Advantage 開放參保期期間**，您可以：
 - 切換到另一個 Medicare Advantage 計劃，無論是否有藥物承保。
 - 從我們的計劃退保並透過 Original Medicare 獲得保險。如果您在此期間轉至 Original Medicare，您同時還可加入一項單獨的 Medicare 藥物計劃。
- **您的會員資格**將在您加入其他 Medicare Advantage 計劃或我們收到您轉至 Original Medicare 計劃的請求後下個月第一天終止。如果您同時選擇加入某個 Medicare 藥物計劃，您在該藥物計劃的會員資格將於其收到您的參保請求後下個月第一天開始。

第 2.4 節 在某些情況下，您可在特殊參保期終止會員資格

在某些情況下，您可能有權在年內的其他時間終止自己的會員資格。這一時期稱為**特殊參保期**。

如果以下任何情況適用於您，則您可以在特殊參保期期間終止您的會員資格。以下僅舉例說明。如欲獲取完整清單，您可聯絡我們的計劃，致電 Medicare 或瀏覽 www.Medicare.gov。

- 通常在您搬遷至
- 如果您有 New York Medicaid
- 如果您有資格獲得「額外補助」來支付 Medicare 藥物保險費用
- 我們違反了與您簽訂的合約
- 如果您在療養院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理
- 如果您參與老人綜合護理計劃 (PACE)
- 註：如果您已加入藥物管理計劃，您可能只符合某些特殊參保期資格。第 5 章第 10 節可提供有關藥物管理計劃的更多資訊。
- 註：第 2.1 節將介紹有關 Medicaid 會員特殊參保期的更多資訊。

參保期視您的情況而有所不同。

如需查詢您是否符合特殊參保期的資格，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。如果您因特殊情況符合資格終止會員資格，您可選擇同時更改 Medicare 健康承保範圍以及藥物承保。您有以下選擇：

- 其他 Medicare 健保計劃（包含或不包含藥物承保範圍）。
- 附帶單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare，
- 不附帶單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare。
- 提供 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利與服務的綜合 D-SNP 計劃（若符合資格）。

註：如果您退出 Medicare 藥物承保，不再獲得「額外補助」，且沒有可替代藥物承保達連續 63 天或以上，則您在將來參加 Medicare 藥物計劃時可能需要支付一筆 D 部分延遲註冊罰款。

如果您取得 Medicare 的「額外補助」來支付您的藥物承保藥物：如果您轉至 Original Medicare 且未參加單獨的 Medicare 藥物計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

您的會員資格通常會在收到您的變更我們的計劃申請後的當月第一天終止。

註：第 2.1 節和第 2.2 節將介紹有關 Medicaid 會員及享有「額外補助」之人士的特殊參保期的更多資訊。

第 2.5 節 獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊

如果您對終止會員資格有疑問，您可以：

- 請致電會員服務部 **1-800-362-2266**（TTY 使用者可致電 711）
- 在 **2026 年 Medicare 與您** 手冊中查閱資訊。
- 致電 **Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）

第 3 節 如何終止計劃的會員資格

下表將介紹如何在我們的計劃中終止您的會員資格。

要從我們的計劃轉至：	採取的措施：
另一項 Medicare 健保計劃	• 參加新的 Medicare 保健計劃。 • 您的新計劃保險開始時，您將自動退出 <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>。
附帶單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare	• 加入新的 Medicare 藥物計劃。 • 從您的新藥物計劃承保開始，您將自動退保 <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>。
不附帶單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare	• 向我們發出退保的書面申請。請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711）以取得有關如何操作的更多資訊。 • 您亦可致電 Medicare，1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 申請退保。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。 • 您的 Original Medicare 保險開始時，您將退出 <i>ElderServe MAP (HMO D-SNP)</i>。

註：如果您退出 Medicare 藥物承保，不再獲得「額外補助」，且沒有可替代藥物承保達連續 63 天或以上，則您在將來參加 Medicare 藥物計劃時可能需要支付一筆 D 部分延遲註冊罰款。

如有任何關於 *New York 州/Medicaid* 福利的問題，請致電 *New York State Medicaid Choice*，1-800-505-5678，711，週一至週五，7:00 a.m. 至 7:00 p.m.。詢問如何加入其他計劃或回到 Original Medicare 對您獲取 *New York 州 Medicaid* 保險有哪些影響。

