



2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日

承保证明

您作为 **Bright Advantage Choice (HMO)** 会员可获得的 **Medicare** 健康福利和服务以及处方药承保

本手册详细介绍了在 2020 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期间适用于您的 Medicare 医疗保健和处方药承保。其解释说明了您所需的医疗保健服务和处方药可如何获得承保。**这是一份重要的法律文件。请将其存放在安全的地方。**

本计划 Bright Advantage Choice (HMO) 由 Bright Health 提供。（本承保证明中的“我们”或“我们的”指 Bright Health。“计划”或“我们的计划”指 Bright Advantage Choice (HMO)。）

请致电我们的会员服务中心号码 (844) 202-4974，获取额外信息。（TTY 用户应致电 711）。此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。

本文档可能有其他格式，例如盲文、大字体或音频。

福利、免赔额和/或共付额/共同保险可能会在 2021 年 1 月 1 日发生变化。

处方集、药房网络和/或医疗保健提供者网络可能随时发生变化。必要时您会收到通知。

2020 年承保证明 目录

本章节和页码清单可作为您的起点。在查找所需的信息时，如需获得更多帮助，请前往章节第一页。在每章开头部分，您将可找到详细的主题清单。

第 1 章	会员入门.....	5
	解释参加 Medicare 健康计划的意义以及如何使用本手册。阐述我们将发送给您的材料、您的计划保费、D 部分延迟投保罚款、计划会员卡和及时更新您的会员记录。	
第 2 章	重要电话号码和资源.....	20
	告诉您如何与我们的计划 (Bright Advantage Choice (HMO)) 以及与其他组织取得联系，包括 Medicare、州健康保险援助计划 (SHIP)、品质改进机构、社会保障局、Medicaid（适用于低收入者的州健康保险计划）、帮助人们支付处方药费用的计划及铁路职工退休管理委员会。	
第 3 章	使用本计划承保您的医疗服务.....	35
	说明在您作为我们的计划会员获得医疗护理方面，您需要了解的重要信息。主题包括使用本计划的网络内提供者以及在紧急情况下如何获得护理。	
第 4 章	医疗福利表（我们承保的服务和您必须支付的费用）.....	46
	详细说明了您作为我们的计划的会员，哪些类型的医疗护理可以获得承保以及哪些类型不能承保。说明了在承保的医疗护理的费用中，您需要支付的分摊金额。	
第 5 章	使用本计划承保您的 D 部分处方药.....	91
	说明了当您获得 D 部分药物时需要遵守的规则。介绍了如何使用本计划的承保药物清单（处方集）确定可享受承保的药物。列明了哪些种类的药物不能承保。说明了多种适用于某些药物承保的限制。说明了可在何处为您的处方配药。阐述了本计划的药物安全和用药管理计划。	
第 6 章	如何为 D 部分处方药付费.....	110
	介绍了药物承保的四个阶段（免赔额阶段、初始承保阶段、承保缺口阶段、灾难性承保阶段）以及这些阶段会如何影响您为药物支付的费用。说明了您的 D 部分药物的 6 个费用分摊层级并阐述了您在每个费用分摊层级中必须支付药物的哪些费用。	
第 7 章	要求我们支付您收到的承保医疗服务或药物账单中我们应支付的份额.....	124
	解释当您要求我们支付您的承保服务或药物费用中我们的费用分摊金额时，何时以及如何向我们发送账单。	

第 8 章	您的权利和责任	131
	说明了您作为我们的计划会员的权利和责任。阐述了如果您认为自己的权利未得到尊重时该怎么办。	
第 9 章	如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办.....	140
	向您分步介绍，您作为我们的计划会员，如有疑问或顾虑时该怎么办。	
	• 说明了如果您在获得您认为属于我们的计划承保范围内的医疗护理或处方药过程中遇到问题，如何要求我们做出承保决定及提出上诉。其中包括请求我们为您的处方药承保的规则或额外限制进行例外处理，并要求我们继续承保您认为承保过早终止的医院护理和某些医疗服务类型。 • 说明了如何针对护理品质、等待时间、客户服务或其他问题提出投诉。	
第 10 章	终止您在本计划中的会员资格.....	181
	说明了您何时能够以及如何终止您在本计划中的会员资格。说明了在哪些情况下，我们的计划必须终止您的会员资格。	
第 11 章	法律通知	189
	包括有关管辖法律和不歧视的通知。	
第 12 章	重要词汇的定义	192
	说明了本手册中使用的关键术语。	

第 1 章

会员入门

第 1 章 会员入门

第 1 节	简介	7
第 1.1 节	您参加了 Bright Advantage Choice (HMO)，这是一种 Medicare HMO	7
第 1.2 节	承保证明手册包含哪些内容？	7
第 1.3 节	有关承保证明的法律信息	7
第 2 节	获得计划会员资格需要满足哪些条件？	8
第 2.1 节	您的资格要求	8
第 2.2 节	Medicare A 部分和 Medicare B 部分是什么？	8
第 2.3 节	下面是 Bright Advantage Choice (HMO) 的计划服务区域	8
第 2.4 节	美国公民或合法居留	9
第 3 节	我们可为您提供哪些其他材料？	9
第 3.1 节	您的计划会员卡 – 使用它获得所有承保服务和处方药	9
第 3.2 节	提供者目录：本计划网络内的所有提供者指南	9
第 3.3 节	药房目录：我们的网络内药房指南	10
第 3.4 节	本计划的承保药物清单（处方集）	10
第 3.5 节	D 部分福利说明（“D 部分 EOB”）：包含您的 D 部分处方药付款明细汇总的报告	11
第 4 节	您的 Bright Advantage Choice (HMO) 每月保费	11
第 4.1 节	您的计划保费是多少？	11
第 5 节	您是否必须支付 D 部分“延迟投保罚款”？	12
第 5.1 节	什么是 D 部分“延迟投保罚款”？	12
第 5.2 节	D 部分延迟投保罚款的金额是多少？	12
第 5.3 节	在某些情况下，您可能投保延迟，但不一定需要支付罚款	12
第 5.4 节	如果您不同意您的 D 部分延迟投保罚款，您该怎么办？	13
第 6 节	您是否会因自身收入而必须支付额外的 D 部分金额？	13
第 6.1 节	谁会因收入而必须支付额外的 D 部分金额？	13
第 6.2 节	额外的 D 部分金额是多少？	14
第 6.3 节	如果您不同意支付额外的 D 部分金额，您该怎么办？	14
第 6.4 节	如果您不支付额外的 D 部分金额，将会怎样？	14
第 7 节	有关您的每月保费的更多信息	14
第 7.1 节	如果您要支付 D 部分延迟投保罚款，可以通过多种方式支付罚款	15
第 7.2 节	我们能否在该年度更改您的每月计划保费？	16

