EVIDENCE OF COVERAGE

2024

METROPLUS PLATINUM PLAN (HMO)

中文

Metro Plus Health

2024年1月1日-12月31日

承保福利說明：

您身為MetroPlus Platinum Plan (HMO)會員享有的Medicare保健福利和服務及處方藥保險

本文件詳細介紹了 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間的 Medicare 醫療保健和處方藥物保險。**這是一個重要的法律文件。請妥善儲存。**

如對本文件存在疑問，請致電 1-866-986-0356 聯絡會員服務部獲得更多資訊。**（聽力障礙電傳使用者應致電：711）。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。**

本計劃，即MetroPlus Platinum Plan (HMO)由MetroPlus Health Plan, Inc.提供。（本《承保福利說明》中的「我們」或「我們的」均指代MetroPlus Health Plan, Inc.。本手冊中的「計劃」或「我們的計劃」指代MetroPlus Platinum Plan (HMO)。

本文件免費提供西班牙文和中文版本。

福利、保費、自負額以及/或者自付費用/共同保險費可能於 2024 年 1 月 1 日發生變更。

處方一覽表、藥房網絡，以及/或醫生網絡可能隨時變更。如有必要，您將收到通知。我們將至少提前 30 天將變更情況通知參保人。

本文件解釋了您的福利和權利。使用本文件瞭解這些內容：

- 您的計劃保費和分攤費用；
- 您的醫療和處方藥福利；
- 如果您對一項服務或治療不滿，該如何提出投訴；
- 如果您需要更多協助，如何聯絡我們；以及，
- Medicare 相關法律要求提供的其他保護。

H0423_MEM24_3057c_C Accepted 10132023

2024年《承保福利說明》

目錄

第 1 章： 從成為會員開始 6

第 1 部分 簡介 7
第 2 部分 您怎樣獲得計劃會員資格？ 8
第 3 部分 您將獲得的重要會員材料 9
第 4 部分 您為 MetroPlus Platinum Plan (HMO)支付的每月費用 10
第 5 部分 有關您的月保費的更多資訊 13
第 6 部分 保持最新的計劃會員資格記錄 15
第 7 部分 其他保險如何與我們的計劃協調 16

第 2 章： 重要電話號碼 與資源 18

第 1 部分 MetroPlus Platinum Plan (HMO)聯絡方式 （如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部） 19
第 2 部分 Medicare （如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得協助和資訊） 24
第 3 部分 State Health Insurance Assistance Program （Medicare 問題的免費協助、資訊，以及解答） 25
第 4 部分 品質改善組織 27
第 5 部分 Social Security 28
第 6 部分 Medicaid 29
第 7 部分 關於協助支付處方藥的計劃資訊 30
第 8 部分 怎樣聯絡 Railroad Retirement Board 32
第 9 部分 您是否享受雇主提供的「團體保險」或其他健康保險？ 32

第 3 章： 使用計劃 獲得醫療服務 33

第 1 部分 您作為我們的計劃的會員獲得醫療保健服務所需瞭解的重要事項 34
第 2 部分 使用本計劃網絡內的服務提供者獲得醫療服務 35
第 3 部分 出現急診或緊急護理需要或遇到災難時，如何獲得服務 39
第 4 部分 如果您直接收到您的服務的所有費用的帳單該怎麼辦？ 41
第 5 部分 在您參與「臨床調查研究」時，您的醫療服務應怎麼參保？ 41
第 6 部分 從「宗教性非醫療健康護理機構」接受護理服務的規則 43
第 7 部分 有關擁有耐用醫療設備的規定 44

第 4 章： 醫療福利表（承保項目和 付費項目） 46

第 1 部分 瞭解您為承保服務支付的自付金額 47
第 2 部分 使用醫療福利表查出您享有的承保項目和您將支付的費用 48
第 3 部分 本計劃未承保的福利有哪些？ 79

第 5 章 使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險 82

第 1 部分 簡介 83
第 2 部分 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務開處方 83
第 3 部分 您的藥品需在計劃的「藥物清單」上 86
第 4 部分 某些藥品的保險存在一定的限制 87
第 5 部分 如果您使用的某一種藥品選用了您不想要的承保方式，該怎麼辦？ 89
第 6 部分 如果您的一種藥品的保險出現變更該怎麼辦？ 90
第 7 部分 計劃未承保的藥物類型有哪些？ 92
第 8 部分 配處方藥 93
第 9 部分 特殊情況下的 D 部分藥品保險 94
第 10 部分 藥品安全和藥品管理計劃 95

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用 98

第 1 部分 簡介 99
第 2 部分 您支付多少藥費取決於您在購買藥品時處於哪個「藥品支付階段」 101
第 3 部分 我們向您傳送報告，說明您的藥費支付情況以及您所處的支付階段 102
第 4 部分 在自負額階段，您支付藥品的全部費用 103
第 5 部分 在初始保險階段，本計劃將為您的藥費支付其分攤費用，同時，您也將支付您的分攤部分 103
第 6 部分 「甜甜圈孔階段」的費用 106
第 7 部分 在重病保險階段，本計劃將為您支付大部分藥費 106
第 8 部分 D 部分疫苗。您支付多少費用取決於您以何種方式以及在何處購買這些疫苗 106

第 7 章： 要求我們分攤醫療服務或藥物帳單的費用 109

第 1 部分 您應要求我們為您的承保服務或藥品支付我們的分攤費用的情況 110

第 2 部分 如何要求我們向您進行補償或支付您已收到的帳單 112
第 3 部分 我們將考慮您的付款請求，然後予以同意或拒絕 112

第 8 章 您的權利和責任 114

第 1 部分 我們的計劃必須尊重您作為本計劃會員的權利和文化敏感性 115
第 2 部分 作為本計劃會員，您要承擔部分責任 120

第 9 章： 若有疑問，您該怎麼做 （承保決定、上訴、投訴）..... 122

第 1 部分 簡介 123
第 2 部分 從何處獲得更多資訊和個人化援助 123
第 3 部分 您應採用哪種程序處理您的問題？ 124
第 4 部分 保險決定和上訴基礎知識指南 125
第 5 部分 您的醫療保健：如何要求作出保險決定或對保險決定進行上訴 127
第 6 部分 您的 D 部分處方藥：如何要求作出保險決定或進行上訴 134
第 7 部分 如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保 142
第 8 部分 如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保 148
第 9 部分 將您的上訴推進到第 3 級以及更高等級 153
第 10 部分 怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其它問題 156

第 10 章 終止您的會員資格 160

第 1 部分 終止本計劃會員資格的簡介 161
第 2 部分 您的計劃會員資格終止時間 161
第 3 部分 您將如何終止本計劃會員資格？ 163
第 4 部分 會員資格終止前，您都必須透過本計劃獲得醫療服務和藥品 164
第 5 部分 MetroPlus Platinum Plan (HMO)在特定情況下必須終止您的計劃會員資格 164

第 11 章： 法律通告 167

第 1 部分 適用法律相關通知 168
第 2 部分 無差別待遇相關通知 168
第 3 部分 有關 Medicare 第二付款人代位追償權的通知 168

無歧視通知 178

多語言插頁 180

第 12 章： 重要詞彙定義 182

第 1 章：
從成為會員開始

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 您加入 MetroPlus Platinum Plan (HMO)（一項 Medicare HMO 計劃）

您將享受 Medicare 保險服務，並選擇透過我們的 MetroPlus Platinum Plan (HMO)獲得 Medicare 醫療服務和處方藥保險。我們必須承保所有的 A 部分和 B 部分服務。但是，本計劃中的費用分攤和服務提供者途徑與 Original Medicare 不同。

MetroPlus Platinum Plan (HMO)是由 Medicare 核准並由一家私企營運的一項 Medicare Advantage HMO 計劃（HMO 代表健康維護組織）。

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

第 1.2 節 《承保福利說明》文件的作用是什麼？

《承保福利說明》文件說明了如何獲得您的醫療保健和處方藥。文件闡述了您的權利和責任，我們的承保內容，您成為計劃會員應繳納的費用，以及如果您對一項決定或治療不滿，該如何提出投訴。

詞語「保險」和「承保的服務」指您在成為 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的會員後，我們向您提供的醫療保健和服務以及處方藥。

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

如果您有任何不解或疑慮，或僅僅是存在疑問，請聯絡會員服務部。

第 1.3 節 《承保福利說明》的法律資訊

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

合約有效期為您在2024年1月1日至2024年12月31日期間加入MetroPlus Platinum Plan (HMO)的月份。

在每個日曆年，Medicare都允許我們對提供的計劃作出改變。也就是說，我們可以在2024年12月31日之後，對MetroPlus Platinum Plan (HMO)的費用和福利作出改變。我們也可能在2024年12月31日之後在您的服務區域停止提供該計劃。

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

第 2 部分 您怎樣獲得計劃會員資格？

第 2.1 節 您的資格要求

只要您滿足以下要求，即可獲得我們的計劃會員資格：

- 您享受 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險
- -- 以及 -- 您在我們的服務地理區域內生活（以下第 2.3 節介紹了我們的服務區域）。受監禁人員不被視為居住在服務區域內，即使其實際位於該區域。
- ——以及——您是美國公民或在美國有合法居住權

第 2.2 節 以下是 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的計劃服務區域

MetroPlus Platinum Plan (HMO)僅向在我們的計劃服務區域內生活的個人提供。要持續成為我們的計劃的會員，您必須繼續住在計劃服務區域內。服務區域如下所示。

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

如果您要搬遷到服務區域之外的地方，您將無法保持本計劃會員資格。請聯絡會員服務部，查看我們在您新搬入的區域內是否推出相關計劃。在您搬出後，您將擁有一個特別參保期，在該期間內您可以轉而參保 Original Medicare 計劃，或參加您新居住地的 Medicare 保健或藥品計劃。

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

第 2.3 節 美國公民或合法居住者

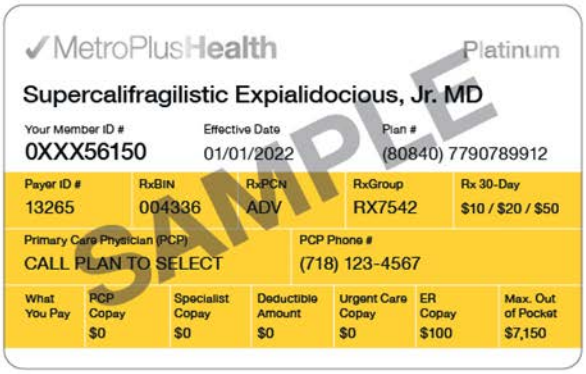
Medicare 醫療保險會員必須是美國公民或在美國有合法居住權的人士。如果您在此基礎上不符合會員資格，則 Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）將通知 MetroPlus

Platinum Plan (HMO)。如果您不滿足這一要求，則 MetroPlus Platinum Plan (HMO)必須令您退保。

第 3 部分 您將獲得的重要會員材料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

在您是我們計劃會員的期間裡，每次您獲得本計劃承保的服務以及在網絡內藥房領取處方藥時都必須使用您的會員卡。如果適用，您也應當向服務提供者出示 Medicaid 卡。以下是會員卡樣本，供您參考：



在您作為我們計劃的會員期間，不得使用您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡來獲得承保醫療服務。如果您使用了 Medicare 卡而非 MetroPlus Platinum Plan (HMO)會員卡，您可能必須自行承擔全部醫療服務費用。將您的 Medicare 卡儲存在安全之處。如果您需要醫院服務、寧養服務或參加 Medicare 核准的臨床調查研究（又被稱為臨床試驗），可能會要求您出示該卡。

如果您的計劃會員卡破損、遺失或被盜，請立即致電會員服務部，我們會為您寄送一張新卡。

第 3.2 節 醫生/藥房名錄

《醫生/藥房名錄》列出了我們的網絡內服務提供者和耐用醫療設備供應商。**網絡內的服務提供者即與我們簽訂協定**，接受我們的付款和任何計劃分擔費用作為付款全款的醫生和其他醫療保健專家、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院和其他醫療保健機構。

您必須使用網絡內服務提供者獲得醫療保健與服務。如果您前往別處，沒有恰當的授權，則必須支付全款。特例情況僅限網絡不可用時（通常是無法合理地或者不可能獲得網絡內

服務）發生的緊急情況、服務區域外的透析服務，以及 MetroPlus Platinum Plan (HMO)授權使用網絡外服務提供者的情況。

如需獲得最新服務提供者和供應商清單，請瀏覽我們的網站：www.metroplusmedicare.org。

如果您沒有拿到《醫生/藥房名錄》，您可以聯絡會員服務部索取一份副本。

《醫生/藥房名錄》列出了我們網絡內的藥房。**網絡內藥房是指與我們達成協議**，為我們的計劃會員開出承保的處方藥的所有藥房。您可使用《醫生/藥房名錄》來尋找您希望使用的網絡內藥房。參見第 5 章第 2.5 節相關資訊，瞭解您何時可使用不在計劃網絡內的藥房。

如果您沒有拿到《醫生/藥房名錄》，您可以聯絡會員服務部索取一份副本。您也可以登入我們的網站 www.metroplusmedicare.org，查閱此類資訊。

第 3.4 節 本計劃的「承保藥物清單」（處方一覽表）

本計劃提供一份「承保藥物清單」（處方一覽表）。我們將其簡稱為「藥物清單」。該清單列出了 MetroPlus Platinum Plan (HMO)中包含的 D 部分下承保的 D 部分處方藥。該清單上的藥品由本計劃組織在醫生和藥劑師的幫助下選出。該清單必須滿足 Medicare 指定的要求。Medicare 已核准 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的藥物清單。

該藥物清單也說明瞭您的藥品是否存在限制參保的規定。

我們將為您提供一份藥物清單副本。如需獲得有關承保藥物種類的最完整和最新資訊，可瀏覽本計劃的網站(www.metroplusmedicare.org)，或致電會員服務部。

第 4 部分 您為 MetroPlus Platinum Plan (HMO)支付的每月費用

您的費用可能包括以下內容：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- Medicare B 部分月保費（第 4.2 節）
- D 部分延遲參保罰款（第 4.3 節）
- 收入相關月調整額（第 4.4 節）

在某些情況下，您的計劃保費可能會減少

有一些計劃是可以幫助資源有限的人們支付藥費的。其中包括「Extra Help」和 State Pharmaceutical Assistance Programs。第 2 章第 7 部分進一步介紹了此類計劃。如果您符合資格，參加此類計劃可能會降低您的每月計劃保費。

如果您已加入某一項此類計劃，並從中獲得幫助，**本《承保福利說明》中的保費相關資訊可能對您不適用。**我們給您寄送了稱作「獲得處方藥付款 Extra Help 者承保福利說明附加條款」（也稱作「低收入輔助水準附加條款」或「低收入補助(LIS)附加條款」）的單獨附加頁，透過該附加頁告知您有關處方藥保險的資訊。如果您沒有此附加頁，則請致電會員服務部並申領「低收入補助(LIS)附加條款」。

收入不同的人士在 Medicare B 部分和 D 部分保費方面存在差異。如果您對這些保費存在疑問，請查看《Medicare 與您 2024》手冊中「2024 年 Medicare 費用」章節。如果您需要副本，您也可以從 Medicare 網站(www.medicare.gov)下載一份。或者，您致電請撥電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)訂購一份列印版本的說明，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。

第 4.1 節 計劃保費

身為我們的計劃會員，您需支付每月計劃保費。2024 年，您為 MetroPlus Platinum Plan (HMO)支付的每月保費為$142。

第 4.2 節 Medicare B 部分月保費

很多會員都被要求支付其他 Medicare 保費

除了支付計劃的月保費， **您還必須繼續支付 Medicare 保費，才能維持計劃的會員資格**。其中包括您的 B 部分保費。還可能包括 A 部分保費，會對無資格享受 A 部分免保費的會員產生影響。

第 4.3 節 D 部分延遲參保罰款

一些會員必須支付 D **部分延遲參保罰款**。D 部分延遲參保罰款是一種額外保費， 如果在初始參保期結束後的任意時間您在連續 63 天或更長時間未參加 D 部分或其他可信的處方藥保險，則必須支付這部分費用。「可信的處方藥保險」是符合 Medicare 最低標準的保險（因其預期至少將平均支付與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的金額）。您的延遲參保罰款金額將視您未加入 D 部分或其他可信處方藥保險的時間而定。您將需要支付直到參加 D 部分保險前這段時間內的罰款。

D 部分延遲參保罰款將新增到您的每月保費中。您首次參加 MetroPlus Platinum Plan (HMO)後，我們將令您知曉這一罰款金額。如果您不支付您的 D 部分延遲參保罰款，您可能會失去您的處方藥福利。

如果您符合下列情況，則不必交罰金：

- 您得到了可為您支付處方藥費用的 Medicare「Extra Help」。
- 您連續未參加「可信任保險」的時間不超過 63 天。
- 您透過其他來源參加可信任藥物保險，如前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人事務部。您的承保人或人力資源部門將於每年向您告知您的藥品保險是否為可信的保險。該資訊將以信件的形式或包含在本計劃的時事通訊中寄送給您。請保留好此資訊，因為如果您以後加入 Medicare 藥品計劃時還將需要它。
    - **注意：**任何這樣的通知必須表明，您參加了「可信的」處方藥保險，且該保險預期將支付與 Medicare 標準處方藥計劃一樣多的費用。
        - **注意：**以下保險為不可信的處方藥保險：處方藥打折卡、義診以及藥物折扣網站。

Medicare 將確定罰款的金額。以下為其工作原理：

- 如果在您首次符合 D 部分參保資格後，您沒有參加 D 部分或其他可信任處方藥保險的時間達到或超過 63 天，那麼計劃將計算您未參加保險的完整月份數量。罰金的金額為您未參加可信任保險的每個月的 1%。例如，如果您 14 個月未參加保險，則罰款將為 14%。
- 然後，Medicare 將根據前一年的情況確定本國 Medicare 藥品計劃的平均每月保費金額。2024 年，該平均保費金額為$34.70。
- 要計算您的每月罰款，您可以罰款百分比乘以平均每月保費，然後將結果四捨五入至最接近的 10 美分。在此範例中，應為 14%乘以$34.70，結果為$4.85。該結果將四捨五入為$4.90。**該金額將新增到應支付 D 部分延遲參保罰款的人員的月保費中。**

關於此月度 D 部分延遲參保罰款，有三個重要方面需要注意：

- 首先，由於平均每月保費可能每年都有變化，因此**罰款也可能每年都有變化**。
- 其次，**您將繼續**為參加有 Medicare D 部分藥物福利的計劃之前這段時間**支付罰款**，即便您已變更計劃。
- 第三，如果您不足 65 歲，並且近期正在接受 Medicare 福利，則您年滿 65 歲後，D 部分延遲參保罰款將重設。年滿 65 歲後，您的 D 部分延遲參保罰款將僅以您在加入 Medicare 老年計劃初始參保期後沒有參保的月數為基礎。

如果您對自己的 D 部分延遲參保罰款有異議，您或您的代表可要求進行審核。通常，您必須在接到表明您需要支付延遲參保罰款的第一封信件之日起 **60 天內**提請審核。但是，如果您在加入我們的計劃之前支付了罰款，您將不會再有機會申請審核延遲參保罰款。

重要事項：在您等待延遲參保罰款審核處理的時候，請勿停止支付 D 部分延遲參保罰款。如果您停止支付罰款，則將可能因未支付計劃保費而被退保。

第 4.5 節 收入相關月調整額

部分會員需要支付一筆額外費用，即 Part D Income Related Monthly Adjustment Amount，也稱為 IRMAA。我們用您在 2 年前 IRS 所得稅申報表上申報的調整後總收入來計算該額外費用。如果該金額超過一個特定額，那麼您將支付標準保費金額以及額外的 IRMAA。有關您根據您收入而定的額外費用金額詳情，請瀏覽：https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans。

如果您必須支付額外款項，Social Security，而非您的 Medicare 計劃組織，將寄信給您，告知您應支付的具體金額。不論您通常以何種方式支付您的計劃保費，除非您的每月福利不足以支付這筆應付的額外費用，否則，這筆金額將從您的 Social Security、Railroad Retirement Board 或人事管理局福利支票中扣除。如果您的福利支票不足以支付該額外費用，您將收到來自 Medicare 的帳單。**您必須向政府支付此額外費用。這筆金額不可以您的每月計劃保費來支付。 如果您未支付該額外費用，則您將被從本計劃中退保並失去處方藥保險。**

如果您對支付額外費用有異議，可要求 Social Security 對該決定進行覆核。要瞭解有關如何進行此操作的更多資訊，請致電 1-800-772-1213（聽力障礙電傳 1-800-325-0778）聯絡 Social Security。

第 5 部分 有關您的月保費的更多資訊

第 5.1 節 我們提供數種支付計劃保費的方式

您可透過兩種方式支付您的計劃保費。

選擇 1：透過支票支付

您可選擇以支票或匯票方式將您的保費直接支付給我們的計劃組織。您每月會收到一份我們的計劃所寄出的發票。支付時，收款人請寫「MetroPlus Health Plan」。請勿在發票或匯票收款人上寫「CMS」或「HHS」。

付款應傳送至：

MetroPlus Health Plan
PO Box 30327
New York, NY 10087

您在收到發票的當月末之前必須全額付款。例如，您一月份的月度保費繳納於1月31日到期。

選項 2：從您每月的 Social Security 支票中扣除計劃的保費

變更您的保費付款方式。 如果您決定變更支付保費的方式，則新支付方式最多可能需要三個月的時間生效。在我們處理您的新付款方式申請期間，您有責任按時支付您的計劃保費。如欲變更您的保費付款方式，請致電會員服務部。

您在支付計劃保費時如果遇到困難該怎樣做

您的計劃保費應於當月的最後一日之前匯到我們的辦事處。 如果我們在當月最後一日之前沒有收到您的支付，我們會通知您，如果 90 天內沒有收到您支付的保費，您的會員資格將被終止。如果您需要支付 D 部分延遲參保罰款，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。

如果您無法按時支付保費，請聯絡會員服務部，瞭解我們是否可以介紹您加入一些可以幫助您支付費用的計劃。

如果我們因您沒有支付保費而取消您的會員資格，您將享有 Original Medicare 計劃中的保健保險。此外，如果您在年度參保期內參保新保險計劃，您在下一年開始之前都無法獲得 D 部分保險。（如果您在超過 63 天的時間內沒有獲得「可信」處方藥保險，只要您參加 D 部分保險，則您必須支付 D 部分延遲參保罰款。）

在我們終止您的會員資格後，您仍需支付我們您尚未支付的保費。我們有權向您收取您應當繳納的金額。未來，如果您打算再次參保我們的計劃（或我們提供的其他計劃），您需要先支付所欠的保費，然後才能參保。

如果您認為我們終止您的會員資格屬於錯誤行為，您可以提出投訴（又被稱為申訴）；參見第 9 章，瞭解如何提出投訴。如果您遇到無法控制的緊急情況，導致您未能在我們的寬限期內支付計劃的保費，您可提出投訴。對於投訴，我們將再次審核我們的決定。本文件第 9 章第 10 部分說明了如何提出投訴，或者，您可以致電 1-866-986-0356 聯絡我們，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 711。您必須在您的會員資格終止日期後不遲於 60 天提出您的請求。

第 5.2 節 我們是否可以變更您當年的每月計劃保費？

不可以。我們也不可在當年變更每月要收取的計劃保費。如果明年的每月計劃保費發生改變，我們將在九月通知您，而變動將於下一年的 1 月 1 日開始生效。

但是，在一些情況下，您必須支付的部分保費可在當年進行變動。如果您獲得當年的「Extra Help」計劃資格或失去當年的「Extra Help」計劃資格，則會發生這樣的情況。如果會員符合處方藥費用「Extra Help」資格，則「Extra Help」計劃將會支付部分該名會員的月繳計劃保費。失去當年的這項計劃資格的會員將需要支付全額的每月保費。您可參閱第 2 章第 7 部分，進一步瞭解「Extra Help」計劃。

第 6 部分 保持最新的計劃會員資格記錄

您的會員資格記錄中記錄了您的參保表資訊，包括您的住址和電話號碼。該文件顯示了您的具體計劃保險，包括您的主治醫生。

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

讓我們一起瞭解以下變動：

- 您的姓名、地址或電話號碼的變動
- 您享有的其他健康保險的變動（例如，您的雇主、您配偶的雇主、工傷緊貼或 Medicaid 的變動）
- 您是否存在任何責任索賠，例如汽車事故索賠
- 您是否已入住療養院
- 您是否在區域外或網絡外的醫院或急診室內獲得醫療服務
- 您的指定責任方（例如護理人員）是否變動
- 如果您參與臨床調查研究（注意：您並不一定要將打算參加的臨床調查研究告知您的計劃，但我們建議您這麼做）

如果該資訊的任何部分發生了變更，請致電會員服務部通知我們。

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

第 7 部分 其他保險如何與我們的計劃協調

其他保險

Medicare 要求我們收集您享有的其他任何醫療和藥品保險資訊。因為我們必須將您在我們的計劃中享有的福利與您享有的其他任何保險進行協調。**這稱為福利協調。**

我們每年會寄出一封信件給您，信上會列出我們瞭解到的您享有的其他任何醫療或藥品保險。請仔細閱讀這些資訊。如果資訊正確，則無需再做任何事。如果資訊錯誤，或您還享有其他未列出的保險，請致電會員服務部。您可能需要告知您的其他承保人（在您確認他們的身份後）您的計劃會員 ID 號，以便您的帳單可正確按時支付。

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

此類規定適用於雇主或工會團體醫療保險：

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

這些類型的保險通常先支付與以下各類型相關的服務：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 債務（包括汽車保險）
- 黑肺病福利

- 工傷津貼

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

第 2 章：
重要電話號碼
與資源

第 1 部分 MetroPlus Platinum Plan (HMO)聯絡方式
（如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部）

如何聯絡我們計劃的會員服務部

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

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

如何聯絡我們，獲知有關您醫療保健的保險決定或上訴的資訊

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療服務或 D 部分處方藥支付的金額作出的決定。上訴是一種要求我們審核和變更已作出的保險決定的正式方法。如需進一步瞭解如何獲得有關您醫療保健或 D 部分處方藥的保險決定或上訴的資訊，請參閱第 9 章（若有疑問或投訴，您該怎麼做（保險決定、上訴、投訴））。

方法	醫療保健或 D 部分處方藥的保險決定和上訴——聯絡資訊
電話	1-866-986-0356 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	保險決定：1-212-908-4401 上訴：1-212-908-8824
寫信	保險決定： MetroPlus Health Plan Utilization Management 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004 上訴： 普通郵件： MetroPlus Health Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004 親自交付： MetroPlus Health Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004

方法	醫療保健或 D 部分處方藥的保險決定和上訴——聯絡資訊
網站	www.metroplusmedicare.org

如何聯絡我們，就醫療保健提出投訴

您可對我們或我們的任一網絡內服務提供者或藥房提出投訴，包括對您的護理服務品質提出投訴。這類投訴不會涉及承保範圍也無付款糾紛。如需進一步瞭解如何就您的醫療保健提出投訴，請參閱第 9 章（若有疑問或投訴，您該怎麼做（保險決定、上訴、投訴））。

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

在何處提出申請，要求我們為您獲得的醫療保健或處方藥支付分攤費用

如果對於您認為應當由我們支付費用的服務，您收到了一份帳單或者已經支付了服務費用（例如服務提供者帳單），那麼您可能需要向我們申請償付或者要求我們支付服務提供者帳單。請參閱第 7 章（要求我們分攤醫療服務或藥物帳單的費用）。

請注意：如果您寄給我們付款申請，但我拒絕了申請中的部分付款要求，您可對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章（若有疑問或投訴，您該怎麼做（保險決定、上訴、投訴）），瞭解詳情。

方法	付款申請 - C 部分醫療索賠 - 聯絡資訊
寫信	MetroPlus Health Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th Floor New York, NY 10004
網站	www.metroplusmedicare.org

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

第 2 部分 Medicare
（如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得協助和資訊）

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

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

方法	**Medicare – 聯絡資訊**
電話	1-800-MEDICARE，或 1-800-633-4227 致電此號碼不收取任何費用。 該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
聽力障礙電傳	1-877-486-2048 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。

方法	**Medicare – 聯絡資訊**
網站	www.medicare.gov 這是 Medicare 的政府官方網站。該網站為您提供有關 Medicare 和目前 Medicare 問題的最新資訊。同時也提供有關醫院、療養院、醫生、家庭包機構和透析設施的資訊。該網站提供可從電腦直接列印的文件。您也可在網站上找到您所在州的 Medicare 聯絡方式。 該 Medicare 網站也透過以下工具，詳細說明瞭您的 Medicare 資格和參保選項。 • **Medicare Eligibility Tool（Medicare 資格判斷工具）**：提供 Medicare 資格狀態資訊。 • **Medicare Plan Finder（Medicare 計劃尋找器）**：提供您所在地區有關可用 Medicare 處方藥計劃、Medicare 醫療保險和 Medicap（Medicare 補充保險）政策的個人資訊。這些工具能夠預估您在不同 Medicare 計劃中應支付的不同自付金額。 您也可使用該網站通知 Medicare 您對 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的任何投訴： • **通知 Medicare 您的投訴**：您可直接向 Medicare 提交有關 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的投訴。要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會嚴肅對待您的投訴，並利用這些投訴資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。 如果您沒有電腦，您當地的圖書館或者長者中心也許可以幫您使用它們的電腦瀏覽這個網站。或者，您可致電 Medicare，告訴他們您想要查詢的資訊。他們將在網站上找到該資訊，並與您一起審核資訊。（您可致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。）

第 3 部分 State Health Insurance Assistance Program（Medicare 問題的免費協助、資訊，以及解答）

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

HIICAP 是一項獨立的（與任何保險公司或醫療保險都不存在關聯）州計劃，該計劃從 Federal Government 獲得錢款，為參與 Medicare 的人免費提供當地健康保險諮詢服務。

HIICAP 諮詢師能夠幫助您瞭解您享有的 Medicare 權利，就獲得的醫療護理或治療提出投訴，清理您的 Medicare 帳單。HIICAP 諮詢師還能幫助解答關於 Medicare 的疑問或問題，幫助您瞭解 Medicare 計劃的選項，並回答有關更換計劃的問題。

SHIP 的存取方法和其他資源：

- 瀏覽 www.medicare.gov
- 按一下首頁中間的「**Talk to Someone**（聯絡客服代表）」
- 現在您有以下選項
  - 選擇 1：**您可以與 1-800-MEDICARE 代表進行即時聊天**
  - 選擇 2：您可以從下拉式功能表中選擇您所在的州，然後按一下前往。透過此操作，您將前往一個顯示您所在州的電話號碼和資源的頁面。

方法	**HIICAP（紐約 SHIP）- 聯絡資訊**
電話	1-800-701-0501
寫信	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007-1392
網站	http://www.nyconnects.ny.gov

第 4 部分 品質改善組織

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

Livanta 有一個一個由醫生和其他醫療保健專業人士組成的組織，由 Medicare 支付費用，來幫助改善 Medicare 參保人士的護理服務品質。Livanta 是一個獨立組織。它與我們的計劃並不相關。

出現以下任何一種情況時，您應聯絡 Livanta：

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

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

第 5 部分 Social Security

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

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

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

方法	**Social Security - 聯絡資訊**
電話	1-800-772-1213 致電此號碼不收取任何費用。 週一至週五，早 7 點至晚 7 點。 您可使用 Social Security 的自動電話服務，獲得已記錄的資訊，並完成某些事項，該服務每天 24 小時均開放。
聽力障礙電傳	1-800-325-0778 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。 週一至週五，早 7 點至晚 7 點。
網站	www.ssa.gov

第 6 部分 Medicaid

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

透過 Medicaid 提供的計劃可幫助 Medicare 參保人士支付其 Medicare 費用，例如他們的 Medicare 保費。這些「Medicare 儲蓄計劃」包括：

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)**：協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如自負額、共同保險和自付費用）。（一些享有 QMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(QMB+)的資格。）
- **指定低收入 Medicare 受益人(SLMB)**：協助支付 B 部分保費。（一些享有 SLMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(SLMB+)的資格。）
- **合格個人(QI)**：協助支付 B 部分保費。
- **符合條件的殘疾與個人工作者(QDWI)**：協助支付 A 部分保費。

要瞭解有關 Medicaid 及其計劃的更多資訊，請聯絡紐約州衛生廳 Medicaid 計劃。

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

第 7 部分 關於協助支付處方藥的計劃資訊

Medicare.gov 網站(https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs)提供關於如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人士，還有其他一些計劃也能提供協助，具體見下文。

Medicare 的「Extra Help」計劃

Medicare 提供「Extra Help」計劃，幫助收入和資源有限的人士支付處方藥費用。資源包括您的儲蓄和股票，但不包括您的房產或車輛。如果您符合資格，您將獲得有關任何 Medicare 處方藥計劃的每月保費、年自負額和處方藥自付費用的付款幫助。該「Extra Help」計劃也以您的自付金額為限。

如果您自動符合「Extra Help」的資格，Medicare 將向您郵寄一封信件。您無需申請。如果您並非自動符合資格，您也許能夠獲得支付處方藥保費和費用的「Extra Help」。要確定您是否有資格獲得「Extra Help」，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放；
- Social Security 辦事處，電話：1-800-772-1213，週一至週五，早 8 點至晚 7 點。聽力障礙電傳使用者應致電 1-800-325-0778（申請）；或者
- 您所在州的 Medicaid 辦事處（申請）（請參閱本章節第 6 部分，瞭解聯絡資訊）。

如果您認為您已符合獲得「Extra Help」的資格，並且如果您在藥房購買處方藥時認為您支付的分攤費用金額不正確，那麼您可透過我們的計劃的流程，申請協助您獲得恰當自付費用等級的福利說明，或者，如果您已擁有福利說明，則向我們提供該說明。

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

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

多個州以及美屬維爾京群島提供處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用支付方面的幫助。如果您參保 State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)，或其他提供 D 部分藥物保險的計劃（不包括「Extra Help」），則您仍可獲得承保品牌藥物的 70%折扣。此外，本計劃將在保障缺口內支付品牌藥物 5%的費用。70%的折扣和本計劃支付的 5%費用均適用於參加 SPAP 或其他保險之前的藥物價格。

