



2019 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日

承保證書

您身為 **Bright Advantage Flex (PPO)** 會員的聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 醫療福利和服務以及處方配藥承保

本手冊提供 2019 年 1 月 1 日至 12 月 31 日 Medicare 醫療護理和處方配藥承保的詳情，並說明如何取得您所需醫療護理服務和處方配藥的承保。這是一份重要的法律文件，請存放在安全的地方。

這個 Bright Advantage Flex (PPO) 計畫是由 BRIGHT HEALTH INSURANCE COMPANY OF NEW YORK 提供。(本承保證書上提及「我們」或「我們的」時，它是指 BRIGHT HEALTH INSURANCE COMPANY OF NEW YORK；當它提及「計畫」或「本計畫」時，則是指 Bright Advantage Flex (PPO)。)

Bright Health 計畫是與 Medicare 簽約的 HMOs 和 PPOs 計畫。本 SNPs 也與 State Medicaid 計畫簽約。本計畫由 Bright Health Insurance Company 或其中一家附屬公司簽發。參加註冊本計畫取決於契約續期。

本文件免費提供西班牙文和中文版本。

請撥打我們的會員服務部電話 1-844-202-4974 以查詢其他資訊。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 711 (1-844-202-4974) 服務時間為當地時間上午 8 時至晚上 8 時，10 月 1 日至 3 月 31 日是一週七天，4 月 1 日至 9 月 30 日是週一至週五。

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratuitos. Llame al 1-844-202-4974 (TTY: 711).

注意：如果您说普通话，您可以使用免费的语言帮助服务。请致电 1-844-202-4974（听障专线：711）。

會員服務部會為非英語人士免費提供口譯服務。

本文件另有替代格式，如盲人點字、大字體或語音。

福利、自付扣除額和/或共付額/共同保險金可能從 2020 年 1 月 1 日起變更。

處方藥一覽表、藥房網絡和/或醫療護理提供者網絡可能隨時變更。您會在必要時收到通知。

可能適用限制、共付額和約束。

2019 年承保證書 目錄

本章節及頁碼列表僅幫助您初步瞭解；如需更多協助尋找您所需的資訊，請參見各章第一頁。您會在各章的開頭找到詳細的主題清單。

第 1 章	會員入門指引.....	5
	告訴您參加註冊 Medicare 健保計劃代表的意義以及如何使用本手冊。說明我們會寄給您的材料、您的計劃保費、D 部分延遲參加註冊罰款、您的計劃會員卡，以及將您的會籍紀錄維持在最新狀態。	
第 2 章	重要的電話號碼和資源.....	21
	告訴您如何聯繫本計畫 (Bright Advantage Flex (PPO)) 和其他組織，包括 Medicare、州政府醫療保險計畫 (SHIP)、品質改進組織、社會安全局、醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」，適用低收入民眾的州政府醫療保險計畫)、處方配藥付款協助方案，以及鐵路退休委員會。	
第 3 章	使用計劃的承保取得醫療服務.....	37
	說明您以本計劃會員身份取得醫療護理的重要注意事項。主題包括使用本計劃網絡內的醫療護理提供者以及發生緊急狀況時如何取得護理。	
第 4 章	醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用).....	50
	詳述身為本計劃會員，您有哪些醫療護理類型屬於和不屬於承保範圍。告訴您需要為承保醫療護理分攤多少費用。	
第 5 章	使用本計劃的 D 部份處方配藥承保.....	118
	說明您取得 D 部份藥物時須遵循的規則。告訴您如何使用本計劃的承保藥物清單 (處方藥一覽表) 查明哪些藥物屬於承保範圍。告訴您哪些種類的藥物不屬於承保範圍。說明特定配藥承保適用的幾種限制規定。說明您可以在哪裡購買處方配藥。告訴您本計劃的藥物安全和藥物管理方案。	
第 6 章	您需為 D 部份處方配藥支付的費用.....	139
	說明配藥承保的四個階段 (自付扣除額階段、初始承保階段、承保缺口階段、重額承保階段)，以及這些階段對您支付的藥物費用有何影響。說明您 D 部分藥物的 5 個分攤費用層級，告訴您必須為各分攤費用層級中的藥物支付多少費用。	
第 7 章	要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用.....	156
	告訴您當您想要求我們把我們對您的承保服務或藥物應分攤的費用還給您時，您應何時和如何寄送帳單給我們。	
第 8 章	您的權利和責任.....	163
	說明身為本計劃會員，您享有的權利和應負的責任。告訴您如果您認為自己的權利未受尊重時可以怎麼做。	
第 9 章	如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦.....	174
	告訴您身為本計劃會員如果有問題或疑慮時可以怎麼做的步驟說明。	
	說明如果無法順利取得您認為屬於本計劃承保範圍的醫療護理或處方配藥時，該如何要求承保決定和上訴。其中包括要求我們為您處方配藥的承保規定或額外限制規定做例外處理，以及當您認為醫院護理和特定類型醫療服務的承保太快結束時要求我們繼續承保。	

	• 說明如何提出有關護理品質、等待時間、客戶服務和其他疑慮的投訴。	
第 10 章	終止您的計劃會籍	224
	告訴您何時和如何終止您的計劃會籍。說明在哪些情況下本計劃必須終止您的會籍。	
第 11 章	法律通知	233
	包括有關準據法和不歧視的通知。	
第 12 章	重要用語的定義	236
	說明本手冊所使用的主要用語。	

第 1 章

會員入門指引

第 1 章 會員入門指引

第 1 節	簡介.....	7
第 1.1 節	您已註冊參加 Bright Advantage Flex (PPO), 這是一項 Medicare PPO.....	7
第 1.2 節	承保證書手冊包含哪些內容?	7
第 1.3 節	關於承保證書的法律資訊.....	7
第 2 節	您為甚麼符合本計劃會員的資格?	8
第 2.1 節	您的資格規定.....	8
第 2.2 節	甚麼是 Medicare A 部份和 Medicare B 部份?	8
第 2.3 節	這是 Bright Advantage Flex (PPO) 的計畫服務地區	8
第 2.4 節	美國公民或合法居留	9
第 3 節	您可以從我們得到哪些資料?	9
第 3.1 節	您的計畫會員卡 – 用會員卡取得所有承保護理和處方配藥.....	9
第 3.2 節	醫療護理提供者名冊: 您使用本計劃網絡內所有醫療護理提供者之指引	10
第 3.3 節	藥房名冊: 您使用本計劃網絡內藥房之指引	10
第 3.4 節	本計劃的承保藥物清單 (處方藥一覽表)	10
第 3.5 節	D 部份福利解說 (「D 部分承保證書」): 您 D 部分處方配藥的付款摘要報告.....	11
第 4 節	您的 Bright Advantage Flex (PPO) 承保月費	11
第 4.1 節	您的計畫保費是多少?	11
第 5 節	您是否必須支付 D 部份「延遲參加註冊罰款」?	12
第 5.1 節	甚麼是 D 部份「延遲參加註冊罰款」?	12
第 5.2 節	D 部份延遲參加註冊罰款是多少?	12
第 5.3 節	在某些情況下, 您可以延遲參加註冊且不需支付罰款.....	13
第 5.4 節	如果您不同意您的 D 部分延遲參加註冊罰款怎麼辦?	14
第 6 節	您是否因為所得而必須支付額外的 D 部份金額?	14
第 6.1 節	甚麼人因為所得而必須支付額外的 D 部份金額?	14
第 6.2 節	額外 D 部份金額是多少?	14
第 6.3 節	如果您不同意支付額外 D 部份金額怎麼辦?	15

第 1 章 會員入門指引

第 6.4 節	如果您不支付額外 D 部份金額會怎樣？	15
第 7 節	關於您月保費的更多資訊.....	15
第 7.1 節	如果您支付 D 部分延遲參加註冊罰款，則有若干方法供您支付罰款	16
第 7.2 節	我們是否可以在年度當中變更您的計劃月費嗎？	17
第 8 節	請讓您的計劃會籍紀錄保持最新狀態.....	17
第 8.1 節	如何協助確保我們擁有您的正確資訊	17
第 9 節	我們會保護您個人健康資訊的隱私.....	18
第 9.1 節	我們確保您的健康資訊會受到保護	18
第 10 節	其他保險和本計劃一起運作的方式.....	18
第 10.1 節	當您有其他保險時，哪個計劃先支付？	18

第 1 節 簡介

第 1.1 節 您已註冊參加 Bright Advantage Flex (PPO), 這是一項 Medicare PPO

您受 Medicare 承保，而且您選擇透過本 Bright Advantage Flex (PPO) 計畫取得 Medicare 的醫療護理和處方配藥承保。

Medicare 健保計劃有不同的類型。Bright Advantage Flex (PPO) 是一項 Medicare Advantage PPO 計畫（PPO 代表優先提供者組織）。就像所有 Medicare 健康計畫，本 Medicare PPO 是由 Medicare 核准且由私營公司經營。

這個計畫之下的承保範圍符合 **Qualifying Health Coverage (QHC)** 的資格，而且滿足了病患保護與平價醫療法案 (ACA) 的個人分攤責任要求。如需詳細資訊，請造訪美國國家稅務局 (IRS) 網站：<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>。

第 1.2 節 承保證書手冊包含哪些內容？

本承保證書手冊告訴您如何透過本計畫取得 Medicare 的醫療護理和處方配藥承保。本手冊說明您的權利和義務、承保項目以及身為計畫會員您應該支付哪些費用。

本「承保」和「承保服務」是指您身為 Bright Advantage Flex (PPO) 會員可取得的醫療護理和服務以及處方配藥。

請務必瞭解計畫有哪些規則以及可提供您哪些服務。我們鼓勵您抽空閱覽這本承保證書手冊。

如果您覺得困惑、有疑慮或只是有不懂的地方，請與本計畫的會員服務部聯絡（電話號碼請參閱本手冊封底）。

第 1.3 節 關於承保證書的法律資訊

承保證書屬於我們與您簽訂合約的一部份

本承保證書屬於我們與您簽訂合約的一部份，內容是關於 Bright Advantage Flex (PPO) 如何承保您的護理。本合約的其他部份包括您的參加註冊表、承保藥物清單(處方藥一覽表)，以及我們寄送給您關於影響您承保的承保變更或條件變更通知。這些通知有時稱為「附約」或「修正」。

合約有效期間 2019 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日為您參加註冊 Bright Advantage Flex (PPO) 的月份。

第 1 章 會員入門指引

Medicare 允許我們可以在每個日曆年度對所提供的計劃進行變更。意思是我們可以在 2019 年 12 月 31 日後變更 Bright Advantage Flex (PPO) 計畫的費用和福利。我們也可以選擇在 2019 年 12 月 31 日後停止提供計劃，或在不同的服務地區提供計劃。

Medicare 每年都必須核准本計劃

Medicare (Medicare 與 Medicaid 的服務機構) 必須每年對 Bright Advantage Flex (PPO) 進行核准。只要我們選擇繼續提供本計劃且 Medicare 展延其對本計劃的核准，您便可繼續以本計劃會員身份取得 Medicare 承保。

第 2 節 您為甚麼符合本計劃會員的資格？

第 2.1 節 您的資格規定

只要符合下列條件，您就有資格取得本計劃會籍：

- 您同時享有 Medicare A 部份和 B 部份 (第 2.2 節會告訴您 Medicare A 部份 和 B 部份相關資訊)
- -- 而且 -- 您住在我們的服務地區內 (下文第 2.3 節會說明我們的服務地區)。
- -- 而且 -- 您是美國公民或美國的合法居留者
- -- 而且 -- 您沒有末期腎病 (ESRD)，但有少數例外，例如您罹患 ESRD 時已經是本公司所提供之計劃的會員或已經是其他已終止之計劃的會員。

第 2.2 節 甚麼是 Medicare A 部份和 Medicare B 部份？

您最初註冊 Medicare 時曾收到 Medicare A 部份和 B 部份承保服務的相關資訊。請記得：

- Medicare A 部份通常會幫助承保由醫院 (適用住院服務、專業護理設施或家庭護理機構) 提供的服務。
- Medicare B 部份則承保大多數其他醫療服務 (例如醫生服務和其他門診服務) 以及某些用品 (例如長期使用的醫療器材 (DME) 和用品)。

第 2.3 節 這是 Bright Advantage Flex (PPO) 的計畫服務地區

雖然 Medicare 是聯邦方案，但是 Bright Advantage Flex (PPO) 只提供給住在本計畫服務地區內的民眾。欲保持本計劃會員的身份，您必須一直住在本計劃服務地區內。服務地區的說明如下。

我們的服務地區包括以下郡區：

- New York：Kings、New York、Queens

第 1 章 會員入門指引

如果您打算搬離服務地區，請聯絡客戶服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。您搬家時會有特別註冊期，允許您轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 或參加註冊新遷入地點有提供的 Medicare 健保計劃或配藥計劃。

如果您搬家或變更郵寄地址，也務必致電社會安全局。您可在第 2 章第 5 節找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

第 2.4 節 美國公民或合法居留

Medicare 健保計劃的會員必須是美國公民或在美國合法居留的人士。如果依據此基準，您不符合會員資格，Medicare (Medicare 與 Medicaid 服務中心) 將通知 Bright Advantage Flex (PPO)。如果您不符合此要求，Bright Advantage Flex (PPO) 必須將您退保。

第 3 節 您可以從我們得到哪些資料？

第 3.1 節 您的計劃會員卡 – 用會員卡取得所有承保護理和處方配藥

身為本計劃會員期間，您每次取得本計劃承保的任何服務，以及在網絡藥房取得處方配藥時，都必須使用本計劃的會員卡。您也應該向醫療護理提供者出示您的 Medicaid 卡 (如果適用)。以下的會員卡樣本就是您會員卡的外觀：



Mary B. Smith
Member ID: R99999999
Bright Advantage (HMO)
Effective Date: 01/01/2019
Hcontract-PBP

RX BIN: 999999
RX PCN: MEDDADV
RX GRP: RX9999



PCP: \$00 Copay
Specialist: \$00 Copay
Urgent Care: \$00 Copay

Member Services: (800) 999-9999 (TTY:711)
Provider Services: (800) 999-9999 (TTY:711)
EDI Payer ID: BRT01

Medical Claims Address:
Bright Health Medicare Advantage – Claims Operations
PO Box 853960, Richardson, TX 75085-3960

BrightHealthPlan.com/Medicare

只要您是本計劃會員，多數情況下，**就不得使用新的紅、白、藍 Medicare 卡**取得承保醫療服務 (但例行臨床研究和善終護理服務不在此限)。您可能在需要醫院服務時被要求出示新的 Medicare 卡。請將新的紅、白、藍 Medicare 卡存放在安全的地方以便日後有需要時使用。

第 1 章 會員入門指引

以下為必須嚴格遵守上述要求的理由：如果您是計畫會員，卻不使用 Bright Advantage Flex (PPO) 會員卡取得承保服務，而是用新的紅、白、藍 Medicare 卡，您可能必須自行支付全額費用。

如果您的計畫會員卡污損、遺失或失竊，請立即致電會員服務部，我們會寄發新卡給您。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

第 3.2 節 醫療護理提供者名冊：您使用本計畫網絡內所有醫療護理提供者之指引

醫療護理提供者名冊列出我們的網絡醫療護理提供者和長期使用的醫療器材供應商。

甚麼是「網絡醫療護理提供者」？

網絡醫療護理提供者是指已經和我們簽訂協議，接受以我們的付款以及任何計畫分攤費用做為全額付款的醫生和其他健康護理專業人員、醫療護理組織、長期使用的醫療器材供應商、醫院和其他健康護理設施。我們已安排由這些醫療護理提供者為本計畫會員提供承保服務。最新的醫療護理服務提供者和供應商一覽表可參考我們的網站 <https://brighthouseplan.com/medicare>。

為甚麼您必需知道在我們的網絡有哪些醫療護理提供者？

作為本計畫的會員，您可以選擇從網絡外醫療護理提供者取得該護理。本計畫將承保從無論是網絡內還是網絡外提供者的服務，只要該服務是承保福利而且在醫療上所必需。然而，如果您使用網絡外提供者，您對您所投保服務的費用負擔可能會較高。請參閱第 3 章 (使用計畫的承保取得醫療服務)，查詢更多的具體資訊。

如果您沒有醫療護理提供者名冊，可向會員服務部索取一份 (電話號碼請參閱本手冊封底)。您可詢問會員服務部關於我們網絡醫療護理提供者的更多資訊，包括其資格。

第 3.3 節 藥房名冊：您使用本計畫網絡內藥房之指引

甚麼是「網絡藥房」？

網絡藥房是指已同意為本計畫會員配發承保處方配藥的全部藥房。

為甚麼您必須知道網絡藥房？

您可以使用藥房名冊尋找您要使用的網絡藥房。

如果您沒有藥房名冊，可向客戶服務部索取一份 (電話號碼請參閱本手冊封底)。您可隨時致電客戶服務部索取藥房網絡變更的最新資訊。您也可以在我们的網站找到這些資訊，網址：<https://brighthouseplan.com/medicare>。會員服務部和網站均提供關於我們的網絡藥房變更的最新資訊。

第 3.4 節 本計畫的承保藥物清單 (處方藥一覽表)

本計畫有一份承保藥物清單 (處方藥一覽表)。我們簡稱為「藥物清單」。其中說明哪些 D 部分處方配藥屬於 Bright Advantage Flex (PPO) 所含 D 部分福利的承保範圍。此清單上的藥物是由醫生

第 1 章 會員入門指引

和藥劑師組成的團隊協助本計劃挑選。清單必須符合 Medicare 的規定。Medicare 已核准 Bright Advantage Flex (PPO) 的藥物清單。

藥物清單也會說明是否有限定您配藥承保的任何規則。

我們會提供一份藥物清單給您。欲取得最完整、最新的承保藥物資訊，您可瀏覽本計畫的網站 (<https://brighthouseplan.com/drug-search/ma>) 或致電客戶服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

第 3.5 節 **D 部份福利解說(「D 部分承保證書」)：您 D 部分處方配藥的付款摘要報告**

您使用 D 部份處方配藥福利時，我們會寄一份摘要報告協助您瞭解並追蹤您 D 部份處方配藥的付款情形。此摘要報告稱為 *D 部份福利解說* (或簡稱「D 部份 EOB」)。

D 部份福利解說 列出該月份中您或其他人代替您已花費在 D 部份處方配藥的總金額，以及我們已為您的各個 D 部份處方配藥支付的總金額。第 6 章 (您需為 *D 部份處方配藥* 支付的費用) 會提供 *D 部份福利解說* 以及這份報告如何協助您追蹤配藥承保的詳細資訊。

您亦可索取 *D 部份福利解說* 摘要。如欲索取，請聯絡會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

第 4 節 您的 Bright Advantage Flex (PPO) 承保月費

第 4.1 節 您的計畫保費是多少？

您沒有支付單獨的 Bright Advantage Flex (PPO) 承保月費。您必須繼續支付 Medicare B 部分保費 (除非您的 B 部分保費是由 Medicaid 或由其他第三方為您支付)。

在某些情況下，您的計畫保費可能會更多

在某些情況下，您的計畫保費可能會比上述第 4.1 節所列的金額更高。對於此類情況的說明如下。

第 1 章 會員入門指引

- 如果您登記參加額外福利，也稱為“可選補充福利”，那麼您每月為這些額外福利支付一筆額外保費。如果您有任何關於計畫保費的疑問，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。
- 牙科綜合承保 \$18.00
- 有些會員因為剛開始取得資格時沒有加入 Medicare 配藥計劃，或因為連續 63 天或更多天沒有「可替代」處方配藥承保，因此必須支付 D 部分延遲參加註冊罰款。(「可替代」是指預期該配藥承保至少支付平均和 Medicare 的標準配藥承保一樣的金額。) 對於某些會員，計劃的每月保費會加入 D 部分延遲參加註冊罰款。其保費金額即為計劃月費加上 D 部分延遲參加註冊罰款的金額。
 - 如果您被要求支付 D 部分延遲參加註冊罰款，延遲參加註冊罰款的費用取決於您有多久沒有參加 D 部分或可替代處方配藥承保。第 1 章第 5 節說明 D 部分延遲參加註冊罰款。
 - 如果您有 D 部分延遲參加註冊罰款但卻不支付，可能必須退出計劃。

第 5 節 您是否必須支付 D 部份「延遲參加註冊罰款」？

第 5.1 節 甚麼是 D 部份「延遲參加註冊罰款」？

註：如果您接受 Medicare 的「額外補助 (Extra Help)」來支付處方配藥費用，您就不須支付延遲參加註冊罰款。

延遲參加註冊罰款是指您 D 部份保費外加的金額。如果在您的初始註冊期結束後的任何時間，您連續 63 天或以上沒有 D 部份承保或其他可替代處方配藥承保，您可能便會欠下 D 部分延遲參加註冊罰款。「可替代處方配藥承保」是指符合聯邦醫療保險最低標準的承保，因為預期該承保的平均付款至少等於 Medicare 標準處方配藥承保。延遲參加註冊罰款的費用取決於您有多久沒有參加 D 部分或可替代處方配藥承保。在您享有 D 部份承保的期間，您都需要支付此罰款。

我們會在您首次參加註冊 Bright Advantage Flex (PPO)時，讓您知道罰款金額。D 部分延遲參加註冊罰款會視為您的計畫保費。若您未支付 D 部分延遲參加註冊罰款，您可能無法享有處方配藥的福利。

第 5.2 節 D 部份延遲參加註冊罰款是多少？

Medicare 會確定罰款金額。以下是計算方式：

- 首先計算您在取得 Medicare 配藥計劃資格後延遲了幾個完整月份才參加註冊。或計算您有幾個完整月份沒有可替代處方配藥承保 (如果承保中斷 63 天或更多天)。您沒有可替代承保的每一個月份，罰款是 1%。例如，如果您有 14 個月沒有承保，罰款就是 14%。
- 然後 Medicare 會確認上個年度 Medicare 配藥計劃全國平均月費的金額。對於 2019 年而言，平均保費金額是 \$33.19。
- 欲計算您的每月罰款，將罰款百分比乘以平均月費，再進位至小數點第一位。在這個例子中，14% 乘以 \$33.19 等於 \$4.65。進位後為 \$4.70。此金額會加到要支付 D 部分延遲參加註冊罰款者的月費中。

第 1 章 會員入門指引

有關此每月 D 部分延遲參加註冊罰款，有三個重要注意事項：

- 首先，**罰款可能會每年變更**，因為平均月費每年都可能變更。如果全國平均保費 (由 Medicare 確認) 增加，您的罰款也會增加。
- 其次，只要您參加註冊含 Medicare D 部份配藥福利的計劃，即使您變更計畫，每個月您都要**繼續支付罰款**。
- 第三，如果您未滿 65 歲且目前正在接受 Medicare 福利，當您年滿 65 歲時，此 D 部分延遲參加註冊罰款會重新設定。年滿 65 歲之後，您的 D 部分延遲參加註冊罰款只會以您達到 Medicare 年齡資格的初始註冊期之後沒有承保的月份為計算基準。

第 5.3 節 在某些情況下，您可以延遲參加註冊且不需支付罰款

即使您在首次取得資格時延遲參加註冊提供 Medicare D 部份承保的計劃，有時您還是不須支付 D 部分延遲參加註冊罰款。

如果您處於下列任何情況，就不需要因為延遲參加註冊而支付罰款：

- 如果您已經有預期平均付款至少等於 Medicare 的標準處方配藥承保的處方配藥承保。Medicare 稱此為「可替代配藥承保」。請注意：
 - 可替代承保可包括前僱主或工會、軍人醫療保險計劃或退伍軍人管理局提供的配藥承保。您的保險公司或人力資源部門每年都會通知您的配藥承保是否為可替代承保。此資訊可能是用信函寄送給您或附在計劃通訊中一併寄送。請保留此資訊，因為如果您以後加入 Medicare 配藥計劃可能會用到。

第 1 章 會員入門指引

- 請注意：如果您在醫療承保終止時收到「可替代承保證書」，未必代表您的處方配藥承保就是可替代承保。該通知必須要載明您有預期平均付款至少可和 Medicare 的標準處方配藥承保一樣的「可替代」處方配藥承保。
- 以下不是可替代處方配藥承保：處方配藥折扣卡、義診和藥物折扣網站。
- 如需更多可替代承保的資訊，請查看 *Medicare & You 2019* 手冊，或致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線使用者請撥 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時均可撥打前述免付費電話。
- 您沒有可替代承保，但時間少於連續 63 天。
- 您正在接受 Medicare 提供的「額外補助 (Extra Help)」。

第 5.4 節 如果您不同意您的 D 部分延遲參加註冊罰款怎麼辦？

如果您不同意您的 D 部分延遲參加註冊罰款，您或您的代表可要求審查有關該延遲參加註冊罰款的決定。一般來說，您必須在收到說明您必須支付延遲參加註冊罰款的信函之日起 **60 天內** 要求本審查。如果您在參加我們的計畫前支付罰款，則您可能沒有再次要求審查延遲參加註冊罰款的機會。如需更多關於怎麼做的資訊，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

重要事項：當您在等候延遲參加註冊罰款之裁定重新審理時，請不要停止支付 D 部份延遲參加註冊罰款。若您停止支付，您可能因為無法支付計畫保費而被退出計劃。

第 6 節 您是否因為所得而必須支付額外的 D 部份金額？

第 6.1 節 甚麼人因為所得而必須支付額外的 D 部份金額？

大多數人都要支付標準 D 部份月費。不過，有些人因為年所得的緣故而須支付額外的金額。如果您的個人 (或已婚但分開報稅) 所得達 \$85,000 或以上，已婚夫妻所得達 \$170,000 或以上，您必須直接向政府支付 Medicare D 部份承保的額外金額。

如果您必須支付額外金額，社會安全局 (而不是您的 Medicare 計劃) 會寄信告訴您該額外金額是多少和要怎麼支付。無論您平常如何支付計畫保費，此額外金額都會從您的社會安全、鐵路退休委員會或人事管理局福利支票代扣，但您的月福利不夠支付應繳的額外金額時就不會代扣。如果您的福利支票不夠支付額外金額，您會收到 Medicare 的帳單。您必須向政府支付此額外金額，不能與您的計畫月費一併支付此金額。

第 6.2 節 額外 D 部份金額是多少？

如果您在國稅局所得稅申報單上申報的修正調整後總所得 (MAGI) 超過某個金額，您除了計畫月費之外，還要支付額外金額。有關根據收入而需支付之額外金額的更多資訊，請造訪網站：

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

第 6.3 節 如果您不同意支付額外 D 部份金額怎麼辦？

如果您不同意因為您的所得而應支付額外金額，可要求社會安全局審查該決定。欲進一步瞭解如何提出要求，請聯絡社會安全局，電話：1-800-772-1213 (聽力語言殘障服務專線 1-800-325-0778)。

第 6.4 節 如果您不支付額外 D 部份金額會怎樣？

此額外金額會直接繳給政府 (不是您的 Medicare 計劃) 用於您的 Medicare D 部份承保。如果根據法律您必須支付額外金額但卻沒有支付，您將會退出計劃並失去處方配藥承保。

第 7 節 關於您月保費的更多資訊**許多會員必須支付其他 Medicare 保費**

許多會員必須支付其他 Medicare 保費。如前文第 2 節說明，您必須同時註冊參加 Medicare A 部份和 Medicare B 部份，才能符合本計劃的資格。有些計劃會員 (不符合零保費 A 部份資格的會員) 要支付 Medicare A 部份保費。大多數計劃會員都要支付 Medicare B 部份保費。**您必須繼續支付 Medicare 保費才能維持本計劃會員的身份。**

有些民衆因為其年度收入而支付一筆 D 部份的額外金額，這就是著名的收入相關月調整金額，也稱為 IRMAA。如果您的個人 (或已婚但分開報稅) 所得超過 \$85,000，已婚夫妻所得超過 \$170,000，您必須直接向政府 (而非 Medicare 計劃) 支付 Medicare D 部份承保的額外金額。

- 如果您必須支付額外金額但卻沒有支付，您將會退出計劃並失去處方配藥承保。
- 如果您必須支付額外金額，社會安全局 (而不是您的 Medicare 計劃) 會寄信告訴您該額外金額是多少。
- 如需更多以收入為基礎的 D 部份保費資訊，請參見本手冊第 1 章第 6 節。您也可以瀏覽網站 <https://www.medicare.gov>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。或者您也可以致電社會安全局，電話：1-800-772-1213。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-800-325-0778。

您的 2019 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2019) 手冊在「2019 年聯邦醫療保險費用」(2019 Medicare Costs) 一節有提供 Medicare 保費的資訊，並會解釋不同收入的民衆其聯 Medicare B 部份和 D 部份保費有何差異。每一位享有 Medicare 的民衆每年秋天都會收到一份聯邦醫療保險與您 (Medicare & You)。剛加入 Medicare 的民衆則會在首次登記後一個月內收到。您也可以從 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>) 下載 2019 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2019)。或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取印刷本，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請撥 1-877-486-2048。

第 7.1 節 如果您支付 D 部分延遲參加註冊罰款，則有若干方法供您支付罰款

如果您支付 D 部分延遲參加註冊罰款，則有三種方法供您支付罰款。除非您變更付款方式，否則您將被自動設定為方案 1 (支票付款)。請聯絡會員服務部，通知我們您是否希望變更現有方案。(電話號碼請參閱本手冊封底)。

如果您決定變更支付延遲參加註冊罰款的方式，新的付款方式最多可能需要三個月的時間才能生效。在我們處理您要求的新付款方式期間，您仍須負責確定準時支付延遲參加註冊罰款。

方案 1：您可以使用支票付款

對於您的 D 部分延遲參加註冊罰款，我們將給您寄送一份月帳單。請付款給 **Bright Health**。有關郵寄地址和其他資訊，請參閱您的帳單。其中包括您支票或匯票的會員編號。所有付款必須在每月帳單上顯示的截止日期或之前收到。如果需要更換每月帳單，請致電會員服務部。(電話號碼請參閱本手冊封底)。

方案 2：從您的銀行帳戶自動扣款 (ACH)

您可以將您的 D 部分延遲參加註冊罰款從您的銀行帳戶扣除。為此，您必須填寫保費付款選項表。可以至網站：<https://brighthouseplan.com/medicare> 下載表格，或撥打會員識別證背後的電話聯絡會員服務部。完成填寫表格後，請將表格歸還給 **Bright Health**。

將於每個月的 20 號自動扣款。如果 20 號為假日或週末，則將在 20 號之後的下一個工作日自動扣款。

選項 3：您可以從每月社會安全支票扣除 D 部分延遲參加註冊罰款。

您可以從每月社會安全支票扣除 D 部分延遲參加註冊罰款。請與會員服務部聯絡，查詢關於如何以這種方式支付罰款的更多資訊。我們很樂意協助您進行設定。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

無法支付支付 D 部分延遲參加註冊罰款時怎麼辦

本公司要求您在每月 1 日之前繳付 D 部分延遲參加註冊罰款。若在每月 1 日之前未收到您支付的罰款，我們會發送通知給您，告知若我們在 3 個月之內仍未收到您的 D 部分延遲參加註冊罰款，便會終止您的計畫會員資格。如果要求您支付 D 部分延遲參加註冊罰款，則您必須支付該罰款，以維持您的處方配藥承保。

如果您無法準時支付 D 部分延遲參加註冊罰款，請與會員服務部聯絡，查詢我們能否將您轉介至協助處理罰款的方案。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

如果我們因為您未能支付 D 部份延遲參加註冊罰款而終止您的會員資格，您將會享有 **Original Medicare** 之下的醫療承保。

若我們因為您未能支付 D 部分延遲參加註冊罰款以及目前未取得處方配藥承保而終止您的計畫會員資格，而您在年度註冊期參加新計畫的話，則您在下一年以前無法享有 D 部分的承保。在年度

第 1 章 會員入門指引

Medicare 開放註冊期，您可能加入單獨的處方配藥計畫或是提供藥物承保的健保計畫。(若您超過 63 天沒有任何「可替代」的藥物承保，您可能必須支付 D 部份延遲參加註冊罰款，直至您擁有 D 部份承保為止。)

在我們終止您的會籍資格時，您仍然積欠我們尚未支付的罰款。我們有權催收您積欠的相關罰款金額。未來若您想要再度註冊我們的計畫（或我們提供的另一個計畫）您還是必須繳清積欠的款項才能註冊。

如果您認為我們不當地結束您的會籍資格，您有權透過投訴，要求我們重新考量此裁決。本手冊第 9 章第 10 節會說明如何提出投訴。如果您遭遇您無法控制的緊急情況，因此造成您無法在寬限期內支付保費，您可以撥打以下電話要求我們重新考量此裁決：1-844-202-4974，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，10 月 1 日至 3 月 31 日是一週七天，4 月 1 日至 9 月 30 日是週一至週五。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 711 (1-844-202-4974)。您必須在會籍資格終止日期之後的 60 天內提出要求。

第 7.2 節 我們是否可以在年度當中變更您的計畫月費嗎？

不能。我們不允許在年度當中變更計畫保費。如果下個年度的計畫月費有所變更，我們會在 9 月時通知您，變更則會於 1 月 1 日生效。

但是，在某些情況下，您或需開始支付或可停止支付延遲參加註冊罰款。(如果您持續 63 天或更長時間沒有「可替代」處方配藥承保，或需支付延遲參加註冊罰款。) 如果年度當中您取得「額外補助 (Extra Help)」方案的資格，或您喪失「額外補助」方案的資格，就會發生這種情況：

- 如果您目前支付 D 部分延遲參加註冊罰款，並且在年度當中取得「額外補助」方案的資格，則您可以停止支付罰款。
- 如果您喪失低收入補助（「額外補助」），若您沒有可替代處方配藥承保達 63 天或以上，則您會受到每個月 D 部分延遲參加註冊罰款。

您可在第 2 章第 7 節找到更多有關「額外補助 (Extra Help)」方案的資訊。

第 8 節 請讓您的計畫會籍紀錄保持最新狀態

第 8.1 節 如何協助確保我們擁有您的正確資訊

您的會籍紀錄有來自您參加註冊表的資訊，包括您的地址和電話號碼。紀錄會顯示您的特定計畫承保，包括您的主治醫生。

計畫網絡內的醫生、醫院、藥劑師和其他醫療護理提供者需要您的正確資訊。這些網絡醫療護理提供者會用您的會籍紀錄瞭解哪些服務和藥物屬於承保範圍以及您的分攤費用金額。因此，請務必協助我們讓您的資訊保持在最新狀態。

請通知我們以下變更：

第 1 章 會員入門指引

- 您的姓名、地址或電話號碼變更。
- 您參加註冊的任何其他醫療保險承保 (例如來自您的僱主、您配偶的僱主、工傷賠償或 Medicaid) 變更。
- 若您有任何責任求償，例如因為汽車事故而有的求償。
- 若您已入住療養院。
- 若您在地區外或網絡外醫院或急診室接受護理。
- 若您的指定責任方 (例如護理者) 變更。
- 若您參加臨床研究。

如果這類資訊有任何變更，請致電會員服務部通知我們 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

如果您搬家或變更郵寄地址，也務必聯絡社會安全局。您可在第 2 章第 5 節找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

請仔細閱讀我們寄給您關於您任何其他保險承保的資訊

Medicare 要求我們向您收集您所參加註冊任何其他醫療或藥物保險承保的資訊。這是因為我們必須把您的其他承保和您在本地計劃的福利加以協調。(如需更多關於當您有其他保險時我們的承保如何運作的資訊，請參閱本章第 10 節。)

我們每年會寄給您一封信函，列出我們所知您所參加註冊的任何其他醫療或藥物保險承保。請仔細閱讀這些資訊。如果資訊正確，您不需採取任何行動。如果資訊不正確，或如果您有其他承保但未列出，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

第 9 節 我們會保護您個人健康資訊的隱私

第 9.1 節 我們確保您的健康資訊會受到保護

聯邦和州法律會保護您病歷和個人健康資訊的隱私。我們依相關法律規定保護您的個人健康資訊。

如需更多我們如何保護您個人健康資訊的相關資訊，請參見本手冊第 8 章第 1.4 節。

第 10 節 其他保險和本計劃一起運作的方式

第 10.1 節 當您有其他保險時，哪個計劃先支付？

當您有其他保險 (如僱主團體醫療承保) 時，Medicare 有制定規則來決定是本計劃還是您的其他保險應該先支付。首先支付的保險稱為「主要支付者」，最多支付至其承保上限。「次要支付者」，只會支付主要承保未能承保的費用。次要支付者可能不會支付全部未承保費用。

這些規則適用僱主或工會團體健保計劃承保：

第 1 章 會員入門指引

- 如果您有退休人員承保，**Medicare** 會首先支付。
- 如果您的團體健保計劃承保是以您本人或家人目前的工作為基礎，哪個計劃首先支付取決於您的年齡、僱主的員工人數以及您是否基於年齡、殘疾或末期腎病 (ESRD) 而取得 **Medicare**：
 - 如果您未滿 65 歲且患有殘疾，您本人或家人仍在工作，當僱主有 100 位或更多位員工或多僱主計劃中至少一位僱主有超過 100 位員工時，您的團體健保計劃便會首先支付。
 - 如果您年滿 65 歲，您本人或配偶仍在工作，當僱主有 20 位或更多位員工或多僱主計劃中至少一位僱主有超過 20 位員工時，您的團體健保計劃便會首先支付。
- 如果您因為 ESRD 而享有 **Medicare**，您的團體健保計劃會在您取得 **Medicare** 資格後的最初 30 個月期間首先支付。

這些類型的承保通常是首先支付與下列各類型相關的服務：

- 無過失保險 (包括汽車險)
- 責任險 (包括汽車險)
- 黑肺症福利
- 工傷賠償

Medicaid 和軍人醫療保險計劃 (**TRICARE**) 都不會首先支付 **Medicare** 承保的服務。兩者只會在 **Medicare**、僱主團體健保計劃和 / 或 **Medicare** 輔助保險計劃 (**Medigap**) 支付之後才會支付。

如果您有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。如果您有關於哪個計劃先支付的疑問，或您需要更新您的其他保險資訊，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。您可能必須提供計劃會員卡號碼給其他保險公司 (但您要先確認其身份)，您的帳單才會準時獲得正確付款。

第 2 章

重要的電話號碼和資源

第 2 章 重要的電話號碼和資源

第 1 節	Bright Advantage Flex (PPO) 聯絡資訊 (如何聯絡我們, 包括如何聯繫計畫的會員服務部)	22
第 2 節	Medicare (如何直接從聯邦政府的 Medicare 計劃取得協助和資訊)	27
第 3 節	州政府醫療保險計劃 (免費的協助、資訊並回答您有關 Medicare 的疑問).....	28
第 4 節	品質改進組織 (Medicare 付費以查核享有 Medicare 的民眾取得護理的品質)	29
第 5 節	社會安全局.....	30
第 6 節	Medicaid (醫療補助, 俗稱「白卡」) (聯邦和州的聯合方案, 協助某些收入和資源有限的民眾支付醫療費用)	31
第 7 節	幫助民眾支付其處方配藥費用的方案的相關資訊	31
第 8 節	如何聯絡鐵路退休委員會.....	35
第 9 節	您是否有僱主提供的「團體保險」或其他醫療保險?	35

第 1 節 **Bright Advantage Flex (PPO) 聯絡資訊** (如何聯絡我們，包括如何聯繫計畫的會員服務部)

如何聯絡本計畫的會員服務部

如需請款、帳單或會員卡等問題的協助，請致電或寫信給 Bright Advantage Flex (PPO) 客戶服務部。我們很樂意協助您。

方法	會員服務部 — 聯絡資訊
電話	1-844-202-4974 撥打此號碼不需付費。 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 會員服務部也會為非英語人士免費提供口譯服務。
聽力語言殘障 服務專線	711 (1-844-202-4974) 撥打本號碼不需付費 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。
傳真	1-800-325-8115
寫信	Bright Health Medicare Advantage – 會員服務部 P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
網站	www.brighthealthplan.com/medicare

您想要求醫療護理的承保決定時如何與我們聯絡

承保決定是指我們做出的決定事關您的福利和承保，或事關我們為您的醫療服務支付的金額。如需更多要求醫療護理承保決定的資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)。

如果您有關於我們承保決定流程的疑問，可以打電話給我們。

方法	醫療護理承保決定 – 聯絡資訊
電話	1-844-202-4974 撥打此號碼不需付費。 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。
聽力語言殘障 服務專線	711 (1-844-202-4974) 撥打本號碼不需付費 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。
傳真	住院：1-888-972-2081 - 門診：1-888-972-2082 - Behavioral Health: 1-888-972-2076
寫信	Bright Health 計畫使用管理部 10008 N Dale Mabry Highway Tampa, FL 33618 收件人：UM 事前授權部

您想針對醫療護理提出上訴時如何與我們聯絡

上訴是要求我們審查並變更我們已做成之承保決定的正式方法。如需更多要求醫療護理承保決定的資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)。

方法	醫療護理上訴 - 聯絡資訊
電話	1-844-202-4974 撥打此號碼不需付費。 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。

方法	醫療護理上訴 - 聯絡資訊
聽力語言殘障 服務專線	711 (1-844-202-4974) 撥打本號碼不需付費 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。
傳真	1-800-894-7742
寫信	Bright Health Medicare Advantage - 上訴與投訴部 P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943

您想針對醫療護理作出投訴時如何與我們聯絡

您可以對我們或我們的網絡醫療護理提供者提出投訴，包括護理品質方面的投訴。這類型投訴不涉及承保或付款爭議。(如果您的問題事關計畫的承保範圍或付款，應查看以上有關提出上訴的小節。)如需針對醫療護理作出投訴的詳細資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦。)

方法	醫療護理的投訴 - 聯絡資訊
電話	1-844-202-4974 撥打此號碼不需付費。 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。
聽力語言殘障 服務專線	711 (1-844-202-4974) 撥打本號碼不需付費 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。
傳真	1-800-894-7742
寫信	Bright Health Medicare Advantage - 上訴與投訴部 P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943

方法	醫療護理的投訴 - 聯絡資訊
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提出關於 Bright Advantage Flex (PPO) 的投訴。如欲透過網路向 Medicare 提出投訴，請前往 https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

您想要求 D 部份處方配藥的承保決定時如何與我們聯絡

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或針對我們為您的計劃包含的 D 部份福利承保的處方配藥應支付之金額所做的決定。如需更多要求 D 部分處方配藥承保決定的資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)。

方法	D 部份處方配藥的承保決定 - 聯絡資訊
電話	1-844-246-4458 撥打此號碼不需付費。 週一至週日，每天 24 小時。
聽力語言殘障服務專線	711 (1-844-246-4458) 撥打本號碼不需付費 週一至週日，每天 24 小時。
傳真	1-855-633-7673
寫信	Bright Health - D 部分上訴和例外部 P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
網站	www.brighthealthplan.com/medicare

您想針對 D 部份處方配藥提出上訴時如何與我們聯絡

上訴是要求我們審查並變更我們已做成之承保決定的正式方法。如需要求 D 部分處方配藥提出上訴的詳細資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)。

方法	D 部份處方配藥的上訴 - 聯絡資訊
電話	1-844-246-4458 撥打此號碼不需付費。 週一至週日，每天 24 小時。
聽力語言殘障服務專線	711 (1-844-246-4458) 撥打本號碼不需付費 週一至週日，每天 24 小時。
傳真	1-855-633-7673

方法	D 部份處方配藥的上訴 – 聯絡資訊
寫信	Bright Health - D 部分上訴和例外部 P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000

您想針對 D 部份處方配藥提出投訴時如何與我們聯絡

您可以對我們或我們的網絡藥房提出投訴，包括護理品質方面的投訴。這類型投訴不涉及承保或付款爭議。(如果您的問題事關計畫的承保範圍或付款，應查看以上有關提出上訴的小節。) 如需關於針對 D 部份處方配藥提出投訴的更多資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦。)

方法	D 部份處方配藥的投訴 – 聯絡資訊
電話	1-844-246-4458 撥打此號碼不需付費。 週一至週日，每天 24 小時。
聽力語言殘障服務專線	711 (1-844-246-4458) 撥打本號碼不需付費 週一至週日，每天 24 小時。
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS Caremark Medicare D 部分申訴部 P.O. Box 30016 Pittsburg, PA 15222-0330
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提出關於 Bright Advantage Flex (PPO) 的投訴。如欲透過網路向 Medicare 提出投訴，請前往 https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

要求我們為您已接受的醫療護理或藥物支付我們應分攤的費用時要把要求寄到哪裡

如需更多您可能必須要求我們補償或支付您收到的醫療護理提供者帳單相關情況之資訊，請參閱第 7 章 (要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用)。

請注意：如果您寄付款要求給我們，但我們拒絕您要求的任何部份，您可對我們的決定提出上訴。如需更多資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)。

方法	付款要求 — 聯絡資訊
寫信	醫療理賠： Bright Health Medicare Advantage - 理賠處理部 P.O. Box 853960 Richardson, TX 75085-3960 D 部分理賠： CVS/Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
網站	www.brighthouseplan.com/medicare

第 2 節 Medicare (如何直接從聯邦政府的 Medicare 計劃取得協助和資訊)

Medicare 是專為年滿 65 歲，或未滿 65 歲但患有殘疾或末期腎病 (需要洗腎或腎臟移植的永久腎衰竭) 的民眾提供的 Medicare 計劃。

主管 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務機構 (Centers for Medicare & Medicaid Services，有時稱為「CMS」)。此機構與 Medicare Advantage 組織簽約，包括本公司在內。

方法	Medicare – 聯絡資訊
電話	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 撥打此號碼不需付費。 每週 7 天，每天 24 小時。
聽力語言殘障 服務專線	1-877-486-2048 本號碼需使用特殊電話器材，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。 撥打此號碼不需付費。

方法	Medicare – 聯絡資訊
網站	https://www.medicare.gov 這是 Medicare 的政府官方網站，為您提供 Medicare 及目前 Medicare 議題的最新資訊，還有關於醫院、療養院、醫生、家庭護理機構和洗腎設施的資訊。網站有您可以直接從電腦列印的手冊，您也能找到您所在州的 Medicare 聯絡資訊。 Medicare 網站也有下列工具可查明關於您的 Medicare 資格和參加註冊選項的詳細資訊： • Medicare 資格工具：提供 Medicare 資格狀況資訊。 • Medicare 計畫搜尋工具：提供您所在地區有提供的 Medicare 處方配藥計畫、Medicare 健保計畫和 Medicare 輔助保險計畫 (Medigap) 政策的個人化資訊。這些工具可預估投保不同的 Medicare 計畫時您可能要支付的自付費用。 您也可以利用網站來告訴 Medicare 您有關 Bright Advantage Flex (PPO) 的任何投訴： • 向 Medicare 提出您的投訴：您可以直接向 Medicare 提出關於 Bright Advantage Flex (PPO) 的投訴。如欲向 Medicare 提出投訴，請前往 https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 非常重視您的投訴，也會使用這類資訊幫助改進 Medicare 計畫的品質。 如果您沒有電腦，當地圖書館或長者中心也許可以協助您使用那裡的電腦瀏覽這個網站。或者，您可致電 Medicare，告訴他們您要找哪些資訊。他們會在網站查到資訊，然後印出來寄給您。（您可撥打 Medicare 電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者可撥打 1-877-486-2048。）

第 3 節

州政府醫療保險計劃 (免費的協助、資訊並回答您有關 Medicare 的疑問)

州政府醫療保險計劃 (SHIP) 是每一個州都有的政府計劃，並配備受過訓練的諮詢人員。在紐約，SHIP 稱為「紐約醫療保險資訊、諮詢和協助計畫 (New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP))」。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

紐約醫療保險資訊、諮詢和協助計畫 (New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)) 是一項獨立計畫 (未與任何保險公司或醫療計畫相關)。是聯邦政府出資的州計畫，免費為享有 Medicare 的民眾提供當地的醫療保險諮詢。

紐約醫療保險資訊、諮詢和協助計畫 (New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)) 顧問可以協助您解決 Medicare 的疑問或問題。他們能協助您瞭解您的 Medicare 權利、提出關於您醫療護理或治療的投訴，幫助您解決 Medicare 帳單的相關問題。紐約醫療保險資訊、諮詢和協助計畫 (New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)) 顧問尚可協助您瞭解您的 Medicare 計劃選項以及回答更換計畫的相關問題。

方法	紐約醫療保險資訊、諮詢和協助計畫 (New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)) – 聯絡資訊
電話	1-800-701-0501 週一至週五，早上 8:30 至下午 5 時
聽力語言殘障服務專線	711
寫信	紐約市老化研究部 (New York City Department for the Aging) 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
網站	www.aging.ny.gov/HealthBenefits/Index.cfm

第 4 節 品質改進組織 (Medicare 付費以查核享有 Medicare 的民眾取得護理的品質)

每州都設有一個指定用來服 Medicare 受益人的品質改進組織 (QIO)。紐約的品質改進組織稱為「Livanta - 紐約品質改進組織 (New York's Quality Improvement Organization)」。

Livanta - 紐約品質改進組織擁有一組由聯邦政府支薪的醫生和其他健康護理專業人員。該組織的費用由 Medicare 支付，以查核並協助改進享有 Medicare 的民眾的護理品質。Livanta - 紐約品質改進組織為獨立組織。與本計畫沒有關聯。

如有以下任何情況，您應與 Livanta - 紐約品質改進組織聯繫：

- 您想投訴所接受護理的品質。
- 您認為您住院期的承保太快終止。
- 您認為您的家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務的承保太快終止。