第 8 节	请及时更新您的计划会员记录.....	16
第 8.1 节	如何帮助确保我们拥有您的准确信息	16
第 9 节	我们会保护您个人健康信息的隐私	17
第 9.1 节	我们确保会保护您的健康信息	17
第 10 节	如何搭配使用我们的计划和其他保险.....	17
第 10.1 节	当您有其他保险时，应先支付哪个计划？	17

第 1 节 简介

第 1.1 节 您参加了 Bright Advantage Choice (HMO)，这是一种 Medicare HMO

您可以获得 Medicare 的承保，并且您已选择通过我们的计划 Bright Advantage Choice (HMO) 获得您的 Medicare 医疗保健和处方药承保。

Medicare 健康计划包括四种不同的类型。Bright Advantage Choice (HMO) 是获得了 Medicare 批准并由私营公司运营的 Medicare Advantage HMO 计划（HMO 表示健康维护组织）。

本计划下的承保具有成为“合格健康承保” (QHC) 的资格，并满足《患者保护和平价医疗法案》(ACA) 的个人共同责任要求。请访问美国国家税务局 (IRS) 网站：<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>，了解更多信息。

第 1.2 节 承保证明手册包含哪些内容？

本承保证明手册告诉您如何通过我们的计划承保您的 Medicare 医疗护理和处方药。本手册解释了您的权利和责任、承保的服务以及您作为计划会员必须支付的费用。

“承保”和“承保服务”是指您作为 Bright Advantage Choice (HMO) 会员可获得的医疗护理和服务以及处方药。

您务必要了解本计划的规则以及您可获得的服务。我们鼓励您花点时间认真阅读本承保证明手册。

如果您感到困惑、存有顾虑，或者只是有疑问，请联系我们的计划会员服务中心（电话号码见手册封底）。

第 1.3 节 有关承保证明的法律信息

这是我们与您签定的合同的一部分

本承保证明是我们与您就 Bright Advantage Choice (HMO) 如何承保您的医疗服务签定的合同的一部分。该合同的其他部分包括您的登记表、承保药物清单（处方集）以及您从我们这里收到的有关您的承保变化或影响承保的条件的任何通知。这些通知有时称为“附文”或“修正案”。

合同在您报名参加 Bright Advantage Choice (HMO) 的月份生效，时间期限为 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日之间。

Medicare 允许我们每个日历年对提供的计划进行更改。也就是说，我们可以在 2020 年 12 月 31 日之后更改 Bright Advantage Choice (HMO) 的费用和福利。我们还可以选择在 2020 年 12 月 31 日之后停止提供本计划，或是在不同的服务区域提供计划。

Medicare 必须每年批准我们的计划

Medicare（Medicare 和 Medicaid 服务中心）必须每年批准 Bright Advantage Choice (HMO)。只要我們选择继续提供本计划且 Medicare 继续批准本计划，您就可以继续以我们计划的会员身份获得 Medicare 承保。

第 2 节 获得计划会员资格需要满足哪些条件？

第 2.1 节 您的资格要求

只要满足下列条件，您就有资格成为我们计划的会员：

- 您同时拥有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保（第 2.2 节说明了有关 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的信息）
- -- 并且 -- 您居住在我们的地理服务区域内（下文第 2.3 节介绍了我们的服务区域）。
- -- 并且 -- 您是美国公民或可在美国合法居留
- -- 并且 -- 您未患晚期肾病 (ESRD)；存在有限的例外情况，例如您在成为我们提供的计划的会员后患上 ESRD，或者您是已终止的其他计划的会员。

第 2.2 节 Medicare A 部分和 Medicare B 部分是什么？

当您首次参加 Medicare 时，会收到有关 Medicare A 部分和 Medicare B 部分所承保服务的信息。请记住：

- Medicare A 部分通常可帮助承保医院提供的服务（适用于住院服务、专业护理机构或家庭保健机构）。
- Medicare B 部分适用于大多数其他医疗服务（例如，医师服务和其他门诊服务）以及特定用品（例如，耐用医疗设备 (DME) 和用品）。

第 2.3 节 Bright Advantage Choice (HMO) 的计划服务区域

虽然 Medicare 是联邦计划，但是 Bright Advantage Choice (HMO) 仅面向居住在我们的计划服务区域内的个人提供。保留我们的计划会员资格，您必须一直居住在计划服务区域内。服务区域如下所述。