如果您參保 AIDS Drug Assistance Program (ADAP)？
什麼是 AIDS 藥品輔助計劃(ADAP)？

AIDS Drug Assistance Program (ADAP)幫助患有 HIV/AIDS 的 ADAP 合格個體獲得 HIV 求救藥物。同時在 ADAP 處方一覽表上的 Medicare D 部分處方藥參加 ADAP 的 HIV Uninsured Care Program，符合處方藥分攤費用援助資格。您可以聯絡 HIV Uninsured Care Program：1-800-542-2437，週一至週五，早 8 點至下午 5 點。

注意：要符合您所在州執行的 ADAP 資格，個人必須符合特定標準，包括州居住證明和 HIV 狀態證明、州規定的低收入證明以及未參保/不足額參保狀態證明。 如果您更換計劃，請通知您當地的 ADAP 參保員工，以便繼續獲得協助。如需瞭解有關合格標準、承保藥品或參保方式的相關資訊，請致電 HIV Uninsured Care Program，ADAP：1-800-542-2437。

State Pharmaceutical Assistance Program

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

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

方法	**EPIC (New York's State Pharmaceutical Assistance Program) – 聯絡方式**
電話	1-800-332-3742 週一至週五，早 8 點半至下午 5 點
聽力障礙電傳	1-800-290-9138 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 電子郵件地址： nysdohepic@magellanhealth.com

方法	**EPIC (New York's State Pharmaceutical Assistance Program) – 聯絡方式**
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

第 8 部分 怎樣聯絡 Railroad Retirement Board

Railroad Retirement Board 是獨立的聯邦機構，負責管理全國鐵路職工及其家庭的綜合福利計劃。 如果您透過 Railroad Retirement Board 獲得 Medicare 福利，當您搬遷或變更郵寄地址時通知其變更相關資訊，這一點非常重要。如果您對 Railroad Retirement Board 對您提供的福利有任何疑問，請聯絡該機構。

方法	**Railroad Retirement Board - 聯絡資訊**
電話	1-877-772-5772 致電此號碼不收取任何費用。 如果您按「0」鍵，您可以在週一、週二、週四和週五早 9 點至下午 3 點半，以及週三早 9 點至中午 12 點與 RRB 代表通話。 如果您按「1」鍵，您可以全天候存取自動 RRB 熱線和已記錄的資訊，包括週末和節假日。
聽力障礙電傳	1-312-751-4701 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 本電話號碼為付費電話。
網站	rrb.gov/

第 9 部分 您是否享受雇主提供的「團體保險」或其他健康保險？

如果您（或您的配偶）從您（您配偶）的雇主或退休人員團體獲得屬於本計劃的福利，您可致電雇主/工會福利管理人員或會員服務部，解答您的疑問。您可詢問有關您（或您配偶的）雇主或退休人員健康福利、保費或參保期的問題。（會員服務部電話號碼已印於本文件的封底。）您也可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；聽力障礙電傳：1-877-486-2048)，詢問有關本計劃內 Medicare 保險服務的問題。

如果您透過您（或您配偶的）雇主或退休人員團體獲得其他處方藥保險，請聯絡**該團體的福利管理人員。**福利管理人員可幫助您確定您目前的處方藥保險是否與我們的計劃搭配。

第 3 章：
使用計劃
獲得醫療服務

第 1 部分 您作為我們的計劃的會員獲得醫療保健服務所需瞭解的重要事項

本章說明您使用本計劃獲得醫療服務保險所需瞭解的事項。本章定義了各種術語，說明瞭您需遵循的規定，以便您能夠獲得本計劃提供的醫學治療、服務、設備、處方藥和其他醫療保健。

如需詳細瞭解我們的計劃提供的醫療保健，以及您獲得此類保健服務需支付的費用，請參閱下一章的福利表（第 4 章，醫療福利表，保險範圍和付費項目）。

第 1.1 節 什麼是「網絡內服務提供者」和「承保服務」？

- 「**服務提供者**」是由州政府頒發許可的醫生和其他醫療保健專家，可提供醫療服務和護理。該術語「服務提供者」也包括醫院和其他醫療保健設施。
- 「**網絡內的服務提供者**」即與我們簽訂協定，接受我們的付款和您的分攤費用作為付款全款的醫生和其他醫療保健專家、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。我們已安排這些服務提供者為我們的計劃會員提供我們承保的服務。我們網絡內的服務提供者直接向我們開具帳單，獲得為您提供的服務的報酬。在您請網絡內服務提供者提供服務時，只需支付這些服務的分攤費用。
- 「**承保服務**」包括我們的計劃承保的所有醫療保健、醫護服務、用品設備，以及處方藥。您的醫療保健承保服務已在第 4 章的福利表中列出。第 5 章說明了您承保的處方藥服務。

第 1.2 節 獲得計劃承保的醫療服務的基本規定

作為 Medicare 的一項保健計劃，MetroPlus Platinum Plan (HMO)必須承保 Original Medicare 計劃承保的所有服務，也必須遵守 Original Medicare 計劃的保險規定。

MetroPlus Platinum Plan (HMO)一般會承保您的醫療保健，只要：

- **您獲得的護理包括在本計劃的《醫療福利表》內**（該表可在本文件第 4 章找到）。
- **您獲得的護理是醫療必要護理。**「醫療必需」即提供的服務、用品、設備或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。
- **我們將為您提供一名網絡內的主治醫生(PCP)，該 PCP 負責為您提供護理並監管您的護理情況。**作為我們的計劃會員，您必須選擇網絡內的 PCP（有關該部分的更多資訊，請參閱本章的第 2.1 節）。
    - 在大多數情況下，您的網絡內 PCP 必須提前核准您的申請，然後您才能使用計劃網絡內的其他服務提供者，例如專科醫生、醫院、專業康復機構或家庭

保健機構。這也稱作「轉診」。有關轉診的更多資訊，請參見本章的第 2.3 節。

- 急診治療或急需的服務並非需要 PCP 的轉診。還有其他一些護理類型是您不必提前獲得 PCP 核准就可以獲得的（有關更多資訊，請參閱本章的第 2.2 節）。

- **您必須從網絡內服務提供者處獲得護理服務**（有關詳細資訊，請參閱本章的第 2 部分）。在大多數情況下，您從網絡外服務提供者（不屬於我們的計劃網絡內的服務提供者）處獲得的護理不會享受保險。這意味著，您必須向服務提供者全額支付所提供服務的費用。同時也存在三種特例：
  - 本計劃承保您從網絡外服務提供者處獲得的緊急護理或緊急需要的服務。有關該部分的更多資訊，以及緊急或緊急需要的服務的定義，請參閱本章的第 3 部分。
  - 如果 Medicare 要求我們的計劃承保您所需的醫療保健服務，但我們的網絡內沒有可以提供這項護理服務的專科醫師，那麼您可以接受網絡外服務提供者提供的這項護理服務， 分攤費用與您通常支付的網絡內分攤費用相同。除非是特定情況，否則在尋求護理服務之前，您必須獲得 MetroPlus Health Plan 的授權。在此情況下，您所支付的費用將與從網絡內提供者處獲得護理時支付的費用相同。有關如何獲得網絡外醫生診療核准的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
  - 計劃承保在您暫時位於計劃的服務區域範圍外時或者當這項服務的提供者暫時不可用或難以接觸時，您從 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。您向計劃支付的透析分攤費用不會超過 Original Medicare 中的分攤費用。如果您在計劃的服務區域以外，從計劃網絡外的服務提供者那裡接受透析服務，那麼您的分攤費用不會超過您在網絡內支付的分攤費用。但是，如果您通常的網絡內透析服務提供者暫時無法提供服務，並且您選擇在服務區域內接受計劃網絡外的一名服務提供者提供的服務，那麼透析的分攤費用可能較高。

第 2 部分 使用本計劃網絡內的服務提供者獲得醫療服務

第 2.1 節 您必須選擇一名主治醫生(PCP)來提供和監管您的醫療服務

什麼是「PCP」，以及 PCP 對您來說意味著什麼？

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

如我們以下所解釋的，您將從 PCP 處獲得常規或基礎醫療服務。您的 PCP 也將協調您作為我們的計劃會員享有的其餘承保服務。例如，為了找專科醫師診視，您一般需要首先與 PCP 商議。您的 PCP 將把您轉診至專科醫師。您的 PCP 將提供您的大部分醫療服務，並協助您安排或協調您作為我們的計劃會員享有的其餘承保服務。

其中包括但不僅限於：

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

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

您怎樣選擇 PCP？

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

更換您的 PCP

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

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

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

第 2.2 節 哪些醫療保健服務您無需獲得主治醫生(PCP)的轉診即可獲得？

您無需提前獲得核准即可從您的PCP處獲得下列服務。

- 常規女性健康護理，包括乳房檢查、乳腺癌篩查（乳房X光篩查）、巴氏早期癌症探查和骨盆檢查（只要您從網絡內服務提供者獲得此類服務）。
- 流感疫苗接種、新型冠狀病毒疫苗接種、乙型肝炎、肺炎疫苗接種（只要您從網絡內服務提供者獲得此類服務）。
- 網絡內服務提供者或網絡外服務提供者提供的緊急服務
- 緊急需要的服務是非急診服務的承保服務，在網絡內服務提供者暫時不可用或難以接觸，或者投保人不在服務區域時提供。例如，您在週末需要即刻護理服務。您立即需要接受這些服務，且其具有醫療必要性。
- 在您臨時位於計劃的服務區域範圍外時，從Medicare認證的透析設施獲得的腎透析服務。（如果可能，請在離開服務區域之前致電會員服務部，以便我們可以安排您在離開期間接受維持透析。）

第 2.3 節 如何從專科醫師和其他網絡內服務提供者處獲得服務

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

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

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

某些服務可能需要事先授權（請參見第 4 章，瞭解哪些服務需要事先授權）。可從計劃那裡獲得授權。您或您的服務提供者（包括非簽約服務提供者）可以在服務提供前詢問計劃是否對服務承保。您或您的服務提供者可以申請以書面形式作出該裁定。該流程被稱為「提前裁定」。如果我們說明我們不會承保您的服務，您或您的服務提供者有權就我們不承保您護理的決定提起上訴。第 9 章（若有疑問或投訴，您該怎麼做（保險決定、上訴、投訴））更詳細地說明瞭在您希望我們提供保險決定或您希望就我們作出的決定提出上訴時的處理方法。

如果專科醫師或其他網絡內服務提供者離開我們的計劃怎麼辦？

我們可能對您當年保險計劃中涉及的醫院、醫生和專科醫師（服務提供者）作出變動。如果您的醫生或專科醫師離開您參保的計劃，那麼您將享有如下權利和保護：

- 儘管我們的服務提供者網絡可能在當年出現變動，Medicare 要求我們保證您能夠順利接觸到合格的醫生和專科醫師。
- 我們將儘量在您的服務提供者離開我們計劃之前提前 30 日告知，以便您有時間選擇新的服務提供者。
- 我們將協助您選擇新的合格服務提供者，使其繼續負責您的醫療保健需要。
- 如果您正在接受醫療治療，您有權申請，並且我們將會跟您合作來確保，您正在接受的有醫療必要的治療不被中斷。
- 如果對於計劃承保的一項服務，我們的網絡沒有符合資質的專科醫師，那麼我們必須以網絡內分攤費用承保該服務。在接受服務前，您必須獲得事先授權。
- 如果您發現您的醫生或專科醫師將離開您的計劃，請聯絡我們，讓我們協助您找到新的服務提供者來照顧您的健康。
- 若您認為我們未能提供一名合格的服務提供者以取代您之前的服務提供者或者您的治療未被適當地處理，您有權利向 QIO 對我們的決定提起護理品質投訴，或者向計劃提出護理品質申訴，或者同時提出投訴和申訴。請參見第 9 章。

第 2.4 節 如何從網絡外服務提供者處獲得服務

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

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

注意：會員有權從網絡外服務提供者那裡獲得急診服務或緊急需要的服務。此外，計劃必須為前往服務區域以外、無法接受 ESRD 簽約服務提供者服務的 ESRD 會員承保透析服務。

第 3 部分 出現急診或緊急護理需要或遇到災難時，如何獲得服務

第 3.1 節 在有緊急醫療需要時獲得護理

什麼是「緊急醫療」以及在出現這樣的情況時應怎麼做？

「醫療急診」是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫來避免死亡（如果您是孕婦，則為流產）、損失肢體或肢體功能或者身體機能喪失或嚴重受損的醫療徵兆。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。

如果您遇到緊急醫療情況：

- **請儘快獲得幫助。**致電 911 獲得幫助，或前往最近的急診診室或醫院。若有需要的話，打電話叫一輛救護車。您不必先獲得 PCP 的核准或轉診。您並不一定要使用網絡內醫生。無論何時，無論您在美國或其領土的任何位置，都可從任何持有恰當州執照的服務提供者處獲得承保的急診醫療保健服務，即使服務提供者未參加我們的網絡。

- **在盡可能快的情況下，確保通知我們的計劃組織有關您的急診情況。**我們需要跟進您的急診護理。您或者其他人應透過電話告知我們您的急診情況，通常在 48 小時以內。電話號碼已列於本手冊的封底。

在急診室時您享受什麼承保項目？

我們的計劃包括在特殊情況下提供的救護車服務，特殊情況指救護車是唯一不危及您健康並將您送往急診室的方法。 我們也承保急診期間的醫療服務。

向您提供緊急護理的醫生將確定您何時情況穩定，可結束緊急醫療護理。

在緊急醫療護理結束後，您將獲得後續護理，以確保您的身體狀況可繼續保持穩定。您的醫生將持續對您進行治療，直至其聯絡我們，制訂關於額外護理的計劃。您的後續護理將由我們的計劃承保。

如果您的緊急護理由網絡外的服務提供者提供，在您的疾病情況和條件許可的情況下，我們將立即嘗試安排網絡內的服務提供者接手您的護理。

如果不屬於緊急醫療情況？

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

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

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

第 3.2 節 在您有緊急服務需要時獲得護理

什麼是「緊急需要的服務」？

緊急需要的服務是一種非急診情況，需要即刻接受醫療保健服務，但考慮到您的情況，不可能或無法透過合理方式從一個網絡內服務提供者處接受這些服務。計劃必須對在網絡外提供的緊急需要的服務進行承保。緊急需要的服務範例：i)週末出現嚴重的喉嚨痛，或者 ii)當您暫時位於服務區域之外時，一種已知的病情出現了難以預見的發作。

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

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

我們的計劃不承保在美國及其領土以外接受的急症服務、緊急需要的服務或任何其他護理服務。

第 3.3 節 在災難期間獲得護理

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

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

如果在災難期間您無法使用網絡內提供者，您的計劃將允許您從網絡外提供者和機構處獲得護理，並可享受網絡內的分攤費用。適用情況下，您的計劃還將完全免除任何轉診要求，並立即做出對您有利的調整。您的計劃將在任何適用的緊急情況或災難聲明導致保健服務中斷期間及之後的 30 天內提供這些保護。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您可以在網絡外藥房領取您的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節瞭解詳情。

第 4 部分 如果您直接收到您的服務的所有費用的帳單該怎麼辦？

第 4.1 節 您可要求我們為您的承保服務支付我們的分攤費用

如果您支付的金額超過您的承保服務計劃分攤金額，或者如果您收到您承保醫療服務所有費用的帳單，請參閱第 7 章（要求我們分攤醫療服務或藥物帳單的費用），瞭解如何操作的資訊。

第 4.2 節 如果我們的計劃未承保服務，您必須支付所有費用

MetroPlus Platinum Plan (HMO)承保本文件第 4 章《醫療福利表》中列出的所有具有醫療必要性的服務。如果您接受的服務不受我們計劃的承保，或者在網絡外接受服務且未獲得授權，那麼由您負責支付服務的全額費用。

對於有福利限制的承保服務，您在用完該類型承保服務的相關福利後，還應支付您獲得的任何服務的全額費用 。對於 Medicare 承保的所有服務，在您已達到福利上限後您為這些福利支付的自付金額將不計入您的年度最高自付金額上限。如果您想要瞭解已使用了多少福利額度，可致電會員服務部。

第 5 部分 在您參與「臨床調查研究」時，您的醫療服務應怎麼參保？

第 5.1 節 什麼是「臨床調查研究」？

臨床調查研究（也稱作「臨床試驗」）是醫生和科學家測試新醫療護理類型的方式，例如測試新抗癌藥品的療效如何。某些臨床調查研究獲得 Medicare 的核准。Medicare 核准的臨床調查研究通常要求志願者參加研究。

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

如果您參與 Medicare 核准的研究，Original Medicare 將支付您參與此項研究時獲得的承保服務的大部分費用。如果您向我們告知，您正在參加一個符合資質的臨床試驗，那麼您只需負責支付該試驗中相關服務的網絡內分攤費用。如果您支付了較高的費用，例如已經支付了 Original Medicare 分攤費用金額，我們會償付您所付金額和網絡內分攤費用金額之間的差額。但是，您需要提供文件，向我們說明您支付的金額。在您參與臨床調查研究時，您可續保我們的計劃，並繼續透過我們的計劃獲得其餘的護理（與研究無關的護理）。

如果您希望參與 Medicare 核准的任何臨床調查研究，您不必向我們告知，也不必獲得我們或您主治醫生(PCP)的核准。在您參與臨床調查研究的過程中，向您提供護理的服務提供者不一定是我們計劃的網絡內服務提供者。

儘管您參與臨床調查研究不需獲得我們計劃的許可，但我們建議您在選擇參加符合 Medicare 資質的臨床試驗時提前通知我們。

如果您參與 Medicare 未核准的研究，您將負責支付您參與該研究所需支付的所有費用。

第 5.2 節 在您參與臨床調查研究時，服務付款人和付款項目分別是？

您一旦參與 Medicare 核准的臨床調查研究，Original Medicare 即承保參加研究時收到的常規項目和服務：

- 即使您不參加研究，Medicare 也會支付的住院住房費和寄宿費。
- 手術或其他醫療程序（如屬於調查研究內容）。
- 對新治療產生的副作用和併發症的治療。

在 Medicare 支付其對這些服務的分攤費用後，我們的計劃將支付 Original Medicare 與您作為我們的計劃會員應支付的網絡內分攤費用之間的差額。也就是說，您為參與研究時獲得的服務所支付的金額與您從我們的計劃獲得服務時所支付的金額相同。但是，您需要提供文件，向我們說明您支付的金額。請參閱第 7 章，瞭解有關提交付款申請的詳情。

以下是分攤費用操作方式的範例：假設您在參與調查研究時，參與了一項費用達為 $100 的實驗室化驗。我們還假設您參保 Original Medicare 計劃後，為這次化驗所需支付的分攤費用為$20，而依照您參保我們的計劃的福利，這次化驗的分攤費用是$10。在此情況下，Original Medicare 將為這次化驗支付$80，您將支付 Original Medicare 要求的自付費用$20。然後，您將通知計劃，告知您接受了一個符合資質的臨床試驗提供的服務，並向計劃提交相關文件，如服務提供者帳單。然後，計劃將直接向您支付$10。因此，您的淨付款為$10，與您根據我們計劃的福利支付的金額相同。請注意，要從計劃那裡獲得付款，您必須向計劃提交文件，如服務提供者帳單。

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

- 一般來說，Medicare 不會支付研究正在測試的新項目或服務，除非 Medicare 在您未參加研究時也會承保這些項目或服務。

- 僅用於收集資料而不是您的直接醫療護理的項目或服務。例如，如果您的疾病情況通常只需進行一次 CT 掃描，Medicare 不會支付您因參與研究而每月進行一次的 CT 掃描。

您希望瞭解更多內容嗎？

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

第 6 部分 從「宗教性非醫療健康護理機構」接受護理服務的規則

第 6.1 節 什麼是宗教非醫療健康護理機構？

宗教非醫療健康護理設施是提供對一般會在醫院或專業康復機構進行治療的狀況的護理的設施。如果在醫院或專業康復機構獲得護理與會員的宗教信仰相衝突，我們將轉而提供在宗教非醫療健康護理機構的護理保險。該福利僅為 A 部分住院服務（非醫療健康保健服務）提供。

第 6.2 節 從宗教非醫療健康保健機構獲得護理

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

- 「非預期」醫療服務或治療是指志願提供且聯邦、州立或當地法律未要求的任何醫療護理或治療。
- 「預期」醫療服務是指非志願或由聯邦、州立或當地法律要求的任何醫療護理或治療。

為了得到我們計劃的承保，您從宗教非醫療保健機構獲得的護理必須滿足以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 認證。
- 您獲得的我們的計劃所提供的服務保險限制為護理的非宗教範疇。
- 如果您從此機構獲得的服務是您在普通設施中獲得的服務，則以下條件適用：
  - 您的疾病情況必須達到獲得住院護理或專業康復機構護理的承保服務的要求。

- – 以及 – 您在被設施收診或您的住院尚未參保之前，需提前獲得我們的計劃的核准。

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

第 7 部分 有關擁有耐用醫療設備的規定

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

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

在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的共付額後即可擁有該設備。但是，作為 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的會員，您通常不會獲得租用的 DME 的所有權，不管您在成為我們的計劃會員期間支付了多少自付費用，即使您在參保我們的計劃之前，在 Original Medicare 計劃下為 DME 物品連續支付了 12 次費用。在某些受限的情況下，我們會向您轉讓 DME 的所有權。請致電會員服務部以瞭解更多資訊。

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

如果您在我們的計劃中未獲得 DME 的所有權，則在您切換到 Original Medicare 後，您需要重新連續支付 13 次費用才能擁有該設備。 參保您的計劃時支付的款項不會被計入。

例 1：您在 Original Medicare 中針對相關物品付款的次數不超過連續 12 次，然後參加了我們計劃。您在 Original Medicare 中支付的款項不會被計入。

例 2：您在 Original Medicare 中針對相關物品付款的次數不超過連續 12 次，然後參加了我們計劃。您之前參加了我們的計劃，但期間沒有獲得物品所有權。然後您回到了 Original Medicare。再次加入 Original Medicare 後，您必須重新開始連續支付 13 次，才能獲得物品。所有之前的付款（不管是向我們的計劃還是向 Original Medicare 進行的付款）都不計入。

第 7.2 節 關於氧氣設備、用品和維護的規則

您有權獲得哪些氧氣福利？

如果您符合 Medicare 氧氣設備的承保條件，那麼 MetroPlus Platinum Plan (HMO)將承保：

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

如果您離開 MetroPlus Platinum Plan (HMO)，或者不再需要將氧氣設備用於治療用途，那麼必須將氧氣設備歸還。

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

Original Medicare 要求一個氧氣供應商為您提供五年服務。在開始 36 個月期間，您租賃設備。剩餘 24 個月，供應商提供設備和維護服務（您依然要負責支付氧氣服務的自付費用）。五年後，您可以選擇繼續與同一家公司合作，或者選擇另一家公司。此時，即使您選擇繼續與同一家公司合作，五年週期也會再次開始，這要求您在前 36 個月支付自付費用。如果您加入或離開我們的計劃，五年週期就會重新開始。

第 4 章：
醫療福利表
（承保項目和付費項目）

第 1 部分 瞭解您為承保服務支付的自付金額

這一章提供一份《醫療福利表》，表上列出您作為 MetroPlus Platinum Plan (HMO)會員獲得的承保服務，以及您為每一種承保服務應支付的費用。在本章的稍後部分，您會找到我們的計劃未承保的醫療服務資訊。這些部分還闡述了對某些服務的限制。

第 1.1 節 您可能要為承保服務支付的自付金額類型

要瞭解本章中我們為您提供的支付資訊，您需要先瞭解您可能要為承保服務支付的自付金額類型。

- 「**自付費用**」是您每次獲得某些醫療服務時支付的固定金額的費用。您在獲得醫療服務時支付自付費用。（第 2 部分中的醫療福利表更為詳細地闡述了自付費用資訊。）
- 「**共同保險**」是您支付的某些醫療服務總費用的百分比。您在獲得醫療服務時支付共同保險。（第 2 部分中的醫療福利表更為詳細地闡述了共同保險資訊。）

大多數符合 Medicaid 或 Qualified Medicare Beneficiary (QMB)計劃資格的人永遠不需要支付自負額、功夫費用或共同保險。如果適用，請確保向您的服務提供者出示 Medicaid 或 QMB 資格證明。

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

由於您參保 Medicare Advantage Plan，因此您每年為 Medicare A 部分和 B 部分承保的網絡內醫療服務支付的現付金額總額存在限額。該限額稱作醫療服務的「最高自付金額」(MOOP)。 2024 日曆年，該金額為$8,300。

您為承保的網絡內服務支付的自付費用和共同保險金額將計入該最高自付金額中。您為計劃保費和 D 部分處方藥費用支付的金額不計入最高自付金額。 如果您達到$8,300 的最高自付金額，您在當年的餘下時間內不必再為承保的網絡內 A 部分和 B 部分服務支付任何自付金額。但是，您必須繼續支付您的計劃保費和 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費已由 Medicaid 或其他第三方支付）。

第 1.3 節 我們的計劃不允許服務提供者向您開具「差額帳單」

作為 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的會員，我們為您提供的一項重要保護是：您在獲得我們計劃承保的服務時，只需支付您的分攤費用。服務提供者不得新增額外的單獨費用，

即所謂的「開具差額帳單」。即使我們付給服務提供者的費用少於其所收取的服務費用，並且，即使出現爭議，我們並未向服務提供者支付某些費用，該保護措施也同樣適用。

以下為該保護措施的原理：

- 如果您的分攤費用為自付費用（設定的美元金額，例如$15.00），那麼您只需支付網絡內服務提供者提供的任何承保服務的金額。
- 如果您的分攤費用為共同保險（總費用的一定百分比），那麼您支付的金額絕不會超過該百分比。但是，您支付的費用具體取決於您看診的服務提供者類型：
  - 如果您從網絡內服務提供者獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃的償付額（根據服務提供者與我們計劃之間簽訂的合約而定）。
  - 如果您從參與 Medicare 的網絡外服務提供者獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以 Medicare 為參與的服務提供者支付的付款額。（請記住，本計劃僅在某些情況下承保網絡外服務提供者的服務，例如在獲得轉診時，或者針對急診或緊急需要的服務。）
  - 如果您從未參與 Medicare 的網絡外服務提供者獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以 Medicare 為非參與的服務提供者支付的付款額。（請記住，本計劃僅在某些情況下承保網絡外服務提供者的服務，例如在獲得轉診時，或者針對急診或緊急需要的服務。）
- 如果您認為一個服務提供者對您「開具差額帳單」，可電話聯絡會員服務部。

第 2 部分 使用醫療福利表查出您享有的承保項目和您將支付的費用

第 2.1 節 作為本計劃會員，您享有的醫療福利和要承擔的費用

以下頁面上的醫療福利表列出了 MetroPlus Platinum Plan (HMO)承保的服務，以及您為每項服務應支付的自付金額。D 部分處方藥保險見第 5 章。《醫療福利表》上列出的服務僅在滿足以下保險要求時享有保險：

- 您的 Medicare 承保服務必須根據 Medicare 制訂的保險指導方針來提供。
- 您的服務（包括醫療保健、服務、用品、設備和 B 部分處方藥）必須具有醫療必要性。「醫療必需」即提供的服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。
- 您從網絡內的服務提供者獲得護理。在大多數情況下，您從網絡外服務提供者處獲得的護理不被承保，除非是急診或緊急護理，或者您的計劃或網絡內服務提供者為您進行轉診。 這意味著，您必須向服務提供者全額支付所提供服務的費用。

- 我們將為您提供一名主治醫生(PCP)，該 PCP 負責提供和監管您的護理情況。大多數情況下，您的 PCP 必須提前核准您的申請，然後您才能使用計劃網絡內的其他服務提供者。這也稱作「轉診」。
- 福利表上列出的一些服務僅在您的醫生或其他網絡內服務提供者提前獲得我們的核准（有時稱作「事先授權」）時享有保險。需要提前核准的承保服務在醫療福利表內以星號標識。

有關我們的保險的其他重要須知事項：

- 如同各 Medicare 醫療保險，我們承保所有 Original Medicare 計劃承保的服務。其中的某些服務，您可能在我們的計劃中較 Original Medicare 計劃支付更多。對於其他服務，您支付的費用減少。（如您想瞭解更多關於 Original Medicare 的保險和費用，請參閱您的《Medicare 與您 2024》手冊。請在 www.medicare.gov線上瀏覽，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)申領一份手冊，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。）
- 有關所有 Original Medicare 計劃免費承保的預防性服務，我們也會為您免費承保這些服務。但是，在您接受預防性服務時，如果您在看診期間獲得對現有的疾病情況的治療或檢測，您需要為現有疾病情況獲得的護理支付自付費用。
- 如果 Medicare 在 2024 年期間為任何新服務增加保險，Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。

您將在《福利表》的預防性服務附近看到這個蘋果圖示。

醫療福利表

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
腹主動脈瘤篩檢 承保具患病風險人士每年一次的超音波篩查。本計劃僅在您有某些風險因素並得到您的醫師、醫師助理、護理醫師或臨床護理專家的轉診後承保您的這次篩查。	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。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
針灸（治療慢性腰部疼痛）*	20%共同保險
承保的服務包括： 在以下情況下，Medicare 受益人可在 90 天內享受最多 12 次就診承保： 在本福利中，慢性腰部疼痛的定義為： • 持續 12 週或更長時間； • 非特異性，即無法找到確切的系統性原因（即與轉移性、炎症性、感染性等疾病無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 將為表現出症狀改善的病患承保額外八個療程。每年針灸治療不超過 20 次。 會員症狀如果未改善或出現退化，則必須停止治療。 醫療服務提供者要求： 醫師（根據《社會保障法》（本法）第 1861(r)(1)條的定義）可根據州相關規定提供針灸治療。 醫師助理(PA)、執業護士(NP)/臨床護理專家(CNS)（根據本法第 1861(aa)(5)條的定義）以及輔助人員如符合適用的所有州要求並具備以下條件，則可以提供針灸治療： • 在由針灸和東方醫學認證委員會(ACAOM)認可的學校取得針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及 • 持有目前完整有效和無限制許可，可以在美國的州、領土或自治政體（即波多黎各）或哥倫比亞特區實施針灸治療。 輔助人員必須在 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 法規要求的醫師、PA 或 NP/CNS 的相應等級的監督下提供針灸治療。	*需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
救護運輸服務* • 承保的救護車服務包括：抵達可提供護理的最近恰當設施的固定翼飛機、旋翼機和地面救護車服務，這些服務在會員的疾病情況不允許採用其他任何交通方式時提供，或在本計劃授權的前提下提供。 • 由救護車提供的非急診交通在滿足以下條件時屬於恰當服務行為：會員的疾病情況據記錄不允許採用其他任何交通方式，以及救護車運輸方式是醫療必需行為。	$100 自付費/趟 如果您被醫院收診，則不豁免自付費用。 *非急診救護車服務需要事先授權。
每年保健就診 如果您享有 B 部分保險超過 12 個月，您可獲得一次每年保健就診機會，以根據您目前的健康和風險因素制訂或更新個性化的預防性計劃。每 12 個月承保一次該就診。 **注意：**在您的「歡迎來到 Medicare」預防性診療的 12 個月內，不能進行首次每年保健就診。但是，在您享有 B 部分保險 12 個月後，您無需參加歡迎來到 Medicare」預防性診療，即可享有每年保健就診的保險。	每年保健就診沒有共同保險、自付費用或自負額。
骨密度測量 對於合格個人（一般來說，這指存在損失骨密度風險或骨質疏鬆風險的人士），以下服務每 24 個月承保一次，或在醫療必要的情況下承保頻率會更頻繁：測量骨密度、檢測骨質疏鬆或確定骨品質的程序，包括醫生解釋檢測結果。	Medicare 承保的骨密度測量無共同保險、自付費用或自負額。
乳腺癌檢查（乳房 X 光檢查） 承保的服務包括： • 為年齡在 35 歲至 39 歲之間的婦女承保一次基準線乳房 X 光檢查 • 每 12 個月為年齡在 40 歲以上的女士承保一次乳腺癌篩查 • 臨床胸部檢查，每 24 個月一次	承保的乳房 X 光篩查無共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
心臟復健服務 * 心臟復健服務的綜合計劃包括：為符合某些條件且有醫生轉診的會員承保的鍛煉、教育和諮詢服務。該計劃也承保加護心臟功能復健服務計劃，這些計劃一般情況下比心臟復健計劃更激烈或強度更大。	自付費用為$0 *要求進行事先授權
心血管疾病風險降低就診（心血管疾病療法） 我們每年承保一次您的初級保健醫師就診，以幫助您降低心血管疾病的患病風險。在這次就診期間，您的醫師可討論阿司匹林的使用（如適用），檢查您的血壓，以及為您提供一些小貼士，確保您能獲得健康的飲食。	心血管疾病強化行為治療預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。
心血管疾病檢查 每 5 年（60 個月）進行一次血液測試，以檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險上升相關的異常情況）。	每 5 年承保一次的心血管疾病檢查無共同保險、自付費用或自負額。
宮頸癌和陰道癌篩查 承保的服務包括： • 所有女性均適用：每 24 個月承保一次巴氏早期癌症探查試驗和盆骨檢查 • 如果您患宮頸癌或陰道癌的風險較高，或處於生育年齡，並且在過去 3 年內子宮頸塗片檢查結果不正常：每 12 個月進行一次子宮頸塗片檢查	Medicare 承保的預防性 Pap 檢測與骨盆檢查無共同保險、自付費用或自負額。
脊椎推拿治療服務* 承保的服務包括： • 我們僅承保脊椎的手按摩服務，以矯正半脫位	每次會診需支付的自付費用為$20。 *需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
前列腺癌篩查 對於 50 歲及以上年齡的人士，我們承保以下服務： • 每 48 個月承保一次可彎曲乙狀結腸鏡檢查（或作為替代的鋇灌腸篩查） 每 12 個月一次的以下服務之一： • 愈創木脂糞便隱血檢查(gFOBT) • 糞便免疫化學檢查(FIT) 每 3 年一次基於 DNA 的結腸直腸癌篩檢 對於存在結直腸癌高患病風險的人士，我們承保： • 結腸鏡檢查（或作為替代的鋇灌腸篩查），每 24 個月承保一次 對於不存在結直腸癌高患病風險的人士，我們承保： • 每 10 年（120 個月）一次結腸鏡檢查，但不可在進行乙狀結腸鏡檢查後的 48 個月內進行	Medicare 承保的結腸直腸癌篩查檢查無共同保險、自付費用或自負額。
牙科服務* 一般來說，預防性的牙科服務（例如潔牙、常規牙科檢查和牙科 X 光檢查）均不由 Original Medicare 承保。我們承保 Medicare 承保的牙科服務，包括： • 若牙醫執行其他方面的非承保處置或服務（例如拔牙）且該處置或服務是伴隨某一其他方面的承保處置並作為其組成部分的，那麼我們承保該牙醫所進行的整個服務。 • 為腫瘤病放療做下頜準備而進行的拔牙。 • 腎移植之前的牙科檢查。	自付費用為$0 *需要事先授權。
抑鬱症篩檢 我們每年承保一次抑鬱症篩查。該篩查必須由可提供後續治療和/或轉診服務的初級保健診所完成。	年度抑鬱症篩查就診無共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
糖尿病篩查 如果您存在以下任何風險因素：高血壓（高血壓病）、膽固醇和甘油三脂水準異常歷史（血脂異常）、肥胖症或高血糖歷史（血糖），我們將成本此篩查（包括空腹血糖測試）。如果您滿足其他要求，例如超重和家族糖尿病史，我們也可承保這些測試。 根據這些測試的結果，您可獲得每 12 個月進行最多兩次的糖尿病篩查資格。	Medicare 承保的糖尿病篩查無共同保險、自付費用或自負額。
糖尿病自我處理訓練、糖尿病服務和用品 對於已患糖尿病的所有人士（胰島素和非胰島素使用者）承保的服務包括： • 用於監測血糖的用品：血糖監控儀、血糖試紙、柳葉刀設備和柳葉刀，以及檢測試紙和監控儀準確度的血糖控制解決方案。 • 對於患有嚴重糖尿病足的糖尿病病患：每日曆年提供一雙治療型自訂鞋（包括此類鞋配套的專用鞋墊），以及額外兩雙鞋墊，或者一雙深窩鞋和三雙鞋墊（不包括此類鞋配套的非自訂可拆除鞋墊）。保險包括配件。 • 糖尿病自我處理訓練在某些條件下享受保險。要瞭解更多關於胰島素承保的資訊，請參閱第 6 章第 2.1 節。	用於監測血糖的用品需支付 20%的共同保險。 治療鞋或治療鞋墊為 20%共同保險。 糖尿病自我處理訓練自付費用為$0。 糖尿病治療用品限於 Abbott 糖尿病測試條或 Ascensia 糖尿病測試條。如果您出於醫療目的使用了其他品牌的測試條，您的服務提供者必須聯絡會員服務部。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
耐用醫療設備(DME)與相關用品*	
（有關「耐用醫療設備」的定義，請參閱本文件第 12 章，以及第 3 章第 7 部分） | 20%共同保險 |
承保的用品包括，但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的在家中使用的醫院病床、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器及助行器。 | 需要事先授權。 |
我們的《醫生/藥房名錄》中包含了 DME 供應商清單。該清單介紹我們承保的 DME 的品牌和製造商。這一涵蓋品牌、製造商和供應商的最新清單也可在我們的網站 www.metroplusmedicare.org 上找到。 | Medicare 氧氣設備保險中您的分攤費用是每月 20%共同保險。