方法	Livanta - 紐約品質改進組織 – 聯絡資訊
電話	1-866-815-5440 週間時間：上午 9 時至下午 5 時 週末及假日：上午 11 時至下午 3 時
聽力語言殘障 服務專線	1-866-868-2289 本號碼需使用特殊電話器材，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。
寫信	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	https://www.livantaqio.com/en/provider/transition

第 5 節 社會安全局

社會安全局負責裁決 Medicare 的資格並處理參加註冊事宜。年滿 65 歲或患有殘疾或末期腎病且符合特定條件的美國公民，均符合 Medicare 的資格。如果您已經在領社會安全支票，您就會自動參加註冊 Medicare。如果您沒有領社會安全支票，您必須參加註冊 Medicare。社會安全局會處理 Medicare 的參加註冊流程。欲申請 Medicare，您可致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

社會安全局也負責裁決哪些人因為收入較高的緣故必須支付 D 部份配藥承保的額外金額。如果您收到社會安全局來函通知您必須支付額外金額，而您有金額方面的疑問，或如果您的收入因生活變動事件而減少，您都可以致電社會安全局要求複核。

如果您搬家或變更郵寄地址，請務必聯絡通知社會安全局。

方法	社會安全局 – 聯絡資訊
電話	1-800-772-1213 撥打此號碼不需付費。 週一至週五，上午 7 時至晚上 7 時提供服務。 您每天 24 小時均可利用社會安全局的自動電話服務聽取語音資訊並處理部份業務。
聽力語言殘障 服務專線	1-800-325-0778 本號碼需使用特殊電話器材，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。撥打此號碼不需付費。 週一至週五，上午 7 時至晚上 7 時提供服務。
網站	https://www.ssa.gov

第 6 節 Medicaid (醫療補助，俗稱「白卡」) (聯邦和州的聯合方案，協助某些收入和資源有限的民眾支付醫療費用)

Medicaid 是聯邦和州政府的聯合方案，協助某些收入和資源有限的民眾支付醫療費用。有些享有 Medicare 的民眾也符合 Medicaid 的資格。

此外，還有透過 Medicaid 提供的方案可協助享有 Medicare 的民眾支付其 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「聯邦醫療保險免保費計劃 (Medicare Savings Programs)」每年都會協助收入和資源有限的民眾節省費用：

- **符合資格的 Medicare 受益人 (QMB)：**協助支付聯邦 Medicare A 部份和 B 部份保費，以及其他分攤費用 (如自付扣除額、共同保險金和共付額)。(有些具備 QMB 資格的民眾也符合資格可取得完全 Medicaid 福利 (QMB+)。)
- **特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：**協助支付 B 部分保費。(有些具備 SLMB 資格的民眾也符合資格可取得完全 Medicaid 福利 (SLMB+)。)
- **符合資格個人 (QI)：**協助支付 B 部分保費。
- **符合資格的身障且有工作的個人 (QDWI)：**協助支付 A 部分保費。

若要了解關於 Medicaid 及其方案的更多資訊，請聯繫紐約州的 Medicaid。

方法	紐約州 Medicaid – 聯絡資訊
電話	1-800-541-2831 週一至週五，早上 9 時 至下午 5 時
聽力語言殘障服務專線	711
寫信	紐約州衛生部 (New York State Department of Health) - Medicaid Management Corning Tower, Empire State Plaza Albany, NY 12237
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

第 7 節 幫助民眾支付其處方配藥費用的方案的相關資訊

Medicare 的「額外補助 (Extra Help)」方案

Medicare 的「額外補助 (Extra Help)」可為收入與資源有限的民眾支付處方配藥費用。所謂資源包括您的儲蓄和股票，但不包括房子和車子。如果您符合資格，就會獲得協助支付您 Medicare 配藥計劃的月費、年度自付扣除額和處方配藥共付額。此「額外補助 (Extra Help)」也會計入您的自付費用中。

收入和資源有限的民眾可能符合資格可取得「額外補助 (Extra Help)」。部份民眾會自動取得「額外補助 (Extra Help)」的資格，不需要申請。Medicare 會郵寄通知函給自動取得「額外補助 (Extra Help)」資格的民眾。

您也許可以取得「額外補助 (Extra Help)」來支付處方配藥保費和費用。欲確認您是否符合資格可取得「額外補助 (Extra Help)」，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048，每週 7 天，每天 24 小時；
- 社會安全局辦公室電話 1-800-772-1213，週一至週五，上午 7 時至晚上 7 時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-800-325-0778 (申請)；或
- 您所在州的 Medicaid 辦公室 (申請)(請參閱本章第 6 節的連絡資訊)。

如果您認為您已有資格可取得「額外補助 (Extra Help)」，但您在藥房購買處方配藥時支付的分攤費用金額不正確，本計劃已制定一套流程，讓您可要求協助以取得適當共付額層級的證明，或如果您已有證明，即可利用此流程提供證明給我們。

- 如需最佳可用證明的幫助，請撥打會員證背面所列的會員服務部電話。
- 我們收到顯示您共付額層級的證明時，就會更新系統資料，您下一次到藥房購買處方配藥時便能支付正確的共付額。如果您溢付共付額，我們會補償您。我們會寄給您溢付金額的支票，或抵扣未來的共付額。如果藥房還未向您收取共付額，並將該共付額標示為您欠付的款項，我們可能會直接向藥房付款。如果州政府代替您支付，我們可能直接付款給州政府。如果您有任何疑問，請聯絡會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

Medicare 承保缺口折扣方案

Medicare 承保缺口折扣方案會為達到承保缺口但並未接受「額外補助 (Extra Help)」的 D 部份計劃參加者提供原廠藥的藥廠折扣。對於原廠藥，藥廠提供的 70% 折扣不會在承保缺口包括成本部分的配藥費用。您支付原廠藥議定價格的 25%，以及配藥費用的一部份。

若您到達承保缺口，當藥房向您收取處方費用時我們會自動扣除折扣，而且您的 D 部份福利解說 (D 部份 EOB) 會顯示所提供的任何折扣。您支付的金額和藥廠的折扣金額都會計入您的自付費用，視為您已支付這些金額，讓您通過承保缺口階段。計劃支付的金額 (5%) 不會計入您的自付費用。

您也會取得副廠藥的部份承保。如果您達到承保缺口，計劃會支付副廠藥價的 63%，您則支付其餘 37% 的藥價。若是副廠藥，計劃支付的金額 (63%) 不會計入您的自付費用。只有您支付的金額才會計入，讓您通過承保缺口。此外，配藥費用也包含在藥物費用內。

如果有任何關於您目前使用的藥物是否有折扣或關於 Medicare 承保缺口折扣方案的疑問，請與會員服務部聯絡 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

如果您有州政府藥廠補助方案 (SPAP) 提供的承保呢？

如果您已註冊參加州政府藥廠補助方案 (SPAP) 或提供 D 部分藥物承保的任何其他計畫 (非「額外補助 (Extra Help)」)，您將獲得 70% 的承保原廠藥折扣。此外，本計畫在承保範圍內支付 5% 的原廠藥費用。在任何 SPAP 或其他承保前，70% 的折扣和計畫支付的 5% 費用都適用於藥品的價格。

如果您有 AIDS 藥物補助方案 (ADAP) 提供的承保呢？

甚麼是 AIDS 藥物補助方案 (ADAP)？

AIDS 藥物補助方案 (ADAP) 幫助患有 HIV/AIDS 且符合 ADAP 資格的人取得挽救生命的 HIV 藥物。Medicare D 部份處方配藥如果也屬於 ADAP 的承保範圍，即符合資格可透過紐約的 AIDS 藥物補助方案 (ADAP) 取得處方配藥分攤費用補助。請注意：這些人必須符合特定標準，包括州居留和 HIV 狀態證明、州政府定義的低收入，以及無保險 / 保額不足狀態，才能符合您所在州營運的 ADAP 資格。

如果您目前有參加註冊 ADAP，該方案可繼續為您提供 Medicare D 部份處方配藥分攤費用補助，以支付 ADAP 處方藥一覽表藥物的費用。為確保您能繼續獲得該補助，只要您的 Medicare D 部份計劃名稱或保單號碼有變動時，都請通知您當地的 ADAP 參加註冊工作人員。

有關資格標準、承保藥物或如何參加註冊此方案的資訊，請致電紐約的 AIDS 藥物補助方案 (ADAP)。

您居住州別的 AIDS 藥物補助方案 (ADAP) 列出如下。

方法	紐約的 AIDS 藥物補助方案 (ADAP) – 聯絡資訊
電話	1-800-542-2437

方法	紐約的 AIDS 藥物補助方案 (ADAP) – 聯絡資訊
聽力語言殘障 服務專線	711
寫信	HIV Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220
網站	http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

如果您取得 **Medicare** 的「額外補助 (Extra Help)」幫助您支付處方配藥的費用呢？您是否可取得這項折扣？

不可以。如果您取得「額外補助 (Extra Help)」，即已取得承保缺口期間處方配藥費用的承保。

如果您沒有得到折扣，但您認為您應該享有折扣時呢？

如果您認為您已達到承保缺口，但支付原廠藥的費用時並沒有得到折扣，您應該查看下一期的 *D 部份福利解說 (D 部份 EOB)* 通知。如果您的 *D 部份福利解說* 並未顯示折扣，您應該與我們聯絡，確保您的處方配藥紀錄正確並保持在最新狀態。如果我們不同意您應享有折扣，您可以上訴。您可以向州政府醫療保險計劃 (SHIP) 取得協助以提出上訴 (電話號碼在本章第 3 節)，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 提出上訴；每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。

州政府藥廠補助方案 (State Pharmaceutical Assistance Programs)

許多州具有州政府藥廠補助方案 (State Pharmaceutical Assistance Programs)，能根據財務需求、年齡、醫療狀況或失能程度協助一些人支付處方配藥。每個州皆有不同的會員藥物承保規則。

在紐約，州政府藥廠補助方案 (State Pharmaceutical Assistance Programs) 為紐約州早期藥物保險承保 (EPIC)。

方法	紐約州早期藥物保險承保 (EPIC) – 聯絡資訊
電話	1-800-332-3742
聽力語言殘障 服務專線	711
寫信	P.O. Box 15018 Albany, NY 12212

方法	紐約州早期藥物保險承保 (EPIC) – 聯絡資訊
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

第 8 節 如何聯絡鐵路退休委員會

鐵路退休委員會是獨立的聯邦代理機構，負責管理美國鐵路勞工與其家人的綜合福利方案。如果您有關於鐵路退休委員會所提供福利的疑問，請聯絡該代理機構。

如果您透過鐵路退休委員會取得 Medicare，您搬家或變更郵寄地址時務必要通知該委員會。

方法	鐵路退休委員會 – 聯絡資訊
電話	1-877-772-5772 撥打此號碼不需付費。 週一至週五，上午 9 時至下午 3 時 30 分提供服務。 如果您有按鍵式電話，可聆聽語音資訊和使用自動化服務；每天 24 小時均提供服務，包括週末和假日。
聽力語言殘障服務專線	1-312-751-4701 本號碼需使用特殊電話器材，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。本號碼不是免付費電話。
網站	https://secure.rrb.gov/

第 9 節 您是否有僱主提供的「團體保險」或其他醫療保險？

如果您 (或您配偶) 從您 (或您配偶) 的僱主或退休人士團體享有本計畫福利，當您有疑問時可致電該僱主 / 工會福利主管或會員服務部。您可詢問關於您 (或您配偶) 的僱主或退休人員醫療福利、保費或註冊期等問題。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。) 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227；聽力語言殘障服務專線：1-877-486-2048) 詢問您參加本計畫後的 Medicare 承保範圍的相關問題。

如果您有其他透過您 (或您配偶) 的僱主或退休人員團體取得的處方配藥承保，請聯絡該團體的公司醫療福利主管。公司醫療福利主管能協助確認您目前的處方配藥承保將如何與本計劃配合運作。

第 3 章

使用計劃的承保取得醫療 服務

第 3 章 使用計劃的承保取得醫療服務

第 1 節	本計劃會員取得醫療護理承保注意事項.....	38
第 1.1 節	甚麼是「網絡醫療護理提供者」和「承保服務」？	38
第 1.2 節	取得本計劃醫療護理承保的基本規則	38
第 2 節	使用網絡和網絡外提供者取得您的醫療護理	39
第 2.1 節	您可以選擇一位主治醫生 (PCP) 提供及監督您的醫療護理	39
第 2.2 節	沒有您的主治醫生事先核准的情況下您可以獲得什麼樣的醫療護理？	40
第 2.3 節	如何從專科醫生和其他網絡醫療護理提供者取得護理	40
第 2.4 節	如何從網絡外醫療護理提供者取得護理	41
第 3 節	需要急診、緊急護理或遭遇災難時如何取得承保服務	42
第 3.1 節	如果您有醫療急診狀況時如何取得護理	42
第 3.2 節	有緊急護理服務需求時取得護理	43
第 3.3 節	災難期間取得護理	43
第 4 節	如果您直接收到承保服務全額費用的帳單怎麼辦？	44
第 4.1 節	您可要求我們支付承保服務費用中我們應分攤的部份	44
第 4.2 節	如果服務不屬於本計劃的承保範圍，您必須支付全額費用	44
第 5 節	參加「臨床研究」時的醫療服務如何取得承保？	44
第 5.1 節	甚麼是「臨床研究」？	44
第 5.2 節	您參與臨床研究時，誰會支付哪些費用？	45
第 6 節	在「宗教性非醫療健康護理機構」取得護理承保的規則	46
第 6.1 節	甚麼是宗教性非醫療健康護理機構？	46
第 6.2 節	哪些宗教性非醫療健康護理機構的護理屬於本計劃的承保範圍？	46
第 7 節	長期使用的醫療器材的所有權規則.....	46
第 7.1 節	您按本計劃規定支付特定次數費用後是否即擁有該長期使用的醫療器材？	46

第 1 節 本計劃會員取得醫療護理承保注意事項

本章為您說明使用本計劃取得醫療護理承保時，您必須知道的事情。其中包括用語的定義，並說明取得本計劃所承保的醫療治療、服務和其他醫療護理時，您應遵守的規則。

有關哪些醫療護理屬於本計劃的承保範圍以及當您取得相關護理時應支付多少費用的詳情，請利用下一章，即第 4 章 (醫療福利表：承保範圍以及您支付的費用) 的福利表查詢。

第 1.1 節 甚麼是「網絡醫療護理提供者」和「承保服務」？

以下幾個定義有助於您瞭解本計劃會員可如何取得屬於承保範圍的護理與服務：

- 「**醫療護理提供者**」是指經州政府核發執照，可提供醫療服務與護理的醫生和其他健康護理專業人員。「醫療護理提供者」也包括醫院與其他健康護理設施。
- 「**網絡醫療護理提供者**」是指與我們簽訂協議，接受我們的付款及您的分攤費用金額做為全額付款的醫生和其他健康護理專業人員、醫療護理組織、醫院，以及其他健康護理設施。我們已安排由這些醫療護理提供者為本計劃會員提供承保服務。本公司網絡內的醫療護理提供者會把護理您的帳單直接給我們。您去網絡醫療護理提供者處就診時，只要為其服務支付您應分攤的費用。
- 「**承保服務**」包括本計劃所承保的全部醫療護理、健康護理服務、用品和器材。您醫療護理的承保服務列在第 4 章的福利表中。

第 1.2 節 取得本計劃醫療護理承保的基本規則

Bright Advantage Flex (PPO) 屬於 Medicare 健保計畫，因此必須承保 Original Medicare 承保的全部服務，也須遵循 Original Medicare 的承保規則。

Bright Advantage Flex (PPO) 將會承保您的醫療護理，只要：

- 您接受的護理列於本計劃的醫療福利表中 (該表列於本手冊第 4 章)。
- 您接受的護理視為是醫療上所必需。「醫療上所必需」是指服務、用品或藥物是預防、診斷或治療醫療病況所需且符合公認的醫療執業標準。
- 您從根據 **Original Medicare** 符合資格的提供者取得您的護理。作為本計畫的會員，您可以從網路提供者或網絡外提供者取得您的護理（如需更多關於這方面的資訊，見本章第 2 節）。
 - 我們的網絡醫療護理提供者列於 *醫療護理提供者名冊*。

- 如果您使用網絡外提供者，您對您所投保服務的費用負擔可能會較高。
- **請注意：** 儘管您可以從網絡外提供者取得您的護理，該提供者必須符合資格參加 Medicare。除了急診護理以外，我們不能支付不符合參與 Medicare 資格的提供者。如果您去找不符合參與 Medicare 資格的提供者，您將負責您所接受之服務的全部費用。在接受服務之前先徵求提供者的意見，以確認他們符合資格參與 Medicare。

第 2 節 使用網絡和網絡外提供者取得您的醫療護理

第 2.1 節 您可以選擇一位主治醫生 (PCP) 提供及監督您的醫療護理

甚麼是「主治醫生」？主治醫生要為您做甚麼？

- 何謂主治醫生？

主治醫生 (PCP) 是將協助您管理您的整體健康 (無論這是否涉及預防性護理)、確定新症狀的原因，或幫助您管理多種慢性病。

- 哪些類型的醫療護理提供者可以擔任主治醫生？

主治醫生可能是醫生 (有 MD 或 DO 學位的執業醫生) 或執業護士 (NP、APN、FNP、DNP、APRN)，專長於：家庭醫學、內科醫學、老人醫學、兒科或全科。

- 我的主治醫生的角色為何？

主治醫生是您幾乎所有醫療和健康護理需求的第一聯絡人。不論先前任何狀況，這些醫療護理提供者會協助您護理、教育、治療和支持您維持您的最佳健康。您的主治醫生是您的健康擁護者，與您緊密合作幫助您達到您的健康護理目標。

您不需要您的主治醫生轉介才能看另一位醫療護理提供者，不過我們強烈建議您在選擇專科醫生或尋求其他護理前，和您的主治醫生齊力合作。關於需要授權的服務，您的主治醫生可能會在該過程協助您。

您如何選擇主治醫生？

花時間謹慎選擇您的主治醫生是一件相當重要的事情，因為他會是和您在您的健康護理需求上最緊密合作的人。如果您沒有 PCP，Bright Health 可以協助您確定一個滿足需求的 PCP。

若需要協助尋找並選擇主治醫生，請造訪我們網站 www.brighthealthplan.com/medicare，或請撥打 ID 卡背面的號碼聯絡會員服務部。(會員服務部的電話號碼也請參閱本手冊封底。)

更換您的主治醫生

您可以任何理由隨時更換主治醫生。

如果您更換您的主治醫生，請到我們的網站 www.brighthealthplan.com/medicare 通知我們此項變更，或請撥打 ID 卡背面的號碼聯絡會員服務部。(會員服務部的電話號碼也請參閱本手冊封底。) 您的新主治醫生指派會在收到您的要求後立即生效。

第 2.2 節 沒有您的主治醫生事先核准的情況下您可以獲得什麼樣的醫療護理？

Bright Health 不會要求醫療護理要由主治醫生轉介。

第 2.3 節 如何從專科醫生和其他網絡醫療護理提供者取得護理

專科醫生是指對特定疾病或身體部位提供健康護理服務的醫生。專科醫生可分為許多科別，舉例如下：

- 腫瘤科醫生，提供癌症的病患護理。
- 心臟科醫生，提供心臟病況的病患護理。
- 骨科醫生，提供特定骨骼、關節或肌肉病況的病患護理。

您可以不需您主治醫生的轉介即問診專科醫生，不過我們建議您問診前，先跟您的主治醫生諮詢和尋求建議。

專科醫生提供的特定服務可能需要事前授權。如果需要，您、您的主治醫生或您的專科醫生可以申請事前授權。請參閱本手冊第 4 章，了解哪些服務需要事前授權，以及如何申請。

若需要協助尋找專科醫療護理提供者的協助，請聯絡您的主治醫生、造訪我們網站 www.brighthealthplan.com/medicare，或請撥打 ID 卡背面的號碼聯絡會員服務部。(會員服務部的電話號碼也請參閱本手冊封底。)

如果專科醫生或其他網絡醫療護理提供者離開本計劃怎麼辦？

我們可能會在年度期間變更您計劃中的醫院、醫生和專科醫生 (醫療護理提供者)。醫療護理提供者可能會因為若干原因離開您的計劃，但如果您的醫生或專科醫生確實離開您的計劃，您享有以下概述的特定權利和保障：

- 即使我們的醫療護理提供者網絡可能會在年度期間變動，但 Medicare 規定，我們必須不間斷讓您取得符合資格醫生和專科醫生的服務。
- 我們至少會提前 30 天通知您醫療護理提供者將離開本計劃，讓您有時間重新選擇醫療護理提供者。
- 我們會協助您重新選擇符合資格的醫療護理提供者，以繼續管理您的醫療護理需求。
- 如果您正在接受醫學治療，您有權要求，而我們也會與您一起確保，您正在接受的醫療上所必需之治療不致中斷。
- 如果您認為我們並未提供符合資格的醫療護理提供者取代您之前的醫療護理提供者，或您的護理沒有得到適當的管理，您有權對我們的決定提出上訴。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生即將撤出您的計劃，請與我們聯絡，我們才能協助您尋找新的醫療護理提供者並照管您的護理。

如需進一步協助，請致電 1-844-202-4974，當地時間上午 8 時到晚上 8 時，10 月 1 日至 3 月 31 日是每週 7 天，4 月 1 日至 9 月 30 日是週一 - 週五。聽障 (TTY) 使用者請撥 711。

第 2.4 節 如何從網絡外醫療護理提供者取得護理

作為本計劃的會員，您可以選擇從網絡外醫療護理提供者取得該護理。然而，請注意沒有與我們簽訂合約的提供者不承擔治療您的義務，急診情況除外。本計劃將承保從無論是網絡還是網絡外提供者的服務，只要該服務是承保福利而且在醫療上所必需。然而，**如果您使用網絡外提供者，您對您所投保服務的費用負擔可能會較高**。下面是對瞭解網絡外提供者很重要的其他事情：

- 您可以從網絡外提供者取得您的護理；然而，在大多數情況下，該提供者必須符合資格參加 Medicare。除了急診護理以外，我們不能支付不符合參與 Medicare 資格的提供者。如果您從不符合參與 Medicare 資格的提供者取得護理，您將負責您所接受之服務的全部費用。在接受服務之前先徵求提供者的意見，以確認他們符合資格參與 Medicare。
- 當您從網絡外提供者取得護理時，您不需要取得轉介或事先授權。然而，在從網絡外提供者取得服務之前，您最好先要求就診前承保決定，以確認您正在獲得的服務受到承保且在醫療上所必需。（請參閱第 9 章第 4 節，查詢關於要求承保決定的資訊）。這很重要，因為：
 - 若無就診前承保決定，如果我們後來確定該服務未受承保或非在醫療上所必需，我們可以否決承保，那麼您將負責全部費用。如果我們表示不會承保您的服務，您有權對我們不承保您護理的決定提出上訴。請參閱第 9 章（*如果您有問題或投訴怎麼辦*），以瞭解如何上訴。
- 最好要求網絡外提供者先郵寄本計劃的帳單。但是，如果您已經支付了承保服務，我們將給您報銷所承保服務費用中我們的分攤費用。或者如果網絡外提供者給您寄送帳單，您認為我們應該支付，您可以將其寄送給我們索要付款。*如需瞭解如果您收到帳單或者如果您需要補償怎麼辦，請參閱第 7 章（要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用）。*

- 如果您正在使用網絡外提供者取得急診護理、緊急護理服務或區域外透析，您也許不必支付較高的分攤費用金額。若需更多關於這些情況的資訊，請參閱第 3 節。

第 3 節 需要急診、緊急護理或遭遇災難時如何取得承保服務

第 3.1 節 如果您有醫療急診狀況時如何取得護理

甚麼是「醫療急診狀況」？如果您有醫療急診狀況怎麼辦？

「醫療急診狀況」是指您或任何其他具備一般健康和醫學知識的審慎非專業人士認為您的醫療症狀需要立即醫治才能避免失去生命、肢體或肢體機能的情況。醫療症狀包括疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病況。

如果您有醫療急診狀況：

- **儘快取得協助。**請撥 911 尋求協助或前往最近的急診室或醫院。如果您有需要，請打電話要求救護車。您不需先取得您主治醫生的核准或轉介。
- **盡速確認已經通知本計劃關於您的緊急情況。**我們必須追蹤您的急診照護。您或其他人應該致電告訴我們您的急診護理情況，通常需在 48 小時內告知。您可以撥打 1-844-202-4974，10 月 1 日到 3 月 31 日是每週 7 天（4 月 1 日到 9 月 30 日是週一 - 週五），當地時間上午 8 時到下午 8 時。聽障 (TTY) 使用者請撥 711。

如果您有醫療急診狀況，甚麼屬於承保範圍？

只要有需求，您隨時都可以在美國或其領土的任何地方取得承保急診醫療護理。如果以救護服務以外方式到急診室可能會危害您的健康，此時本計劃就會承保救護服務。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章的醫療福利表。

如果您有緊急狀況，我們會和為您提供急診護理的醫生洽談，以協助管理及追蹤您的護理。為您提供急診護理的醫生會判斷您的病況何時穩定以及醫療急診狀況何時結束。

急診結束後，您有權取得追蹤護理，確保您的病況持續穩定。您的追蹤護理將由本計劃承保。如果您從網絡外提供者取得隨訪護理，您將支付較高的網絡外分攤費用。

如果不是醫療急診狀況時怎麼辦？

有時很難判斷您是否有醫療急診狀況。例如，您可能認為自己的健康面臨嚴重危險而要求急診護理，但醫生卻表示這根本不是醫療急診狀況。如果後來確定並非緊急狀況，但只要您當時合理認為您的健康面臨嚴重危險，我們還是會承保您的護理。

然而，在醫生已說這并非急診之後，您支付的費用分攤金額將取決於您是從網絡提供者還是網絡外提供者取得護理。如果您從網絡提供者取得護理，您的分攤費用通常將低於如果您從網絡外提供者取得護理。

第 3.2 節 有緊急護理服務需求時取得護理**甚麼是「緊急護理服務」？**

「緊急護理服務」是指非急診、不可預見的醫療疾病、傷害或病況所必須立即接受的醫療護理。緊急護理服務可由網絡醫療護理提供者提供，但若網絡醫療護理提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，則可由網絡外醫療護理提供者提供。不可預見的病況的例子包括您的已知病況在不可預見的情況下突然發作。

如果您有緊急護理需求時人在計劃的服務地區內怎麼辦？

在大多數情況下，如果您在本計劃的服務區域而且您使用網絡外提供者，您將會為您的護理支付較高的分攤費用。

若需要協助尋找最近的可用緊急照護中心，請到我們的網站或透過您 ID 卡背面的號碼聯絡會員服務部。(會員服務部的電話號碼也請參閱本手冊封底。)

如果您有緊急護理需求時人在計劃的服務地區外怎麼辦？

當您在服務地區外而無法從網絡醫療護理提供者取得護理時，本計劃將給您從任何醫療護理提供者取得的緊急護理承保網絡內分攤費用金額的較低部分。

如果您在美國以外接受護理，本計劃不承保緊急護理服務或任何其他護理。

第 3.3 節 災難期間取得護理

如果您所在州的州長、美國聯邦健康及人類服務部部長或美國總統宣告您所在地區進入災難狀態或有急診狀況，您仍有權從您的計劃取得護理。

請瀏覽以下網站：www.brighthealthplan.com/medicare 查詢災難期間如何取得所需護理的資訊。

一般來說，如果您無法在災難期間使用網絡醫療護理提供者，您的計劃將允許您在災難期間按照網絡內分攤費用，從網絡外醫療護理提供者取得護理。如果您在災難期間無法使用網絡藥房，也許可以在網絡外藥房購買處方配藥。請參閱第 5 章第 2.5 節查詢詳情。

第 4 節 如果您直接收到承保服務全額費用的帳單怎麼辦？

第 4.1 節 您可要求我們支付承保服務費用中我們應分攤的部份

如果您已為承保服務支付超過您應分攤的費用，或您收到承保醫療服務的全額費用帳單，請參閱第 7 章 (要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用)，查詢該怎麼做的資訊。

第 4.2 節 如果服務不屬於本計劃的承保範圍，您必須支付全額費用

Bright Advantage Flex (PPO) 會承保所有醫療上所必需、列於本計畫醫療福利表 (此表在本手冊第 4 章) 且依計畫規則取得的醫療服務。如果因為不是計畫承保服務，或未遵循計畫規則，您即須支付非本計畫所承保服務之全額費用。

如果您有任何關於我們是否會支付您正在考慮的任何醫療服務或護理費用的疑問，您有權在取得服務或護理之前詢問我們是否承保。您也有權要求以書面提供相關資訊。如果我們表示不會承保您的服務，您有權對我們不承保您護理的決定提出上訴。

第 9 章 (如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦) 有更多關於如果您要求我們做承保決定，或想對我們做的決定提出上訴時該怎麼辦的資訊。您也可以致電會員服務部取得更多資訊 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

若是有福利限制的承保服務，您用完該類型承保服務的福利之後即須支付該類服務的全額費用。未承保的服務或超過福利限制的服務之費用不計入您的計劃中自付費用上限。(請參閱本手冊第 4 章，了解您的計劃中最高自付費用金額的資訊。) 若想知道您已使用多少福利限制，您可以致電會員服務部。

第 5 節 參加「臨床研究」時的醫療服務如何取得承保？

第 5.1 節 甚麼是「臨床研究」？

臨床研究 (也稱為「臨床試驗」) 是醫生與科學家測試新類型醫療護理 (例如癌症新藥的成效) 的方法。他們會徵求自願者協助進行研究，以測試新的醫療護理程序或藥物。這種研究是研究流程的最後階段之一，可協助醫生和科學家瞭解新方法是否有效和是否安全。

臨床研究未必都會開放讓本計劃的會員參加。必須先由 Medicare 核准研究。如果參加未經 Medicare 核准的研究，您必須負責支付參加研究的全部費用。

只要獲得 Medicare 核准，研究的工作人員就會與您聯絡進一步說明研究詳情，並確認您是否符合執行該研究的科學家所設定的要求。只要您符合研究的要求而且完全瞭解並接受參加研究會涉及的事項，您即可參加研究。

如果您參加 Medicare 核准的研究，Original Medicare 會為您在研究中接受的承保服務支付大多數費用。參加臨床研究期間，您可繼續參加註冊本計劃並持續透過本計劃取得其餘的護理 (與研究無關的護理)。

如果您想參加 Medicare 核准的臨床研究，您不需取得本計劃或您主治醫生的核准。在臨床研究中為您提供護理的醫療護理提供者不需是本計劃的網絡醫療護理提供者。

雖然您不需取得本計劃的許可即可參加臨床研究，但您需要在開始參加臨床研究前先通知我們。

如果您打算參與臨床試驗，請聯絡會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)，讓他們知道您將參與臨床試驗，並進一步瞭解關於您的計劃將會支付的具體詳細資訊。

第 5.2 節 您參與臨床研究時，誰會支付哪些費用？

一旦加入 Medicare 核准的臨床研究，您在研究中接受的例行用品和服務都屬於承保範圍，包括：

- 即使您未參加研究時 Medicare 仍會支付的醫院住院膳宿費用。
- 屬於研究一部份的手術或其他醫療程序。
- 新護理副作用與併發症的治療。

Original Medicare 會支付您在研究中取得的承保服務的大多數費用。Medicare 支付其對相關服務應分擔的費用後，本計劃也會支付一部份的費用。我們會支付 Original Medicare 分攤費用和您身為本計劃會員的分攤費用之間的差額。也就是說，您因研究而接受的服務和若您從本計劃接受這些服務時支付的費用是一樣的。

*現舉例說明分攤費用：*假設在研究中，您有一項 \$100 的化驗費用。再假設 Original Medicare 規定您對該化驗的分攤費用為 \$20，但按本計劃福利則要支付 \$10。在此情況下，Original Medicare 會支付該化驗的 \$80，我們再支付 \$10。也就是說，您只要支付 \$10，此金額和按本計劃福利您要支付的金額是一樣的。

您必須提出付款要求，我們才會支付我們的分攤費用。您提出要求時需寄給我們您的 Medicare 摘要通知，或其他顯示您因研究而接受的服務和應付費用的文件。請參閱第 7 章，查詢更多有關提出付款要求的資訊。

當您參加臨床研究時，Medicare 或本計劃都不會支付下列任何費用：

- 一般而言，Medicare 不會支付研究測試中新用品或服務的費用，除非是即使您未參加研究時 Medicare 仍會承保該用品或服務。
- 研究免費提供給您或任何參加者的用品和服務。
- 僅為收集資料而提供，而不是直接用於您醫療護理的用品或服務。例如，如果您的醫療病況通常只要做一次數控斷層掃描 (CT) Medicare 就不會支付研究過程中每個月做的 CT 掃描費用。

您想進一步瞭解嗎？

第 3 章 使用計劃的承保取得醫療服務

您可以在 Medicare 網站 (<http://www.medicare.gov>) 閱讀出版品「聯邦醫療保險和臨床研究」(Medicare and Clinical Research Studies)，取得更多參加臨床研究的資訊。您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 電話，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。

第 6 節 在「宗教性非醫療健康護理機構」取得護理承保的規則

第 6.1 節 甚麼是宗教性非醫療健康護理機構？

宗教性非醫療健康護理機構會對一般會在醫院或專業護理設施治療的病況提供護理。如果在醫院或專業護理設施取得護理會違反會員的宗教信仰，本計劃會改為在宗教性非醫療健康護理機構的護理提供承保。您可隨時以任何理由選擇尋求醫療護理。本福利只適用 A 部份住院服務 (非醫療健康護理服務)。Medicare 只會支付由宗教性非醫療健康護理機構提供的非醫療健康護理服務。

第 6.2 節 哪些宗教性非醫療健康護理機構的護理屬於本計劃的承保範圍？

欲從宗教性非醫療健康護理機構取得護理，您必須簽署一份法律文件，說明您基於信仰良知反對取得「法外」醫療治療。

- 「法外」醫療護理或治療是指自願性且聯邦、州或當地法律未強制規定的任何醫療護理或治療。
- 「法內」醫療治療是指您接受非自願性或聯邦、州或當地法律強制規定的醫療護理或治療。

欲獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療健康護理機構取得的護理必須符合下列條件：

- 提供護理的設施必須經聯 Medicare 認證。
- 本計劃為您所接受服務提供的承保以非宗教的護理為限。
- 如果該機構是在設施中為您提供服務，則有下列條件：
 - 您必須患有會讓您取得住院護理或專業護理設施護理承保服務的醫療病況。
 - – 而且 – 您入住該設施之前，必須事先取得本計劃核准，否則您的住院將不屬於承保範圍。

只要是您的住院符合 Medicare 承保準則，您在醫院住院的承保天數就沒有限制。第 4 章醫療福利表的「住院護理」說明承保限制。

第 7 節 長期使用的醫療器材的所有權規則

第 7.1 節 您按本計劃規定支付特定次數費用後是否即擁有該長期使用的醫療器材？

長期使用的醫療器材 (DME) 包括由醫療護理提供者囑咐在家使用的項目，例如氧氣器材和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音產生裝置、靜脈輸液幫浦、噴霧器以及

醫院病床等用品。某些用品 (例如義肢) 一律為會員所有。在本節中，我們會討論其他必須租用的長期使用醫療器材類型。

在 **Original Medicare** 中，某些類型的長期使用的醫療器材的租用人，在支付該器材共付額 13 個月後即可擁有該器材。但身為 **Bright Advantage Flex (PPO)** 會員，無論您以本計畫會員身份為該器材支付多少次共付額，您通常不會取得所租用長期使用的醫療器材的所有權。在特定少數情況下，我們會將長期使用的醫療器材的所有權轉移給您。請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底) 查詢您必須符合哪些規定和提供哪些文件。

如果您轉換到 Original Medicare，您已為長期使用的醫療器材所付的款項會做何處理？

如果您沒有在參加註冊本計劃期間取得長期使用的醫療器材的所有權，您必須在參加註冊 Original Medicare 期間重新為該器材連續支付 13 次費用，才能取得該器材的所有權。您之前參加註冊本計劃期間所付的費用都不會計入這連續 13 次費用中。

如果您參加註冊本計劃之前按 Original Medicare 規定支付低於 13 次長期使用的醫療器材的費用，這些先前在 Original Medicare 支付的費用也不會計入這連續 13 次費用中。您必須按 Original Medicare 規定支付連續 13 次的費用，才能取得該器材的所有權。即使當您返回傳 Original Medicare 時也沒有例外。

第 4 章

醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)

第 1 節	瞭解您承保服務的自付費用.....	51
第 1.1 節	您可能要為承保服務支付的自付費用類型.....	51
第 1.2 節	您的計畫自付扣除額是什麼？.....	51
第 1.3 節	您要為 Medicare A 部份和 B 部份承保醫療服務支付的最高金額是多少？.....	52
第 1.4 節	本計畫不允許網絡醫療護理提供者向您收取「網絡外醫生收款帳單」費用.....	53
第 2 節	使用醫療福利表查明哪些屬於承保範圍以及您要支付多少費用.....	54
第 2.1 節	本計畫會員的醫療福利和費用.....	54
第 2.2 節	您可以購買的額外“可選補充”福利.....	104
第 3 節	哪些服務不屬於本計畫的承保範圍？.....	113
第 3.1 節	我們不承保的服務 (不予承保項目).....	113

第 1 節 瞭解您承保服務的自付費用

本章的重點是您的承保服務和您要為醫療福利支付哪些費用，其中包括列出您承保服務的醫療福利表，並顯示身為 **Bright Advantage Flex (PPO)** 會員您要為各承保服務支付多少費用。在本章稍後，您可以找到有關不屬於承保範圍的醫療服務之資訊，其中也說明特定服務的限制。

第 1.1 節 您可能要為承保服務支付的自付費用類型

欲瞭解我們在本章中提供的付款資訊，您必須知道您要為承保服務支付的自付費用類型。

- 「**自付扣除額**」是指您必須先為醫療服務支付的金額，之後本計畫才會開始支付其應分攤的部分。(第 1.2 節告訴您更多關於您的計畫自付扣除額。)
- 「**共付額**」是指您接受某些醫療服務時每次支付的固定金額。您要在取得醫療服務時支付共付額。(第 2 節的醫療福利表為您詳細說明共付額。)
- 「**共同保險金**」是指您為某些醫療服務支付的總費用百分比。您要在取得醫療服務時支付共同保險金。(第 2 節的醫療福利表為您詳細說明共同保險金。)

大部分符合 **Medicaid** 與 **Medicare** 受益人 (QMB) 方案資格的人士無須支付扣除額、共付額或共同保險金。請務必向您的提供者出示您的 **Medicaid** 或 **QMB** 資格證明 (若適用)。如果您認為自己被要求支付不當的金額，請與會員服務部聯絡。

第 1.2 節 您的計畫自付扣除額是什麼？

您的自付扣除額是 \$250。這是您必須自付的費用，然後我們便會支付已承保的醫療服務中我們分擔的費用。您必須先支付自付扣除額，否則就要支付大多數承保服務的全額費用。(自付扣除額不適用於下列服務。)只要您已支付自付扣除額，我們便會開始支付已承保醫療服務中我們要分擔的費用，然後您將支付日曆年度剩餘日子的分攤費用(共付額或共同保險金金額)。

- 自付扣除額不適用於有些服務，包括某些網絡內預防護理服務。所以，我們會分擔這些服務的費用，即使您尚未支付您的自付扣除額。以下服務不適用自付扣除額：
- 網絡內長期使用的醫療器材 (DME)
- 網絡內住院護理
- **Medicare** 承保的網絡內預防護理服務(這些服務標記為"在福利表中沒有共同保險金、共付額或自付扣除額")
- B 部分網絡內處方藥物
- 網絡內主治醫生就診

- 網絡內專業護理設施護理
- 網絡內沒有費用分攤(或 \$0 共付額)的其他 Medicare 承保服務
- Medicare 不承保以下服務：
 - 網絡內針灸
 - 網絡內或網絡外年度體檢
 - 網絡內健身俱樂部和健身會籍
 - 網絡內或網絡外助聽器驗配和評價
 - 網絡內或網絡外聽力常規檢查
 - 網絡內或網絡外預防性牙科護理服務
 - 網絡內或網絡外 Vision 常規眼科檢查
 - 網絡內或網絡外 Vision 護目鏡

第 1.3 節 您要為 Medicare A 部份和 B 部份承保醫療服務支付的最高金額是多少？

根據本計畫，對您必須自費支付的承保醫療服務有兩個不同限額：

- 您的 **網絡內最大自費金額** 為 \$6,500。這是該日曆年度期間您為您從網絡提供者取得的承保 Medicare A 部分和 B 部分服務支付的大部分。您為來自網絡提供者的承保服務支付的自付扣除額、共付額和共同保險金額，會計入此網絡內自付費用金額上限。(您為 D 部分處方藥物以及來自網絡外提供者的服務支付的金額，不計入您的網絡內自費金額上限。另外，您為一些服務支付的金額不計入您的網絡內自費金額上限。)如果您已經為來自網絡提供者的承保 A 部分和 B 部分服務支付了 \$6,500，在當年剩餘時間內，如果您找我們網絡提供者看病，您將不會有任何自費費用。然而，您必須繼續支付 Medicare B 部分保費 (除非您的 B 部分保費是由 Medicaid 或由其他第三方為您支付)。
- 您的 **組合自費金額上限** 為 \$10,000。這是該日曆年度期間您為您從網絡內核網絡外提供者取得的承保 Medicare A 部分和 B 部分服務支付的大部分。您為承保服務支付的自付扣除額、共付額和共同保險金額會計入此組合自付費用金額上限。(您為您的 D 部分處方配藥所支付的金額不會計入您的組合自付費用金額上限。此外，您為特定服務所支付的金額不會計入您的組合自付費用金額上限。)如果您已經為支付了 \$10,000 的承保服務，您將會有 100% 承保，而且在該年度剩餘時間內就不須為 A 部分和 B 部分網絡內承保服務的任何自付費用。然而，您必須繼續支付 Medicare B 部分保費 (除非您的 B 部分保費是由 Medicaid 或由其他第三方為您支付)。

第 1.4 節 本計劃不允許網絡醫療護理提供者向您收取「網絡外醫生收款帳單」費用

身為 Bright Advantage Flex (PPO) 會員，在滿足任何自付扣除額後，您獲得的重要保障是您取得本計畫承保的服務時只須支付您的分攤費用金額。我們不允許醫療護理提供者另行加收其他收費，也就是「網絡外醫生收款帳單」費用。即使我們支付醫療護理提供者的費用少於醫療護理提供者的服務收費、即使有爭議且我們不支付某些醫療護理提供者的收費，都適用這項保障 (您永遠不須支付超過您的分攤費用金額)。

以下是這項保障的運作方式。

- 如果您的分攤費用是共付額 (一筆固定金額，例如 \$15.00)，您從網絡醫療護理提供者取得任何承保服務時只須支付該筆金額。當您從網絡外提供者取得護理時，您一般將會有較高的共付額。
- 如果您的分攤費用是共同保險金 (總費用的百分比)，您支付的金額絕對不會超過該百分比。不過，您的費用視您去看哪種類型的醫療護理提供者而定：
 - 如果您從網絡醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險金的百分比乘以計畫的補償費率 (按醫療護理提供者和計畫間的合約裁定)。
 - 如果您從與 Medicare 簽約的網絡外醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險金的百分比乘以 Medicare 支付網絡醫療護理提供者的費率。
 - 如果您是未與 Medicare 簽約的網絡外醫療護理提供者取得承保服務，那麼您支付的金額是共同保險金的金額乘以 Medicare 支付非網絡醫療護理提供者的費率。
- 如果您認為醫療護理提供者向您收取「網絡外醫生收款帳單」費用，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

第 2 節 使用醫療福利表查明哪些屬於承保範圍以及您要支付多少費用

第 2.1 節 本計劃會員的醫療福利和費用

以下幾頁的醫療福利表列出 Bright Advantage Flex (PPO) 承保的服務，還有您要為各服務支付哪些自付費用。唯有符合下列承保規定時，醫療福利表所列的服務才屬於承保範圍：

- 必須按照 Medicare 制定的承保準則為您提供 Medicare 承保服務。
- 您的服務 (包括醫療護理、服務、用品和器材) 必須是醫療上所必需。「醫療上所必需」是指服務、用品或藥物是預防、診斷或治療醫療病況所需且符合公認的醫療執業標準。
- 有些醫療福利表所列的服務僅在您的醫生或其他網絡醫療護理提供者事先向 Bright Advantage Flex (PPO) 取得核准才會承保 (有時候稱為「事前授權」)。
 - 需要事前授權承保為網絡內服務的承保服務在醫療福利表中以斜體字表示。
 - 對於來自網絡外提供者的自費服務，您永遠不需要事先核准。
 - 儘管您不需要網絡外服務的事先核准，但您或您的醫生可以要求我們事先進行承保決定。

其他有關本計劃承保的重要事項：

- 對於其中您的費用分攤是共同保險金百分比的福利，您支付的金額取決於您從什麼類型的提供者取得服務：
 - 如果您從網絡醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險金的百分比乘以計劃的補償費率 (按醫療護理提供者和計劃間的合約裁定)。
 - 如果您從與 Medicare 簽約的網絡外醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險金的百分比乘以 Medicare 支付網絡醫療護理提供者的費率。
 - 如果您是未與 Medicare 簽約的網絡外醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險金的百分比乘以 Medicare 支付非網絡醫療護理提供者的費率。
- 和所有 Medicare 健保計劃一樣，我們會承保 Original Medicare 承保的所有項目。這些福利中，有些您在本計劃時所支付的費用會比您在 Original Medicare 時還多，而有些您則支付較少。如果您想瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用詳情，請查閱您的 2019 年聯邦醫療保險與您 Medicare & You 2019 手冊。請上網檢閱：<https://www.medicare.gov> 或是撥打以下電話索取一份：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間一週七天，每天 24 小時。TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。
- 所有 Original Medicare 免費承保的預防護理服務，我們也都免費為您承保。不過，如果您接受預防護理服務的同時也接受既有醫療病況的治療或監控，此既有醫療病況的護理即須支付共付額。

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)

- 有時候，Medicare 會於年度期間新增加 Original Medicare 承保的服務。如果 Medicare 在 2019 年期間新增加任何服務承保，Medicare 或本計劃都會承保相關服務。



您會在福利表的預防護理服務旁看到此蘋果圖示。特定服務可能需要事前授權。

醫療福利表

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 腹主動脈瘤篩檢 有風險民眾的一次超音波篩檢。您必須有特定風險因素且您取得醫生、醫生助理、執業護士或臨床專科護士轉介，本計劃才會承保此篩檢。	網絡內 符合本項預防篩檢資格的會員沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
針灸服務 包含醫療上所必需用於治療噁心、疼痛症狀或肌肉骨骼和相關疾病的針灸服務。輔助性療法的模式可能包含如針灸、艾灸和其他療法。合約醫療護理提供者可能進行初次檢查來確定您的問題性質，如果應該提供承保服務，會準備該服務要提供的醫療所需審查表。您每年定期的首次就診皆有承保，包含檢查。 針灸福利由 American Specialty Health Group Incorporated (ASH Group) 提供。您必須到 ASH Group 的網絡醫療護理提供者就診才能取得該福利。請審查醫療護理提供者名冊找尋 ASH Group 醫療護理提供者。 每年限制 12 次就診	網絡內 共付額 \$20 網絡外 共付額 \$20