我们的服务区域包括以下郡县：

- 纽约州：金斯县、纽约、昆斯县

我们在多个州提供承保服务。但是，我们在各州提供的计划可能存在费用或其他差异。如果您迁出某一州并迁入仍属于我们服务区域内的州，则必须致电会员服务中心更新您的信息。如果您移居到我们服务区域以外的州，您将无法保留我们的计划会员资格。请致电会员服务中心，确定我们在您新迁入的州是否有相应的计划。

如果您计划迁出服务区域，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。当您迁居时，将会有一段特殊投保期，您获许在此期间更换为 Original Medicare 或参加新居住地的 Medicare 健康或药物计划。

另外，如果您迁居或变更邮寄地址，务必要致电社会保障局。您可以在第 2 章第 5 节中找到社会保障局的电话号码和联系信息。

第 2.4 节 美国公民或合法居留

Medicare 健康计划的会员必须是美国公民或可在美国合法居留。如果您不符合在此基础上继续作为会员的资格，Medicare（Medicare 和 Medicaid 服务中心）将会通知 Bright Advantage Choice (HMO)。如果您未达到此要求，您必须自动退出 Bright Advantage Choice (HMO)。

第 3 节 我们可为您提供哪些其他材料？

第 3.1 节 您的计划会员卡 – 使用它获得所有承保服务和处方药

如果您是我们计划的会员，当您获取本计划承保的任何服务或从网络内药房购买处方药时，必须使用您的计划会员卡。如果适用，您还应向提供者出示您的 Medicaid 卡。请参阅下图所示的示例会员卡，了解其样式：



只要您是我们计划的会员，在大多数情况下，您不得**使用红色、白色和蓝色 Medicare 卡**来获取承保医疗服务（常规临床研究和善终服务除外）。如果您需要医院服务，您可能必须出示 Medicare 卡。将您的红色、白色和蓝色 Medicare 卡保存在安全的位置，以备随后之需。

这一点非常重要，因为：如果您是计划会员，却使用红色、白色和蓝色 Medicare 卡而非使用 Bright Advantage Choice (HMO) 会员卡获取承保服务，则可能必须自行全额支付费用。

如果您的计划会员卡损坏、丢失或被盗，请立即致电会员服务中心，我们将会向您发送新卡。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

第 3.2 节 提供者目录：本计划网络内的所有提供者指南

提供者目录列出了我们的网络内提供者和耐用医疗设备供应商。

什么是“网络内提供者”？

网络内提供者是指与我们达成协议可接受我们的付款和任何计划费用分摊作为全部付款的医生及其他医疗保健专业人员、医疗团队、耐用医疗设备供应商、医院和其他医疗保健机构。我们已经安排这些提供者向我们计划中的会员交付承保服务。您可访问我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare> 获取最新的提供者和供应商清单。

为什么需要了解哪些提供者位列在我们的网络中？

了解我们的网络中有哪些提供者非常重要，因为除了有限的例外情况，当您是我们计划的会员时，您必须通过网络内提供者获取医疗护理和服务。有限的例外情况包括：紧急情况、网络不可用时的急需服务（通常是您在区域外时）、区域外透析服务，以及 Bright Advantage Choice (HMO) 授权使用网络外提供者的情况。请参阅第 3 章（*使用本计划承保您的医疗服务*），了解有关紧急、网络外和区域外承保的详细信息。

如果您没有 *提供者目录* 的副本，请联系会员服务中心索取一份（电话号码见手册封底）。您可向会员服务中心咨询有关网络内提供者的更多信息，包括其资质。您还可以在 <https://brighthouseplan.com/medicare> 上查看 *提供者目录*，或从该网站下载目录。会员服务中心和该网站都可以向您提供有关网络内提供者变化的最新信息。

第 3.3 节 药房目录：我们的网络内药房指南

什么是“网络内药房”？

网络内药房是指同意为我们的计划会员按承保处方配药的所有药房。

为什么需要了解网络内药房的信息？

您可以使用 *药房目录* 查找您要使用的网络内药房。

明年，我们的药房网络将发生变化。更新的 *药房目录* 在我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare> 上公布。您也可以致电会员服务中心，索取更新的提供者信息或要求我们给您邮寄一份 *药房目录*。请查看 2020 年药房目录，了解我们的网络包含哪些药房。

如果您没有 *药房目录*，请联系会员服务中心索取一份（电话号码见手册封底）。您可以随时致电会员服务中心，获取有关药房网络变化的最新信息。您还可以在我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare> 上查找该信息。会员服务中心和该网站都可以向您提供有关网络内药房变化的最新信息。

第 3.4 节 本计划的承保药物清单（处方集）

本计划有一个 *承保药物清单（处方集）*。我们将其简称为“药物清单”。它列明了哪些 D 部分处方药可按 Bright Advantage Choice (HMO) 中包含的 D 部分福利承保。此清单中的药物是由一组医生和药剂师专为本计划选出的。该清单必须符合 Medicare 规定的要求。Medicare 已批准 Bright Advantage Choice (HMO) 药物清单。

药物清单还述明了是否存在任何规则可限制您的药物承保。

我们将向您提供一份该药物清单。如需获得有关承保药物的最完整和最新信息，您可以访问本计划的网站 (<https://brighthouseplan.com/provider-finder/ma/>)，或者致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。

第 3.5 节 **D 部分福利说明（“D 部分 EOB”）：包含您的 D 部分处方药付款明细汇总的报告**

当您使用 D 部分处方药福利时，我们将会向您发送汇总报告，帮助您了解和跟踪 D 部分处方药的付款明细。该汇总报告称为 *D 部分福利说明*（或“D 部分 EOB”）。

D 部分福利说明 述明了在当月中，您和代表您的其他人为您的 D 部分处方药支付的总金额以及我们为您的每种 D 部分处方药支付的总金额。第 6 章（*如何为 D 部分处方药付费*）详细介绍了 *D 部分福利说明* 及其如何帮助您跟踪您的药物承保信息。