第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、服務和藥物

在您的會員資格終止，以及新的 Medicare *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 保險開始前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、服務和處方藥。

- 繼續使用我們的網絡內醫療服務提供者獲取醫療護理。
- 繼續使用我們的網絡內藥房或郵購來配取處方藥。
- 如果您在會員資格終止之日住院，我們的計劃會為您提供住院承保，直至您出院（即便您在新健康承保開始後出院）。

第 5 節 在某些情況下，*ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 必須終止我們的計劃會員資格

如發生以下任何情況，*ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 必須終止您的計劃會員資格：

- 不再擁有 Medicare A 部分和 B 部分
- 如果您不再符合 Medicaid 的資格要求。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。您將在 90 個曆日內（自您失去 Medicaid 之日算起）繼續符合 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 的資格。如果您在 90 天結束後仍未重新獲得您的 Medicaid，我們將讓您退出 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)*。
- 如果您未支付醫療超額收入（若適用）
- 如果您離開我們的服務區域
- 如果您離開我們的服務地區超過 6 個月。
 - 如果您不在服務區超過 30 天，我們必須啟動 Medicaid 退保。
 - 如果您搬離或進行長途旅行，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電 711），以便確定搬離或旅行目的地是否在我們的計劃區域內。
- 您被捕入獄
- 您不再是美國公民或在美國非法居留
- 您在關於擁有其他藥物保險方面上說謊或是隱瞞

- 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
- 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃其他會員提供醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
- 您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
 - 如果我們因此終止您的會員資格，Medicare 可能會讓監察長調查您的個案。
 - 如果您因為收入的關係而需要支付額外的D部份金額，但您並未支付該金額，則 Medicare 會將您自我們的計劃退保。

如果您存有任何疑問或希望獲得我們何時可終止您會員資格之詳細資訊，請致電會員服務部 1-800-362-2266（TTY 使用者請致電）。

第 5.1 節 我們不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃

ElderServe MAP (HMO-DSNP) 不允許因任何健康相關原因要求您退出我們的計劃。

如果發生此情況，該怎麼辦？

如果您認為被要求退出我們的計劃是出於健康相關原因，應致電 Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 5.2 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員資格，必須書面告知您終止會員資格的原因。我們也必須說明如何對我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。

第 11 章： 法律聲明

第 1 節 有關管轄法律的通知

適用於本承保證書文件的主要法律是《社會保障法》第十八條以及 Medicare 及 Medicaid 服務中心 (CMS) 根據《社會保障法》制定的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，且在特定情況下，也可能包括您所居住州的法律。即便相關法律並未納入本文件或未在本文件中說明，這也會影響您的權利和責任。

第 2 節 有關非歧視的通知

我們不會因種族、族群、民族起源、膚色、宗教、性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或服務區內的地理位置而歧視任何人。所有提供 Medicare Advantage 計劃的機構，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 VI 條、1973 年《康復法》、1975 年《年齡歧視法案》、《美國殘疾人法》、《平價醫療法案》第 1557 章、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。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑問，請致電衛生與公眾服務部民權辦公室 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 或致電您當地的民權辦公室。您亦可前往 www.HHS.gov/ocr/index.html 審查衛生與公眾服務部民權辦公室的資訊。

如果您是殘障人士且需要關於接受照護的幫助，請致電會員服務部 1-800-362-2266 (TTY 使用者請致電 711)。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知

我們有權利和責任為那些並非以 Medicare 作為主要付費者的 Medicare 承保服務收款。根據 CMS 規定第 42 CFR 章 422.108 及 423.462 條，ElderServe MAP (HMO D-SNP) 作為一間 Medicare Advantage 組織，可以行使秘書在 CMS 規定第 42 章第 411 部分 B 到 D 分項之下行使的追償權，且本節確立的規定取代任何州法律。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑問，請致電衛生與公眾服務部民權辦公室 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 或致電您當地的民權辦公室。您亦可前往 <https://www.hhs.gov/ocr/index> 審查衛生與公眾服務部民權辦公室的資訊。

第 12 章：

定義

第 12 章定義

非住院手術中心 – 非住院手術中心是一個專門為無需住院且預計留在中心的時間不超過 24 小時的患者提供外科門診手術服務的經營實體。

上訴 – 上訴指您對我們的決定存有異議時，採取的措施；我們的決定包括拒絕您的健康護理服務承保範圍或處方藥請求，或拒絕支付您已獲得的服務或藥物付款。如果您對終止您正在接受的服務的決定存有異議，也可提出上訴。