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
救護車服務 承保救護服務包括以固定翼機、旋翼機和地面救護服務載送到可提供護理的最近適當設施，但只能因會員醫療病況使用其他交通工具可能危及個人健康或經本計劃授權時才提供這些服務。	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的地面救護服務之共付額為 \$175。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>非急診救護車運送必須取得事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 每項 Medicare 承保的地面救護服務之共付額為 \$175。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
如果文件記載會員的病況使用其他交通工具可能危及個人健康，且救護運輸有醫療必要性，非急診救護運輸即屬適當。	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的空中救護服務之共付額為 \$225。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>非急診救護車運送必須取得事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 每項 Medicare 承保的空中救護服務之共付額為 \$225。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
年度例行身體檢查 本計劃包含全面性身體檢查和慢性疾病的狀態評估。這不包含化驗、放射或診斷檢測。其他分攤費用可能適用於這些的任一服務或在您就診時進行的任何其他服務。請參閱醫療福利表中這些服務的各小節。	網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 40%
 年度健康檢查 如果您參加註冊 B 部份已超過 12 個月，您可接受一次年度健康檢查，以便根據您目前的健康狀態和風險因素擬定或更新針對個人具體情況的預防計劃。本項目每 12 個月一次屬於承保範圍。 注意：您不得在做完「歡迎參加註冊 Medicare」預防看診身體檢查後 12 個月內接受第一次年度健康檢查。不過，在參加註冊 B 部份 12 個月後，您不需接受過「歡迎參加註冊 Medicare」身體檢查，年度健康檢查也屬於承保範圍。	網絡內 年度健康檢查沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
 骨質測量 若是符合資格個人 (通常是指有骨質流失風險或骨質疏鬆風險的人)，下列服務每 24 個月承保一次 (若為醫療上所必需則次數更多)：確認骨質密度、偵測骨質流失或判定骨骼品質的程序，包括醫生對結果的判讀。	網絡內 Medicare 承保的骨質測量沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影) 承保服務包括： • 35 至 39 歲一次基線乳房 X 光攝影 • 年滿 40 歲的女性每 12 個月一次篩檢乳房 X 光攝影 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查	網絡內 承保的篩檢乳房 X 光攝影沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
心臟復健服務 符合某些條件的會員，經醫生囑咐時，包括運動、教育和諮詢的心臟復健服務綜合方案屬於承保範圍。	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$20。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
計劃也承保通常會比心臟復健方案更劇烈或強度更高的加強心臟復健方案。	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$20。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 心血管疾病風險降低門診 (心血管疾病治療) 我們每年承保一次幫助您降低心血管疾病風險的主治醫生門診。本次門診時，您的醫生可能會討論使用阿斯匹靈 (如適當)、檢查您的血壓，並提供確保您健康飲食的提示。	網絡內 密集行為治療心血管疾病預防福利沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 心血管疾病檢測 每五年 (60 個月) 一次偵測心血管疾病 (或與心血管疾病風險升高相關的異常情形) 的血液測試。	網絡內 每 5 年承保一次的心血管疾病測試沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
 子宮頸癌與陰道癌症篩檢 承保服務包括： • 所有女性：每 24 個月一次宮頸塗片檢查和盆腔檢查屬於承保範圍 • 如果您是子宮頸癌或陰道癌高風險族群，或您在育齡期間而在前 3 年子宮頸抹片檢查結果異常：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查	網絡內 Medicare 承保的預防宮頸塗片檢查和盆腔檢查沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
脊椎護理服務 承保服務包括： 我們只承保矯正半脫位的脊椎推拿	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$20。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
 結腸直腸癌篩檢 年滿 50 歲的民眾下列項目屬於承保範圍： - 軟式乙狀結腸鏡檢查 (或替代的篩檢鉭劑灌腸檢查)，每 48 個月 以下項目之一，每 12 個月： - 癒創木糞便隱血測試 (gFOBT) - 糞便免疫化學測試 (FIT) DNA 結腸直腸癌篩檢，每 3 年 若是結腸直腸癌高風險的人，我們承保： - 篩檢結腸鏡檢查 (或替代的篩檢鉭劑灌腸檢查)，每 24 個月 若非結腸直腸癌高風險的人，我們承保： - 篩檢結腸鏡檢查，每 10 年 (120 個月)，但不得在篩檢乙狀結腸鏡檢查後 48 個月內	網絡內 Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢檢查沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
Medicare 承保的大腸鉬劑灌腸造影預防性服務	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。需要事前授權。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
牙科護理服務 Original Medicare 通常不承保預防性牙科護理服務 (例如洗牙、例行牙科檢查與牙科 x 光)。我們承保：	
預防性牙科護理服務 口腔檢查 每年限制 2 次口腔檢查 預防 (清潔) 每年限制 2 次清潔 牙科 X 光 每三年限制 2 次 X 光	網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 30% 網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 30% 網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 30%

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
• 氟化治療 每年限制 1 次氟化治療	網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 30%
 憂鬱症篩檢 我們每年承保一次憂鬱症篩檢。此篩檢必須在可提供追蹤治療和/或轉介的基層護理場所進行。	網絡內 年度憂鬱症篩檢門診沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
 糖尿病篩檢 如果您有下列任何風險因素，我們會承保本篩檢 (包括空腹葡萄糖測試)：高血壓、膽固醇和三酸甘油酯濃度異常 (血脂異常) 紀錄、肥胖或高血糖 (葡萄糖) 紀錄。如果您符合過重和家族糖尿病史等其他規定，測試也屬於承保範圍。 根據這些測試的結果，您也許符合每 12 個月最多兩次糖尿病篩檢的資格。	網絡內 Medicare 承保的糖尿病篩檢測試沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品 適用所有糖尿病患者 (胰島素和非胰島素使用者)。承保服務包括： • 監測血糖的用品：血糖監測器、血糖試紙、採血裝置和採血針，以及檢查試紙和監測器準確度的血糖質控液。 • 有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每日曆年度一雙治療用訂製模壓鞋 (包括這類鞋子隨附的鞋墊) 以及額外兩雙鞋墊，或一雙加深鞋和三雙鞋墊 (不包括這類鞋子隨附的非訂製可拆卸鞋墊)。承保包括裝配。 • 糖尿病自我管理訓練在特定情況下屬於承保範圍。	網絡內 自付扣除額可能會適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額可能會適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
長期使用的醫療器材 (DME) 與相關用品 (有關「長期使用的醫療器材」的定義，請參閱本手冊第 12 章。) 承保的項目包括但不僅限於輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者囑咐在家使用的醫院病床、靜脈輸液幫浦、語音產生裝置、氧氣用品、噴霧器以及助行器。 我們承保屬於 Original Medicare 承保範圍的所有醫療上所必需長期使用的醫療器材。如果您所在地區中的本計劃供應商沒有提供特定品牌或製造商，您可以問他們是否能為您特別訂購一個。我們網站也有最新的供應商名單，網址為 www.brighthealthplan.com/medicare。	網絡內 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 20%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
急診護理 急診護理指下列服務： - 由符合資格可提供急診護理的醫療護理提供者提供，以及 - 因評估或穩定急診醫療狀況所需。 醫療急診狀況是指您或任何其他具備一般健康和醫學知識的審慎非專業人士認為您的醫療症狀需要立即醫治才能避免失去生命、肢體或肢體機能的情況。醫療症狀包括疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病況。 對於網絡外提供的必要急診服務，其分攤費用與網內提供的此類服務相同。承保限於美國和其領土。	每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$90。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 如果您在 24 小時內住院即無須支付共付額。 若您在網絡外的醫院接受急診照護而且在緊急狀況穩定下來後需要住院護理，您必須前往網絡醫院，您的護理才會有承保，以便支付穩定後住院部分的網絡內費用分攤金額。如果您住在網絡外醫院，您的住院將被承保，但是您將支付穩定下來後住院部分的自費費用分攤金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
健身中心會員資格 包含透過網內健身中心取得的 The Silver&Fit® Exercise 和 Healthy Aging Program 會員資格。您能取得以下之一： - 健身中心會員資格：您可以參加 Silver&Fit 健身中心或附近參與計劃的運動中心，或 - 家庭健身計畫：如果您無法到健身中心或想在家健身，您可以從幾項居家健身組件中選擇。每個福利年度您最多可選兩套健身組件。 您也可以參加 Silver&Fit 的低衝擊課程 (如果可取得)，課程專注在改善並增進肌肉力量和耐力、行動力、彈性、活動度、平衡、敏捷和協調；健康銀髮課程 (線上或 DVD)；每季一次的計劃通訊；和網站工具。 該 Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供，為 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的附屬機構。Silver&Fit 為 ASH 的聯邦註冊商標。	共付額 \$0
聽覺護理服務 您的醫療護理提供者為了確認您是否需要接受醫療治療而執行的診斷聽覺和平衡評估，會比照醫生、聽覺治療師或其他符合資格醫療護理提供者的門診護理承保。 其他例行聽覺檢測 每年限制 1 次就診	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 40%

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
助聽器裝配評估 每年限制 1 次就診 助聽器 購買您的醫生或聽覺治療師開立的助聽器，每三年雙耳合併津貼最高 \$3,000。助聽器意指配戴在人身上的電子裝置，用途為擴大聲音。	網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 40% 網絡內 共付額 \$0 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 共付額 \$0
 HIV 篩檢 若是要求 HIV 篩檢測試或 HIV 感染風險較高的人，我們承保： - 每 12 個月一次篩檢檢查 若是孕婦，我們承保： - 妊娠期間最多三次篩檢檢查	網絡內 符合 Medicare 承保的 HIV 篩檢資格的會員，沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
家庭護理機構 醫生必須先證明您需要家庭護理服務並囑咐由家庭護理機構提供家庭護理服務，之後您才能接受家庭護理服務。您必須是不宜外出的狀態，也就是說出門對您來說是極不方便的事。 承保服務包括但不限於： • 非全職或間歇性的專業護理和家庭健康助理服務 (您的專業護理和家庭健康助理服務合計每天必須少於 8 小時，且每週不超過 35 小時，才會屬於家庭健康護理福利的承保範圍) • 物理治療、職能治療和語言治療 • 醫療和社會服務 • 醫療器材和用品	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。需要事前授權。 網絡外 自付扣除額可能會適用。就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
善終護理 您可從任何經 Medicare 認證的善終護理方案取得護理。如果醫生和善終護理機構醫療護理主管給您末期預後，證明您患有末期疾病且如果疾病按正常進程發展，您的生命剩下不超過 6 個月，您便符合資格可取得善終護理福利。您的善終護理醫生可以是網絡醫療護理提供者，也可以是網絡外醫療護理提供者。 承保服務包括： • 控制症狀和舒緩疼痛的藥物 • 短期暫托護理 • 家庭護理 <u>關於善終護理服務與您的末期預後相關的任何 Medicare A 部分與 B 部分承保服務：</u>Original Medicare (非本計畫) 將支付您的善終護理服務與您的末期預後相關的任何 A 部分和 B 部分服務費用。在善終護理方案期間，您的善終護理提供者會將 Original Medicare 支付的服務帳單寄給 Original Medicare。	參加經 Medicare 認證的善終護理方案時，您的善終護理服務以及與末期預後相關的 A 部分和 B 部分服務費用會由 Original Medicare 而非 Bright Advantage Flex (PPO) 支付。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
<u>Medicare A 部分與 B 部分未承保，且與您末期預後無關的服務</u>：如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保，但與您末期預後無關的非急診、非緊急護理服務，您支付多少服務費用會視您是否使用本計畫網絡中的醫療護理提供者而定： • 如果您自網絡醫療護理提供者取得承保服務，您只須支付網絡內服務的計畫分攤費用金額。 • 如果您自網絡外醫療護理提供者取得承保服務，您支付網絡外服務的計畫分攤費用金額。 <u>關於 Bright Advantage Flex (PPO) 承保但 Medicare A 部分或 B 部分未承保的服務</u>：無論是否與您的末期預後有關，Bright Advantage Flex (PPO) 將繼續支付 A 部分或 B 部分未承保的計畫承保服務。您要為相關服務支付您的計畫分攤費用。 <u>若是本計劃的 D 部份福利可承保的藥物</u>：藥物絕對不會同時屬於善終護理方案和本計劃的承保範圍。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節（如果您住在經 Medicare 認證的善終護理機構內）。 注意：如果您需要非善終護理 (與您的末期預後無關的護理)，您必須與我們聯絡安排相關服務。	

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 免疫接種 Medicare B 部份承保的服務包括： - 肺炎疫苗 - 每年秋天和冬天流感季節可注射一次流感疫苗，如果醫療上有需要，可以提供額外的流感疫苗 - B 型肝炎疫苗 (如果您對罹患 B 型肝炎具有中、高風險) - 其他疫苗 (如果您有風險且這些疫苗符合 Medicare B 部份承保規則) 我們的 D 部份處方配藥福利也承保一些疫苗。	網絡內 肺炎、流感和 B 型肝炎疫苗 無須支付共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
住院護理 包括住院急症護理、住院復健、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從您經醫生囑咐而正式住院當天起算，最後住院日則是您出院前一天。	網絡內 Medicare 承保的住院護理第 1 到 5 天內每天共付額 \$295，第 6 到 90 天內每天共付額 \$0。 額外的 Medicare 承保天數共付額 \$0。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
承保服務包括但不限於： • 雙人病房 (如醫療上所必需則為單人病房) • 膳食，包括特殊飲食 • 定期護理服務 • 特殊護理病房 (例如加護病房或心臟重症病房) 的費用 • 藥物和藥物治療 • 化驗 • X 光和其他放射服務 • 必需的外科手術和醫療用品 • 使用用具，例如輪椅 • 手術與恢復室費用 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 住院濫用藥物服務	不適用 Medicare 醫院福利期。(請參閱重要用語的定義該章中的福利期間定義。)關於住院護理，上述的分攤費用適用於您每次住院的時候。轉送到單獨設施類型 (例如住院復健醫院或長期照護醫院) 視為新的住院。只要是按計劃規則，住院即屬於承保範圍，您每次住院期的承保天數就沒有限制。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i>

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
- 在特定情況下，下列類型的移植屬於承保範圍：角膜、腎臟、腎胰臟、心臟、肝臟、肺、心 / 肺、骨髓、幹細胞，和腸道 / 多重器官。如果您需要移植，我們會安排 Medicare 核准的移植中心審查您的案件，由其裁決是否可接受移植。移植醫療護理提供者可位於當地或服務地區外。若我們遙遠地點的網絡內移植服務並不是採用群體照護形式，您可以選擇當地或遠地的移植醫療護理提供者，只要他們願意接受 Original Medicare 的費率。若 Bright Advantage Flex (PPO) 在遙遠地點 (服務區域以外) 提供的移植服務，並不是您的社群所採用的移植照護形式，而您選擇要這個遙遠的地點取得移植服務，我們會為您和一位同伴安排或支付適當的住宿和交通運輸費用。 - 血液 – 包括儲存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保，從您所需的第四品脫血液開始計算 - 您必須支付一個日曆年度內所用的首三品脫血液的費用，或是使用由您或他人捐出的血液。其他血液成分從您使用的第一品脫血液開始承保。 - 醫生護理服務	如果在急診病況穩定後於網絡外醫院接受授權的住院護理，您的費用就是您在網絡醫院須支付的最高分攤費用。 網絡外 自付扣除額可能會適用。就每項 Medicare 承保的住院費，共同保險金為 40%。當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
注意：您的醫療護理提供者必須以書面囑咐讓您正式住院，您才算是住院病人。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為「門診病人」。如果您不確定自己應該是住院病人還是門診病人，應詢問醫院職員。 您也能在 Medicare 的資料表「您是住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare – 請詢問！」中找到更多資訊。也可透過網站取得該資料表： https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽力語言殘障服務專線使用者請撥 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時均可撥打前述免付費電話。	網絡內 醫院門診設施與門診手術中心提供的門診手術和其他醫療服務有門診觀察分攤費用的解釋。 網絡外 醫院門診設施與門診手術中心提供的門診手術和其他醫療服務有門診觀察分攤費用的解釋。
住院精神健康護理 - 承保的服務包括必須住院的精神健康護理服務。 - 有終生 190 天的精神治療醫院住院服務限制。此 190 天限制不適用在一般醫院精神科病房提供的精神健康服務。	網絡內 Medicare 承保的住院護理第 1 到 5 天內每天共付額 \$295，第 6 到 90 天內每天共付額 \$0。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
	Medicare 醫院福利期用於判定計入住院精神健康護理的終身 190 天限制總承保天數。(請參閱重要用語的定義該章中的福利期間定義。)不過，上述分攤費用適用您每次住院，即使您在一個福利期內多次住院也適用。當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。就每項 Medicare 承保的住院費，共同保險金為 40%。當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
住院期：在非承保住院期間於醫院或 SNF 所接受的承保服務。 如果您已用完住院福利或住院並非合理必需，我們不會提供您住院期間承保。但在某些情況下，我們會承保某些您在醫院或專業護理設施 (SNF) 住院時接受的服務。承保服務包括但不限於：	當您的住院天數不再受到承保，這些服務會如以下小節所述提供承保：

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
• 醫生護理服務 • 診斷測試 (如化驗) • X 光、鐳療法和同位素療法，包括技師材料和服務 • 外科敷料	網絡內 請參考以下醫師/醫療人員服務，包括到醫生的診所就診 網絡外 請參考以下醫師/醫療人員服務，包括到醫生的診所就診 網絡內 請參考以下門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡外 請參考以下門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡內 請參考以下門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡外 請參考以下門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡內 請參考以下門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡外 請參考以下門診診斷測試與治療服務和用品。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
• 用於骨折和脫臼復位的固定夾板、石膏和其他裝置 • 置換全部或部分體內器官 (包括相鄰組織)，或永久不活動或失常體內器官的全部或部分機能之義肢與矯形裝置 (牙科除外)，包括替換或修理這類裝置 • 腿部、手臂、背部和頸部支架；托帶；以及義腿、義手臂和假眼，包括因為斷裂、磨損、遺失或病患身體狀況變化所需而進行的調整、修理和替換 • 物理治療、語言治療與職能治療	網絡內 請參考以下門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡外 請參考以下門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡內 請參考以下義肢裝置和相關用品。 網絡外 請參考以下義肢裝置和相關用品。 網絡內 請參考以下義肢裝置和相關用品。 網絡外 請參考以下義肢裝置和相關用品。 網絡內 請參考以下門診復健服務。 網絡外 請參考以下門診復健服務。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 醫療營養療法 本福利適用糖尿病、腎臟病 (但未洗腎) 或腎臟移植後的病患 (需經醫生囑咐)。 只要您按照 Medicare (這包括本計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare) 規定接受醫療營養療法服務，我們會承保第一年期間 3 小時的一對一諮詢服務，以及之後每年 2 小時的服務。如果您的病況、治療或診斷變更，您也許能在醫生囑咐的情況下接受更多小時的治療。如果下一個日曆年度仍需為您提供治療，醫生必須每年開立這類服務的處方並展延其囑咐。	網絡內 Medicare 承保的醫療營養療法服務沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
 Medicare 糖尿病防治計劃 (MDPP) 根據所有的 Medicare 健康計劃，符合資格的 Medicare 受益人將獲 MDPP 服務的承保。 MDPP 是結構化的健康行為改變介入，提供長期飲食改變的實際訓練、提高體能活動，以及克服挑戰的解決問題策略，以維持減重與健康的生活習慣。	網絡內 MDPP 福利沒有共同保險金、共付費或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
Medicare B 部份處方配藥 這些藥物屬於 Original Medicare B 部份的承保範圍。本計劃會員透過本計劃取得這些藥物的承保。承保藥物包括： • 通常不是病患自行施用，而是您在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或打點滴的藥物 • 您用本計劃授權的長期使用的醫療器材 (例如噴霧器) 而使用的藥物 • 您自行注射的凝血因子 (如果您有血友病) • 免疫抑制藥物 (如果您在器官移植時已參加註冊 Medicare A 部份) • 骨質疏鬆注射藥物 (如果您在家不便出門，有經醫生證明與停經後骨質疏鬆相關的骨折，且不能自行施用藥物) • 抗原 • 特定口服抗癌藥物與抗噁心藥物 • 特定家庭洗腎藥物，包括肝素、醫療上所必需時的肝素解毒劑、局部麻醉劑以及促血紅素形成激化劑 (例如 Epoetin Alfa 或 Darbepoetin Alfa) • 先天免疫缺乏疾病家庭治療用的免疫球蛋白靜脈注射劑 第 5 章會說明 D 部份處方配藥福利，包括您必須遵守才能取得處方配藥承保的規則。第 6 章會說明您透過本計劃取得 D 部份處方配藥須支付哪些費用。	網絡內 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 20%。當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 20%。當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 肥胖症篩檢和促進持續減重的治療 如果您的身體質量指數達到 30 或以上，我們會提供幫助您減重的加強諮詢承保。如果您在基層護理場所取得本諮詢服務 (且能與您的綜合預防計劃進行協調)，本服務即屬於承保範圍。請洽詢您的主治醫生或執業人員瞭解詳情。	網絡內 預防肥胖症篩檢和治療沒有共同保險金、共付額或扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
門診診斷測試與治療服務和用品 承保服務包括但不限於： • X 光	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$10。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
放射 (鐳和同位素) 療法，包括技師材料和用品	網絡內 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 20%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
- 外科用品，例如敷料 - 用於骨折和脫臼復位的固定夾板、石膏和其他裝置	網絡內 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 20%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
- 化驗 - 血液 – 包括儲存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保，從您所需的第四品脫血液開始計算 - 您必須支付一個日曆年度內所用的首三品脫血液的費用，或是使用由您或他人捐出的血液。其他血液成分從您使用的第一品脫血液開始承保。 - 其他門診診斷測試 - 非放射診斷服務	網絡內 自付扣除額可能會適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。可能需要事前授權。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 20%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 可能需要事前授權。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
其他門診診斷測試 - 放射診斷服務，不包含 X 光	網絡內 自付扣除額適用。 根據 Medicare 承保的服務收費為共付額 \$50 或共同保險金的 20%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
門診醫院服務 我們承保您因疾病或傷害診斷或治療而在醫院門診部取得的醫療上所必需服務。 承保服務包括但不限於： - 急診部門的服務 - 在門診診所進行的服務	網絡內 請參考急診護理。 網絡外 請參考急診護理。 網絡內 請參考醫師/醫療人員服務，包括到醫生的診所就診 網絡外 請參考醫師/醫療人員服務，包括到醫生的診所就診

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
- 門診手術或觀察 - 醫院收費的化驗和診斷測試 - 精神健康護理，包括部份住院方案的護理 (如果醫生證明沒有此護理便需住院治療) - 醫院收費的 X 光和其他放射服務	網絡內 請參考醫院門診設施與門診手術中心提供的門診手術和其他醫療服務。 網絡外 請參考醫院門診設施與門診手術中心提供的門診手術和其他醫療服務。 網絡內 請參考門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡外 請參考門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡內 請參考門診精神健康護理。 網絡外 請參考門診精神健康護理。 網絡內 請參考門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡外 請參考門診診斷測試與治療服務和用品。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
- 醫療用品，例如固定夾板和石膏 - 某些您無法自行給藥的藥物和生物製劑 注意：除了醫療護理提供者已書面囑咐讓您住院的情況之外，您都算是門診病人並須支付門診外科手術的分攤費用金額。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為「門診病人」。如果您不確定自己是不是門診病人，應詢問醫院職員。 您也能在 Medicare 的資料表「您是住院病人還是門診病人？如果您享有 Medicare – 請詢問！」中找到更多資訊。也可透過網站取得該資料表： https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽力語言殘障服務專線使用者請撥 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時均可撥打前述免付費電話。	網絡內 請參考門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡外 請參考門診診斷測試與治療服務和用品。 網絡內 請參考 Medicare B 部份處方配藥。 網絡外 請參考 Medicare B 部份處方配藥。
門診精神健康護理 承保服務包括： 由取得州執照的精神科醫生或醫生、臨床心理醫生、臨床社工、臨床專科護士、執業護士、醫生助理或其他符合資格 Medicare 精神健康護理專業人員按相關州法律規定可提供的精神健康服務。	

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
精神科醫生提供的服務	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的個人課程之共付額為 \$40。 每項 Medicare 承保的團體課程之共付額為 \$20。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
其他精神健康護理提供者提供的服務	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的個人課程之共付額為 \$40。 每項 Medicare 承保的團體課程之共付額為 \$20。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
門診復健服務 承保服務包括：物理治療、職能治療和語言治療。 門診復健服務會在各種門診場所提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所、綜合門診復健設施 (CORF)。 - 物理治療師或語言治療之提供的服務。 - 職能治療師提供的服務	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$25。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$25。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
門診濫用藥物服務 包含門診治療和 Original Medicare 承保的濫用藥物諮詢	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的個人課程之共付額為 \$40。 每項 Medicare 承保的團體課程之共付額為 \$20。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
門診手術，包括在醫院門診設施與門診手術中心提供的服務 注意：如果您要在醫院設施接受外科手術，應向醫療護理提供者確認您會是住院病人還是門診病人。除了醫療護理提供者書面囑咐讓您住院的情況之外，您都算是門診病人並須支付門診外科手術的分攤費用金額。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為「門診病人」。 - 門診醫院提供的服務 - 門診醫院提供的觀察服務	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$300。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$300。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
門診手術中心提供的服務	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$200。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
部分住院服務 「部份住院」是一種在醫院門診場所提供或由社區精神健康中心提供的結構化積極精神科治療方案，強度比在您醫生或治療師診所接受的護理要高，是住院的替代選擇。	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$55。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
醫師/醫療人員服務，包括到醫生的診所就診 承保服務包括： - 在醫師診所由主治醫生提供的具醫療必要性的護理或手術 - 在認證的門診手術中心、醫院門診處或其他地點提供的具醫療必要性的護理或手術	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 請參閱先前此表中的「門診手術」了解門診手術中心或醫院門診處求診的適用分攤費用金額。 網絡外 請參閱先前此表中的「門診手術」了解門診手術中心或醫院門診處求診的適用分攤費用金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
- 專科醫生諮詢、診斷和治療 - 其他醫療護理專業人員 - 由您的專科醫生執行的基本聽力與平衡檢查，如果您的醫生為確認您是否需要醫療治療而囑咐此檢查。	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$25。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
• 外科手術前由其他網絡醫療護理提供者提供第二意見	網絡內 您將支付適用於專科服務的分攤費用 (如上面「醫師/醫療人員服務，包括到醫生的診所就診」中所述)。 網絡外 您將支付適用於專科服務的分攤費用 (如上面「醫師/醫療人員服務，包括到醫生的診所就診」中所述)。
• 非例行牙科護理 (承保服務僅限下顎或相關結構的外科手術、固定下顎或臉骨骨折、為準備下顎腫瘤癌症疾病的放射治療而進行的拔牙，或若由醫生提供即屬於承保範圍的服務)	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。可能需要事前授權。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
足科服務 承保服務包括： - 診斷和醫療或外科手術治療足部傷害和疾病 (例如槌狀趾或足跟骨刺)。 - 患有某些影響下肢醫療病況的會員的例行足部護理	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$25。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
 前列腺癌篩檢檢查 年滿 50 歲男性的承保服務包括下列項目每 12 個月一次： 直腸指診	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。<i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
前列腺特異性抗原 (PSA) 測試	網絡內 年度 PSA 測試沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
義肢裝置和相關用品 全部或局部替換身體部位或機能的裝置 (牙科除外)，其中包括但不限於：與結腸造口術護理直接相關的結腸造口袋和用品、起搏器、支架、義肢鞋具、義肢和義乳 (包括乳房切除術後的外科手術胸罩)。包括與義具裝置相關的特定用品，以及修理和 / 或替換義具裝置，也包括白內障切除或白內障外科手術後的某些承保 – 請參閱本節稍後的「視覺護理」查詢更多細節。	網絡內 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 20%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
肺部復健服務 患有中度至非常重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員，經治療其慢性呼吸系統疾病的醫生囑咐接受肺部復健時，肺部復健綜合方案屬於承保範圍。	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$20。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
 減少不當飲酒的篩檢和諮詢 我們會為享有 Medicare 且不當飲酒 (但還沒到依賴酒精程度) 的成人 (包括孕婦) 承保一次不當飲酒篩檢。 如果您不當飲酒的篩檢結果陽性，每年最多可接受符合資格主治醫生或基層護理場所中的執業人員 4 次簡短面對面諮詢 (如果您在諮詢過程中行為能力正常且神智清醒)。	網絡內 Medicare 承保的減少不當飲酒的篩檢和諮詢預防福利沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 低輻射劑量電腦斷層 (LDCT) 肺癌篩檢 對於合資格個人，予以承保每 12 個月一次 LDCT。 合資格參加者為：年齡介於 55 – 77 歲，沒有肺癌徵兆或症狀，但是已有至少 30 年吸煙史，或者目前仍然吸煙或已於最近 15 年內戒煙，於肺癌篩檢諮詢及共同決定門診時收到 LDCT 醫囑，該次門診符合 Medicare 有關此類門診的條件，並且由醫師或合資格的非醫師之執業人士提供。 對於 LDCT 初步篩檢之後的 LDCT 肺癌篩檢：會員必須收到書面的 LDCT 肺癌篩檢醫囑，但可以於任何相關的門診期間由醫師或非醫師之合資格執業人士提供。如果醫師或合資格的非醫師之執業人士選擇提供肺癌篩檢諮詢，並且告知決定進行後續 LDCT 肺癌篩檢的門診，則該次門診必須符合 Medicare 有關此類門診的條件。	網絡內 Medicare 承保的諮詢與告知決定的門診或 LDCT 沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
 性傳染疾病 (STI) 篩檢和 STI 預防諮詢 我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎的性傳染疾病 (STI) 篩檢。若主治醫生囑咐這類測試，即可為孕婦和 STI 風險較高的特定民眾提供這類篩檢承保。我們每 12 個月承保一次這類測試，妊娠期間則在特定時間提供承保。 我們也為性生活頻繁以致 STI 風險較高的成人每年承保最多 2 次，每次 20 至 30 分鐘的面對面高密度個人行為諮詢療程。只有當這些諮詢由主治醫生提供，並在基層護理場所中執行 (例如醫生診所) 時，我們才會以預防護理服務提供承保。	網絡內 符合 Medicare 承保的 STI 篩檢與 STI 預防性福利諮詢，沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
治療腎臟疾病的服務 承保服務包括： - 教導腎臟護理並協助會員在知情之下做護理決定的腎臟疾病教育服務。如為患有第四期慢性腎臟病的會員，若經醫生轉介，我們承保最多終身六次腎臟病教育服務課程。 - 自行洗腎訓練 (包括對您和協助您在家洗腎治療者的訓練) - 門診洗腎治療 (包括暫時離開服務地區時的洗腎治療，如第 3 章說明) - 住院洗腎治療 (如果您住院是為了接受特別護理)	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 20%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 20%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 這些服務會如以下小節所述進行承保：請參考住院護理。 網絡外 這些服務會如以下小節所述進行承保：請參考住院護理。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
- 家庭洗腎器材和用品 - 特定家庭支援服務 (例如，必要時由受過訓練的洗腎工作者到府查看您家庭洗腎的情形、提供緊急狀況協助，以及檢查您的洗腎器材和供水) 某些洗腎藥物屬於您 Medicare B 部份配藥福利的承保範圍。如需 B 部份藥物承保的資訊，請參閱「Medicare B 部份處方配藥」部份。	網絡內 請參考長期使用的醫療器材與相關用品 網絡外 請參考長期使用的醫療器材與相關用品 網絡內 請參考家庭護理機構護理 網絡外 請參考家庭護理機構護理
專業護理設施 (SNF) 照護 (有關「專業護理設施護理」的定義，請參閱本手冊第 12 章。專業護理設施有時簡稱為「SNF」。)	網絡內 Medicare 承保的專業護理設施照護第 1 到 20 天內每天共付額 \$0，第 21 到 100 天內每天共付額 \$172。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
承保服務包括但不限於： • 雙人病房 (如醫療上所必需則為單人病房) • 膳食，包括特殊飲食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 按您的護理計劃為您施用的藥物 (包括體內自然存在的物質，例如凝血因子) • 血液 – 包括儲存與輸血。全血和紅血球濃厚液的承保，從您所需的第四品脫血液開始計算 - 您必須支付一個日曆年度內所用的首三品脫血液的費用，或是使用由您或他人捐出的血液。其他血液成分從您使用的第一品脫血液開始承保。 • 一般由 SNF 提供的醫療和外科用品 • 一般由 SNF 提供的化驗 • 一般由 SNF 提供的 X 光和其他放射服務 • 使用器材，例如一般由 SNF 提供的輪椅 • 醫生 / 執業人員護理服務 一般來說，您會從網絡設施取得 SNF 護理。但在下列特定情況下，針對不是網絡醫療護理提供者的設施，您也許可以支付網絡內分攤費用，前提是該設施接受本計劃的付款金額。 • 您住院前居住的療養院或持續護理退休社區 (只要有提供專業護理設施護理) • 您的配偶在您出院時居住的 SNF 不需事先住院。	Medicare 準則規定，每段福利期您的 SNF 住院服務承保天數最多 100 天。 福利期從您住進 SNF 當天開始，並在您連續 60 天不再接受住院護理、SNF 照護或住院心理健康設施時結束。如果您在一個福利期結束後再住進 SNF，新的福利期就會開始。您可以接受的福利期數目沒有限制。當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 Medicare 承保專業護理設施護理的第 1 到 100 天，每天收費為共同保險金的 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 戒菸 (戒菸諮詢) <u>如果您吸菸，但是並沒有菸草相關疾病的徵兆或症狀：</u>我們會在 12 個月期間以預防護理服務免費為您承保兩個戒菸諮詢療程。每個諮詢療程包括最多四次面對面診視。 <u>如果您吸菸且診斷為罹患菸草相關疾病或是服用可能受到菸草影響的藥物：</u>我們承保戒菸諮詢療程。我們會在 12 個月期間承保兩個戒菸諮詢療程，不過您必須支付相關的住院或門診分攤費用。每個諮詢療程包括最多四次面對面診視。	網絡內 Medicare 承保的戒菸預防福利沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
有監督的運動訓練 (SET) 會員有周邊動脈疾病 (PAD) 症狀並經負責 PAD 治療的醫生轉介時，SET 為承保範圍。 如果符合 SET 方案要求，12 星期期間最多可承保 36 個療程。 SET 方案必須： - 為持續 30-60 分鐘的療程，包含 PAD 跛行患者的治療運動訓練方案。 - 在醫院門診處或醫師診所進行 - 由合格且受訓過 PAD 運動療法的輔助人員執行，以確保治療的好處大於傷害 - 在受訓過基礎和進階生命維持技術的醫生、醫生助理或執業護士/臨床專科護士直接監督下進行 SET 的承保可以超過 12 星期期間的 36 個療程，如果醫療護理提供者認為有醫療需要，可以展延一段時期並提供額外 36 個療程。	網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$20。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
緊急護理服務 緊急護理服務是為了治療非急診、不可預見的醫療疾病、傷害或病況所必須立即提供的醫療護理。緊急護理服務可由網絡醫療護理提供者提供，但若網絡醫療護理提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，則可由網絡外醫療護理提供者提供。 對於網外提供的必要急診服務，其分攤費用與網內提供的此類服務相同。	每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$25。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。
 視覺護理 承保服務包括： - 診斷和治療眼睛疾病和傷害的門診醫生護理服務，包括治療年齡相關黃斑部病變。Original Medicare 不承保眼鏡 / 隱形眼鏡所需的例行眼睛檢查 (眼睛屈光)。 - 對於青光眼高風險群，我們每年承保一次青光眼篩檢。青光眼高風險群包括：有青光眼家族病史的人、糖尿病患者以及年滿 50 歲的非裔美國人與年滿 65 歲的西班牙裔美國人。	網絡內 自付扣除額可能會適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
- 對於罹患糖尿病的人士，予以承保每年一次糖尿病視網膜病變篩檢。 - 每次含人工水晶體植入的白內障外科手術後的一副眼鏡或隱形眼鏡。(如果您接受兩次白內障手術，您不能保留第一次外科手術後的福利並在第二次外科手術後購買兩副眼鏡。 例行眼科檢查 每年限制 1 次就診 注意：例行眼科檢查福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。您必須到 VSP Vision Care 網絡醫療護理提供者看診才能取得福利。請審查醫療護理提供者名冊找尋 VSP Vision Care 醫療護理提供者。	網絡內 自付扣除額可能會適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 共付額 \$0 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 共付額 \$0

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
額外的例行配鏡 隱形眼鏡鏡片 隱形眼鏡鏡片每兩年津貼最高 \$130。津貼可適用於眼鏡或隱形眼鏡，但不可同時適用於兩者。 注意：例行配鏡福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。您必須到 VSP Vision Care 網絡醫療護理提供者看診才能取得福利。 眼鏡 (鏡片和鏡框) 每兩年最多 \$130 的津貼，可選擇多種鏡框或精選鏡框品牌。處方眼睛種類包括單光、有線雙光和有線三光鏡片。津貼可適用於眼鏡或隱形眼鏡，但不可同時適用於兩者。 注意：例行配鏡福利由 Vision Service Plan (VSP) 提供。您必須到 VSP Vision Care 網絡醫療護理提供者看診才能取得福利。	網絡內 根據服務收費共付額 \$0 - \$60。 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 根據服務收費共付額 \$0 - \$60。 (高達隱形眼鏡驗配和隱形眼鏡福利上限 \$105) 網絡內 共付額 \$25 <i>可能需要事前授權。</i> 網絡外 共付額 \$25 (高達鏡架福利上限 \$70 和高達單光鏡片福利上限 \$30，或高達內襯雙光鏡片福利上限 \$50，或高達內襯三光鏡片福利上限 \$65)

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
 「歡迎參加註冊 Medicare」(Welcome to Medicare) 身體檢查 本計劃承保一次「歡迎參加註冊 Medicare」身體檢查，包括檢查您的健康狀態，以及您所需預防護理服務 (包括特定篩檢和疫苗接種) 的相關教育和諮詢，如有需要則轉介其他護理。 重要須知：我們只承保您在取得 Medicare B 部份後最初 12 個月內接受的「歡迎參加註冊 Medicare」身體檢查。約診時，請告訴醫生診所您要預約接受「歡迎參加註冊 Medicare」身體檢查。 在歡迎參加註冊 Medicare 身體檢查結束後，由 Medicare 承保的心電圖 (EKG)	網絡內 「歡迎參加註冊 Medicare」身體檢查沒有共同保險金、共付額或自付扣除額。 網絡外 自付扣除額適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。 網絡內 自付扣除額適用。 每項 Medicare 承保的服務之共付額為 \$0。 <i>需要事前授權。</i> 網絡外 自付扣除額可能會適用。 就每項 Medicare 承保的服務，共同保險金為 40%。 當您達到自付費用上限才需支付這些金額。

第 2.2 節 您可以購買的額外“可選補充”福利

本計畫提供一些額外福利：Original Medicare 未承保且未列入您作為計畫會員的福利包。這些額外福利稱為“可選補充福利”。如果您需要這些可選補充福利，您必須登記參加它們，且您可能得為它們支付額外保費。本節所述可選補充福利遵守與任何其它福利相同的上訴流程。

- 牙科綜合承保方案 \$18.00

***牙科綜合保險方案**

牙科綜合保險包是一項超越 Medicare 的可選補充福利。它為您提供月保費 \$18.00。這不包括您對 Medicare Advantage 計畫可能擁有的任何計畫保費。這些可選補充福利包括診斷、預防、基礎以及智齒服務。(詳情如下)。可選補充福利不能組合您的計畫可能會提供的任何其他福利。

如果您對牙科綜合保險方案有任何其他疑問，請致電本手冊封底所列的會員服務電話號碼。

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
*牙科服務 Original Medicare 通常不承保預防性牙科護理服務 (例如洗牙、例行牙科檢查與牙科 X 光)。 我們承保： 洗牙 (每個日曆年度多達 2 次) • D110 選擇口腔評價 (每個日曆年度 2 次評價) • D0120, D0140, D0150, D0160, D0170, D0171, 或 D0180 牙根尖 x 光片 (每個日曆年度多達 4 次) • D0220 及/或 D0230 咬合翼片 x 光檢查 (每個日曆年度一組多達四個傳統咬合翼片或 7-8 個垂直咬合翼片) • D0270, D0272, D0273, D0274, 或 D0277 全口 X 光檢查 (每 36 個月一次)	\$1,000 年度組合福利上限：修復性服務、牙髓病治療、牙周病治療、可摘矯治器治療、口腔及頷面服務、一般輔助項目 網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 30% 網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 30% 網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 30% 網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 30% 網絡內 共付額 \$0

您的承保服務	取得這些服務時您必須支付的費用
• D0210 或 D0330，但非兩者同時 氟化物塗膜(每個日曆年度 1 次) • D1208 服務必須由 Liberty Dental 專家組牙醫師執行，以便本方案可支付。請審查醫療護理提供者名冊找尋 Liberty 醫療護理提供者。任何未列服務是您的責任。	網絡外 共同保險金 30% 網絡內 共付額 \$0 網絡外 共同保險金 30%

您額外的承保服務

代碼	描述	取得這些服務時您必須支付的費用		限制
		網絡內	網絡外	
重建服務				
D2140	汞齊，一個面，乳齒或恒齒	30%	60%	每個牙齒每 3 個日曆年度一次
D2150	汞齊，兩個面，乳齒或恒齒	30%	60%	
D2160	汞齊，三個面，乳齒或恒齒	30%	60%	
D2161	汞齊，四個面或以上，乳齒或恒齒	30%	60%	
D2330	樹脂基底複合材，一個面，前	30%	60%	
D2331	樹脂基底複合材，兩個面，前	30%	60%	
D2332	樹脂基底複合材，三個面，前	30%	60%	
D2335	樹脂基底複合材，四個面或以上，包括切緣角	30%	60%	
D2391	樹脂基底複合材，一個面，後	30%	60%	
D2392	樹脂基底複合材，兩個面，後	30%	60%	
D2393	樹脂基底複合材，三個面，後	30%	60%	
D2394	樹脂基底複合材，四個面或更多，後	30%	60%	
D2740	牙冠，瓷/陶	50%	75%	每個牙每 60 個月時段 1 次
D2750	牙冠，高級貴金屬烤瓷	50%	75%	
D2751	牙冠，主要賤金屬烤瓷	50%	75%	
D2752	牙冠，貴金屬烤瓷	50%	75%	
D2790	牙冠，全連鑄高級貴金屬	50%	75%	
D2791	牙冠，全連鑄主要賤金屬基底	50%	75%	
D2792	牙冠，全連鑄貴金屬	50%	75%	
D2910	再接合或再黏結嵌體、冠蓋體、或局部覆蓋	50%	75%	
D2915	再接合或再黏結間接製作/預製樁核	50%	75%	
D2920	再接合或再黏結牙冠	50%	75%	
D2940	保護性修復	50%	75%	
D2950	樁核構築，必要時包括任何銷	50%	75%	
D2951	銷保留，每個牙齒，修復除外	50%	75%	每個牙齒每 5 個日曆年度一次
D2952	樁核，牙冠除外，間接製作	50%	75%	每個牙齒每 5 個日曆年度一次
D2954	預製樁核，牙冠除外	50%	75%	每個牙齒每 5 個日曆年度一次
D2955	牙樁取出	50%	75%	
根管治療				
D3110	髓帽，直接 (不包括最終修復)	50%	75%	
D3120	髓帽，間接 (不包括最終修復)	50%	75%	

代碼	描述	取得這些服務時您必須支付的費用		限制
		網絡內	網絡外	
D3220	治療性牙髓切斷術(不包括最終修復)	50%	75%	
D3221	牙髓清創術，乳齒和恒齒	50%	75%	
D3310	根管治療，門齒 (不包括最終修復)	50%	75%	
D3320	根管治療，前臼齒 (不包括最終修復)	50%	75%	
D3330	根管治療，臼齒 (不包括最終修復)	50%	75%	
D3346	先前根管治療（門齒）的再治療	50%	75%	
D3347	先前根管治療（前臼齒）的再治療	50%	75%	
D3348	先前根管治療（臼齒）的再治療	50%	75%	
D3351	根尖誘導成形術/再鈣化，初次就診	50%	75%	
D3352	根尖誘導成形術/再鈣化，臨時用藥更換	50%	75%	
D3353	根尖誘導成形術/再鈣化，最終就診	50%	75%	
D3410	根尖切除術，前部	50%	75%	
D3421	根尖切除術，前臼齒（第一個根）	50%	75%	
D3425	根尖切除術，臼齒（第一個根）	50%	75%	
D3430	根尖倒充填術，每個根	50%	75%	
D3450	牙根切除術，每個根	50%	75%	
D3920	半切除術，不包括根管治療術	50%	75%	
牙周病治療				
D4210	牙齦切除術或牙齦成形術，每個四分區四個牙齒或更多	50%	75%	每個四分區每 2 個日曆年度一次
D4211	牙齦切除術或牙齦成形術，每個四分區一到三個牙齒	50%	75%	
D4240	齦瓣成形術，每個四分區四個牙齒或更多	50%	75%	每個四分區每 2 個日曆年度一次
D4241	齦瓣成形術，每個四分區一到三個牙齒	50%	75%	
D4260	骨化手術，每個四分區四個牙齒或更多	50%	75%	每個四分區每 3 個日曆年度一次
D4261	骨化手術，每個四分區一到三個牙齒	50%	75%	
D4270	椎弓根軟組織移植術	50%	75%	每個牙齒每 2 個日曆年度一次
D4273	自體結締組織移植術，第一個牙齒	50%	75%	

代碼	描述	取得這些服務時您必須支付的費用		限制
		網絡內	網絡外	
D4275	非自體結締組織移植，第一個牙齒	50%	75%	
D4283	自體結締組織移植術，每個部位每個額外牙齒	50%	75%	
D4285	非自體結締組織移植術，每個部位每個額外牙齒	50%	75%	
D4341	牙周潔治和根面平整術，每個分區四個牙齒或更多	50%	75%	每個四分區每 2 個日曆年度一次
D4342	牙周潔治和根面平整術，每個分區一到三個牙齒	50%	75%	
D4355	全口清創術，以便全面評價和診斷，後續就診	50%	75%	每 3 個日曆年度一次
D4910	牙周維持術	50%	75%	每個日曆年度 2 個 (D1110, D4910)
摘矯治器療法(義齒及義齒相關治療)				
D5110	全口義齒，上頷	50%	75%	每個牙弓每 60 個月時段 1 次
D5120	全口義齒，下頷	50%	75%	
D5130	即裝義齒，上頷	50%	75%	
D5140	即裝義齒，下頷	50%	75%	
D5211	上頷局部義齒，樹脂基底	50%	75%	
D5212	下頷局部義齒，樹脂基底	50%	75%	
D5213	上頷局部義齒，金屬鑄造，樹脂基底	50%	75%	
D5214	下頷局部義齒，金屬鑄造，樹脂基底	50%	75%	
D5221	即裝上頷局部義齒，樹脂基底	50%	75%	
D5222	即裝下頷局部義齒，樹脂基底	50%	75%	
D5223	即裝上頷局部義齒，鑄造金屬框架，樹脂義齒基底	50%	75%	
D5224	即裝下頷局部義齒，鑄造金屬支架，樹脂義齒基底	50%	75%	
D5421	調整局部義齒，上頷	50%	75%	
D5422	調整局部義齒，下頷	50%	75%	
D5511	修復破裂的全口義齒基底，下頷	50%	75%	
D5512	修復破裂的全口義齒基底，上頷	50%	75%	
D5520	更換缺齒或斷牙，全口義齒	50%	75%	
D5611	修復樹脂局部義齒基底，下頷	50%	75%	
D5612	修復樹脂局部義齒基底，上頷	50%	75%	
D5621	修復局部鑄造支架，下頷	50%	75%	

代碼	描述	取得這些服務時您必須支付的費用		限制
		網絡內	網絡外	
D5621	修復局部鑄造支架，下頷	50%	75%	
D5630	修復或更換搭扣，每個牙齒	50%	75%	
D5640	更換斷牙，每個牙齒	50%	75%	
D5650	給現有局部義齒添加牙齒	50%	75%	
D5660	給現有局部義齒添加搭扣，每個牙齒	50%	75%	
D5670	更換所有牙齒和鑄造金屬支架壓克力，上頷	50%	75%	
D5671	替換所有在鑄造金屬架上的牙齒和丙烯酸，下頷部分	50%	75%	
D5710	更換上頷全口假牙底部	50%	75%	
D5711	更換下頷全口假牙底部	50%	75%	
D5720	更換上頷局部假牙底部	50%	75%	
D5721	更換上頷局部假牙底部	50%	75%	
D5730	上頷全口假牙重襯，診椅邊	50%	75%	
D5731	下頷全口假牙重襯，診椅邊	50%	75%	
D5740	上頷局部假牙重襯，診椅邊	50%	75%	
D5741	下頷局部假牙重襯，診椅邊	50%	75%	
D5750	全口上頷假牙重襯，牙科技工室	50%	75%	
D5751	全口下頷假牙重襯，牙科技工室	50%	75%	
D5760	上頷局部假牙重襯，牙科技工室	50%	75%	
D5761	下頷局部假牙重襯，牙科技工室	50%	75%	
D5850	上頷組織調理	50%	75%	
D5851	下頷組織調理	50%	75%	
口腔顎面治療				
D7111	拔除殘餘齒冠、乳牙	50%	75%	
D7140	拔除萌生齒或曝露牙根	50%	75%	
D7210	拔除萌生齒，同時須移除牙骨和/或部分牙齒	50%	75%	
D7220	移除阻生齒、軟組織	50%	75%	
D7230	移除阻生齒、部分阻生牙骨	50%	75%	
D7240	移除阻生齒、全部阻生牙骨	50%	75%	
D7241	移除阻生齒、全部阻生牙骨，出現併發症	50%	75%	
D7250	移除殘餘牙根 (切除程序)	50%	75%	
D7260	口腔上頷竇瘻閉合	50%	75%	
D7261	竇穿孔初步閉合	50%	75%	
D7280	接觸未萌生齒	50%	75%	
D7282	移動萌生齒/錯位牙	50%	75%	
D7283	植入裝置以促進阻生齒萌生	50%	75%	
D7285	口腔組織切片，硬組織 (骨、齒)	50%	75%	
D7286	口腔組織切片 - 軟組織	50%	75%	
D7287	採集脫落細胞樣本	50%	75%	