另外，还可应请求提供 *D 部分福利说明* 汇总。如需获得副本，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。

第 4 节 **您的 Bright Advantage Choice (HMO) 每月保费**

第 4.1 节 **您的计划保费是多少？**

您不需要单独支付 Bright Advantage Choice (HMO) 的每月计划保费。您必须继续支付自己的 Medicare B 部分保费（除非 B 部分保费由 Medicaid 或其他第三方为您支付）。

在某些情况下，您的计划保费可能更高

在某些情况下，您的计划保费可能超过上文第 4.1 节中列出的金额。下文具体说明了这些情况。

- 如果您参加了又称为“可选的补充性福利”的额外福利活动，则您每月还需要为这些额外福利支付附加保费。如果您对您的计划保费有任何疑问，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。可选的补充性福利的保费如下所示：
 - 综合牙科福利 - 13 美元
 - 综合视力福利 - 4 美元
- 有些会员需要支付 D 部分**延迟投保罚款**，因为他们在首次符合 Medicare 药物计划资格时却并未参加，或者他们连续 63 天或更长的时间没有“可信”处方药承保。（可信意味着药物承保通常会按至少和 Medicare 的标准处方药承保额度等额的额度付费。）对于这些会员，其计划的每月保费中增加了 D 部分延迟投保罚款。其保费金额将为每月计划保费加上其 D 部分延迟投保罚款的金额。
 - 如果您需要支付 D 部分延迟投保罚款，延迟投保罚款的费用取决于您未持有 D 部分或可信处方药承保的持续时间。第 1 章第 5 节详细解释了 D 部分延迟投保罚款。
 - 如果您有 D 部分延迟投保罚款且未支付，您可能需要退出本计划。

第 5 节 您是否必须支付 D 部分“延迟投保罚款”？

第 5.1 节 什么是 D 部分“延迟投保罚款”？

注意：如果您从 Medicare 获得“额外帮助”来支付处方药费用，则无需支付延迟投保罚款。

延迟投保罚款是 D 部分保费增加的金额。如果在初始投保期结束后，您已持续 63 天或以上未持有 D 部分或其他可信处方药承保，则将产生 D 部分延迟投保罚款。“可信处方药承保”是指符合 Medicare 最低标准的险种，预计其平均可支付的金额至少与 Medicare 的标准处方药承保持平。延迟投保罚款的费用取决于您未持有 D 部分或可信处方药承保的持续时间。只要您进行了 D 部分承保，就必须支付此罚款。

当您首次参加 Bright Advantage Choice (HMO) 时，我们会告知您罚款金额。您的 D 部分延迟投保罚款可视为您的计划保费。如果您不支付 D 部分延迟投保罚款，则可能会丧失您的处方药福利。

第 5.2 节 D 部分延迟投保罚款的金额是多少？

由 Medicare 确定罚款的金额。方式如下：

- 首先统计在您符合参加资格后延迟参加 Medicare 药物计划的整月数量。或者，如果您的承保中断了 63 天或以上，则统计您未持有可信处方药承保的整月数量。对于您未持有可信承保的月份，罚款为每个月 1%。例如，如果您有 14 个月未承保，则罚款将为 14%。
- 然后，Medicare 会确定上一年度全国的 Medicare 药物计划的平均每月保费。2020 年的此平均保费金额为 32.74 美元。
- 要计算每月罚款金额，可将罚款百分比乘以平均每月保费，然后舍入到最接近的 10 美分。在此处的示例中，其将为 14% 乘以 32.74 美元，即等于 4.58 美元。四舍五入后即为 4.60 美元。此金额将会加到产生 D 部分延迟投保罚款者的每月保费中。

有关此每月 D 部分延迟投保罚款，需要注意三件重要事项：

- 第一，**罚款可能会每年发生变化**，因为平均每月保费每年可能会有所变化。如果全国平均保费（由 Medicare 确定）增加，则罚款金额也将增加。
- 第二，即使您更改了计划，只要您参加的计划中包含 Medicare D 部分药物福利，**您就需要继续每月支付罚款**。
- 第三，如果您的年龄未到 65 岁且目前正在接受 Medicare 福利，则当您年满 65 岁之后 D 部分延迟投保罚款将会重置。年满 65 岁后，您的 D 部分延迟投保罚款将仅取决于在您的 Medicare 初始老龄投保期之后您未持有承保的月数。

第 5.3 节 在某些情况下，您可能投保延迟，但不一定需要支付罚款

即使您在首次符合资格时延迟参加提供 Medicare D 部分承保的计划，有时也不一定需要支付 D 部分延迟投保罚款。

如果您存在以下任意一种情况，则将不必支付罚款：

- 如果您已拥有处方药承保，预计会按至少和 Medicare 的标准处方药承保额度等额的额度付费。Medicare 称此为“可信药物承保”。请注意：
 - 可信承保可能包括前雇主或工会、TRICARE 或退伍军人事务部提供的药物承保。您的保险公司或人力资源部每年将会告知您，为您提供的药物承保是否属于可信承保。这些信息可能随后发送给您，也可能包含在本计划的简报中。保留这些信息，因为如果您随后参加 Medicare 药物计划，可能会用到。
 - 请注意：如果您在健康承保结束时收到“可信承保证明”，可能并不意味着您的处方药承保属于可信承保。本通知必须声明，您拥有的“可信”处方药承保预计支付金额可达到 Medicare 的标准处方药计划支付的同等水平。
 - 以下为非可信处方药承保：处方药折扣卡、免费诊所和药物折扣网站。
 - 有关可信承保的其他信息，请参阅《Medicare 和您 2020》手册，或通过 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 致电 Medicare。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。您可以拨打这些免费电话号码，且这些电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。
- 如果您没有可信承保，但是持续无可信承保的时间不足 63 天。
- 如果您从 Medicare 获得“额外帮助”。