您的分攤費用在您參保後的 36 個月內不會改變。 |
MetroPlus Platinum Plan (HMO)通常承保 Original Medicare 承保的本清單上的品牌和製造商提供的任何 DME。我們不承保其他品牌和製造商，除非您的醫生或其他提供者告知我們該品牌符合您的醫療需求。但是，如果您是 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的新參保人而且正在使用某個不在本清單上的 DME 品牌，我們最多將繼續為您承保此品牌 90 天。在此期間，您應該諮詢您的醫生，決定此 90 天后哪個品牌符合您的醫療需求。（如果您對醫生的決定有異議，您可以要求他或她將您轉診以獲得參診意見。）
如果您（或您的提供者）對計劃的承保決定有異議，您或您的提供者可以提起上訴。如果您對提供者關於哪個產品或品牌符合你的醫療需求的決定有異議，也可提起上訴。（如需瞭解上訴詳情，請參閱第 9 章，若有疑問或投訴，您該怎麼做（保險決定、上訴、投訴）。） | *糖尿病治療服務和用品需要事先授權。 |

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
急診護理 急診治療指符合以下條件的服務： • 由具備提供急診服務的服務提供者提供的服務，以及 • 評估或穩定緊急醫療狀況所必須的服務。 醫療急診是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫來避免死亡（如果您是孕婦，則為流產）、損失肢體或肢體功能喪失的醫療徵兆。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。 對於網絡外提供的必需的急診服務，其分攤費用與網絡內提供的此類服務相同。 該服務承保範圍僅限美國境內。	每次就診$95 自付費用 如果您在 3 日內入院則無需支付自付費用。 如果您在網絡外醫院接受了急診治療且在緊急情況穩定後需進行住院治療，為了您的治療能被承保，您必須返回網絡內醫院繼續治療，或者您必須在本計劃核准的網絡外醫院接受住院治療服務，且您的費用為您在網絡內醫院支付的分攤費用。
聽力服務* 由您的服務提供者完成、以確定您是否需要醫療服務的診斷性聽力檢查和平衡評估在由醫師、聽覺治療師或其他合格的服務提供者完成時，我們將為其承保。 我們的計劃還承保以下補充性聽力服務： • 常規聽力檢查：每年最多 1 次常規聽力檢查 • 助聽器（所有類型）：每 3 年最多 1 副助聽器（每 3 年雙耳最高$500 福利） • 助聽器調試/評估：每年 1 次	診斷性聽力和平衡檢查的自付費用為$20。 常規聽力檢查的自付費用為$20。 助聽器調試和評估的自付費用為$20。 助聽器的自付費用為$0。 助聽器限制為雙耳每 3 年最多$500。 *助聽器需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
HIV 篩查 對於要求進行 HIV 篩查測試的人士，或 HIV 感染風險增加的人士，我們承保： • 每 12 個月一次篩查 對於已懷孕的女士，我們承保： • 在孕期階段多達三次的篩查	符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。
家庭保健機構護理* 在接受家庭保健服務之前，醫生必須證明您需要家庭保健服務，並將下醫囑，要求家庭保健服務必須由家庭保健機構提供。您必須符合被限制在家的情況，即離開家要花費大力氣。 承保的服務包括但不限於： • 兼職或間歇性專業護理和家庭保健輔助服務（要按照家庭保健護理福利承保，您的專業護理和家庭保健輔助服務時間總數必須少於每天 8 小時，每週 35 小時） • 物理治療、職業治療和言語矯治 • 醫療和社會服務 • 醫療設備和用品	自付費用為$0 *需要事先授權。
上門輸液治療* 上門輸液治療涉及在家中為個人靜脈或皮下注射藥品或生物製劑。進行上門輸液治療所需的元件包括藥品（例如，抗病毒藥品、免疫球蛋白）、器材（例如，泵）和用品（例如，導管和輸液管）。 承保的服務包括但不限於： • 根據護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 病患訓練和教育不包括在耐用醫療設備福利下 • 遠端監視 • 針對由具備資質的上門輸液治療供應商提供的上門輸液治療和上門輸液藥品提供的監視服務	自付費用為$0 *需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
安寧療護 當您的醫生和安寧照護醫務主任已給了您臨終預後，證明您患了絕症，並且按病情正常發展，您有 6 個月或更短的存活期時，您有資格獲得安寧照護福利。您可在 Medicare 註冊的寧養服務計劃處獲得照護。您的計劃有義務協助您在計劃的服務區域內找到 Medicare 認證的寧養計劃，包括 MA 組織擁有、控制或有經濟利益的寧養計劃。您的寧養醫生可以是網絡內的服務提供者，也可以是網絡外的服務提供者。 承保的服務包括： • 控制症狀和緩解疼痛的藥品 • 短期喘息護理 • 家庭護理 當您在寧養院住院時，您有權繼續參保計劃；如果您選擇繼續參保計劃，則必須支付計劃的保費。 <u>對於寧養服務和由 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的臨終預後相關的服務</u>：Original Medicare 計劃（非我們的計劃）將向您的寧養服務提供者支付您的寧養服務費用，以及與您的臨終預後相關的 A 部分和 B 部分服務費用。在您參加寧養計劃期間，您的寧養服務提供者將向 Original Medicare 計劃開具帳單，以支付 Original Medicare 計劃支付的服務。您將被收取 Original Medicare 分攤費用。 <u>對於由 Medicare A 部分或 B 部分承保但與您的臨終預後不相關的服務</u>：如果您需要由 Medicare A 部分或 B 部分承保與您的臨終預後不相關的非急診、非緊急需要的服務，您為這些服務所需支付的費用取決於您是否使用我們計劃網絡內的服務提供者，以及是否遵守計劃的規則（例如，要求獲得事先授權）。 • 如果您透過網絡內服務提供者獲得承保的服務，並遵守計劃關於獲得服務的規則，則您僅支付網絡內服務的計劃分攤費用金額 • 如果您透過網絡外服務提供者獲得承保的服務，您支付按服務收費 Medicare 計劃(Original Medicare)的分攤費用。	在您參加 Medicare 認證的寧養服務計劃時，與您的臨終預後相關的寧養服務和您的 A 部分及 B 部分服務將由 Original Medicare 計劃支付，而不由 MetroPlus Platinum Plan (HMO)支付。 一次寧養諮詢服務的自付費用為$0。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
安寧療護（續） 對於由 MetroPlus Platinum Plan (HMO)承保但不由 Medicare A 部分或 B 部分承保的服務：MetroPlus Platinum Plan (HMO)將繼續承保未由 A 部分或 B 部分承保的計劃承保服務，無論這些服務是否與您的臨終預後相關。您支付這些服務的計劃分攤費用。 對於可由計劃 D 部分福利承保的藥品：如果這些藥物與您的終末期寧養病症無關，則您支付分攤費用。如果藥物與您的終末期寧養情況有關，則您支付 Original Medicare 分攤費用。藥品不可能同時被寧養和我們的計劃承保。有關詳細資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節（如果您參加 Medicare 註冊的寧養服務計劃該怎麼辦）。 **注意：**如果您需要非寧養照護（與您的臨終預後不相關的護理），您應聯絡我們安排這些服務。 對於未選擇寧養福利的臨終狀態人士，我們的計劃承保寧養諮詢服務（僅承保一次）。	
疫苗接種 承保的 Medicare B 部分服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，每個秋季和冬季的流感高發季節接種一次，以及在有醫療必要性的情況下額外接種流感疫苗 • 乙型肝炎疫苗，如果您存在患上異性肝炎的中等或高等風險 • 新型冠狀病毒疫苗 • 其他疫苗（有高危感染率或符合 Medicare B 部分藥品承保範圍規則） 我們也根據我們的 D 部分處方藥福利承保某些疫苗。	肺炎、流感、乙肝疫苗和新型冠狀病毒疫苗無共同保險、自付費用或自負額。我們的計劃承保大部分 D 部分疫苗，不向您收取費用。請致電會員服務部以瞭解更多資訊。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
住院護理*	
包括急性病住院、住院復健、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從您遵從醫囑正式入院當日開始。在您出院之前的一天為您的最後一天住院日。 在每個福利期內，我們的計劃承保一次 90 天的住院時間。福利期從您作為病患住院的那一天開始計算。當您連續 60 天未接受任何住院護理服務時，福利期結束。如果您在一個福利期結束後再次住院，那麼一個新的福利期就開始了。 「在生命存續期」內計劃承保 60 天。這是我們涵蓋的額外時間。如果您住院超過 90 天，你可使用這些額外時間。但如果您已使用完額外的 60 天時間，您的承保住院時間將被限制在每個福利期限 90 天。 承保的服務包括但不限於： • 雙人病房（或單人病房，如果存在醫療必要情況） • 膳食，包括特殊飲食 • 定期護理服務 • 特別護理室費用（例如，強化治療或冠心病監護室） • 藥品和藥物 • 化驗室服務 • X 光和其他放射學服務 • 必要的手術和醫療用品 • 裝置使用，例如輪椅 • 手術和康復室費用 • 物理、職業和語言治療 • 藥物濫用住院服務	對於每個福利期，您需要支付： 第 1-8 天：每天的自付費用為$225 第 9-90 天：每天的自付費用為$0。 60 天終生額外天數：每天的自付費用為$0。 *需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
住院護理（續）*	
• 在某些情況下，我們還承保以下種類的移植服務：角膜、腎-胰腺、心臟、肝、肺、心/肺、骨髓、幹細胞，和小腸/多器官聯合移植。如果您需要進行移植手術，我們將安排 Medicare 核准的移植中心對您的病例進行審核，以決定您是否可成為移植候選人。移植服務提供者可以是當地人士，也可以位於服務區域外。如果我們以社區護理模式之外的方式提供網絡內移植服務，您可以選擇在當地進行移植，只要當地移植提供者願意接受 Original Medicare 價格。如果 MetroPlus Platinum Plan (HMO)在您所在社區移植護理模式覆蓋區域以外的地點提供移植服務，且您選擇在該位置獲得移植服務，則我們將您和您的一位陪同人士安排或支付相應的住宿和交付費用。 • 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保僅從您需要的第一品脫血液開始 - 您必須支付您在一個日曆年內獲得的頭 3 品脫血液，或者須使用自己或他人捐贈的血液。血液其他所有成分的承保均在用完第一品脫後開始。 • 醫師服務 **注意：**要獲得住院服務，您的服務提供者必須寫下醫囑，要求您正式成為住院病患。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。如果您不確定您是屬於住院病人還是門診病人，您應詢問醫院員工。 您也可以在一份名為「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare 計劃 - 去詢問吧！」Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電這些號碼。	如果您在緊急狀況穩定後從網絡外的醫院獲得住院護理授權，您要支付的費用是您在網絡內醫院需支付的分攤費用。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
精神病院住院病患服務*	
承保的服務包括需要住院治療的心理健康護理服務。 在每個福利期內，我們的計劃承保一次 90 天的住院時間。福利期從您作為病患住院的那一天開始計算。當您連續 60 天未接受任何住院護理服務時，福利期結束。如果您在一個福利期結束後再次住院，那麼一個新的福利期就開始了。 「在生命存續期」內計劃承保 60 天。這是我們涵蓋的額外時間。如果您住院超過 90 天，你可使用這些額外時間。但如果您已使用完額外的 60 天時間，您的承保住院時間將被限制在每個福利期限 90 天。 我們為獨立精神病醫院的住院服務設定了 190 天的終生額外天數限制。但這 190 天的限制不適用於普通醫院精神病科提供的住院心理健康護理服務。	對於每個福利期，您需要支付： 第 1-8 天：每天的自付費用為$195 第 9-90 天：每天的自付費用為$0。 60 天終生額外天數：每天的自付費用為$0。 *需要事先授權。

住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務*	
如果您的住院福利已用完，或者如果住院服務不合理或非必需服務，我們將不會承保您住院期間的花費。但是，在某些情況下，我們將承保您在醫院或專業康復機構(SNF)獲得的某些服務。承保的服務包括但不限於： • 醫師服務 • 診斷檢驗（例如實驗室化驗） • X 光、雷射治療和同位素療法，包括技術員材料和服務 • 外科敷料 • 用於降低骨折和脫位風險的夾板、石膏和其他器材 • 用於取代全部或部分身體內部器官（包括連續組織）、或取代永久不工作或機能失常的身體內部器官的全部或部分功能的義肢和矯正器材（非牙科器材），包括取代或修復此類器材 • 腿、手臂、背部和頸部支具；疝氣帶、義肢（腿和手臂）和義眼，包括因破裂、磨損、遺失或病患身體狀況改變而必需的調整、維修和更換 • 物理治療、言語矯治和職業治療	每次主治醫生(PCP)診療的自付費用為$0。 對於專科醫師會診，每次需支付的自付費用為 $40。 實驗室服務的共同保險為 20%。 X 光檢查的共同保險為 20%。 放射診斷、診斷程序和檢驗費用的共同保險為 20%。 治療性放射服務的共同保險為 20%。 醫療和手術用品的共同保險為 20%。 假體裝置的共同保險為 20%。 每次物理、言語和職業治療就診的自付費用為 $25。 *CT/MRI/MRA 和 PET 掃描需要事先授權。 *義肢裝置、醫療及手術用品需要事先授權。 *物理、言語和職業治療服務一年超過 10 次就診的情況需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
醫學營養治療 本福利是基於醫生的推介而為糖尿病、腎臟（腎）疾病（但未進行透析）、或進行腎移植之後的病患提供的服務。 在您參保 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）後接受醫學營養治療服務的第一年內，我們將承保 3 小時的一對一諮詢服務，並在之後的每一年承保 2 小時的同類服務。如果您的身體狀況、治療或診斷結果發生變化，您可以遵照醫生的推介增加治療小時數。如果在下一日曆年內您仍需要治療，醫生必須作出有關此類服務的推介，並且每年更新其推介。	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 Diabetes Prevention Program (MDPP) 將為所有 Medicare 醫療保險下符合條件的 Medicare 受益人承保 MDPP 服務。 MDPP 是一項結構化健康行為改變干預計劃，其提供長期飲食改變、增加的身體活動以及問題解決策略方面的實踐訓練，旨在克服保持減肥和健康生活方式所面臨的挑戰。	無須為 MDPP 福利支付共同保險、共付額或自付額。
Medicare B 部分的處方藥* 這些藥品由 Original Medicare 計劃 B 部分承保。我們的計劃會員透過參保我們的計劃獲得這些藥品的保險服務。承保的藥品包括：	20%共同保險 *部分 B 部分藥品可能需要事先授權或按步驟治療。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
Medicare B 部分處方藥（續）*	
• 一般不由病患自行給藥、在您接受就診、醫院門診或移動手術中心服務時透過注射或輸液形式給藥的藥品 • 您透過本計劃授權的耐用醫療設備（例如噴霧器）服用的藥品 • 如果您有血友病，您自行注射的凝血因數 • 免疫抑製藥品，如果您在移植器官期間參保了 Medicare A 部分 • 抗骨質疏鬆注射用藥品，如果您受限在家、經醫生檢核因停經後骨質疏鬆症造成骨折，無法自己給藥 • 抗原 • 某些口服抗癌藥品和抗嘔吐藥品 • 某些家庭透析使用的藥品，包括肝素、醫療必需情況下使用的肝素解毒藥，局部麻醉劑、紅血球生成刺激素（例如 Aranesp®或 Retacrit®） • 靜脈注射免疫球蛋白，用於原發性免疫缺陷疾病的家庭治療 • 從 2024 年 4 月 1 日起，如果藥品價格的上漲速度高於通貨膨脹率，某些 B 部分可退款藥品的共同保險將減少。 • 從 2024 年 7 月 1 日起，B 部分承保的胰島素（例如，符合耐用醫療設備(DME)條件的胰島素泵）一個月供應量的總費用將不超過$35，而 Medicare B 部分的自負額將不適用。 您可透過以下連結轉至可能需要遵循分步治療的 B 部分藥物清單： **www.metroplus.org/Plans/Medicare/prescription-drug- information** 我們也根據我們的 B 部分和 D 部分處方藥福利承保某些疫苗。 第 5 章闡述了 D 部分處方藥福利，包括您要使處方藥享受保險時必須遵守的規定。第 6 章闡述了您參加我們的計劃必須為 D 部分處方藥支付的費用。	

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
促進持續減肥的肥胖篩查和治療 如果您的體重指數達到 30 或以上，我們將為您承保強化諮詢，幫助您減重。如果您在初級保健診所獲得該諮詢服務，則該服務將屬於承保服務，且可在初級保健診所內與您的綜合預防計劃進行協調。請與您的初級保健醫師或從業人員交流，以獲得更多資訊。	預防性肥胖篩查和治療無共同保險、自付費用或自負額。
類鴉片治療計劃服務* 患有阿片類物質使用障礙(OUD)的計劃會員可以透過類鴉片治療計劃(OTP)獲得治療 OUD 的服務承保，包括以下服務： • 經過美國食品與藥品管理局(FDA)核准的阿片類激動劑和拮抗劑藥品輔助治療(MAT)藥品。 • MAT 藥品的配藥和管理（如果適用） • 藥物濫用諮詢 • 個人和團體治療 • 毒性測試 • 攝入活動 • 定期評估	自付費用為$0 *僅針對住院服務需要獲得事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
門診診斷測試以及治療用服務與用品*	
承保的服務包括但不限於： • X 光 • 放射（雷射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 • 外科器械，如敷料等 • 用於降低骨折和脫位風險的夾板、石膏和其他器材 • 實驗室化驗 • 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保僅從您需要的第一品脫血液開始 - 您必須支付您在一個日曆年內獲得的頭 3 品脫血液，或者須使用自己或他人捐贈的血液。血液其他所有成分的承保均在用完第一品脫後開始 • 其他門診診斷檢測	X 光檢查的共同保險為 20%。 放射診斷、診斷程序和檢驗費用的共同保險為 20%。 治療性放射服務的共同保險為 20%。 醫療和手術用品的共同保險為 20%。 實驗室服務的共同保險為 20%。 每品脫血液的自付費用為 $0（從第四品脫開始）。 * CT/MRI/MRA 和 PET 掃描需要事先授權。 *醫療及手術用品需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
門診醫院觀察 觀察服務即用以決定病患是否需要入院或出院的醫院門診服務。 承保的門診醫院觀察服務必須符合 Medicare 標準，並被認為具有合理性和必要性。觀察服務僅在由醫師或州特許法和醫院職工規章制度授權的其他個人開具的醫囑提供，以接收病人入院或開具醫囑進行門診檢查時才可承保。 **注意：**除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病人入院，否則您將作為門診病人，支付醫院門診手術的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。如果您不確定您是否是門診病人，請諮詢醫院工作人員。 您也可以在一份名為「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare 計劃 - 去詢問吧！」Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電這些號碼。	20%共同保險

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
醫院門診服務 我們承保您在醫院門診部為診斷或治療某種疾病或受傷而獲得的醫療必需服務。 承保的服務包括但不限於： • 急診或門診的臨床服務，如觀察服務 門診手術 • 醫院開出的實驗室和診斷化驗 • 心理健康護理，包括門診混合住院計劃護理，只要醫生證明住院治療需要此類護理 • X 光檢查或其他由醫院收費的放射項目 • 醫療用品，例如夾板和石膏 • 某些您不能自我給藥的藥品和生物製品 **注意：**除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病人入院，否則您將作為門診病人，支付醫院門診手術的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。如果您不確定您是否是門診病人，請諮詢醫院工作人員。 您也可以在一份名為「您是醫院住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare 計劃 - 去詢問吧！」Medicare 情況說明書上瞭解更多情況。您可瀏覽網頁 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。每週 7 天，每天 24 小時，您可隨時致電這些號碼。	門診病患醫院服務的共同保險為 20%。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
門診心理健康護理 承保的服務包括： 由州政府頒發執照的精神病醫師或醫生、臨床心理學醫生、臨床社會工作者、臨床護理專家、從業護士、醫師助理或其他 Medicare 核准合格的心理健康護理專業人士依據適用的州法律提供的心理健康服務。	Medicare 承保的個人或小組治療會診，自付費用為 $40。
門診復健服務* 承保的服務包括：物理治療、職業治療和語言治療。 門診復健服務由不同的門診部門提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所和綜合門診復健機構(CORF)。	每次物理、職業和/或言語語言治療就診的自付費用為$25。 *一年超過 10 次就診的情況需要事先授權。
門診藥物濫用服務 在醫院門診部向屬於以下情況的病患提供的門診心理健康護理藥物濫用治療服務，例如：已住院接受藥物濫用治療並出院的病患，或者需要治療但所需服務的提供和頻次達不到住院標準的病患。	Medicare 承保的個人或小組治療會診，自付費用為 $40。
門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務 **注意：**如果您要在醫院設施進行手術，您應與您的服務提供者進行檢核，確定您將作為住院病人還是門診病人入院。除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病人入院，否則您將作為門診病人，支付醫院門診手術的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。	每次門診病患醫院診療的共同保險為 20%。 每次移動手術中心就診的自付費用為$50。
門診混合住院服務* 「門診混合住院」是作為醫院門診服務或由社區精神保健中心提供的積極心理治療的結構化計劃，強度比在醫生或治療師診所接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。	每天的自付費用為$40 *需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用

醫師/從業人員服務，包括醫生診所就診*
承保的服務包括：
• 醫療必需的醫療護理或手術服務，在醫師診所、認證的移動手術中心、醫院門診部或任何其他地點完成
• 專家會診、診斷和治療
• 由您的 PCP 進行的基本聽覺和平衡檢查（如果您的醫生要求進行該檢查以瞭解您是否需要治療）
• 某些遠端醫療服務，包括：急需的服務；醫生專家服務；心理健康個人治療專家服務；其他醫療專業人士；精神病個人治療專家服務；門診藥品濫用個人治療專家服務；糖尿病自我處理訓練。
  o 您可選擇透過當面就診或遠端醫療接受此類服務。如果您選擇透過遠端醫療接受此類服務，則您必須選擇一名使用遠端醫療提供此類服務的網絡內服務提供者。
  o 使用互動式音訊和視訊通訊系統（例如平板電腦或手機）就診，可實現每週 7 天，每天 24 小時即時互動通訊。請與您的服務提供者聯絡，瞭解他們是否提供遠端診療服務和/或進行預約，或瀏覽我們的網站 www.metroplusmedicare.org，瞭解如何聯絡我們的遠端診療服務提供者。
• 家庭透析會員在醫院或重要入院醫院內的腎透析中心、腎透析機構或會員家中的每月末期腎病相關就診遠端醫療服務
• 中風症狀診斷、評估或治療遠端醫療服務（不論您身在何地）
• 為患有藥物濫用障礙或同時出現精神健康障礙的會員提供的遠端醫療服務（不論身在何地）
• 針對心理健康疾病診斷、評估和治療的遠端醫療服務，前提是：
  o 您在首次遠端醫療就診前 6 個月內進行過一次當面就診
  o 您在接受這些遠端醫療服務期間，每 12 個月進行一次當面就診
  o 某些情況下，可對上述規定作出例外處理
• 鄉村健康診所和聯邦認證健康中心提供的心理健康就診遠端醫療服務
	每次主治醫生(PCP)**當面診療的自付費用為$0**。
	
	對於專科醫師當面會診，每次需支付的自付費用為 $40。
	
	診斷性聽力和平衡檢查的自付費用為$20。
	
	急需的服務；醫生專家服務；心理健康個人治療專家服務；其他醫療專業人士；精神病個人治療；門診藥品濫用個人治療；**糖尿病自我處理訓練遠端醫療問診，每次$0 自付費用**。
	
	非常規牙科護理的自付費用為$0。
	
	*非常規牙科護理需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
• 在以下情況下，與醫生進行 5-10 分鐘的簡短虛擬方式（如透過電話或視訊聊天）溝通： o 您不是新病患，**以及** o 虛擬溝通與前 7 天內的診室就診無關，**以及** o 虛擬溝通後在未來 24 小時內或最近時間內無需進行診室就診或赴約就診 • 在以下情況下，對您傳送給醫生的視訊和/或影像進行的評估，包括醫生的解釋和 24 小時內的隨訪： o 您不是新病患，**以及** o 評估與前 7 天內的診室就診無關，**以及** o 評估後在未來 24 小時內或最近時間內無需進行診室就診或赴約就診 • 您的醫生透過電話、網絡或電子健康記錄評估與其他醫生進行的會診 • 在手術前由其他服務提供者進行的參診服務 • 非常規牙科護理（承保的服務限制於對下頜或相關結構進行的手術、下頜或面部骨骼骨折固定、為準備執行腫瘤癌症的下頜放射治療進行的牙拔除術，或是在醫師提供的承保服務）	
足病診療 承保的服務包括： • 對足部受傷和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）進行的診斷和醫療或手術治療 • 對患有某些影響下肢的疾病狀況的會員的常規足部護理	$30 自付費用
前列腺癌篩查檢查 對於年齡在 50 歲及以上的男士，承保的服務包括以下項目（每 12 個月承保一次）： • 直腸指檢查 • 前列腺特異抗原(PSA)檢測	年度 PSA 檢測無共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
假體裝置及相關材料*	
取代所有或部分身體器官或功能的器材（非牙科器材）。其中包括但不限於：與結腸造口護理相關的結腸癟袋和用品、心臟起搏器、支架、矯形鞋、義肢和乳房假體（包括乳房切除術後的手術胸衣）。包括某些與修復器材相關的用品，以及對修復器材的修理和/或更換。此外，包括某些白內障切除或白內障手術之後的保險服務 - 請在本部分稍後段落的「視力保健」內容瞭解更多資訊。	假體裝置的共同保險為 20%。 以下項目自付費用為$0：Medicare 承保的白內障摘除或白內障手術後眼鏡。 *假體裝置需要事先授權。
肺部復健服務*	
肺臟功能復健綜合計劃為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病(COPD)、且獲得治療慢性呼吸疾病的醫生開出的肺臟功能復健轉診的會員承保。	自付費用為$0 *需要事先授權。
減少酒精濫用的篩查和諮詢	
我們為濫用酒精但不依賴酒精的 Medicare 參保成人（包括懷孕女士）承保一次酒精濫用篩查。 如果您的酒精濫用篩查結果為陽性，您可獲得每年多達 4 次的面對面諮詢簡短講座（如果您在諮詢期間具備行為能力且意識清醒），講座由初級保健診所中的合格初級保健醫生或從業人士提供。	Medicare 承保的減少酒精濫用的篩查和諮詢預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
採用低劑量電腦斷層掃描的肺癌篩查(LDCT) 對於符合資格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。 **符合條件的會員為**：在 50-77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但煙齡至少 20 年且每天至少吸一包煙，並且目前吸煙或在過去 15 年內戒煙。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 書面醫囑。 對於首次 LDCT 篩查之後的 LDCT 肺癌篩查：會員必須收到進行 LDCT 肺癌篩查的書面指令，此指令並由醫師或合格的非醫師從業者在任何適當的訪診過程中提供。如果醫師或合格的非醫師從業者選擇對於後續 LDCT 肺癌篩查提供肺癌篩查諮詢和共同決策訪診，那麼此訪診必須符合 Medicare 此類訪診的標準。	Medicare 承保的諮詢和共同決策訪診或 LDCT 無共同保險、自付費用或自負額。
性傳播感染(STI)篩查以及旨在預防 STI 的諮詢 我們承保衣原體病、淋病、梅毒和乙型肝炎的性傳播感染(STI)篩查。在主治醫生下醫囑執行這些篩查檢查時，我們為 STI 患病風險增加的懷孕婦女和某些人群承保這些篩查。我們承保每 12 個月一次或懷孕期間特定時間的測試。 我們每年也為 STI 患病風險增加的性行為活躍成人每年承保多達 2 次的個人 20-30 分鐘、面對面高密集行為諮詢講座。僅在這些諮詢講座由主治醫生提供，且在初級保健環境（例如醫生診所）中進行，我們將這些諮詢講座作為預防服務進行承保。	不需要為 Medicare 承保的篩檢 STI 和有關 STI 預防福利的諮詢支付共同保險、共付額或自付額。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
治療腎病的服務 承保的服務包括： • 旨在教導腎臟護理和幫助會員瞭解其護理決定的腎病教育服務。對於醫生轉診的四期慢性腎病病患會員，我們每個終生額外天數承保多達六次腎病教育服務講座 • 門診透析治療（如第 3 章所述，包括暫時離開服務區域時的透析治療，或者當這項服務的提供者暫時不可用或難以接觸時提供該服務） • 住院透析治療（如果您被醫療收診為要進行特殊護理的住院病人） • 自我透析訓練（包括對您和幫助您進行家庭透析治療的任何人的訓練） • 家庭透析設備和用品 • 某些家庭支持服務（例如，必要時由經過訓練的透析工作人員訪診，檢查您的家庭透析情況，協助處理緊急情況，以及檢查您的透析設備和水源） 根據您的 Medicare B 部分藥品福利，我們承保某些用於透析的藥品。有關 B 部分藥品的保險資訊，請瀏覽「Medicare B 部分處方藥」部分。	腎病教育服務的自付費用為$0。 透析治療的自付費用為 $0。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
專業康復機構(SNF)護理*	
（有關「專業康復機構」的定義，請參閱本文件第 12 章。專業康復設施有時稱作「SNF」。）

在患上相關疾病或受傷後，因醫療必要性住院至少 3 天（不計入出院當天），可承保 SNF 護理。病患在每個福利期內有資格獲得 100 天的 SNF 內護理。福利期始於受益人以住院者身份入院或入住 SNF 的當天。福利期將在受益人未在連續 60 天內得到任何住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。

承保的服務包括但不限於：
• 雙人病房（或單人病房，如果存在醫療必要情況）
• 膳食，包括特殊飲食
• 專業康復服務
• 物理治療、職業治療和言語矯治
• 根據您的護理計劃向您給藥的藥品（其中包括自然存在於體內的成分，包括血液凝血因數）。
• 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保僅從您需要的第一品脫血液開始 - 您必須支付您在一個日曆年內獲得的頭 3 品脫血液，或者須使用自己或他人捐贈的血液。血液其他所有成分的承保均在用完第一品脫後開始。
• 一般由 SNF 提供的醫療和手術用品
• 一般由 SNF 提供的實驗室化驗項目
• 一般由 SNF 提供的的 X 光和其他放射治療服務
• 一般由 SNF 提供的裝置的使用，例如輪椅
• 醫師/從業人員服務

一般來說，您將從網絡內的設施獲得您的 SNF 護理。但是，在下列一些特定情況下，您能夠支付網絡內的分攤費用，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。
• 您在入院前生活的療養院或連續性照護退休社群（只要這些設施提供專業療養設施護理）
• 您離開醫院時，您的配偶生活的 SNF | 對於每個福利期，您需要支付：