差額收費 – 醫療服務提供者（如醫生或醫院）為患者開出的賬單超出了我們的計劃允許的費用分攤。作為 *ElderServe MAP (HMO D-SNP)* 的會員，您獲得我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的費用分攤。我們不允許醫療服務提供者收取**差額費用**，或以其他方式向您收取超出我們計劃所載的應付分攤費用的款項。

福利期 – 我們的計劃及 **Original Medicare** 衡量您使用醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的方式。福利期從您住進醫院或專業護理機構的那天開始算起。福利期到您連續 60 天未接受任何住院護理（或專業護理機構的專業護理）之時結束。如果您在一個福利期結束後住進醫院或專業護理機構，則會開始一個新的福利期。福利期的數量沒有限制。

生物製品 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然活體來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物仿製藥（請參閱「**原始生物製品**」和「**生物仿製藥**」）。

生物仿製藥 – 與原始生物製品非常相似但不相同的生物藥物。生物仿製藥與原研生物製品一樣安全有效。一些生物仿製藥可以替代藥房的原始生物製品，而無需新處方（參閱「**可互換的生物仿製藥**」）。

原廠藥物 – 由原先研發該藥物的製藥公司所製造和銷售的處方藥。原廠藥和其副廠藥具有相同活性成份的配方。然而，副廠藥是由其他藥物製造商製造和銷售，通常僅在原廠藥的專利過期後才有提供。

災難承保階段 – 在承保年度期間內，您（或其他符合資格代表您行事的人士）就 D 部分承保藥物已支付 \$2,100 後開始的 D 部分藥物福利階段。

Medicare 及 Medicaid 服務中心 (CMS) – 管理 Medicare 的聯邦機構。

慢性病特殊需求計劃 (C-SNP) – C-SNP 是一種 SNP，只限符合 MA 資格且患有特定嚴重慢性疾病的人士加入。

共同保險金 – 在您支付任何自付額後可能需要您支付的金額，作為服務或處方藥應承擔的費用，以百分比表示（例如 20%）。

第 12 章定義

投訴 – 提出投訴的正式名稱為**提出申訴**。投訴程序僅適用於若干類型的問題。這包括有關護理品質、等待時間及您所獲得的客戶服務的問題。這也包括因我們的計劃不遵守上訴程序中的時限而提出的投訴。

綜合門診康復機構 (CORF) – 主要提供傷病康復服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、語言病理學服務及家庭環境評估服務。

共付額 – 可能需要您就醫服務或項目（如醫生看診、醫院門診就醫或處方藥）支付應承擔費用的金額。共付額是一個固定金額（例如 \$10），而不是百分比。

分攤費用 – 分攤費用指會員獲取藥物或服務時須支付的金額。分攤費用包括以下 3 種付款的任意組合：(1) 計劃在承保服務或藥物前徵收的自付額；(2) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何固定共付額；或 (3) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何共同保險，服務或藥物總費用的特定百分比。

承保決定 – 關於為您開立之處方藥是否由我們的計劃承保的決定，以及您須就該處方藥支付之金額（若有）的決定。通常，如果您攜帶處方至藥房，而該藥房告知您該處方不由您的計劃承保，這並不是承保決定。您需要致電或寫信給您的計劃，才可要求對於承保範圍作出正式的裁決。承保決定在本文件中稱為**承保決定**。

承保藥物 – 我們的計劃承保的所有藥物的總稱。

承保的服務 – 我們的計劃承保的所有健康護理服務及用品的術語。

可替代處方藥承保 – 預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥承保的處方藥承保（例如雇主或工會提供）。符合 Medicare 資格時擁有此類保險的人士，如果決定稍後參加 Medicare 處方藥保險，一般可保留該保險，而無需支付罰金。

監護 – 監護是您不需要專業醫療護理或專業護理機構時在療養院、臨終關懷機構或其他機構中提供的護理。看護由不具備專業技能或未接受過訓練的人士提供，包括協助沐浴、穿衣、就餐、上/下床或椅子、行走和使用衛生間等日常生活活動。它還可包括大多數人可自行完成的醫療相關護理，如使用滴眼液。Medicare 不會為看護付款。