代碼	描述	取得這些服務時您必須支付的費用		限制
		網絡內	網絡外	
D7288	刷抹上皮細胞切片製作樣本	50%	75%	
D7310	齒槽成形術與拔牙，每象限 4 顆牙以上	50%	75%	
D7311	齒槽成形術與拔牙，每象限 1 至 3 顆牙	50%	75%	
D7320	齒槽成形術，無拔牙，每象限 4 顆牙以上	50%	75%	
D7321	齒槽成形術，無拔牙，每象限 1 至 3 顆牙	50%	75%	
D7410	切除良性病變組織，小於等於 1.25 公分	50%	75%	
D7411	切除良性病變組織，大於 1.25 公分	50%	75%	
D7412	切除良性病變組織，複雜情況	50%	75%	
D7450	移除良性牙源性囊腫或腫瘤，病變直徑小於等於 1.25 公分	50%	75%	
D7451	移除良性牙源性囊腫或腫瘤，病變直徑大於 1.25 公分	50%	75%	
D7460	移除良性非牙源性囊腫或腫瘤，小於等於 1.25 公分	50%	75%	
D7461	移除良性非牙源性囊腫或腫瘤，病變直徑大於 1.25 公分	50%	75%	
D7465	根據報告使用物理或化學方法摧毀病變組織	50%	75%	
D7510	腫膿切開和引流，口腔內軟組織	50%	75%	
D7511	腫膿切開和引流，口腔內軟組織，複雜情況	50%	75%	
D7520	腫膿切開與引流 - 口腔外軟組織	50%	75%	
D7521	腫膿切開與引流 - 口腔外軟組織，複雜情況	50%	75%	
D7530	移除黏膜、皮膚或皮下牙槽組織異物	50%	75%	
D7540	移除產生異物的反應，肌肉骨骼系統	50%	75%	
D7960	繫帶切整術 (繫帶切除術或繫帶切斷術)，單獨程序	50%	75%	
D7963	繫帶成形術	50%	75%	
一般輔助服務				
D9110	緩解 (急診) 治療，小程序	50%	75%	
D9120	固定式局部假牙切段	50%	75%	

代碼	描述	取得這些服務時您必須支付的費用		限制
		網絡內	網絡外	
D9210	非與手術 / 外科程序同時進行的局部麻醉	50%	75%	
D9211	區域性阻斷麻醉	50%	75%	
D9212	三叉神經阻斷麻醉	50%	75%	
D9215	與手術或外科程序同時進行的局部麻醉	50%	75%	
D9222	深度鎮靜 / 全身麻醉，最初 15 分鐘添加量	50%	75%	
D9223	深度鎮靜 / 全身麻醉，隨後每次 15 分鐘添加量	50%	75%	
D9230	鎮痛、鎮靜、吸入笑氣	50%	75%	
D9239	靜脈注射中度 (清醒) 鎮靜 / 鎮痛，最初 15 分鐘添加量	50%	75%	
D9243	靜脈注射中度 (清醒) 鎮靜 / 鎮痛，隨後每次 15 分鐘添加量	50%	75%	
D9248	非靜脈注射 (清醒) 鎮靜，包括非靜脈注射最低劑量及中度鎮靜	50%	75%	
D9310	諮詢，並非要求牙醫提供服務	50%	75%	

第 3 節 哪些服務不屬於本計畫的承保範圍？

第 3.1 節 我們不承保的服務 (不予承保項目)

本節告訴您哪些服務 Medicare 「不予承保」，因此也不屬於本計畫的承保範圍。如果服務列為「不予承保」項目，表示本計畫不承保該服務。

下表列出在任何情況下都不屬於承保範圍，或只有在特定情況下才屬於承保範圍的服務和用品。

如果取得不予承保 (不屬於承保範圍) 的服務，您即須自行支付費用。我們不會支付下表列出的不予承保醫療服務費用，但所列的特定情況不在此限。唯一的例外處理是：如果上訴後發現因為您的特定情況，下表所列的某項服務是我們本來應該要支付或承保的醫療服務，我們便會付款。(如需查詢有關對我們做成不承保醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參閱本手冊第 9 章第 5.3 節。)

所有關於服務的限制和不予承保規定都在福利表或下表中說明。

即使您在急診設施接受不予承保的服務，這些不予承保的服務仍不屬於承保範圍，本計畫也不會支付相關費用。

Medicare 不承保的服務	任何情況下都不屬於承保範圍	只有特定情況下屬於承保範圍
根據 Original Medicare 的標準視為不合理和非必需的服務。	√	
實驗性質的醫療和外科程序、器材和藥物。 實驗性質的程序和項目用品是指本計畫和 Original Medicare 裁決為非醫界一般公認的用品和程序。		√ 可能屬於 Original Medicare (按 Medicare 核准的臨床研究規定) 或本計畫的承保範圍。 (請參閱第 3 章第 5 節，查詢更多臨床研究的相關資訊。)

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)

Medicare 不承保的服務	任何情況下都不屬於承保範圍	只有特定情況下屬於承保範圍
醫院單人房。		√ 僅在具有醫療必要性時承保。
您在醫院或專業護理設施病房內的個人用品，例如電話或電視。	√	
家庭全職護理。	√	
* 起居照顧護理是指在您不需要專業醫療護理或專業護理的情況下，於療養院、善終護理機構或其他設施場所中為您提供的護理。	√	
家事服務包括基本家事協助，包括簡單的居家整理或準備簡單的膳食。	√	
您近親家屬或住家成員提供護理而收取的費用。	√	

Medicare 不承保的服務	任何情況下都不屬於承保範圍	只有特定情況下屬於承保範圍
整容外科手術或程序。		√ - 因意外傷害或用於改善畸形身體部位機能時屬於承保範圍。 - 為使接受乳房切除術後的乳房和未患病乳房達成對稱外觀所做的乳房重建全部階段都屬於承保範圍。
非例行牙科護理		√ 治療疾病或傷害所需的牙科護理可能會比照住院或門診護理提供承保。
例行整脊護理		√ 脊椎推拿以矯正半脫位屬於承保範圍。
例行足部護理		√ 按 Medicare 準則 (例如，若您有糖尿病) 提供的某些有限承保。
宅配餐食	√	

Medicare 不承保的服務	任何情況下都不屬於承保範圍	只有特定情況下屬於承保範圍
矯正鞋		√ 如果鞋子屬於腿部支架的一部份且包括在支架費用中，或鞋子是給糖尿病足部疾病的患者使用。
足部支持裝置		√ 糖尿病足部疾病患者的矯正鞋或治療用鞋。
例行眼睛檢查、眼鏡、角膜放射狀切開術、LASIK 外科手術和其他弱視輔具。		√ 接受白內障外科手術後的民眾，眼睛檢查和配戴一副眼鏡 (或隱形眼鏡) 屬於承保範圍。
絕育復原程序和 / 或非處方避孕用品。	√	
自然療法服務 (使用自然治療或替代治療)。	√	

* 起居照顧護理是不需要受過訓練的醫療或救護人員持續注意的個人護理，例如在日常生活活動上協助您 (如洗澡或穿衣) 等護理。

第 5 章

使用本計劃的 D 部份處方配藥承保

第 5 章 使用本計劃的 D 部份處方配藥承保

第 1 節	簡介.....	120
第 1.1 節	本章說明您的 D 部份配藥承保	120
第 1.2 節	本計劃 D 部份配藥承保的基本規則	120
第 2 節	在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務購買您的處方配藥	121
第 2.1 節	必須使用網絡藥房您的處方配藥才屬於承保範圍	121
第 2.2 節	尋找網絡藥房	121
第 2.3 節	使用本計劃的郵購服務	122
第 2.4 節	您如何取得藥物的長期藥量？	123
第 2.5 節	您何時可使用不在本計劃網絡的藥房？	123
第 3 節	您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上.....	124
第 3.1 節	「藥物清單」說明哪些 D 部份藥物屬於承保範圍	124
第 3.2 節	藥物清單上的藥物有五種「分攤費用層級」	125
第 3.3 節	您如何查明特定藥物是否在藥物清單上？	125
第 4 節	部份藥物有承保限制規定.....	126
第 4.1 節	為甚麼部份藥物有限制規定？	126
第 4.2 節	哪幾種限制規定？	126
第 4.3 節	這些限制規定是否有任何一項適用您的藥物？	127
第 5 節	如果您有一種藥物的承保不是您想要的承保方式怎麼辦？	127
第 5.1 節	如果配藥承保不是您想要的承保方式，您可以採取一些行動	127
第 5.2 節	如果您的藥物不在藥物清單上或受到某種限制時怎麼辦？	128
第 5.3 節	如果您認為藥物的分攤費用層級太高怎麼辦？	129
第 6 節	如果您某種藥物的承保範圍變更怎麼辦？	130
第 6.1 節	藥物清單可能會在年度中變更	130
第 6.2 節	如果您正在服用的藥物承保範圍變更怎麼辦？	130
第 7 節	哪些類型的藥物不屬於本計劃的承保範圍？	132
第 7.1 節	我們不承保的藥物類型	132

第 8 節	購買處方配藥時出示您的計劃會員卡.....	133
第 8.1 節	出示您的會員卡	133
第 8.2 節	如果沒有攜帶會員卡怎麼辦？	133
第 9 節	特殊情況的 D 部份配藥承保.....	134
第 9.1 節	如果您在醫院或專業護理設施住院屬於本計劃的承保範圍怎麼辦？	134
第 9.2 節	如果您在長期護理 (LTC) 設施住院怎麼辦？	134
第 9.3 節	如果您也從僱主或退休人員團保計劃取得配藥承保怎麼辦？	134
第 9.4 節	如果您住在經 Medicare 認證的善終護理機構呢？	135
第 10 節	藥物安全和藥物管理方案.....	136
第 10.1 節	協助會員安全使用藥物的方案	136
第 10.2 節	幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理方案 (DMP).....	136
第 10.3 節	藥物治療管理 (MTM) 方案幫助會員管理其用藥情況.....	137



您知道有些方案可協助民眾支付其藥物費用嗎？

有方案可協助資源有限的民眾支付其藥物費用。這些方案包括「額外補助 (Extra Help)」和州政府藥廠補助方案。如需更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

您目前正在接受協助支付藥物費用嗎？

如果您目前參加協助支付藥物費用的方案，本承保證書中有關 D 部份處方配藥費用的某些資訊可能不適用於您。我們另外寄給您一份「使用額外補助支付處方配藥費用者的承保證書附約」(也稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」) 插頁，告訴您配藥承保的資訊。如果您沒有這張插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附約」。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

第 1 節 簡介

第 1.1 節 本章說明您的 D 部份配藥承保

本章會解說您 D 部份配藥承保的使用規則。下一章則說明您要為 D 部份藥物支付哪些費用 (第 6 章：您需為 D 部份處方配藥支付的費用)。

除了您 D 部份藥物的承保外，Bright Advantage Flex (PPO) 也透過本計劃醫療福利承保一些藥物。透過其 Medicare A 部份福利承保，本計劃通常會承保您在承保的醫院或專業護理設施住院期間所接受的藥物。透過其 Medicare B 部份福利承保，本計劃承保的藥物包括某些化療藥物、您在診所門診時接受的某些注射藥物，以及您在洗腎設施接受的藥物。第 4 章 (醫療福利表，承保範圍以及您支付的費用) 說明承保的醫院或專業護理設施住院期間的藥物福利和費用，以及您的 B 部份藥物福利和費用。

如果您住在 Medicare 善終護理機構，您的藥物可能屬於 Original Medicare 的承保範圍。本計劃只承保與您的末期預後以及相關病況無關，並因此不屬於 Medicare 善終護理福利承保範圍的 Medicare A、B 和 D 部份服務和藥物。如需更多資訊，請參閱第 9.4 節 (如果您住在經 Medicare 認證的善終護理機構內)。如需善終護理承保的相關資訊，請參閱第 4 章 (醫療福利表，承保範圍以及您支付的費用) 中的善終護理部份。

以下各節討論您按本計劃的 D 部份福利規則可取得的配藥承保。第 9 節：特殊情況的 D 部份配藥承保包括更多有關您 D 部份承保和 Original Medicare 的資訊。

第 1.2 節 本計劃 D 部份配藥承保的基本規則

只要您遵循下列基本規則，本計劃通常會承保您的藥物：

- 您必須由醫療護理提供者 (醫生、牙醫或其他開立處方者) 為您開立處方箋。
- 您的開立處方者必須接受 Medicare 或向 CMS 提出文件證明開立處方者符合資格可開立處方箋，否則您的 D 部份請款會遭到拒絕。您下次致電或就診時應該要問您的開立處方者是否符合這項條件。如果不符合，請瞭解您的開立處方者提交必要文件後需要些時間進行處理。
- 您通常必須使用網絡藥房購買處方配藥。(請參閱第 2 節：在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務購買您的處方配藥。)
- 您的藥物必須列於本計劃的承保藥物清單(處方藥一覽表)(我們簡稱為「藥物清單」)。(請參閱第 3 節：您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上。)
- 您的藥物必須用於醫療許可的適應症。「醫療許可的適應症」是指藥物的用途經聯邦食品與藥物管理局核准或有某些參考書籍佐證。(請參閱第 3 節，查詢更多關於醫療許可的適應症之資訊。)

第 2 節 在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務購買您的處方配藥

第 2.1 節 必須使用網絡藥房您的處方配藥才屬於承保範圍

在大多數情況下，只有在本計劃的網絡藥房購買時您的處方配藥才會屬於承保範圍。(請參閱第 2.5 節，查詢我們何時會承保在網絡外藥房購買的處方配藥之資訊。)

網絡藥房是指與本計劃簽約為您提供承保處方配藥的藥房。「承保藥物」是指屬於本計劃藥物清單範圍內的所有 D 部份處方配藥。

第 2.2 節 尋找網絡藥房

如何尋找您地區內的網絡藥房？

欲尋找網絡藥房，您可以查看您的藥房名冊、造訪我們的網站 (<https://brighthouseplan.com/medicare>)，或聯絡會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊背面)。

您可以到我們的任何一家網絡藥房買藥。如果您轉換到另一家網絡藥房，當您需要補充之前一直在服用的藥物時，可要求醫療護理提供者開立新的處方箋或將您的處方箋轉至新的網絡藥房。

如果您之前一直在使用的藥房離開網絡怎麼辦？

如果您之前一直在使用的藥房離開本計劃的網絡，您必須在網絡中再新找一家藥房。欲尋找您所在地區內的另一家網絡藥房，您可請會員服務部協助 (電話號碼請參閱本手冊封底) 或可使用藥房名冊。您也可以在我们的網站找到資訊，網址：<https://brighthouseplan.com/medicare>。

如果您需要專業藥房怎麼辦？

有時候必須在專業藥房購買處方配藥。專業藥房包括：

- 供應家庭打點滴治療藥物的藥房。

- 為長期護理 (LTC) 設施住院民眾供應藥物的藥房。長期護理設施 (例如療養院) 通常有自營藥房。如果您住在 LTC 設施，我們必須確定您能固定透過我們的 LTC 藥房網絡 (通常是 LTC 設施使用的藥房) 取得您的 D 部份福利。如果您在 LTC 設施取得 D 部份福利時遭遇任何困難，請聯絡會員服務部。
- 為印地安人健康服務 / 部落 / 都市印第安人健康方案服務的藥房 (Puerto Rico 無此類藥房)。除了緊急狀況，只有美國原住民或阿拉斯加原住民才可以在我們的網絡中取得這類藥房的服務。
- 配發聯邦食品與藥物管理局 (FDA) 限制只能在特定地點使用，或必須有特別處理、由醫療護理提供者協調或提供使用教育的藥物之藥房。(備註：很少會發生這種情況。)

欲尋找某家專科藥房，請查看您的藥房名冊，或致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務

您能使用本計劃的網絡郵購服務購買特定類型的藥物。一般而言，由郵購服務提供的藥物是您定期服用以治療慢性病或長期病況的藥物。無法透過本計劃郵購服務取得的藥物，在我們的藥物清單上均標有「NM - 無法透過郵購服務取得標記」。

本計劃的郵購服務允許您訂購最多 90 天的供應量。

關於以郵寄方式憑處方箋領藥，如需訂購單和相關資訊，請致電聯絡會員服務部，電話 1-844-202-4974，或造訪 CVS Caremark 的網站：www.Caremark.com。

郵購藥房訂單通常會在 10 個工作日內寄達藥物給您。若郵購藥房預期訂單將延遲交貨，藥房將與您聯絡，並協助您決定是否等待該批藥物、取消此次郵購，或改在當地藥房憑處方箋領藥。如果您因郵購延遲交貨而需要下緊急訂單，您可致電 1-844-202-4974 聯絡會員服務部以討論您的選項，選項可能包括在當地零售藥房領藥，或加快運送方式。請提供代表您的 ID 編號和處方編號。如果您想要藥物在第二天或次日即送達，您可向 CVS Caremark Customer Care 代表要求此服務，須支付額外費用。

藥房收到您醫生的診所直接傳送的新處方箋。

若符合下列任一條件，藥房將依照其自醫療護理提供者收到的新處方自動配藥和送藥，無須事先與您作確認：

- 您過去曾使用本計劃的郵購服務，或者
- 您已登記參加自動送藥服務，藥房將自動處理所有從醫療護理提供者直接收到的新處方。您可以現在或於任何時候申請所有新處方的自動送藥服務，方式是繼續請您的醫師向我們發送您的處方。不需要特別提出要求。或者若您先前停用自動送藥服務，也可以致電 1-844-202-4974 聯絡會員服務部，重啟這項自動送藥服務。

如果您透過郵寄方式自動收到您不想要的處方，而且在送貨前未先聯絡您是否想要該處方，您可能也有資格獲得退款。

若您過去曾使用郵購，而且不想要藥房對每一份新處方自動配藥和送藥，請致電 1-844-202-4974 聯絡我們的會員服務部。

若您從未使用我們的郵購送藥服務，和/或決定停止新處方的自動配藥服務，藥房將在每次接獲醫療護理提供者的新處方時與您聯絡，了解您是否想要立即配藥和送藥。這樣您就有機會確認藥房遞送的是正確的藥物 (包括含量、數量和劑型)，必要時還可以在開立帳單和寄送藥物前讓您取消或延遲訂單。重要的是，每次藥房與您聯絡時請務必回覆，讓藥房知道該如何處理新處方箋並避免延遲寄送藥物。

若要退出由醫療護理提供者診所直接收到之新處方的自動送藥服務，請致電 1-844-202-4974 聯絡我們的會員服務部。

郵購補充處方配藥。若要續配您的藥物，您可選擇登記參加一項自動續配方案。在此方案下，當我們的紀錄顯示您應該快要用完藥物時，我們會自動開始處理您接下來的藥物續配作業。藥房將在運送每一份續配藥物前先與您聯絡，以確認您需要更多藥物，而且如果您有充足藥物或用藥已經改變，您可以取消排定的續配作業。如果您選擇不使用我們的自動續配方案，最遲請在您手邊的藥物即將用完的 15 個工作日前聯絡您的藥房，確保您訂的下一批藥物能及時送達。

若要退出我們可自動準備郵購續配作業的方案，請致電 1-844-202-4974 聯絡我們的會員服務部。

讓藥房可以在出貨前聯絡您以確認訂單，請務必讓藥房知道聯絡您的最佳方式。請致電 1-844-202-4974 聯絡會員服務部或登入您的 www.Caremark.com 帳號，提供我們您偏好的聯絡資訊。

第 2.4 節 您如何取得藥物的長期藥量？

取得藥物的長期藥量時，您的分攤費用可能會比較低。本計劃提供兩種方式可取得本計劃藥物清單上「維持型」藥物的長期藥量 (也稱為「延長藥量」)。(維持型藥物是指您因為慢性病或長期醫療病況而定期服用的藥物。) 您可以透過郵購 (請參閱第 2.3 節) 或前往零售藥房訂購此藥量。

1. **我們的網絡中有部份零售藥房**會允許您取得維持型藥物的長期藥量。其中部分零售藥房可能同意在長期供應維持型藥物時，採用較低的分攤費用金額。其他零售藥房可能不同意在長期供應維持型藥物時，採用較低的分攤費用金額。此情況下您將需要負擔價差。您的藥房名冊會說明我們的網絡有哪些藥房可提供維持型藥物的長期藥量。您也可以致電會員服務部查詢更多資訊 (電話號碼請參閱本手冊封底)。
2. 您能使用本計劃的網絡**郵購服務**購買特定類型的藥物。**無法**透過本計劃郵購服務取得的藥物，在我們的藥物清單上均標有「NM - 無法透過郵購服務取得標記」。本計劃的郵購服務允許您訂購最多 90 天的供應量。請參閱第 2.3 節，查詢更多有關使用我們郵購服務的資訊。

第 2.5 節 您何時可使用不在本計劃網絡的藥房？

在某些情況下您的處方配藥可能會屬於承保範圍

一般來說，我們只有在您無法使用網絡藥房時才會承保在網絡外藥房購買的藥物。如果您不能使用網絡藥房，以下是我們會承保在網絡外藥房購買處方配藥的一些情況：

- 您旅行至本計劃服務地區以外的地區 (仍在美國國內)，並且用完您的 D 部分承保藥物、遺失您的 D 部分承保藥物，或者生病而需要使用 D 部分承保藥物且無法前往網絡藥房。

- 您在您的服務地區內無法及時取得 D 部分承保藥物，例如因為在合理開車距離內沒有提供每日 24 小時/每週 7 日服務的網絡藥房。
- 您必須憑 D 部分承保藥物的處方箋及時領藥，而且該 D 部分承保藥物 (例如孤兒藥，或其他通常直接由製造商或特殊供應商運送的專科藥品) 一般在可前往的網絡零售或郵購藥房沒有庫存。
- 先前 D 部分藥物是在急診、醫療護理提供者診所、門診手術或其他門診情境中，由網絡外機構藥房配發給您，因此您無法在網絡藥房領取您的 D 部分藥物。
- 您在任何聯邦災害宣告或其他公共衛生緊急狀況宣告期間取得您的 D 部分藥物，期間被疏散或以其他方式離開您的居住地，因此合理預期無法在網絡藥房取得 D 部分承保藥物。

在上述情況下，當您在網絡外藥房領藥且獲得承保時，藥量可能限制在 30 天的供應量。

在上述情況下，**請先向會員服務部查詢**，確認附近是否有網絡藥房。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。) 您可能必須支付您在網絡外藥房購買藥物所支付的費用與我們會承保的網絡內藥房的費用兩者間的差額。

您如何向本計劃要求補償？

如果您非使用網絡外藥房不可，通常必須在購買處方配藥時支付全額費用 (而不是您平常的分攤費用)。您可要求我們補償您應分攤的費用。(第 7 章第 2.1 節會解說您如何要求本計劃償還費用。)

第 3 節 您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上

第 3.1 節 「藥物清單」說明哪些 D 部份藥物屬於承保範圍

本計劃有一份「承保藥物清單(處方藥一覽表)」，在本承保證書中，我們簡稱為「藥物清單」。

此清單上的藥物是由醫生和藥劑師組成的團隊協助本計劃挑選。清單必須符合 Medicare 的規定。Medicare 已核准本計劃的藥物清單。

藥物清單只有 Medicare D 部份承保的藥物 (本章稍早 (第 1.1 節) 有 D 部份藥物的相關解說)。

我們通常會承保計劃藥物清單上的藥物，不過您必須遵循本章解說的其他承保規則，而且藥物的用途也必須是醫療許可的適應症。「醫療許可的適應症」是指藥物的用途符合下列兩種條件之一：

- 經聯邦食品與藥物管理局核准。(也就是說，聯邦食品與藥物管理局已核准該藥物開立處方用途的診斷或病況。)
- -- 或 -- 有某些參考書籍的佐證。(這些參考書籍是美國醫院處方藥一覽表服務藥物資訊、DRUGDEX 資訊系統、美國藥典調劑資料庫 (USPDI) 或其後續版本，以及若是癌症，則國家綜合癌症網絡和臨床藥理學或其後續版本。)

藥物清單同時包括原廠藥和副廠藥

副廠藥是指含有和原廠藥相同有效成份的處方配藥。一般來說，其效用和原廠藥一樣好，但費用通常比較低。許多原廠藥都有副廠藥替代品。

哪些藥物不在藥物清單上？

本計劃並不承保全部處方配藥。

- 在某些情況下，法律不允許 Medicare 計劃承保特定類型的藥物 (如需更多這方面的資訊，請參閱本章第 7.1 節)。
- 其他情況則是我們決定不將某特定藥物納入我們的藥物清單。

第 3.2 節 藥物清單上的藥物有五種「分攤費用層級」

本計劃藥物清單上的每一種藥物都會列入五種分攤費用層級中的某個層級。一般來說，分攤費用層級愈高，您支付的藥物費用就愈高：

- 分攤費用第 1 層級 - 優先選用的副廠藥
第 1 層級屬最低層級，包括優先選用的副廠藥。
- 第 2 層級 - 副廠藥
第 2 層級包括副廠藥。
- 第 3 層級 - 優先選用的原廠藥
第 3 層級包括優先選用的原廠藥及非優先選用的副廠藥
- 第 4 層級 - 非優先選用的原廠藥
第 4 層級包括非優先選用的原廠藥及非優先選用的副廠藥
- 第 5 層級 - 專科用藥 (最高分攤費用層級)
第 5 層級是最高分攤費用層級 它包括了極高費用的原廠藥及副廠藥，可能需要特別的處理費用和/或密切的監控

欲瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請查詢本計劃的藥物清單。

您要為各分攤費用層級的藥物支付的金額列於第 6 章 (您需為 D 部份處方配藥支付的費用)。

第 3.3 節 您如何查明特定藥物是否在藥物清單上？

您有三種方式可以查明：

1. 查閱我們以電子形式提供的最新藥物清單。
2. 請造訪本計畫的網站 (<https://brighthouseplan.com/medicare>)。網站上的藥物清單一定都是最新清單。
3. 請致電會員服務部查明特定藥物是否在本計劃的藥物清單上，或索取一份清單。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

第 4 節 部份藥物有承保限制規定

第 4.1 節 為甚麼部份藥物有限制規定？

本計劃會針對特定處方配藥制定特殊規則，限定如何和何時提供這些處方配藥的承保。醫生和藥劑師小組已擬定這些規則，協助我們的會員以最有效的方式使用藥物。這些特殊規則也有助於管控整體藥物費用，讓您的配藥承保價格更平實。

一般來說，我們的規則鼓勵您取得對您的醫療病況安全且有效的藥物。只要安全、較低價藥物的療效與較高價藥物相同時，本計劃的規則都是要鼓勵您和醫療護理提供者使用該較低價的選項。我們也需遵守 Medicare 對配藥承保和分攤費用的規則和規定。

如果您的藥物有限制規定，通常是指您或醫療護理提供者必須採取額外的步驟，我們才會承保該藥物。如果您希望我們為您豁免該限制規定，您需使用承保決定流程並要求我們做例外處理。我們未必會同意為您豁免該限制規定。(請參閱第 9 章第 6.2 節，查詢要求例外處理的資訊。)

請注意，有時同一種藥物可能會在我們的藥物清單上多次出現，這是因為根據您的醫療護理提供者處方開立藥物的含量、數量或劑型 (例如 10 毫克或 100 毫克；每天一顆或每天兩顆；錠劑或液劑) 等因素，可能適用不同的限制規定或分攤費用。

第 4.2 節 哪幾種限制規定？

本計劃使用不同類型的限制規定，協助會員以最有效的方式使用藥物。以下幾節會更詳細告訴您我們對某些藥物採用的限制規定類型。

當有等效的副廠藥時，使用原廠藥會有限制規定

一般來說，「副廠藥」的療效和原廠藥相同，但費用通常較低。大多數情況下，原廠藥若有等效的副廠藥，我們的網絡藥房就會提供您等效的副廠藥。如果有等效的副廠藥，我們通常就不會承保原廠藥。不過，如果您的醫療護理提供者告訴我們用來治療相同病況的副廠藥或其他承保藥物都對您無效的醫療理由，我們就會承保該原廠藥。(您的原廠藥分攤費用可能會比副廠藥分攤費用更高。)

事先取得計劃核准

針對特定藥物，您或醫療護理提供者必須先取得計劃核准，我們才會同意提供您該藥物的承保，這就叫做「事前授權」。有時候取得事先核准的規定有助於引導適當使用特定藥物。如果您未取得此核准，本計劃也許不會承保您的藥物。

先試用不同的藥物

本規定鼓勵您先試用較低價但同樣有效的藥物，然後本計劃才會承保另一種藥物。例如，如果藥物 A 和藥物 B 均可治療同一種醫療病況，本計劃可能會規定您要先試用藥物 A。如果藥物 A 對您無效，本計劃便會承保藥物 B。這種先試用不同藥物的規定稱為「循序用藥」。

數量限制

針對特定藥物，我們會限制您每次購買處方配藥時可以取得多少藥量，以限制您該藥物的數額。例如，如果一般認定某藥物每天只能服用一顆才安全，我們可能將您的處方配藥承保限制為每天不超過一顆。

第 4.3 節 這些限制規定是否有任何一項適用您的藥物？

本計劃的藥物清單包括上述限制規定的資訊。欲查明這些限制規定是否有任何一項適用您目前服用或想要服用的藥物，請查看藥物清單。如需最新資訊，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底) 或請查看我們的網站 (www.brighthealthplan.com/medicare)。

如果您的藥物有限制規定，通常是指您或醫療護理提供者必須採取額外的步驟，我們才會承保該藥物。如果您要服用的藥物有限制，您應該聯絡會員服務部以瞭解您或醫療護理提供者要怎麼做才能把該藥物列入承保。如果您希望我們為您豁免該限制規定，您需使用承保決定流程並要求我們做例外處理。我們未必會同意為您豁免該限制規定。(請參閱第 9 章第 6.2 節，查詢要求例外處理的資訊。)

第 5 節 如果您有一種藥物的承保不是您想要的承保方式怎麼辦？

第 5.1 節 如果配藥承保不是您想要的承保方式，您可以採取一些行動

我們希望您的配藥承保適合您。但有可能您目前正在服用的某種處方配藥，或您和醫療護理提供者認為您應該服用的一種藥物並不在我們的處方藥一覽表上，或者在我們的處方藥一覽表上但有限制規定。舉例說明：

- 該藥物也許完全不屬於承保範圍。或者，也許該藥物的副廠等效藥屬於承保範圍，但您想服用的原廠藥卻不屬於承保範圍。
- 藥物屬於承保範圍，但該藥物有額外的承保規則或限制規定。如第 4 節所解說，本計劃承保的部份藥物會有限制其使用的額外規則。例如，您可能必須先試過不同的藥物，確認該藥物是否有效，之後您想服用的藥物才會屬於承保範圍。或者，在特定期間可能對該藥物的承保數量 (藥丸數等) 有所限制。某些情況下，您也許會希望我們為您豁免該限制規定。
- 藥物屬於承保範圍，但其分攤費用層級卻使您必須支付高於您認為應該分攤的費用。本計劃將每一種承保藥物都納入五種不同分攤費用層級中的某個層級。您要為處方配藥支付多少費用，有部份取決於您的藥物是在哪一個分攤費用層級。

如果藥物的承保不是您想要的承保方式，您可以採取一些行動。您該採取甚麼行動取決於您遇到的狀況類型：

- 如果您的藥物不在藥物清單上，或藥物有限制規定，請參閱第 5.2 節，瞭解您可以怎麼做。
- 如果藥物的分攤費用層級使您必須支付高於您認為應該分攤的費用，請參閱第 5.3 節，瞭解您可以怎麼做。

第 5.2 節 如果您的藥物不在藥物清單上或受到某種限制時怎麼辦？

如果藥物不在藥物清單上或受到限制，您可以採取下列行動：

- 您也許可以取得藥物的暫時藥量 (只有在某些情況下會員才能取得暫時藥量)。這會讓您和醫療護理提供者有時間改用其他藥物或要求承保該藥物。
- 您可以改用另一種藥物。
- 您可要求例外處理，請本計劃承保該藥物或免除該藥物的限制規定。

您也許可以取得暫時藥量

當藥物不在藥物清單上或受到某種限制時，某些情況下本計劃可提供您該藥物的暫時藥量，讓您有時間和醫療護理提供者討論承保變更事宜並規劃應變措施。

欲取得暫時藥量的資格，您必須符合以下兩項規定：

1. 您配藥承保的變更必須屬於下列其中一種變更類型：

- 您一直在服用的藥物不再納入本計劃的藥物清單。
- -- 或 -- 您一直在服用的藥物現在受到某種限制 (本章第 4 節會說明相關限制規定)。

2. 您必須有以下其中一種情況：

- 針對新會員或去年在本計劃中的會員：

我們會提供一次暫時藥量承保，如果您剛加入本計劃則在您會籍開始的最初 90 天期間，如果您去年已加入本計劃則在日曆年度最初 90 天。此暫時藥量以 30 天供應為上限。如果您的處方箋開立較短時日的份量，我們允許多次領藥，最多提供 30 天的藥量。必須在網絡藥房購買處方配藥。(請注意，長期護理藥房可能會一次提供較少數額的藥物，以避免浪費。)

- 已成為本計劃會員 90 天以上且目前住在長期護理 (LTC) 設施並立即需要藥物的會員：

我們會提供某特定藥物一次 31 天藥量的承保，如果您的處方規定天數更短時則藥量更少。這是在上述暫時供藥情況以外的承保。

- 針對正在經歷照護等級變動 (入住 LTC 設施或從中出院) 的會員，將不會利用提前續配編輯限制會員適當且必要地取得其 D 部分福利，並且允許該等登記會員在住院或出院時獲得續配藥物。

欲要求取得暫時藥量，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

在取得藥物暫時藥量期間，您應該和醫療護理提供者討論，決定暫時藥量使用完畢時該怎麼做。您可以改用本計劃承保的另一種藥物，或要求計劃為您做例外處理並承保您目前的藥物。以下幾節會告訴您這些選項的詳情。

您可以改用另一種藥物

請先和您的醫療護理提供者討論。也許本計劃承保的另一種藥物對您同樣有效。您可致電會員服務部索取治療相同醫療病況的獲承保藥物清單。該清單可協助醫療護理提供者找出可能對您有效的承保藥物。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

您可要求例外處理

您和醫療護理提供者可要求本計劃為您進行例外處理，以您想要的方式提供配藥承保。如果您的醫療護理提供者表示您有正當的醫療理由可要求我們進行例外處理，您的醫療護理提供者可協助您要求對規則做例外處理。例如，即使藥物不在本計劃的藥物清單上，您仍可要求本計劃承保該藥物。或者，您可要求本計劃進行例外處理，以沒有限制規定的方式提供該配藥承保。

如果您目前是會員，而且您正在使用的藥物將在明年移出處方藥一覽表或受到某些方式的限制，我們將允許您事先針對明年要求處方藥一覽表例外處理。我們將向您告知您藥物的承保狀況在明年的任何變動。您可以在明年以前要求例外處理，而我們將在接獲要求 (或您的開立處方者之佐證聲明) 後 72 小時內給您答覆。如果我們核准您的要求，我們將在變動生效前授權該等承保。

如果您和醫療護理提供者想要求例外處理，第 9 章第 6.4 節會說明該怎麼做。其中會解釋 Medicare 已規定的程序和期限，確保您的要求可得到迅速公平的處理。

第 5.3 節 如果您認為藥物的分攤費用層級太高怎麼辦？

如果認為藥物的分攤費用層級太高，您可採取下列行動：

您可以改用另一種藥物

如果認為藥物的分攤費用層級太高，請先和醫療護理提供者討論，也許在較低分攤費用層級中有其他藥物對您同樣有效。您可致電會員服務部索取治療相同醫療病況的獲承保藥物清單。該清單可協助醫療護理提供者找出可能對您有效的承保藥物。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

您可要求例外處理

您和醫療護理提供者可要求本計劃進行該藥物分攤費用層級的例外處理，讓您為該藥物支付較低費用。如果您的醫療護理提供者表示您有正當的醫療理由可要求我們進行例外處理，您的醫療護理提供者可協助您要求對規則做例外處理。

如果您和醫療護理提供者想要求例外處理，第 9 章第 6.4 節會說明該怎麼做。其中會解釋 Medicare 已規定的程序和期限，確保您的要求可得到迅速公平的處理。

我們的特殊層級內的藥物不符合資格，無法這樣例外處理。我們不會降低本層級藥物的分攤費用金額。

第 6 節 如果您某種藥物的承保範圍變更怎麼辦？

第 6.1 節 藥物清單可能會在年度中變更

配藥承保多半會在每個年度開始時 (1 月 1 日) 變更。不過，本計劃可能在年度當中對藥物清單進行變更。例如，本計劃可能：

- **新增或刪除藥物清單中的藥物。**開始提供新藥物，包括新的副廠藥。有可能是政府已核准既有藥物的新用法。有時候，我們會因為藥物回收而決定不予承保。或者，我們可能會因發現藥物沒有療效而將該藥物從清單中刪除。
- **藥物移至更高或更低分攤費用層級。**
- **新增或刪除藥物的承保限制規定** (如需更多承保限制規定的資訊，請參閱本章第 4 節)。
- **以副廠藥取代原廠藥。**

在變更本計劃藥物清單之前，我們必須遵守 Medicare 的規定。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥物承保範圍變更怎麼辦？

藥物承保範圍變更相關資訊

年度中發生藥物清單的變更時，我們會在我們的網站上刊登這類變更的相關資訊。我們將定期更新線上藥物清單，以納入上一次更新以來發生的所有變更。下方我們指出如果您當時使用的藥物有變動時，您將收到直接通知的時間。您也可以致電會員服務部查詢更多資訊 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

您配藥承保的範圍變更會立即影響您嗎？

可在今年影響您的變更：在下列案例中，您將受到本年度的承保範圍變更所影響：

- **新的副廠藥取代藥物清單上的原廠藥 (或者我們變更分攤費用層級，或對原廠藥增加新的限制)**
 - 如果我們以新的副廠藥取代原廠藥，我們可能立即移除藥物清單上的原廠藥；副廠藥出現時可能會在相同或較低的分攤費用層級，而且有相同或較少的限制。此外，在增加新的副廠藥時，我們可能決定將原廠藥留在藥物清單上，但立即將原廠藥移到不同的分攤費用層級或增加新的限制。
 - 我們在做出變更前可能不會事先告知您 — 即使您目前正在使用該原廠藥也一樣。
 - 您或您的開立處方者可要求我們進行例外處理，繼續為您承保該原廠藥。如需如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)。
 - 如果在我們做出變更時您正在使用該原廠藥，我們將提供您具體做出哪些變更的相關資訊。這也包括您可以採取哪些措施來要求我們針對該原廠藥的承保作例外處理的相關資訊。您可能不會在我們做出變更時收到通知。
- **不安全的藥物，以及藥物清單上退出市場的其他藥物**
 - 藥物有時可能因為被發現不安全而突然下架，或基於其他理由退出市場。若發生這種情況，我們會立即從藥物清單中刪除該藥物。如果您正在使用該藥，我們會立即向您告知此項變更。
 - 您的開立處方者也會知道該項變更，並會和您齊力找出適合您病況的另一種藥物。
- **藥物清單上藥物的其他變更**
 - 我們可能在該年度開始後，做出其他會影響您當前用藥的變更。舉例來說，我們可能增加市場上原本就有的副廠藥來取代原廠藥，或者變更分攤費用層級，或對原廠藥增加新的限制。我們也可能根據 FDA 黑框警語或 Medicare 認可的新臨床指引做出變更。我們必須給予您至少 30 天前的通知，或者讓您在網絡藥房以 30 天份量續配您正在使用的藥物。
 - 在此 30 天期間您應該和開立處方者合作，換成我們承保的其他藥物。

- 或者，您或您的開立處方者可要求我們進行例外處理，繼續為您承保該藥。如需如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)。

不影響正在使用藥物者的藥物清單上藥物變更：針對前文未提及的藥物清單變更，如果您正在使用藥物且留在本計劃中，下列類型的變更在明年 1 月 1 日前不會對您造成影響：

- 我們將您的藥物移到較高的分攤費用層級。
- 我們對您的藥物新增使用限制規定。
- 我們從藥物清單刪除您的藥物。

如果您正在使用的藥物發生上述任何變更 (但原因並非退出市場、副廠藥取代原廠藥，或以上各節提及的其他變更)，則在明年 1 月 1 日前，變更不會影響您的使用或您在費用中支付的比例。在此之前，您的付款金額應該不會調高，也不會對您使用的藥物新增任何限制規定。如果是不影響您的變更，您不會在今年收到直接的通知。不過在明年的 1 月 1 日這些變更將對您造成影響，因此請務必查閱新一年的藥物清單，了解藥物是否有任何變動。

第 7 節 哪些類型的藥物不屬於本計劃的承保範圍？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節會告訴您哪些種類的處方配藥會「不予承保」。意思是，Medicare 不會支付這些藥物的費用。

如果取得不予承保的藥物，您必須自行支付藥物費用。我們不會支付本節所列藥物的費用。唯一的例外：上訴後發現所要求的藥物並非 D 部份不予承保的藥物，且因為您的特定情況我們本來就應該支付或承保該藥物。(如需對我們做成不承保藥物的決定提出上訴之資訊，請參閱本手冊第 9 章第 6.5 節。)

以下是 Medicare 配藥計劃 D 部份不承保藥物的三個一般規則：

- 本計劃的 D 部份配藥承保無法承保屬於 Medicare A 部份或 B 部份承保範圍的藥物。
- 本計劃無法承保在美國和美國領地以外地方購買的藥物。
- 本計劃通常不能承保標示外使用。「標示外使用」是指在聯邦食品與藥物管理局核准的藥物仿單標示以外的任何藥物使用方式。
 - 一般來說，只有用法獲得特定參考書籍的支持時才會允許承保「標示外使用」。這些參考書籍是美國醫院處方藥一覽表服務藥物資訊、DRUGDEX 資訊系統，以及若是癌症，則國家綜合癌症網絡和臨床藥理學或其後續版本。如果用法沒有獲得這些參考書籍中任何一本的支持，本計劃就無法承保其「標示外使用」。

此外，按法律規定，以下類別的藥物不屬於 Medicare 配藥計劃的承保範圍：

- 非處方配藥（也稱為成藥）
- 用於促進生育的藥物
- 用於舒緩咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容或促進毛髮增長的藥物
- 處方維他命和礦物質產品，但產前維他命和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能或勃起障礙的藥物
- 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物
- 藥廠要求限以向其購買相關測試或監控服務做為藥物銷售條件的門診藥物

如果您接受「額外補助 (Extra Help)」支付藥物費用，您的州政府 Medicaid 方案可能會承保一般情況下不屬於 Medicare 配藥計劃承保範圍的一些處方配藥。請聯絡您所在州政府的 Medicaid 方案，確認您可取得哪些配藥承保。(您可在第 2 章第 6 節找到 Medicaid 的電話號碼和聯絡資訊。)

第 8 節 購買處方配藥時出示您的計劃會員卡

第 8.1 節 出示您的會員卡

在您選擇的網絡藥房購買處方配藥時，請出示您的計劃會員卡。您出示計劃會員卡時，網絡藥房便會自動向本計劃收取您承保處方配藥費用中我們應分攤的部份。領取處方配藥時，您必須向藥房支付您的分攤費用。

第 8.2 節 如果沒有攜帶會員卡怎麼辦？

如果您購買處方配藥時沒有攜帶計劃會員卡，請要求藥房致電本計劃取得所需資訊。

如果藥房無法取得所需資訊，您在領取處方配藥時也許必須支付全額費用。(然後您可利用本手冊第 7 章第 2.1 節中說明的程序，要求本計劃支付我們的分攤費用。)

第 9 節 特殊情況的 D 部份配藥承保

第 9.1 節 如果您在醫院或專業護理設施住院屬於本計劃的承保範圍怎麼辦？

如果您在醫院或專業護理設施住院屬於本計劃的承保範圍，我們通常會承保您住院期間的處方配藥費用。一旦您離開醫院或專業護理設施，只要藥物符合本計劃所有的承保規則，我們就會承保您的藥物。請參閱本節先前幾個部份，查詢取得配藥承保的相關規則。第 6 章(您需為 D 部份處方配藥支付的費用)提供更多有關配藥承保以及您要支付哪些費用的資訊。

請注意：當您進入、住在或離開專業護理設施時，您有權獲得特別註冊期。這段期間當中，您可以轉換計劃或變更承保。(第 10 章：終止您的本計劃會籍，會說明您何時可離開本計劃並加入另一個 Medicare 計劃。)

第 9.2 節 如果您在長期護理 (LTC) 設施住院怎麼辦？

長期護理 (LTC) 設施 (例如療養院) 通常有自營藥房或有可為所有住院民眾供應藥物的藥房。如果在長期護理設施住院，您可透過該設施的藥房取得處方配藥，但該藥房必須在我們的網絡中。

請查看您的藥房名冊，查明您長期護理設施的藥房是否加入我們的網絡。如果不是，或如果您需要更多資訊，請聯絡會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

如果您在長期護理 (LTC) 設施住院且剛成為本計劃的會員怎麼辦？

如果您需要的藥物不在我們的藥物清單上或受到某種限制，本計劃會在您會籍開始的最初 90 天期間提供您藥物的暫時藥量承保。總藥量最多為 31 天藥量，如果您的處方規定天數較短則藥量更少。(請注意，長期護理 (LTC) 藥房可能會一次提供較少數額的藥物，以避免浪費。) 如果您成為本計劃會員已超過 90 天且您需要的藥物不在我們的藥物清單上，或如果本計劃對該藥物的承保有任何限制規定，我們會承保至少 31 天的藥量，如果您的處方規定天數較短時則藥量較少。

在取得藥物暫時藥量期間，您應該和醫療護理提供者討論，決定暫時藥量使用完畢時該怎麼做。也許本計劃承保的另一種藥物對您同樣有效。或者，您和醫療護理提供者可要求本計劃為您進行例外處理，以您想要的方式提供配藥承保。如果您和醫療護理提供者想要求例外處理，第 9 章第 6.4 節會說明該怎麼做。

第 9.3 節 如果您也從僱主或退休人員團保計劃取得配藥承保怎麼辦？

您是否有其他透過您 (或您配偶) 的僱主或退休人員團體取得的處方配藥承保？如果有，請聯絡該團體的公司醫療福利主管。該主管能協助確認您目前的處方配藥承保如何搭配本計劃使用。

一般來說，如果您目前受僱，我們提供的處方配藥承保順位就會次於您僱主或退休人員的團體承保。意思是，您的團體承保會先支付。

「可替代承保」特別備註：

每年，您的僱主或退休人員團體都應該寄送一份通知，說明您下個日曆年度的處方配藥承保是否為「可替代」承保，以及您有哪些配藥承保的選擇。

如果團保計劃的承保為「可替代」承保，表示預期該計劃配藥承保的平均付款至少等於 Medicare 的標準處方配藥承保。

請保存這些可替代承保的通知，因為日後您可能需要這些通知。如果您參加註冊含 D 部份配藥承保的 Medicare 計劃，您可能需要出示這些通知，證明您已有可替代承保。如果沒有收到僱主或退休人員團保計劃的可替代承保通知，您可向該僱主或退休人員團體的公司醫療福利主管或僱主或工會索取。

第 9.4 節 如果您住在經 Medicare 認證的善終護理機構呢？

藥物絕對不會同時屬於善終護理方案和本計劃的承保範圍。如果您參加註冊 Medicare 善終護理方案，而您的善終護理方案不承保您所需的抗噁心、緩瀉劑、止痛藥或抗焦慮藥，因為這些藥物與您的末期疾病和相關病況無關，本計劃必須收到開立處方者或您的善終護理提供者表示藥物非相關的通知，之後本計劃才能承保該藥物。為避免延遲收到任何本計劃應承保的非相關藥物，您可要求善終護理提供者或開立處方者確保我們收到藥物非相關的通知，之後您再請藥房配發您的處方配藥。

若您撤銷善終護理方案選擇或離開善終護理機構，本計劃應該要承保您的所有藥物。為避免您的 Medicare 善終護理福利結束時藥房方面發生延遲，您應該攜帶文件到藥房確認您已撤銷方案或出院。請參閱本節之前幾個部份有關取得 D 部份藥物承保的規則說明。第 6 章 (您需為 D 部份處方配藥支付的費用) 提供更多有關藥物承保範圍和您支付哪些費用的資訊。

第 10 節 藥物安全和藥物管理方案

第 10.1 節 協助會員安全使用藥物的方案

我們為會員進行藥物使用審查，協助確定會員得到安全適切的護理。這些審查對有不只一個醫療護理提供者為其開立藥物處方的會員尤其重要。

我們會在您每次購買處方配藥時進行審查。我們也會定期審查我們的紀錄。進行這類審查時，我們會注意可能發生的問題，例如：

- 可能的用藥錯誤
- 因為您還在服用另一種藥物治療同一個醫療病況而可能非必要的藥物
- 因為您的年齡或性別而可能不安全或不合適的藥物
- 如果同時服用可能會對您有害的某些藥物併用情況
- 含有您過敏成份的藥物處方
- 您正在的服用藥物可能發生的數量 (劑量) 錯誤

如果發現您的藥物使用可能有問題，我們會和您的醫療護理提供者一起改正該問題。

第 10.2 節 幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理方案 (DMP)

我們有一個方案可以協助確保會員安全使用其處方鴉片類藥物，或其他經常被濫用的藥物。此方案稱為藥物管理方案 (Drug Management Program, DMP)。如果您使用由多名醫師或藥房取得的鴉片類藥物，我們可能與您的醫師們討論，確保您的使用妥當且在醫學上有必要。與您的醫師合作後，如果我們判定您有誤用或濫用鴉片類或 benzodiazepine 類藥物的風險，我們可能限制您能夠獲得這類藥物的方式。這些限制可能包括：

- 要求您將所有鴉片類或 benzodiazepine 類藥物的處方箋帶到同一間藥房領藥
- 要求您從同一名醫師取得所有鴉片類或 benzodiazepine 類藥物的處方箋
- 限制我們為您承保的鴉片類或 benzodiazepine 類藥物的藥量

如果我們決定將其中一或多項限制套用在您身上，我們會事先寄一封信給您。這封信會有資訊，針對我們認為應套用在您身上的限制說明其條件。您也將有機會告訴我們您偏好選擇哪些醫師或藥房。如果您認為我們犯了錯，或不同意我們將您判定為具有處方藥濫用的風險，或不同意該項限制，您與開立處方者有權向我們提出上訴。如需如何要求上訴的相關資訊，請參閱第 9 章。