第 5.4 节 如果您不同意您的 D 部分延迟投保罚款，您该怎么办？

如果您不同意 D 部分延迟投保罚款，您或您的代表可以要求对延迟投保罚款的决定进行审查。通常，您必须在收到了声明您必须支付延迟投保罚款的第一封信函之日起 **60 天内** 请求进行此审查。如果您需要在参加我们的计划之前支付罚款，则可能没有其他机会请求审查该延迟投保罚款。请致电会员服务中心，找出更多相关信息（电话号码见手册封底）。

重要信息：在等待审查延迟投保罚款的决定期间，切勿停止支付您的 D 部分延迟投保罚款。否则，您可能会因未支付计划保费而须退出计划。

第 6 节 您是否会因自身收入而必须支付额外的 D 部分金额？

第 6.1 节 谁会因收入而必须支付额外的 D 部分金额？

大部分人每月支付标准的 D 部分保费。但是，有些人会因其自身年收入而必须支付额外费用。如果个人（或已婚个人单独申报）收入达到 87,000 美元或以上，或者已婚夫妇收入达到 174,000 美元或以上，则您必须直接向政府支付额外的金额，用于您的 Medicare D 部分承保。

如果您必须支付额外费用，社会保障局（而非您的 Medicare 计划）将会向您发送一份信函，告知您该笔额外费用是多少以及如何支付。无论您平常如何支付保费，都将从您的社会保障局、铁路职工退休管理委员会或人事管理办公室福利支票中扣除额外的费用，除非您的每月福利不足以抵扣该笔额外费用。如果您的福利支票不足以抵扣该笔额外费用，您将会收到 Medicare 的账单。您必须向政府支付该笔额外费用。其无法通过每月计划保费支付。

第 6.2 节 额外的 D 部分金额是多少？

如果您在 IRS 纳税申报单上报告的修正调整总收入 (MAGI) 超过一定金额，则除了每月计划保费之外，您还需要支付额外费用。如需了解有关您根据自己的收入需要支付的额外费用的更多信息，请访问 <https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html>。

第 6.3 节 如果您不同意支付额外的 D 部分金额，您该怎么办？

如果您不同意支付因自身收入而产生的额外费用，可以要求社会保障局审查该决定。如需了解更多信息，请致电 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) 联系社会保障局。

第 6.4 节 如果您不支付额外的 D 部分金额，将会怎样？

该笔额外费用直接支付给政府（而非您的 Medicare 计划），用于您的 Medicare D 部分承保。如果法律要求您支付该笔额外的费用但您未支付，您将需要退出本计划并且会丢失处方药承保。

第 7 节 有关您的每月保费的更多信息

很多会员需要支付其他 Medicare 保费

很多会员需要支付其他 Medicare 保费。如上文第 2 节所述，要获得我们的计划的资格，您必须拥有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保。有些计划会员（未达到 A 部分免保费资格者）支付了 Medicare A 部分的保费。大多数计划会员支付了 Medicare B 部分的保费。**您必须继续支付您的 Medicare 保费才能保留本计划的会员资格。**

B 部分保费回扣便是我们的计划的福利之一。这意味着每月会自动向您的 B 部分保费支付 50 美元，因此您的社会保障局支票金额每月都会增加。

如果您 2 年前在 IRS 纳税申报单上报告的修正调整总收入超过一定金额，您将需要支付标准保费金额加收入相关每月调整金额，又称为 IRMAA。IRMAA 是向保费中增加的额外收费。

- **如果要求您支付该笔额外的费用但您未支付，您将需要退出本计划并且会丢失处方药承保。**
- 如果您必须支付额外费用，社会保障局（而非您的 Medicare 计划）将会向您发送一份信函，告知您该笔额外费用是多少。
- 有关基于收入的 D 部分保费的更多信息，请参阅本手册第 1 章第 6 节。您也可以访问 <https://www.medicare.gov> 网站或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。或者，您还可致电 1-800-772-1213 联系社会保障局。TTY 用户应致电 1-800-325-0778。

您的《Medicare 和您 2020》中名为“2020 年 Medicare 费用”的章节提供了有关 Medicare 保费的信息。该部分说明了，不同收入的人群，其 Medicare B 部分和 D 部分保费也各不相同且有何不同。每个 Medicare 保户每年秋季都会收到一份《Medicare 和您》。Medicare 新保户将在首次参加后一个月内收到该手册。您还可以从 Medicare 网站 (<https://www.medicare.gov>) 下载《Medicare 和您 2020》的副本。或者，您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 订购印刷版，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

第 7.1 节 如果您要支付 D 部分延迟投保罚款，可以通过多种方式支付罚款

如果您需要支付 D 部分延迟投保罚款，可以通过三种方式支付罚款。除非您联系我们更改支付选项，否则将自动设置为选项 1（支票支付）。如果您想更改当前选项，请联系会员服务中心通知我们。（您可以在本手册封底上找到我们的电话号码。）

如果您决定更改支付 D 部分延迟投保罚款的方式，您的新支付方式可能需要三个月才会生效。在我们处理您的新支付方式请求期间，您有责任确保按时支付自己的 D 部分延迟投保罚款。

选项 1：您可以使用支票支付

我们将会向您发送 D 部分延迟投保罚款的月度账单（如果适用）。确保您的付款对象为 Bright Health。请查看账单，获取邮寄地址和其他信息。在支票或汇票上包含您的会员 ID 号。所有付款都必须在月度账单上显示的到期日或之前收到。如果您需要更换月度账单，请致电会员服务中心。（您可以在本手册封底上找到我们的电话号码。）