每日費用分攤費率 – 當醫生為您開的某種處方藥少於一個月的份量，並且您需要支付共付額時，可能適用每日費用分攤費率。每日費用分攤費率是指共付額除以一個月份量的天數所得到的費用。範例如下：如果您一個月的月供藥物的共付額為 \$30，我們的計劃中一個月供藥天數為 30 天，則您的「每日費用分攤費率」為每天 \$1。

自付額 – 在計劃支付其所分擔您承保醫療保健或處方藥的費用前，您必須支付的金額。

退出或退保 – 終止計劃會員資格的程序。

第 12 章定義

配藥費 – 每次調配承保藥物時收取的費用，用來支付配藥的成本，例如藥劑師準備與包裝處方藥的時間。

雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) – D-SNP 註冊者有權同時獲得 Medicare（《社會保障法案》第 XVIII 條）和 Medicaid（第 XIX 條）下的州計劃醫療援助。各州承保部分或全部 Medicare 費用，具體取決於州和此人的資格。

雙重資格人士 – 同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的人士。

耐用醫療設備 (DME) – 您的醫生出於醫療原因而訂購的特定醫療設備。例如助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液泵、語音生成設備、氧氣設備、霧化器或提供者訂購用於家庭的醫院病床。

醫療緊急情況 – 是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行認為自己出現急需醫療看護以防失去生命（以及，若您是孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失、或身體機能喪失或嚴重受損的醫療症狀。醫療症狀包括疾病、損傷、劇痛或迅速惡化的醫療狀況。

緊急醫療護理 – 承保以下服務：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。

承保範圍說明書 (EOC) 及披露資訊 – 本文件連同您的參保表及任何其他附件、附則或所選的其他可選保險，這些內容均用於介紹您的保險、我們的責任、您的權利及您作為計劃會員的責任。

例外處理 – 一種承保決定的類型，當其受到批准後，將可允許您取得處方藥一覽表之外的藥物（處方藥一覽表例外情況），或是以更低的費用分攤層級取得非首選藥物（層級例外情況）。如果我們的計劃要求您在取得您所要求的藥物前先嘗試另一種藥物，我們的計劃要求對某種藥物進行事先授權並且您希望我們放棄標準限制，或者我們的計劃限制了您所要求之藥物的數量或劑量（處方藥一覽表例外處理），您也可以請求例外處理。

額外補助 – 一項 Medicare 計劃，專門幫助收入及資產有限的人士，支付 Medicare 處方藥計劃費用（如保費、自付額和共同保險）。

副廠藥 – 一種由 FDA 核准的處方藥，具有和原廠藥物相同的活性成份。通常，副廠藥和原廠藥物的藥效相同，並且費用較低。

綜合申訴 – 您對我們的計劃、醫療服務提供者或藥房提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。這不涉及承保或付款爭議。

第 12 章定義

居家健康助理 – 提供不需要持執護士或治療師專業技術之服務的人士，例如提供個人照護（如沐浴、如廁、更衣，或從事醫師囑咐的運動）方面的協助。

臨終關懷護理 – 為經醫學證明患有絕症（表示在世剩餘時間不超過 6 個月）的會員提供特殊治療的福利。我們的計劃必須為您提供您所在地理區域的善終服務清單。若您選擇善終服務並繼續支付保費，則您仍然是我們計劃的會員。您仍可獲得我們提供的所有醫療必需服務及補充福利。

醫院住院 – 當您被正式批准如願接受專業醫療服務時住院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。

與收入相關的每月調整金額 (IRMAA) – 如果您 2 年前的 IRS 納稅申報返回單上的調整後總收入超過一定的金額，您將需要支付標準保費金額和一筆按收入每月調整保費（也稱為 IRMAA）。IRMAA 是額外收取的費用，將追加到您的保費中。受影響的 Medicare 受保人員不超過 5%，所以大部分人無需支付更高的保費。

初始承保階段 – 這是您在一年中的自付費用達到自付費用上限之前的階段。

首次參保期 – 您第一次有資格參加 Medicare 的時間，在此期間內，您可登記加入 Medicare A 部分和 B 部分。如果您年滿 65 歲時有資格參加 Medicare，您的首次參保期為 7 個月，從您年滿 65 歲當月的前 3 個月開始計算（包括您年滿 65 歲的當月），直至年滿 65 歲當月的後 3 個月。

整合的 D-SNP – D-SNP，針對同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的某些群體，在單一健康計劃下承保 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 服務。這些人士也被稱為全額福利雙重資格人士。