限制，您和您的開處方者有權向我們上訴。如需如何要求上訴的相關資訊，請參閱第 9 章。

如果您患有特定醫療病況，例如癌症，或者您正在接受善終護理或住在長期護理設施，則 DMP 可能不適用在您身上。

第 10.3 節 藥物治療管理 (MTM) 方案幫助會員管理其用藥情況

我們有些方案可以協助擁有複雜的健康需求的會員。例如，有些會員有數種醫療病況、同時服用不同的藥物，以及其藥物費用高。

此方案為自願性質，免費提供給會員。由藥劑師和醫生組成的團隊已為我們擬定方案。此方案可協助確保我們的會員從所服用的藥物得到最佳利益。我們的方案稱為藥物治療管理 (MTM) 方案。有些因不同醫療病況服用藥物的會員也許能透過 MTM 方案取得服務。藥劑師或其他健康專業人員會針對您的所有藥物進行完整審查。您可以談談怎麼服用藥物最好、您的費用，以及您對於處方配藥或非處方配藥的任何問題和疑問。您將會收到詢問討論的書面摘要。摘要中會有藥物行動計劃，建議您怎麼做才能讓您的藥物充分發揮作用，並有空白處可供您做筆記或寫下任何追蹤問題。您還會收到個人藥物清單，其中包括您正在服用的所有藥物和您服用的原因。

不妨在您做年度「健康」檢查前先審查您的藥物，這樣您就能和醫生討論您的行動計劃和藥物清單。請在就診時，或您要諮詢醫生、藥劑師和其他醫療護理提供者時，攜帶您的行動計劃和藥物清單。此外，如果您去醫院或急診室也請帶著您的藥物清單 (例如與會員卡放在一起)。

如果有適合您需求的方案，我們會自動為您參加註冊該方案並寄送資訊給您。如果您決定不參加，請通知我們，我們會讓您退出該方案。如果您有任何關於這類方案的疑問，請聯絡會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

第 6 章

您需為 D 部份處方配
藥支付的費用

第 6 章 您需為 D 部份處方配藥支付的費用

第 1 節	簡介.....	141
第 1.1 節	將本章和解說您配藥承保的其他資料搭配使用	141
第 1.2 節	您可能要為承保藥物支付的自付費用類型	142
第 2 節	您支付的藥物費用視您取得藥物時在哪個「藥物付款階段」而定	142
2.1 節	Bright Advantage Flex (PPO) 的會員有哪些藥物付款階段？	142
第 3 節	我們寄給您的報告會解說您的藥物付款和您在哪個付款階段	143
第 3.1 節	我們會寄給您稱為「D 部份福利解說」(「D 部份 EOB」) 的月報	143
第 3.2 節	協助我們將您的藥物付款資訊保持在最新狀態	144
第 4 節	在自付扣除額階段中，您要為第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付全額費用.....	145
第 4.1 節	您為第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付達到 \$200 之前，都會停留在自付扣除額階段	145
第 5 節	在初始承保階段中，本計劃為您的藥物支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用.....	145
第 5.1 節	您支付的藥物費用視處方配藥本身以及您在哪裡購買而定	145
第 5.2 節	顯示您一個月藥量的費用表	146
第 5.3 節	如果醫生開立少於一整個月藥量的處方，您可能不須支付整個月藥量的費用	147
第 5.4 節	顯示您長期(最多 90 天) 藥量的費用表	148
第 5.5 節	在您的年度藥物總費用達到 \$3,820 之前，您都停留在初始承保階段	149
第 6 節	在承保缺口階段中，您享有原廠藥折扣且對副廠藥最多只要支付費用的 37%	150
第 6.1 節	在您的自付費用達到 \$5,100 之前，您都停留在承保缺口階段	150
第 6.2 節	Medicare 如何計算您的處方配藥自付費用？	150
第 7 節	在重額承保階段中，本計劃會為您的藥物支付大部份費用	152
第 7.1 節	一旦您進入重額承保階段，年度剩餘期間您都會停留在本階段	152
第 8 節	您為 D 部份承保的疫苗支付多少費用視您如何接種和在哪裡接種而定	152
第 8.1 節	本計劃可分別提供 D 部份疫苗藥物本身的承保和為您接種疫苗費用的承保	152

第 8.2 節 建議您接種前先致電與我們的會員服務部聯絡153



您知道有些方案可協助民眾支付其藥物費用嗎？

有方案可協助資源有限的民眾支付其藥物費用。這些方案包括「額外補助 (Extra Help)」和州政府藥廠補助方案。如需更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

您目前正在接受協助支付藥物費用嗎？

如果您目前參加協助支付藥物費用的方案，本承保證書中有關 D 部份處方配藥費用的某些資訊可能不適用於您。我們另外寄給您一份「使用額外補助支付處方配藥費用者的承保證書附約」(也稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」) 插頁，告訴您配藥承保的資訊。如果您沒有這張插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附約」。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

第 1 節 簡介

第 1.1 節 將本章和解說您配藥承保的其他資料搭配使用

本章的重點在您需為 D 部份處方配藥支付的費用。為能簡單明瞭，本章中我們以「藥物」代表 D 部份處方配藥。如第 5 章說明，並非所有藥物都是 D 部份藥物 – 有些藥物屬於 Medicare A 部份或 B 部份承保範圍，還有其他藥物是按法律規定 Medicare 不予承保的藥物。

欲瞭解我們在本章所提供的付款資訊，您必須知道的基本事項包括哪些藥物屬於承保範圍、在哪裡購買處方配藥，以及您取得承保藥物時必須遵循哪些規則。以下是解說這些基本事項的資料：

- **本計劃的承保藥物清單 (處方藥一覽表)**。為能簡單明瞭，我們稱其為「藥物清單」。
 - 此藥物清單會告訴您哪些藥物屬於承保範圍。
 - 藥物清單也會告訴您藥物屬於五個「分攤費用層級」中的哪個層級，以及您的藥物是否有任何承保限制規定。
 - 如果您需要藥物清單，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。您也可以在我们的網站找到藥物清單，網址：www.brighthealthplan.com/medicare。網站上的藥物清單一定都是最新清單。
- **本手冊第 5 章**。第 5 章提供您處方配藥承保的詳細資訊，其中包括您取得承保藥物時必須遵循的規則。第 5 章也告訴您哪些類型的處方配藥不屬於本計劃的承保範圍。

- **本計劃的藥房名冊。**大多數情況下您必須使用網絡藥房取得承保藥物 (請參閱第 5 章查詢詳情)。**藥房名冊**是參加本計劃網絡的藥房名單。也會說明我們網絡中哪些藥房可以提供您藥物的長期藥量 (例如購買三個月藥量的處方配藥)。

第 1.2 節 您可能要為承保藥物支付的自付費用類型

欲瞭解我們在本章中提供的付款資訊，您必須知道您要為承保服務支付的自付費用類型。您為藥物支付的金額稱為「分攤費用」，支付方式可能會有三種。

- 「**自付扣除額**」是指您必須先為藥物支付的金額，之後本計劃才會開始支付其應分攤的部份。
- 「**共付額**」是指您每次購買處方配藥時所支付的固定金額。
- 「**共同保險金**」是指您每次購買處方配藥時所支付的藥物總費用百分比。

第 2 節 您支付的藥物費用視您取得藥物時在哪個「藥物付款階段」而定

2.1 節 Bright Advantage Flex (PPO) 的會員有哪些藥物付款階段？

如下表所示，按 Bright Advantage Flex (PPO) 規定您的處方配藥承保有「藥物付款階段」。您支付多少藥物費用視您購買或補充處方配藥時在哪個「藥物付款階段」而定。

階段 1 年度自付扣除額 階段	階段 2 初始承保階段	階段 3 承保缺口階段	階段 4 重額承保階段
在本階段中，您為第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付全額費用。 您為第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付達到 \$200 之前 (\$200 是您第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級的自付扣除額金額)，都會停留在本階段。(請參閱本章第 4 節查詢詳情。)	在本階段中，本計劃為您的第 1 層級和第 2 層級藥物支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用。 您 (或代表您的其他人) 達到您的第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級自付扣除額規定後，本計劃為您的第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用。您的年度迄今「藥物總費用」(您的付款加上 D 部份計劃的付款) 合計達到 \$3,820 之前，您都會停留在本階段。(請參閱本章第 5 節查詢詳情。)	在本階段中，您為原廠藥支付費用的 25% (外加一部份配藥費用)，對副廠藥則支付費用的 37%。 您的年度迄今「自付費用」(您的付款) 合計達到 \$5,100 之前，您都會停留在本階段。Medicare 已訂定此金額和將費用計入此金額的規則。(請參閱本章第 6 節查詢詳情。)	在本階段中，在日曆年度剩餘期間 (直到 2019 年 12 月 31 日) 本計劃會為您的藥物支付大多數費用。(請參閱本章第 7 節查詢詳情。)

第 3 節 我們寄給您的報告會解說您的藥物付款和您在哪個付款階段

第 3.1 節 我們會寄給您稱為「D 部份福利解說」(「D 部份 EOB」) 的月報

您在藥房購買或補充處方配藥時，本計劃會記錄您的處方配藥費用以及您已付款的金額。如此一來，我們便可以在您從一個藥物付款階段進入下個階段時通知您。我們會特別記錄兩種類型的費用：

- 我們記錄您已支付多少金額。這稱為您的「自付費用」。
- 我們會記錄您的「藥物總費用」。這是指您支付的自付費用或其他人代您支付的金額，加上本計劃支付的金額。

當您前一個月份透過本計劃購買一次或多次處方配藥時，本計劃會準備一份書面報告，稱為 *D 部份福利解說* (有時簡稱為「D 部份 EOB」)。其內容包括：

- **該月份的資訊。**本報告會提供您於上個月購買處方配藥的付款詳情，其中會顯示藥物總費用、本計劃支付費用，以及您自行支付和其他人代您支付的費用。
- **自 1 月 1 日以後的年度合計。**這就叫做「年度迄今」資訊。其中顯示從年度開始以來您的藥物總費用以及為您的藥物所付款的總金額。

第 3.2 節 協助我們將您的藥物付款資訊保持在最新狀態

為了記錄您的藥物費用以及您支付的藥物款項，我們會使用藥房提供的紀錄。以下說明您如何協助我們確保您資訊的正確性並保持在最新狀態：

- **購買處方配藥時要出示您的會員卡。**為確保我們知道您所購買的處方配藥以及您的付款金額，每次購買處方配藥時請務必出示您的計劃會員卡。
- **確保我們有所需的資訊。**有時候您也許支付了處方配藥費用，但我們並沒有自動收到記錄您的自付費用所需的資訊。為了協助我們記錄您的自付費用，您可以把您購買藥物的收據複本提供給我們。(如果您收到承保藥物的帳單，您可要求本計劃支付我們應為該藥物分攤的費用。如需該怎麼做的指示，請參閱本手冊第 7 章第 2 節。) 發生以下幾種情況時，為確保我們能有您支付藥物費用的完整紀錄，您可能需要提供藥物收據複本給我們：
 - 您以特價或用不屬於本計劃福利的折扣卡在網絡藥房購買承保藥物。
 - 您為藥廠病患補助方案所提供的藥物支付共付額。
 - 您任何時候在網絡外藥房購買承保藥物，或在特殊情況下支付承保藥物的全額費用。
- **將其他人為您付款的資訊寄給我們。**某些其他個人和組織所支付的款項也會計入您的自付費用，協助您取得重額承保的資格。例如，州政府藥商補助方案、AIDS 藥物補助方案 (ADAP)、印第安人健康服務以及大多數慈善機構所支付的款項，都會計入您的自付費用。您應該保留這些付款紀錄並寄給我們，我們才能記錄您的費用。

- **核對我們寄給您的書面報告。**收到郵寄給您的 *D 部份福利解說* (D 部份 EOB) 時，請仔細檢查確認資訊是否完整正確。如果您認為報告遺漏任何資訊，或您有任何疑問，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。請務必保留報告，因為這些都是您藥物費用的重要紀錄。

第 4 節 在自付扣除額階段中，您要為第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付全額費用

第 4.1 節 您為第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付達到 \$200 之前，都會停留在自付扣除額階段

自付扣除額階段是您配藥承保的第一個付款階段。您將為第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付年度自付扣除額 \$200。您必須為第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付全額費用，直到達到計劃的自付扣除額金額為止。所有其他藥物您都不須支付任何自付扣除額並可立即開始取得承保。

- 您的「**全額費用**」通常低於藥物的正常訂價，因為本計劃已經為大多數藥物議定較低的價格。
- 「**自付扣除額**」是指您必須先為 D 部分處方藥物支付的金額，之後本計劃才會開始支付其應分攤的部份。

一旦您為第 3 層級、第 4 層級和第 5 層級藥物支付達到 \$200，您便會離開自付扣除額階段並進入下一個藥物付款階段，也就是初始承保階段。

第 5 節 在初始承保階段中，本計劃為您的藥物支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用

第 5.1 節 您支付的藥物費用視處方配藥本身以及您在哪裡購買而定

在初始承保階段中，本計劃為承保的處方配藥支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用 (共付額或共同保險金金額)。您的分攤費用因處方配藥本身以及您在哪裡購買而不同。

本計劃有五種分攤費用層級

本計劃藥物清單上的每一種藥物都會列入五種分攤費用層級中的某個層級。一般來說，藥物分攤費用層級的數字愈高，您就要支付愈高的費用：

- **分攤費用第 1 層級：優先選用的副廠藥** - 第 1 層級屬最低層級而它包括優先選用的副廠藥。
- **分攤費用第 2 層級：副廠藥** - 第 2 層級包括副廠藥。
- **分攤費用第 3 層級：優先選用的原廠藥** - 第 3 層級包括優先選用的原廠藥及非優先選用的副廠藥。
- **分攤費用第 4 層級：非優先選用的原廠藥** - 第 4 層級包括非優先選用的原廠藥及非優先選用的副廠藥。

- **分攤費用第 5 層級：專科用藥** - 第 5 層級是最高分攤費用層級。它包括了極高費用的原廠藥及副廠藥，可能需要特別的處理費用和/或密切的監控

欲瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層級，請查詢本計劃的藥物清單。

您的藥房選擇

您為藥物支付多少費用視您在哪裡取得藥物而定：

- 本計劃網絡內的零售藥房
- 本計劃網絡外的藥房
- 本計劃的郵購藥房

如需更多有關上述藥房選擇以及購買處方配藥的資訊，請參閱本手冊第 5 章和本計劃的藥房名冊。

第 5.2 節 顯示您一個月藥量的費用表

在初始承保階段中，您分攤的承保藥物費用會是共付額或共同保險金。

- 「**共付額**」是指您每次購買處方配藥時所支付的固定金額。
- 「**共同保險金**」是指您每次購買處方配藥時所支付的藥物總費用百分比。

如下表所示，共付額或共同保險金的金額視您的藥物在哪個分攤費用層級而定。請注意：

- 如果您的承保藥物費用低於費用表所列的共付額金額，您為藥物支付該較低的費用。您支付藥物全額費用或共付額金額，以兩者中金額較低者為準。
- 我們只有在少數情況下才會承保在網絡外藥房購買的處方配藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，查詢我們何時會承保在網絡外藥房購買的處方配藥之資訊。

您領取 D 部份承保處方配藥一個月藥量時的分攤費用：

	標準零售分攤費用 (網絡內) (最多 30 天 藥量)	標準郵購分攤費用 (最多 30 天藥量)	長期護理 (LTC) 分 攤費用 (最多 31 天藥量)	網絡外分攤費用 (限某些情況下才有 承保；詳情請參閱第 5 章) (最多 30 天藥 量)
分攤費用層 級 1 (優先選 用的副廠藥)	\$0	\$0	\$0	\$0
分攤費用第 2 層 級 (副廠藥)	\$10	\$10	\$10	\$10
分攤費用第 3 層級 (優先 選用的原廠 藥)	\$45	\$45	\$45	\$45
分攤費用第 4 層 級 (非優先選用藥 物)	\$95	\$95	\$95	\$95
分攤費用第 5 層 級 (特殊層級)	29%	29%	29%	29%

第 5.3 節 如果醫生開立少於一整個月藥量的處方，您可能不須支付整個月藥量的費用

通常來說，您為處方配藥支付的金額可領取承保藥物一整個月的藥量。不過，您的醫生可開立少於一個月份量的藥物。有時您可能會想請醫生開立某藥物處方少於一個月的藥量 (例如，您第一次試用已知會有嚴重副作用的藥物時)。如果醫生開立少於一整個月的藥量，您就不須為特定藥物支付一整個月藥量的費用。

您取得少於一整個月的藥量時須支付多少金額視您要負責支付的共同保險金 (總費用的百分比) 或共付額 (固定金額) 而定。

- 如果您要負責支付共同保險金，您須支付藥物總費用的某個百分比。無論處方的藥量是一整個月或較少天數，您支付的百分比都相同。不過，如果您取得少於一整個月的藥量，因為全部藥物費用會降低，所以您支付的金額就會較少。
- 如果您要負責支付藥物的共付額，您的共付額將以領取藥物的天數為依據。我們會計算您藥物的每天應付金額（「每日分攤費用費率」），再乘以您領取藥物的天數。
 - 這裡有一個例子：假設您藥物一個月藥量（30 天藥量）的共付額是 \$30，就表示您的藥物每天應付金額是 \$1。如果您領取藥物 7 天的藥量，您要付的金額就是每天 \$1 乘以 7 天，總付款額等於 \$7。

每日分攤費用可讓您先確定藥物對您有效，之後才須支付一整個月藥量的費用。您也能針對一種或多種藥物請醫生開立或請藥劑師配發少於一整個月的藥量，但這必須要能幫助您更妥善規劃不同處方配藥的補充日期，您就不用那麼常去藥房。您支付的金額視您領取多少天的藥量而定。

第 5.4 節 顯示您長期(最多 90 天) 藥量的費用表

購買處方配藥時，有些藥物您可以取得長期藥量（也稱為「延長藥量」），長期藥量是指最多 90 天藥量。（如需在哪裡和如何取得藥物長期藥量的詳情，請參閱第 5 章第 2.4 節。）

下表顯示您購買長期（最多 90 天）藥量時需支付的費用。

- 如果您的承保藥物費用低於費用表所列的共付額金額，您為藥物支付該較低的費用。您支付藥物全額費用或共付額金額，以兩者中金額較低者為準。

您領取 D 部份承保處方配藥長期藥量時的分攤費用：

	標準零售分攤費用 (網絡內) (最多 90 天藥量)	標準郵購分攤費用 (最多 90 天藥量)
分攤費用第1層級 (優先選用副廠藥)	\$0	\$0
分攤費用第2層級 (副廠藥)	\$30	\$30
分攤費用第3層級 (優先選用原廠藥)	\$135	\$135
分攤費用第4層級 (非優先選用藥物)	\$285	\$285
分攤費用第5層級 (特殊層級)	29%	29%

第 5.5 節 在您的年度藥物總費用達到 \$3,820 之前，您都停留在初始承保階段

在您購買和補充處方配藥的總金額達到初始承保階段限制 **\$3,820** 之前，您都停留在初始承保階段。

您藥物總費用的依據是您已支付的費用加上任何 D 部份計劃已支付的費用：

- **您已支付的費用**包括從您年度首次購買藥物開始，您為已取得的全部承保藥物支付的金額。(請參閱第 6.2 節，查詢更多 Medicare 如何計算您自付費用的資訊。) 此包括：
 - 您在自付扣除額階段已支付的 **\$200**。
 - 您在初始承保階段中已為您的藥物支付的分攤費用總金額。
- **本計劃已支付的費用**包括本計劃在初始承保階段中已為您的藥物支付的分攤費用。(如果您在 2019 年的任何時間參加註冊另一個 D 部份計劃，該計劃在初始承保階段支付的金額也會計入您的藥物總費用中。)

我們寄給您的 **D 部份福利解說 (D 部份 EOB)** 有助於您追蹤年度期間您和本計劃以及任何第三方已替您支付多少藥物費用。很多人在年度內不會達到 **\$3,820** 的限制。

如果您達到此 **\$3,820** 金額，我們會通知您。如果您達到此金額，您就會離開初始承保階段並進入承保缺口階段。

第 6 節 在承保缺口階段中，您享有原廠藥折扣且對副廠藥最多只要支付費用的 37%

第 6.1 節 在您的自付費用達到 \$5,100 之前，您都停留在承保缺口階段

在承保缺口階段中，Medicare 承保缺口折扣方案會提供原廠藥的藥廠折扣。您支付原廠藥議定價格的 25%，以及配藥費用的一部份。您支付的金額和藥廠的折扣金額都會計入您的自付費用，視為您已支付這些金額，讓您通過承保缺口階段。

您也會取得副廠藥的部份承保。您最多支付副廠藥費用的 37%，本計劃則支付其餘費用。若是副廠藥，計劃支付的金額 (63%) 不會計入您的自付費用。只有您支付的金額才會計入，讓您通過承保缺口。

您要繼續為原廠藥支付折扣費用，對副廠藥則最多支付費用的 37%，直到您的年度自付費用達到 Medicare 規定的最高金額。2019 年的此金額是 \$5,100。

Medicare 有規定哪些費用可計入和哪些費用不可計入您的自付費用。當您達到自付費用上限 \$5,100 時，您就會離開承保缺口階段並進入重額承保階段。

第 6.2 節 Medicare 如何計算您的處方配藥自付費用？

以下是我們在記錄您藥物的自付費用時必須遵循的 Medicare 規則：

您的自付費用包括下列款項

加總您的自付費用時，您可以包括下列款項 (但必須是支付 D 部份承保藥物的款項且您遵循本手冊第 5 章解說的配藥承保規則)：

- 您在下列任一藥物付款階段時為藥物支付的金額：
 - 自付扣除額階段
 - 初始承保階段
 - 承保缺口階段

- 您加入本計劃之前，在本日曆年度期間以另一個 Medicare 處方配藥計劃會員身份支付的任何款項。

會因誰付款而不同：

- 如果是**您自己**付款，這些款項會包括在您的自付費用中。
- 如果是由**特定其他個人或組織**代替您付款，這些款項**也會包括**在您的自付費用中，其中包括由朋友或親戚、大多數慈善機構、AIDS 藥物補助方案、Medicare 認定合格的州政府藥廠補助方案或印第安人健康服務為您支付的藥物費用。Medicare 的「額外補助 (Extra Help)」方案支付的款項也包括在內。
- Medicare 承保缺口折扣方案支付的一部份款項包括在內。藥廠為您的原廠藥支付的金額包括在內。不過，本計劃為您的副廠藥支付的金額不包括在內。

進入重額承保階段：

當您 (或代表您付款的人) 在日曆年度支付的自付費用合計達到 \$5,100 時，您就會從承保缺口階段進入重額承保階段。

您的自付費用不包括下列款項

加總您的自付費用時，您**不可包括**下列任何類型的處方配藥付款：

- 您在美國和美國領地以外地方購買的藥物。
- 不屬於本計劃承保範圍的藥物。
- 您在網絡外藥房取得不符合本計劃網絡外承保規定的藥物。
- 非 D 部份藥物，包括屬於 A 部份或 B 部份承保範圍的處方配藥，以及其他 Medicare 不予承保的藥物。
- 您為一般情況下 Medicare 處方配藥計劃不承保的處方配藥支付的費用。
- 本計劃在承保缺口期間為您的原廠藥或副廠藥做出的付款。
- 團體健保計劃 (包括僱主健保計劃) 為您的藥物做出的付款。
- 特定保險計劃和政府資助健康方案 (例如軍人醫療保險計劃 (TRICARE) 和退伍軍人管理局) 為您的藥物做出的付款。
- 有法定義務必須負擔處方配藥費用的第三方 (例如工傷賠償) 為您支付的藥物費用。

提醒事項：如果任何其他組織 (例如上述組織) 為您的藥物支付部份或全部自付費用，您必須通知本計劃。請致電會員服務部通知我們 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

您如何記錄您的自付費用總金額？

- **我們會協助您。**我們寄給您的 *D 部份福利解說* (D 部份 EOB) 報告會包括您目前自付費用的金額 (本章第 3 節有關於此報告的說明)。您在年度中支付的自付費用合計達 \$5,100 時，該報告就會顯示您已離開承保缺口階段並進入重額承保階段。
- **確保我們有所需的資訊。**第 3.2 節說明您能如何協助確保我們有您最新且完整的費用支出紀錄。

第 7 節 在重額承保階段中，本計劃會為您的藥物支付大部份費用

第 7.1 節 一旦您進入重額承保階段，年度剩餘期間您都會停留在本階段

自付費用達到日曆年度限制 \$5,100 時，您就符合重額承保階段的資格。一旦進入重額承保階段，到日曆年度結束為止您都會停留在本付款階段。

在本階段中，本計劃會為您的藥物支付大部份費用。

- **您分攤**的承保藥物費用會是共同保險金或共付額，以兩者中金額較高者為準：
 - – 可能是 – 藥物費用 5% 的共同保險金
 - – 或是 – 副廠藥或視作副廠藥的藥物支付 \$3.40，所有其他藥物則支付 \$8.50。
- **本計劃會支付其餘費用。**

第 8 節 您為 D 部份承保的疫苗支付多少費用視您如何接種和在哪裡接種而定

第 8.1 節 本計劃可分別提供 D 部份疫苗藥物本身的承保和為您接種疫苗費用的承保

本計劃提供數種 D 部份疫苗的承保。我們也承保視為醫療福利的疫苗。您可以在第 4 章第 2.1 節中的醫療福利表找到這些疫苗的承保資訊。

我們的 D 部份疫苗接種承保有兩個部份：

- 承保的第一個部份是**疫苗藥物本身**的費用。疫苗為處方配藥。
- 承保的第二個部份是**為您接種疫苗**的費用。(接種疫苗有時也稱為「施用」疫苗。)

您要為 D 部份疫苗接種支付哪些費用？

您要為 D 部份疫苗接種支付哪些費用視下列三個因素而定：

1. 疫苗的類型 (您接種的目的)。

- 有些疫苗視為醫療福利。您可以在第 4 章：*醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)* 找到這些疫苗的承保資訊。

- 其餘疫苗則視為 D 部份藥物。這些疫苗列在本計劃的承保藥物清單(處方藥一覽表)。

2. 您在哪裡取得疫苗藥物。

3. 為您接種疫苗的人員。

您接種 D 部份疫苗時須支付的費用會因情況而異。舉例說明：

- 有時候您接種疫苗時必須同時支付疫苗藥物和疫苗接種兩者的全部費用。您可要求本計劃把我們的分攤費用還給您。
- 其他時候當您取得疫苗藥物或接種疫苗時，只須支付您的分攤費用。

為說明實際情況，以下列舉三種您可取得 D 部份疫苗接種的常見方式。請記得，在福利的自付扣除額階段和承保缺口階段中，您必須負責支付與疫苗(包括施用)相關的全部費用。

狀況 1：您在藥房購買 D 部份疫苗，而且您在網絡藥房接種疫苗。(您是否會有這項選擇需視您居住的地點而定。有些州禁止藥房施用疫苗。)

- 您將必須向藥房支付您的疫苗共同保險金金額或共付額以及為您接種疫苗的費用。
- 本計劃會支付其餘費用。

狀況 2：您在醫生診所接受 D 部份疫苗接種。

- 接種時，您要支付疫苗本身和施用疫苗的全部費用。
- 然後您可利用本手冊第 7 章(要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用)中說明的程序，要求本計劃支付我們的分攤費用。
- 您收到的補償金額會是您支付的金額扣除您通常為該疫苗(包括施用)支付的共同保險金或共付額，再扣除醫生收費金額與我們一般情況下支付金額間的差額。(如果您接受「額外補助(Extra Help)」，我們會補償您此差額。)

狀況 3：您在藥房購買 D 部份疫苗，然後帶到醫生診所請他們為您接種疫苗。

- 您必須為疫苗本身向藥房支付您的共同保險金或共付額的金額。
- 醫生為您接種疫苗時，您要支付該服務的全部費用。然後您可利用本手冊第 7 章中說明的程序，要求本計劃支付我們的分攤費用。
- 您收到的補償金額會是您支付的金額扣除醫生施用疫苗的收費金額，扣除醫生收費和我們一般情況下支付金額間的差額。(如果您接受「額外補助(Extra Help)」，我們會補償您此差額。)

第 8.2 節 建議您接種前先致電與我們的會員服務部聯絡

疫苗接種的承保規則比較複雜，所以我們樂意提供協助。建議您只要打算接種疫苗時都先致電我們的會員服務部。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

- 我們會告訴您本計劃對您接種疫苗的承保方式，同時解說您的分攤費用。
- 我們會告訴您如何使用我們網絡內的醫療護理提供者和藥房，降低您的費用。
- 如果您無法使用網絡醫療護理提供者和藥房，我們會告訴您該怎么做才能要求我們支付分攤費用。

第 7 章

要求我們為您收到的承保醫療服務或
藥物帳單支付我們的分攤費用

第 7 章 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用

第 1 節	您應要求我們為您的承保服務或藥物支付我們應分攤費用的情況	157
第 1.1 節	如果您為承保服務或藥物支付本計劃應分攤的費用，或您收到帳單，均可要求我們付款	157
第 2 節	如何要求我們償還您或支付您所收到帳單的費用	159
第 2.1 節	您把付款要求寄給我們的方法和地點	159
第 3 節	我們會考慮您的付款要求並表示同意或拒絕	159
第 3.1 節	我們會確認是否應承保服務或藥物以及應付金額	159
第 3.2 節	如果我們通知您我們不支付醫療護理或藥物的全部或部份費用，您可以提出上訴	160
第 4 節	您應該保留收據並把收據複本寄給我們的其他情況	160
第 4.1 節	在某些情況下，您應該要把收據寄給我們，協助追蹤您的藥物自付費用	160

第 1 節 您應要求我們為您的承保服務或藥物支付我們應分攤費用的情況

第 1.1 節 如果您為承保服務或藥物支付本計劃應分攤的費用，或您收到帳單，均可要求我們付款

您在取得醫療護理或處方配藥時，有時可能必須立即支付全額費用。有時您可能會發現所付的金額超過依本計劃承保規則預期應支付的金額。無論哪一種情況，您均可要求本計劃把錢還給您 (把錢還給您通常稱為「補償」您)。只要您為本計劃承保的醫療服務或藥物支付超過您應分攤的費用時，您都有權可要求本計劃償還您。

您也有可能收到醫療護理提供者對您所接受醫療護理收取全額費用的帳單。多數情況下，您都應該將這類帳單寄給我們，而非支付帳單費用。我們會查看該帳單，確認服務是否應屬於承保範圍。如果確認屬於承保範圍，我們會直接支付給該醫療護理提供者。

下列例子是您可能必須要求本計劃把錢還給您或支付您所收到帳單的情況：

1. 您已經從非本計劃網絡的醫療護理提供者取得急診或緊急醫療護理時

您接受不屬於我們網絡的醫療護理提供者的急診或緊急護理服務時，只須支付您應分攤的費用，而非全部費用。(針對非本計劃網絡的醫療護理，您應分攤的費用可能會高於本計劃網絡的醫療護理。) 您應該要求該醫療護理提供者按計劃就我們的承擔的費用部分開立帳單。

- 如果您接受護理時便已自行支付全部金額，您必須要求我們把我們應分攤的費用還給您。請將該帳單連同您已付款的證明文件寄給我們。
- 有時您可能會收到醫療護理提供者的帳單，要求您支付您認為並未欠付的款項。請將該帳單連同您已經付款的證明文件寄給我們。
 - 如果有應支付醫療護理提供者的款項，我們會直接支付該醫療護理提供者。
 - 如果您為服務支付了超過您應分攤的費用，我們會裁決您原本應付的金額，並將我們應分攤的費用還給您。
- 請注意：雖然您可接受非本計劃網絡的醫療護理，但該醫療護理提供者必須擁有參加 Medicare 的資格。除了急診護理以外，我們不能支付不符合參與 Medicare 資格的提供者。若該醫療護理提供者沒有資格參加 Medicare，您必須負責您所接受的全數服務費用。

2. 網絡醫療護理提供者寄給您的是您認為不應支付的帳單

網絡醫療護理提供者一律應將帳單直接寄給本計劃，只要求您支付您的分攤費用。不過網絡醫療護理提供者有時仍會出錯，要求您支付超過您應分攤的費用。

- 您取得本計劃承保的服務時只須支付您的分攤費用金額。我們不允許醫療護理提供者另行加收其他收費，也就是「網絡外醫生收款帳單」費用。即使我們支付醫療護理提供者的費用少於醫療護理提供者的服務收費、即使有爭議且我們不支付某些醫療護理提供者的收費，都適用這項保障 (您永遠不須支付超過您的分攤費用金額)。如需更多「網絡外醫生收款帳單」的資訊，請參閱第 4 章第 1.4 節。
- 只要收到網絡醫療護理提供者的帳單，而您認為超過您應支付的金額時，請將帳單寄給我們。我們會直接聯絡該醫療護理提供者並解決帳單問題。
- 如果您已支付網絡醫療護理提供者的帳單費用，但是您覺得付得太多，請將該帳單連同您已付款的證明文件寄給我們，要求我們將您已付金額與依本計劃規定您應付金額間的差額還給您。

3. 如果您回溯參加註冊本計劃

有時可回溯參加註冊本計劃。(回溯是指參加註冊的第一天是之前的某一天。參加註冊日期甚至可能是在去年。)

如果您回溯參加註冊本計劃，且您已支付參加註冊日期後任何承保服務或藥物的自付費用，您可要求我們將我們應分攤的費用還給您。您需要繳交書面文件以便我們處理補償事宜。

請致電會員服務部，查詢更多有關如何要求我們把錢還給您和提出要求的期限之資訊。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

4. 您使用網絡外藥房購買處方配藥

如果您到網絡外藥房，想要用您的會員卡購買處方配藥，藥房可能無法直接向我們請款。在這種情況下，您必須支付處方配藥的全額費用。(我們只有在一些特殊情況下才會承保在網絡外藥房購買的處方配藥。請參閱第 5 章第 2.5 節瞭解詳情。)

請保留收據，在要求本計劃償還我們應分攤的費用時把收據複本寄給我們。

5. 您因為沒有攜帶計劃會員卡而支付處方配藥的全額費用

如果沒有帶您的計劃會員卡，您可要求藥房致電本計劃或查看您的計劃參加註冊資訊。不過，如果藥房無法立即取得所需的參加註冊資訊，您可能必須自行支付處方配藥的全額費用。

請保留收據，在要求本計劃償還我們應分攤的費用時把收據複本寄給我們。

6. 您在其他情況下支付處方配藥的全額費用

您可能會因為發現藥物基於某種原因不屬於承保範圍而必須支付處方配藥的全額費用。

- 例如，藥物可能不在本計劃的承保藥物清單(處方藥一覽表)上；或藥物可能有您不知道或您認為自己應該不適用的規定或限制規定。如果您決定要立即取得藥物，可能便須支付全額費用。
- 請保留收據，在要求本計劃把錢還給您時把收據複本寄給我們。某些情況下，我們可能需要您的醫生提供更多資訊，才能將我們應分攤的費用還給您。

第 7 章 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用

以上所有例子都屬於承保決定類型。意思是，如果我們拒絕您的付款要求，您可以對我們的決定提出上訴。本手冊第 9 章 (如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦) 有如何提出上訴的資訊。

第 2 節 如何要求我們償還您或支付您所收到帳單的費用**第 2.1 節 您把付款要求寄給我們的方法和地點**

請將您的付款要求連同帳單和您已付款的證明文件一併寄給我們。建議您將帳單與收據影印一份留底。

為確定您向我們提供做出決定所需的全部資訊，您可以填寫我們的 Medicare 補償請款表來提出付款要求。

- 您並非一定要使用該表，但該表有助於我們更快處理資訊。
- 可從我們的網站 <https://brighthouseplan.com/medicare> 下載表格，亦可致電會員服務部要求表格。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)

請將您的付款要求連同帳單或收據一併寄到以下地址給我們：

C 部份醫療服務請款

Bright Health Medicare Advantage - 理賠處理部
P.O. Box 853960
Richardson, TX 75085-3960

D 部分處方藥請款

CVS/Caremark
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

您必須在取得服務、用品或 B 部份藥物當日起 12 個月內向我們提出請款申請。

如果您有任何疑問，請聯絡會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。如果您不曉得您應該支付哪些費用，或收到帳單但不知道該怎麼處理時，我們都可以提供協助。如果您想提供給我們更多有關已寄出付款要求的資訊，也可以致電聯絡我們。

第 3 節 我們會考慮您的付款要求並表示同意或拒絕**第 3.1 節 我們會確認是否應承保服務或藥物以及應付金額**

收到您的付款要求時，如果我們還需要您提供其他資訊，就會通知您。否則，我們會考慮您的要求並做承保決定。

第 7 章 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用

- 如果我們確定醫療護理或藥物屬於承保範圍，您也已遵循取得護理或藥物的所有規則，我們就會支付我們應分攤的費用。如果您已支付服務或藥物的費用，我們會將我們應分攤費用的補償郵寄給您。如果您尚未支付服務或藥物的費用，我們會直接把款項郵寄給醫療護理提供者。(第 3 章會解說您取得醫療服務承保時須遵循的規則。第 5 章會解說您取得 D 部份處方配藥承保時須遵循的規則。)
- 如果我們確定醫療護理或藥物不屬於承保範圍，或您未遵循所有規則，我們就不會支付我們的分攤費用。我們反而會寄信給您，解說我們不寄送您所要求款項的原因，以及您對該決定提出上訴的權利。

第 3.2 節 如果我們通知您我們不支付醫療護理或藥物的全部或部份費用，您可以提出上訴

如果您認為我們拒絕您付款要求的決定有誤，或您不同意我們支付的金額，您可以提出上訴。如果您提出上訴，就表示您要求我們變更原本拒絕您的付款要求的決定。

有關如何提出該上訴的詳情，請參閱本手冊第 9 章 *(如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦)*。上訴流程是正式的流程，有詳細的程序和重要的期限規定。如果您未曾提出上訴，請先閱讀第 9 章第 4 節，可能對您有所幫助。第 4 節是簡介章節，解說承保決定流程和上訴流程，並提供專有名詞(例如「上訴」)的定義。讀完第 4 節後，您即可繼續閱讀第 9 章的相關各節，其中有說明該如何處理您的情況：

- 如果您想提出有關償還醫療服務費用的上訴，請參閱第 9 章第 5.3 節。
- 如果您想提出有關償還藥物費用的上訴，請參閱第 9 章第 6.5 節。

第 4 節 您應該保留收據並把收據複本寄給我們的其他情況

第 4.1 節 在某些情況下，您應該要把收據寄給我們，協助追蹤您的藥物自付費用

有些時候您應該要告訴我們您已支付的藥物款項。此時您並非要求我們付款，而是要告訴我們您支付的費用，讓我們能正確計算您的自付費用。這麼做可幫助您更快取得重額承保階段的資格。

以下是您應把收據複本寄給我們，讓我們知道您已支付藥物費用的兩種情況：

1. 您購買藥物的價格低於我們的價格

您在自付扣除額階段和承保缺口階段時，有時在網絡藥房購買藥物的價格可能會低於我們的價格。

- 例如，藥房可能以特價提供該藥物；或是您可能擁有我們福利以外的折扣卡，因此享有更低的價格。
- 除非適用特殊條件，否則這類情況下您必須使用網絡藥房，您的藥物也必須在我們的藥物清單上。

- 保留您的收據並把收據複本寄給我們，這樣我們才能計算您的自付費用，幫助您取得重額承保階段的資格。
- **請注意：**如果您在自付扣除額階段和承保缺口階段中，我們不會支付任何這類藥物費用的分攤金額。但寄送收據複本可讓我們正確計算您的自付費用，可能會幫助您更快取得重額承保階段的資格。

2. 您透過藥廠提供的病患補助方案取得藥物

有些會員參加註冊藥廠提供但不屬於本計劃福利的病患補助方案。如果您透過藥廠提供的方案取得任何藥物，您也許要支付共付額給該病患補助方案。

- 保留您的收據並把收據複本寄給我們，這樣我們才能計算您的自付費用，幫助您取得重額承保階段的資格。
- **請注意：**由於您是透過病患補助方案，而非透過本計劃福利取得藥物，因此我們不會支付這類藥物的分攤費用。但寄送收據複本可讓我們正確計算您的自付費用，可能會幫助您更快取得重額承保階段的資格。

由於上述兩種情況您並非要求付款，因此這些情況不會視為承保決定。因此，如果您不同意我們的決定，您無法提出上訴。

第 8 章

您的權利和責任

第 8 章 您的權利和責任

第 1 節	本計劃必須尊重計劃會員的權利.....	164
第 1.1 節	我們必須以您可以瞭解的方式 (以非英文語言、盲人點字、大字體或其他替代形式等) 提供資訊。.....	164
第 1.2 節	我們時時均須以公平和尊重的方式對待您.....	165
第 1.3 節	我們必須確保您可及時取得承保服務和藥物.....	165
第 1.4 節	我們必須保護您個人健康資訊的隱私.....	166
第 1.5 節	我們必須提供您有關本計劃、其醫療護理提供者網絡以及您承保服務的資訊.....	166
第 1.6 節	我們必須支持您為自己的醫療做決定的權利.....	167
第 1.7 節	您有權提出投訴並要求我們複核已做出的決定.....	170
第 1.8 節	如果您認為自己受到不公平待遇或權利未受尊重怎麼辦？.....	170
第 1.9 節	如何取得更多與您的權利相關的資訊.....	170
第 2 節	身為本計劃會員您應承擔部份責任.....	171
第 2.1 節	您有哪些責任？.....	171

第 1 節 本計劃必須尊重計劃會員的權利

第 1.1 節 我們必須以您可以瞭解的方式 (以非英文語言、盲人點字、大字體或其他替代形式等) 提供資訊。

欲向我們索取您可瞭解形式的資訊，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

本計劃提供人員和免費口譯服務以回答殘障與非英語會員的問題。如果您有需要，我們也能以盲人點字、大字體或其他替代形式提供資訊給您。我們必須以方便您取得且適合您的方式提供計劃福利資訊。欲向我們索取您可瞭解形式的資訊，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底) 或聯絡 BrightHealth 的民權協調員。

如果您無法以方便您取得且適合您的方式向本計畫取得資訊，請致電 1-844-202-4974 提出投訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接聯絡民權辦公室。聯絡資訊包含於本承保證書或本郵件內，或者您可以致電 1-844-202-4974 取得其他資訊。

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de forma útil para usted (en otros idiomas que no sean inglés, Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Para recibir información de nuestra parte en forma útil para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la parte trasera de este folleto).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos y personas disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos proporcionarle información en letra grande, Braille, o en otros formatos alternativos, de forma gratuita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para recibir información de parte nuestra en forma útil para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la parte trasera de este folleto) o comuníquese con el coordinador de derechos civiles de Bright Health.

Si tiene problemas para recibir información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. Puede encontrar información de contacto en esta Evidencia de Cobertura o en esta correspondencia, o puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información adicional.