第 1 天至第 20 天：每天的自付費用為$0

第 21 天至第 100 天：每天的自付費用為$204

*需要事先授權。 |

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
戒煙和停止使用煙草（戒煙或停止使用煙草的諮詢） 如果您使用煙草，但沒有處於吸煙相關疾病的跡象或症狀：我們在為期 12 個月的一個週期內承保兩次諮詢戒斷嘗試，作為免費提供給您的預防性服務。每次輔導嘗試，包括多達四個面對面訪診。 如果您使用煙草，且已診斷出患有吸煙相關疾病或正在服用可能被煙草影響的藥物：我們承保戒煙諮詢服務。我們在為期 12 個月的一個週期內承保兩次諮詢戒斷嘗試，但您需要支付相應的分攤費用。每次輔導嘗試，包括多達四個面對面訪診。	Medicare 承保的戒煙和停止使用煙草預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。
指導性鍛煉療法(SET)* 患有外周動脈疾病(PAD)和透過負責 PAD 治療的醫生接受 PAD 轉診服務的會員可享受 SET 保險。 如果符合 SET 計劃要求，病患最多可接受 12 個週的 36 個療程。 SET 計劃必須： • 每個療程持續 30-60 分鐘，療程內容包括為出現跛行的病患提供的 PAD 治療性運動訓練計劃 • 在醫院的門診部或醫生辦公室內進行 • 由符合資格的必要輔助人員執行以確保治療利大於弊，同時這些人員需接受過 PAD 鍛煉療法的培訓 • 在醫生、醫生助理或護理醫師/臨床護理專家的直接監督下執行，這些人員必須接受過基礎和高級生命保障技術培訓 如果醫療保健服務提供者認為存在醫療必要性，還可延長 SET 治療週期，在 12 個週 36 個療程的基礎之上額外增加 36 個療程。	自付費用為$0 *需要事先授權。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
緊急需要的服務 緊急需要的服務用來治療一種非急診、不可預見的醫學疾病、受傷或者需要立即接受醫療護理的病症，但考慮到您的情況，不可能或無法透過合理方式從網絡內服務提供者處接受這些服務。計劃在網絡外必須承保的緊急需要的服務範例：i)您在週末需要即刻的護理服務，或者 ii)您暫時在計劃的服務區域以外。您立即需要接受這些服務，且其具有醫療必要性。如果考慮到您的情況，無法透過合理方式來立即獲得網絡內服務提供者提供的醫療護理服務，那麼您的計劃將對網絡外服務提供者提供的緊急需要的服務進行承保。 該保險僅在美國境內提供。	自付費用為$0
視力保健 承保的服務包括： • 為診斷和治療眼部疾病和受傷的門診醫師服務，包括治療與年齡相關的黃斑變性。Original Medicare 不承保為使用眼鏡或隱形眼鏡而進行的常規眼部檢查（眼部屈光度測定） • 對於青光眼高危人群，我們將承保每年一次的青光眼篩檢費用。青光眼高風險人士包括：具有青光眼家族遺傳史的人士、糖尿病病患、年齡在 50 歲及以上的非洲裔美國人和 65 歲以上的西班牙裔美國人 • 對於糖尿病病患，我們每年承保一次糖尿病視網膜病變篩查 • 每次白內障手術之後承保一副眼鏡或隱性眼鏡，包括人工晶狀體的植入（如果您單獨進行了兩次白內障手術，您不可在第一次手術後保留保險福利，以便第二次手術後享受購買兩副眼鏡的福利。）	Medicare 承保的眼科檢查，包括眼部疾病和宿疾的診斷與治療$0 自付費用。

為您承保的服務	您在獲得服務時必須支付的費用
「歡迎來到 Medicare」預防性診療 本計劃承保一次「歡迎來到 Medicare」預防性診療。這次診療包括對您健康狀況進行一次審核，以及對您需要的預防性服務展開教育和諮詢會（包括一些篩查和注射項目），並在必要時轉診至其他醫療護理。 **重要事項：**我們僅在您參保 Medicare B 部分的頭 12 個月內承保一次「歡迎來到 Medicare」預防性診療服務。在您完成預約後，請通知您的醫生診所，您所希望的「歡迎來到 Medicare」預防性診療到訪時間。	「歡迎來到 Medicare」預防性診療沒有共同保險、自付費用或自負額。

第 3 部分 本計劃未承保的福利有哪些？

第 3.1 節 我們不承保的福利（除外事項）

本部分向您介紹 Medicare 保險中「不包含」的服務，因此該計劃不承保這些服務。

下表說明瞭在任何條件下均不承保的或僅在特定條件下承保的服務和項目。

除在下面列出的特定條件下以外，如果您的服務屬於除外（不承保的）類型，則必須自行支付這些費用。即使您在急診機構獲得這些除外服務，這些服務仍無法享有保險，我們的計劃不會支付這些服務的費用。唯一的特例是，如果服務被提出上訴並作出決定：在上訴時基於您的特殊情況，它被認為是一項我們應支付或承保的醫療服務。（要瞭解如何針對我們對一項醫療服務作出的不予承保決定進行上訴，請查看本文件第9章第5.3節。）

Medicare 不承保的服務	在任何條件下均不承保	僅在特定條件下承保
針灸治療		某些情況下，適用於存在慢性腰痛的人。

Medicare 不承保的服務	在任何條件下均不承保	僅在特定條件下承保
整容手術或程序		• 在為了修復意外受傷或改善畸形身體部位的情況下承保。 • 乳房切除術之後的所有乳房再造階段均享有保險，以及對不受影響的乳房承保，以達到產生對稱外觀的效果。
監護護理。（在日常生活活動方面提供協助的護理，不需要專業技能或訓練，如洗澡和穿衣。） 看護是不要求專業醫療或醫務助理人員持續關注的個人護理，例如幫助您完成日常起居活動的護理，即洗澡或穿衣等。	✓	
實驗性的醫療及手術程序、設備和藥物 實驗性的程序和項目指的是 Original Medicare 認為醫學界一般不接受的程序和項目。		可能由 Original Medicare 計劃、在 Medicare 核准的臨床調查研究或我們的計劃承保。 （請參閱第 3 章第 5 部分，瞭解有關臨床調查研究的更多資訊。）
您的直系親屬或家庭成員索取的護理費用。	✓	
您家中的全職康復護理。	✓	
上門送餐	✓	
主婦服務，包括基本的家庭助理，即簡單的家務或備餐等服務。	✓	
物理治療服務（使用天然或替代療法）。	✓	
非常規牙科護理。		為治療疾病或受傷情況的牙科護理可作為住院或門診護理服務進行承保。

Medicare 不承保的服務	在任何條件下均不承保	僅在特定條件下承保
矯形鞋或足部支撐器材		此類鞋屬於腿固定器的一部分且腿固定器包含了此類鞋的費用。糖尿病足病患專用的矯形鞋或治療鞋。
您在醫院或專業康復機構的病房內的個人物品，例如電話或電視。	✓	
醫院內的單人病房		僅在醫療上有必要時承保。
反向絕育程序和/或非處方避孕用品。	✓	
常規脊椎按摩護理		承保用手按摩脊椎以矯正半脫位。
常規牙科護理，例如清潔、補牙或假牙安裝。	✓	
常規眼科檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他弱視輔助器。		對於白內障手術後的病患，承保眼科檢查和一副眼睛（或隱形眼鏡）。
常規足部護理		根據 Medicare 指導原則提供的一些有限承保，例如，如果您患有糖尿病。
常規聽力檢查、助聽器或安裝助聽器的檢查。	✓	
根據 Original Medicare 標準被認為屬於不合理和非必需的服務	✓	

第 5 章

使用本計劃為 D 部分處方藥提供的保險

第 1 部分 簡介

本章**說明了有關如何使用您的 D 部分藥品保險的規定。**請參閱第 4 章，瞭解 Medicare B 部分藥物福利和寧養藥物福利。

第 1.1 節 計劃 D 部分藥品保險的基本規定

只要您遵循以下基本規定，計劃一般會承保您的藥品：

- 您必須有一位服務提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生）為您開處方，且必須符合適用的州法律。
- 處方醫生不得在 Medicare 除外事項或排除名單上。
- 一般情況下，您必須使用網絡內的藥房開處方。（請參閱第 2 部分，在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務開處方。）
- 您的藥物必須在計劃的承保藥物清單（處方一覽表）上（我們簡稱為「藥物清單」）。（請參閱第 3 部分，您的藥品須在計劃的「藥物清單」上。）
- 您的藥品必須用於醫學公認病症。「醫學公認病症」是由美國食品與藥品管理局核准或受特定參考書支援的用藥。（請參閱第 3 部分，瞭解有關醫學公認病症的更多資訊。）

第 2 部分 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務開處方

第 2.1 節 使用網絡內藥房

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

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

第 2.2 節 網絡內藥房

您怎樣找到您所在地區的網絡內藥房？

要找到網絡內藥房，您可參閱《醫生/藥房名錄》，瀏覽我們網站 (www.metroplusmedicare.org)和/或致電會員服務部電話。

您可去我們網絡內藥房中的任意一家配藥。

如果您一直使用的藥房撤出網絡該怎麼辦？

如果您一直使用的藥房撤出計劃的網絡，您需要在網絡內尋找一家新藥房。要在您所在地區找到另外一家藥房，您可以透過會員服務部獲得幫助，或者使用《醫生/藥房名錄》。您也可以登入我們的網站 www.metroplusmedicare.org，查閱資訊。

若您需要專門藥房，該怎麼辦？

一些處方必須在專門藥房內配藥。專門藥房包括：

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

要找到專門藥房，可參閱《醫生/藥房名錄》，或致電會員服務部電話。

第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

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

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

您可以透過郵件、致電聯絡會員服務部或瀏覽我們的網站：www.metroplusmedicare.org，獲得有關訂購表格和開處方的資訊。

通常，郵購藥房將藥物郵寄給你的時間不超過 7-10 天（針對新處方藥），如果是續配藥物則不超過 3-4 天。如果在接收您的網絡藥品時出現延誤，請致電會員服務部，您將獲得在零售藥房獲得 30 天用量處方藥的補償。

藥房從您的醫生處直接收到的新處方箋。
在收到您的健康護理提供者處方箋後，藥房將與您聯絡以瞭解您是希望立刻還是稍

後配藥。您務必要在每次藥房與您聯絡時給予回覆，以便它們瞭解需要運送、延遲還是停止新處方藥。

郵購的補充處方藥。有關續配藥，您可以選擇註冊自動續配藥計劃。在該計劃下，當我們的記錄顯示您的藥品快用完時，我們將自動開始處理您的下一次續配藥。在發運每個續配藥前藥房都會與您聯絡，以確信您需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或者您的藥物已變更，您可以取消計劃的續配藥。

如果您選擇不使用我們的自動續配計劃，但依然希望郵購藥房向您寄送處方藥，請在您手頭的處方藥耗盡前至少10天聯絡藥房。這可以確保您準時收到郵寄的藥物。

要退出我們自動準備郵購續配藥的計劃，請致電會員服務部與我們聯絡。

如果您透過自動郵寄收到您不想要的續配藥物，則您符合退款資格。

第 2.4 節 您怎樣獲得長期藥品供應？

在您長期使用藥品時，您的分攤費用可能會降低。本計劃提供兩種幫助您獲得長期供應（也稱為「延期供應」）計劃藥物清單上「維持性」藥品的方式。（維持性藥品是您定期服用，用於治療慢性或長期疾病情況的藥品。）

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。您可以參考《醫生/藥房名錄》，瞭解您網絡內哪些藥房可以為您長期提供維持性藥物。您也可以致電聯絡會員服務部獲得更多資訊。
2. 您還可以透過我們的郵購計劃收到維持性藥物。請參閱第 2.3 節瞭解詳情。

第 2.5 節 您何時可使用不在計劃網絡內的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可享受保險

一般來說，我們僅在您無法使用網絡內藥房的情況下承保您從網絡外藥房開出的處方藥。為了協助您，我們在服務區域外也設有聯網藥房，您作為我們的計劃會員，可在這些藥房內開處方藥。請首先聯絡會員服務部，瞭解您附近是否有網絡內藥房。您很有可能必須支付您在網絡外藥房為藥物所付費用與在網絡內藥房我們將承保的費用之間的差價。

出現這些情況，我們將承保在網絡外藥房配的處方藥：

- 例 1：您離開服務區域，且您已用完或遺失您承保的 D 部分藥品，或您生了病，需要承保下的 D 部分藥品，而您無法到達網絡藥房。
- 例 2：您無法從服務區域內及時獲得承保的 D 部分藥品，原因是，例如，在您合理的車程距離內沒有提供每週 7 天，每天 24 小時服務的網絡內藥房。

- 例 3：您必須及時為承保下 D 部分藥品配藥，而特定承保下的 D 部分藥品（例如，一般情況下直接由製造商或特別供應商直接運送的專用醫藥）並不能夠隨時從網絡零售處或網絡藥房獲得。
- 例 4：當您為急診室、提供者診所、門診手術及其他門診的病人時，由網絡外機構為本的藥房向您配發承保下的 D 部分藥品，因此無法在網絡內藥房獲得藥品。
- 例 5：在任何聯邦災難聲明或其他突發公共衛生事件聲明期間，我們會員被撤離或背井離鄉，離開他們的居住地並且無法合理在網絡藥房獲得承保下的 D 部分藥品。

您怎樣請求計劃給予償付？

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

第 3 部分 您的藥品需在計劃的「藥物清單」上

第 3.1 節 「藥物清單」說明有哪些 D 部分藥品享受保險

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

該清單上的藥品由本計劃組織在醫生和藥劑師的幫助下選出。這份清單符合 Medicare 的要求，並獲得了 Medicare 的核准。

藥物清單上列出的藥物僅是 Medicare D 部分的承保藥物。

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

- 美國食品藥物管理局已確認該藥物符合其處方規定的診斷或治療用途。
- -- 或 -- 受特定參考書支援，例如美國醫院藥典藥品資訊服務和 DRUGDEX 資訊系統。

藥物清單包括品牌藥及學名藥。

品牌藥是在藥物製造商所擁有的商標名下銷售的處方藥。比通常藥物更複雜的品牌藥被稱為生物製劑（例如基於蛋白質的藥物）。在藥物清單上，我們所說的「藥物」是指一種藥物或一種生物製劑。

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

哪些藥物不在藥物清單上？

本計劃不承保全部處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許 Medicare 計劃承保某些類型的藥品（有關詳細資訊，請參與本章第 7.1 節）。
- 在另外一些情況中，我們決定不承保藥物清單上的某種特定藥品。某些情況下，您可以獲得不在藥物清單上的藥物。更多資訊，參見第 9 章。

第 3.2 節 您怎樣尋找藥物清單上的某種特定藥品？

您可透過四種方式進行尋找：

1. 查看我們以電子方式提供的最新藥物清單。
2. 可瀏覽計劃網站(www.metroplus.org)。該網站上的藥物清單即時更新。
3. 致電會員服務部，瞭解計劃藥物清單上是否有某種特定藥物，或索取一份清單。
4. 使用計劃的「即時福利工具」。註冊 Caremark.com/welcome-center 後，您將能夠使用包括「即時福利工具」在內的工具和資源。如需協助，請致電會員服務部。您可使用該工具搜尋《藥物清單》中的藥物，瞭解您需要支付的預估費用，以及《藥物清單》上是否有可以治療同類疾病的替代藥物。

第 4 部分 某些藥品的保險存在一定的限制

第 4.1 節 為什麼有些藥品存在限制？

對於某些處方藥，一些特殊的規定會限制計劃承保的方式和時間。醫生和藥劑師團隊制訂出這些規定，目的是鼓勵您和您的服務提供者透過最有效的方式使用這些藥物。要確定上述限制是否適用於您正在服用或想要服用的要，請查看藥物清單。如果安全、低花費的藥品與高花費的藥品藥效相同，根據計劃的規定，我們將鼓勵您和您的服務提供者使用低花費的藥品。

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

第 4.2 節 有哪些類型的限制？

以下部分進一步闡述了我們對特定藥品運用的限制類型。

如果您的藥品存在限制，這通常意味著您或您的服務提供者必須採取額外的措施，才能使我們承保該藥品。聯絡會員服務部，瞭解您或您的服務提供者需要怎麼做才能獲得藥物承保。如果您希望我們為您免除限制，您應使用保險決定流程，要求我們為您提供特例許可權。我們有權利同意或拒絕為您免除限制。（參見第 9 章）

在學名藥品可用時，限制使用品牌藥品

一般情況下，「學名」藥品與品牌藥品的功效一致，但花費更低。大多數情況下，當可獲得與品牌藥功效相同的學名藥時，我們網絡內藥房將向您開立學名藥而非品牌藥。但是，如果您的服務提供者已告知我們學名藥品及治療相同病症的其他承保藥品對您無效果的醫學理由，我們將承保品牌藥品。（您的品牌藥品分攤費用可能會高於學名藥品。）

提前獲得計劃核准

對於某些藥品，您或您的服務提供者需要先獲得計劃核准，然後我們才會同意為您承保藥品。這稱作「**事先授權** 」。這是為了確保藥物安全，以及引導對某些藥物的恰當使用。如果您未獲得核准，計劃可能不會承保您的藥品。

首先嘗試另一種藥品

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

數量限制

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

第 5 部分 如果您使用的某一種藥品選用了您不想要的承保方式，該怎麼辦？

第 5.1 節 如果您使用的藥品選用了您不想要的承保方式，您可以採用以下措施

有時候，您正在使用的處方藥或您和您的服務提供者認為您應該服用的藥物不在我們的處方一覽表上，或在我們的處方一覽表上但有限制條件。例如：

- 該藥品可能完全不能享有保險。或者，該藥品的學名版本享有保險，但您要服用的品牌版本不享有保險。
- 該藥物享有保險，但對該藥物有額外的規則或保險限制，具體見第 4 部分。
- 如果您使用的藥品選用了您不想要的承保方式，您可以採用以下措施。如果您的藥品未列入藥物清單，或者您的藥品受限，請瀏覽第 5.2 節瞭解處理辦法。

第 5.2 節 如果您的藥品未列入藥物清單，或藥品受到某種限制，該怎麼辦？

如果您的藥物未列入藥物清單或受限，可參考這些選項：

- 您可能會獲得臨時的藥物供給
- 您可以轉而使用其他藥品。
- 您可以申請特例處理，要求計劃承保該藥品或免除對該藥品的限制。

您可能會獲得臨時供給

某些情況下，計劃必須針對您正在服用的藥物提供臨時的藥物供給。這種臨時的藥物供給使您有時間與您的服務提供者溝通有關保險變更的事宜，並找出解決辦法。

要符合臨時供給的資格，**您一直服用的藥物必須不再位於計劃的藥物清單上，或者目前受到某種限制。**

- **如果您是新會員**，在您成為計劃會員的頭 90 天，我們將承保藥物的臨時供給。
- **如果您前一年參保了計劃**，在日曆年的頭 90 天，我們將承保藥物的臨時供給。
- 此臨時供給的最長期限為 30 天。若您的處方箋上註明的天數較少，我們將准許多種配藥途徑提供至多 30 天的用量。處方必須由網絡內藥房開出。（請注意，長期保健藥房可以減少每次的供藥量，以避免浪費。）
- **對於參保計劃超過 90 天、入住長期護理機構且立即需要用藥的會員：**

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。這是對上述臨時供給的補充。

如果對臨時供給存在疑問，請致電聯絡會員服務部。

在您使用臨時藥品供給的期間，您應與服務提供者溝通，決定在您的臨時藥品供給用完後可採取的措施。您有兩個選項：

1)您可以轉而使用其他藥物

與您的服務提供者討論計劃內是否有其他的藥物也能夠為您提供相同的療效。您可以致電會員服務部，索取處理相同疾病情況的承保藥物清單。該清單可協助您的服務提供者找到可能對您有用的承保藥品。

2)您可申請特例處理

您和您的服務提供者可要求計劃作出特例處理，使藥物以您希望的方式享有保險。如果您的服務提供者聲明您的疾病情況符合讓我們進行特例處理的正當理由，您的服務提供者可協助您申請特例處理。例如，您可要求計劃承保該藥品，即使該藥品未列入藥物清單。或者，您可要求計劃作出特例處理，承保該藥品，且對藥品沒有任何限制。

如果您目前是會員，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。您可在下一年之前申請特例，我們將在收到您的申請（或您的開處方者開出的支援性聲明）之後的 72 小時之內答覆您。如果我們核准了您的申請，我們將在此變更生效前授權此保險。

如果您和您的服務提供者希望申請特例處理，請參閱第 9 章第 6.4 節，瞭解具體做法。該章節說明了 Medicare 制訂的相關程序和截止日期，確保您的申請處理流程能夠及時、公正。

第 6 部分 如果您的一種藥品的保險出現變更該怎麼辦？

第 6.1 節 藥物清單可在參保當年進行變更

藥品保險中的大多數變更在每年年初（1 月 1 日）開始。但是，在參保當年，計劃可能會對藥物清單進行一些變更。例如，計劃可能：

- 在藥物清單上增加或刪除藥品。
- 增加或移除藥物承保限制。
- 用學名藥品取代品牌藥品。

我們必須遵照 Medicare 的要求，才能對計劃的藥物清單進行變更。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥品的保險發生變更會怎樣？

藥物保險變更相關資訊

在發生藥物清單的變更時，我們將在網站上發佈相關變更的資訊。我們將定期更新網上的藥物清單。在下文中我們將指出，您正在服用的藥物發生變更時您將收到直接通知的時間。

在當前計劃年度內對您產生影響的藥物承保變更

- **新學名藥品替代《藥物清單》上的品牌藥品（或者，我們變更分攤費用等級或對品牌藥品增加新的限制或同時執行這兩項操作）**
    - 如果我們可以用一種最新獲得核准的學名藥替代品牌藥，那麼可能會立即將該品牌藥從我們的藥物清單上移除。該學名藥將位於相同或較低費用分攤層級，具有相同或更少限制。在增加新學名藥時，我們可能會決定將品牌藥保留在我們的藥物清單中，但會立即將其移至較高費用分攤層級或增加新的限制，或同時執行這兩項操作。
    - 我們可能不會在執行變更之前提前通知您，即使您目前正在服用品牌藥品。如果您在我們執行變更時正在服用品牌藥物，我們將向您提供有關具體變更的資訊。其中包括有關您提出特例申請，要求我們承保品牌藥物的資訊。在我們進行變更之前，您可能不會收到通知。
    - 您或您的處方醫生可以要求我們進行特例處理並繼續為您承保品牌藥物。要瞭解如何要求特例處理，請參閱第 9 章。
- **藥物清單上已從市場中召回的不安全藥物和其他藥物**
    - 有時候，一種藥物可能會因為其他理由被認為不安全，或者從市場上召回。如果出現這種情況，我們可以立即將該藥物從藥物清單上刪除。如果您正在服用該藥物，我們將立即通知您。
    - 您的處方醫生也會得知此類變化，並能夠與您一同找出適於您情況的其他藥品。
- **對藥物清單上藥物的其他變更**
    - 在已對您服用的藥物產生影響的當年，我們還可執行其他的變更。例如，我們可能會新增一種非新上市的學名藥來替代藥物清單上的品牌藥，或者變更分攤費用層級，或對品牌藥增加新的限制，或同時執行這兩項操作。此外，我們還可能根據 FDA 提供的警告或 Medicare 確認的新臨床指導原則進行變更。

- 我們必須至少提前 30 天通知您此變更，或者在通知您變更的同時為您提供 30 天在網絡內藥房增配藥物的期限。
- 在您收到變更通知後，您應與您的處方醫生合作，更換為我們承保的其他藥物，或者滿足您所服用藥物的任何新限制要求。
- 您或您的處方醫生可以要求我們特例對待並繼續為您承保藥物。要瞭解如何要求特例處理，請參閱第 9 章。

在計劃年度內，藥物清單的變更不會對您產生影響

我們可能會對藥物清單作出未在上文提及的變更。這種情況下，如果當變更發生時您正在服用藥物，那麼變更將不會對您適用；但是，如果您在同一個計劃中續保，那麼從下一個計劃年度的 1 月 1 日開始，這些變更可能會對您產生影響。

一般而言，在目前計劃年度內不會對您產生影響的變更為：

- 我們對您藥物的使用作出新的限制。
- 我們將您的藥物從藥物清單上刪除。

如果您正在服用的藥物出現任何此類變更（除了是因為市場召回，學名藥取代品牌藥，或者上述章節提到的其他變更），那麼在下一年 1 月 1 日之前，此類變更不會影響您的用藥或您支付的分攤費用金額。在該日期之前，您支付的費用一般不會增加，對您的用藥一般也不會有新的限制。

我們將不會直接向您告知目前計劃年度內的此類變更。您需要查看下一個計劃年度的藥物清單（清單在開放參保期公佈），瞭解您正在服用的藥物是否出現了任何變更，會在下一個計劃年度對您產生影響。

第 7 部分 計劃未承保的藥物類型有哪些？

第 7.1 節 我們不承保的藥品類型

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

如果您的藥品屬於不承保的類型，則必須自行支付這些費用。如果您提出上訴，並且申請的藥物並未從 D 部分排除，那麼我們將支付其費用或為其承保。（要瞭解如何針對一項決定提出上訴，請參閱第 9 章。）

以下是對 Medicare 藥品計劃 D 部分不承保藥品的三大通用規定：

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

此外，根據法律規定，Medicare 藥物計劃不承保以下藥物類別：

- 非處方藥（也稱作非處方藥品）
- 用來提高生殖能力的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用來美容或增發的藥物
- 處方類維生素和礦物質產品，產前維生素和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
- 用來治療厭食症、減肥或增肥的藥物
- 根據銷售條件，製造商要求相關測試或監控服務從製造商處單獨購買的門診藥品

此外，**如果您接受「Extra Help」**來支付您的處方藥費用，則「Extra Help」計劃將不會支付那些通常不予承保的藥物費用。但是，如果您透過 Medicaid 享受藥物承保，您所在州的 Medicaid 計劃可承保一些 Medicare 藥物計劃一般不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，確定您可享有哪些藥品保險。（您可在第 2 章第 6 部分找到 Medicaid 的電話號碼和聯絡資訊。）

第 8 部分 配處方藥

第 8.1 節 提供您的會員資訊

要配處方藥，請在您選擇的網絡內藥房出示您會員卡上的計劃會員資訊。網絡內藥房將自動為計劃開帳單，收取我們的藥物分攤費用。您在取處方藥時，需要向藥房支付您承擔的分攤費用。

第 8.2 節 如果您手頭沒有會員資訊該怎麼做？

如果您在開處方藥時沒有隨身攜帶計劃資訊，您或者藥房可以給計劃組織打電話，獲得必要資訊。

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

第 9 部分 特殊情況下的 D 部分藥品保險

第 9.1 節 如果您在計劃承保的醫院或專業康復機構住院該怎麼做？

如果您在計劃承保的醫院或專業康復機構住院時，我們一般會承保您住院期間的處方藥費用。在您從醫院或專業康復機構出院後，只要藥物符合我們的所有保險規定（具體見本章），我們會為您的處方藥承保。

第 9.2 節 如果您入住長期護理(LTC)設施該怎麼做？

一般來說，長期護理設施（例如療養院）會設立自己的藥房，或使用為其所有住戶提供藥品的藥房。如果您入住長期護理機構(LTC)，您可透過該機構的藥房或者該機構使用的藥房獲得您的處方藥，只要該藥房加入了我們的網絡。

查看您的《醫生/藥房名錄》，找到 LTC 機構的藥房或者該機構使用的藥房是否加入了我們的網絡。如果沒有，或者如果您需要更多資訊或協助，請聯絡會員服務部。如果您在 LTC 機構內，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡定期獲得 D 部分福利。

如果您住在一個長期護理(LTC)機構中，需要的藥物不在我們的藥物清單上，或者在某方面受到限制，那該怎麼辦？

請參閱第 5.2 節，瞭解臨時或緊急供給。

第 9.3 節 如果您也享有雇主或退休人員團體計劃的藥品保險該怎麼做？

如果您目前透過您（或您配偶的）僱主或退休人員團體獲得其他處方藥保險，**請聯絡該團體的福利管理人員**。他或她可幫助您確定您目前的處方藥保險是否與我們的計劃搭配。

一般情況下，如果您有員工或退休員工團體保險，那麼您從我們這裡獲得的藥物保險等級低於您的團體保險。這意味著您的團體保險會先支付。

有關「可信保險」的特殊通知：

每年您的僱主或退休人員團體應向您發出一份通知，告知您下一個日曆年的處方藥保險是否「可信」。

如果團體計劃的保險是「**可信**」的，即意味著計劃擁有預期可支付的藥品保險，從平均情況來看，支付的金額至少與Medicare的標準處方藥保險金額相同。

保留有關可信保險的通知，因為您以後可能需要用到它們。如果您參保了包含D部分藥物保險的Medicare計劃，您需要這些通知來證明您享有可信保險。如果您沒有收到可信保險通知，您可從您僱主或退休人員計劃的福利管理員、僱主或工會處索取通知副本。

第 9.4 節 如果您參加了 Medicare 認證的寧養計劃該怎麼做？

寧養計劃和我們的計劃不同時承保同一種藥物。如果您參保Medicare寧養計劃，並要求使用您的寧養計劃未承保的某些藥物（如抗噁心藥品、瀉藥、止痛藥或抗焦慮，因為這些藥品與您的晚期病症無關），我們的計劃必須收到處方醫生或您的寧養計劃服務提供者說明該藥品與晚期病症無關的通知，才能為藥品承保。為避免在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。

如果您取消寧養服務或從寧養機構出院，我們的計劃應為您承保本文件中所述的藥物。為避免您的Medicare寧養計劃福利終止時藥房出現任何延誤，向藥房出具證明文件，驗證您取消或撤出寧養計劃。

第 10 部分 藥品安全和藥品管理計劃

第 10.1 節 幫助會員安全用藥的計劃

我們為我們的會員展開藥品使用評估，幫助確保會員獲得安全和恰當的治療。

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

- 可能存在的用藥錯誤
- 藥物可能並非必需，因為您正在服用另一種藥物來治療同一種病症
- 因您的年齡或性別造成的用藥不安全或不當
- 某些如果同時服用會對您造成傷害的藥品組合
- 藥物處方中含有某些會導致您過敏的成分
- 您正在服用的藥物可能出現的用藥量（劑量）錯誤
- 不安全劑量的阿片類止痛藥

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

第 10.2 節 幫助會員安全使用阿片類藥物的藥物管理計劃(DMP)

我們制訂了一個計劃，幫助確保會員安全使用其處方阿片類藥物，以及其他一些經常被濫用的藥物。該計劃稱為藥物管理計劃(DMP)。如果您使用的阿片類藥品來自數字醫生或數家藥房，或如果您近期服用阿片類藥品過量，我們將與您的醫生溝通，確保您的阿片類藥品使用恰當且具備醫療必要性。與您的醫生合作，如果我們認為您使用阿片類處方藥或苯二氮類藥品不安全，我們可限制您取得此類藥品的方式。如果我們讓您加入我們的DMP中，那麼限制為：

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

如果我們的計劃對您獲得這些藥物的方式或您可以獲得的藥量作出限制，我們將提前向您寄送一封信件。信上將說明我們認為應當適用於您的限制。您將有機會告訴我們您的偏好醫生或藥房，以及其他您認為我們需要瞭解的重要資訊。在您抽時間回覆後，如果我們決定限制您享受的上述藥品承保，我們將再向您傳送一封信，以確認限制。如果您認為我們出錯，或您不同意我們的裁定或限制，您和您的處方醫生有權提起上訴。如果您上訴，我們將審核您的個案並向您提供我們的決定。如果我們繼續否決您的藥品使用限制相關申請，我們將自動將您的案件傳送至計劃外的獨立審查方。有關如何提起上訴的資訊，請參閱第9章。

如果您存在某些醫療狀況，例如，活躍性癌症疼痛或鐮狀細胞疾病，您正在接受寧養服務、姑息或臨終關懷，或居住在長期護理機構，則您不會被加入DMP。

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

我們設立了一個可幫助會員滿足複雜健康需求的計劃。 我們的計劃稱作 Medication Therapy Management (MTM)計劃。該計劃為自願性質，免費參加。一個藥房和醫生團隊制訂了該計劃，幫助確保會員從他們服用的藥物中獲得最大福利。

因不同疾病使用藥品且藥費高昂或幫助其安全使用阿片類藥品的 DMP 的某些會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。藥劑師或其他保健專業人員將對您的所有藥物進行全面的評估。在審核期間，您可說明您服用的藥物、您支付的費用或您遇到的關於您處方藥和非處方藥的任何問題或疑問。您將收到一份書面總結，上面有一份建議事項清單，其中包含為實現最佳藥效而應當採取的步驟。您還將收到一份藥物清單，包含您正在服用的所有藥

物、藥量及服用藥物的時間和原因。此外，MTM 計劃會員還將收到關於如何安全處置受管制處方藥的資訊。

您最好與醫生討論建議事項清單和藥物清單。在與醫生、藥劑師和其他醫療保健服務提供者交流時，帶上這份總結。此外，如需去醫院或急診室，請隨身帶著最新的藥物清單（例如，和您的身份證放在一起）。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將自動讓您參保該計劃，並將相關資訊傳送給您。如果您決定不參加，請通知我們，我們會把您撤出計劃。如果您對這個計劃有任何疑問，敬請聯絡會員服務部。

第 6 章

您為 D 部分處方藥支付的費用

您現在得到藥費支付幫助了嗎？

如果您現在已加入了幫您支付藥費的計劃，則**此承保福利說明中有關 D 部分處方藥的部分資訊可能並不適用於您**。我們給您寄送了稱作「獲得處方藥付款 Extra Help 者承保福利說明附加條款」（也稱作「低收入輔助水準附加條款」或「低收入補助(LIS)附加條款」）的單獨附加頁，透過該附加頁告知您有關處方藥保險的資訊。如果您沒有此附加頁，則請致電會員服務部並申領「低收入補助(LIS)附加條款」。