选项 2：从银行帐户自动扣款 (ACH)

您可以选择从银行帐户支付您的 D 部分延迟投保罚款（如果适用）。为此，您必须填写保费支付选项表。如需获取该表，您可以前往 <https://brighthouseplan.com/medicare-advantage>，或使用 ID 卡背面的电话号码联系会员服务中心。填写好表格后，将其发回 Bright Health。

每月 20 日会自动扣款。如果 20 日是假期或周末，则将在 20 日后的下一个工作日扣款。

选项 3：您可以选择从每月社会保障局支票抵扣 D 部分延迟投保罚款

您可以选择从每月社会保障局支票抵扣 D 部分延迟投保罚款。请联系会员服务中心，了解有关如何通过此方式支付罚款的更多信息。我们很乐意帮助您完成此设置。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

如果您在支付 D 部分延迟投保罚款时遇到问题，您该怎么办

D 部分延迟投保罚款应在当月 1 日之前在我们办公室缴纳。如果我们在当月 1 日之前未收到您的罚款支付，则我们将会向您发出通知，告知您如果在 3 个月内我们仍未收到您的 D 部分延迟投保罚款，我们将终止您的计划会员资格。如果您需要支付 D 部分延迟投保罚款，您必须支付罚款才能保留您的处方药承保。

如果您无法按时支付 D 部分延迟投保罚款，请联系会员服务中心，看我们是否能引导您参加可帮助您解决罚款问题的计划。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

如果我们由于您未支付 D 部分延迟投保罚款而终止您的会员资格，将由 Original Medicare 为您的健康承保。

如果我们由于您未支付 D 部分延迟投保罚款而终止您的计划会员资格，此后您可能将无法获得 D 部分承保，直到来年您在年度投保期内参加了新计划为止。在每年的 Medicare 开放投保期内，您既可参加独立处方药计划，也可参加能提供药物承保的其他健康计划。（如果您无“可信”药物承保的时间超过 63 天，只要您进行了 D 部分承保，就可能必须支付 D 部分延迟投保罚款。）

在我们终止您的会员资格时，您可能仍然拖欠未支付的罚款。我们有权追索您拖欠的罚款金额。将来，如果您要再次参加我们的计划（或我们提供的其他计划），则您需要先付清拖欠的金额，然后才能参加。

如果您认为我们错误地终止了您的会员资格，您有权通过提出投诉来要求我们复议此决定。本手册第 9 章第 10 节说明了可如何提出投诉。如果您遇到了超出自己控制能力的紧急情况，导致您无法在宽限期内支付您的保费，您可以致电 (844) 202-4974 要求我们复议此决定；此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。TTY 用户应致电 711。您必须在您的会员资格终止之后 60 天内向我们提出请求。

第 7.2 节 我们能否在该年度更改您的每月计划保费？

不能。在该年度期间，我们未获许可以开始收取每月计划保费。如果下一年的每月计划保费发生变化，我们将会于 9 月告知您，而变化将于 1 月 1 日生效。

但是，在某些情况下，您可能需要开始支付或者可能要停止支付延迟投保罚款。（如果您连续 63 天或更长的时间未持有“可信”处方药承保，则可能适用延迟投保罚款。）如果您在该年度达到了“额外帮助”计划的资格或者丧失了“额外帮助”计划的资格：

- 如果您正在支付 D 部分延迟投保罚款，并且在该年度期间达到了获得“额外帮助”的资格，您将能停止支付该罚款。
- 如果您失去了低收入补贴（“额外帮助”），则当您无可信处方药承保的时间达到 63 天或更长时间后，您将须支付每月的 D 部分延迟投保罚款。

您可以在第 2 章第 7 节中获得有关“额外帮助”计划的更多信息。

第 8 节 请及时更新您的计划会员记录

第 8.1 节 如何帮助确保我们拥有您的准确信息

您的会员记录中有来自您的登记表的信息，包括您的地址和电话号码。其会显示您的具体计划承保，包括您的初级保健提供者。

本计划的网络内医生、医院、药剂师和其他提供者需要有关您的正确信息。**这些网络内提供者通过您的会员记录了解承保的服务和药物以及您的费用分摊金额。**因此，请务必帮助我们始终能获得您的最新信息。

让我们来了解下这些更改：

- 更改您的姓名、地址或电话号码
- 更改您拥有的任何其他健康保险承保（例如，来自您的雇主、您配偶的雇主、工伤补偿或 Medicaid）
- 如果您有任何责任保险索赔，例如因车祸提出索赔
- 如果您入住疗养院
- 如果您在区域外或网络外医院或急诊室接受治疗
- 如果您的指定责任方（例如护理者）已更改
- 如果您正在参加临床研究

如果上述任何信息发生了变化，请致电会员服务中心告知我们（电话号码见手册封底）。

另外，如果您迁居或变更邮寄地址，务必要联系社会保障局。您可以在第 2 章第 5 节中找到社会保障局的电话号码和联系信息。

通读我们发送给您的有关您拥有的任何其他保险承保的信息

Medicare 要求我们向您收集有关您拥有的任何其他医疗或药物保险承保的信息。这是因为，我们必须协调您拥有的任何其他承保与我们的计划为您提供的福利。（有关当您有其他保险时我们的承保会如何运作的更多信息，请参阅本章的第 10 节。）

我们每年都会向您发送一封信函，其中会列出我们所知的任何其他医疗或药物保险承保。请仔细通读这些信息。如果信息正确无误，您不需要做出任何回复。如果信息不正确，或者您有未列出的其他承保，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。