第 8 章 您的權利和責任

1. 我們必須尊重計劃會員權利 1.1	我們須以適合您的方式提供資訊（如使用英語以外的語言，盲文，大號字，或其他替代形式等等。
---------------------	---

如需通過適合您的方式獲得訊息，請致電會員服務中心(電話號碼見手冊封底)。

本計劃有專人免費為殘障會員和不說英語的會員提供翻譯服務，解答問題。

此外，我們還可無償以盲文，大號字，或其他形式為您提供資訊。我們將應您要求以合適的方式提供本計劃福利相關資訊。如需通過適合您的方式獲得資訊，請致電會員服務中心（電話號碼印於手冊封底）或聯繫 **Bright Health** 民權協調員。

若您在要求以合適的方式獲得資訊過程中遇到問題，請致電會員服務中心投訴。您也可以致電 **Medicare** 進行投訴（電話：1-800-633-4227），或直接向民權辦公室投訴。聯繫資訊參見承保證明或此信件，或者您也可以聯繫會員服務中心獲取更多資訊。

第 1.2 節 我們時時均須以公平和尊重的方式對待您

本計劃必須遵守保障您不會受到歧視或不公平待遇的法律。**我們不會**因為種族、族裔、國籍、宗教、性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀態、請款經驗、病歷、基因資訊、可保險證明或服務地區內的地點而歧視任何人。

如果您想索取更多有關歧視或不公平待遇的資訊或有相關疑慮，請致電 1-800-368-1019 (聽力語言殘障服務專線 1-800-537-7697) 聯絡美國衛生及公共服務部的**民權辦事處**，或致電您當地的民權辦事處。

如果您是身障人士並需協助取得護理，請致電與我們的會員服務部聯絡 (電話號碼請參閱本手冊封底)。如果您要投訴，例如無法取得輪椅，會員服務部可提供協助。

第 1.3 節 我們必須確保您可及時取得承保服務和藥物

您有權在本計劃網絡中選擇醫療護理提供者 請致電會員服務部瞭解哪些醫生可接受新病患 (電話號碼請參閱本手冊封底)。您也有權在沒有轉診單的情況下至女性專屬醫療就診 (如婦產科)，並仍然支付網絡內費用分攤金額。

身為本計劃會員，您有權在**合理時間內**與本計劃的醫療護理提供者網絡約定就診時間並取得承保服務，其中包括您有權在需要專科醫生護理服務時及時取得相關服務。您也有權無需長時間等待即可於我們任何一間網絡藥房購買或補充處方配藥。

第 8 章 您的權利和責任

如果您認為您沒有在合理時間內取得醫療護理或 D 部份藥物，本手冊第 9 章第 10 節會告訴您該怎么做。（如果我們拒絕承保您的醫療護理或藥物，但您不同意該決定，第 9 章第 4 節會告訴您該怎么做。）

第 1.4 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私

聯邦和州法律會保護您病歷和個人健康資訊的隱私。我們依相關法律規定保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括您參加註冊本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的病歷和其他醫療與健康資訊。
- 保障您隱私的法律賦予您取得資訊以及管控您健康資訊使用方式的相關權利。我們會提供稱為「隱私權實施條例通知」的書面通知，為您說明這些權利並解說我們如何保護您健康資訊的隱私。

我們如何保護您健康資訊的隱私？

- 我們會確保未經授權的人不會看到也無法變更您的紀錄。
- 在大多數情況下，如果我們要把您的健康資訊提供給並未為您提供護理或為您支付護理費用的任何人，我們必須先取得您的書面許可。您本人或您授予法定權力可為您做決定的人可以提供書面許可。
- 在某些例外處理情況下我們不需先取得您的書面許可。這些例外處理情況是法律所允許或規定。
 - 例如，我們必須向檢查護理品質的政府機構公開健康資訊。
 - 因為您是透過 Medicare 成為本計劃會員，所以我們必須提供 Medicare 您的健康資訊，包括您 D 部份處方配藥的相關資訊。如果 Medicare 為了研究或其他用途而公開您的資訊，必須按照聯邦法令與法規才能這麼做。

您可查看您紀錄中的資訊，知道您的資訊是如何與他人分享

您有權查看本計劃所持有的您的病歷並取得病歷複本。我們可向您收取製作複本的費用。您還有權要求我們對您的病歷新增資訊或更正內容。如果您要求我們這麼做，我們會和您的醫療護理提供者一起決定是否應該進行相關變更。

您有權知道，對於例行用途以外的任何目的，您的健康資訊是以甚麼方式和他人分享。

如果您有關於您個人健康資訊隱私的疑問或疑慮，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

我們可能會使用或透露您的受保護健康資訊（「PHI」），會以符合 1996 年健康保險可攜性和責任法（「HIPAA」）的方式進行。我們可能會依治療、付款、以及醫療保健營運所需而向其他方透露您的 PHI，包括無限制提供給 Medicare，提供給其他計劃，提供給您的主治醫生和其他醫療護理提供者。

第 1.5 節 我們必須提供您有關本計劃、其醫療護理提供者網絡以及您承保服務的資訊

身為 Bright Advantage Flex (PPO) 的會員，您有權向我們索取幾種類型的資訊。(如前文第 1.1 節中說明，您有權以您可瞭解的方式取得我們的資訊，其中包括取得非英文版和大字體或其他替代形式的資訊。)

如果您想要下列任何一種資訊，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)：

- **本計劃的相關資訊。**包括例如本計劃的財務狀況等資訊，也包括會員提出上訴的次數，以及本計劃的表現評等 (包括計劃會員對計劃的評等，以及與其他 Medicare 健保計劃比較) 等相關資訊。
- **我們網絡醫療護理提供者 (包括網絡藥房) 的相關資訊。**
 - 例如，您有權向我們索取有關網絡醫療護理提供者和藥房的資格，以及我們如何支付網絡醫療護理提供者的資訊。
 - 如需本計劃網絡醫療護理提供者的名單，請參閱 Bright Health 醫療護理提供者名冊。
 - 如需本計劃網絡藥房的名單，請參閱 Bright Health 藥房名冊。
 - 如需我們醫療護理提供者或藥房的詳細資訊，您可致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊背面) 或瀏覽我們的網站 www.brighthealthplan.com/medicare。
- **您的承保以及使用承保時所須遵循規則的相關資訊。**
 - 在本手冊第 3 章及第 4 章中，我們為您解說哪些醫療服務屬於您的承保範圍、您承保的限制規定，以及您取得承保醫療服務時必須遵循的規則。
 - 如需取得您 D 部份處方配藥承保的詳情，請參閱本手冊第 5 章和第 6 章，以及本計劃的**承保藥物清單 (處方藥一覽表)**。這幾章連同**承保藥物清單 (處方藥一覽表)**會告訴您哪些藥物屬於承保範圍，並解說您必須遵循的規則以及特定藥物的承保限制規定。
 - 如果您有關於規則或限制的疑問，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。
- **為何不屬於承保範圍的原因以及您可以怎麼做的相關資訊。**
 - 如果您接受的醫療服務或 D 部份藥物不屬承保範圍，或您的承保受到某種限制，您可要求我們提供書面說明。即使您是從網絡外醫療護理提供者或藥房取得醫療服務或藥物，您也有權取得相關說明。
 - 如果您不滿意或不同意我們對哪些醫療護理或 D 部份藥物屬於您承保範圍所做的決定，您有權要求我們變更決定。您可提出上訴，要求我們變更該決定。如需有關您認為應該以某種方式承保但卻不是這樣時您該怎麼做的詳情，請參閱本手冊第 9 章，其中會詳細說明如果您要我們變更決定時該如何提出上訴。(第 9 章也會說明如何提出有關護理品質、等待時間和其他疑慮的投訴。)
 - 如果您想要求本計劃支付您已收到的醫療護理或 D 部份處方配藥帳單中我們應分攤的費用，請參閱本手冊第 7 章。

第 1.6 節 我們必須支持您為自己的醫療做決定的權利

您有權知道您的治療選項並參與關於您健康護理的決定

第 8 章 您的權利和責任

您有權在選擇醫療護理時向您的醫生和其他醫療護理提供者取得完整資訊。您的醫療護理提供者必須以您能夠瞭解的方式為您解說您的醫療病況和治療選擇。

您也有權完全參與關於您醫療護理的決定。為了協助您和醫生決定甚麼樣的治療最適合您，您的權利包括以下各項：

- **瞭解您全部的選擇。**意思是，您有權得知對您病況所建議的全部治療選項，不管這些選項的費用為何或是否屬於本計劃的承保範圍。其中也包括得知由本計劃提供以協助會員管理其藥物並安全使用藥物的方案。
- **瞭解風險。**您有權得知與您護理相關的任何風險。如果有任何建議的醫療護理或治療屬於研究實驗的一部份，必須事先讓您知道。您一定可選擇拒絕任何實驗性質的治療。
- **有權說「不」。**您有權拒絕任何建議的治療，其中包括有權離開醫院或其他醫療設施，即使醫生建議您不要離院。您也有權停止服用藥物。當然，如果您拒絕治療或停止服用藥物，您要對您身體因而造成的後果負完全的責任。
- **如果護理被拒絕承保，您有權得到說明。**如果醫療護理提供者拒絕提供您認為應可取得的護理，您有權得取得我們的說明。欲取得相關說明，您必須要求我們做承保決定。本手冊第 9 章會告訴您如何要求本計劃做承保決定。

您有權指示如果您無法為自己做醫療決定時該怎麼做

有時人們會因意外或嚴重疾病而無法為自己做健康護理的決定。您有權表達如果發生這種情況時您要怎麼做。意思是，*只要您想*，您就可以：

- 填寫書面表格，給某人合法授權，以便在您無法為自己做決定時幫您做醫療決定。
- 給您的醫生書面指示，說明如果您無法為自己做決定時，希望醫生如何處理您的醫療護理。

您針對上述處境提前做成指示的法律文件稱為「**事前醫療指示**」。事前醫療指示有幾種不同的類型，也有不同的名稱。例如，「**預立遺囑**」和「**醫療護理委託授權書**」等文件都是事前醫療指示。

如果您要用「事前醫療指示」做成指示，以下告訴您該怎麼做：

- **取得表格。**如果想立事前醫療指示，您可向律師、社工或在某些辦公用品文具店取得表格。有時您也可以向提供 Medicare 相關資訊的組織索取事前醫療指示表格。欲了解更多關於您所在的州的事前醫療指示，請致電 1-212-417-5927 與紐約市衛生局(NY Dept of Health)的健康系統管理辦公室(Office of Health Systems Mgmt)聯繫。
- **填寫表格並簽名。**無論您在哪裡拿到這個表格，請記得這是一份法律文件。您應該考慮請律師協助您填寫。
- **把複本拿給相關人員。**您應該將表格的複本拿給您的醫生還有您在表格上指名當您不能為自己做決定時要為您做決定的人。您也可以拿給您的好朋友或家人。請務必在家中存放一份。

如果您事先知道要住院，而且已簽署事前醫療指示，**請帶一份到醫院。**

- 如果您住院，院方會問您是否已簽署事前醫療指示表以及您是否有帶表格。

- 如果您尚未簽署事前醫療指示表，醫院可提供表格，院方也會問您是否要簽署該指示表。

請記得，您可以選擇是否要填寫事前醫療指示 (包括當您在醫院時是否要簽署)。根據法律規定，任何人都不可基於您是否已簽署事前醫療指示而拒絕為您提供護理或歧視您。

如果沒有遵循您的指示怎麼辦？

如果您已簽署事前醫療指示，但您認為醫生或醫院並未遵循其中的指示，您可致電 1-212-417-5927 向紐約市衛生局(NY Dept of Health)的健康系統管理辦公室(Office of Health Systems Mgmt) 投訴。

第 1.7 節 您有權提出投訴並要求我們複核已做出的決定

如果您有任何關於承保服務或護理的問題或疑慮，本手冊第 9 章會告訴您該怎麼做，其中詳細說明如何處理各種類型的問題和投訴。您追蹤問題或有疑慮時該怎麼做需視情況而定。您也許得要求本計劃為您做承保決定、向我們提出變更承保決定的上訴，或者提出投訴。無論您怎麼做 – 要求承保決定、上訴或投訴 – **我們都必須公平對待您。**

您有權取得其他會員過去曾對本計劃提出的上訴和投訴相關資訊的摘要。欲取得這類資訊，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。

第 1.8 節 如果您認為自己受到不公平待遇或權利未受尊重怎麼辦？**如果事關歧視，請致電民權辦公室**

如果您認為自己因為種族、殘疾、宗教、性別、健康、族裔、信仰、年齡或國籍而遭受不公平的待遇，或權利不受尊重，您應致電聯邦健康及人類服務部的**民權辦公室**，電話 1-800-368-1019，或聽力語言殘障服務專線 1-800-537-7697，或致電您當地的民權辦公室。

是關於別的事情嗎？

如果您認為自己遭受不公平的待遇或權利不受尊重，*而且事情無關歧視*，您可以得到幫助，處理您遭遇到的問題：

- 您可**致電會員服務部** (電話號碼請參閱本手冊封底)。
- 您可以**致電州政府醫療保險協助計劃**。如需該組織的詳情和聯絡資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 或者，您可撥 **Medicare 電話** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。

第 1.9 節 如何取得更多與您的權利相關的資訊

您可以在下列幾個地方取得更多與您的權利相關的資訊：

- 您可**致電會員服務部** (電話號碼請參閱本手冊封底)。
- 您可以**致電州政府醫療保險協助計劃(SHIP)**。如需該組織的詳情和聯絡資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可聯絡 **Medicare**。
 - 您可以到 Medicare 網站閱讀或下載「您的聯邦醫療保險權利和保障」(Your Medicare Rights & Protections) 出版品。(此出版品的網址：<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>。)

- 或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。

第 2 節 身為本計劃會員您應承擔部份責任

第 2.1 節 您有哪些責任？

身為本計劃會員，您應該要做下列這些事。如果您有任何疑問，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。我們很樂意協助您。

- **熟悉您的承保服務以及取得這些承保服務時必須遵循的規則。** 使用本承保證書手冊瞭解您的承保範圍以及取得承保服務時必須遵循的規則。
 - 第 3 章和第 4 章詳細說明您的醫療服務，包括哪些屬於承保範圍、哪些不屬於承保範圍、須遵循的規則以及您支付哪些費用。
 - 第 5 章和第 6 章詳細說明您 D 部份處方配藥的承保範圍。
- **如果您除了本計劃以外還有任何其他醫療保險承保或處方配藥承保，您必須告訴我們。** 請致電會員服務部通知我們 (電話號碼請參閱本手冊封底)。
 - 我們必須遵循 Medicare 制定的規則，確保您從本計劃取得承保服務時合併使用您全部的承保。由於這涉及協調您從本計劃取得的醫療與配藥福利和您可取得的任何其他醫療與配藥福利，因此稱為「福利協調」。我們會協助您協調福利。(如需更多福利協調的資訊，請參閱第 1 章第 10 節。)
- **告訴醫生和其他醫療護理提供者您有參加註冊本計劃。**

每次取得醫療護理或 D 部份處方配藥時，都請出示您的計劃會員卡。
- **透過提供資訊、提出疑問以及徹底遵循護理指示，幫助醫生和其他醫療護理提供者協助您。**
 - 為了幫助醫生和其他健康服務提供者給您最好的護理，請盡可能瞭解您的健康問題，提供醫生和其他健康服務提供者所需且與您自己和您健康狀態相關的資訊。遵循您和您醫生都同意的治療計劃和指示。
 - 確定醫生知道您服用的所有藥物，包括非處方配藥、維他命和營養補品。
 - 如果您有任何疑問，請務必提問。您的醫生和其他醫療護理提供者應該以您能夠瞭解的方式為您說明。如果您提出疑問，但聽不懂得到的回答，請再問一次。
- **體諒他人。** 我們期盼所有會員都能尊重其他病患的權利。我們也期盼您的行為舉止有助於醫生診所、醫院和其他辦公室順利運作。
- **支付您應付的費用。** 身為計劃會員，您應負責支付下列款項：
 - 您必須享有 Medicare A 部份和 Medicare B 部份，才能符合本計劃的資格。有些計劃會員必須支付 Medicare A 部份的保費。大部份會員則須支付 Medicare B 部份保費，才能維持本計劃會員的身份。

第 8 章 您的權利和責任

- 針對本計劃承保的大多數醫療服務或藥物，您必須在取得這些服務或藥物時支付您應分攤的費用，這就是共付額 (固定金額) 或共同保險金 (總費用的百分比)。第 4 章說明您必須支付的醫療服務費用。第 6 章說明您必須支付的 D 部份處方配藥費用。
- 如果您取得的醫療服務或藥物不屬於本計劃或您其他保險的承保範圍，您必須支付全額費用。
 - 如果您不同意我們拒絕服務或藥物承保的決定，您可以提出上訴。請參閱本手冊第 9 章，查詢如何提出上訴的資訊。
- 如果要求您支付延遲參加註冊罰款，則您必須支付該罰款，以維持您的處方配藥承保。
- 如果您因為年所得的緣故而需為 D 部份支付額外金額，您必須直接向政府支付該額外金額才能維持本計劃的會員身份。
- **如果您搬家，請通知我們。**如果您即將搬家，請務必立即通知我們。請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。
 - **如果您搬到本計劃服務地區外，就不能繼續維持本計劃會員的身份。**(第 1 章說明我們的服務區域。) 我們可以協助查明您是否會搬到我們的服務地區外。如果您搬離我們的服務地區，您便會有特別註冊期，這段期間您可以參加註冊在您新遷入地區有提供的任何 Medicare 計劃。如果我們在您新地區有提供計劃，我們會讓您知道。
 - **如果您在我們的服務地區內搬遷，我們還是需要知道，**如此才能更新您的會籍紀錄，知道如何與您聯絡。
 - 如果您搬家，也務必通知社會安全局 (或鐵路退休委員會)。您可以在第 2 章找到這些組織的電話號碼和聯絡資訊。
- **如果您有任何疑問或疑慮，請致電會員服務部尋求協助。**我們也歡迎您提供任何建議，讓本計劃愈來愈好。
 - 會員服務部的電話號碼和服務時間請參閱本手冊封底。
 - 如需更多如何與我們聯絡的資訊，包括郵寄地址，請參閱第 2 章。

第 9 章

如果您有問題或要投訴(承保決定、上訴、投訴)時怎麼辦

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦

背景		176
第 1 節 簡介		176
第 1.1 節	如果您有問題或疑慮怎麼辦？	176
第 1.2 節	如果是法律專有名詞怎麼辦？	176
第 2 節 您可以向與我們無關聯的政府組織取得協助		176
第 2.1 節	哪裡可以取得更多資訊和個人化的協助	176
第 3 節 處理您的問題時應使用哪種流程？		177
第 3.1 節	您應該使用哪種承保決定與上訴流程？ 或者您是否應該使用投訴流程？	177
承保決定和上訴		178
第 4 節 承保決定和上訴的基本指南		178
第 4.1 節	要求承保決定和提出上訴：概要	178
第 4.2 節	您要求承保決定或提出上訴時如何取得協助	178
第 4.3 節	本章哪一節會詳細說明您的情況？	179
第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴		180
第 5.1 節	本節說明如果您取得醫療護理承保或要求我們償還您的護理中我們應分攤的費用時遇到問題怎麼辦	180
第 5.2 節	步驟說明：如何要求承保決定（如何要求本計畫授權或提供您想要的醫療護理承保）	181
第 5.3 節	步驟說明：如何提出層級 1 上訴（如何要求審查本計畫做出的醫療護理承保決定）	184
第 5.4 節	步驟說明：層級 2 上訴是如何進行的	187
第 5.5 節	如果您想要求我們支付您已收到的醫療護理帳單中我們應分攤的費用怎麼辦？	188
第 6 節 您的 D 部份處方藥：如何要求承保決定或提出上訴		189
第 6.1 節	本節說明如果您無法取得 D 部份藥物，或您要我們償還您 D 部份藥物的費用時該怎麼辦	190
第 6.2 節	甚麼是例外處理？	191
第 6.3 節	要求例外處理注意事項	192

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

第 6.4 節	步驟說明：如何要求承保決定，包括例外處理.....	193
第 6.5 節	步驟說明：如何提出層級 1 上訴（如何要求審查本計畫做出的承保決定）.....	196
第 6.6 節	步驟說明：如何提出層級 2 上訴.....	199
第 7 節	如果您認為醫生太快讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期	201
第 7.1 節	您住院期間會收到 Medicare 告訴您相關權利的書面通知.....	201
第 7.2 節	步驟說明：如何提出層級 1 上訴以變更您的出院日期.....	202
第 7.3 節	步驟說明：如何提出層級 2 上訴以變更您的出院日期.....	205
第 7.4 節	如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？.....	206
第 8 節	如果您認為您的承保太快結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務	208
第 8.1 節	本節僅與三種服務有關：家庭健康護理、專業護理設施護理和綜合門診復健設施 (CORF) 服務.....	208
第 8.2 節	我們會在您的承保即將結束時提前通知您.....	209
第 8.3 節	步驟說明：如何提出層級 1 上訴讓本計畫延長您護理的承保時間.....	210
第 8.4 節	步驟說明：如何提出層級 2 上訴讓本計畫延長您護理的承保時間.....	211
第 8.5 節	如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？.....	213
第 9 節	在層級 3 和之後層級繼續上訴.....	215
第 9.1 節	醫療服務上訴的層級 3、4 和 5 上訴.....	215
第 9.2 節	D 部份藥物上訴的上訴層級 3、4 和 5.....	217
提出投訴		218
第 10 節	如何提出與護理品質、等待時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴.....	218
第 10.1 節	投訴流程處理哪些種類的問題？.....	218
第 10.2 節	「提出投訴」的正式名稱是「提起申訴」.....	220
第 10.3 節	步驟說明：提出投訴.....	221
第 10.4 節	您也可以向品質改進組織提出護理品質的相關投訴.....	222
第 10.5 節	您也可以向 Medicare 投訴.....	222

背景

第 1 節 簡介

第 1.1 節 如果您有問題或疑慮怎麼辦？

本章解說處理問題和疑慮的兩種流程：

- 對於部份類型的問題，您必須使用**承保決定和上訴流程**。
- 對於其他類型的問題，您必須使用**投訴流程**。

以上兩種流程均已獲得 Medicare 核准。為確保公平並及時地處理您的問題，每種流程都有一套您和我們都必須遵循的規則、程序和期限。

要使用哪種則視您問題的類型而定。第 3 節中的指南會幫助您找出應使用的正確流程。

第 1.2 節 如果是法律專有名詞怎麼辦？

本章中解說的規則、程序和期限類型，會有一些專業法律名詞。這些專有名詞有許多是大部份的人都不熟悉的詞語，因此不易理解。

為能簡單明瞭，本章解說法律規則和程序時會以比較簡單的用語取代特定的法律專有名詞。例如，本章通常會用「提出投訴」而非「提起申訴」、會用「承保決定」而非「機構裁決」或「承保裁決」或「風險裁決」、以及會用「獨立審查組織」而非「獨立審查機構」；也會儘量少用縮寫詞語。

不過，若您知道所處情況的正確法律專有名詞是有幫助的，有時也很重要。當您處理問題時，知道要使用哪些專有名詞可幫助您更清楚、正確溝通，以及取得適合您情況的協助或資訊。為協助您瞭解要使用哪些專有名詞，我們在說明處理特定類型情況的詳情時會一併列出法律專有名詞。

第 2 節 您可以向與我們無關聯的政府組織取得協助

第 2.1 節 哪裡可以取得更多資訊和個人化的協助

處理問題時，該如何開始或流程中甚麼時候該做甚麼事，有時會讓人不知所措。如果您感到不適或體力衰弱時，更是如此。有時候您可能是缺乏所需的知識，不知道接下來該怎麼做。

向獨立的政府組織取得協助

我們隨時都能給您協助。但在某些情況下，您可能也想要請與我們無關聯的人協助您或給您指引。您都可以聯絡您的**州政府醫療保險計劃 (SHIP)**。此政府計劃在每一州均有受過訓練的諮詢人員。此計劃與本計劃或任何保險公司或健保計劃都沒有關聯。此計劃的諮詢人員可協助您瞭解應使用哪種流程處理您目前的問題，他們也能回答您的問題、給您更多資訊，並指引您該怎麼做。

SHIP 諮詢人員的服務是免費的。您可以在本手冊第 2 章第 3 節找到電話號碼。

您也可以向 **Medicare** 取得協助和資訊

如需更多資訊和協助處理問題，您也可以聯絡 Medicare。以下是可直接向 Medicare 取得資訊的兩種方式：

- 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- 您可瀏覽 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>)。

第 3 節 處理您的問題時應使用哪種流程？

第 3.1 節 您應該使用哪種承保決定與上訴流程？或者您是否應該使用投訴流程？

如果您有疑問或疑慮，只要閱讀本章中適用您情況的部份即可。下面的指南會幫助您。

欲找出本章哪個部份對您的特定問題或疑慮有幫助，從這裡開始 **您的問題或疑慮是與您的福利相關或是與承保相關？**

(這包括特定醫療護理或處方配藥是否屬於承保範圍、其承保方式，以及與醫療護理或處方配藥付款相關的問題。)

是。我的問題與福利或承保有關。

請參閱本章下一節，即**第 4 節：「承保決定和上訴的基本指南」**。

否。我的問題與福利或承保無關。

直接跳至本章結尾第 10 節：「如何提出與護理品質、等待時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴」。

承保決定和上訴

第 4 節 承保決定和上訴的基本指南

第 4.1 節 要求承保決定和提出上訴：概要

承保決定和上訴流程是用來處理與您醫療服務和處方配藥福利和承保相關的問題，包括付款相關問題。您可使用本流程處理是否屬於承保範圍和承保方式等問題。

要求承保決定

承保決定是指我們做出的決定事關您的福利和承保，或事關我們為您的醫療服務或藥物支付的金額。例如，您的計劃網絡醫生在您每次接受其醫療護理時，或當您的網絡醫生為您轉介醫療專科醫生時，都為您做 (有利的) 承保決定。如果您的醫生不確定我們是否承保特定的醫療服務或醫生拒絕提供您認為有需要的醫療護理，您或醫生也可以聯絡我們，要求做承保決定。換句話說，如果您在取得醫療服務前想知道我們會不會承保該服務，您可要求我們為您做承保決定。

每次我們要決定為您承保哪些項目和我們應支付多少金額時，我們就是為您做承保決定。在某些情況下，我們也許會決定某服務或某藥物不屬於承保範圍，或不再屬於 **Medicare** 為您承保的範圍。如果您不同意該承保決定，可以提出上訴。

提出上訴

如果我們做了承保決定，但您不滿意該決定，您可以「上訴」該決定。上訴是要求我們審查並變更我們已做成之承保決定的正式方法。

您第一次對某決定提出上訴時稱為層級 1 上訴。在此上訴中，我們會審查我們做成的承保決定，確認我們是否正確遵循全部規則。您的上訴會由做出原不利決定以外的其他審查人員處理。我們完成審查時，會通知您我們的決定。在特定情況下 (我們稍後會討論)，您可要求對承保決定進行特急或「快速承保決定」或快速上訴。

如果我們全部或部份拒絕您的層級 1 上訴，您可繼續提出層級 2 上訴。層級 2 上訴會由與我們無關聯的獨立組織執行。(在某些情況下，您的案件會自動送至獨立組織進行層級 2 上訴。如果發生這種情形，我們會讓您知道。在其他情況下，您必須要求層級 2 上訴。) 如果您不滿意層級 2 上訴的決定，您也許可以繼續進行額外層級的上訴。

第 4.2 節 您要求承保決定或提出上訴時如何取得協助

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

您需要協助嗎？如果您決定要求任何種類的承保決定，或要對某一決定提出上訴，以下是您可能會想利用的資源：

- 您可致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。
- 欲向與本計劃無關聯的獨立組織取得免費協助，請與您所在州的醫療保險協助計劃聯絡 (請參閱本章第 2 節)。
- 您的醫生可為您提出要求。
 - 若是醫療護理，您的醫生可代表您要求承保決定或提出層級 1 上訴。如果您的層級 1 上訴遭到拒絕，該上訴就會自動轉送到層級 2。欲要求層級 2 以後的任何上訴，您必須指定醫生擔任您的代表。
 - 在 D 部份處方配藥方面，您的醫生或其他開立處方箋者可以代表您請求承保決定或是提出層級 1 或層級 2 上訴。欲要求層級 2 以後的任何上訴，您必須指定醫生或其他開立處方者擔任您的代表。
- 您可要求其他人代表您。如果您想要，您可指名其他人擔任您的「代表」，為您要求承保決定或提出上訴。
 - 可能有人已根據州法律規定合法獲得授權擔任您的代表。
 - 如果您想由朋友、親戚、醫生或其他醫療護理提供者或其他人擔任您的代表，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底) 索取「代表委任書」。(該表格也可以在 Medicare 的網站上找到 <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>。) 該表格將允許您的受託人代表您本人。表格必須由您和您想由其代表您的人簽名。您必須把一份已簽名的表格交給我們。
- 您也有權聘請律師代表您。您可聯絡您自己的律師，或從您當地律師公會或其他轉介服務取得律師姓名。如果您符合資格，也有團體會提供您免費的法律服務。不過，您不需聘請律師也能要求任何種類的承保決定或對決定提出上訴。

第 4.3 節 本章哪一節會詳細說明您的情況？

有四種不同類型的情況與承保決定與上訴有關。由於每種情況都有不同的規則和期限，因此每種情況我們都會單獨用一節來詳細說明：

- 本章的第 5 節：「您的醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴」
- 本章的第 6 節：「您的 D 部份處方藥：如何要求承保決定或提出上訴」

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- **本章的第 7 節：**「如果您認為醫生太早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期」
- **本章的第 8 節：**「如果您認為您的承保太快結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務」（僅適用以下服務：家庭健康護理、專業護理設施護理和綜合門診復健設施 (CORF) 服務）

如果您仍不確定哪一節才適用，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。您也可以向政府組織，例如您所在州的州立健康保險協助計畫 (State Health Insurance Assistance Program) (本手冊第 2 章第 3 節有此計劃的電話號碼) 取得協助或資訊。

第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴

 您是否已閱讀本章第 4 節 (承保決定和上訴的「基本」指南)？如果還未讀，您可能想在開始本節前先閱讀它。

第 5.1 節 本節說明如果您取得醫療護理承保或要求我們償還您的護理中我們應分攤的費用時遇到問題怎麼辦

本節與您的醫療護理和服務的福利有關。本手冊第 4 章對這些福利有詳細說明：**醫療福利表(受到承保的項目以及您需要支付的項目)**。為能簡單明瞭，我們在本節的其餘部份不再每次都重複「醫療護理或治療或服務」，而通稱為「醫療護理承保」或「醫療護理」。

本節說明如果您處於下列五種情況中的任何情況時您該怎麼做：

1. 您並未取得您需要的特定醫療護理，但您認為該護理屬於本計劃的承保範圍。
2. 本計劃不核准您的醫生或其他醫療護理提供者要為您提供的醫療護理，但您認為該護理屬於計劃的承保範圍。
3. 您已接受您認為應屬於計劃承保範圍的醫療護理或服務，但我們表示不會支付該護理的費用。
4. 您已接受您認為應屬於計劃承保範圍的醫療護理或服務並已付款，而且您想要求本計劃補償您該護理的費用。
5. 您被告知我們先前已核准且您一直以來接受的特定醫療護理將要縮減或停止承保，但您認為縮減或停止該護理可能會危害您的健康。

注意：如果要停止的是醫院護理、家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務的承保，您就要閱讀本章的另一節，因為這些類型的護理適用特殊規定。以下說明在相關情況下您應該要閱讀的章節：

- 第 9 章第 7 節：如果您認為醫生太早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期。
- 第 9 章第 8 節：如果您認為您的承保太快結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務。本節僅與三種服務有關：家庭健康護理、專業護理設施護理和綜合門診復健設施 (CORF) 服務。

對於您被告知一直以來接受的醫療護理將要停止承保的所有其他情況，請利用本節（第 5 節）引導您該怎麼做。

您是在下列哪種情況？

如果您處於這種情況：	您可以這麼做：
您是否想查明我們是否會承保您想要的醫療護理或服務？	您可要求我們為您做承保決定。 請參閱本章下一節，即第 5.2 節。
我們是否已告訴您，我們不會以您想要的方式承保或支付某醫療服務的費用？	您可提出上訴。(這是指您要求我們複核。) 請跳至本章第 5.3 節。
您是否想要求我們償還您已接受並付款的醫療護理或服務的費用？	您可以將帳單寄給我們。 請跳至本章第 5.5 節。

第 5.2 節 步驟說明：如何要求承保決定（如何要求本計畫授權或提供您想要的醫療護理承保）

法律專有名詞 若承保決定與您的醫療護理有關，稱為「機構裁決」。

步驟 1：您要求本計劃針對您正在要求的醫療護理做承保決定。如果您的健康狀態需要快速回應，您必須要求我們做「快速承保決定」。

法律專有名詞 A 「快速承保決定」稱為「特急裁決」。

如何要求您想要的醫療護理的承保

- 先致電、寫信或傳真給本計劃，要求我們授權或提供您想要的醫療護理承保。您、您的醫生或您的代表都可以這麼做。
- 如需我們的聯絡詳情，請參閱第 2 章第 1 節，查詢標題為，*您想要求醫療護理的承保決定時如何與我們聯絡的部份*。

一般說來，我們會在標準期限內告訴您我們的決定

我們把決定告訴您時，除非我們已同意使用「快速」期限，否則都會使用「標準」期限。**標準承保決定**是指我們會在收到您的要求後 **14 個曆日**內回覆您。

- 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要可能有利於您的資訊 (例如網絡外醫療護理提供者提供的病歷)，我們最多可以有 **14 個曆日**的時間。如果我們決定需要更多天才能做成決定，我們會以書面通知您。
- 如果您認為我們不應該再增加天數，您可以針對我們增加天數的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴時，我們會在 **24 小時**內回應您的投訴。(投訴流程與承保決定和上訴流程不同。如需更多關於投訴流程 (包括快速投訴) 的資訊，請參閱本章第 10 節。)

如果您的健康狀態有必要時，請要求我們為您做「快速承保決定」

- 快速承保決定是指我們會在 **72 小時**內回覆。
 - 不過，如果如果我們需要可能有利於您的資訊 (例如網絡外醫療護理提供者提供的病歷)，或您要求更多時間以取得供我們審查的資訊，我們最多可以有 **14 個曆日**的時間。如果我們決定需要更多天，我們會以書面通知您。
 - 如果您認為我們不應該再增加天數，您可以針對我們增加天數的決定提出「快速投訴」。(如需更多有關投訴 (包括快速投訴) 流程的資訊，請參閱本章第 10 節。) 我們做成決定後會儘快打電話通知您。
- 欲取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：
 - 只有當您要求承保的醫療護理是您尚未接受的醫療護理時，才能取得快速承保決定。(如果您的要求是有關支付您已接受醫療護理的費用，您無法取得快速承保決定。)

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 只有在使用標準期限可能會嚴重危害您的健康或傷害您的機能時，您才能取得快速承保決定。
- 如果您的醫生告訴我們，您的健康狀態需要「快速承保決定」，我們會自動同意為您做快速承保決定。
- 如果您沒有醫生支持，自行要求快速承保決定，我們會判斷您的健康狀態是否需要我們為您做快速承保決定。
 - 如果我們判斷您的醫療病況不符合快速承保決定的規定，我們會寄信通知您 (而且我們會改用標準期限)。
 - 該信函會告訴您，如果您的醫生要求快速承保決定，我們會自動為您做快速承保決定。
 - 函中也會說明您要如何對我們給您標準承保決定 (而非您要求的快速承保決定) 一事提出「快速投訴」。(如需更多有關投訴 (包括快速投訴) 流程的資訊，請參閱本章第 10 節。)

步驟 2：我們考慮您的醫療護理承保要求並回覆您。

「快速承保決定」的期限

- 一般來說，若是快速承保決定，我們會在 **72 小時內** 回覆您。
 - 如前文解說，在特定情況下我們最多可以再有 14 個曆日的時間。如果我們決定需要更多天才能做成承保決定，我們會以書面通知您。
 - 如果您認為我們不應該再增加天數，您可以針對我們增加天數的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回應您的投訴。(如需更多有關投訴 (包括快速投訴) 流程的資訊，請參閱本章第 10 節。)
 - 如果我們沒有在 72 小時內 (如果有延長期間，則在該期間結束前) 回覆您，您有權提出上訴。以下第 5.3 節說明如何提出上訴。
- 如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求，我們必須在收到您的要求後 72 小時內授權或提供我們已同意提供的醫療護理承保。如果我們延長做承保決定所需的時間，直到該延長期間結束前，我們都會授權或提供承保。

- 如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求，我們會寄書面說明給您，詳細說明我們為何拒絕。

「標準承保決定」的期限

- 一般來說，若是標準承保決定，我們會在收到您的要求起 **14 個曆日內** 回覆您。
 - 在特定情況下，我們最多可以再有 14 個曆日的時間 (「延長期間」)。如果我們決定需要更多天才能做成承保決定，我們會以書面通知您。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果您認為我們不應該再增加天數，您可以針對我們增加天數的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回應您的投訴。（如需更多有關投訴（包括快速投訴）流程的資訊，請參閱本章第 10 節。）
- 如果我們沒有在 14 個曆日內 (如果有延長期間，則在該期間結束前) 回覆您，您有權提出上訴。以下第 5.3 節說明如何提出上訴。
- 如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求，我們必須在收到您的要求後 14 個曆日內授權或提供我們已同意提供的承保。如果我們延長做承保決定所需的時間，直到該延長期間結束前，我們都會授權或提供承保。
- 如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕。

步驟 3：如果我們拒絕您對醫療護理承保的要求，您可決定是否要提出上訴。

- 如果我們的回覆是拒絕，您有權提出上訴，要求我們複核 (也許也要求變更) 這個決定。提出上訴的意思是再次嘗試取得您想要的醫療護理承保。
- 如果您決定提出上訴，就表示您要進入上訴流程的層級 1（請參閱以下第 5.3 節）。

第 5.3 節	步驟說明：如何提出層級 1 上訴（如何要求審查本計畫做出的醫療護理承保決定）
----------------	---

法律專有名詞	向計畫提出有關醫療護理承保決定的上訴稱為計畫「複核」。
---------------	-----------------------------

步驟 1：您聯絡我們並提出上訴。如果您的健康狀態需要快速回應，您必須要求「快速上訴」。

怎麼做

- 欲開始上訴，您、您的醫生或您的代表必須與我們聯絡。如需如何聯繫我們以瞭解與您上訴相關事宜之詳情，請參閱第 2 章第 1 節標題為 *您想提出醫療護理相關上訴時如何與我們聯絡的部份*。
- 如果您想要求標準上訴，請以書面提出標準上訴要求。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果您請您醫生以外的其他人為您上訴我們的決定，該上訴必須包括授權此人可代表您的代表委任書。如需表格，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底) 索取「代表委任書」。從 Medicare 網站也能下載此表格，網址 <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>。雖然沒有這份表格時我們也可以接受上訴要求，但我們必須收到表格才能開始或完成審查。如果我們沒有在收到您的上訴要求後 44 個曆日內收到表格 (我們對您的上訴做成決定的期限)，您的上訴要求就會遭到撤銷。如果發生這種情況，我們會寄書面通知向您說明您有權要求獨立審查組織審查我們撤銷您的上訴的決定。
- 如果您想要求快速上訴，請以書面或請致電向我們提出上訴，電話號碼請參閱第 2 章第 1 節 (您想提出醫療護理相關上訴時如何與我們聯絡)。
- 您必須在我們寄送書面通知回覆您對承保決定之要求的日期起 60 個曆日內提出上訴要求。果您錯過此期限但您有延遲的正當理由，我們可讓您有更多時間提出上訴。錯過期限的正當理由可能包括您有導致您無法與我們聯絡的嚴重疾病或我們提供給您的要求上訴期限資訊不正確或不完整。
- 您可要求一份有關您醫療決定的資訊並增加更多支持您上訴的資訊。
 - 您有權向我們要求一份有關您上訴資訊的複本。
 - 如果您想要，您和醫生可以向我們提供能支持您上訴的其他資訊。

如果您的健康狀態有必要，請要求「快速上訴」(您可以致電向我們提出要求)

法律專有名詞 「快速上訴」也稱為「特急複核」。

- 如果您要上訴我們針對您尚未接受的護理做成的承保決定，您和 / 或您的醫生必須決定您是否需要「快速上訴」。
- 取得「快速上訴」與取得「快速承保決定」的規定和程序是一樣的。欲要求快速上訴，請遵循要求快速承保決定的指示。(本節先前已有相關指示說明。)
- 如果您的醫生告訴我們，您的健康狀態需要「快速上訴」，我們會讓您快速上訴。

步驟 2：我們考慮您的上訴並回覆您。

- 本計劃審查您的上訴時會再次仔細查閱與您對醫療護理承保的要求有關的全部資訊。我們會查核確認我們之前拒絕您的要求時是否遵循所有規則。

- 如果有需要，我們會收集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫生以取得更多資訊。

「快速上訴」的期限

- 如果我們使用的是快速期限，即需在我們收到您的上訴後 **72 小時內回覆您**。如果您的健康狀態需要，我們會更快回覆您。
 - 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要收集更多可能有利於您的資訊，**我們最多可以再有 14 個曆日的時間**。如果我們決定需要更多天才能做成決定，我們會以書面通知您。
 - 如果我們沒有在 72 小時內 (如果我們需要更多天的時間，則在延長期間結束前) 回覆您，我們必須自動將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立組織審查您的要求。我們會在本書稍後為您說明該組織並解說上訴流程層級 2 的情況。
- 如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們已同意提供的承保。
- 如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求，我們會自動將您的上訴轉送到獨立審查組織進行層級 2 上訴。

「標準上訴」的期限

- 如果我們使用的是標準期限，而您的上訴與尚未接受服務的承保有關，我們必須在收到您的上訴後 **30 個曆日內回覆您**。如果您的健康狀況需要，我們會更快告訴您我們的決定。
 - 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要收集更多可能有利於您的資訊，**我們最多可以再有 14 個曆日的時間**。如果我們決定需要更多天才能做成決定，我們會以書面通知您。
 - 如果您認為我們不應該再增加天數，您可以針對我們增加天數的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回應您的投訴。（如需更多有關投訴（包括快速投訴）流程的資訊，請參閱本章第 10 節。）
 - 如果我們沒有在上述期限前 (如果我們需要更多天的時間，則在延長期間結束前) 回覆您，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立外部組織審查您的要求。我們會在本書稍後說明該審查組織並解說上訴流程層級 2 的情況。
- 如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求，我們必須在收到您的上訴後 30 個曆日內授權或提供我們已同意提供的承保。
- 如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求，我們會自動將您的上訴轉送到獨立審查組織進行層級 2 上訴。

步驟 3：如果本計劃拒絕您的部份或全部上訴，您的案件會自動轉送到上訴流程的下一個層級。

- 為確保我們之前拒絕您的快速上訴時已遵循所有規則，我們必須將您的上訴轉送到「獨立審查組織」。如果我們這麼做，就表示您的上訴將進入上訴流程的下一個層級，即層級 2。

第 5.4 節 步驟說明：層級 2 上訴是如何進行的

如果我們拒絕您的層級 1 上訴，您的案件會自動轉送到上訴流程的下一個層級。在層級 2 上訴期間，獨立審查組織會審查我們對您第一次上訴做出的決定。該組織會決定我們是否應變更之前做的決定。

法律專有名詞 「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查機構」，有時簡稱為「IRE」。

步驟 1：獨立審查組織審查您的上訴。

- 獨立審查組織是 Medicare 聘任的獨立組織。該組織與我們沒有關聯，也不是政府機構。該組織是聯 Medicare 挑選的公司，擔任獨立審查組織，Medicare 則監督其工作。
- 我們會將您上訴的相關資訊轉送給該組織。這類資訊稱為您的「個案檔案」。您有權向我們索取一份您的個案檔案。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，以支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細檢查與您的上訴有關的全部資訊。

如果您在層級 1 時已獲得「快速」上訴，在層級 2 時也會獲得「快速」上訴

- 如果您在層級 1 時已獲得對本計劃的快速上訴，您在層級 2 時便會自動得到快速上訴。審查組織必須在收到您的上訴起 72 小時內回覆您的層級 2 上訴。
- 不過，如果獨立審查組織需要收集更多可能有利於您的資訊，最多可以再有 14 個曆日的時間。

如果您在層級 1 時已獲得「標準上訴」，在層級 2 時也會獲得「標準上訴」

- 如果您在層級 1 時已獲得對本計劃的標準上訴，您在層級 2 時便會自動得到標準上訴。審查組織必須在收到您的上訴起 30 個曆日內回覆您的層級 2 上訴。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 不過，如果獨立審查組織需要收集更多可能有利於您的資訊，最多可以再有 14 個曆日的時間。

步驟 2：獨立審查組織回覆您。

獨立審查組織會以書面通知您其決定並說明決定的理由。

- 如果審查組織同意您的部份或全部要求，我們必須在收到審查組織的標準要求決定後 72 個小時內授權醫療護理承保，或在 14 個曆日內或在本計劃收到審核組織加快要求的決定之日起 72 個小時內提供服務。
- 如果該組織拒絕您的部份或全部上訴，就表示組織同意我們不應核准您的醫療護理承保要求 (或部份要求)。(這稱為「維持決定」，也稱為「否決您的上訴」。)
 - 如果獨立審查組織「維持決定」，您有權提出層級 3 上訴。不過，欲在上訴層級 3 再提出上訴，您所要求醫療護理承保的金額必須達到特定下限。如果您所要求承保的金額太低，即不能再提出上訴，這表示層級 2 的決定就是最終決定。您從獨立審查組織收到的書面通知會告訴您如何查明可繼續上訴流程的門檻金額。

步驟 3：如果您的案件符合規定，您要選擇是否繼續上訴。

- 層級 2 之後上訴流程還有三個層級 (總共有五個上訴層級)。
- 如果您的層級 2 上訴被否決，但您符合規定可繼續上訴流程，您必須決定是否要進入層級 3 並提出第三次上訴。您在層級 2 上訴之後收到的書面通知會告訴您該怎麼做的詳情。
- 層級 3 上訴由行政法官或仲裁律師處理。本章第 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 5.5 節	如果您想要求我們支付您已收到的醫療護理帳單中我們應分攤的費用怎麼辦？
---------	------------------------------------

如果您想要求我們支付醫療護理費用，請先閱讀本手冊第 7 章：*要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用*。第 7 章說明您可能必須要求補償或支付您所收到醫療護理提供者帳單的情況，也說明您如何寄送要求我們付款的書面資料。

要求補償就是要求我們做承保決定

如果您寄給我們要求補償的書面資料，您就是要求我們做承保決定（如需更多關於承保決定的資訊，請參閱本章第 4.1 節）。我們做此承保決定時，會查核確認您已支付費用的醫療護理是否是承保服務 (請參閱第 4 章：*醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)*)。我們也會查核確認您使用醫療護理承保時是否遵循全部規則 (相關規則請參閱本手冊第 3 章：*使用計劃的承保取得醫療服務*)。

我們會同意或拒絕您的要求

- 如果您支付費用的醫療護理屬於承保範圍，且您遵循全部規則，我們就會在收到您的要求後 60 個曆日內將我們應分攤的醫療護理費用寄給您。或者，如果您尚未支付服務的費用，我們便會直接把款項寄給醫療護理提供者。如果我們寄送款項，就表示我們同意您對承保決定的要求。)

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果醫療護理不屬於承保範圍，或您未遵循全部規則，我們就不會寄送款項。我們反而會寄信給您，說明我們不會支付服務費用和不支付的詳細理由。(如果我們否決您的付款要求，就表示我們拒絕您對承保決定的要求。)

如果您要求支付但我們表示不支付怎麼辦？

如果您不同意我們的否決決定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，就表示您要求我們變更原本否決您付款要求的決定。

欲提出該上訴，請遵循我們在本節第 5.3 部份所述的上訴流程。請到此節查詢逐步說明。遵循相關指示時，請您注意：

- 如果您提出補償上訴，我們必須在收到您的上訴後 60 個曆日內回覆您。(如果想要我們償還您已接受且自行支付的醫療護理費用，您不可以要求快速上訴。)
- 如果獨立審查組織推翻我們拒絕付款的決定，我們必須在 30 個曆日內把您所要求的款項寄給您或醫療護理提供者。如果在層級 2 之後的任何上訴流程階段回覆同意您的上訴，我們必須在 60 個曆日內把您所要求的款項寄給您或醫療護理提供者。

第 6 節 您的 D 部份處方藥：如何要求承保決定或提出上訴



您是否已閱讀本章第 4 節 (承保決定和上訴的「基本」指南)？如果還沒有，您最好先閱讀該節再繼續閱讀本節。

第 6.1 節 本節說明如果您無法取得 D 部份藥物，或您要我們償還您 D 部份藥物的費用時該怎麼辦

身為本計劃會員，您的福利包括許多處方配藥的承保。請參閱本計畫的*承保藥物清單 (藥物名冊)*。您的藥物必須用於醫療許可的適應症才能列入承保範圍。(「醫療許可的適應症」是指藥物的用途經聯邦食品與藥物管理局核准或有某些參考書籍佐證。請參閱第 5 章第 3 節，查詢更多關於醫療許可的適應症之資訊。)

- 本節內容僅與您的 **D 部份藥物** 相關。為能簡單明瞭，我們在本節的其餘部份都通稱為「藥物」，而非每次都重複「承保門診處方配藥」或「D 部份藥物」。
- 如需有關 D 部份藥物、*承保藥物清單 (處方藥一覽表)*、承保規則和限制，以及費用資訊的詳情，請參閱第 5 章 (*使用本計劃的 D 部份處方配藥承保*) 和第 6 章 (*您需為 D 部份處方配藥支付的費用*)。

D 部份承保決定和上訴

如本章第 4 節所述，承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或針對我們為您的藥物應支付之金額所做的決定。

法律專有名詞 與 D 部份藥物有關的初始承保決定稱為「**承保裁決**」。

以下是您要求我們針對您的 D 部份藥物做承保決定的例子：

- 您要求我們做例外處理，包括：
 - 要求我們承保未列於計劃*承保藥物清單 (處方藥一覽表)*的 D 部份藥物
 - 要求我們豁免計劃對藥物的承保限制規定 (例如您可取得的藥物數量限制)
 - 要求為較高分攤費用層級的承保藥物支付較低的分攤費用金額
- 您詢問我們是否為您承保某藥物以及您是否符合任何適用的承保規則。(例如，您的藥物列於計劃的*承保藥物清單 (處方藥一覽表)*，但我們要求您必須先取得我們的核准，我們才會為您承保該藥物。)
 - **請注意：**如果您的藥房表示您無法按處方箋的內容購買處方配藥，您會收到一份書面通知，說明如何與我們聯絡要求承保決定。
- 您要求我們為您已購買的處方配藥支付費用。這是要求做成有關付款的承保決定。

如果您不同意我們已做成的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

本節說明您如何要求承保決定和要求上訴。利用下表協助您判定哪個部份的資訊適用您的情況：
您是在下列哪種情況？

如果您處於這種情況：	您可以這麼做：
您是否需要未列於我們藥物清單的藥物，或需要我們豁免承保藥物的規則或限制規定？	您可要求我們做例外處理。(這是承保決定的一種類型。) 請從本章 第 6.2 節 開始。
您是否要我們承保列於我們藥物清單的藥物，且您認為您符合所需藥物的計劃規則或限制規定 (例如事先取得核准)？	您可要求我們做承保決定。 請跳至本章 第 6.4 節 。
您是否想要求我們償還您已取得並付款之藥物的費用？	您可要求我們把錢還給您。(這是承保決定的一種類型。) 請跳至本章 第 6.4 節 。
我們是否已告訴您，我們不會以您想要的方式承保或支付某藥物費用？	您可提出上訴。(這是指您要求我們複核。) 請跳至本章 第 6.5 節 。

第 6.2 節 甚麼是例外處理？

如果藥物不是以您想要的方式承保，您可要求我們做「例外處理」。例外處理是承保決定的一種類型。與其他類型的承保決定類似，如果我們否決您對例外處理的要求，您可對我們的決定提出上訴。

要求例外處理時，您的醫生或其他開立處方者必須解釋您需要例外處理獲准的醫療理由，我們就會考慮您的要求。以下是您、您的醫生或其他開立處方者可要求我們做例外處理的三個例子：

1. 為您承保未列於本**承保藥物清單 (處方藥一覽表)** 的 **D 部份藥物**。(我們將該清單簡稱為「藥物清單」。)

法律專有名詞 要求承保未列於藥物清單的藥物，有時稱為要求「**處方藥一覽表例外處理**」。

- 如果我們同意做例外處理並承保未列於藥物清單的藥物，您必須支付第 4 層級藥物適用的分攤費用金額。您不能要求我們對規定您應支付的藥物共付額或共同保險金金額做例外處理。
2. 免除對承保藥物的承保限制規定。會有額外的規則或限制規定適用列於本**承保藥物清單 (處方藥一覽表)** 的特定藥物 (如需更多資訊，請參閱第 5 章第 4 節)。

法律專有名詞 要求免除對藥物的承保限制規定有時稱為要求「**處方藥一覽表例外處理**」。

- 特定配藥承保的額外規則和限制規定包括：

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 事先取得計劃核准，之後我們才會同意承保您的藥物。(這有時稱為「事前授權」。)
- 規定應先試用不同的藥物，之後我們才會同意承保您所要求的藥物。(這有時稱為「循序用藥」。)
- 數量限制。有些藥物您可領取的藥物數量會有限制規定。
- 如果我們同意為您做例外處理並豁免限制規定，您可要求我們針對規定您應支付的藥物共付額或共同保險金金額做例外處理。

3. 將藥物的承保變更至較低的分攤費用層級。 本計劃藥物清單上的每一種藥物都會列入五種分攤費用層級中的某個層級。一般來說，分攤費用層級的數字愈低，您支付的藥物分攤費用就愈低。

法律專有名詞 要求為承保非優惠藥物支付較低的價格有時稱為要求「**層級例外處理**」。

- 若我們的藥物清單中，包含了用於治療您的醫療狀況的替代藥物，而該替代藥物的成本分攤等級低於您的藥物，您可以要求我們以適用於該替代藥物的較低的分攤費用金額承保您的藥物。這會降低您在藥物上的分擔費用。
 - 如果您正在服用的藥物是生物製藥，您可以要求我們以包含適用您的生物製藥替代藥之最低層級的費用分攤金額來承保您的藥物。
 - 如果您服用的藥物是原廠藥，您可以要求我們以包含適用您的原廠替代藥之最低層級的費用分攤金額來承保您的藥物。
 - 如果您服用的藥物是副廠藥，您可以要求我們以包含適用您的原廠或副廠替代藥之最低層級的費用分攤金額來承保您的藥物。
- 您不能要求我們變更第 5 層級特殊層級中任何藥物的分攤費用層級。
- 如果我們批准您的層級例外處理，且有超過一個以上的較低的分攤費用層級含有您無法使用的替代藥物，您通常僅需支付最低金額。

第 6.3 節 要求例外處理注意事項

您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他開立處方者必須出具一份證言，向我們說明要求例外處理的醫療理由。為能更快決定，您要求例外處理時，請包括醫生或其他開立處方者出具的這類醫療資訊。

一般來說，我們的藥物清單會針對治療特定病況列出不只一種藥物。這些不同的藥物選擇稱為「替代」藥物。如果替代藥物和您要求的藥物同樣有效且不會造成更多副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理要求。如果您要求我們進行層級例外處理，我們通常不會核准您的例外處理要求，除非較低分攤費用層級中的所有替代藥物對您均無效用。