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 請將本章與其他描述藥物保險的材料一起使用

本章重點關注您為 D 部分處方藥支付的費用。為保持簡潔，我們在本章中使用「藥品」來代指 D 部分處方藥。如第 5 章中描述的，並不是所有藥品都屬於 D 部分藥品——有些藥品處在 A 部分或 B 部分 Medicare 承保範圍內，其他藥品則可能根據法律而被排除在 Medicare 承保範圍外。

要瞭解支付資訊，您需要先瞭解哪些藥物在承保範圍內、您要在哪裡配處方藥，以及您在購買承保藥物時應遵循什麼規則。第 5 章第 1 部分到第 4 部分介紹了這些規則。

第 1.2 節 您可能要為承保藥品支付的自付金額類型

D 部分藥物存在不同類型的自付金額。您購買藥品所支付的金額稱為「分攤費用」，您將被要求支付以下三種類型的費用。

- **「自負額」**，即為在我們的計劃開始支付其分攤費用前，您支付的藥費。
- **「自付費用」**是您每次配處方藥時支付的一筆固定金額。
- **「共同保險」**是您每次配處方藥時支付的總費用的一個百分比。

第 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付金額

Medicare 已制訂規則，規定哪些可計入您的自付金額，哪些則不能計入其中。我們必須遵守這些規則來記錄您的自付金額。

這些付費將包含在您的自付金額之內。

您的自付金額包括下列付費（只要是為 D 部分承保藥物支付的費用，並且您遵守了第 5 章所述的藥物保險規則）：

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

重要的是誰是支付方：

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

進入重病保險階段：

您（或代表您的藥費支付方）在該日曆年內的自付總額達到$7,400 後，將從甜甜圈孔階段進入重病保險階段。

這些付費將不包含在您的自付金額之內。

您的自付金額不包含這些類型的付費：

- 您的月保費。
- 您在美國及其屬地之外購買的藥品。
- 本計劃不予承保的藥品。
- 您從不符合本計劃網絡外保險要求的網絡外藥房購買的藥品。
- 非 D 部分藥品，其中包括：由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及 Medicare 承保範圍之外的其他藥品。

- 您為 Medicare Prescription Drug Plan 通常不承保的處方藥進行的支付。
- 您在甜甜圈孔階段時，本計劃為您的品牌或學名藥品支付的費用。
- 由包括雇主保健計劃在內的集團保健計劃為您支付的藥費。
- 由某些保險計劃和政府資助的保健計劃（例如：TRICARE 以及退伍軍人事務部）為您支付的藥費。
- 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如工人補償金）為您藥品支付的款項。

提示：如果有諸如以上所列的任何其他組織為您支付了部分或全部的自付藥費，則您必須致電會員服務部電話應告知本計劃。

您如何記錄您的自付金額總額？

- **我們將為您提供幫助。**您收到的 D 部分福利說明(EOB)報告中包含您目前的自付金額。當該金額達到$7,400 時，這份報告將告知您，您已離開甜甜圈孔階段，並已進入重病保險階段。
- **確保我們擁有所需要的相關資訊。**第 3.2 節描述了您能做些什麼來幫助確保我們對於您支付情況的記錄具有完整性以及時效性。

第 2 部分 您支付多少藥費取決於您在購買藥品時處於哪個「藥品支付階段」

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

MetroPlus Platinum Plan (HMO)的處方藥保險有四個「藥物費用支付階段」。您支付多少費用取決於您配處方藥或續配時所處的階段。每個階段的詳細情況請參見本章第 4 部分至第 7 部分。這些階段為：

第 1 階段：年度自負額階段

第 2 階段：初始保險階段

第 3 階段：甜甜圈孔階段

第 4 階段：重病保險階段

關於您需支付的胰島素費用的重要資訊 - 無論是屬於哪個費用分攤層級，對於我們計劃所承保的一個月用量 的每種胰島素產品，您支付的金額將不超過$35，即使您沒有支付自負額 。

第 3 部分 我們向您傳送報告，說明您的藥費支付情況以及您所處的支付階段

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

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

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

如果您在之前一個月透過計劃配了一次或多次處方藥，那麼我們將向您寄送一份 D 部分福利說明(「D 部分 EOB」)。D 部分 EOB 包含：

- **該月資訊**。該報告將向您提供您在前一月份所開處方藥的繳費詳細資訊。其將顯示藥費總額、計劃支付金額，以及您和代表您的他人支付的金額。
- **自 1 月 1 日起的當年總額。**這稱為「年初至今」資訊。其將顯示自年初起的藥費總額以及為您支付的藥費總額。
- **藥品價格資訊。**本資訊將顯示總藥價，以及從第一次配藥開始的價格上漲情況（針對相同數量的每一份處方藥索賠）。
- **可用的低成本替代處方藥品。**其中包括關於每個處方藥索賠的其他分攤費用較低的可用藥物資訊。

第 3.2 節 協助我們記錄您最新的藥費支付相關資訊

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

- **每次配處方藥時都請出示您的會員卡。**這可以幫助我們確保瞭解您正在配的處方藥和您要支付的費用。
- **確保我們擁有所需要的相關資訊。**有時候，您可能會支付處方藥的全額費用。這種情況下，我們不會自動獲得所需的資訊來記錄您的自付金額。為協助我們記錄您

的自付金額，請向我們提供這些收據的副本。在出現下列情況時，您應為我們提供您藥物收據的副本：

- 當您在網絡藥房以特惠價格或使用打折卡（並非我們計劃的福利）購買承保範圍內藥品時。
- 當您為製藥商病患輔助計劃內的藥品提供自付費用時。
- 您於任何時候在網絡外藥房購買承保藥品，或在特殊情況下以全價購買承保藥品時。
- 如果您被要求支付承保藥品費用，則您可要求本計劃支付我們的分攤費用。有關如何進行此操作的說明，請參見第 7 章第 2 部分。

- **請向我們寄送其他人為您購藥的相關付款資訊。**由某些其他個人和組織支付的費用也將算在您的自付金額之內。例如，由 State Pharmaceutical Assistance Program、AIDS 藥品輔助計劃(ADAP)、印第安醫療保健服務，以及大部分慈善機構支付的費用都將計入您的自付金額之內。保留這些付款記錄，並將其寄送給我們，以便我們能夠記錄您的費用情況。
- **請核對我們寄送給您的書面報告。**您收到 D 部分 EOB 後，請仔細檢視，以確保資訊準確完整。如果您認為報告中資訊缺失，或者如果您有任何疑問，請致電會員服務部。請務必保留這些報告。

第 4 部分 在自負額階段，您支付藥品的全部費用

自負額階段為您藥品保險的第一個支付階段。從您該年第一次配處方藥起，即進入此階段。當您處於此支付階段時，**您必須支付所有藥費，直到您達到計劃的自負額**，2024 年自負額為$505。自負額不適用於承保的胰島素產品和大多數 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。由於本計劃已將網絡內藥房的大部分藥物協商至較低價格，因此「全額費用」往往低於藥物的正常全價。

在支付$505 藥費後，您會離開「自負額階段」，進入「初始保險階段」。

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

第 5.1 節 您支付多少藥費取決於您購買的藥品和開處方的地點

在初始保險階段，本計劃將為您的承保處方藥支付其分攤費用，同時，您也將支付您的分攤部分（您的共同保險額）。根據藥品和開處方地點的不同，您的分攤費用也將各不相同。

藥房的選擇

您支付多少藥費取決於您是否從以下地點購買藥品：

- 網絡內零售藥房。
- 非本計劃網絡內的藥房。我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房開出的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解我們何時承保在網絡外藥房配的處方藥。
- 本計劃的網絡藥房

有關這些藥房選擇以及配處方藥的更多資訊，請參見第 5 章內容以及本計劃的《醫生/藥房名錄》。

第 5.2 節 某種藥物一個月用量的費用表

在初始保險階段，您的承保藥品分攤費用將採取共同保險方式。

您購買一個月用量的 D 部分承保處方藥時所支付的分攤費用：

	標準零售分攤費用（網絡內） （最多 30 天用量）	**郵購分攤費用** （最多 30 天用量）	**長期護理 (LTC)分攤費用** （最多 31 天用量）	**網絡外分攤費用** （僅限特定情況下承保；詳情請參見第 5 章） （最多 30 天用量）
學名藥，包括作為學名藥的品牌藥	25%共同保險	*25%共同保險*	*25%共同保險*	25%共同保險
所有其他藥品	25%共同保險	*25%共同保險*	*25%共同保險*	25%共同保險

關於您需支付的胰島素費用的重要資訊 - 無論是屬於哪個費用分攤層級，對於我們計劃所承保的一個月用量的每種胰島素產品，您支付的金額將不超過$35，即使您沒有支付自負額。

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

通常，您支付的處方藥金額涵蓋一整個月的供給。有些情況下，您或您的醫生希望開出少於一個月用量的藥物（例如：您首次嘗試服用一種藥物時）。如果能幫您更好地規劃不同處方藥的續配日期，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月份量的藥物。

如果您收到的某些藥物不足一個月用量，您將不需要支付足月供給的費用。

- 如果您有責任支付共同保險，則您將支付藥費總額的百分比。由於共同保險基於藥物的總費用，因此您的費用將會較低，因為藥物的總價較低。
- 如果您負責支付藥物的自付費用，您將僅根據自己收到藥物的天數來支付，而不是支付整月費用。我們將計算您每天要支付的藥費金額（「每日費用分攤率」）並將其乘以您得到的藥品的服用天數。

第 5.4 節 某種藥品長期（長達 90 天）用量的費用表

對於某些藥物，您可以獲得長期供應（也稱為「延期供應」）。長期供應最長為 90 天。

下表顯示您購買長期用量藥物時支付的費用。

您購買長期用量的 D 部分承保處方藥時所支付的分攤費用：

層級	標準零售分攤費用（網絡內）（最多 90 天用量）	郵購分攤費用（最多 90 天用量）
學名藥，包括作為學名藥的品牌藥	25%共同保險	25%共同保險
所有其他藥品	25%共同保險	25%共同保險

第 5.5 節 直到您當年的總藥費金額達到$4,660 前，您都將停留在初始保險階段

直到您開出的處方藥費總金額達到初始保險階段**$4,660 的上限之前，您都將停留在初始保險階段。**

您收到的 D 部分 EOB 將協助您記錄您自己、本計劃以及任何第三方在該年度為您支付的費用。很多人在一年之內都達不到$4,660 的上限。

如果您達到了此上限，我們將會通知您。如果您的確達到了這一上限，您將離開初始保險階段，進入甜甜圈孔階段。參見第 1.3 節，瞭解 Medicare 如何計算您的自付金額。

第 6 部分 「甜甜圈孔階段」的費用

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

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

直到您的年度自付金額達到 Medicare 所設定的最高金額前，您都將繼續支付這些費用。您達到$7,400 的金額後，將離開「甜甜圈孔階段」，繼續進入「重病保險階段」。

Medicare 已制訂規則，規定哪些可計入您的自付金額，哪些則不能計入其中（第 1.3 節）。

第 7 部分 在重病保險階段，本計劃將為您支付大部分藥費

您該日曆年度的自付費用達到$7,400 上限後，即符合重病保險階段資格。一旦進入重病保險階段，直到該日曆年末前，您都將停留在這一階段。

在此階段內，本計劃將為您支付大部分藥費。您將支付：

- 您購買某種藥物的分攤費用將為共同保險或自付費用（以金額較高的一方為准）：
  - – 或 – 藥費金額 5%的共同保險
  - – 或 – $4.15（針對學名藥品或被當作學名藥品的藥物）以及$10.35（針對所有其他藥物）。

第 8 部分 D 部分疫苗。您支付多少費用取決於您以何種方式以及在何處購買這些疫苗

關於您需支付的疫苗費用的重要資訊 - 我們的計劃免費承保大部分 D 部分疫苗，即使您沒有支付自負額。請致電會員服務部以瞭解更多資訊。

針對 D 部分疫苗的保險有兩部分：

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

您為 D 部分疫苗支付的費用取決於三個方面：

1. **疫苗的類型**（您接種疫苗預防的是何種疾病）。
   - 有些疫苗是被視為醫療福利的。（參見第 4 章《醫療福利表》（承保項目和付費項目)）。
   - 其他疫苗被視為 D 部分藥品。您可在本計劃的承保藥物清單（處方一覽表）中尋找到這些疫苗。
2. **您接種疫苗的地點。**
   - 疫苗本身可能由藥房配發或者由醫生診室提供。
3. **誰為您接種疫苗。**
   - 藥劑師可能會在藥房中提供疫苗，或者另一名服務提供者可能會在醫生辦公室提供疫苗。

您在接種 D 部分疫苗時支付的費用根據相關情況以及您所處的「藥物階段」而定。

- 有時候，您在接種疫苗時，將需要支付包括疫苗本身和疫苗注射服務費（給服務提供者）在內的全部費用。您可要求本計劃向您返還我們的分攤費用。
- 其他時候，當您接種疫苗時，您只需支付自己在 D 部分福利下的分攤費用。

下面舉了三個範例說明了您可能透過什麼方式接種 D 部分疫苗。

情形 1： 您在網絡內藥房接種疫苗。（您是否做出此種選擇取決於您的居住地點。某些州不允許藥房提供疫苗。）

- 您將需要向藥房支付您購買疫苗的共同保險或自付費用，其中包含接種疫苗的費用。
- 我們的計劃將支付這些費用的其餘部分。

情形 2： 您可以在您醫生的診所接種 D 部分疫苗。

- 您在接種疫苗時，將需要支付包括疫苗本身和疫苗注射服務費（給服務提供者）在內的全部費用。
- 然後，您可按照第 7 章所描述的流程，要求本計劃支付我們的分攤費用。

- 我們將向您償付您已支付的金額減去您的正常疫苗（包括接種）共同保險金額。

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

- 您將需要向藥房支付您購買疫苗本身的共同保險。
- 您的醫生為您接種疫苗後，您將為此服務付全額費用。然後，您可按照第 7 章所描述的流程，要求本計劃支付我們的分攤費用。
- 我們將為您償付醫生接種疫苗時收取的金額。

第 7 章：
要求我們分攤醫療服務或藥物帳單的費用

第 1 部分 您應要求我們為您的承保服務或藥品支付我們的分攤費用的情況

有時候，您得到醫療保健或處方藥後，可能需要支付全額費用。其他情況下，您可能發現您支付的金額比預期根據本計劃保險規則需要支付的金額多。在這種情況下，您可以要求本計劃對您進行補償（對您進行補償往往又稱為為您「核退」）。無論何時，只要您為本計劃承保的醫療服務或藥品支付的金額多於自己的分攤費用，都有權要求本計劃對您進行補償。您可能必須滿足一些截止時間要求，才能獲得償付。請參閱本章第2部分。

還有些時候，您可能會收到來自服務提供者的帳單，要求您支付已獲得的醫療保健的全額費用，或者有可能要求您支付的費用超過本文件所述的分攤費用。首先要嘗試與服務提供者一起解決帳單問題。如果無法解決，不要支付帳單，而是將帳單寄給我們。我們將查看該帳單，然後判斷這些服務是否在承保範圍內。如果我們判定服務應該在承保範圍之內，我們將直接向服務提供者付款。如果我們決定不支付帳單，會通知服務提供者。您不應當支付超過計劃允許的分攤費用的金額。如果是簽約服務提供者，則您依然享有治療權。

以下為您可能需要要求本計劃對您進行補償或支付您已收到的帳單的情況範例：

1. 當您得到非本計劃網絡內服務提供者提供的急救或緊急醫療保健後

您可接受任意服務提供者（不論該服務提供者是否為我們網絡的一部分）提供的急診服務或緊急需要的服務。在這些情況下，

- 您只需負責針對急診服務或緊急需要的服務支付自己的分攤費用。法律要求急診服務提供者提供急診服務。如果您在接受護理時自己意外支付了全部費用，可以要求我們向您返還我們的分攤費用部分。請將帳單以及您所有的付款單據寄送給我們。
- 您可能從提供者處收到帳單，要求您支付。而您認為這不該由您來支付。請將該帳單以及您所有的付款單據寄送給我們。
  - 如果您欠了服務提供者任何費用，我們將直接支付給服務提供者。
  - 如果您已經的費用多於您的服務分攤費用，我們將確定欠您多少錢，並將我們的分攤費用返還給您。

2. 當您認為您不應該支付網絡內服務提供者向您寄送的帳單時

網絡內服務提供者應始終直接將帳單開給本計劃，並僅要求您支付您的分攤費用。但是，有時候他們也會發生錯誤，因而要求您支付的金額多於您的分攤費用。

- 您接受承保的服務後，僅需支付您的分攤費用即可。我們不允許服務提供者添加額外的單獨費用（所謂的「開具差額帳單」）。即使我們付給服務提供者的費用少於其所收取的服務費用，並且，即使出現爭議，我們並未向服務提供者支付某

些費用，該保護措施（即，您的支付金額絕對不需要多於您的分攤費用）也同樣適用。

- 無論何時，只要您認為您從網絡內服務提供者處收到的帳單金額高於您應支付的金額，則請將此帳單寄送給我們。我們將直接聯絡服務提供者，並解決該帳單問題。
- 如果您已向某網絡內服務提供者支付了帳單金額，但是您認為自己付了太多，則請將此帳單連同您所有的付款單據寄送給我們，並要求我們向您返還您已支付的金額與本計劃應為您支付的金額之間的差額。

3. 如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃

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

如果您在可追溯日期加入本計劃，並在加入日期後為任意承保服務或藥品支付了自付金額，則您可要求我們將我們的分攤費用返還給您。您將需要向我們提交紙本文書，例如收據和帳單，以便我們處理償付問題。

4. 當您使用網絡外藥房以為處方配藥時

如果您光顧網絡外的藥房，則該藥房可能無法直接向我們提交索賠。發生這種情況時，您將需要支付您的處方的全額費用。

當您要求我們向您返還我們的分攤費用時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。請記住，我們只在有限的情況下才承保網絡外藥房。請參閱第5章第2.5節，瞭解具體情況。

5. 當您由於沒有隨身帶著您的計劃會員卡而需要支付處方的全額費用時

如果您沒有隨身帶著您的計劃會員卡，則可要求藥房致電本計劃或尋找您的計劃加入資訊。但是，如果藥房無法立刻找到他們所需要的加入資訊，則您可能需要自行支付該處方的全額費用。

當您要求我們向您返還我們的分攤費用時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。

6. 當您在其他情況下支付處方的全額費用時

您可能發現藥品因某種原因不在承保範圍之內，因此需要支付該處方的全額費用。

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

以上所有範例均為保險決定的類型。這意味著，如果我們拒絕了您的支付請求，您可對我們的決定進行上訴。本文件第 9 章列出了關於如何提出上訴的資訊。

第 2 部分 如何要求我們向您進行補償或支付您已收到的帳單

您可以向我們寄送書面申請，要求我們為您償付。如果您寄送書面申請，請將您的帳單和您任何已付款項的文件一併寄送。您最好將您的帳單複印一份留存起來。您必須在得到服務、項目或藥品後的**一年內向我們提交您的請求**。

確保您向我們提供做決定所需的一切資訊，您可完成申請表填寫以提出支付要求。

- 您不必使用此表格，但這將協助我們更快速地處理這些資訊。做出決定所需的資料包括您的姓名、服務日期、獲得的物品或服務，等等。
- 您可以從我們網站(www.metroplusmedicare.org)上下載此表格的副本，或者聯絡會員服務部索取表格副本。

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

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

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

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

第 3 部分 我們將考慮您的付款請求，然後予以同意或拒絕

第 3.1 節 我們將核查我們是否應承保該服務或藥品，以及我們應支付多少錢

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

- 如果我們判定該醫療保健或藥物在承保範圍內，同時您已遵守了所有規則，我們將支付我們的分攤費用。如果您已支付了該服務或藥品的費用，我們將為您償付我們

的分攤費用，並將其寄送給您。如果您尚未支付該服務或藥品的費用，我們將把付款直接寄送給服務提供者。

- 如果我們判定該醫療保健或藥物不在承保範圍內，或者您未能遵守所有的規則，我們將不支付我們的分攤費用。我們將向您傳送信件，說明我們沒有寄送您所請求的付款的原因，以及您對決定進行上訴的權利。

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

如果您認為我們在拒絕您的付款請求時或者在我們支付的金額方面出現了錯誤，您都可以進行上訴。如果您進行上訴，也就意味著您在我們拒絕您的付款請求後，要求我們變更已作出的決定。上訴流程為包含詳細流程和重要時限在內的正式流程。要詳細瞭解如何提出上訴，請參閱本文件第 9 章

第 8 章
您的權利和責任

第 1 部分 我們的計劃必須尊重您作為本計劃會員的權利和文化敏感性

第 1.1 節 我們必須向您提供適合您並符合您的文化敏感性的資訊（英文之外的語言版本、盲文、大號印刷體或其他格式等）

您的計劃必須確保以理解文化的方式並面向所有參保人（包括英語水準有限、閱讀能力有限、患有聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人群）提供所有的服務，包括臨床和非臨床服務。計劃滿足上述無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或聽力障礙電傳（文字電話或電傳打字機電話）連接。

本計劃可提供免費的語言翻譯服務，能夠回答母語並非英語的會員提出的問題。書面材料可提供非英語版本。我們還能夠以盲文、大號字型印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們需採用便於您使用且適合您的格式向您提供計劃福利的相關資訊。要以合適方式獲得資訊，請致電會員服務部。

本計劃必須向女性參保人提供在網絡內就女性常規和預防性保健服務直接獲得女性保健專科醫師提供的服務的選項。

如果計劃網絡中某一專科的醫生無法提供服務，則計劃有責任尋找網絡外專科醫生為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需要支付網絡內的分攤費用。如果您遇到了計劃網絡內沒有專科醫師可提供您需要的承保服務的情況，請致電計劃，諮詢怎樣以網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您在以便於您使用且適合您的格式獲得計劃資訊、看女性健康專科醫師或找網絡內專科醫師方面遇到任何困難，請致電並向該計劃提出申訴（電話號碼印在本手冊背面）。您也可以透過致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)向 Medicare 提出投訴或直接向民權辦公室提出投訴：1-800-368-1019 或聽力障礙電傳 1-800-537-7697。

Sección 1.1 Nosotros debemos proporcionar información de una manera que le sirva y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se provean de una manera culturalmente competente y que estén accesibles para todos los afiliados, inclusive aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva, o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos.Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés.Los materiales escritos se encuentran disponibles en otros idiomas aparte del inglés.También podemos brindarle la información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita.Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted.Por favor, comuníquese con Servicios al Miembro para obtener información que le resulte útil.

Nuestro plan debe proveer a las mujeres inscritas la opción de un acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si en la red del plan no hay disponibles proveedores para una especialidad, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria.En este caso, solo pagará el costo compartido de la red.Si está en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio a un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a especialistas en salud de la mujer o para encontrar a un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante el plan (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto).También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

第 1.2 節 我們必須確保您能及時獲得承保範圍內的服務和藥品

您有權選擇本計劃網絡內的主治醫生(PCP)提供並安排您的承保服務。您也有權在無轉診的情況下去看女性保健專家（例如婦科醫生）。

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

若您認為您未在合理時間內獲得醫療保健服務或 D 部分藥物，第 9 章將告訴您要做什麼。

第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私

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

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

我們該如何保護您的健康資訊隱私？

- 我們將確保未授權人員不能看到或變更您的記錄。
- 除在列出的特定條件下外，如果我們將您的健康資訊交給任何並非向您提供護理或為您支付護理費用的人員，都需要首先獲得您的書面許可。書面許可哥以由您或由您授予法律權力能夠為您做出決策的人提供。
- 某些特殊情況下，我們無需首先獲得您的書面許可。這些特例是法律允許或要求的。
    - 我們需要向檢查護理品質的政府機構公開健康資訊。
    - 由於您是透過 Medicare 的本計劃會員，我們需將您的健康資訊（包括有關您 D 部分處方藥的資訊）提交給 Medicare。如果 Medicare 將您的資訊用於研究或其他用途，則應根據聯邦法令與法規進行操作；通常，這要求不共享那些可唯一識別您身份的資訊。

您可從記錄中查看該資訊，並瞭解該資訊是如何與他人分享的

您有權查看由本計劃保留的醫療記錄，並獲得記錄的副本。我們可向您收取複印費。您也有權要求我們對您的醫療記錄進行增補或修正。如果您要求我們這麼做，我們將與您的保健服務提供者合作，決定是否應作出這種變更。

您有權瞭解您的健康資訊是如何基於任何非常規原因與其他人共享的。

如果您對您的個人健康資訊隱私有任何疑問或顧慮，請致電會員服務部。

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

作為 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的會員，您有權從我處獲得幾種資訊。

如果你需要下列任何內容，請致電會員服務部：

- **有關本計劃的資訊。**其中包括諸如有關本計劃財務狀況的資訊。
- **關於網絡內服務提供者和藥房的相關資訊。**您有權獲得有關網絡內服務提供者和藥房資質以及我們如何向網絡內服務提供者進行支付的相關資訊。

- **有關您的保險以及您使用保險時必須遵守的規則的資訊。**第 3 章和第 4 章概述了關於醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章闡述了有關 D 部分處方藥保險的資訊。
- **有關不承保原因以及您該如何處理的資訊。**第 9 章說明了如何要求書面解釋為什麼一項醫療服務或 D 部分藥物不受承保或者您的保險是否受限。第 9 章還說明了如何要求我們變更決定（又被稱為「上訴」）。

第 1.5 節 我們必須支援您作出的護理相關決定的權利

您有權瞭解您的治療選項並參與決定您的保健問題

您有權透過醫生及其他醫療保健服務提供者獲得完整資訊。您的服務提供者必須以您可以理解的方式向您說明您的醫療狀況和治療選項。

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

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

如果您無法自行作出醫療決定，則您有權提供該怎麼做的指示

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

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

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

如果您希望使用「預先指示」提供您的指示，則以下為具體做法：

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

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

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

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

如果他人未遵守您的指示，該怎麼辦？

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

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

第 1.6 節 您有權進行投訴並要求我們重新考慮已作出的決定

如果您存在任何問題、疑慮或者要進行投訴，以及需要申請保險或者進行上訴，本文件第 9 章概述了您可以採取的措施。無論您做什麼——要求作出保險決定、上訴或投訴——**我們都必須對您公平以待**。

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

如果是涉及歧視的問題，請致電民權辦公室

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

還有其他問題嗎？

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

- 您可**致電會員服務部**。
- 您可**致電 SHIP**。請參閱第 2 章第 3 部分瞭解詳情。
- 或者，**您也可透過** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)致電 Medicare，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放（聽力障礙電傳：1-877-486-2048）。

第 1.8 節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

您可從多處獲得有關您權利的更多資訊：

- 您可**致電會員服務部**。
- 您可**致電 SHIP**。請參閱第 2 章第 3 部分瞭解詳情。
- 您可聯絡 **Medicare**。
  - 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載出版物《您的 Medicare 權利和保護》。（您也可透過以下網址獲得該出版物：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
  - 或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放（聽力障礙電傳：1-877-486-2048）。

第 2 部分 作為本計劃會員，您要承擔部分責任

作為本計劃會員需要履行的職責已列出如下。如有任何疑問，請致電會員服務部。

- **熟悉您的承保服務以及您為獲得承保服務而必須遵守的規則。**使用此《承保福利說明》，瞭解哪些是為您承保的服務，以及您為獲得您的承保服務而必須遵守的規則。
    - 第 3 章和第 4 章闡述了有關您醫療服務的詳細資訊。
    - 第 5 章和第 6 章闡述了有關您 D 部分處方藥保險的詳細資訊。
- **如果除了本計劃之外，您還有其他健康保險或處方藥保險，則您必須告知我們。**第 1 章介紹了對這些福利的協調。
- **告訴您的醫生和其他醫療保健服務提供者您已參見本計劃。**每當獲得醫療保健或購買 D 部分處方藥時，請出示您的計劃會員卡。
- **向您的醫生和其他服務提供者提供資訊、提出問題並堅持接受護理治療，協助他們為您提供幫助。**
    - 要獲得最佳護理服務，請將您的健康問題告知醫生和其他健康服務提供者。堅持遵守您和您的醫生都認同了的治療方案和指導。
    - 確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥品（包括非處方藥、維生素和膳食補充劑）。
    - 如果您有任何問題，請務必提出來，您會得到自己能夠理解的回答。
- **為他人著想。**我們希望所有會員都能尊重其他病患的權利。我們也希望您在行事時能夠有助於您醫生的辦公室、醫院和其他辦公室的順利營運。
- **支付欠款。**作為計劃會員，您應負責支付以下費用：
    - 您必須支付您的計劃保費。
    - 您必須繼續支付 Medicare B 部分保費才能繼續保持本計劃會員資格。
    - 對於本計劃承保的大部分醫療服務或藥品，您必須在購買這些服務或藥品時支付您的分攤費用。
    - 如果您被要求支付延遲參保罰款，則您必須支付該罰款，才能令您的處方藥保持在承保範圍之內。
    - 如果您因年收入而需要支付 D 部分額外費用，則您必須繼續將此額外費用直接支付給政府，以維持您的本計劃會員資格。
- **如果您在我們的服務區域內搬遷，我們需要知道**，以便能夠更新您的會員記錄並瞭解您的聯絡方式。
- **如果您要搬遷到本計劃服務區域之外的地方，您將無法保持本計劃會員資格。**
- 如果您要搬遷，還請務必告訴 Social Security（或 Railroad Retirement Board）。

第 9 章：

若有疑問，您該怎麼做（承保決定、上訴、投訴）

第 1 部分 簡介

第 1.1 節 發生問題或投訴時的處理方法

本章闡述了處理問題與疑慮的兩種程序：

- 針對某些問題，**您需要使用保險決定和上訴流程。**
- 針對其他問題，**您需要使用投訴流程**；又被稱為「申訴」。

這兩種程序均已獲得 Medicare 的認可。每一流程均有一套我們必須遵循的規則、程序和時限。

第 3 部分的指南將協助您確認正確的流程以及您應當採取的措施。

第 1.2 節 有關法律術語的情況如何？

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

- 用較為簡單的詞語來替代某些法律術語。例如：本章通常稱「進行投訴」，而非「提起申訴」；使用「保險決定」而非「組織裁定」或「保險裁定」或「風險裁定」；採用「獨立審查組織」而非「獨立審查實體」。
- 本章中還儘量少使用縮略語。

但是，如果您知道正確的法律術語，可能會有幫助，有時這一點非常重要。瞭解該使用哪些術語將幫助您以更準確的方式進行交流，並獲得您所處情況下的正確協助或資訊。為幫助您瞭解應使用哪些術語，我們在提供具體情況類型的處理細節時，將法律術語也包含其中。

第 2 部分 從何處獲得更多資訊和個人化援助

我們始終竭誠為您服務。即使您要針對我們對待您的方式提出投訴，我們也有義務尊重您的投訴權利。因此，您始終都應當聯絡客戶服務部獲得協助。但是，某些情況下，您可能還希望從與我們沒有聯絡的人員處獲得協助或指導。下面兩個實體組織可以為您提供協助。

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

每個州都有一個政府設立的計劃，其中有接受過訓練的諮詢師。該計劃與我們或任何保險公司或醫療保險均沒有聯絡。該計劃中的法律顧問可幫助您瞭解您應使用哪個程序處理正

面臨的問題。他們還能夠回答您的問題、為您提供更多資訊，並就該怎麼做提供指導意見。

SHIP 法律顧問所提供的服務為免費服務。您會在本文件第 2 章第 3 部分找到電話號碼和網站 URL。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 獲得幫助。要聯絡 Medicare：

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

第 3 部分 您應採用哪種程序處理您的問題？

如果您有問題或疑問，則您僅需閱讀本章中適宜於您的情況的部分即可。以下指南將對您有所協助。

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

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

是。

繼續進入本章的下一個部分，**第 4 部分"保險決定和上訴基礎知識指南**。"

否。

跳到本章末尾**第 10 部分：「怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其它問題。」**

保險決定和上訴

第 4 部分 保險決定和上訴基礎知識指南

第 4.1 節 要求作出保險決定並進行上訴：概況

保險決定以及上訴處理與您的福利以及醫療服務與處方藥保險相關的問題（其中包括付款）。這是您處理諸如某項服務或藥品是否被承保及其承保方式等問題時所採用的程序。

在接受服務前詢問保險決定

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療服務或藥品支付的金額作出的決定。例如：每當您從您的計劃網絡內醫生處得到醫療保健或者當其將您轉介給醫療專科醫生時，您的計劃網絡內醫生就為您作出了（有利的）保險決定。您或您的醫生還可以聯絡我們，要求我們在您的醫生不確定我們是否將承保某項特殊醫療服務或拒絕提供您認為您需要的醫療保健時作出保險決定。換言之，如果您希望在接受到某項醫療服務前瞭解其是否在承保範圍之內，就可以要求我們為您作出保險決定。

在有限的情況下，保險決定請求將被駁回，這意味著我們不會審核該請求。請求會被駁回的範例有：請求不完整，代表您提出請求的人員沒有獲得合法授權，或者您要求撤回請求。如果我們駁回了保險決定請求，我們將傳送通知，解釋為什麼該請求被駁回，以及如何要求對該駁回進行審核。該審核是一種正式流程，被稱為「上訴」。

我們在確定為您承保的內容以及我們應支付的金額時，就是在為您作出保險決定了。在某些情況下，我們可能決定不承保某服務或藥品，或就您而言，Medicare 不再承保這些服務或藥品。如果您對該保險決定有異議，可進行上訴。

上訴

如果我們作出保險決定，不管時間是在接受服務前還是在接受服務後，並且您感到不滿意，您可以對決定提出「上訴」。上訴是一種要求我們審核和變更已作出的保險決定的正式方法。在某些情況下（我們將在稍後討論），您可以申請「加快」保險決定，或者對保險決定進行「快速上訴」。您的上訴將由作出原始決定者之外的不同審核員進行處理。

當您首次對某一決定提起上訴時，這稱為第 1 級上訴。在該上訴中，我們將對我們作出的保險決定進行審核，以檢查我們是否恰當地遵循了規則。完成覆核後，我們將向您提供我們的決定。在有限的情況下，1 級上訴的請求將被駁回，這意味著我們不會審核該請求。請求會被駁回的範例有：請求不完整，代表您提出請求的人員沒有獲得合法授權，或者您要求撤回請求。如果我們駁回了 1 級上訴請求，我們將發出通知，解釋為什麼該請求被駁回，以及如何要求對該駁回進行覆核。