機構特殊需求計劃 (I-SNP) – I-SNP 僅限符合 MA 資格者參保，這些人居住在社區但需要機構提供的護理水準，或在某些長期機構連續居住（或預計居住）至少 90 天。I-SNP 包括以下類型的計劃：機構等效 SNP (IE-SNP)、混合機構 SNP (HI-SNP) 和設施型機構 SNP (FI-SNP)。

機構等效特殊需求計劃 (IE-SNP) – IE-SNP 僅限符合 MA 資格者參保，這些人居住在社區但需要機構提供護理水準。

可互換的生物仿製藥 – 無需新處方即可在藥房用於替代原始生物仿製產品的生物仿製藥，因為它滿足與自動替代潛力相關的附加要求。藥房內的自動替代須遵守州法律。

承保藥物清單（處方藥一覽表或藥物清單） – 一份由我們的計劃承保之處方藥的清單。

低收入補貼 (LIS) – 請參閱「額外補助」。

第 12 章定義

製造商折扣計劃 – 藥品製造商為承保的 D 部分原廠藥物和生物製劑支付我們的計劃全部費用的一部分的計劃。折扣根據聯邦政府和藥物製造商之間的協議決定。

最高公平價格 - Medicare 為選定藥物協商的價格。

自掏腰包金額上限 – 日曆年內您就承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。您就計劃保費和 Medicare A 部分和 B 部分保費支付的金額不計入自掏腰包金額上限。（註：由於我們的會員也從 Medicaid 獲得幫助，因此極少有會員曾達到此自付費用金額上限。）

Medicaid（或醫療輔助） – 一項聯邦與州的聯合計劃，旨在幫助某些收入及資產有限的人士支付醫療費用。州 Medicaid 計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格，便可獲承保大多數醫療保健費用。

醫學上認可的適應症 – 一種由 FDA 核准或由某些參考書籍支持的藥物使用方式，例如美國醫院藥典服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

醫療必需 – 預防、診斷或治療您的病情所需且符合良好醫療實踐標準的服務、用品或藥品。

Medicare – 適用於 65 歲或以上人士、部分未滿 65 歲但身患特定殘障的人士及患有晚期腎病的人士（一般指患有永久性腎衰竭，須進行透析或腎臟移植的人士）的聯邦健康保險計劃。

Medicare Advantage 開放註冊期 – 從 1 月 1 日到 3 月 31 日，Medicare Advantage 計劃會員可於此期間退出計劃註冊並切換到其他 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 獲得承保。如果您選擇在此期間轉至 Original Medicare，您當時還可加入一項單獨的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放註冊期也可在人們首次符合 Medicare 資格後的 3 個月時間內提供。

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 計劃可為 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃或 iv) Medicare Medical Savings Account (MSA) 計劃。除了上述類型的計劃選擇之外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。大部分情況下，Medicare Advantage 計劃還提供 D 部分 Medicare 計劃（處方藥保險）。這些計劃也稱為**附帶處方藥承保的 Medicare Advantage 計劃**。

Medicare 承保服務 – Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 保健計劃均必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。「Medicare 承保服務」一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力服務。

第 12 章定義

Medicare 保健計劃 – Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽約的私營公司提供的，為參與我們計劃的人士提供 Medicare A 部份和 B 部份福利。此術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare 費用計劃、特殊需求計劃、演示/試點計劃和老人綜合護理計劃 (PACE)。

Medicare 處方藥承保 (Medicare D 部分) – 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑及 Medicare A 部分或 B 部分不承保的部分用品費用的保險。

藥物治療管理 (MTM) 計劃 – 一項針對複雜健康需求的 Medicare D 部分計劃，面向符合特定要求或加入藥物管理計劃的人士。MTM 服務通常包括與藥劑師或健康護理提供者討論以審核藥物。

Medigap (Medicare 補充保險) 保單 – 由私營保險公司銷售，用於填補 Original Medicare 缺口的 Medicare 補充保險。Medigap 政策僅適用於 Original Medicare。(Medicare Advantage 計劃並非 Medicare 政策。)

會員 (我們計劃的會員或計劃會員) – 享有 Medicare、有資格獲得承保的服務、已參加我們的計劃、且其參保經 Medicare 及 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認的人士。