我們會同意或拒絕您的要求

- 如果我們核准您的例外處理要求，該核准的效力通常可維持到計劃年度結束時。只要您的醫生持續為您開立該藥物處方，且該藥物持續安全有效地治療您的病況，上述說明即維持不變。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果我們拒絕您的例外處理要求，您可以提出上訴，要求審查我們的決定。第 6.5 節說明如果我們拒絕時該如何提出上訴。

下一節說明您如何要求承保決定，包括例外處理。

第 6.4 節	步驟說明：如何要求承保決定，包括例外處理
----------------	-----------------------------

步驟 1：您要求本計劃為您所需的藥物或付款做承保決定。如果您的健康狀態需要快速回應，您必須要求我們做「快速承保決定」。如果您想要求我們償還您已購買藥物的費用，您不能要求快速承保決定。

怎麼做

- **要求您想要的承保決定類型。**先從致電、寫信或傳真給本計劃開始劃提出您的要求。您、您的代表或醫生 (或其他開立處方者) 都可以這麼做。您也能透過我們網站取得承保決定流程。如需詳情, 請參閱第 2 章第 1 節中標題為*您想要求 D 部份處方配藥的承保決定時如何與我們聯絡的部份*。或者, 如果您想要求我們償還您藥物費用, 請參閱其中標題為*要求我們為您已接受的醫療護理或藥物支付我們應分攤的費用時要把要求寄到哪裡*的部份。
- **您、您的醫生或代表您的人**都可以要求承保決定。本章第 4 節說明您如何以書面許可其他人擔任您的代表。您也能請律師代表您。
- **如果您想要求我們償還您藥物費用,**請先閱讀本手冊第 7 章: *要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用*。第 7 章說明您可能必須要求補償的情況, 也說明如何把書面資料寄給我們, 要求我們償還您已支付的藥物費用中我們應分攤的費用。
- **如果您想要求例外處理, 請提供「支持證言」。**您的醫生或其他開立處方者必須提供我們您要求藥物例外處理的醫療理由。(我們稱其為「支持證言」。) 您的醫生或其他開立處方者可將該證言傳真或郵寄給我們。或者, 您的醫生或其他開立處方者可以先打電話告訴我們, 然後再傳真或郵寄書面證言 (如有必要)。請參閱第 6.2 節與第 6.3 節, 查詢更多關於例外處理要求的資訊。
- **我們必須接受任何書面要求,**包括使用 CMS 標準承保裁決申請表或本計劃表格 (均可從我們網站取得) 提出的要求。

如果您的健康狀態有必要時, 請要求我們為您做「快速承保決定」

法律專有名詞 「快速承保決定」稱為「特急承保裁決」。

- 我們把決定告訴您時, 除非我們已同意使用「快速」期限, 否則都會使用「標準」期限。標準承保決定是指我們會在收到您醫生的證言後 72 小時內回覆您。快速承保決定是指我們會在收到您醫生的證言後 24 小時內回覆您。
- **欲取得快速承保決定, 您必須符合兩項規定:**
 - 只有當要求的藥物是您尚未取得的藥物時, 您才能取得快速承保決定。(如果您想要求我們償還您已購買藥物的費用, 您無法取得快速承保決定。)
 - 只有在使用標準期限可能會嚴重危害您的健康或傷害您的機能時, 您才能取得快速承保決定。

- 如果您的醫生告訴我們，您的健康狀態需要「快速承保決定」，我們會自動同意為您做快速承保決定。
- 如果您自行要求快速承保決定 (沒有您的醫生或其他開立處方者的支持)，我們會決定您的健康狀態是否需要我們為您做快速承保決定。
 - 如果我們判斷您的醫療病況不符合快速承保決定的規定，我們會寄信通知您 (而且我們會改用標準期限)。
 - 此信函會告訴您，如果您的醫生或其他開立處方者要求快速承保決定，我們會自動做快速承保決定。
 - 函中也會說明您要如何對我們給您標準承保決定 (而非您要求的快速承保決定) 一事提出投訴。其中會說明如何提出「快速投訴」，也就是您會在我們收到投訴後 24 小時內得到我們對您的投訴的回覆。(投訴流程與承保決定和上訴流程不同。如需更多關於投訴流程的資訊，請參閱本章第 10 節。)

步驟 2：我們考慮您的要求並回覆您。

「快速承保決定」的期限

- 如果我們使用的是快速期限，即需在 **24 小時內回覆您**。
 - 一般來說，這是指我們收到您的要求後的 24 小時內。如果您想要求例外處理，我們會在收到支持您的要求的醫生證言後 24 小時內回覆您。如果您的健康狀態有需要，我們會更快回覆您。
 - 如果我們沒有在此期限內回覆，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立的外部組織審查您的要求。我們會在本書稍後說明該審查組織並解說上訴層級 2 的情況。
- 如果我們的回覆是**同意**您的部份或全部要求，我們必須在收到您的要求或支持您的要求的醫生證言後 24 小時內提供我們已同意提供的承保。
- 如果我們的回覆是**拒絕**您的部份或全部要求，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕。我們也會告訴您如何上訴。

您尚未取得藥物的「標準承保決定」的期限

- 如果我們使用的是標準期限，即需在 **72 小時內回覆您**。
 - 一般來說，這是指我們收到您的要求後的 72 小時內。如果您想要求例外處理，我們會在收到支持您的要求的醫生證言後 72 小時內回覆您。如果您的健康狀態有需要，我們會更快回覆您。
 - 如果我們沒有在此期限內回覆，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立組織審查您的要求。我們會在本書稍後說明該審查組織並解說上訴層級 2 的情況。
- 如果我們的回覆是**同意**您的部份或全部要求 –
 - 如果我們核准您的承保要求，我們必須在收到您的要求或支持您的要求的醫生證言後 **72 小時內提供**我們已同意提供的承保。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕。我們也會告訴您如何上訴。

支付您已購買藥物的「標準承保決定」的期限

- 我們必須在收到您的要求後 **14 個曆日**內回覆您。
 - 如果我們沒有在此期限內回覆，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立組織審查您的要求。我們會在本書稍後說明該審查組織並解說上訴層級 2 的情況。
- 如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求，我們也必須在收到您的要求後 **14 個曆日**內付款給您。
- 如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕。我們也會告訴您如何上訴。

步驟 3：如果我們拒絕您的承保要求，您要決定是否提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權要求上訴。要求上訴是指要求我們複核 (可能的話也要變更) 我們做出的決定。

第 6.5 節	步驟說明：如何提出層級 1 上訴 (如何要求審查本計畫做出的承保決定)
---------	-------------------------------------

法律專有名詞 向計劃提出與 D 部份配藥承保決定相關的上訴，稱為計劃「**重新裁決**」。

步驟 1：您聯絡我們並提出層級 1 上訴。如果您的健康狀態需要快速回應，您必須要求「快速上訴」。

怎麼做

- 欲開始上訴，您 (或您的代表、您的醫生或其他開立處方者) 必須與我們聯絡。
 - 如需如何透過電話、傳真、郵件或在我們網站與我們聯繫您上訴相關事宜的詳情，請參閱第 2 章第 1 節中標題為您想提出 D 部份處方配藥相關上訴時如何與我們聯絡的部份。
- 如果您想要求標準上訴，請以書面要求提出上訴。
- 如果您想要求快速上訴，請以書面方式或致電向我們提出上訴，電話號碼列於第 2 章第 1 節 (您想提出 D 部份處方配藥相關上訴時如何與我們聯絡)。
- 我們必須接受任何書面要求，包括使用 CMS 標準承保裁決申請表 (可從我們網站取得) 提出的要求。
- 您必須在我們寄送書面通知回覆您對承保決定之要求的日期起 **60 個曆日**內提出上訴要求。若您錯過此期限但您有延遲的正當理由，我們可讓您有更多時間提出上訴。錯過期限的正當理由可能包括您有導致您無法與我們聯絡的嚴重疾病或我們提供給您的要求上訴期限資訊不正確或不完整。
- 您可以要求一份您上訴資訊的複本並新增更多資訊。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 您有權向我們要求一份有關您上訴資訊的複本。
- 如果您願意，您和您的醫生或其他開立處方者可以提供其他支持您上訴的資訊給我們。

如果您的健康狀態有必要，請要求「快速上訴」

法律專有名詞 「快速上訴」也稱為「特急重新裁決」。

- 如果您要上訴我們針對您尚未接受的藥物做出的決定，您和您的醫生或其他開立處方者必須決定您是否需要「快速上訴」。
- 取得「快速上訴」的規定與本章第 6.4 節中取得「快速承保決定」的規定是一樣的。

步驟 2：我們考慮您的上訴並回覆您。

- 我們審查您的上訴時會再次仔細查閱與您的承保要求有關的全部資訊。我們會查核確認我們之前拒絕您的要求時是否遵循所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他開立處方者以取得更多資訊。

「快速上訴」的期限

- 如果我們使用的是快速期限，即需在收到您的上訴後 **72 小時內回覆您**。如果您的健康狀態有需要，我們會更快回覆您。
 - 如果我們沒有在 72 小時內回覆您，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。我們會在本書稍後說明該審查組織並解說上訴流程層級 2 的情況。
- 如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內提供我們已同意提供的承保。
- 如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕以及如何對我們的決定提出上訴。

「標準上訴」的期限

- 如果我們使用的是標準期限，即須在收到您對尚未取得的藥物提出上訴後 **7 個曆日內回覆您**。如果您尚未取得藥物，而您的健康狀態有需要，我們會更快告訴您我們的決定。如果您認為您的健康狀態有此必要，應該要求「快速上訴。」
 - 如果我們沒有在 7 個曆日內把決定告訴您，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。我們會在本書稍後說明該審查組織並解說上訴流程層級 2 的情況。
- 如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求 –
 - 如果我們核准承保要求，我們必須按您的健康狀態需要，儘快**提供**我們已同意提供的承保，但**最遲不超過**我們收到您的上訴後 7 個曆日。
 - 如果我們核准償還您已購買藥物之費用的要求，我們必須在收到您的上訴要求後 **30 個曆日內把款項寄給您**。
- 如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕以及如何對我們的決定提出上訴。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果您想要求我們償還您已購買藥物的費用，我們必須在收到您的要求後 **14 個曆日內**回覆您。
 - 如果我們沒有在 14 個曆日內把決定告訴您，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立組織審查您的要求。我們會在本書稍後說明該審查組織並解說上訴層級 2 的情況。
- 如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求，我們也必須在收到您的要求後 30 個曆日內付款給您。
- 如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕。我們也會告訴您如何上訴。

步驟 3：如果我們拒絕您的上訴，您決定是否繼續上訴流程並再次提出上訴。

- 如果我們拒絕您的上訴，您即可選擇接受該決定或繼續再提出上訴。
- 如果您決定再提出上訴，就表示您的上訴要進入上訴流程的層級 2 (請參閱下文)。

第 6.6 節 步驟說明：如何提出層級 2 上訴

如果我們拒絕您的上訴，您即可選擇接受該決定或繼續再提出上訴。如果您決定進入層級 2 上訴，**獨立審查組織**會審查我們拒絕您的第一次上訴時做出的決定。該組織會決定我們是否應變更之前做的決定。

法律專有名詞 「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查機構**」，有時簡稱為「**IRE**」。

步驟 1：欲提出層級 2 上訴，您 (或您的代表、您的醫生或其他開立處方者) 必須聯絡獨立審查組織並要求審查您的案件。

- 如果本計劃拒絕您的層級 1 上訴，我們寄給您的書面通知會包括**如何向獨立審查組織提出層級 2 上訴**的說明。這些說明會告訴您誰可以提出層級 2 上訴、您必須遵循哪些期限，以及如何聯繫審查組織。
- 您向獨立審查組織提出上訴時，我們會把我們這裡關於您上訴的資訊寄給該組織，這類資訊稱為您的「個案檔案」。您有權向我們索取一份您的個案檔案。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，以支持您的上訴。

步驟 2：獨立審查組織審查您的上訴並回覆您。

- **獨立審查組織是 Medicare 聘任的獨立組織。**該組織與我們沒有關聯，也不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，負責審查我們對於我們提供您 D 部份福利做出的決定。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細檢查與您的上訴有關的全部資訊。該組織會以書面方式通知您其決定並說明決定的理由。

層級 2 中「快速上訴」的期限

- 如果您的健康狀態有必要，請向獨立審查組織要求「快速上訴」。
- 如果審查組織同意讓您「快速上訴」，審查組織必須在收到您的上訴要求後 **72 小時內**回覆您的層級 2 上訴。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果獨立審查組織同意您的部份或全部要求，我們必須在收到審查組織的決定後 **24 小時內** 提供審查組織核准的配藥承保。

層級 2 中「標準上訴」的期限

- 如果您在層級 2 進行標準上訴，如果是對尚未取得的藥物提出上訴，審查組織必須在收到您的上訴後 **7 個曆日內** 回覆您的層級 2 上訴。如果您想要求我們償還您已購買藥物的費用，審查組織必須在收到您的要求後 **14 個曆日內** 回覆您的層級 2 上訴。
- 如果獨立審查組織同意您的部份或全部要求 –
 - 如果獨立審查組織核准承保要求，我們必須在收到審查組織的決定後 **72 小時內** 提供審查組織核准的配藥承保。
 - 如果獨立審查組織核准償還您已購買藥物之費用的要求，我們必須在收到審查組織的決定後 **30 個曆日內** 把款項寄給您。

如果審查組織拒絕您的上訴怎麼辦？

如果該組織拒絕您的上訴，即表示同意我們不核准您的要求的決定。(這稱為「維持決定」，也稱為「否決您的上訴」。)

如果獨立審查組織「維持決定」，您有權提出層級 3 上訴。不過，欲在層級 3 再提出上訴，您所要求配藥承保的金額必須達到最低金額。如果您所要求配藥承保的金額太低，您不能再提出上訴，且層級 2 的決定就是最終決定。獨立審查組織給您的通知會告訴您可繼續上訴流程的爭議門檻金額必須是多少。

步驟 3：如果您所要求承保的金額符合規定，您要選擇是否繼續上訴。

- 層級 2 之後上訴流程還有三個層級 (總共有五個上訴層級)。
- 如果您的層級 2 上訴被否決，但您符合規定可繼續上訴流程，您必須決定是否要進入層級 3 並提出第三次上訴。如果您決定提出第三次上訴，您在第二次上訴後收到的書面通知中會有該怎麼做的詳情。
- 層級 3 上訴由行政法官或仲裁律師處理。本章第 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 7 節 如果您認為醫生太快讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期

當您住院時，您有權取得診斷和治療您的疾病或傷害所需的全部承保醫院服務。如需更多關於我們為您承保之醫院護理的資訊，包括本承保的任何限制規定，請參閱本手冊第 4 章：*醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)*。

在您的承保住院期間，您的醫生和醫院職員會與您一起努力讓您可以早日出院。他們也會協助安排您出院後可能需要的護理。

- 您離開醫院那天稱為「**出院日期**」。
- 您的出院日期決定後，您的醫生或醫院職員會讓您知道。
- 如果您認為太快要求您出院，您可以要求更長的住院期，而您的要求會被考慮。本節說明您如何提出要求。

第 7.1 節 您住院期間會收到 **Medicare** 告訴您相關權利的書面通知

您在承保的住院期間會收到一份書面通知，稱為 *Medicare 權利重要訊息通知*。每一位享有 Medicare 的民眾只要住院都會收到該通知。醫院的人 (例如個案工作者或護士) 必須在您住院後兩天內把通知給您。如果您沒有收到通知，請向醫院員工索取。如果您需要協助，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 電話，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。

1. 請仔細閱讀該通知，如果您不瞭解，請提出問題。該通知會說明您身為住院病患得享有的權利，包括：

- 您有權在住院期間或出院後按醫生囑咐取得 Medicare 承保的服務，其中包括您有權知道這些服務內容、誰要負責支付費用以及可以在哪裡取得服務。
- 您有權參與關於您住院期的任何決定，並知道誰要負責支付費用。
- 向誰通報您對醫院護理品質的疑慮。
- 如果您認為太快讓您出院，您有權對該出院決定提出上訴。

法律專有名詞 Medicare 的書面通知會說明您要如何「**要求立即審查**」。要求立即審查是一種要求延後您的出院日期，讓我們延長醫院護理承保時間的正式法律途徑。(以下第 7.2 節為您說明如何要求立即審查。)

2. 您必須在書面通知上簽名，表示您已收到通知並瞭解您的權利。

- 您或代表您的人必須在通知上簽名。(本章第 4 節說明您如何以書面許可其他人擔任您的代表。)
- 在通知上簽名僅表示您已收到有關您權利的資訊。通知內容不會有您的出院日期 (您的醫生或醫院職員會告訴您出院日期)。在通知上簽名並**不表示**您同意出院日期。

3. 保留一份您簽名的通知，以便您有需要時手邊就有關於提出上訴 (或通報對護理品質的疑慮) 的資訊。

- 如果您比離開醫院前兩天更早之前就在通知上簽名，您會在預定出院前再收到一份。
- 欲預先查閱該通知內容，您可致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底) 或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)；每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。您亦可瀏覽網站 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>。

第 7.2 節 步驟說明：如何提出層級 1 上訴以變更您的出院日期

如果您想要求本計劃為您的住院期間服務承保更長時間，您必須使用上訴流程提出此要求。開始之前，請瞭解您瞭解您該怎麼做以及相關期限。

- **遵循流程。**上訴流程最初兩個層級中各步驟的解說如下。
- **遵守期限規定。**期限很重要。確保您瞭解並遵循您必須採取行動的相關期限。
- **如需協助，請您提出要求。**如果您任何時候有疑問或需要協助，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。或請致電您所在州的醫療保險協助計劃，該政府組織可提供個人化的協助 (請參閱本章第 2 節)。

在層級 1 上訴期間，品質改進組織會審查您的上訴，查核確認您的預定出院日期對您是否具醫療適當性。

步驟 1：聯絡您所在州的品質改進組織，要求「快速審查」您出院一事。您必須快速行動。

甚麼是品質改進組織？

- 該組織由醫生和其他健康護理專業人員組成，其費用由聯邦政府支付。這些專家並不屬於本計劃，該組織的費用由 Medicare 支付，以查核並協助改進享有 Medicare 的民眾的護理品質。其中包括審查享有 Medicare 的民眾的出院日期。

您如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知 (*Medicare 權利重要訊息通知*) 會告訴您如何聯繫該組織。(或者，請在本手冊第 2 章第 4 節查閱您所在州的品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。)

快速行動：

- 欲提出上訴，您必須在離開醫院前聯絡品質改進組織，而且最遲不應晚於您的預定出院日期。(您的「預定出院日期」是指已設定您要離開醫院的日期。)
 - 如果您符合該期限規定，在等候品質改進組織對您的上訴做成決定期間，您可以在出院日期後繼續住院，不需支付費用。
 - 如果您不符合該期限規定，但您決定在預定出院日期後繼續住院，您可能必須為在您預定出院日期後所接受的醫院護理支付全部費用。
- 如果您錯過您上訴時應聯絡品質改進組織的期限，您可以改向本計劃直接提出您的上訴。如需以此替代方法提出上訴的詳情，請參閱第 7.4 節。

要求「快速審查」：

- 您必須要求品質改進組織對您出院一事進行「快速審查」。要求「快速審查」是指您要求該組織使用「快速」期限而非標準期限處理上訴。

法律專有名詞 「快速審查」也稱為「立即審查」或「特急審查」。
--

步驟 2：品質改進組織針對您的案件進行獨立審查。**審查期間會怎樣？**

- 品質改進組織的健康專業人員 (我們簡稱他們為「審查人員」) 會問您 (或您的代表) 為甚麼會認為服務的承保應該繼續。您不需準備任何書面資料，但如果您想準備也可以。
- 審查人員也會查閱您的醫療資訊、和您的醫生洽談，並審查醫院和我們提供給他們的資訊。
- 在審查人員將您的上訴通知本計劃後次日中午前，您也會收到書面通知，告知您的預定出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院和我們認為您適合 (具醫療適當性) 在該日期出院的理由。

法律專有名詞 該書面說明稱為「**詳細出院通知**」。欲索取該通知樣本，您可致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底) 或撥 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)；每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。您亦可上網瀏覽：<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

步驟 3：品質改進組織會在收到全部所需資訊後一個整天內回覆您的上訴。**如果回覆是同意會怎樣？**

- 如果審查組織同意您的上訴，只要承保的住院服務是醫療上所必需，我們都必須繼續提供您相關服務。
- 您必須繼續支付您的分攤費用 (例如自付扣除額或共付額，如適用)。此外，您的承保住院服務可能會有限制。(請參閱本手冊第 4 章。)

如果回覆是拒絕會怎樣？

- 如果審查組織拒絕您的上訴，就表示組織認為您的預定出院日期具醫療適當性。如果發生這種情況，在品質改進組織回覆您的上訴之後次日中午時，我們對您住院服務的承保便會結束。
- 如果審查組織拒絕您的上訴，但您決定繼續住院，則您可能必須支付在品質改進組織回覆您的上訴後次日中午後您所接受醫院護理的全額費用。

步驟 4：如果回覆是拒絕您的層級 1 上訴，您要決定是否再提出上訴。

- 如果品質改進組織已否決您的上訴，*而且*您在預定出院日期後仍繼續住院，則您可以再提出上訴。再提出上訴表示您將進入上訴流程的層級 2。

第 7.3 節	步驟說明：如何提出層級 2 上訴以變更您的出院日期
---------	---------------------------

如果品質改進組織已否決您的上訴，*而且*您在預定出院日期後仍繼續住院，則您可以再提出層級 2 上訴。在層級 2 上訴期間，您可要求品質改進組織再次檢查他們針對您第一次上訴做出的決定。如果品質改進組織否決您的層級 2 上訴，您可能必須支付在預定出院日期後住院的全額費用。

以下是上訴流程層級 2 的步驟：

步驟 1：您再次聯絡品質改進組織，要求另一次審查。

- 您必須在品質改進組織拒絕您的層級 1 上訴當天後 **60 個曆日**內要求本審查。您只有在護理承保結束當天後住院才可以要求此審查。

步驟 2：品質改進組織第二次審查您的情況。

- 品質改進組織的審查人員會再次仔細檢查與您的上訴有關的全部資訊。

步驟 3：品質改進組織的審查人員會在收到您要求第二次審查起 **14 個曆日**內針對您的上訴做成決定並把決定告訴您。

如果審查組織的回覆是同意：

- 對於從品質改進組織否決您第一次上訴後次日中午起您已接受的醫院護理，我們必須補償您我們應分攤的費用。只要您的住院護理是醫療上所必需，我們就必須繼續提供承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且可能會有承保限制。

如果審查組織的回覆是拒絕：

- 這表示審查組織同意他們對您的層級 1 上訴做成的決定，而且不會變更該決定。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 您收到的書面通知會說明，如果您想繼續進行審查流程時可以怎麼做。通知會詳細說明如何進入下一個將會由行政法官或仲裁律師處理的上訴層級。

步驟 4：如果回覆是拒絕，您必須決定是否要進入層級 3 繼續上訴。

- 層級 2 之後上訴流程還有三個層級 (總共有五個上訴層級)。如果審查人員否決您的層級 2 上訴，您可以選擇是否要接受該決定，或是否要進入層級 3 再提出上訴。在層級 3，您的上訴會由行政法官或仲裁律師審查。
- 本章第 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 7.4 節 如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？

您可以改向我們上訴

如前文第 7.2 節的說明，您必須快速與品質改進組織聯絡，開始對您的出院事宜提出第一次上訴。(「快速」是指在您離開醫院之前，最遲不應晚於您的預定出院日期。) 如果您錯過您上訴時應聯絡品質改進組織的期限，您可以改向我們直接提出您的上訴。

如果您使用該替代方式提出上訴，*上訴的最初兩個層級會不一樣。*

步驟說明：如何提出層級 1 替代上訴

如果您錯過聯絡品質改進組織的期限，您可以向本計劃提出上訴，要求「快速審查」。快速審查是一種使用快速期限而非標準期限的上訴。

法律專有名詞 「快速審查」(或「快速上訴」) 也稱為「特急上訴」。

步驟 1：與我們聯絡並要求「快速審查」。

- 如需如何與我們聯絡的詳情，請參閱第 2 章第 1 節中標題為*您想提出醫療護理相關上訴時如何與我們聯絡的部份*。
- 請務必要求「快速審查」。意思是您要求我們使用「快速」期限 (而非「標準」期限) 回覆您。

步驟 2：我們針對您的預定出院日期進行「快速審查」，查核確認其是否具醫療適當性。

- 在該審查期間，我們會查閱關於您住院期的全部資訊。我們會查核確認您的預定出院日期是否具醫療適當性。我們會查核確認關於您何時應該離開醫院的決定是否公正並遵循所有規則。
- 在此情況下，我們會使用「快速」期限 (而非「標準」期限) 針對該審查向您回覆。

步驟 3：我們會在您要求「快速審查」(「快速上訴」) 後 72 小時內告訴您我們的決定。

- 如果我們同意您的快速上訴，就表示我們已同意您在該出院日期後仍須住院，而且只要您的承保住院服務是醫療上所必需，我們都會繼續提供相關服務。這也表示我們已同意，針對自我們之前表示您的承保應結束的日期起您已接受的護理，我們會補償您我們應分攤的費用。(您必須支付您的分攤費用，而且可能會有承保限制。)

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果我們拒絕您的快速上訴，就表示我們認為您的預定出院日期具醫療適當性。我們對您住院服務的承保會在我們之前表示承保應結束的日期時結束。
 - 如果您在預定出院日期後仍繼續住院，則您可能必須支付您在預定出院日期後所接受醫院護理的全額費用。

步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的案件會自動進入上訴流程的下一個層級。

- 為確保我們之前拒絕您的快速上訴時已遵循所有規則，我們必須將您的上訴轉送到「獨立審查組織」。如果我們這麼做，就表示您自動進入上訴流程的層級 2。

步驟說明：層級 2 替代上訴流程

如果我們拒絕您的層級 1 上訴，您的案件會自動轉送到上訴流程的下一個層級。在層級 2 上訴期間，獨立審查組織會審查我們拒絕您的「快速上訴」時做出的決定。該組織會決定我們是否應變更之前做的決定。

法律專有名詞 「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查機構」，有時簡稱為「IRE」。
--

步驟 1：我們會自動將您的案件轉到獨立審查組織。

- 我們必須在通知您我們拒絕您的第一次上訴起 24 小時內，將您的層級 2 上訴資訊轉送到獨立審查組織。（如果您認為我們沒有遵守此一或其他截止日期，您可以提出投訴。投訴流程與上訴流程不相同。本章第 10 節說明如何提出投訴。）

步驟 2：獨立審查組織針對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內回覆您。

- 獨立審查組織是 **Medicare** 聘任的獨立組織。該組織與本計劃沒有關聯，也不是政府機構。該組織是聯 Medicare 挑選的公司，擔任獨立審查組織，Medicare 則監督其工作。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細檢查與您出院上訴有關的全部資訊。
- 如果該組織同意您的上訴，則我們必須針對自您的預定出院日期起您已接受的醫院護理，補償您 (償還您) 我們應分攤的費用。只要住院服務是醫療上所必需，我們也必須繼續提供您計劃的承保。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，可能會限制我們的補償金額或我們可繼續承保多久您的服務。
- 如果該組織拒絕您的上訴，即表示組織同意我們您的預定出院日期具醫療適當性。
 - 您收到的獨立審查組織書面通知會說明如果您想繼續進行審查流程時可以怎麼做。通知會詳細說明如何進入將會由行政法官或仲裁律師處理的層級 3 上訴。

步驟 3：如果獨立審查組織否決您的上訴，您要選擇是否繼續上訴。

- 層級 2 之後上訴流程還有三個層級 (總共有五個上訴層級)。如果審查人員拒絕您的層級 2 上訴，您可以決定是否接受此決定，或是否進入層級 3 提出第三次上訴。
- 本章第 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 8 節 如果您認為您的承保太快結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務

第 8.1 節 本節僅與三種服務有關：家庭健康護理、專業護理設施護理和綜合門診復健設施 (CORF) 服務

本節僅與下列類型的護理有關：

- 您取得的家庭健康護理服務。
- 您在專業護理設施以病患身份取得的專業護理。(請參閱第 12 章：重要用語的定義，瞭解「專業護理設施」的認定規定。)
- 您在 Medicare 核准的綜合門診復健設施 (CORF) 以門診病人身份取得的復健護理。通常來說，這是指您在接受疾病或事故治療，或您自重大手術康復中。(如需更多關於此類設施的資訊，請參閱第 12 章：重要用語的定義。)

當您接受任何這幾類型的護理時，只要該護理是診斷和治療您的疾病或傷害所需，您就有權持續取得該類型護理的承保服務。如果您需要更多關於您承保服務的資訊，包括您的分攤費用和可能適用的任何承保限制，請參閱本手冊第 4 章：醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)。

如果我們決定要停止為您承保這三種護理類型的任何一種，我們必須提前通知您。當您的該護理承保結束時，我們會停止為您的護理支付我們應分攤的費用。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

如果您認為我們太快結束您的護理承保，您可以對我們的決定提出上訴。本節說明您如何要求上訴。

第 8.2 節 我們會在您的承保即將結束時提前通知您

1. 您收到書面通知。最遲會在本計劃停止您護理承保的兩天前通知您。

- 書面通知會告訴您我們將停止您護理承保的日期。
- 書面通知也會說明，如果您想要求本計劃變更有關何時結束您護理的決定並延長承保期間時可以怎麼做。

法律專有名詞 書面通知會告訴您怎麼辦，也就是告訴您如何要求「快速上訴」。要求快速上訴是一種要求我們變更關於何時停止您護理之承保決定的正式法律途徑。（以下第 8.3 節說明您如何要求快速上訴。）

此書面通知稱為「**Medicare 非承保通知**」。欲索取該通知樣本，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）或撥 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。（TTY 用戶應撥打 1-877-486-2048。）或請上網瀏覽

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

2. 您必須在書面通知上簽名，表示您已收到通知。

- 您或代表您的人必須在通知上簽名。（第 4 節說明您如何以書面許可其他人擔任您的代表。）
- 在通知上簽名僅表示您已收到關於您的承保將於何時停止的資訊。簽名並不表示您同意計劃可以停止讓您取得護理。

第 8.3 節 步驟說明：如何提出層級 1 上訴讓本計畫延長您護理的承保時間

如果您想要求我們延長您護理的承保時間，您必須使用上訴流程提出此要求。開始之前，請瞭解您瞭解您該怎麼做以及相關期限。

- **遵循流程。**上訴流程最初兩個層級中各步驟的解說如下。
- **遵守期限規定。**期限很重要。確保您瞭解並遵循您必須採取行動的相關期限。本計畫也有必須遵循的期限。（如果您認為我們並未遵守期限規定，您可以提出投訴。本章第 10 節會說明如何提出投訴。）
- **如需協助，請您提出要求。**如果您任何時候有疑問或需要協助，請致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。或請致電您所在州的醫療保險協助計劃，該政府組織可提供個人化的協助 (請參閱本章第 2 節)。

如果您要求層級 1 上訴，品質改進組織會審查您的上訴並決定是否變更本計畫做出的決定。

步驟 1：提出您的層級 1 上訴：聯絡您所在州的品質改進組織，要求進行審查。您必須快速行動。

甚麼是品質改進組織？

- 該組織由醫生和其他健康護理專家組成，其費用由聯邦政府支付。這些專家並不屬於本計畫，這些專家並不屬於本計畫，他們負責查核享有 Medicare 的民眾所接受護理的品質，並審查關於計劃何時該停止特定類型醫療護理承保的決定。

您如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知會告訴您如何聯繫該組織。(或者，請在本手冊第 2 章第 4 節查閱您所在州的品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。)

您應該要求甚麼？

- 要求該組織針對我們結束您的醫療服務承保是否具醫療適當性進行「快速上訴」(獨立審查)。

您聯絡該組織的期限。

- 您最遲必須在接到告知您我們何時將停止您護理承保的書面通知後次日中午，聯絡品質改進組織開始上訴。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果您錯過您上訴時應聯絡品質改進組織的期限，您可以改向我們直接提出您的上訴。如需以此替代方法提出上訴的詳情，請參閱第 8.5 節。

步驟 2：品質改進組織針對您的案件進行獨立審查。

審查期間會怎樣？

- 品質改進組織的健康專業人員 (我們簡稱他們為「審查人員」) 會問您 (或您的代表) 為甚麼會認為服務的承保應該繼續。您不需準備任何書面資料，但如果您想準備也可以。
- 審查組織也會檢查您的醫療資訊、和您的醫生洽談，並審查本計劃提供給他們的資訊。
- 在審查人員將您的上訴通知本計劃當天結束前，您也會收到計劃的書面通知，詳細說明我們結束您服務的承保的理由。

法律專有名詞 該通知說明稱為「非承保詳細說明」。

步驟 3：審查人員會在收到全部所需資訊後一個整天內把決定告訴您。

如果審查人員同意您的上訴會怎樣？

- 如果審查人員同意您的上訴，則只要承保服務是醫療上所必需，我們都必須繼續提供您相關服務。
- 您必須繼續支付您的分攤費用 (例如自付扣除額或共付額，如適用)。此外，您的承保服務可能會有限制 (請參閱本手冊第 4 章)。

如果審查人員拒絕您的上訴會怎樣？

- 如果審查人員拒絕您的上訴，則您的承保會在我們已告訴您的結束日期時結束。我們會在通知所列日期停止為該護理支付我們的分攤費用。
- 如果您決定在您的承保結束日期後繼續取得家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，則您必須自行支付該護理的全額費用。

步驟 4：如果回覆是拒絕您的層級 1 上訴，您要決定是否再提出上訴。

- 您提出的第一次上訴是上訴流程的「層級 1」。如果審查人員拒絕您的層級 1 上訴，而且您選擇在您的護理承保結束後繼續取得護理，則您可以再提出上訴。
- 再提出上訴表示您將進入上訴流程的「層級 2」。

第 8.4 節 步驟說明：如何提出層級 2 上訴讓本計畫延長您護理的承保時間

如果品質改進組織已否決您的上訴，而且您選擇在您的護理承保已結束之後繼續取得護理，則您可以提出層級 2 上訴。在層級 2 上訴期間，您可要求品質改進組織再次檢查他們針對您第一次上訴做出的決定。如果品質改進組織否決您的層級 2 上訴，您可能必須支付在我們表示您的承保應結束的日期後的家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務的全額費用。

以下是上訴流程層級 2 的步驟：

步驟 1：您再次聯絡品質改進組織，要求另一次審查。

- 您必須在品質改進組織 *拒絕* 您的層級 1 上訴當天後 **60 天內** 要求本審查。您只有在護理承保結束當天後仍繼續取得護理時才可以要求此審查。

步驟 2：品質改進組織第二次審查您的情況。

- 品質改進組織的審查人員會再次仔細檢查與您的上訴有關的全部資訊。

步驟 3：審查人員會在收到您的上訴要求起 14 天內針對您的上訴做出決定並把決定告訴您。**如果審查組織同意您的上訴會怎樣？**

- 對於從我們表示您的承保應結束的日期起您已接受的護理，我們必須補償您我們應分攤的費用。只要您的護理是醫療上所必需，我們就必須繼續提供承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，而且可能會有承保限制。

如果審查組織拒絕會怎樣？

- 這表示組織同意我們原本對您的層級 1 上訴做出的決定，而且不會變更該決定。
- 您收到的書面通知會說明，如果您想繼續進行審查流程時可以怎麼做。通知會詳細說明如何進入下一個將會由行政法官或仲裁律師處理的上訴層級。

步驟 4：如果回覆是拒絕，您必須決定是否要繼續上訴。

- 層級 2 之後還有三個上訴層級，總共有五個上訴層級。如果審查人員否決您的層級 2 上訴，您可以選擇是否要接受該決定，或是否要進入層級 3 再提出上訴。在層級 3，您的上訴會由行政法官或仲裁律師審查。
- 本章第 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 8.5 節 如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？**您可以改向我們上訴**

如前文第 8.3 節的說明，您必須快速聯絡品質改進組織以開始您的第一次上訴（最遲在一天或兩天內）。如果您錯過聯絡該組織的期限，還有另一種方法可以提出上訴。如果您使用該替代方式提出上訴，上訴的最初兩個層級會不一樣。

步驟說明：如何提出層級 1 替代上訴

如果您錯過聯絡品質改進組織的期限，您可以向本計劃提出上訴，要求「快速審查」。快速審查是一種使用快速期限而非標準期限的上訴。

以下是層級 1 替代上訴的步驟：

法律專有名詞 「快速審查」（或「快速上訴」）也稱為「特急上訴」。

步驟 1：與我們聯絡並要求「快速審查」。

- 如需如何與我們聯絡的詳情，請參閱第 2 章第 1 節中標題為*您想提出醫療護理相關上訴時如何與我們聯絡的部份*。
- 請務必要求「快速審查」。意思是您要求我們使用「快速」期限（而非「標準」期限）回覆您。

步驟 2：我們針對我們做成何時結束您服務承保的決定進行「快速審查」。

- 在該審查期間，我們會再次查閱關於您案件的全部資訊。我們會查核確認之前在訂定結束計劃服務承保的日期時，我們是否遵循所有規則。
- 我們會使用「快速」期限（而非標準期限）針對此審查回覆您。

步驟 3：我們會在您要求「快速審查」(「快速上訴」) 後 72 小時內告訴您我們的決定。

- 如果我們/同意您的快速上訴，就表示我們已同意您需要更長時間的服務，而且只要您的承保服務是醫療上所必需，我們都會繼續提供相關服務。這也表示我們已同意，針對自我們之前表示您的承保應結束的日期起您已接受的護理，我們會補償您我們應分攤的費用。(您必須支付您的分攤費用，而且可能會有承保限制。)
- 如果我們拒絕您的快速上訴，您的承保便會在我們告訴您的結束日期時結束，而且該日期之後我們便不會支付任何分攤費用。
- 如果您在我們表示您的承保應結束的日期後繼續取得家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，則您必須自行支付該護理的全額費用。

步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的案件會自動進入上訴流程的下一個層級。

- 為確保我們之前拒絕您的快速上訴時已遵循所有規則，我們必須將您的上訴轉送到「獨立審查查組織」。如果我們這麼做，就表示您自動進入上訴流程的層級 2。

步驟說明：層級 2 替代上訴流程

如果我們拒絕您的層級 1 上訴，您的案件會自動轉送到上訴流程的下一個層級。在層級 2 上訴期間，獨立審查組織會審查我們拒絕您的「快速上訴」時做出的決定。該組織會決定我們是否應變更之前做的決定。

法律專有名詞 「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查機構」，有時簡稱為「IRE」。

步驟 1：我們會自動將您的案件轉到獨立審查組織。

- 我們必須在通知您我們拒絕您的第一次上訴起 24 小時內，將您的層級 2 上訴資訊轉送到獨立審查組織。(如果您認為我們沒有遵守此一或其他截止日期，您可以提出投訴。投訴流程與上訴流程不相同。本章第 10 節說明如何提出投訴。)

步驟 2：獨立審查組織針對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內回覆您。

- 獨立審查組織是 **Medicare** 聘任的獨立組織。該組織與本計劃沒有關聯，也不是政府機構。該組織是聯 Medicare 挑選的公司，擔任獨立審查組織，Medicare 則監督其工作。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細檢查與您的上訴有關的全部資訊。
- 如果該組織同意您的上訴，則我們必須針對自我們說您的承保即將結束日期起您已接受的醫院護理，補償您 (償還您) 我們應分攤的費用。只要該護理是醫療上所必需，我們也必須繼續提供承保。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，可能會限制我們的補償金額或我們可繼續承保多久您的服務。
- 如果該組織拒絕您的上訴，即表示組織同意本計劃針對您第一次上訴做出的決定，而且不會變更該決定。
 - 您收到的獨立審查組織書面通知會說明如果您想繼續進行審查流程時可以怎麼做。通知會詳細說明如何進入上訴層級 3。

步驟 3：如果獨立審查組織否決您的上訴，您要選擇是否繼續上訴。

- 層級 2 之後還有三個上訴層級，總共有五個上訴層級。如果審查人員拒絕您的層級 2 上訴，您可以選擇是否要接受該決定，或是否要進入層級 3 再提出上訴。在層級 3，您的上訴會由行政法官或仲裁律師審查。
- 本章第 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 9 節 在層級 3 和之後層級繼續上訴

第 9.1 節 醫療服務上訴的層級 3、4 和 5 上訴

如果您已提出層級 1 上訴和層級 2 上訴，而且兩次上訴都被否決，本節可能適合您的情況。

如果您所上訴的用品或醫療服務的金額達到特定最低標準，您也許可以進入其他上訴層級。如果金額少於最低標準，您就不能繼續上訴。如果金額夠高，您收到的層級 2 上訴書面回覆會說明要跟誰聯絡以及該如何要求層級 3 上訴。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

針對大多數與上訴有關的情況，最後三個上訴層級的步驟相當雷同。以下是在這些層級中各個層級處理您上訴的審查人員。

層級 3 上訴	一位聯邦政府所屬法官 (稱為行政法官) 或仲裁律師會審查您的上訴並回覆您。
----------------	---------------------------------------

- 如果行政法官同意您的上訴，上訴流程 *可能* 就會結束，也可能 *尚未* 結束 – 我們會決定是否將該決定上訴至層級 4。與層級 2 (獨立審查組織) 的決定不同，我們有權對有利於您的層級 3 決定提出上訴。
 - 如果我們決定 *不* 上訴該決定，我們必須在收到行政法官或仲裁律師決定後 60 個曆日內授權服務或為您提供服務。
 - 如果我們決定上訴該決定，我們會將層級 4 上訴要求連同隨附文件寄給您。我們可以等到層級 4 上訴決定後再授權或提供爭議服務。
- 如果行政法官或仲裁律師拒絕您的上訴，上訴流程可能就會結束，也可能尚未結束。
 - 如果您決定接受該否決您上訴的決定，上訴流程即結束。
 - 如果您不想接受該決定，您可以繼續下一個層級的審查流程。如果行政法官或仲裁律師拒絕您的上訴，您收到的通知會說明，如果您選擇繼續上訴，接下來該怎麼做。

層級 4 上訴	Medicare 上訴委員會 (下稱委員會) 將會審查您的上訴並回覆您。該委員會為聯邦政府所屬單位。
----------------	--

- 如果回覆是同意，或如果上訴委員會拒絕我們針對有利的層級 3 上訴決定提出的審查要求，上訴流程 *可能* 就會結束，也可能 *尚未* 結束 – 我們會決定是否將該決定上訴至層級 5。與層級 2 (獨立審查組織) 的決定不同，我們有權對有利於您的層級 4 決定提出上訴。
 - 如果我們決定 *不* 上訴該決定，我們必須在收到委員會決定後 60 個曆日內授權服務或為您提供服務。
 - 如果我們決定上訴該決定，我們會以書面通知您。
- 如果回覆是拒絕，或如果委員會拒絕審查要求，上訴流程可能就會結束，也可能尚未結束。
 - 如果您決定接受該否決您上訴的決定，上訴流程即結束。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- 如果您不想接受該決定，您也許可以繼續下一個層級的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知會說明相關規則是否允許您進入層級 5 上訴。如果規則允許您繼續上訴，書面通知也會說明您要和誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來該怎麼做。

層級 5 上訴 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 這是上訴流程的最後一個步驟。

第 9.2 節 D 部份藥物上訴的上訴層級 3、4 和 5

如果您已提出層級 1 上訴和層級 2 上訴，而且兩次上訴都被否決，本節可能適合您的情況。

如果您所上訴藥物的價值達到特定金額，您也許可以進入其他上訴層級。如果未達到此金額，您就無法進一步上訴。您收到的層級 2 上訴書面回覆會說明該聯絡誰以及該怎麼做以要求層級 3 上訴。

針對大多數與上訴有關的情況，最後三個上訴層級的步驟相當雷同。以下是在這些層級中各個層級處理您上訴的審查人員。

層級 3 上訴 一位聯邦政府所屬法官 (稱為行政法官) 或仲裁律師會審查您的上訴並回覆您。

- 如果回覆是同意，上訴流程即結束。您上訴中要求的內容已被核准。我們必須在 72 小時 (特急上訴則是 24 小時) 內授權或提供經行政法院法官或仲裁律師核准的配藥承保，或最遲要在我們收到決定後 30 個曆日內付款。
- 如果回覆是拒絕，上訴流程 *可能* 就會結束，也可能 *尚未* 結束。
 - 如果您決定接受該否決您上訴的決定，上訴流程即結束。
 - 如果您不想接受該決定，您可以繼續下一個層級的審查流程。如果行政法官或仲裁律師拒絕您的上訴，您收到的通知會說明，如果您選擇繼續上訴，接下來該怎麼做。

層級 4 上訴 Medicare 上訴委員會 (下稱委員會) 將會審查您的上訴並回覆您。該委員會為聯邦政府所屬單位。

- 如果回覆是同意，上訴流程即結束。您上訴中要求的內容已被核准。我們必須在 72 小時 (特急上訴則是 24 小時) 內授權或提供經委員會核准的配藥承保，或最遲要在我們收到決定後 30 個曆日內付款。
- 如果回覆是拒絕，上訴流程 *可能* 就會結束，也可能 *尚未* 結束。
 - 如果您決定接受該否決您上訴的決定，上訴流程即結束。
 - 如果您不想接受該決定，您也許可以繼續下一個層級的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您提出的上訴審查要求，您收到的通知會說明相關規則是否允許您進入層級 5 上訴。如果規則允許您繼續上訴，書面通知也會說明您要和誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來該怎麼做。

層級 5 上訴 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 這是上訴流程的最後一個步驟。

提出投訴

第 10 節 如何提出與護理品質、等待時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴

 如果您的問題與福利、承保或付款決定有關，本節就不適合您的情況。您必須改用承保決定與上訴的流程。請參閱本章第 4 節。

第 10.1 節 投訴流程處理哪些種類的問題？

本節解說如何使用投訴流程。投訴流程僅適用特定類型的問題，其中包括與護理品質、等待時間以及您所接受客戶服務有關的問題。以下例子是投訴流程所處理的問題種類。

如果您有下列任何類型的問題，都可以「提出投訴」

投訴	例子
您的醫療護理品質	• 您是否對您所接受的護理品質 (包括醫院的護理) 不滿意？
尊重您的隱私	• 您是否認為有人未尊重您的隱私權，或分享了您認為應該保密的資訊？
缺乏尊重、客戶服務差或其他負面行為	• 是否有人曾對您無禮或不尊重您？ • 您是否不滿意我們會員服務部對待您的方式？ • 您是否覺得有人鼓勵您離開本計劃？

投訴	例子
等待時間	• 您是否很難成功約診或要等很久才能成功約診？ • 醫生、藥劑師或其他健康專業人員是否曾讓您等候太久？或會員服務部或本計劃其他職員曾讓您等候太久？ ◦ 例如來電時、在候診間、取得處方配藥時或在檢查室等候太久。
清潔程度	• 您是否不滿意診所、醫院或醫生診間的清潔程度或狀況？
我們提供的資訊	• 您是否認為我們並未給您我們必須提供的通知？ • 您是否認為我們提供您的書面資訊艱深難懂？

投訴	例子
及時性 (這些類型的投訴全部都和我們對承保決定和上訴相關行動的及時性有關)	要求承保決定和上訴流程如本章第 4 至第 9 節所說明。如果您想要求決定或提出上訴，您應使用該流程，而非投訴流程。 不過，如果您已要求我們做承保決定或已提出上訴，但您認為我們回應的速度不夠快，您也可以對我們回應緩慢一事提出投訴。以下舉例說明： • 如果您已要求我們為您做「快速承保決定」或「快速上訴」，但我們表示不會這麼做，您就可以投訴。 • 如果您認為我們沒有在期限內給您承保決定或回覆您提出的上訴，您就可以投訴。 • 如果我們做成的承保決定接受審查，且我們被告知必須承保或補償您特定醫療服務或藥物，這時就會有期限規定。如果您認為我們沒有遵守期限，您就可以投訴。 • 如果我們沒有準時把決定告訴您，我們就必須將您的案件轉給獨立審查組織。如果我們沒有在規定的期限內這麼做，您就可以投訴。

第 10.2 節 「提出投訴」的正式名稱是「提起申訴」

- 法律專有名詞**
- 本節所稱的「投訴」也稱為「申訴」。
 - 「提出投訴」的另一個專有名詞是「提起申訴」。
 - 「使用投訴流程」的另一種說法是「使用提出申訴的流程」。