第 9 节 我们会保护您个人健康信息的隐私

第 9.1 节 我们确保会保护您的健康信息

联邦和州法律会保护您的病历和个人健康信息的隐私。我们会根据这些法律的要求保护您的个人健康信息。

有关我们会如何保护您的个人健康信息的更多信息，请参阅本手册第 8 章第 1.3 节。

第 10 节 如何搭配使用我们的计划和其他保险

第 10.1 节 当您有其他保险时，应先支付哪个计划？

当您有其他保险（例如雇主团体健康承保）时，请遵循 Medicare 设定的规则决定由谁先支付，我们的计划还是您的其他保险。先支付的保险称为“首要保险”，支付的最高金额是其承保限额。第二支付的保险称为“次要保险”，仅在首要承保留下了未承保的费用时支付。次要保险可能不会支付所有未承保的费用。

这些规则适用于雇主或工会团体健康计划承保：

- 如果您有退休人员承保，则由 Medicare 先支付。
- 如果您的团体健康计划承保基于您或您家庭成员当前的就业状况，则由谁先支付取决于您的年龄、您的雇主雇用的员工数，以及您是否有基于年龄、残疾或晚期肾病 (ESRD) 的 Medicare：
 - 如果您未满 65 岁且有残疾，并且您或您的家庭成员仍在工作，则如果雇主拥有至少 100 位员工，或者在多个雇主计划中至少有一个雇主拥有超过 100 位员工，则由团体健康计划先支付。
 - 如果您年满 65 岁，并且您或您的配偶仍在工作，则如果雇主拥有至少 20 位员工，或者在多个雇主计划中至少有一个雇主拥有超过 20 位员工，则由团体健康计划先支付。
- 如果您因 ESRD 而拥有 Medicare，则由您的团体健康计划先支付您达到 Medicare 资格后的前 30 个月的费用。

这些承保类型通常先支付与各自类型相关的服务费用：

- 无过失保险（包括汽车保险）
- 责任保险（包括汽车保险）
- 黑肺福利
- 工伤补偿

Medicaid 和 TRICARE 绝不会先支付 Medicare 承保的服务。这些仅在 Medicare、雇主团体健康计划和/或 Medigap 承保完成支付后才会进行付款。

如果您有其他保险，请告知医生、医院和药房。如果您对由谁先支付存在疑问，或者您需要更新您的其他保险信息，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。您可能需要向其他保险公司提供您的计划会员 ID 号（当您确认其身份后），以便其正确、及时地支付您的账单。

第 2 章

重要电话号码和资源

第 2 章 重要电话号码和资源

第 1 节	Bright Advantage Choice (HMO) 联系信息 （如何联系我们，包括在本计划中如何联系会员服务中心）	21
第 2 节	Medicare （如何直接从联邦 Medicare 计划获得帮助和信息）	25
第 3 节	州健康保险援助计划（免费帮助、信息及对您的 Medicare 疑问的解答）	27
第 4 节	品质改进机构（由 Medicare 付费检查 Medicare 用户获得的护理品质）	27
第 5 节	社会保障局	28
第 6 节	Medicaid （帮助一些收入和资源受限的人承担医疗费用的联邦和州联合计划）	29
第 7 节	有关帮助人们支付其处方药费用的计划的信息	29
第 8 节	如何联系铁路职工退休管理委员会	32
第 9 节	您的雇主是否提供了“团体保险”或其他健康保险？	33

第 1 节 **Bright Advantage Choice (HMO) 联系信息**（如何联系我们，包括在本计划中如何联系会员服务中心）

如何联系我们计划的会员服务中心

如需有关索赔、账单或会员卡问题方面的援助，请致电或致函 Bright Advantage Choice (HMO) 会员服务中心。我们很乐意为您提供帮助。

方式	会员服务中心 – 联系信息
电话	(844) 202-4974。拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点 会员服务中心还为不会说英语的人士提供免费的语言翻译服务。
TTY	711。拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点
传真	1-800-325-8115
写信	Bright Health Medicare Advantage Member Services P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
网站	https://brighthouseplan.com/medicare

当您就医疗护理申请承保决定时如何联系我们

承保决定是指我们对您的福利和承保或者我们要为您的医疗服务支付的费用做出的决定。有关就您的医疗护理申请承保决定的更多信息，请参阅第 9 章（*如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办*）。

如果您对我们的承保决定流程有疑问，可致电联系我们。

方式	对医疗护理的承保决定 – 联系信息
电话	1-844-202-4974 拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点

方式	对医疗护理的承保决定 – 联系信息
TTY	711 拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点
传真	住院同期审查请求：1-833-903-1068，预先授权请求：1-833-903-1067
写信	Bright Health Attn: Clinical Programs Delivery 777 NW Blue Parkway Suite 3350 Lee's Summit, MO 64086

当您就医疗护理提出上诉时如何联系我们

上诉是要求我们审查和更改我们做出的承保决定的正式途径。有关对您的医疗护理提出上诉的更多信息，请参阅第 9 章（如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）。

方式	对医疗护理的上诉 – 联系信息
电话	1-844-202-4974 拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点
TTY	711 拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点
传真	1-800-894-7742
写信	Bright Health Medicare Advantage Appeals & Grievances P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943

当您就医疗护理提出投诉时如何联系我们

您可以对我们或者我们的任何一个网络内提供者提出投诉，包括针对护理品质问题的投诉。这类投诉不涉及承保或支付争议。（如果您的问题与本计划的承保或支付有关，您应查看上文有关提出上诉的章节。）有关对您的医疗护理提出投诉的更多信息，请参阅第 9 章（如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）。