如果我們沒有駁回您的個案，但是完全或部分拒絕了您的 1 級上訴，您可進入 2 級上訴。第 2 級上訴由與我們沒有關聯的獨立審查組織來執行。（醫療服務和 B 部分藥物的上訴將自動傳送給獨立審查組織，用於 2 級上訴——您無需採取任何措施。對於 D 部分藥物上訴，如果我們完全或部分拒絕了您的上訴，您需要申請 2 級上訴。本章第 6 部分進一步討論了 D 部分上訴）。如果您對 2 級上訴的決定感到不滿意，則可以繼續訴諸於更多等級的上訴（本章第 9 部分解釋了 3 級、4 級和 5 級上訴流程）。

第 4.2 節 您在要求作出保險決定或進行上訴時，應如何獲得幫助

以下是您決定要求作出任何類型的保險決定或對某決定進行上訴時可使用的資源：

- 您可以**致電聯絡我們的會員服務部**。
- 您可以從 State Health Insurance Assistance Program **那裡免費獲得幫助**。
- **您的醫生可為您提出請求。**如果您的醫生在 2 級之後的上訴提供協助，則需要委任他們擔任您的代表。請致電會員服務部，索取「代表委任」表。（您也可從 Medicare 的網站下載該表格：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。）
    - 對於醫療保健或 B 部分處方藥問題，您的醫生可代表您要求作出保險決定或進行 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒，則其將自動轉入第 2 級。
    - 對於 D 部分處方藥問題，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求作出保險決定或者提起 1 級上訴。如果您的 1 級上訴被否決，您的醫生或處方醫生可以申請 2 級上訴。
- **您可以請其他人作為您的代表。**如果您希望，則可請其他人作為您的「代表」，要求作出保險決定或進行上訴。
    - 如果您希望您的朋友、親戚或他人作為您的代表，請致電會員服務部並索取「代表委任」表。（您也可從 Medicare 的網站下載該表格：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。）該表格准許此人作為您的代表。表格上必須有您和您希望令其作為您代表的人士的簽名。您必須向我們提交一份已簽署的表格。
    - 雖然沒有此表，我們也能受理上訴請求，但是，我們在收到此表前無法開始或完成審核。如果我們在收到上訴請求 44 個日曆日內未收到該表（我們針對您的上訴作出決定的截止日期），您的上訴將被駁回。如果發生這種情況，我們將向您寄送書面通知，說明您的權利——要求獨立審查組織覆核我們駁回您的上訴的決定。
- **您還有權聘請律師。**您可以聯絡您自己的律師，或從當地律師協會或其他轉介服務處獲得律師的姓名。如果您符合資格，還可從某些團體取得免費的法律服務。但是，**您不需要聘請律師**以要求作出任何形式的保險決定或對某項決定進行上訴。

第 4.3 節 本章中的哪一部分提供了針對您的狀況的細節？

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

- 本章的**第 5 部分**：「您的醫療保健：如何要求作出保險決定或進行上訴」
- 本章的**第 6 部分**：「您的 D 部分處方藥：如何要求作出保險決定或進行上訴」
- 本章的**第 7 部分**：「如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保」
- 本章的**第 8 部分**：「如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保（僅適用於以下服務：家庭保健、專業康復機構保健以及綜合門診復健機構(CORF)服務）

若您不確定您該應用哪一小節，請致電聯絡會員服務部。您還可從諸如您的 SHIP 等政府組織獲得協助或資訊。

第 5 部分 您的醫療保健：如何要求作出保險決定或對保險決定進行上訴

第 5.1 節 本節闡述了當您在獲得醫療保健保險時遇到困難或者當您希望我們向您返還您護理費用中我們的分攤部分時該怎麼做

本節內容涉及您的醫療保健福利和服務。本文件第 4 章對這些福利進行了描述：《醫療福利表》（承保項目和付費項目）。為簡單起見，我們通稱「醫療保健保險」或「醫療保健」，其中包括醫療物品和服務，以及 Medicare B 部分處方藥。在某些情況下，不同的規則適用於 B 部分處方藥請求。在這些情況下，我們將解釋 B 部分處方藥的規則與醫療項目和服務的規則有何不同。

本節向您介紹在以下五種情況下您該如何操作：

1. 您未能獲得您想要的特定醫療保健服務，同時，您認為該保健服務是在本計劃承保範圍之內的。**要求作出保險決定。第 5.2 節.**

2. 本計劃不認可您的醫生或其他醫療保健服務提供者希望為您提供的醫療保健服務，但您認為該項保健服務是在本計劃承保範圍之內的。**要求作出保險決定。第 5.2 節.**

3. 您得到了您認為在本計劃承保範圍之內的醫療保健，但是，我們已表明我們將不支付此保健費用。**進行上訴。第 5.3 節.**

4. 您得到並已支付了您認為在本計劃承保範圍之內的醫療保健，並希望本計劃為您核退該保健費用。**將帳單寄送給我們。第 5.5 節**

5. 您得知某種您一直在接受且我們之前也已認可了的醫療保健保險將降低保額或停止承保，您認為降低或停止該保健的保險費用將有害於您的健康。**進行上訴。第 5.3 節**

   注意：如果將要被停止的保險是針對住院治療、家庭保健、專業康復機構保健或綜合門診復健機構(CORF)服務，則您需要閱讀本章的第 7 部分和第 8 部分。這些類型的保健服務適用特殊規則。

第 5.2 節 步驟：如何要求我們作出保險決定

法律術語
保險決定涉及您的醫療保健時，將被稱為「**組織裁定**」。 「快速保險決定」又名「**加急裁定**」。

步驟 1：決定您需要「標準保險決定」還是「快速保險決定」。

「標準保險決定」通常在 14 天內作出，對於 B 部分藥物，則在 72 小時內作出。**醫療服務的「快速保險決定」通常在 72 小時內作出，而對於 B 部分藥物，則在 24 小時內作出。**要獲得快速保險決定，您必須滿足兩個要求：

- 您只能要求對您尚未接受的醫療保健服務進行承保。
- 僅當使用標準截止日期可對您的健康帶來嚴重傷害或損害您的行動能力時，您才可獲得快速保險決定。
- **如果您的醫生告訴我們，您因健康問題需要我們作出「快速保險決定」，我們將自動同意為您作出快速保險決定。**
- **如果您在沒有醫生支援的情況下，自行要求獲得快速保險決定，我們將自行確定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。**如果我們沒有核准快速保險決定，則會向您寄送一封信件：
  - 解釋我們將使用標準截止日期
  - 解釋如果您的醫生要求快速保險決定，那麼我們將自動為您作出快速保險決定
  - 解釋如果我們為您作出標準保險決定而非您所要求的快速保險決定，您該如何提出「快速投訴」。

步驟 2：要求我們的計劃作出保險決定或快速保險決定。

- 由向本計劃致電、寫信或傳真的方式向我們提出授權或為您希望獲得的醫療保健提供保險的請求。您、您的醫生或您的代表都可以這樣做。第 2 章列出了聯絡資訊。

步驟 3：我們考慮您的醫療保健保險請求，並為您作出答覆。

對於標準保險決定，我們使用標準截止日期。

這意味著，我們將在收到您關於醫療項目或服務的請求後 14 個日曆日內給您答覆。若您請求 Medicare B 部分處方藥，我們將在收到請求後 **72** 小時內向您作出答覆。

- **但是**，如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多有益於您的資訊，我們可最多再用 14 天的時間（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們要再多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長決定時間。
- 如果您認為我們不應該延長決定時間，您可進行「快速投訴」。我們將在作出決定後儘快回覆您的投訴。（投訴程序不同於要求作出保險決定和上訴的程序。閱讀本章第 10 部分以獲得更多關於投訴的資訊。）

對於快速保險決定，我們會加急處理

快速保險決定意味著如果您提出關於醫療項目或服務的請求，我們將在 72 個小時內給您答覆。若您請求 Medicare B 部分處方藥，我們將在 24 小時內向您作出答覆。

- **但是**，如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多有益於您的資訊，**我們可最多再用 14 天的時間**。如果我們要再多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長決定時間。
- 如果您認為我們不應該延長決定時間，您可進行「快速投訴」。（閱讀本章第 10 部分以獲得更多關於投訴的資訊。）我們作出決定後就會立即向您致電。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，**我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。

步驟 4：如果我們拒絕您針對醫療保健承保的申請，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮該決定。上訴意味著再次要求獲得您想要的醫療保健保險。如果您提出上訴，則表示您將進入 1 級上訴流程。

第 5.3 節 步驟：如何進行第 1 級上訴

法律術語
針對本計劃醫療保健保險決定進行的上訴叫作計劃「**覆議**」。 「快速上訴」又稱為「**加急覆議**」。

步驟 1：決定您需要「標準上訴」還是「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 30 天內作出答覆。「快速上訴」通常在 72 小時內作出答覆。

- 如果您正在對我們針對您尚未得到的保健保險作出的決定提出上訴，您和/或您的醫生將需要決定您是否需要「快速上訴」。如果您的醫生告訴我們您因健康問題需要進行「快速上訴」，我們將為您進行快速上訴。
- 獲得「快速上訴」的要求與本章第 5.2 節所述的「快速保險決定」要求相同。

步驟 2：向我們的計劃提出上訴或快速上訴

- **如果您要求進行標準上訴，請書面提交您的標準上訴。**第 2 章列出了聯絡資訊。
- **若您要求快速上訴，您可提出書面上訴或致電我們。**第 2 章列出了聯絡資訊。
- **您必須在我們向您發出書面通知（告訴您我們針對保險決定作出的答覆）之日 60** 個日曆日內提出上訴請求。如果您錯過了此截止日期並有充分的錯失理由，請在您提出上訴時說明延遲上訴的理由。我們將給您更多時間進行上訴。正當理由範例包括：您因重病無法聯絡我們，或我們向您提供了錯誤或不完整的上訴申請截止日期相關資訊。
- **您可以索取與您的醫療決定相關的資訊副本。您和您的醫生可以新增更多資訊，來為您的上訴提供支撐。**我們可向您收取複印並寄送此資訊的費用。

步驟 3：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

- 我們的計劃審核您的上訴時，我們將仔細檢查所有資訊。我們將核查我們在拒絕您的請求時是否遵守了所有的規則。
- 我們將收集更多需要的資訊，可能會聯絡您或您的醫生。

快速上訴時限

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內提供我們的答覆。**如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。

  - 但是，如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多或許有益於您的資訊，**我們可最多再用 14 個日曆日的時間**（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們要再多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長時間。
  - 如果我們未能在 72 小時內（或者如果我們延期了，則在延長期限末）給您答覆，我們將按照要求將您的請求自動送入第 2 級上訴程序，在這一階段，將由獨立審查組織對其進行審核。第 5.4 節解釋了 2 級上訴流程。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，就必須在接到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們已同意提供的保險。
- **如果我們拒絕您所提出的部分或全部要求**，我們將向您傳送我們的書面決定，並將自動將您的上訴提交給獨立審查組織，進行 2 級上訴。獨立審查組織將在收到您的上訴時以書面形式向你發出通知。

標準上訴時限

- 對於標準上訴，**我們必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內向您提供我們的答覆**。若您請求您尚未得到的 Medicare B 部分處方藥，我們就將在接到您的上訴後 7 個日曆日內為您作出答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
  - 但是，如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多或許有益於您的資訊，**我們可最多再用 14 個日曆日的時間**（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們要再多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則我們不能延長決定時間。
  - 如果您認為我們不應該延長決定時間，您可進行「快速投訴」。您提交快速投訴後，我們將在 24 小時內針對您的投訴提供答覆。（閱讀本章第 10 部分以獲得更多關於投訴的資訊。）
  - 如果我們未能在上述截止日期內（或者在延長期限前）給您答覆，我們將把您的請求送入 2 級上訴程序，在這一階段，將由獨立審查組織對您的上訴進行審核。第 5.4 節解釋了 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，就必須在 30 個日曆日（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）或 7 個日曆日內（如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求）授權或提供保險。
- **如果我們的計劃拒絕您所提出的部分或全部上訴**，我們將自動將您的上訴提交給獨立審查組織，進行 2 級上訴。

第 5.4 節 步驟：第 2 級上訴是如何進行的

法律術語
該「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查實體**」。有時又稱「**IRE**」。

該獨立審查組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。該組織與我們沒有聯絡，且並非政府機構。該組織判定我們的決定是否正確，或者是否應當變更我們的決定。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：獨立審查組織將對您的上訴進行覆核。

- 我們將把您的相關上訴資訊寄送給該組織。該資訊又稱「個案卷宗」。**您有權向我們索取您的個案卷宗副本。**我們可向您收取複印並寄送此資訊的費用。
- 您有權向該獨立審查組織提供額外資訊，來為您的上訴提供支撐。
- 獨立審查組織的審核員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

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

- 對於「快速上訴」，審查組織必須在收到您的上訴後 **72 小時內對您的** 2 級上訴作出答覆。
- 但是，如果您提出關於醫療項目或服務的請求，以及獨立審查組織需要收集更多或許有益於您的資訊，**則其可最多再用 14 個日曆日的時間**。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則獨立審查組織不能延長決定時間。

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

- 對於「標準上訴」，如果您提出關於醫療項目或服務的請求，**審查組織必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內對您的** 2 級上訴作出答覆。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則審查組織必須在接到您的上訴請求後 7 個日曆日內對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 但是，如果您提出關於醫療項目或服務的請求，以及獨立審查組織需要收集更多或許有益於您的資訊，**則其可最多再用 14 個日曆日的時間**。如果您提出關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則獨立審查組織不能延長決定時間。

步驟 2：獨立審查組織會對您進行答覆。

獨立審查組織將以書面形式向您告知其決定，並解釋原因。

- **如果該審查組織認同了您針對醫療物品或服務的部分或全部請求**，我們就必須在收到審查組織作出的針對標準請求的決定後 72 小時內授權醫療保健保險或在 14 個曆日內提供服務。對於加急請求，我們從收到審查組織的決定開始有 72 小時的時間。
- **如果該審查組織認同了您的部分或全部 Medicare B 部分處方藥請求**，我們就必須在收到審查組織作出的針對標準請求的決定後的 72 小時內授權或提供 B 部分處方藥。對於加急請求，我們從收到審查組織的決定開始有 24 小時的時間。

- **如果該組織拒絕了您的部分或全部請求，**就意味著他們認同我們關於不應核准您的醫療保健保險請求（或您的部分請求）的決定。（這被稱為「維持決定」或「駁回上訴」。）。這種情況下，獨立審查組織將向您寄送一封信件：
  - 解釋其決定
  - 向您告知，如果醫療保健的金額達到一個特定的最低額，那麼您有權提出 3 級上訴。您收到來自獨立審查組織的書面通知將向您說明，您必須達到多少金額才能繼續上訴流程。
  - 向您告知如何提出 3 級上訴。

步驟 3：如果您的個案符合要求，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有五個上訴等級）。如果您決定提起 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您 2 級上訴後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。本章第 9 部分闡述了 3、4、5 級上訴流程。

第 5.5 節 如果您要求我們支付您已收到的醫療保健帳單中我們的分攤費用會怎樣？

第 7 章闡述了您何時需要我們對您從某服務提供者處收到的帳單進行償付或支付。本章亦將介紹了如何向我們傳送要求我們支付的書面資料。

要求償付即要求我們作出保險決定

如果您向我們傳送紙本文書要求償付，則您詢問的是保險決定。為作出此決定，我們將核查您支付的醫療保健是否為承保範圍內的服務。我們還將核查您是否遵守了使用醫療保健保險的所有規則。

- **如果我們同意您的請求**：如果醫療保健服務在承保範圍之內，並且您也遵守了所有的規則，我們將在收到您的請求後 60 個日曆日內支付我們的費用分攤。如果您尚未支付服務費用，我們將直接把費用支付給服務提供者。
- **如果我們拒絕您的請求：**如果醫療保健服務不在承保範圍內，或者您未遵守所有的規則，我們將不支付費用。相反，我們將向您寄送信件，說明我們將不支付服務費用以及拒絕支付的原因。

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

如欲提出此項上訴，請遵循第 5.3 節所述的上訴程序。對於和償付相關的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 60 個日曆日內提供我們的答覆。如果您要求我們核退您已得到並支付的醫療保健服務，則您將不能要求進行快速上訴。
- 如果獨立審查組織決定我們應當支付費用，我們就必須在 30 個日曆日內向您或服務提供者支付費用。如果在第 2 級以後的任意上訴階段，針對我們上訴的答覆為「是」，我們就必須在 60 個日曆日內向您或服務提供者支付您所要求的費用。

第 6 部分　您的 D 部分處方藥：如何要求作出保險決定或進行上訴

第 6.1 節　本節闡述了當您在獲得 D 部分處方藥時遇到困難或者當您希望我們為您償付您的 D 部分處方藥時該怎麼做

您的福利包括多種處方藥保險。要被承保，就必須針對醫學公認的病症用藥。（參閱第 5 章，瞭解關於「醫學公認病症」的更多資訊。）欲瞭解關於 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳情，請參閱第 5 章及第 6 章。**本節僅與您的 D 部分藥品相關。**為簡潔起見，我們在本節其餘部分統稱「藥品」，而非每次都重複表述「承保門診處方藥」或「D 部分藥品」。我們還使用「藥物清單」這個詞，而不是「承保藥物清單」或者「處方一覽表」。

- 如果您不知道一種藥物是否承保，或者不知道自己是否符合規則，可以向我們詢問。一些藥物要求您先獲得我們的核准，然後我們才會對它承保。
- 如果藥房告訴您，您的處方無法以書面形式開立，藥房將向您傳送一份書面通知，說明如何聯絡我們並要求我們作出保險決定。

D 部分保險決定和上訴

法律術語
有關您 D 部分藥品的初始保險決定稱作「**保險裁定**」。

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的藥品支付的金額作出的決定。本節向您介紹在以下情況下您該如何操作：

- 要求我們對不在本計劃承保藥物清單上的 D 部分藥物進行承保。**申請特例處理。第 6.2 節**
- 要求免除本計劃對某藥品保險的限制（例如對您可獲得的藥品數量的限制）。**申請特例處理。第 6.2 節**
- 要求獲得一種藥物的事先核准。**要求作出保險決定。第 6.4 節**
- 支付您已經購買的處方藥費用。**要求我們對您進行償付。第 6.4 節**

如果您對我們已作出的保險決定有異議，則可對我們的決定提起上訴。

本節向您介紹如何要求承保決定，如何要求上訴。

第 6.2 節 什麼是特例？

法律術語
要求得到不在藥物清單上的藥品的保險（有時也稱要求獲得「**處方一覽表特例**」）。 要求免除某種藥品保險的限制（有時也稱要求獲得「**處方一覽表特例**」）。

如果某種藥品並非以您所希望的方式承保，則您可要求我們提供「特例」。特例是保險決定的一種。

為了讓我們考慮您的特例處理申請，您的醫生或其他處方醫生將需要解釋您需要我們核准此特例的醫療理由。以下為您或您的醫生或其他開藥者可以要求我們提供的特例的兩個範例：

1. **為您承保不在我們的藥物清單中的 D 部分藥物。**如果我們同意為不在藥物清單上的藥物進行承保，您將需要支付適用於您所有藥物的分攤費用金額。您不能要求對我們要求您支付的藥費分攤費用提供特例
2. **免除某承保藥物的保險限制**。第 5 章介紹了適用於藥物清單上某些藥物的額外規則或限制。如果我們同意提供特例並為您免除限制，您可以要求我們對我們要求您支付的藥品自付費用或共同保險金額提供特例。

第 6.3 節 要求獲得特例應瞭解的重要事項

您的醫生必須向我們告知醫療理由。

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

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

我們可以同意或拒絕您的請求

- 如果我們核准了您的特例請求，我們的核准有效期通常為本計劃的年末。只要您的醫生繼續為您開出該藥品，並且此藥品在治療您的症狀時仍安全有效，這就是真的。

- 如果我們拒絕了您的請求，您可以透過上訴要求再次進行覆核。

第 6.4 節 步驟：如何要求我們作出保險決定（包括特例）

法律術語
「快速保險決定」又名「**加急保險裁定**」。

步驟 1：決定您需要「標準保險決定」還是「快速保險決定」。

「**標準保險決定**」在我們收到您醫生說明後的 **72 小時內作出答覆**。「**快速保險決定**」在我們收到您醫生說明後的 **24 小時內作出答覆**。

如果您因健康問題需要，可要求我們為您作出「快速保險決定」。要獲得快速保險決定，您必須滿足兩個要求：

- 您必須針對您尚未獲得的藥物提出請求。（您不能要求快速保險決定針對您已經購買的藥物進行償付。）
- 使用標準時限可能嚴重危及您的健康，或者損害您的功能能力。
- **如果您的醫生或其他處方醫生告訴我們，您因健康問題需要我們作出「快速保險決定」，我們將自動為您作出快速保險決定。**
- **如果您在沒有您的醫生或處方醫生支援的情況下，自行要求獲得快速保險決定，我們將自行決定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。**如果我們沒有核准快速保險決定，則會向您寄送一封信件：
    - 解釋我們將使用標準截止日期。
    - 解釋如果您醫生或其他處方醫生要求快速保險決定，那麼我們將自動為您作出快速保險決定
    - 向您告知如果我們為您作出標準保險決定而非您所要求的快速保險決定，您該如何提出「快速投訴」。我們將在收到後 24 小時內答覆您的投訴。

步驟 2：申請「標準保險決定」或「快速保險決定」。

由向本計劃致電、寫信或傳真的方式向我們提出授權或為您希望獲得的醫療保健提供保險的請求。您也可透過我們的網站獲得保險決定程序。我們必須接受所有的書面請求，其中包括：以 CMS 型裁定申請書形式提交的請求（可從我們的網站上下載）。第 2 章列出了聯絡資訊。為協助我們處理您的申請，請務必要加入您的姓名、聯絡資訊以及用來確認針對被否決的索賠提出上訴的資訊。

您、您的醫生（或其他處方醫生）或您的代表都可以這樣做。您亦可聘請一名律師替您行事。本章的第 4 部分闡述了您可如何向他人授予書面許可以令其作為您的代表。

- 如果您正在申請獲得特例，則請提供「支援性聲明」，這是特例的醫學原因。您的醫生或其他處方醫生可向我們傳真或郵寄該說明。或者，您的醫生或其他開藥者可透過電話告訴我們，並且，如有需要，可傳真或郵寄書面說明進行追蹤。

步驟 3：我們將考慮您的請求並向您提供我們的答覆。

快速保險決定時限

- 一般而言，我們必須在收到您的申請後 **24 小時內提供我們的答覆**。
    - 對於特例，我們將在收到您醫生提交的支援性聲明後 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
    - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行覆核。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，就必須在接到您的請求或您醫生的說明（用以支持您的請求）後 24 小時內提供我們已同意提供的保險。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」**，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

有關對您尚未獲得的藥物的標準承保決定的時限

- 一般而言，我們必須在收到您的申請後 **72 小時內提供我們的答覆**。
    - 對於特例，我們將在收到您醫生提交的支援性聲明後 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
    - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行覆核。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，就必須在接到您的請求或您醫生的說明（用以支援您的請求）後 **72 小時內提供我們已同意提供的保險**。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」**，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

有關已購買藥品付款的「標準承保決定」時限

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**提供我們的答覆。
    - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行覆核。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，也必須在接到您的請求後 14 個日曆日內為您進行支付。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」**，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的保險請求，則您可提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮該決定。上訴意味著再次要求獲得您想要的藥物保險。如果您提出上訴，則表示您將進入 1 級上訴流程。

第 6.5 節 步驟：如何進行第 1 級上訴

法律術語
針對本計劃 D 部分藥品保險決定進行的上訴叫作計劃「**重新裁定**」。 「快速上訴」又稱為「**加急覆議**」。

步驟 1：決定您需要「標準上訴」還是「快速上訴」。

標準上訴通常在 7 天內作出答覆。**快速上訴通常在 72 小時內作出答覆。若您的健康狀況有此需要，請要求快速上訴**

- 如果您正在對我們針對您尚未得到的藥品作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他開藥者將需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」的要求與本章第 6.4 節所述的「快速保險決定」要求相同。

步驟 2：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須聯絡我們，進行 1 級上訴。如果您的健康問題需要快速回應，則您必須要求進行**「快速上訴」**。

- **對於標準上訴**，提出書面申請，或者致電聯絡我們。第 2 章列出了聯絡資訊。
- **對於快速上訴，請提出書面上訴或致電聯絡我們（第 2 章第 1 部分中列出了電話號碼**（當您對您的 D 部分處方藥進行上訴時該如何聯絡我們）。第 2 章列出了聯絡資訊。
- **我們必須接受所有的書面請求**，其中包括：以 CMS 型裁定申請書形式提交的請求（可從我們的網站上下載）。請務必加入您的姓名、聯絡資訊以及關於您索賠的資訊，來協助我們處理您的申請。
- 要以電子方式提交一份保險裁定申請，請瀏覽我們的網站 www.metroplusmedicare.org 並按一下「申訴、保險裁定和上訴」頁面。
- **您必須在我們向您發出書面通知（告訴您我們針對保險決定作出的答覆）之日 60 個日曆日內提出上訴請求**。如果您錯過了此截止日期並有充分的錯失理由，請在您提出上訴時說明延遲上訴的理由。我們將給您更多時間進行上訴。正當理由範例包括：您因重病無法聯絡我們，或我們向您提供了錯誤或不完整的上訴申請截止日期相關資訊。

- **您可在上訴中索取資訊副本，並增加更多資訊。**您和您的醫生可以新增更多資訊，來為您的上訴提供支撐。我們可向您收取複印並寄送此資訊的費用。

步驟 3：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

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

快速上訴時限

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內提供我們的答覆**。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
    - 如果我們未能在 72 小時內給您答覆，我們就按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行審核。第 6.6 節解釋了 2 級上訴流程。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，就必須在接到您的上訴後 72 小時內提供我們已同意提供的保險。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」**，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因，並告訴您該如何對我們的決定提起上訴。

針對您尚未得到的藥物的「標準上訴」截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內向您提供我們的答覆**。如果您尚未得到該藥品且您的健康狀況需要我們這樣做，我們將更早為您作出決定。
    - 如果未能在 7 個日曆日內為您作出決定，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行覆核。第 6.6 節解釋了 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您的部分或全部請求的回答**，就必須根據您的健康要求儘快提供保險，不得晚於我們收到您上訴後的 7 個日曆日。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」**，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因，並告訴您該如何對我們的決定提起上訴。

有關已購買藥物付款的「標準上訴」截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**提供我們的答覆。
    - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行覆核。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，也必須在接到您的請求後 30 個日曆日內為您進行支付。

- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」**，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

步驟 4：如果我們拒絕了您的上訴，則您可決定是否希望繼續執行上訴程序並提起另一輪上訴。

- 如果您決定繼續提起另一輪上訴，則表示您的上訴將進入 2 級上訴程序。

第 6.6 節 步驟：如何進行第 2 級上訴

法律術語
該「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查實體**」。有時又稱「**IRE**」。

該獨立審查組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。該組織與我們沒有聯絡，且並非政府機構。該組織判定我們的決定是否正確，或者是否應當變更我們的決定。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫生）必須聯絡獨立審查組織並要求對您的個案進行審核。

- 如果我們拒絕了您的第 1 級上訴，**我們寄送給您的書面通知中將包括如何向獨立審查組織提起第 2 級上訴的說明**。這些說明將闡述誰能夠進行第 2 級上訴、您必須遵守的截止日期，以及如何聯絡該審查組織。但是，如果我們沒有在適用的時間範圍內完成審核，或者根據我們的藥物管理計劃，對一個「處於危險中」的裁定作出了不利決定，那麼我們將自動將您的索賠提交給獨立審核實體(IRE)。
- 我們將把您的相關上訴資訊寄送給該組織。該資訊又稱「個案卷宗」。**您有權向我們索取您的個案卷宗副本。**我們可向您收取複印並寄送此資訊的費用。
- 您有權向該獨立審查組織提供額外資訊，來為您的上訴提供支撐。

步驟 2：獨立審查組織將對您的上訴進行覆核。

獨立審查組織的審核員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

「快速上訴」截止日期

- 如果您因健康問題而有需要，則可要求該獨立審查組織進行「快速上訴」。
- 如果該組織同意為您進行「快速上訴」，則其必須在接到您的上訴請求後 **72 小時內對您的第 2 級上訴作出答覆。**

標準上訴截止日期

- 對於標準上訴，如果是關於您尚未收到的藥物，**則審查組織必須在接到您的上訴請求後 7** 個日曆日內對您的 2 級上訴作出答覆。如果您申請我們向您返還您已購買的藥物費用，審查組織必須在接到您的第 2 級上訴後的 14 個日曆日內答覆您。

步驟 3：獨立審查組織會對您進行答覆。

對於快速上訴：

- **如果該獨立審查組織認同了您的部分或全部請求**，我們就必須在收到審查組織作出的決定後 **24 小時內**提供由該審查組織核准的藥品保險。

對於標準上訴：

- **如果該獨立審查組織認同了您的部分或全部保險請求**，我們就必須在收到審查組織作出**的決定後 72 小時內**提供由該審查組織核准的藥物保險。
- **如果該獨立審查組織核准了您已購買藥物的償付請求**，我們就必須在接到該審查組織作出**的決定後 30 個日曆日**內向您支付該費用。

如果該審查組織拒絕了您的上訴會怎樣？

如果該組織拒絕了**您的部分或全部上訴**，就意味著他們認同我們關於不應核准您請求（或您的部分請求）的決定。（這被稱為「維持原判」。亦稱為「駁回您的上訴」）。這種情況下，獨立審查組織將向您寄送一封信件：

- 解釋其決定。
- 向您告知，如果您正在申請的藥物保險金額達到一個特定的最低額，那麼您有權提出 3 級上訴。如果您正在請求的藥物保險美元值過低，則無法繼續上訴，同時，第 2 級的決定即為最終決定。
- 告知您要繼續進行上訴流程，爭議中必須涉及的美元數額。

步驟 4：如果您的個案符合要求，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有五個上訴等級）。
- 如果您決定提起 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您 2 級上訴決定後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 7 部分 如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保

住院後，您將有權獲得診斷及治療您的疾病或損傷所需的所有承保醫院服務。

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

- 您離開醫院的日期稱為「**出院日期**」。
- 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員將通知您。
- 如果您認為您過早被要求離開醫院，您可請求更長的住院時間，您的請求也將得到考慮。

第 7.1 節 住院治療期間，您將得到 Medicare 傳送的書面通知說明您的相關權利

住院後兩天內，您將收到名為「來自 Medicare 的有關您權利的重要訊息」的書面通知。每個 Medicare 參保人都將收到一份這樣的通知。如果您未從醫院的人那裡收到此通知（例如個案員工或護士），請向任意醫務人員索取。如果您需要幫助，請致電會員服務部或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放（聽力障礙電傳：1-877-486-2048）。

1. **請認真閱讀此通知，如有不理解之處，敬請提出問題。**該清單告訴您：
   - 您有權在住院期間及出院以後，遵照醫囑得到 Medicare 承保的服務。其中包括有權知曉這些服務是什麼、誰將支付這些服務費，以及您可從何處得到這些服務。
   - 您有權參與關於您住院情況的任何決定中。
   - 向何處舉報您的住院治療服務品質相關問題。
   - 如果您認為自己過早被要求出院，您有權對您得到的出院決定請求立即覆核。請求立即覆核是一種要求延遲出院日期的正式法律途徑，藉此，我們便可以為您承保更長時間的醫院治療服務。
2. **您需要簽署書面通知表明您已獲得並瞭解了您的權利。**
   - 您或代表您的他人需要簽署該通知。
   - 簽署該通知僅表明您已得到有關您權利的資訊。該通知中不會給出您的出院日期。簽署該通知**並不意味著**您認同該出院日期。

3. **請將您的通知副本儲存在方便拿取的位置**，以便在需要時可獲得關於進行上訴（或舉報護理服務品質相關問題）的資訊。
   - 如果您在出院日期前兩天以上時間簽署了該通知，則您將在規定出院前再得到一份副本。
   - 要提前檢視此通知副本，您可致電會員服務部或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。您也可登入以下網站：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices 線上查閱通知。

第 7.2 節 步驟：如何進行第 1 級上訴，以變更您的出院日期

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

- **遵循程序。**
- **遵守時限。**
- 若有需要請尋求協助。若您有問題或需要協助，請隨時致電會員服務部。或者致電聯絡您所在州 Health Insurance Assistance Program，這是一個提供個人化協助的政府組織。

在 1 級上訴期間，品質改善組織會對您的上訴進行審核。其將核查您的規定出院日期是否在醫學上適用於您。

品質改善組織是由醫生和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受 Federal Government 發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 參保人提供的護理服務品質。其中包括對 Medicare 計劃參與者的出院日期進行審核。這些專家與本計劃並無關聯。

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

您該如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知（來自 Medicare 的有關您權利的重要訊息）將向您說明該如何聯絡該組織。或者在第 2 章中找到您所在州品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

迅速行動：

- 要進行上訴，您必須在離開醫院前且不遲於**出院日期當天午夜聯絡品質改善組織**。

- **如果您的時間符合此截止日期**，則您將可在出院日期後繼續住在醫院裡（無需付費），等待品質改善組織作出決定。
- **如果您的時間不符合此截止日期**，但您決定在規定出院日期後繼續住在醫院裡，則您將可能需要為您在規定出院日期後得到的住院治療服務支付所有費用。

- 如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，而您仍想上訴，則必須直接向本計劃提起上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參見第 7.4 節。

申請對您的出院情況進行立即審核後，品質改善組織將聯絡我們。在他們聯絡我們之後一天的中午前，**我們會向您提供一份詳細出院通知**。該通知向您說明您的規定出院日期並詳細解釋您的醫生、醫院以及我們認為您應該在該日期出院（醫學上是適合的）的原因。

要獲得詳細出院通知的樣本，您可致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。（聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。）或者您可以線上查看樣本通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