第 10.3 節 步驟說明：提出投訴

步驟 1：立即聯絡我們 – 透過電話或書面。

- 通常來說，第一步是致電會員服務部。如果還有任何其他您必須要做的事，會員服務部都會讓您知道。請撥打我們的會員服務部電話 1-844-202-4974，10 月 1 日到 3 月 31 日是每週 7 天 (4 月 1 日到 9 月 30 日是週一 - 週五)，當地時間上午 8 時到下午 8 時。聽障 (TTY) 使用者請撥 711 (1-844-202-4974)，10 月 1 日到 3 月 31 日是每週 7 天 (4 月 1 日到 9 月 30 日是週一 - 週五)，當地時間上午 8 時到下午 8 時。
- 如果您不想打電話 (或者您打過電話但不滿意)，您可以準備書面投訴寄給我們。如果您以書面方式投訴，我們會以書面方式回覆該投訴。
- 您可以在事件或意外發生後 60 天內向 Bright Health Medicare Advantage 提出書面投訴 - Appeals & Grievances, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943。您也可以將投訴傳真給我們，傳真號碼是 1-800-894-7742。您或您指名的人 (親戚、朋友、律師、代言人、醫生或任何代表你行事的人) 都可以提出投訴。您指名的人就是您的「授權代表」。您可以撥打 ID 卡背面的會員服務部電話瞭解如何指名您的代表。
- 我們必須馬上處理您的申訴，因為您的個案與您的健康狀況有關，但是不會超過收到投訴之的 30 天。如果您要求延長時間，或我們有正當理由需要額外資訊且延長時間最符合您的利益，我們最多可以將期限延長 14 天。如果我們延長做出決定的時間，我們會書面通知您。
- 如果您的投訴是與種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別方面的歧視有關，您可以撥打 ID 卡背面的號碼或寫信給我們提出申訴，地址是：Bright Health, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943。
- 無論打電話或寫信，您都應該立即聯絡會員服務部。投訴必須在您想投訴的問題發生後 60 個曆日內提出。
- 如果您是因為我們拒絕您要求「快速承保決定」或「快速上訴」而提出投訴，我們會自動讓您「快速投訴」。如果您適用「快速投訴」，就表示我們會在 24 小時內回覆您。

法律專有名詞 本節所稱的「快速投訴」也稱為「特急申訴」。

步驟 2：我們調查您的投訴並回覆您。

- 如果可能，我們會立即回覆您。如果您打電話向我們投訴，我們也許可以直接在電話中回覆您。如果您的健康狀況需要我們快速回覆，我們就會這麼做。

第 9 章 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。

- **大多數投訴會在 30 個曆日內得到回覆。**如果我們需要更多資訊且延長時間最符合您的利益，或如果您要求更多時間，我們最多可延長 14 個曆日 (總共 44 個曆日) 來回覆您的投訴。如果我們決定需要更多天，我們會以書面通知您。
- **如果我們不同意您的部份或全部投訴，或您所投訴的問題不在我們的責任範圍，我們會讓您知道。**我們的回應會包括該回覆的理由。無論我們是否同意投訴，我們都必須回應。

第 10.4 節 您也可以向品質改進組織提出護理品質的相關投訴

您可以利用前述步驟說明中的流程，向我們提出關於您所接受護理品質的投訴。

如果您的投訴與**護理品質**有關，您還有另外兩種選項：

- **您可以向品質改進組織提出投訴。**如果您願意，您可以直接向該組織提出關於您所接受護理品質的投訴 (不需向我們投訴)。
 - 品質改進組織是執業醫生和其他健康護理專家組成的團體，由聯邦政府支付費用，負責查核並改善為 Medicare 病患提供的護理。
 - 欲尋找您所在州的品質改進組織的名稱、地址與電話號碼，請查閱本手冊第 2 章第 4 節。如果您向該組織提出投訴，我們會與該組織一起解決您的投訴。
- **或者，您可以同時向兩者提出投訴。**如果您想要，您可以向我們提出關於護理品質的投訴，也可以向品質改進組織提出同樣投訴。

第 10.5 節 您也可以向 Medicare 投訴

您可以直接向 Medicare 提出關於 Bright Advantage Flex (PPO) 的投訴。如欲向 Medicare 提出投訴，請前往 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。Medicare 非常重視您的投訴，也會使用這類資訊幫助改進 Medicare 計劃的品質。

如果您有任何意見回饋或疑慮，或您認為本計劃並未解決您的問題，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力/語言殘障服務專線使用者請撥 1-877-486-2048。

第 10 章

終止您的計劃會籍

第 10 章 終止您的計劃會籍

第 1 節	簡介.....	225
第 1.1 節	本章的重點是終止您的本計劃會籍.....	225
第 2 節	您何時可終止您的本計劃會籍？.....	225
第 2.1 節	您可以在年度註冊期終止您的會籍.....	225
第 2.2 節	您可以在 Medicare Advantage 開放註冊期終止您的會籍.....	226
第 2.3 節	在特定情況下，您可以在特別註冊期終止您的會籍.....	226
第 2.4 節	您可以在哪裡取得更多關於您何時可終止您會籍的資訊？.....	227
第 3 節	您如何終止您的本計劃會籍？.....	228
第 3.1 節	通常來說，只要參加註冊其他計劃即可終止您的會籍.....	228
第 4 節	直到您的會籍終止前，您都必須繼續透過本計劃取得醫療服務和藥物.....	229
第 4.1 節	直到您的會籍終止前，您仍會是本計劃的會員.....	229
第 5 節	Bright Advantage Flex (PPO)在特定情況下必須終止您的會籍.....	230
第 5.1 節	我們何時必須終止您的計劃會籍？.....	230
第 5.2 節	我們不能以有關您健康的任何理由要求您離開本計畫.....	230
第 5.3 節	如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴.....	231

第 1 節 簡介

第 1.1 節 本章的重點是終止您的本計劃會籍

您可能是**自願** (您自己選擇) 或**非自願** (不是您自己選擇) 終止您的 Bright Advantage Flex (PPO) 會籍：

- 您也許是因為自己決定**想要**離開而離開本計劃。
 - 只有在年度中的特定時期，或在特定情況下，您才能自願終止您的計劃會籍。第 2 節說明您何時可終止您的計劃會籍。
 - 自願終止您會籍的流程會因您選擇的新承保類型而異。第 3 節說明在各種情況下您**如何**終止您的會籍。
- 也有少數情況是您並未選擇離開，但我們依規定必須終止您的會籍。第 5 節說明在哪些情況下我們必須終止您的會籍。

如果您要離開本計劃，您必須繼續透過本計劃取得醫療護理和處方配藥，直到您的會籍終止為止。

第 2 節 您何時可終止您的本計劃會籍？

您只能在年度中的特定時期終止您的本計劃會籍，這些時期稱為註冊期。所有會員都有機會在年度註冊期以及 Medicare Advantage 開放註冊期離開本計劃。在特定情況下，您也可能符合資格可在年度的其他時候離開計劃。

第 2.1 節 您可以在年度註冊期終止您的會籍

您可以在**年度註冊期** (也稱為「年度開放註冊期」) 終止您的會籍。您應該在這段期間檢討您的醫療和配藥承保，並為下個年度的承保做決定。

- **年度註冊期是什麼時候？**年度註冊期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。

註：如果您正參加藥物管理方案，您可能就無法改變計劃。第 5 章第 10 節會更詳細說明藥物管理方案。

- **在年度註冊期，您可以轉到什麼類型的計劃？**您可以選擇下個年度繼續目前的承保或變更承保。如果您決定變更至新計劃，您可以選擇下列任一類型的計劃：
 - 另一個 Medicare 健保計劃。(您可以選擇有承保處方配藥的計劃或沒有承保處方配藥的計劃。)
 - Original Medicare 與獨立的 Medicare 處方配藥計劃。
 - – 或 – Original Medicare，沒有獨立的 Medicare 處方配藥計劃。
 - 如果您接受 Medicare 的「額外補助 (Extra Help)」來支付處方配藥費用：如果您轉換到 Original Medicare，但沒有參加註冊獨立的 Medicare 處方配藥計劃，除非您已選擇

不自動參加註冊，否則 Medicare 可能會讓您參加註冊配藥計劃。**註：**如果您從 Medicare 處方配藥計劃退出後即沒有可替代處方配藥承保，您後來加入 Medicare 配藥計劃時，可能須支付 D 部分延遲參加註冊罰款。（「可替代」承保是指承保的預期平均付款至少等於 Medicare 的標準處方配藥承保。）請參閱第 1 章第 5 節關於延遲參加註冊罰款的更多資訊。

- 您的會籍將於何時終止？當您新的計劃承保於 1 月 1 日開始時，您的會籍就會終止。

第 2.2 節 您可以在 Medicare Advantage 開放註冊期終止您的會籍

您有機會在 Medicare Advantage 開放註冊期變更一次醫療承保。

- 年度 Medicare Advantage 開放註冊期是什麼時候？每年 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 在年度 Medicare Advantage 開放註冊期，您可以轉換到什麼類型的計劃？在此期間，您可以：
 - 轉換到另一項 Medicare Advantage 計劃。（您可以選擇有承保處方配藥的計劃或沒有承保處方配藥的計劃。）
 - 退出我們的計劃並透過 Original Medicare 獲得承保。如果您在此期間選擇轉換到 Original Medicare，您一直到 3 月 31 日之前都可以加入獨立的 Medicare 處方配藥計劃以新增加配藥承保。
- 您的會籍將於何時終止？您的會籍將在您註冊不同的 Medicare Advantage 計劃或我們收到您轉換到 Original Medicare 的要求後的次月 1 號終止。如果您也選擇參加註冊 Medicare 處方配藥計劃，您的配藥計劃會籍會在該配藥計劃收到您的參加註冊要求後的次月 1 號開始。

第 2.3 節 在特定情況下，您可以在特別註冊期終止您的會籍

在特定情況下，Bright Advantage Flex (PPO) 會員可能符合資格在年度的其他時候終止其會籍。這段時期稱為**特別註冊期**。

- **誰符合特別註冊期的資格？**如果下列任何情況適用於您，您就可能有資格在特別註冊期終止您的會籍。這些情況只是舉例說明，如需完整清單，您可以聯絡本計劃、致電 Medicare，或到 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>):
 - 您搬家了 (通常是這種情況)。
 - 若您參加 Medicaid。
 - 您符合資格可取得「額外補助 (Extra Help)」，為您支付 Medicare 處方配藥的費用。
 - 我們違反與您的合約規定。
 - 您正在療養院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理。
 - 您註冊長者整合護理方案 (PACE)。

請注意：如果您已加入藥物管理計劃，您可能無法更改計劃。

- **特別註冊期在什麼時候？**註冊期因您的具體情況而異。
- **您該怎麼做？**欲查明您是否符合特別註冊期的資格，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請撥 1-877-486-2048。如果您因為特殊情況符合資格可終止您的會籍，您可以選擇同時變更 Medicare 的醫療承保和處方配藥承保。意思是您可以選擇下列任何類型的計劃：
 - 另一個 Medicare 健保計劃。(您可以選擇有承保處方配藥的計劃或沒有承保處方配藥的計劃。)
 - Original Medicare 與獨立的 Medicare 處方配藥計劃。
 - – 或 – Original Medicare，沒有獨立的 Medicare 處方配藥計劃。
- 如果您從 Medicare 收到「額外補助」支付您的處方藥：若您移轉至 Original Medicare 投保但沒有參加註冊獨立的 Medicare 處方配藥計劃，除非您已選擇不自動參加註冊，否則 Medicare 可能會讓您參加註冊配藥計劃。

註：如果您從 Medicare 處方配藥計劃退出後，即沒有可替代處方配藥承保連續 63 天或以上，之後加入 Medicare 配藥計劃時，可能須支付 D 部分延遲參加註冊罰款。(「可替代」承保是指承保的預期平均付款至少等於 Medicare 的標準處方配藥承保。) 請參閱第 1 章第 5 節關於延遲參加註冊罰款的更多資訊。

- **您的會籍將於何時終止？**您的會籍通常是在我們收到您變更計劃的要求後的次月 1 號終止。

第 2.4 節 您可以在哪裡取得更多關於您何時可終止您會籍的資訊？

如果您有任何疑問或想要更多關於您何時可終止您會籍的資訊：

- 您可致電會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。
- 您可以在 **2019 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2019)** 手冊中找到相關資訊。
 - 每一位享有 Medicare 的民眾每年秋天都會收到一份聯邦醫療保險與您 (Medicare & You)。剛加入 Medicare 的民眾則會在首次登記後一個月內收到。

第 10 章 終止您的計劃會籍

- 您也可以到 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov>) 下載複本。或者，您可以撥打下列號碼向 Medicare 索取印刷本。
- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。

第 3 節 您如何終止您的本計劃會籍？

第 3.1 節 通常來說，只要參加註冊其他計劃即可終止您的會籍

通常您只要在某個註冊期 (請參閱本章第 2 節查詢註冊期的資訊) 參加註冊另一個 Medicare 計劃，即可終止您的本計劃會籍。不過，如果您想從本計劃轉換到 Original Medicare，沒有 Medicare 處方配藥計劃，您必須要求從本計劃退出。您有兩種方法可以要求退出計劃：

- 您可以向我們提出書面要求。如果您需要更多該怎麼做的資訊，請聯絡會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。
- --或-- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。

註：如果您從 Medicare 處方配藥計劃退出後，即沒有可替代處方配藥承保連續 63 天或以上，之後加入 Medicare 配藥計劃時，可能須支付 D 部分延遲參加註冊罰款。(「可替代」承保是指承保的預期平均付款至少等於 Medicare 的標準處方配藥承保。) 請參閱第 1 章第 5 節關於延遲參加註冊罰款的更多資訊。

下表說明您應該如何終止您的本計劃會籍。

如果您想從本計劃轉換到：	您應該要做的是：
● 另一個 Medicare 健保計劃。	● 參加註冊新的 Medicare 健保計劃。您的新計劃承保開始時，您就會自動從退出 Bright Advantage Flex (PPO)。
● Original Medicare 與獨立的 Medicare 處方配藥計劃。	● 參加註冊新的 Medicare 處方配藥計劃。您的新計劃承保開始時，您就會自動從退出 Bright Advantage Flex (PPO)。

如果您想從本計劃轉換到：	您應該要做的是：
- Original Medicare，沒有獨立的 Medicare 處方配藥計劃。 - 註：如果您退出 Medicare 處方配藥計劃後卻沒有可替代處方配藥承保，您後來加入 Medicare 配藥計劃時，可能須支付延遲參加註冊罰款。請參閱第 1 章第 5 節，查詢更多關於延遲參加註冊罰款的資訊。	- 寄給我們書面要求以退出計劃。如果您需要更多該怎麼做的資訊，請聯絡會員服務部 (電話號碼請參閱本手冊封底)。 - 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare 要求退出計劃，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。 - 您的 Original Medicare 承保開始時，您就會退出 Bright Advantage Flex (PPO)。

第 4 節 直到您的會籍終止前，您都必須繼續透過本計劃取得醫療服務和藥物

第 4.1 節 直到您的會籍終止前，您仍會是本計劃的會員

如果您離開 Bright Advantage Flex (PPO)，可能需要一些時間您的會籍才會終止，您新的 Medicare 承保才會開始生效。(請參閱第 2 節查詢您新的承保何時開始的資訊。) 這段期間您必須繼續透過本計劃取得醫療護理和處方配藥。

- 在您的本計劃會籍終止前，您應該要繼續使用我們的網絡藥房購買處方配藥。通常來說，只有在網絡藥房 (包括透過我們的郵購藥房服務) 購買的處方配藥才屬於承保範圍。
- 如果您在會籍終止當天住院中，本計劃通常會為您的住院期提供承保，直到您出院為止 (即使您是在新的醫療承保開始後才出院)。

第 5 節 **Bright Advantage Flex (PPO)** 在特定情況下必須終止您的會籍

第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會籍？

發生下列任何情況時，**Bright Advantage Flex (PPO)** 必須終止您的計劃會籍：

- 如果您不再屬於 Medicare A 部份與 B 部份。
- 您搬離我們的服務地區。
- 如果您離開我們的服務區超過六個月。
 - 如果您要搬遷或長期旅行，您必須致電會員服務部，查明您搬遷或旅行的目的地是否在本計劃的地區內。(會員服務部的電話號碼請參閱本手冊封底。)
- 您入獄服刑(去坐牢)。
- 如果您不是美國公民或者美國的合法居留者。
- 您有其他有提供處方配藥承保的保險而您卻說謊或隱瞞相關資訊。
- 您參加註冊本計劃時蓄意提供不正確資訊，而該資訊會影響您參加註冊本計劃的資格。(除非先取得 Medicare 許可，否則我們不能以此為由要求您離開本計劃。)
- 如果您持續出現擾亂行為，導致我們無法為您和本計劃其他會員提供醫療護理。(除非先取得 Medicare 許可，否則我們不能以此為由要求您離開本計劃。)
- 您讓別人使用您的會員卡取得醫療護理。(除非先取得 Medicare 許可，否則我們不能以此為由要求您離開本計劃。)
- 如果我們因為這個理由終止您的會籍，Medicare 可能會請調查總長調查您的案件。
- 如果您沒有支付計畫保費達 3 個日曆月。
 - 我們必須書面通知您，在我們終止您的會籍之前，您有 2 個日曆月的時間支付計畫保費。
- 如果您因為收入的緣故必須支付額外 D 部分金額，但您沒有支付，Medicare 會將您退出本計畫，您也會喪失處方配藥承保。

您可以從哪裡取得更多資訊？

如果您有疑問或想要更多關於我們何時可終止您會籍的資訊：

- 您可以致電會員服務部查詢更多資訊(電話號碼請參閱本手冊封底)。

第 5.2 節 我們不能以有關您健康的任何理由要求您離開本計畫

Bright Advantage Flex (PPO) 不得以有關您健康的任何理由要求您離開本計畫。

發生這種情況時您該怎麼辦？

第 10 章 終止您的計劃會籍

如果您覺得您因為健康相關理由而被要求離開本計畫，您應致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。聽力語言殘障服務專線使用者請致電 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。

第 5.3 節	如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴
----------------	------------------------------

如果我們終止您的本計畫會籍，我們必須以書面方式告訴您終止會籍的理由。我們也必須說明您可如何針對我們終止您會籍的決定提出申訴或投訴。您也可以參閱第 9 章第 10 節，查詢有關如何提出投訴的資訊。

第 11 章

法律通知

第 11 章 法律通知

第 1 節	準據法通知.....	234
第 2 節	反歧視聲明.....	234
第 3 節	Medicare 次要支付者代位權通知	234

第 1 節 準據法通知

許多法律均適用本承保證書，有些其他規定則可能因法律規定而適用。即使本文件並未包括或說明這些法律，但您的權利和責任仍有可能會受其影響。適用本文件的主要法律是社會安全法案第 XVIII 編，以及 Medicare 與 Medicare 與 Medicaid 服務機構 (或簡稱 CMS) 依社會安全法案制定的法規。此外，其他聯邦法律也可能適用，而且在特定情況下，您所居住州的法律也會適用。

第 2 節 反歧視聲明

我們不會因為種族、族裔、國籍、膚色、宗教、性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀態、請款經驗、病歷、基因資訊、可保險證明或地點而歧視任何人。所有提供 Medicare Advantage 計畫 (例如本計畫) 的組織均須遵守反歧視的聯邦法律規定，包括 1964 年公民權利法案第 VI 編、1973 年復健法案、1975 年年齡歧視法案、美國身心障礙者法案、美國平價醫護法案第 1557 條、適用取得聯邦政府資助之組織的所有其他法律，以及基於任何其他理由而適用的任何其他法律和規則。

若需我們的完整反歧視聲明和語言援助資訊，請參閱本手冊末尾處的“反歧視聲明和交流援助”文件。

第 3 節 Medicare 次要支付者代位權通知

我們有權利和責任必須收取 Medicare 不是主要支付者的 Medicare 承保服務的費用。根據聯邦法規法典 (CFR) 第 42 編第 422.108 和 423.462 節的 CMS 法規，Bright Advantage Flex (PPO) 將以 Medicare Advantage 組織身份行使部長按 CFR 第 42 編第 411 部份第 B 至 D 子部份的 CMS 規定行使相同的收回權，而且本節制定的規則將取代任何州法律規定。

第 12 章

重要用語の定義

第 12 章 重要用語的定義

門診手術中心 – 門診手術中心是專為不需住院且預期在中心停留不超過 24 小時的病患，所提供門診外科服務的營運機構。

年度註冊期 – 每年秋天會員可變更其健保計畫或配藥計畫或轉換到 Original Medicare 的一段固定時間。年度註冊期是從 10 月 15 日至 12 月 7 日。

上訴 – 上訴是當您要求我們承保醫療護理服務或處方配藥，或要求支付您已取得服務或藥物的費用卻遭到拒絕，但您不同意該決定時所採取的行動。如果您不同意我們停止您正在接受之服務的決定，您也可以對該決定提出上訴。例如，如果您認為您應該可以取得藥物、用品或服務，但我們卻不支付費用，您可以要求上訴。第 9 章提供上訴說明，包括與提出上訴有關的流程。

網絡外醫生收款帳單 – 醫療護理提供者 (例如醫生或醫院) 向病患收取超過本計畫准許分攤費用金額的情形。身為 Bright Advantage Flex (PPO) 會員，您取得本計劃承保的服務時只須支付計劃的准許分攤費用金額。我們不允許醫療護理提供者開立「網絡外醫生收款帳單」，或以其他方式向您收取超過您的計畫規定您須支付的分攤費用金額。

福利期 – Original Medicare 衡量您使用醫院和專業護理設施 (SNF) 服務的方式。福利期從您進入醫院或專業護理設施的那天開始計算。當您連續 60 天都未經接受任何住院護理 (或在 SNF 接受專業護理) 時，福利期便結束。如果您在一個福利期結束後再住進醫院或專業護理設施，新的福利期就會開始。福利期間的數量沒有上限。

原廠藥 – 由最初研發藥物的藥廠生產和銷售的處方配藥。原廠藥的有效成份配方和其等效的副廠藥相同。不過，副廠藥是由其他藥廠生產和銷售，而且通常必須等到原廠藥的專利到期後才可提供。

重額承保階段 – D 部分配藥福利的階段，當您或代表您的其他符合資格當事人在承保年度期間為承保藥物支付達到 \$5,100 後，您在此階段為藥物支付低共付額或共同保險金。

Medicare 與 Medicaid 服務機構 (CMS) – 管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章解說如何聯絡 CMS。

共同保險金 – 在支付扣除額之後，您可能必須為服務或處方配藥支付的分攤費用金額。共同保險金通常是一個百分比 (例如 20%)。

最高自付費用金額 – 這是在一年內就網絡內的 (優先選用) 和網絡外的 (非優先選用) 醫療護理提供者所提供所有 A 部分和 B 部分之服務所支付的最多費用。請參閱第 4 章第 1.3 節，查詢更多最高自付費用金額的資訊。

第 12 章 重要用語的定義

投訴 – 「提出投訴」的正式名稱是「提起申訴」。投訴流程僅適用特定類型的問題，其中包括與護理品質、等待時間以及您所接受客戶服務有關的問題。請也參閱本定義清單中的「申訴」。

綜合門診復健設施(CORF) – 主要提供疾病或傷害後復健服務以及提供包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療和語言治療服務及家庭環境評估服務等各類型服務的設施。

共付額 – 您可能必須為醫療服務或用品 (如醫生門診、醫院門診或處方配藥) 支付的分攤費用金額。共付額是固定的金額，不是百分比。例如，您可能要為某次醫生門診或某種處方配藥支付 \$10 或 \$20。

分攤費用 – 分攤費用是指會員在取得服務或藥物時必須支付的金額，(1) 計劃承保服務或藥物前可能會收取的任何自付扣除額金額；(2) 計劃規定取得特定服務或藥物時必須支付的任何固定「共付額」金額；或 (3) 計劃規定取得特定服務或藥物時必須按服務或藥物總金額的百分比支付的任何「共同保險金」金額。醫生為您的特定藥物開立少於一整個月藥量的處方且您依規定必須支付共付額時，即可能適用「每日分攤費用費率」。

分攤費用層級 – 承保藥物清單上的每一種藥物都會列入 5 種分攤費用層級中的其中一種。一般來說，分攤費用層級愈高，您支付的藥物費用就愈高。

承保裁決 – 有關為您開立處方的藥物是否屬於計劃的承保範圍，以及您必須為該處方配藥支付多少金額 (如有) 的決定。一般來說，如果您憑處方到藥房領藥，但藥房告訴您該處方不屬於您計畫的承保範圍時，這不算是承保裁決。您必須致電或寫信給您的計畫，要求做正式的承保決定。承保裁決在本手冊中稱為「承保決定」。第 9 章說明如何要求我們做承保決定。

承保藥物 – 我們用這個用語來表示所有屬於本計劃承保範圍的處方配藥。

承保服務 – 我們用這個通稱來表示所有屬於本計劃承保範圍的醫療護理服務和用品。

可替代處方配藥承保 – 預期平均付款至少等於 Medicare 標準處方配藥承保的處方配藥承保 (例如，僱主或工會提供的承保)。在取得 Medicare 資格時擁有這類承保的民眾通常可保有該承保，只要後來決定要參加註冊 Medicare 處方配藥承保即不須支付罰款。

起居照顧護理 - 起居照顧護理是指在您不需要專業醫療護理或專業護理的情況下，於療養院、善終護理機構或其他設施場所中為您提供的護理。起居照顧護理是指可由沒有專業技能或未接受專業訓練的人提供的個人護理，例如協助洗澡、穿衣、飲食、上下床或椅子、走動和使用洗手間等日常生活活動；也可能包括大多數人會自己做的健康相關護理，例如點眼藥水。Medicare 不支付起居照顧護理。

每日分攤費用費率 – 醫生為您的特定藥物開立少於一整個月藥量的處方且您依規定必須支付共付額時，即可能適用「每日分攤費用費率」。每日分攤費用費率是把共付額除以一個月藥量的天數。這裡舉個例子：如果您某藥物一個月藥量的共付額是 \$30，而您計畫的一個月藥量是 30 天，您的「每日分攤費用費率」就是每天 \$1。也就是說，您購買處方配藥時須為每日藥量支付 \$1。

自付扣除額 – 本計劃開始為您的醫療護理或處方配藥支付費用前，您必須支付的金額。

第 12 章 重要用語的定義

退出計劃 – 終止您的本計劃會籍的流程。退出計畫可能是自願 (您自己選擇) 或非自願 (不是您自己選擇)。

配藥費用 – 每次配發承保藥物時收取的費用，用來支付購買處方配藥的費用。配藥費用包含藥劑師準備和包裝處方配藥的時間等費用。

長期使用的醫療器材 (DME) – 醫生因醫療理由而囑咐您使用的特定醫療器材。範例包括由醫療護理提供者囑咐在家使用的助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、IV 輸液幫浦、語音生成裝置、氧氣設備、噴霧器或醫院病床。

醫療急診狀況 – 醫療急診狀況是指您或任何其他具備一般健康和醫學知識的審慎非專業人士認為您的醫療症狀需要立即醫治才能避免失去生命、肢體或肢體機能的情況。醫療症狀包括疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病況。

醫療急診治療 — 1) 由可提供急診護理的符合資格醫療護理提供者提供的承保服務；以及 **2)** 治療、評估或穩定急診醫療狀況所需的承保服務。

承保證書 (EOC) 和公開資訊 – 本文件連同您的參加註冊表和任何其他附件、附約或您選擇的其他自選承保，用來說明您的承保、我們應盡的義務、您的權利以及身為本計劃會員您該做的事。

例外處理 – 承保裁決的一種類型，一經核准，您就能取得未列於您計劃贊助商處方藥一覽表中的藥物 (處方藥一覽表例外處理)，或能以較低的優惠分攤費用層級取得非優惠藥物 (層級例外處理)。如果您的計畫贊助商要求您在取得要求的藥物前要先試用另一種藥物，或計畫限制您要求藥物的數量或劑量，您也可以要求例外處理 (處方藥一覽表例外處理)。

額外補助 (Extra Help) – 協助收入和資源有限的民眾支付 Medicare 處方配藥計劃費用 (例如保費、自付扣除額和共同保險金) 的 Medicare 計劃。

副廠藥 – 聯邦食品與藥物管理局 (FDA) 核准為與原廠藥具有相同有效成份的處方配藥。一般來說，「副廠藥」的療效和原廠藥相同，但費用通常較低。

申訴 – 您對我們或藥房提出的一種投訴，包括與您的護理品質有關的投訴。這類型投訴不涉及承保或付款爭議。

家庭健康助理 – 家庭健康助理提供不需要持照護士或治療師技能的服務，例如協助個人護理 (洗澡、上廁所、穿衣或按處方規定運動等)。家庭健康助理沒有護理執照，也不提供治療。

善終護理 – 預估生命剩下 6 個月或以下的會員有權選擇接受善終護理。我們 (即您的計畫) 必須提供您所在地區內的善終護理機構名單。如果您選擇接受善終護理並繼續支付保費，您仍是本計畫會員。您仍能取得所有醫療上所必需的服務以及我們提供的輔助福利。善終護理機構會根據您的情況提供特別治療。

住院期 – 您正式住院接受專業醫療服務的住院期間。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為「門診病人」。

第 12 章 重要用語的定義

收入相關月調整金額 (IRMAA) – 如果您的收入高於特定限制，除計劃保費外，您還要支付收入相關月調整金額。例如，個人所得高於 \$85,000 和已婚夫妻所得高於 \$170,000 時，必須支付較高額的 Medicare B 部分 (醫療保險) 和 Medicare 處方配藥承保保費金額。此額外金額稱為收入相關月調整金額。享有 Medicare 的人當中，只有不到 5% 的人會受到影響，因此大多數人不會支付較高額保費。

初始承保限制 – 初始承保階段中的承保最高限制。

初始承保階段 – 這是指您的藥物總費用達到 \$3,820 (包括您已支付以及本計畫已為您支付的金額) 前的階段。

初始註冊期 – 您剛符合 Medicare 的資格時，可登記參加 Medicare A 部份和 B 部份的期間。例如，如果您年滿 65 歲而符合 Medicare 的資格，您的初始註冊期是從您年滿 65 歲當月的前 3 個月起算，加上您年滿 65 歲當月，一直到您年滿 65 歲當月之後 3 個月結束，合計 7 個月的期間。

網路內最高自付費用金額 – 您自網路內 (優先選用) 醫療護理提供者獲得 A 部分和 B 部分服務所支付的最高費用。在金額達此上限後，在合約的年度剩餘時間您無須就從網路內之服務支付任何費用。然而，若您支付的金額在達到最高自付費用金額後，就網路外 (非優先選用) 醫療護理提供者所提供之服務，您必須繼續支付您的分擔費用 請參閱第 4 章第 1.3 節，查詢更多有關您最高自付費用金額的資訊。

長期護理設施特殊需要計劃 (SNP) – 一種特殊需要計劃，已連續住在或預期會連續住在長期護理 (LTC) 設施 90 天或更長時間的符合資格個人可參加註冊。這些 LTC 設施可包括專業護理設施 (SNF)、護理設施 (NF) (SNF/NF)；智力遲鈍人士中繼護理設施 (ICF/MR)；和 / 或住院精神病設施。服務 LTC 設施 Medicare 住院者的長期護理設施特殊需要計畫必須和特定的 LTC 設施有合約安排，或擁有或經營 LTC 設施。

等同長期護理設施特殊需要計劃 (SNP) – 一種長期護理設施特殊需要計劃，住在社區但根據州評量需要長期護理設施護理級別的符合資格個人可參加註冊。評量時必須使用相關州護理級別的共同評量工具，並由提供計畫之組織以外的機構執行。這種類型的特殊需要計畫必要時可能會限制只有住在合約輔助生活設施 (ALF) 的民眾才能參加註冊，確保提供統一的專業護理。

承保藥物清單 (處方藥一覽表或「藥物清單」) – 計劃提供承保的處方配藥清單。本清單上的藥物是本計畫經由醫生和藥劑師協助所挑選。此清單同時包括原廠藥和副廠藥。

低收入補助 (LIS) – 請參閱「額外補助 (Extra Help)」。

Medicaid – 聯邦和州的聯合方案，協助某些低收入和資源有限的民眾支付醫療費用。Medicaid 方案因州而異，但只要您符合 Medicare 和 Medicaid 兩種資格，大多數醫療護理的費用都會屬於承保範圍。請參閱第 2 章第 6 節，查詢如何聯絡您所在州 Medicaid 的資訊。

醫療許可的適應症 – 藥物的用途經聯邦食品與藥物管理局核准或有某些參考書籍佐證。請參閱第 5 章第 3 節，查詢更多關於醫療許可的適應症之資訊。

醫療上所必需 – 服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病況所需且符合公認的醫療執業標準。

第 12 章 重要用語的定義

Medicare – 適用年滿 65 歲民眾、部分未滿 65 歲但患有特定殘疾的民眾，以及末期腎病患者 (通常是需要洗腎或腎臟移植的永久腎衰竭病患) 的 Medicare 計畫。有 Medicare 的民眾可以通過 Original Medicare 得到其 Medicare 健康承保；Original Medicare 是一項 Medicare 費用計畫、一種長者整合護理方案 (PACE) 計畫或 Medicare Advantage 計畫。

Medicare Advantage 退出計劃期 – 每年 Medicare Advantage 計畫會員可取消參加註冊其計畫並轉換到 Original Medicare 的一段固定時間。開放註冊期是從 2019 年 1 月 1 日起至 3 月 31 日。

Medicare Advantage (MA) 計畫 – 有時稱為 Medicare C 部份，是由與 Medicare 簽約的私營公司提供的計畫，可提供您 Medicare A 部份和 B 部份的所有福利。Medicare Advantage 計畫可以是管理式醫療保險機構 (HMO)、優選醫生計畫 (PPO)、私營按服務收費 (PFFS) 計畫或 Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計畫。您參加註冊 Medicare Advantage 計畫時，Medicare 計畫服務會透過該計畫承保，而且不是由 Original Medicare 支付。在大多數情況下，Medicare Advantage 計畫也提供 Medicare D 部分 (處方配藥承保)。這些計畫稱為**含處方配藥承保的 Medicare Advantage 計畫**。每一個享有 Medicare A 部份和 B 部份的民眾都符合資格可參加在其地區內提供的任何 Medicare 健保計畫，但末期腎病患者除外 (除非適用特定例外處理)。

Medicare 成本計畫 – Medicare 成本計畫是由健康維護組織 (HMO) 或競爭醫療計畫 (CMP) 根據法案第 1876(h)節中的成本補償合約所共同策劃。

Medicare 承保缺口折扣方案 – 為已達到承保缺口階段且尚未接受「額外補助 (Extra Help)」的 D 部份計畫參加者提供大多數 D 部份承保原廠藥折扣的一種方案。折扣以聯邦政府和特定藥廠的協議為基準。因此，大多數 (但並非全部) 原廠藥都有折扣。

Medicare 承保的服務 – Medicare A 部份和 B 部份承保的服務。所有 Medicare 健保計畫 (包括本計畫) 都必須承保 Medicare A 部份和 B 部份承保的服務。

Medicare 健保計畫 – Medicare 健保計畫由與 Medicare 簽有合約的私營公司提供，可為享有 Medicare 並參加註冊計畫的民眾提供 A 部份和 B 部份的福利。本用語包括所有 Medicare Advantage 計畫、Medicare 費用節約計畫、示範 / 試行方案以及長者整合護理方案 (PACE)。

Medicare 處方配藥承保 (Medicare D 部份) – 協助支付門診處方配藥、疫苗、生物製劑和不屬於 Medicare A 部份或 B 部份承保範圍的部份用品之費用的保險。

Medicare 輔助保險計畫 (「Medigap」) – 由私營保險公司銷售，用來補足 Original Medicare 中「缺口」的 Medicare 輔助保險。Medicare 輔助保險計畫只能搭配 Original Medicare 使用。(Medicare Advantage 計畫不是 Medicare 輔助保險計畫 (Medigap) 計畫。)

會員 (本計畫會員或「計畫會員」) – 符合資格可取得承保服務、已參加註冊本計畫且其參加註冊已獲得 Medicare 與醫療補助服務機構 (CMS) 確認而享有 Medicare 的民眾。

會員服務部 – 本計畫的內部部門，負責回答您有關會籍、福利、申訴和上訴的問題。請參閱第 2 章，查詢如何聯絡會員服務部的資訊。

第 12 章 重要用語的定義

網絡藥房 – 網絡藥房是指本計劃會員可取得其處方配藥福利的藥房。我們稱之為「網絡藥房」是因為這些藥房與本計畫簽約。大多數情況下，您的處方配藥必須在我們的網絡藥房購買才會屬於承保範圍。

網絡醫療護理提供者 – 我們用「醫療護理提供者」這個通稱指取得 Medicare 和州政府執照或認證，可提供健康護理服務的醫生、其他健康護理專業人員、醫院和其他健康護理設施。如果醫療護理提供者與本計畫簽署協議，接受以我們的付款做為全額付款，而且在某些情況下會為本計畫會員協調和提供承保服務，我們就稱其為「網絡醫療護理提供者」。本計畫根據與醫療護理提供者的協議（或如果醫療護理提供者同意為您提供計畫承保服務時）支付網絡醫療護理提供者。網絡醫療護理提供者也稱為「計畫醫療護理提供者」。

附加額外保障 – 此為需以額外保費購買的非醫療性承保之福利，且此未包含在您整體的福利中。如果您選擇附加額外保障，您可能需要支付額外的保費。欲享有附加額外保障，您必須自行主動選擇。

機構裁決 – Medicare Advantage 計劃做成有關用品或服務是否屬於承保範圍或您必須為承保用品或服務支付多少費用的決定，即是做成機構裁決。機構裁決在本手冊中稱為「承保決定」。第 9 章說明如何要求我們做承保決定。

Original Medicare，或稱「按服務收費」Medicare) – Original Medicare 由政府提供，並非由私營健保計劃（如 Medicare Advantage 計劃及處方配藥計劃）提供。根據 Original Medicare 規定，需按美國國會規定的金額支付醫生、醫院和其他醫療護理提供者以取得 Medicare 服務的承保。您可以向接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療護理提供者求診。您必須支付自付扣除額。Medicare 會支付 Medicare 核准金額中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分。Original Medicare 由兩部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），美國每個地方都有提供。

網絡外藥房 – 沒有和本計畫簽約為本計畫會員協調或提供承保藥物的藥房。如本承保證書所解說，您在網絡外藥房取得的大多數藥物都不屬於本計畫的承保範圍，除非適用特定條件。

網絡外醫療護理提供者或網絡外設施 – 我們尚未與其安排好為本計畫會員協調或提供承保服務的醫療護理提供者或設施。網絡外醫療護理提供者是未受本計畫聘僱、非本計畫擁有或經營的醫療護理提供者，或沒有簽訂合約為您提供承保服務的醫療護理提供者。請參閱本手冊第 3 章，查詢有關使用網絡外醫療護理提供者或設施的說明。

自付費用 – 請參閱前文「分攤費用」的定義。會員為其取得的服務或藥物支付部分費用的分攤費用規定，也稱為會員的「自付費用」規定。

PACE 計劃 – PACE（長者整合護理方案）計劃結合長者醫療、社會和長期護理服務，協助長者盡可能在社區獨立生活更久（而不是搬到療養院），同時還能取得所需的高品質護理。參加註冊 PACE 計畫的民眾可透過本計畫取得其 Medicare 和 Medicaid 兩種福利。

C 部份 – 請參閱「Medicare Advantage (MA) 計劃」。

第 12 章 重要用語的定義

D 部份 – 自願參加的 Medicare 處方配藥福利方案。(為了方便說明，我們稱處方配藥福利方案為 D 部分。)

D 部份藥物 – 屬於 D 部份承保範圍的藥物。我們可能有提供全部 D 部份藥物或可能沒有提供全部 D 部份藥物。(請參閱您的處方藥一覽表，查詢承保藥物的特定清單。) 特定類別的藥物經美國國會指定不予承保，不視為 D 部分承保藥物。

延遲參加註冊罰款 – 如果您連續 63 天或更多天沒有可替代承保 (即承保的預期平均付款至少等於 Medicare 標準處方配藥承保) 時，加到您 Medicare 處方配藥承保月費的金額。只要您有 Medicare 配藥計畫，您就必須支付此較高金額。有部分例外處理的情況。例如，如果您接受 Medicare 的「額外補助 (Extra Help)」來支付處方配藥計畫費用，您就不須支付延遲參加註冊罰款。

優先提供者組織 (PPO) 計畫 – 優先提供者組織計畫是 Medicare Advantage 計畫，擁有簽約的提供者網絡，同意以特定的付款金額治療計畫會員。PPO 計畫必須承保所有的計畫福利，不管是來自網絡內或網絡外提供者。在接收自網絡外提供者的計畫福利時，會員分攤費用一般會比較高。PPO 計畫對於您接收自網絡內 (優先) 提供者的自付費用有年度限制，對於來自網絡內 (優先) 與網絡外 (非優先) 提供者的服務，綜合總自付費用的限制較高。。

保費 – 定期向 Medicare、保險公司或醫療保險計畫支付的醫療承保或處方配藥承保款項。

主治醫生 (PCP) – 主治醫生是您出現大部份健康問題時最先去求診的醫生或其他醫療護理提供者。主治醫生會確保您取得所需的護理以保持健康，也可能和其他醫生和醫療護理提供者討論您的護理並為您轉介。許多 Medicare 健保計畫規定，您必須先向主治醫生求診，之後才能向其他醫療護理提供者求診。請參閱第 3 章第 2.1 節，查詢關於主治醫生的資訊。

事前授權 – 事前核准可以取得服務或取得可能列於或沒有列於我們處方藥一覽表的特定藥物。有些網絡內醫療服務必須由您的醫生或其他網絡醫療護理提供者先向本計畫取得「事前授權」才會屬於承保範圍。在優先提供者組織中，您無需事先授權即可得到網絡外服務，除非該服務無論是在網絡內還是在網絡外皆需要審查其醫療必要性。在從網絡外醫療護理提供者得到服務之前，您可能需要查看計畫，以確認該服務是否涵蓋在您的計畫內，以及您為此需負擔多少分擔費用。第 4 章的福利表會標示須事前授權的承保服務。有些藥物必須由您的醫生或其他網絡醫療護理提供者先向我們取得「事前授權」才會屬於承保範圍。處方藥一覽表會標示須事前授權的承保藥物。

義肢和矯形裝置 – 由您的醫生或其他醫療護理提供者囑咐的醫療裝置。承保的項目包括但不限於手臂、背部和頸部支架；義肢；假眼；以及替換體內部位或機能所需的器材，包括造口用品以及腸內和腸外營養療法。

品質改進組織 (QIO) – 執業醫生和其他健康護理專家組成的團體，由聯邦政府支付費用，負責查核並改進為 Medicare 病患提供的護理。請參閱第 2 章第 4 節，查詢如何聯絡您所在州的 QIO 的資訊。

數量限制 – 基於品質、安全或使用理由，用來限制選定藥物之使用的管理工具。可以限制每個處方或在既定期間內我們可承保的藥物數量。

第 12 章 重要用語的定義

復健服務 – 這類服務包括物理治療、語言治療以及職能治療。

服務地區 – 健保計劃若以居住地做為會籍限制依據時，該計劃可接受會員的地區。若計畫會限制您可使用哪些醫生和醫院，通常這也就是您可取得例行 (非急診) 服務的地區。如果您永久搬離計畫的服務地區，本計畫可將您退出計畫。

專業護理設施 (SNF) 護理 – 在專業護理設施持續提供的日常專業護理和復健服務。專業護理設施護理的例子包括只能由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

特別註冊期 – 會員可變更其健保計劃或配藥計劃或轉換到 Original Medicare 的一段固定時間。您可能符合特別註冊期資格的情況包括：搬離服務地區、取得處方配藥費用的「額外補助 (Extra Help)」，遷入療養院，或我們違反與您的合約規定。

特殊需要計劃 – 特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，為同時擁有 Medicare 和 Medicaid、住在療養院或患有特定慢性醫療病況等特定族群提供更集中的醫療護理。

循序用藥 – 規定您要先試另一種藥物來治療您醫療病況，然後我們才會承保您的醫生最初開立處方的藥物的一種使用工具。

社會安全補助金 (SSI) – 社會安全局每月付給收入與資源有限且患有殘疾、失明或年滿 65 歲民眾的一種福利。SSI 福利和社會安全福利不同。

緊急護理服務 – 緊急護理服務是為了治療非急診、不可預見的醫療疾病、傷害或病況所必須立即提供的醫療護理。緊急護理服務可由網絡醫療護理提供者提供，但若網絡醫療護理提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，則可由網絡外醫療護理提供者提供。

Bright Advantage Flex (PPO)會員服務

方法	會員服務部 – 聯絡資訊
電話	1-844-202-4974 撥打此號碼不需付費。 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 會員服務部也會為非英語人士免費提供口譯服務。
聽力語言殘障 服務專線	711 (1-844-202-4974) 撥打本號碼不需付費 10 月 1 日至 3 月 31 日： 週一至週日，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五，當地時間上午 8 時至晚上 8 時，聯邦假日除外。
傳真	1-800-325-8115
寫信	Bright Health Medicare Advantage – 會員服務部 P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
網站	www.brighthealthplan.com/medicare

紐約醫療保險資訊、諮詢和協助計畫 (New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP))

New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (紐約醫療保險諮詢和協助計畫，HIICAP) 是由聯邦政府撥予經費的州計畫，免費為享有 Medicare 的民眾提供當地的醫療保險諮詢。

方法	紐約醫療保險資訊、諮詢和協助計畫 (New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)) – 聯絡資訊
電話	1-800-701-0501 週一至週五，早上 8:30 至下午 5 時
聽力語言殘障 服務專線	711

方法	紐約醫療保險資訊、諮詢和協助計畫 (New York Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)) – 聯絡資訊
寫信	紐約市老化研究部 (New York City Department for the Aging) 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
網站	www.aging.ny.gov/HealthBenefits/Index.cfm

PRA 披露聲明 根據 1995 年文書簡化法案，除非顯示有效的 OMB 管制號碼，否則人員無需回應資訊的收集。本資訊收集的有效 OMB 管制號碼是 0938-1051。如果您對改善此表格有評論或建議，請寫信給：CMS, 7500 Security Boulevard，收件人：PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。



Nondiscrimination Notice and Assistance with Communication

Bright Health does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any individual on the basis of sex, age, race, color, national origin, or disability. "Bright Health" means Bright Health plans and their affiliates, which are listed below.

Language assistance and alternate formats:

Assistance is available *at no cost* to help you communicate with us. The services include, but are not limited to:

- Interpreters for languages other than English;
- Written information in alternative formats such as large print; and
- Assistance with reading Bright Health websites.

To ask for help with these services, please call the Member Services number on your member ID card.

If you think that we failed to provide language assistance or alternate formats, or you were discriminated against because of your sex, age, race, color, national origin, or disability, you can send a complaint to:

Bright Health Civil Rights Coordinator
PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943
Phone: (844) 202-2154
Fax: (800) 894-7742

You can also file a complaint with the U.S Dept. of Health and Human Services, the Office of Civil Rights:

Online: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Phone: Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Mail: U.S Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

If you need help with your complaint, please call the Member Services number on your member ID card. You must send the complaint within 60 days of discovering the issue.

"Bright Health" means Bright Health Insurance Company of Alabama, Inc; Bright Health Company of Arizona; Bright Health Insurance Company; Bright Health Insurance Company of Tennessee; Bright Health Insurance Company of Ohio, Inc.; Bright Health Insurance Company of New York.

Language Assistance and Alternate Formats

This information is available in other formats like large print. To ask for another format, please call the Member Services number on your member ID card.

English	ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Services number on your ID card.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratuitos. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación.
Chinese (S)	注意：如果您讲中文，我们可以为您提供免费的语言协助服务。请拨打您ID卡上的会员服务电话号码。
Russian	ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните в Службу работы с клиентами по телефону, указанному в Вашей идентификационной карте.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오.
Haitian Creole	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm nan nimewo ki make sou kat ID ou an.
Italian	ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero dell'assistenza ai membri riportato sulla Sua scheda identificativa.
Yiddish	אויפמערקאזמקייט: אויב איר רעדט יידיש, עס זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אָפּצאָל. רופט די מעמבער סערוויסעס נומער אויף אייערע איידי קארטל.
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য, ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। আপনার ID কার্ডে থাকা সদস্য পরিষেবাগুলির নম্বরে ফোন করুন।
Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فيمكنك الاستعانة بخدمات المساعدة اللغوية بدون مقابل. اتصل برقم خدمات الأعضاء المدون على بطاقة التعريف الخاصة بك.
Polish	UWAGA: Jeżeli posługuje się Pan/ Pani językiem polskim, może Pan/ Pani skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Prosimy zadzwonić do Działu Usług dla Członków, którego numer jest podany na Pana/ Pani karcie identyfikacyjnej.
French (FR)	REMARQUE : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le numéro des services aux membres, qui figure sur votre carte d'identification.
Tagalog	PANSININ: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo para sa wika. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro na nasa inyong ID kard.
Vietnamese	LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, sẽ có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số Dịch vụ Hội viên trên thẻ ID của quý vị.
Navajo	DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí Diné bizaad be yáníłti'go, saad bee áká'ánida'áwo' déé', t'áá jiik'eh, ná hóló. Kojí' hódíłnih Member Servicesjí éí binumber naaltsoos nitł'izgo bee nee hódółzin biniyé nantinígíí bikáá'
Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے/بولتی ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ اپنے آئی ڈی کارڈ پر موجود ممبر سروسز کے نمبر پر کال کریں۔
Japanese	注記: 日本語をお話しになる方は、無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。IDカードに記載のメンバーサービス電話番号までお電話ください。
Portuguese (BR)	ATENÇÃO: caso você fale português, há serviços gratuitos de assistência de idioma à sua disposição. Ligue para o número de Atendimento ao Associado, impresso no seu cartão de identificação.
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie unter der auf Ihrer ID-Karte aufgeführten Telefonnummer für Mitgliederdienstleistungen an.
Persian Farsi	توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در اختیار شماست. با «خدمات اعضا» که شماره آن روی کارت شناسایی شما درج شده است تماس بگیرید.