會員服務部 – 我們計劃內部的一個部門，負責解答有關會員資格、福利、申訴及上訴的問題。

網絡內藥房 – 與我們的計劃簽訂合約，能夠讓我們計劃的會員取得其處方藥福利的藥房。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡藥房配取時才獲承保。

網絡內提供者 – 提供者是醫生、其他醫療護理專業人員、醫院及 Medicare 及州許可或認可提供健康護理服務的其他醫療護理機構的統稱。**網絡內提供者**與我們的計劃簽有協議，以我們的付款作為全額付款，並在某些情況下為會員協調和提供承保服務。網絡內提供者亦稱為**計劃提供者**。

開放參保期 – 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日，會員可以變更保健或藥物計劃或轉至 Original Medicare。

綜合機構裁定 – 我們的計劃就是否承保項目或服務，或您須為承保項目或服務支付多少費用作出的裁決。機構裁決在本文件中稱為承保決定。

原生物製品 – 一種已獲得 FDA 核准的生物製品，可作為生產生物仿製藥的製造商的比較產品。它也稱為參考產品。

Original Medicare (傳統 Medicare 或按服務收費 Medicare) – Original Medicare 由政府提供，並非 Medicare Advantage 計劃及處方藥計劃等私人健康保險計劃。在 Original Medicare 下，可透過向醫生、醫院及其他醫療服務提供者支付國會指定的費用，獲承保

第 12 章定義

Medicare 服務。您可向接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療保健提供者求診。您必須支付自付額。Medicare 支付應承擔的 Medicare 批准費用，而您支付您應承擔的費用。Original Medicare 分為 2 部分：A 部分（住院保險）和 B 部分（醫療保險），在全美均有提供。

網絡外藥房 – 未和我們計劃簽約來協調或提供承保藥物給我們計劃會員的藥房。大部分您透過網絡外藥房獲得的藥物並未得到我們計劃的承保，除非符合某些條件。

網絡外提供者或網絡外機構 – 未和我們計劃簽約來協調或提供承保的服務的提供者或機構。網絡外醫療服務提供者並非由我們的計劃雇用、擁有或經營的醫療服務提供者。

自付費用 - 請參閱上文分攤費用的定義。會員支付所接受服務或藥物一部分費用的費用分攤要求也稱為會員自付費用要求。

自付費用限額 – 您的 D 部分藥物自付費用的最高金額。

PACE 計劃 – PACE（老人綜合護理計劃）計劃包括為身體虛弱人士提供的醫療、社會和長期服務和支援 (LTSS)，幫助人們盡可能長久地在其社區內獨立生活（而非住入療養院）。參加 PACE 計劃的人透過我們計劃獲得 Medicare 和 Medicaid 福利。

C 部分 - 請參閱 Medicare Advantage (MA) 計劃。

D 部分 – 自願性 Medicare 處方藥福利計劃。

D 部份藥物 – 可由 D 部份承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部份藥物。某些類別的藥物已被國會排除在 D 部分的承保範圍之外。每個計劃必須承保某些類別的 D 部分藥物。

D 部分延遲註冊罰款 – 在您第一次有資格加入 D 部分計劃之後，當您連續 63 天或更長時間未參與任何可替代承保（預計須支付的保險通常至少相當於標準 Medicare 藥物保險的保險）時，將會追加到您 Medicare 藥物保險之月繳計劃保費的一筆金額。如果您失去「額外補助」，並且在連續 63 天或以上的期間內沒有 D 部分或其他可信藥物承保，您可能受到延遲註冊罰款。

首選提供者組織 (PPO) 計劃 – 首選提供者組織計劃是一項擁有簽約提供者網絡的 Medicare Advantage 計劃，簽約的提供者同意依指定費用為計劃會員提供治療。首選提供者組織 (PPO) 計劃必須承保所有計劃福利，無論這些福利是從網絡內或是網絡外提供者處獲得。計劃福利是從網絡外提供者處獲得時，會員分攤費用通常較高。PPO 計劃對您從網絡內（首選）提供者處獲得服務的自付費用具有年度限制，而對從網絡內（首選）和網絡外（非首選）提供者處獲得服務的總合併自付費用具有更高限制。