步驟 2：品質改善組織對您的個案進行獨立審核。

- 品質改善組織的健康專業人士（「審核員」）將向您詢問（或您的代表）您為什麼認為我們應繼續對該服務進行承保。您不必準備任何書面材料，不過您若願意亦可準備。
- 審核員還將查閱您的醫療資訊、與您的醫生交談，並對醫院和我們已提交的資訊進行審核。
- 在審核員向我們告知您的上訴後的第二天中午，您將收到我們的一封書面通知，告知您計劃出院日。該通知還詳細解釋您的醫生、醫院以及我們認為您應該在該日期出院（醫學上是適合的）的原因。

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

如果答覆為「是」將會如何？

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

如果答覆為「否」將會如何？

- 如果審查組織拒絕，也就是說他們認為您的規定出院日期在醫療上是合適的。如果出現了這種情況，**我們為您的住院服務提供的保險將終止**於品質改善組織針對您的上訴作出答覆後的當日正午。

- 如果審查組織拒絕了您的上訴，但您決定繼續留在醫院裡，那麼**您就需要**為品質改善組織針對您的上訴作出答覆後當日正午以後得到的住院治療服務**支付全額費用**。

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

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

第 7.3 節 步驟：如何進行第 2 級上訴，以變更您的出院日期

在 2 級上訴期間，您要求品質改善組織對他們針對您的首次上次作出的決定再次進行查看。若品質改善組織駁回您的第 2 級上訴，您可能必須支付您計劃出院日後住院的全部費用。

步驟 1：再次聯絡品質改善組織，要求其再次進行覆核。

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

步驟 2：品質改善組織再次對您的情況進行審核。

- 品質改善組織審核員將仔細閱讀與您上訴相關的資訊資料。

步驟 3：在收到您關於進行 2 級上訴申請後 14 個日曆日內，審核員將針對您的上訴作出決定，並將其決定通知您。

如果審查組織的答覆為「是」：

- **我們必須為您償付**您自品質改善組織拒絕您的首次上訴之日正午以後得到的住院治療服務費用中我們的分攤費用。**我們必須繼續為您提供住院護理承保，時間視醫療必要性而定。**
- 您必須繼續支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。

如果審查組織的答覆為「否」：

- 這就意味著他們認同自己對您的 1 級上訴作出的決定。這被稱為「維持原判。」
- 您得到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續該審核程序該怎麼辦。

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

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有五個上訴等級）。如果您決定提起 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您 2 級上訴決定後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 7.4 節 如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？

法律術語
「快速審核」（或「快速上訴」）又稱為「**加急上訴**」。

您可以轉而向我們提起上訴

如上所述，您必須迅速針對您的出院情況開啟 1 級上訴。如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，還有另一種方式可以進行上訴。

如果您使用另一種上訴方式，則前兩個上訴等級將有不同。

步驟：如何進行第 1 級替代上訴

步驟 1：聯絡我們並要求我們進行「快速審核」。

- 要求進行「快速審核」。這意味著您是在要求我們採用「快速」截止日期而非「標準」截止日期為您提供答覆。 第 2 章列出了聯絡資訊。

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

- 在審核期間，我們將閱讀您住院相關的所有資訊資料。我們將核查您的規定出院日期是否具有醫學恰當性。我們判斷就您應何時離院的決定是否公正，是否遵循所有規則。

步驟 3：我們將在您要求我們進行「快速審核」之後 72 小時內告知您我們的決定。

- **如果我們核准您的上訴，**這意味著我們同意您在出院日後仍需住院。我們將繼續向您提供承保的住院服務，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。這還意味著我們已同意對自我們表示您的保險已終止之日後您得到的護理服務費用中我們的分攤費用進行償付。（您必須支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。）

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

步驟 4：如果本計劃拒絕了您的上訴，您的個案將被自動送入下一級上訴程序。

步驟：第 2 級替代上訴程序

法律術語
該「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查實體**」。有時又稱「**IRE**」。

該獨立審查組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。它與我們的計劃並無關聯且不是政府機構。該組織判定我們的決定是否正確，或者是否應當變更我們的決定。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：我們將自動把您的個案轉入獨立審查組織。

- 我們將按照要求，在我們通知您我們已拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，把您的第 2 級上訴資訊送至獨立審查組織。（如果您認為我們未能按照此截止日期或其他截止日期行事，您可進行投訴。本章第 10 部分說明瞭如何進行投訴。）

步驟 2：獨立審查組織對您的上訴進行「快速審核」。審核員在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織中的審核員將仔細審查與您針對出院情況提起的上訴相關的所有資訊。
- **如果此組織認同了您的上訴**，我們就必須對您自規定出院日期後得到的住院治療服務費用中我們的分攤費用進行償付。我們還必須繼續為您的住院治療服務提供本計劃的保險，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。您必須支付您的分攤費用。如果存在保險限制，其將可能限制我們為您償付的金額，或者我們將繼續對您的服務進行承保的日期。
- **如果該組織拒絕了您的上訴**，也就意味著他們同意了關於您的規定出院日期具有醫學恰當性的決定。
    - 您從獨立審查組織收到的書面通知將向您告知如何用審核流程開始 3 級上訴，該上訴由行政法官或代理審判員處理。

步驟 3：如果獨立審查組織拒絕了您的上訴，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴程序（共有五個上訴等級）。如果審核員拒絕了您的 2 級上訴，您可決定是接受他們的決定，還是進入 3 級上訴。
- 本章中的第 9 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 8 部分 如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保

第 8.1 節 本節僅涉及三種服務：家庭保健、專業康復機構保健以及綜合門診復健機構(CORF)服務

在接受家庭健康服務、**專業康復護理或復健護理（綜合門診復健機構）**時，您有權繼續得到該護理類型的承保服務，直到診斷和治療您的疾病或損傷不再需要該護理服務為止。

我們決定應停止為您承保這三種類型的護理服務中任意一類服務後，應按要求提前通知您。我們針對該護理服務的保險終止後，將停止為您的護理服務支付我們的分攤費用。

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

第 8.2 節 您的保險將被終止時，我們會提前通知您

法律術語
「**Medicare 不承保通知**」。向您說明您如何申請「**快速上訴**」。提請快速通道上訴是一種要求對我們就何時停止您的護理服務作出的保險決定進行變更的正式法律途徑。

1. **您在本計劃將要終止承保您的護理服務至少兩天前收到**一份書面通知。 該通知向您告知：
   - 我們停止為您提供護理服務保險的日期。
   - 如何申請「快速上訴」，要求我們長期保持對您護理服務的承保。
2. **您或您的代表將被要求簽署書面通知表明您已接到該通知。** 簽署該通知僅表明您已得到有關您的保險將於何時終止的資訊。**簽署該通知不表示您認同本計劃對於應該停止護理服務的決定。**

第 8.3 節 步驟：如何進行第 1 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險

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

- **遵循程序。**
- **遵守時限。**

- **若有需要請尋求協助**。若您有問題或需要協助，請隨時致電會員服務部。或者致電聯絡您所在州 Health Insurance Assistance Program，這是一個提供個人化協助的政府組織。

在 1 級上訴期間，品質改善組織會對您的上訴進行審核。決定您護理服務的終止日期在醫學上是否恰當。

品質改善組織是由醫生和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受 Federal Government 發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 參保人提供的護理服務品質。其中包括對何時停止承保特定類型醫療保健服務的計劃決定進行覆核。這些專家與本計劃並無關聯。

步驟 1：提出 1 級上訴：聯絡品質改善組織，要求進行快速上訴。您必須迅速行動。

您該如何聯絡該組織？

- 您得到的書面通知（Medicare 不承保通知）將向您闡述該如何聯絡該組織。或者在第 2 章中找到您所在州品質改善組織的名稱、地址和電話號碼

迅速行動：

- 您必須聯絡品質改善組織，以在「Medicare **不承保通知」生效日期前一天的當日正午前**，開始您的上訴。

您聯絡該組織的截止日期。

- 如果您錯過了聯絡品質改善組織的截止日期，而您仍想提出上訴，則必須直接向本計劃提起上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參見第 8.5 節。

步驟 2：品質改善組織對您的個案進行獨立審核。

法律術語
「**不承保詳細說明**」。該通知提供終止承保的詳細原因。

在此審核期間將發生什麼？

- 品質改善組織的健康專業人士（「審核員」）將向您詢問（或您的代表）您為什麼認為我們應繼續對該服務進行承保。您不必準備任何書面材料，不過您若願意亦可準備。
- 審查組織還將查閱您的醫療資訊、與您的醫生交談，並對本計劃已提交的資訊進行審核。
- 在審核員告知我們您的上訴情況的當日前，**您將得到我們寄送給您的不承保詳細說明**，詳細闡述我們終止對您的服務進行承保的原因。

步驟 3：他們得到需要的所有資訊後一整日內，審核員將告知您他們的決定。

如果審核員核准，會發生什麼？

- 如果審核員認同了您的上訴，**我們就必須繼續向您提供承保服務，直到這些服務時長滿足醫療必要性為止。**
- 您將需要繼續支付您的分攤費用，例如：自負額或自付費用（如適用）。您的承保服務可能存在限制。

如果審核員拒絕，會發生什麼？

- 如果審核員拒絕了您的上訴，**您的保險將於我們已通知您的日期終止。**
- 如果您決定在您的保險終止日期之後繼續獲得家庭保健服務，或專業康復機構護理服務或綜合門診復健機構(CORF)服務，**您將需要自行支付**該護理服務的**全額費用**。

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

- 如果審核員拒絕了您的第 1 級上訴——而您選擇在您的護理服務保險終止後繼續獲得護理服務——您就可以提起第 2 級上訴。

第 8.4 節	步驟：如何進行第 2 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險

在 2 級上訴期間，您要求品質改善組織對他們針對您的首次上次作出的決定再次進行查看。如果品質改善組織拒絕了您的第 2 級上訴，您就可能需要在我們通知您的保險終止日期後，支付您的家庭保健、或專業康復機構護理、或綜合門診復健機構(CORF)服務的全部費用。

步驟 1：再次聯絡品質改善組織，要求其再次進行覆核。

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

步驟 2：品質改善組織再次對您的情況進行審核。

- 品質改善組織審核員將仔細閱讀與您上訴相關的資訊資料。

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

如果審查組織核准，會發生什麼？

- **我們必須為**自我們表示您的保險已終止之日後**您**得到的護理服務費用中我們的分攤費用**進行償付**。**我們必須繼續提供護理承保**，時間視醫療必要性而定。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。

如果審查組織的答覆為「否」會怎樣？

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

步驟 4：如果答覆為「否」，您將需要決定是否希望繼續上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴等級，共計有五個上訴等級。如果您決定提起 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您 2 級上訴決定後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 8.5 節 如果您錯過了第 1 級上訴的截止日期該怎麼辦？

您可以轉而向我們提起上訴

如上所述，您必須迅速聯絡品質改善組織，以開啟您的第一次上訴（最多在一或兩天時間內）。如果您錯過了聯絡該組織的截止日期，還有另一種方式可以進行上訴。如果您使用另一種上訴方式，則前兩個上訴等級將有不同。

步驟：如何進行第 1 級替代上訴

法律術語
「快速審核」（或「快速上訴」）又稱為「**加急上訴**」。

步驟 1：聯絡我們並要求我們進行「快速審核」。

- **要求進行「快速審核」**。這意味著您是在要求我們採用「快速」截止日期而非「標準」截止日期為您提供答覆。 第 2 章列出了聯絡資訊。

步驟 2：我們「快速審核」已作出的關於何時終止為您提供服務保險的決定。

- 在進行審核期間，我們將再次檢查您所有的護理服務相關資訊。我們核查在設定終止本計劃為您得到的服務提供保險的日期時我們是否遵守了所有規則。

步驟 3：我們將在您要求我們進行「快速審核」之後 72 小時內告知您我們的決定

- **如果我們認同了您的上訴**，就意味著我們已同意您需要更長時間的服務，我們將繼續為您提供承保服務，只要這些服務仍然是醫療必要服務。這還意味著我們已同意對自我們表示您的保險已終止之日後您得到的護理服務費用中我們的分攤費用進行償付。（您必須支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。）
- **如果我們拒絕了您的上訴**，則您的保險將於我們已通知您的日期終止，同時，此日期後，我們將不再支付任何分攤費用。
- 如果您在我們通知您保險將終止的日期之後繼續獲得家庭保健服務，或專業康復機構護理服務或綜合門診復健機構(CORF)服務，**您將需要自行支付該護理服務的全額費用。**

步驟 4：如果本計劃拒絕了您的快速上訴，您的個案將自動進入下一級上訴程序。

法律術語
該「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查實體**」。有時又稱「**IRE**」。

步驟：第 2 級替代上訴程序

在 2 級上訴過程中，**獨立審查組織將對我們拒絕您的**「快速上訴」時作出的決定進行覆核。該組織決定是否變更我們的決定。**該獨立審查組織是由 Medicare 雇用的獨立組織**。該組織與本計劃沒有聯絡，且並非政府機構。該組織是 Medicare 選取以處理獨立審查組織所承擔的職責的公司。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：我們將自動把您的個案轉入獨立審查組織。

- 我們將按照要求，在我們通知您我們已拒絕您的第一次上訴後 24 小時內，把您的第 2 級上訴資訊送至獨立審查組織。（如果您認為我們未能按照此截止日期或其他截止日期行事，您可進行投訴。本章第 10 部分說明瞭如何進行投訴。）

步驟 2：獨立審查組織對您的上訴進行「快速審核」。審核員在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織的審核員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。
- **如果此組織認同了您的上訴**，我們就必須對您自我們的通知保險終止日期後得到的護理服務費用中我們的分攤費用對您進行償付。我們還必須繼續為您的護理服務提供保險，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。您必須支付您的分攤費用。如果

存在保險限制，其將可能限制我們為您償付的金額，或者我們將繼續對服務進行承保的日期。

- **如果該組織拒絕了您的上訴**，就意味著他們認同了本計劃針對您的第一次上訴作出的決定，並將不予變更。
- 您從獨立審查組織處得到的書面通知將告訴您，如果您希望 3 級上訴，應該怎麼辦。

步驟 3：如果獨立審查組織拒絕了您的上訴，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴等級，共計有五個上訴等級。如果您決定提起 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您 2 級上訴決定後得到的書面通知中。
- 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員進行審核。本章中的第 9 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 9 部分 將您的上訴推進到第 3 級以及更高等級

第 9.1 節 第 3、4、5 級醫療服務上訴請求

如果您提起了第 1 級上訴以及第 2 級上訴，並且兩次上訴均被拒絕了，那麼本節內容可能就適用於您。

如果您已提請上訴的物品或醫療服務的美元值達到了特定最低水準，您就可以進行下一級上訴。如果價值低於最低水準，您將不能再繼續上訴。您收到的 2 級上訴書面答覆中將說明如何提起 3 級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況而言，上訴的以上三個等級程序基本相同。以下為各級上訴過程中負責處理您的上訴審核情況的人員。

3 級上訴	**在 Federal Government 工作的行政法法官或代理審判員將對您的上訴進行審核並為您作出答覆。**

- **如果行政法官或代理審判員認同了您的上訴，則上訴程序將可能就此結束或可能並未結束。**不同於 2 級上訴中作出的決定，我們有權對 3 級上訴決定（於您有利）提起上訴。 如果我們決定上訴，則會進行 4 級上訴。
    - 如果我們確定不提起上訴，則必須在收到行政法官或代理審判員的決定後 60 個日曆日內授權或為您提供服務。

- 如果我們確定對決定提起上訴，我們將向您寄送第 4 級上訴請求副本以及所有附件。我們將等到得到第 4 級上訴決定後，再向您授權或提供有爭議的服務。

- **如果行政法官或代理審判員拒絕了您的上訴，則上訴程序將可能就此結束或可能並未結束。**
  - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
  - 如果您不希望接受此決定，您可以繼續進行下一級審核程序。您將從收到的通知中獲知針對 4 級上訴需要採取什麼措施。

第 4 級上訴：	**Medicare 上訴委員會**（委員會）將對您的上訴進行審核，並為您作出答覆。委員會為 Federal Government 工作。

- **如果答覆為「是」，或者如果委員會駁回了我們對於您有利的 3 級上訴決定進行審核的請求，則上訴程序可能就此結束或可能並未結束。**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。 我們將決定是否針對該決定提起 5 級上訴。
  - 如果我們確定不對決定提起上訴，則必須在收到委員會的決定後 60 個日曆日內授權或為您提供服務。
  - 如果我們確定對此決定進行上訴，我們將書面告知您。
- **如果答覆為「否」，或者如果委員會駁回了審核請求，則上訴程序可能就此結束或可能並未結束。**
  - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
  - 如果您不希望接受此決定，您可以繼續進行下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕了您的上訴，您收到的通知將告訴您，根據規則，您是否能夠進行 5 級上訴以及如何繼續進行 5 級上訴。

第 5 級上訴：	聯邦**地方法院 的法官將對您的上訴進行**覆核。

- 法官將審核所有資訊，決定是否同意您的請求。這是最終回覆。在聯邦地區法庭之後，沒有更高的上訴等級。

第 9.2 節 第 3、4、5 級 D 部分藥品上訴請求

如果您提起了第 1 級上訴以及第 2 級上訴，並且兩次上訴均被拒絕了，那麼本節內容可能就適用於您。

如果您已提請上訴的藥品的價值達到了特定美元金額，您就可以進行下一級上訴。如果該美元金額低於此水準，您將不能再繼續上訴。您收到的第 2 級上訴書面答覆中將說明該聯絡誰以及做些什麼來提起第 3 級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況而言，上訴的以上三個等級程序基本相同。以下為各級上訴過程中負責處理您的上訴審核情況的人員。

3 級上訴	**在 Federal Government工作的行政法法官或代理審判員將對您的上訴進行審核並為您作出答覆。**

- **如果答覆為「是」，則上訴程序就此結束。**收到此決定後，我們必須在 **72 小時（如果是加急上訴則為 24 小時）內**向您**授權或提供**行政法官或代理審判員已核准的**藥物保險**，或在不遲於 30 個日曆日的時間內進行支付。
- **如果答覆為「否」，則上訴程序將可能就此結束或可能並未結束。**
  - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
  - 如果您不希望接受此決定，您可以繼續進行下一級審核程序。您將從收到的通知中獲知針對 4 級上訴需要採取什麼措施。

第 4 級上訴：	**Medicare**上訴委員會 （委員會）將對您的上訴進行審核，並為您作出答覆。委員會為 Federal Government 工作。

- **如果答覆為「是」，則上訴程序就此結束。**收到此決定後，我們必須在 **72 小時（如果是加急上訴則為 24 小時）內**向您**授權或提供**委員會已核准的**藥物保險**，或在不遲於 30 個日曆日的時間內進行支付。
- **如果答覆為「否」，則上訴程序將可能就此結束或可能並未結束。**
  - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
  - 如果您不希望接受此決定，您可以繼續進行下一級審核程序。如果委員會拒絕了您的上訴或駁回了您的上訴審核請求，通知將告訴您，根據規則，您是否能夠進行第 5 級上訴。通知還將告訴您，如果您選擇繼續進行上訴該聯絡誰以及接下來該做什麼。

第 5 級上訴：	**聯邦地方法院 的法官將對您的上訴進行覆核。**

- 法官將審核所有資訊，決定是否同意您的請求。這是最終回覆。在聯邦地區法庭之後，沒有更高的上訴等級。

投訴

第 10 部分 怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其它問題

第 10.1 節 投訴程序處理什麼類型的問題？

該投訴流程僅用於解決某些類型的問題。其中包括涉及護理服務品質、等待時間以及客戶服務的問題。以下為幾種由投訴程序處理的問題類型範例。

投訴	範例
您的醫療保健服務品質	• 您是否對您所得到的護理服務（包括您在醫院得到的護理服務）不滿意？
對您隱私的尊重	• 是否有人不尊重您的隱私權或者洩漏保密資訊？
不尊重、客戶服務品質差，或其他消極行為	• 是否有人對您態度粗暴或不夠尊重？ • 您對我們的會員服務部是否滿意？ • 您是否感到自己正被鼓勵結束該計劃？
等待時間	• 您在預約時是否遇到了麻煩，或者您等待預約的時間是否過長？ • 是否曾有醫生、藥房或其他保健專業人士令您等待過長的時間？或者我們的會員服務部或本計劃其他工作人員是否曾令您等待過長的時間？ o 這種情況的範例包括：在電話線上、候診室或檢查室中等候時間過長，或者獲得處方藥的等候時間過長。
清潔度	• 您是否對某個診所、醫院或醫生辦公室的清潔度或衛生狀況感到不滿？
您從我們這裡得到的資訊	• 我們是否沒有根據要求傳送通知？ • 我們的書面資訊是否很難理解？

投訴	範例
時效性 （這類投訴均涉及我們的保險決定及上訴相關行為的*時效性*）	如果您已要求我們提供保險決定或提起了上訴，同時認為我們回應得不夠迅速，那麼您也可就我們的懈怠問題進行投訴。以下為範例： • 您已要求我們為您提供「快速保險決定」或已提起了「快速上訴」，而我們已表示不予執行；您可進行投訴。 • 您認為我們未能在截止日期前為您提供保險決定或對您已提出的上訴提供答覆：您可進行投訴。 • 您認為我們未能在截止日期前針對某些已經獲得核准的醫療服務或藥物提供承保或者進行償付；您可進行投訴。 • 您認為我們未能在要求的截止日期前將您的個案轉交給獨立審查組織；您可進行投訴。

第 10.2 節 如何進行投訴

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

第 10.3 節 步驟：投訴

步驟 1：透過電話或信件，立即聯絡我們。

- **通常，致電會員服務部是第一個步驟。**如果您還需要做些其他事情，會員服務部將通知您。
- **如果您不希望致電（或者您已致電，但結果並不盡如人意），也可將您的投訴內容寫在信件中，然後寄送給我們。**如果您將投訴內容寫入信中，我們將以書面形式給您作出回應。
    - 請將您的書面投訴傳送至：
      MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager

- 您可以自己進行投訴，也可以授權一位代表代您進行投訴。如需指定一位授權代表，請提交我們的網站 www.metroplusmedicare.org 上的「代表委任表格」。
- 我們將在 30 日內以書面形式答覆您的請求。在您的要求下或在我們需要更多時間以答覆的情況下，我們可能須再花 14 天才能予以答覆。

- 提出投訴的截止時間是您在發現想要投訴的問題之後 60 個日曆日內。

步驟 2：我們對您的投訴進行調查，並為您作出答覆。

- **如有可能，我們將立刻給您答覆。**如果您致電我們進行投訴，我們將可能回撥同樣的電話號碼給您答覆。
- **大部分投訴將在 30 個日曆日內得到答覆。**如果我們需要更多資訊，同時，延期可令您得到最佳利益；或者如果您要求得到更多時間，我們將最多再用 14 個日曆日（共計為 44 個日曆日）來答覆您的投訴。如果我們決定再多花幾天時間，我們將書面告知您。
- **如果您由於我們拒絕了您的「快速保險決定」或「快速上訴」請求而進行投訴，則我們將自動為您辦理「快速投訴」。**如果您提起了「快速投訴」，也就意味著我們將在 **24 小時內給您答覆**。
- **如果我們不認同您的部分或全部投訴內容，**或者對您所投訴的問題不承擔責任，我們將在給您的回覆中加入我們的理由。

第 10.4 節 您也可對品質改善組織的護理服務品質進行投訴

對護理服務品質進行投訴時，您還有兩個額外的選項：

- **您可以直接向品質改善組織提出投訴。**品質改善組織是由職業醫師和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受 Federal Government 發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 病患提供的護理服務。第 2 章列出了聯絡資訊。

或

- **您可以同時向品質改善組織和我們提出投訴。**

第 10.5 節 您也可向 Medicare 提起投訴

您可直接向 Medicare 提交有關 MetroPlus Platinum Plan (HMO)的投訴。要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可聯絡

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力障礙電傳/TDD 使用者可致電 1-877-486-2048。

第 10 章
終止您的會員資格

第 1 部分 終止本計劃會員資格的簡介

MetroPlus Platinum Plan (HMO)會員資格的終止可以是**自願**的（您自己的選擇）或**非自願**的（不是您自己的選擇）：

- 您可以因自己有意退出計劃而離開本計劃。第 2 部分和第 3 部分提供了自願終止會員資格的資訊。
- 另外，在某些特定情況下，我們按照要求終止您的會員資格。第 5 部分將闡述我們必須終止您的會員資格的情況。

如果您將要退出我們的計劃，我們的計劃組織必須繼續為您提供醫療保健和處方藥，您將繼續支付費用分攤，直至您的會員資格終止。

第 2 部分 您的計劃會員資格終止時間

第 2.1 節 您可在年度參保期內終止會員資格

您可在年度參保期（又稱「年度開放參保期」）內終止您在我們計劃的會員資格。在這段時間，審核您的健康和藥物保險，並作出來年的保險決定。

- **年度參保期自 10 月 15 日至 12 月 7 日。**
- **選擇來年繼續使用目前的保險或改換保險類型。**如果您決定改換為新的保險計劃，則可選擇以下任意保險類型：
    - 另一個 Medicare 醫療保險，不管是否有處方藥保險。
    - 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。
    - 無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。
        - 如果您選擇該選項，Medicare 可能會讓您註冊參保一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

  注意：如果您結束 Medicare 處方藥保險，並持續未參加可信的處方藥保險達 63 天或以上，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能就需要支付 D 部分延遲參保罰款。
- **新計劃保險於 1 月 1 日生效後**，此時您在我們計劃中的會員資格將終止。

第 2.2 節 您可在 Medicare Advantage 開放參保期內終止會員資格

在 **Medicare Advantage 開放參保期**內，您有機會對您的健康保險進行一次變更。

- **每年 Medicare Advantage 開放參保期為** 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **在每年 Medicare Advantage 開放參保期**，您可以：
  - 更換至另一個 Medicare Advantage Plan，不管是否有處方藥保險。
  - 停止參保我們的計劃，獲得 Original Medicare 保險服務。如果您選擇在此期間轉換為 Original Medicare，那麼您當時還可以加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。
- **您的會員資格將在您從參保不同的** Medicare Advantage plan 或我們收到您轉換為 Original Medicare 請求後下月第一天終止。如果您還選擇加入 Medicare 處方藥計劃，則該藥品計劃的會員資格將開始於該藥品計劃收到您的參保請求後下月第一天開始。

第 2.3 節 某些情況下，您可在特別參保期內終止會員資格

某些情況下，MetroPlus Platinum Plan (HMO)會員可在一年當中的其他時段終止會員資格。這短時間就是**特別參保期**。

如果您符合以下任何一種情況，那麼您可能有資格在一個特別參保期終止自己的會員資格。此處僅為範例，請聯絡我們、致電 Medicare 或瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)，獲得完整清單：

- 通常，如您已搬遷。
- 如您參與了 Medicaid 計劃。
- 如果您有資格得以令「Extra Help」為您支付 Medicare 處方藥。
- 如果我們違反了與您簽訂的合約。
- 如果您是在某個機構中得到護理服務，例如：療養院或長期護理（LTC）醫院。
- 如果您參與了全模式老年護理計劃（PACE，Program of All-inclusive Care for the Elderly）。

注意：如果您參加的是一個藥品管理計劃，您可能無法變更計劃。第 5 章第 10 部分進一步介紹了此類藥品管理計劃。

參保時間期限根據您的情況存在差異。

要瞭解您是否符合該特別參保期資格，敬請致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者請致電 1-877-486-2048。如果您符合在特殊情況下終止會員資格的條件，則可選擇變更 Medicare 保健保險以及處方藥保險。您可以選擇：

- 另一個 Medicare 醫療保險，不管是否有處方藥保險。
- 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。

- –或者–無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。

  注意：如果您結束 Medicare 處方藥保險，並持續未參加可信的處方藥保險達 63 天或以上，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能就需要支付 D 部分延遲參保罰款。

您的會員資格通常將終止於您的計劃變更要求送達後下月第一天。

如果您得到了可為您支付處方藥費用的 Medicare「Extra Help」計劃：如果您希望轉換為 Original Medicare，並不想參加 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。

第 2.4 節 您可於何處獲得有關會員資格終止時間的更多資訊？

如果您對終止會員資格存在任何疑問，您可以：

- **致電會員服務部**。
- 您可從《**Medicare 與您 2024**》手冊中尋找資訊。
- 致電 **Medicare**：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放（聽力障礙電傳：1-877-486-2048）。

第 3 部分 您將如何終止本計劃會員資格？

下表闡述了您應如何終止您的本計劃會員資格。

如果您希望從本計劃轉換為：	您應如此操作：
• 另一項 Medicare 保健計劃。	• 加入新的 Medicare 保健計劃。 • 當您新計劃的保險開始時，您將自動結束 MetroPlus Platinum Plan (HMO)。
• 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。	• 加入新的 Medicare 處方藥計劃。 當您新計劃的保險開始時，您將自動結束 MetroPlus Platinum Plan (HMO)。

如果您希望從本計劃轉換為：	您應如此操作：
• 無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃。	• **寄給我們書面退保申請。**如果您對怎樣操作還有任何疑問，請聯絡會員服務部。 • 您也可致電 **Medicare**：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)要求退保，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電 1-877-486-2048。 • Original Medicare 計劃中的保險生效後，您將從 MetroPlus Platinum Plan (HMO)退保。

第 4 部分 會員資格終止前，您都必須透過本計劃獲得醫療服務和藥品

在您的會員資格終止前，以及您的新 Medicare 保險開始前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療保健和處方藥。

- **繼續使用我們的網絡內服務提供者來接受醫療保健服務。**
- **繼續使用我們的網絡內藥房或郵購服務來配處方藥。**
- **如果您在會員資格終止當日住院，本計劃將承保您出院前的住院治療服務**（即使您在新的健康保險生效後出院）。

第 5 部分 MetroPlus Platinum Plan (HMO)在特定情況下必須終止您的計劃會員資格

第 5.1 節 我們必須於何時終止您的計劃會員資格？

MetroPlus Platinum Plan (HMO)在以下任意情況發生時必須終止您的計劃會員資格：

- 如果您不再擁有 Medicare A 部分和 B 部分。
- 如果您遷出了我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域六個月以上的時間。
  - 如果您要搬遷或進行長途差旅，請致電會員服務部瞭解您要搬遷或差旅的地點是否在本計劃服務區域內。
- 如果您被監禁（入獄）。

- 如果您不再是美國公民或在美國沒有合法居住權。
- 如果您有其他承保處方藥保險的保險，而您對與此相關的資訊撒謊或隱瞞。
- 如果您在加入本計劃時故意向我們提交了影響您的參保資格的錯誤資訊。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理本計劃的退保。）
- 如果您持續做出損毀性行為，令我們難於為您和本計劃的其他會員提供醫療護理服務。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理本計劃的退保。）
- 如果您令其他人使用您的會員卡獲得醫療護理服務。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理本計劃的退保。）
    - 如果我們因為這個原因終止您的會員資格，Medicare 將令監察長對您的個案進行調查。
- 如果您 90 天內未支付計劃保費。
    - 我們必須在終止您的會員資格前，書面通知您：您有 90 天的時間來支付計劃保費。
- 如果按要求，您因收入而應支付 D 部分額外費用，但您卻沒有支付，Medicare 將把您從本計劃中除名，同時，您將失去處方藥保險。

您可於何處獲得更多資訊？

如果您對我們可於何時終止您的會員資格還有疑問或者希望獲得更多資訊，請致電聯絡會員服務部。

第 5.2 節 我們不能因任何與您的健康相關的原因要求您退出計劃

MetroPlus Platinum Plan (HMO)不能因任何與您的健康相關的原因而要求您退出本計劃。

如果發生這種情況，您該做什麼？

如果您認為自己因健康原因而被要求結束本計劃，則應致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。（聽力障礙電傳 1-877-486-2048）。

第 5.3 節 如果我們終止了您在本計劃中的會員資格，您有權進行投訴

如果我們終止了您在本計劃中的會員資格，我們必須書面通知您終止您會員資格的原因。我們還必須說明您可如何就我們終止您會員資格的決定進行申訴或投訴。

第 10 章 終止您的會員資格

第 11 章：
法律通告

第 1 部分 適用法律相關通知

適用於這份《承保福利說明》的主要法律為《社會保障法》第十八條，以及 Medicare 與 Medicaid 服務中心(CMS)根據《社會保障法》制訂的規則。此外，在特定情況下，您所在州的其他聯邦法律也可能適用。 即使本文件未將其包含在內或加以說明，這部分法律內容也將影響您的權利和責任。

第 2 部分 無差別待遇相關通知

我們不會基於以下方面歧視您：種族、民族、原國籍、膚色、宗教信仰、性別、年齡、性取向、精神或身體殘障、健康狀況、索賠經驗、病史、遺傳資訊、可保證明或服務區域內的地理位置。所有提供 Medicare Advantage Plans 的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《康復法》、1975 年《年齡歧視法》、《美國殘障人士法》、《可負擔醫療法案》第 1557 節適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

如果您希望獲得更多資訊或者對歧視或不公平待遇有所疑慮，敬請致電美國衛生與公眾服務部的**民權辦公室** 1-800-368-1019（聽力障礙電傳 1-800-537-7697）或您當地的民權辦公室。您也可以透過下列途徑查看美國衛生與公眾服務部民權辦公室的相關資訊：https://www.hhs.gov/ocr/index。

如果您存在殘障，在護理服務途徑方面需要協助，請致電會員服務部聯絡我們。如果您需要投訴（例如輪椅通道問題），會員服務部可提供幫助。

第 3 部分 有關 Medicare 第二付款人代位追償權的通知

我們有權利和責任收取 Medicare 不是第一付款人的承保 Medicare 服務費。根據 CMS 42 CFR 中第 422.108 以及 423.462 節的規定，作為一個 Medicare Advantage 組織，MetroPlus Platinum Plan (HMO)將行使與部長根據 42 CFR 的 411 部分中 B 至 D 子部分的 CMS 規定一樣的恢復權，本部分中確立的規則將取代所有的州法律。

✓MetroPlus**Health**

MetroPlus Health Plan 年度隱私權聲明

MetroPlusHealth 尊重您的隱私權。本聲明描述我們處理所接收的關於您的非公開個人財務和健康資訊（「資訊」）的方式，以及我們如何按照紐約州保險法（法規 169）的要求對這些資訊進行保密和保護。