保費 – 定期支付給 Medicare、保險公司或醫療護理計劃用於健康或處方藥承保的費用。

第 12 章定義

預防性服務 - 預防疾病或在治療效果最佳的早期階段發現疾病的健康照護（例如，預防性服務包括子宮頸抹片檢查、流感疫苗注射和乳房 X 光篩查）。

主治醫生 (PCP) - 您的主治醫生是您針對大多數健康問題首先看訪的醫生或其他醫療服務提供者。在許多 Medicare 保健計劃中，您到任何其他醫療服務提供者處就診之前，必須到您的主治醫生處就診。

事先授權 - 根據特定標準預先核准獲得服務或特定藥物。第 4 章醫療福利表中列有需獲得事先授權的承保服務。處方藥一覽表中標有需獲得事先授權的承保藥物，我們的網站上也公佈了相關標準。

假體和矯具 - 醫療器械，包括但不限於手臂、背部及頸部支架；義肢；假眼；以及取代身體內部器官或功能所需的設備，包括造口術用品及腸內及腸外營養治療。

品質改進組織 (QIO) - 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團隊，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。

數量限制 - 一種管理工具，目的是出於品質、安全或利用之原因限制藥物的使用。限制可能是我們依照處方或指定期間內承保的藥物數量。

「即時福利工具」 - 一個入口網站或電腦應用程式，可供參保者查詢完整的、準確的、最新的、臨床適用的，以及參保者特定的處方藥一覽表和福利資訊。這包括分攤費用、可作為治療同一病症的指定藥物的替代處方藥一覽表藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、階段治療、數量限制）。

轉診 - 您的主治醫生出具的書面醫囑，要求您去看專科醫生或獲得某些醫療服務。如果沒有轉診，我們的計劃可能不會支付專科醫生的服務費用。

康復服務 - 該等服務包括住院康復護理、物理治療（門診）、言語和語言治療以及職業治療。

選定藥物 - D 部分承保的藥物，且 Medicare 已協商最高公平價格。

服務區 - 加入特定健康計劃必須居住的地理區域。對於限制所用醫生和醫院的計劃，它還通常是指您可獲取常規（非緊急）服務的地區。如果您永久搬離我們計劃的服務區域，計劃必須將您退保。

專業護理機構 (SNF) 護理 - 專業護理機構內持續、每天提供的專業護理和康復服務。護理範例包括僅可由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

第 12 章定義

特殊需求計劃 – 一項特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，為特定人群提供更有針對性的健康護理，如同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士、居住在療養院的人士或患有某些慢性病的的人士。

標準分攤費用 – 標準分攤費用指網絡藥房提供的除首選費用分攤以外的分攤費用。

階段療法 – 一個應用工具，要求您在我們承保您的醫生最初開的處方藥之前，先嘗試使用其他藥物來治療。

社安補助金 (SSI) – 社會保障局向收入與資源有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的老人補助的月度福利。SSI 福利與社會保障福利不同。

急需服務 – 如果您暫時不在我們計劃的服務區域內，或即使您在我們計劃的服務區域內，但考慮到您的時間、地點和情況，從網絡醫療服務提供者獲得此項服務並不合理，則需要立即就醫的計劃承保服務屬於急需服務。急症治療服務的範例是無法預見的疾病、受傷或原有病情的突然發作。即使您不在我們計劃的服務範圍內或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診（如年度檢查）也不被認為是急需。

ElderServe MAP (HMO D-SNP) 會員服務部

方法	會員服務部 – 聯絡資訊
致電	1-800-362-2266 此為免付費電話。此為免付費電話。每週 7 天，東部時間 8 a.m. 至 8 p.m. 會員服務部 1-800-362-2266 (TTY 使用者請致電 711) 也為非英語使用者提供免費的語言口譯服務。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 您可以免費致電此號碼，每週 7 天，服務時間為東部時間 8 a.m. 至 8 p.m.。
寫信	ElderServe MAP Attn: Member Services 80 West 225th Street Bronx, NY 10463
網站	www.ElderServeHealth.org

健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) (New York 州 SHIP)

HIICAP 是一個由聯邦政府出資的州立計劃，專為當地參保 Medicare 計劃者免費提供健康保險諮詢。

方法	聯絡資訊
致電	1-800-701-0501
TTY	212-504-4115 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	New York City Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street 7th Floor New York, NY 10007-1392 Nassau County Department of Human Services Office for the Aging 60 Charles Lindbergh Boulevard Suite #260 Uniondale, NY 11553 Westchester County Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
網站	https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance

PRA 披露聲明根據 1995 年的「文書削減法案」，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1051。若您有任何意見或有改善此表格的建議，寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。