此外，您可以隨時透過聯絡 MetroPlusHealth **保密官請求提供 MetroPlusHealth 的健康資訊保密準則通知的全文字版本**，該版本描述了根據《聯邦健康保險可攜性和責任法案》(HIPAA)有關您的醫療資訊可以如何被使用和披露。您也可以登入我們的網站獲得該資訊，網址是 www.metroplus.org/privacy-policies

資訊類型	
MetroPlusHealth 從如下來源收集關於您的資訊，並且可以披露：	• 您在申請及其他表格中提供給我們的或者您告訴我們的資訊； • 關於您與我們、與我們的合作醫療保健服務提供者以及其他方面之間的交易的資訊。
我們如何處理您的資訊： **除了法律許可的情況外，我們不把關於我們的會員以及前會員的資訊透露給任何人。**	• 提供您作為 MetroPlusHealth 會員應獲得的保健福利；例如，安排您需要的治療、為您獲得的服務付款； • 就您作為 MetroPlusHealth 會員可參加的計劃和可獲得的服務與您通訊；以及 • 管理我們的業務和遵守法律法規要求。

我們如何保護您的隱私

- 我們只允許需要使用您的資訊執行 MetroPlusHealth 業務或遵守法律法規要求的員工或其他人存取這些資訊。
- 違反我們的隱私政策和程序的員工將受到處罰並可能被解雇。
- 我們還按照州和聯邦法規使用物理防護、電子防護和程序防護對資訊實施保密和保護。

前會員

- 當您的 MetroPlusHealth 會員資格終止時，您的資訊將仍然像現會員的那樣受到我們的政策和程序的保護。

聯絡 MetroPlus

- 索取關於我們的隱私政策和程序的更多資訊，
- 向我們提交隱私相關投訴，或
- 申請（書面）查看我們儲存的關於您的資訊。

Customer Services – MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

- **普通電話：**1-800-303-9626，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點
- **Medicare 會員：**1-866-986-0356，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點
- **聽力障礙電傳：**711
- **電子郵件：PrivacyOfficer@metroplus.org**

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004
網址：www.metroplus.org
普通電話：1-800-303-9626
聽力障礙電傳：711
電子郵件：PrivacyOfficer@metroplus.org

您的資訊。

您的權利。

我們的責任。

本通知介紹如何使用和披露您的醫療資訊以及您如何存取這些資訊。**請仔細閱讀。**

您的權利

對於您的健康資訊，您擁有某些權利。本節將介紹您的權利以及我們需要為您提供幫助的一些責任。

獲得您健康和理賠記錄的副本	• 您可以要求查看或獲得一份您的健康和理賠記錄及其他我們擁有的您的健康資訊的副本。詢問我們如何進行。 • 我們通常將會在收到您要求的 30 日內提供一份您的健康和理賠記錄的副本或總結。我們將按每頁 $0.75（75 美分）向您收取副本的費用。
請求我們修正健康和理賠記錄	• 如果您認為您的健康和理賠記錄不正確或不完整，您可以要求我們進行修正。詢問我們如何進行。 • 我們可能拒絕您的要求，但我們會在 60 日內以書面形式告知您拒絕的原因。
要求保密通訊方式	• 您可以要求我們使用某種特定的方式與您聯絡（例如，住宅電話或辦公室電話）或寄送郵件到不同地址。 • 我們將切實考慮所有合理的要求，如果您告訴我們如果不這麼做將置您於危險境地，我們一定滿足您的要求。

轉下頁

您的權利（續）

要求我們限制我們使用或分享的內容	• 您可以要求我們**不要**為了治療、費用或我們的營運使用或分享某些健康資訊。 • 我們不必一定同意您的要求，且在可能影響您保健的情況下拒絕您的要求。
獲得一份我們已分享資訊的合作方的清單	• 您可以要求獲得一份在您提出要求當日前六年間我們分享您健康資訊的合作方名稱、原因和次數的清單（帳單）。 • 其中將包含除涉及治療、費用和保健運作及某些特定資訊披露（如果您要求我們）以外的所有資訊披露。我們每年將提供一份免費帳單，但如果您在 12 個月內要求獲得另一份帳單，我們可能收取合理的成本費用。 • 要求保密通訊，請聯絡我們的會員服務部：1-800-303-9626（聽力障礙電傳：711）。要求更換或修改此類保密通訊方式的申請須以書面形式寄送到下列地址。
獲得一份此隱私通知的副本	• 即使您已同意接收電子版通知，您也可以隨時要求獲得一份紙本版副本。我們會及時向您提供一份紙本版副本。您可以透過聯絡會員服務部隨時獲得一份本聲明的紙本副本：1-800-303-9626（聽力障礙電傳：711）。
為自己選擇一名代理人	• 如果您已給予某人醫療授權書或某人是您的法定監護人，那麼此人可以代您行使權力並對您的健康資訊作出選擇。 • 在我們採取任何行動前，我們將事先確定此人確實擁有此項授權以代理您行動。
在感覺您的權利遭到侵害時提出投訴	• 如果您感到我們侵害了您的權力，您可以透過第 1 頁的資訊聯絡我們。 • 您可以向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出投訴，郵寄地址為 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，或致電 1-877-696-6775，或瀏覽 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/。我們不會因為您的投訴而進行報復。

轉下頁

您的權利（續）

前會員	• 當您的 MetroPlusHealth 會員資格終止時，您的資訊將仍然像現會員的那樣受到我們的政策和程序的保護。

您的選擇

對於某些健康資訊，您可以告訴我們您選擇讓我們分享哪些部分。如果您對我們在以下情況應該如何披露您的資訊有明確的偏好，請告知我們。告訴我們您想怎麼做，我們將遵循您的指示。

在這些情況下，您都有權利和選項來告知我們：	• 與您的家人、密友或其他與您保健費用有關的個人分享資訊。 • 在賑災中分享資訊 如果您無法告訴我們您的選擇，例如您處於昏迷狀態中時，我們將根據我們認為最符合您利益的方式先一步採取行動。在需要化解目前對健康或安全的極大威脅時，我們也可能分享您的資訊。
下列情況下，除非得到您的書面許可，否則我們不會分享您的資訊：	• 行銷目的 • 銷售您的資訊

我們的使用和披露

我們通常如何使用或分享您的健康資訊？我們通常使用如下方式使用或分享您的健康資訊。

協助管理您接受的保健治療	• 我們可以與治療您的專業人士使用並分享您的健康資訊。 • 健康相關產品或計劃：MetroPlusHealth 可能向您提供醫療治療、計劃產品和服務的資訊。	**範例**：一名醫生給我們寄來您的診斷和治療方案以便我們安排額外的服務。

轉下頁

我們的使用和披露（續）

	向您提供的資訊都須遵守相關法律限制。 • 提醒：MetroPlusHealth 可能使用並披露您的 PHI（例如，透過給您打電話或傳送簡訊或寄信）來提醒您治療預約，或提醒您安排常規體檢或免疫的預約，或提供治療替代方案（「選擇」）的資訊，或提供其他您可能感興趣的健康相關福利和服務。	
營運我們的組織	• 我們可以使用和披露您的資訊以管理我們的組織，並可以在必要時聯絡您。 • **我們無權使用遺傳資訊來決定我們是否承接您的保險及保險費用。**此條不適用於長期保健計劃。	**範例：***我們使用您的健康資訊以便為您提供更好的服務。* *MetroPlusHealth 的品質管制部門可能使用您的健康資訊來協助提升計劃的品質、資料和業務進程。例如，我們的品質管制人員或合約護理監察員可能會查看您的醫療記錄並對向您和所有計劃會員提供的護理品質進行評估。*

轉下頁

我們的使用和披露（續）

我們還可能如何使用或分享您的健康資訊？我們被允許或被要求以其他方式分享您的資訊——通常是用於公益事業，例如公共衛生和研究。我們必須滿足許多法律條件以分享您的資訊用於此類目的。有關詳情，請參閱：**www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**。

管理您的計劃	為進行計劃管理，我們可能會向您的醫療保險發起人披露您的健康資訊。	**範例：**您的公司與我們簽訂合約為您提供醫療保險，我們向您的公司提供相關資料以解釋我們所收取的保費。
為您的健康服務付費	在為您的健康服務付費時我們可以使用並披露您的健康資訊。	**範例：**我們與您的牙科計劃分享您的資訊以協調您在此項目的付費。
提供高品質護理和高效率服務交付	MetroPlusHealth 參加由 Healthix 運行的「健康資訊交換」。Healthix 是一家非營利組織，該組織透過電子方式分享人們的健康資訊，並遵守 HIPPA 和紐約州法律的隱私和安全標準。本通知旨在告知我們的病患，作為 Healthix 的參與者，MetroPlusHealth 透過電子方式將我們的病患的受保護健康資訊傳送/上傳到 Healthix。 此外，MetroPlusHealth 的某些工作人員經授權可根據適用的許可規則透過 Healthix 存取病患的資訊。存取 Healthix 的許可一般是按組織來授予的。但是，病患可以選擇拒絕授予存取權限給 Healthix 中的所有組織。如果您想拒絕所有的 Healthix 組織存取您的受保護健康資訊，您可以瀏覽 Healthix 的網站 www.healthix.org 或致電 Healthix 來拒絕，電話是 877-695-4749。Healthix 掌握的關於病患的資訊來自提供醫療保健服務的場所，或者是透過健康保險索賠資訊獲得的。這些資料來源可能包括醫院、醫師、藥房、臨床實驗室、健康保險公司、Medicaid 計劃和其他透過電子方式交換健康資訊的組織。這些資料來源的更新清單可從 Healthix 獲得。病患可以隨時瀏覽 www.healthix.org 或致電 1-877-695-4749 獲得一份更新的清單。	

轉下頁

我們的使用和披露（續）

協助進行公共健康和安全事業	在下列情況中我們可以分享您的健康資訊： o 預防疾病 o 報告藥物不良反應 o 報告疑似虐待、忽視或家庭暴力 o 預防或避免對某人的健康或安全的嚴重威脅。
進行研究	我們可能使用或分享您的資訊用於健康研究。
遵守法律	如果州或聯邦法律要求，包括美國衛生與公眾服務部希望看到我們遵守聯邦隱私法律的情況，我們將分享您的資訊。
應對工傷賠償、執法部門和其他政府部門的要求	我們可能在下列情況中使用或分享您的健康資訊： o 用於工傷賠償索賠 o 用於執法目的或提供給執法官員 o 提供給法律授權的衛生監督機構 o 用於特殊政府職能如軍事、國家安全和總統保護服務
應對訴訟和司法活動	我們可能為響應法庭、**法律**行政命令或傳票而分享您的健康資訊
關於特定類型的資訊披露的紐約州法律	MetroPlusHealth 必須遵守對個人資訊（特別是有關愛滋病毒/愛滋病狀況或治療、心理健康、藥物濫用障礙和家庭計劃的資訊）提供更高階別保護的其他紐約州法律。

我們的責任

- 我們依照法律保護您受保護的健康資訊的隱私和安全。
- 如果發生可能對您的資訊的隱私和安全造成威脅的違約事故，我們將立即通知您。
- 我們必須遵守本通知中提到的職責和隱私條例並給您一份副本。

除非獲得您的書面同意，否則我們不會在上面所述情形之外使用或分享您的資訊。即使您給了我們書面核准，您也可以隨時進行變更。如果您改變了想法，請以書面形式通知我們。

有關詳情，請參閱：
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

本通知中條款的變更

我們可以變更本通知中的條款，且這一變更將應用於我們所擁有的您的一切資訊。如有需要，我們將在我們的網站上提供新的通知，並寄送一份副本給您。

本通知自 2022 年 7 月 19 日起生效。

保密官員聯絡資訊

如果您對我們的隱私慣例有任何疑問，或您想要提出投訴或行使上述權力，請聯絡：

Customer Services – MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

- **普通電話：**1-800-303-9626，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點
- **Medicare 會員：**1-866-986-0356，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點
- **聽力障礙電傳：**711
- **電子郵件：PrivacyOfficer@metroplus.org**

✓MetroPlus**Health**

無歧視通知

MetroPlus Health Plan 遵守聯邦民權法律。MetroPlus Health Plan 不以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別為由排斥任何人士或對他們進行區別對待。

MetroPlus Health Plan 可提供以下服務：

- 向殘障人士提供免費援助和服務，以便和我們溝通，例如：
  - 合格的手語翻譯
  - 其他格式的書面資訊（大號字型、音訊、可存取電子格式、其他格式）

- 向母語不是英語的人士提供免費語言服務，例如：
  - 合格的翻譯
  - 用其他語言編寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電 MetroPlus Health Plan，電話：1-800-303-9626。如需聽力障礙電傳/TDD 服務，請致電 711。

如果您認為 MetroPlus Health Plan 未能提供這些服務，或以種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別為由實施歧視，您可以透過下列方式向 MetroPlus Health Plan 提出申訴：

郵寄地址：	50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
電話：	1-800-303-9626（聽力障礙電傳/TDD 服務，請致電 711）
傳真：	1-212-908-8705
面對面：	50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
電子郵件地址：	Grievancecoordinator@metroplus.org

您也可以透過下列途徑向美國衛生與公眾服務部、民權辦公室提起民事權利投訴：

網站：	民權辦公室投訴入口網站： https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
郵寄地址：	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 投訴表格可在下列網址獲得： http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
電話：	1-800-368-1019（聽力障礙電傳/TDD 800-537-7697）

✓MetroPlus**Health**

多語言插頁

多語言口譯服務

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 866.986.0356. Someone who speaks English and other languages can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 866.986.0356. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 866.986.0356。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 866.986.0356。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 866.986.0356. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 866.986.0356. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 866.986.0356 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 866.986.0356. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 866.986.0356 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 866.986.0356. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 866.986.0356**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.**

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 866.986.0356 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 866.986.0356. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 866.986.0356. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 866.986.0356. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 866.986.0356. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、866.986.0356 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

第 12 章：
重要詞彙定義

流動手術中心——流動手術中心是一個專為以下目的開設的實體：為不需要住院且預計在中心的停留時間不超過 24 小時的病患提供門診外科服務。

年度參保期——每年 10 月 15 日至 12 月 7 日這段時間，會員可變更其健康或藥物計劃，或者轉換到 Original Medicare 計劃。

上訴——如果您對我們拒絕您的醫療保健服務或處方藥保險請求，或者拒絕為您已得到的服務或藥品支付費用的決定有異議，您就可以提出上訴。如果您不同意我們停止您正在享受的服務的決定，也可提出上訴。

開具差額帳單——當服務提供者（例如：醫生或醫院）向病患開具的帳單金額超過本計劃允許的分攤費用金額時。作為 MetroPlus Platinum Plan (HMO)會員，在獲得本計劃承保的服務時，您僅需支付本計劃的分攤費用金額即可。我們不允許服務提供者「開具差額帳單」或者向您收取高於根據本計劃您必須支付的分攤費用金額的費用。

福利期——我們的計劃和 Original Medicare 計劃衡量您的醫院與專業康復機構(SNF)服務使用情況的方法。福利期從您住進醫院或專業護理設施的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理設施，那麼一個新的福利期就開始了。福利期的次數沒有限制。

品牌藥品——由初始研發藥品的製藥公司製造並銷售的處方藥。品牌藥品與該藥的學名藥品有相同的活性成分配方。但是，學名藥品是由其他製藥商製造並銷售的，並且，直到品牌藥品專利權到期後方才有售。

重病保險階段——D 部分藥品福利的這一階段中，您或其他代表您的合格方在承保當年購買承保藥品費用達$7,400 後，您在購藥時將支付較低的自付費用或共同保險金額。

Medicare 與 Medicaid 服務中心(CMS)——負責管理 Medicare 的聯邦機構。

Chronic-Care Special Needs Plan ——C-SNP 是僅限存在特殊需求的人士參保的 SNP，這些人士存在具體的嚴重病症或者致殘性慢性病症，具體定義見 42 CFR 422.2。除了所有的 Medicare Advantage Coordinated Care Plans 都必須具有的 Medicare A 部分和 B 部分基礎性服務及護理協調方面的相關規定， C- SNP 還必須具有特定屬性，才能獲得提供給 C-SNP 的特殊稱號以及行銷和參保協調。

共同保險——您可能會被要求支付的一個金額，表述為一個百分比（例如 20%），作為您的服務或處方藥分攤費用。

投訴——「進行投訴」的正式名稱為「提起申訴」該投訴流程僅用於某些類型的問題。其中包括涉及護理服務品質、等待時間以及您所得到的客戶服務情況的問題。其中還包含在您的計劃沒有遵守上訴流程時間期限要求情況下您提出的投訴。

綜合門診復健機構(CORF)——該機構主要提供疾病或損傷後的康復服務，包括物物理治療法、社會或心理服務、呼吸療法、職業療法、言語和語言病理學服務，以及家庭環境評估服務。

自付費用（或「自付費」）——按照要求將作為醫療服務或供應（例如看醫生、醫院門診就診或購買處方藥）費用中您的分攤費用予以支付的金額。自付費用為固定金額（例如$10），而非百分比。

分攤費用——分攤費用是指會員在接受服務或購買藥品時需要支付的金額。（這是本計劃月保費之外的費用。）分攤費用包括以下三種付款類型的任意組合：(1)對服務或藥品承保前，計劃可能徵收的自負額；(2)接受具體服務或購買具體藥品時，計劃要求支付的固定「自付費用」金額；或者(3)接受具體服務或購買具體藥品時，計劃要求支付的「共同保險」金額（服務或藥品費用總額的百分比）。

保險裁定——涉及您開出的藥品是否為本計劃所承保以及您應按要求支付多少處方藥費（如有）的決定。一般地，如果您將處方帶到藥房，但是，藥房方告訴您該處方不在您的計劃承保範圍之內，這並不叫保險裁定。您需要致電或致信本計劃，要求我們作出有關該保險的正式決定。本文件中，保險裁定稱為「保險決定」。

承保藥品——我們使用此術語表述由本計劃所承保的所有處方藥。

承保服務——我們使用此術語表述由本計劃所承保的所有醫療保健服務和供應品。

可信的處方藥保險——平均支付金額預期至少將與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的處方藥保險（例如：由雇主或工會提供的保險）。擁有此類保險的人士具有 Medicare 資格後，如果決定稍後加入 Medicare 處方藥保險，一般可在不付罰款的情況下繼續保留該保險。

看護——看護是當您不需要專業醫療護理或專業康復護理時，療養院、寧養設施或其他設施環境中提供的護理。看護護理由不具備專業技能或未經訓練的人士提供，例如：幫助諸如沐浴、穿衣、飲食、上下床或椅子、四處走動以及上廁所等日常生活活動。其中還包括大部分人獨立完成的健康相關護理服務，例如：滴眼藥水。Medicare 並不支付看護費用。

每日費用分攤率——您的醫生為您開出不足整月用量的特定藥品處方並且您應按照要求支付自付費用時，「每日費用分攤率」可能適用。每日費用分攤率是均分在一月用量天數中的自付費用。以下為範例：如果您一個月用藥量的自付費用為$30，計劃中一個月用藥天數為 30 天，那麼，您的「每日費用分攤率」就是每天$1。

自負額——本計劃支付前，您必須為醫療保健或處方藥支付的金額。

退保——終止您在本計劃中會員資格的程序。

藥事服務費——每次配發承保藥物時收取的處方開立費用，例如藥劑師準備以及包裝處方藥的時間。

耐用醫療設備(DME) —— 您的醫生出於醫療用途而訂購的特定醫療設備。例如包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器或者由提供者訂購的在家中使用的醫院病床。

急診——醫療急診是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫來避免死亡（如果您是孕婦，則為流產）、損失肢體或肢體功能或者身體機能喪失或嚴重受損的醫療徵兆。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。

急診治療——符合以下條件的承保服務：1)由具備提供緊急服務資格的提供者提供；及 2)屬治療、評估或穩定緊急病情需要。

承保福利說明(EOC)和資訊披露——本文件連同您的參保表和其他附錄、附文以及其他已選擇的附加保險闡述了您的保險、我們必須採取的行動、您的權利以及您作為本計劃會員需要做的事。

特例——一種保險決定，如果獲准，您將能夠購買不在我們處方一覽表上的藥物（處方一覽表特例），或者以較低的分攤費用水準（層級劃分特例）購買非偏好藥物。如果您的計劃要求您在收到請求的藥物前試用另一種藥物或本計劃限制您所請求的藥物數量或劑量，您可申請特例（處方一覽表特例）。

Extra Help——幫助收入和資源均有限的人士支付 Medicare 處方藥計劃費用（例如：保費、自負額以及共同保險）的 Medicare 或州計劃。

學名藥品——由美國食品與藥品管理局(FDA)核准且與品牌藥品具有相同活性成分的處方藥。一般情況下，「學名」藥品與品牌藥品的功效一致，但花費更低。

申訴——您對我們的計劃、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。其中不包含保險或支付爭議。

家庭保健助手——這名人員提供不需要執業護士或治療師技能的服務，例如：協助進行個人護理（例如：沐浴、上廁所、穿衣或進行處方鍛煉等）。

寧養——這種福利為在醫學上被認證為患有終末疾病（指的是預期生命不超過 6 個月）的會員提供特殊治療。我們，作為您的計劃，必須為您提供一份您所在地理區域內的寧養服務清單。如果您選擇了寧養服務並繼續支付保費，則您將仍為本計劃會員。您仍可獲得所有醫療上必要的服務，以及我們所提供的補充福利。

住院治療——當您正式住入醫院接受專業醫療服務後得到的住院治療服務。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病人。

收入相關月調整額(IRMAA)——如果您 2 年前的 IRS 所得稅申報表中報告的調整後總收入高於某個特定數額，則您將需要支付標準保費金額和一筆收入相關月調整額（又稱 IRMAA）。IRMAA 是一筆保費之外的額外費用。具有 Medicare 的人中有不到 5%的人受影響，因此大部分人將不支付更高保費。

初始保險限額——初始保險階段的最高保險限額。

初始保險階段——您的當年藥費總額達到$4,660（包括您已支付的金額以及您的計劃代表您支付的金額）之前，您便進入此階段。

初始參保期——您首次符合 Medicare 計劃資格後，可以報名參加 A 部分和 B 部分 Medicare 計劃的這段時間。如果您年滿 65 歲後符合 Medicare 計劃資格，您的初始參保期將為自您年滿 65 歲當月前 3 個月開始計的 7 個月時間（包括您年滿 65 歲的當月）並將在您年滿 65 歲當月後的 3 個月後結束。

Institutional Special Needs Plan (SNP)——招募在長期護理(LTC)機構中連續居住或預計將連續居住 90 天或以上的符合資格的個人的計劃。這些機構包括：專業護理機構(SNF)、護理機構(NF)、(SNF/NF)、智障病患中等護理機構(ICF/IID)、精神病院、和/或獲得 CMS 核准、提供類似長期醫療保健且獲得 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 承保服務的機構；其住院病患的需求和醫療保健狀態與列出的其他類型機構類似。機構性 Special Needs Plan 必須與具體的 LTC 機構之間有合約安排（或者擁有或營運）。

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP) —— 這種計劃的參保對象是生活在社區中但需要機構水準護理服務（基於州評估）的合格人員。該評估必須採用各自所在州相同水準的護理評估工具進行，且必須由計劃提供組織以外的實體進行管理。如有需要，此類特殊需求計劃可能將參保對象限制到居住在合約式護養中心(ALF)的個體，以確保統一提供專科護理服務。

承保藥物清單（處方一覽表或「藥物清單」）——由本計劃承保的處方藥清單。

低收入輔助(LIS)——請參見「Extra Help」。

最高自付金額——在該日曆年內，您為獲得網絡內已承保的 A 部分和 B 部分服務而支付的最高自付金額。您為計劃保費、A 部分和 B 部分 Medicare 計劃保費，以及處方藥費用支付的金額不計入最高自付金額。

Medicaid（醫療援助）——由聯邦和州聯合展開的計劃，幫助一些收入和資源有限的人士支付藥費。州 Medicaid 計劃各不相同，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 的資格，那麼大部分醫療保健費用都能承保。

醫學公認病症——由美國食品與藥品管理局核准或受特定參考書支援的用藥。

醫療必需——即提供的服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。

Medicare——是為 65 歲或以上年齡的老人、某些未滿 65 歲但有部分殘障的人士，以及患有末期腎病（一般是指需要透析或腎移植的永久性腎衰竭的人士）的人士設立的一項聯邦健康保險計劃。

Medicare Advantage 開放參保期——從 1 月 1 日至 3 月 31 日這段時間，Medicare Advantage 計劃會員可取消計劃參保資格並轉換到其他 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 計劃獲得承保。如果您選擇在此期間轉換為 Original Medicare，那麼您當時還可以加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。 Medicare Advantage 開放參保期也可以在個人首次符合 Medicare 計劃資格後的 3 個月內享受。

Medicare Advantage (MA)計劃——有時被稱為 Medicare 計劃 C 部分。該計劃由私人公司提供，此類公司與 Medicare 訂有為您提供所有的 A 部分及 B 部分福利的合約。Medicare Advantage Plan 可以是 i) HMO、ii) PPO、iii)私人按服務收費(PFFS)計劃，或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶(MSA)計劃。除了從這些計劃中加以選擇，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃還可以是 Special Needs Plan (SNP)。大部分情況下，Medicare Advantage Plans 還提供 Medicare D 部分內容（處方藥保險）。這些計劃名為**有處方藥保險的 Medicare Advantage Plans**。

Medicare承保缺口折扣計劃 —— 一項為大多數承保之D部分品牌藥提供折扣的計劃，適用於達到甜甜圈孔階段且尚未接受「Extra Help」的D部分會員。折扣價根據Federal Government和特自訂藥商之間的合約而定。

Medicare 承保服務 ——由 Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有的 Medicare 醫療保險都必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。「Medicare 承保服務」不包含 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，如視力、牙科或聽力。

Medicare 醫療保險——Medicare 醫療保險是由與 Medicare 有合約的私人公司提供的，目的是向加入本計劃的 Medicare 參保人士提供 A 部分和 B 部分福利。該術語包括所有的 Medicare Advantage Plans、Medicare Cost Plans、 Special Needs Plans，Demonstration/Pilot Programs 和 Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。

Medicare 處方藥保險（Medicare D 部分保險）——協助支付門診處方藥、疫苗、生物製品以及並非由 Medicare A 部分或 B 部分保險承保的部分供應品費用的保險。

「Medigap」（Medicare補充保險）政策——Medicare補充保險由私人保險公司出售，用於填補Original Medicare「空缺」。Medigap政策僅可配合Original Medicare使用。（Medicare Advantage計劃並非Medigap政策。）

會員（本計劃會員或「計劃會員」）——有資格享受承保服務、已加入本計劃，以及參保情況已由 Medicare 與 Medicaid 服務中心(CMS)確認的 Medicare 參保人士。

會員服務部——本計劃中的一個部門，負責為您解答有關您的會員資格、福利、申訴以及申訴相關問題。

網絡內藥房——這種藥房與我們的計劃簽約，計劃的會員可由此得到其處方藥福利。大多數情況下，我們僅對從我們的網絡內藥房開出的處方藥承保。

網絡內服務提供者——「服務提供者」統稱由 Medicare 和州許可或認可後提供醫療保健服務的醫生、其他醫療保健專業人士、醫院，以及其他醫療保健機構。「網絡內服務提供者」與本計劃訂立合約，將我們的付款作為全額付款；在某些情況下，還為本計劃會員進行協調並向其提供承保服務。網絡內服務提供者也稱為「計劃服務提供者」。

組織裁定——我們的計劃就某物品或服務是否在承保範圍內，或者您需要為承保物品或服務支付多少金額作出的決定。本文件中，組織裁定也稱為「保險決定」。

Original Medicare（「傳統 Medicare」或「按服務收費」Medicare）——Original Medicare 由政府提供，且並非為諸如 Medicare Advantage Plans 和處方藥計劃等的私人保健計劃。在 Original Medicare 計劃中，我們透過向醫生、醫院和其他醫療保健服務提供者支付費用（付款金額由國會確定）來對 Medicare 服務進行承保。您還可以去接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他健康護理提供者那裏就診。您必須支付自負額。Medicare 將支付經 Medicare 核准的分攤費用金額，您則將需要支付您的分攤部分。原始 Medicare 具有兩個部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），並在美國任意地方可用。

網絡外藥房——未與本計劃訂立合約，不能因此為本計劃會員進行協調並提供承保藥品的藥房。除非某些條件適用，否則我們的計劃不承保您從網絡外藥房獲得的大部分藥物。

網絡外服務提供者或網絡外機構——我們未安排與其簽訂合約為本計劃會員進行協調或提供承保服務的服務提供者或機構。網絡外服務提供者即並非本計劃聘雇、所有或營運的服務提供者

自付金額——請參見上文的「分攤費用」定義。用來支付一部分已得到的服務或藥品費用的會員分攤費用需求，也稱會員的「自付金額」費用需求。

PACE計劃——PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)計劃結合了針對身體瘦弱之人的醫療、社會以及長期護理(LTC)服務，以協助人們盡可能長時間地獨立生活並居住在社區中（而非搬入療養院）。加入PACE計劃的人可透過該計劃得到Medicare和Medicaid福利。

C 部分計劃——請參見「Medicare Advantage (MA) Plan」。

D 部分計劃——自願 Medicare 處方藥福利計劃。

D 部分藥品——可在 D 部分計劃中承保的藥品。我們可能或者不會提供所有的 D 部分藥品。根據國會要求，某些類型的藥物已經被排除出了 D 部分藥物的承保範圍。某些類型的 D 部分藥物必須獲得每一種計劃的承保。

D 部分延遲參保罰款 —— 一筆當您首次符合加入 D 部分計劃的資格後持續未參加任何有信譽度的保險（預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的保險）達 63 天或以上時，將會追加到您 Medicare 藥品保險之月繳保費中的金額。

偏好服務提供者組織(PPO)計劃——偏好服務提供者組織計劃是一種 Medicare Advantage 計劃，它擁有一個同意以特定支付金額為計劃會員進行治療的合約服務提供者網絡。PPO 計劃必須承保來自網絡內或網絡外服務提供者的所有計劃福利。當計劃福利來自網絡外服務提供者時，會員分攤費用普遍偏高。PPO 計劃對於網絡內（偏好）服務提供者的服務費用中您的自付金額部分有年度限額限制，同時，對網絡內（偏好）和網絡外（非偏好）服務提供者的服務費用中您的聯合自付金額總額有著更高的限額。

保費——為獲得保健或處方藥保險而定期向 Medicare（保險公司）或醫療保健計劃定期支付的費用。

主治醫生(PCP)——您若出現健康問題，大部分情況下可首先前往尋求救治方法的醫生或其他服務提供者。在很多 Medicare 醫療保險中，您都必須在見其他醫療保健服務提供者前先見您的主要護理服務提供者。

事先授權——獲得服務或某些藥物前獲得的授權。需要事先授權的承保服務已在第 4 章的福利表內標識出來。需要事先授權的承保藥品已在處方一覽表中標識出來。

義肢和矯正器材——醫療裝置，包括但不限於手臂、後背和頸部的支架；假肢；義眼；以及更換內部身體部位或功能所需的器械，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

品質改善組織(QIO)——這是由職業醫師和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受 Federal Government 發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 病患提供的護理服務。

數量限制——一種管理工具，設計用於限制已選擇藥品的使用品質、安全性或服藥原因。限制條件可能加諸於每份處方藥或某段限定時間內我們所承保的藥量。

復健服務——這部分服務包括物物理治療法、言語和語言療法以及職業療法。

服務區域 —— 一個地理區域，您必須居住在其中才能參加一個特定的醫療保險。對於限制您可使用的醫生和醫院的計劃，服務區域一般還可為您可在其中得到日常（非急救）服務的區域。如果您永久性地遷出計劃的服務區域，則該計劃必須取消您的參保資格。

專業康復機構(SNF)護理——在專業康復機構中連續每天提供的專業護理和復健服務。護理服務的範例包括只能由註冊護士或醫生實施的物理治療或靜脈注射。

特別參保期——會員可變更其健康或藥品計劃或者返回到 Original Medicare 計劃的一段固定時間。您有資格進入特別參保期的幾種情況包括：如果您遷出服務區域、如果您得以令「Extra Help」幫您支付處方藥費、如果您搬入療養院，或者如果我們違反了與您訂立的合約。

特殊需求計劃——一種特殊的 Medicare Advantage 計劃類型，為特定人群提供更為明確的醫療保健服務，這些人群包括：同時擁有 Medicare 和 Medicaid 計劃的人、居住在療養院中的人，或者罹患某種慢性疾病的人。

按步驟治療——這是一種應用工具，要求您首先嘗試服用另一種藥品治療您的疾病，然後，我們將承保您的醫師最初開出的藥品。

生活補助金(SSI)——這是由 Social Security 每月向收入有限且資源有限的人員、殘障者、盲人或年齡在 65 歲及以上老人發放的月度福利。SSI 福利與 Social Security 福利並不相同。

緊急需要的服務——是非急診服務的承保服務，在網絡內服務提供者暫時不可用或難以接觸，或者投保人不在服務區域時提供。例如，您在週末需要即刻護理服務。您立即需要接受這些服務，且其具有醫療必要性。

MetroPlus Platinum Plan (HMO)會員服務部

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

Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP)（紐約 SHIP）

HIICAP 是由 Federal Government 出資的州立計劃，旨在向參加 Medicare 的人員提供免費的當地健康保險諮詢。

方法	聯絡資訊
電話	1-800-701-0501
寫信	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007-1392
網站	http://www.nyconnects.ny.gov/

PRA 披露聲明 根據《1995 年減少文書工作法案》，除非顯示有效的 OMB 控制號碼，任何人都不需要回應資訊收集。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。如果您對如何完善本表格有意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, 收信人：PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

✓MetroPlus**Health**

50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004

METROPLUSMEDICARE.ORG

PLEASE CALL OUR 24/7 HELP LINE AT 866.986.0356 (TTY: 711) AND A REPRESENTATIVE WILL ASSIST YOU.

PRA Disclosure Statement According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1051. If you have comments or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850