方式	有关医疗护理的投诉 – 联系信息
电话	1-844-202-4463 拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点
TTY	711 拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点
传真	1-800-894-7742
写信	Bright Health Medicare Advantage Appeals & Grievances P.O. Box 853943 Richardson, TX 75085-3943
MEDICARE 网站	您可直接向 Medicare 提出有关 Bright Advantage Choice (HMO) 的投诉。要向 Medicare 提交在线投诉，请前往 https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

当您就 D 部分处方药申请承保决定时如何联系我们

承保决定是指我们对您的福利和承保或就我们根据您的计划中包含的 D 部分福利要为您的承保处方药支付的费用做出的决定。有关就您的 D 部分处方药申请承保决定的更多信息，请参阅第 9 章（如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）。

方式	对 D 部分处方药的承保决定 – 联系信息
电话	1-833-665-5346 拨打此号码是免费的。 周一至周日，全天 24 小时
TTY	711 拨打此号码是免费的。 周一至周日，全天 24 小时
传真	1-877-503-7231
写信	EnvisionRx Options Attn: Bright Health - Part D Coverage Determinations 2181 East Aurora Rd., Suite 201 Twinsburg, OH 44087

方式	对 D 部分处方药的承保决定 – 联系信息
网站	https://brighthouseplan.com/medicare

当您就 D 部分处方药提出上诉时如何联系我们

上诉是要求我们审查和更改我们做出的承保决定的正式途径。有关就您的 D 部分处方药提出上诉的更多信息，请参阅第 9 章（如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）。

方式	对 D 部分处方药的上诉 – 联系信息
电话	1-833-665-5346 拨打此号码是免费的。 周一至周日，全天 24 小时
TTY	711 拨打此号码是免费的。 周一至周日，全天 24 小时
传真	1-877-503-7231
写信	EnvisionRx Options Attn: Bright Health - Part D Appeals 2181 East Aurora Rd. Suite 201 Twinsburg, OH 44087
网站	https://brighthouseplan.com/medicare

当您就 D 部分处方药提出投诉时如何联系我们

您可以对我们或者我们的任何一个网络内药房提出投诉，包括针对护理品质问题的投诉。这类投诉不涉及承保或支付争议。（如果您的问题与本计划的承保或支付有关，您应查看上文有关提出上诉的章节。）有关就您的 D 部分处方药提出投诉的更多信息，请参阅第 9 章（如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）。

方式	有关 D 部分处方药的投诉 – 联系信息
电话	1-833-665-5346 拨打此号码是免费的。 周一至周日，全天 24 小时
TTY	711 拨打此号码是免费的。 周一至周日，全天 24 小时

方式	有关 D 部分处方药的投诉 – 联系信息
传真	1-844-604-0420
写信	EnvisionRx Options Attn: Bright Health - Part D Grievances 2181 E Aurora Rd., Suite 201 Twinsburg, Ohio 44087
MEDICARE 网站	您可直接向 Medicare 提出有关 Bright Advantage Choice (HMO) 的投诉。要向 Medicare 提交在线投诉, 请前往 https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

如何提出相关申请, 以要求我们就您已获得的医疗护理或药物支付我们应承担的费用

如果您需要要求我们报销或支付提供者发给您的账单, 有关这种情况的更多信息, 请参阅第 7 章 (要求我们支付您收到的承保医疗服务或药物账单中我们应支付的份额)。

请注意: 如果您向我们发送了付款请求而我们拒绝了该申请, 您可以对我们的决定提出上诉。请参阅第 9 章 (如果您有疑问或想要投诉 (承保决定、上诉、投诉) 该怎么办), 了解更多信息。

方式	付款请求 – 联系信息
写信	医疗索赔: Bright Health Medicare Advantage Claims Operations P.O. Box 853960 Richardson, TX 75085-3960 D 部分索赔: EnvisionRx Options Attn: DMR Department 2181 E. Aurora Rd Suite 201 Twinsburg, OH 44087
网站	https://brighthouseplan.com/medicare

第 2 节 Medicare (如何直接从联邦 Medicare 计划获得帮助和信息)

Medicare 是面向年满 65 岁的人、某些未满 65 岁的残疾人以及晚期肾病 (需要进行透析或肾脏移植的永久性肾衰竭) 患者的联邦健康保险计划。

负责 Medicare 的联邦机构是 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (有时称为 “CMS”)。该机构与包括我们在内的 Medicare Advantage 组织签订了合同。

方式	Medicare – 联系信息
电话	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 拨打此号码是免费的。 每周 7 天，每天 24 小时。
TTY	1-877-486-2048 此号码需要使用特殊电话设备，仅面向具有听力或言语障碍的人士。拨打此号码是免费的。
网站	https://www.medicare.gov 这是 Medicare 的官方政府网站。其可为您提供有关 Medicare 的最新信息以及当前的 Medicare 问题。还提供了有关医院、疗养院、医师、家庭保健机构和透析机构的信息。另外，该网站还提供了诸多手册，且您可以直接从计算机打印这些手册。您还可以在此找到您所在州的 Medicare 联系信息。 Medicare 网站上还提供了有关您的 Medicare 资格和投保选项的详细信息以及下列工具： • Medicare 资格工具：提供 Medicare 资格状态信息。 • Medicare 计划查找工具：提供有关您所在区域的可用 Medicare 处方药计划、Medicare 健康计划和 Medigap（Medicare 补充保险）政策的个性化信息。这些工具可用于估计在不同的 Medicare 计划中您可能需要承担的自付费用。 您还可以利用该网站告知 Medicare 您对 Bright Advantage Choice (HMO) 提出的任何投诉： • 告知 Medicare 您的投诉：您可直接向 Medicare 提出有关 Bright Advantage Choice (HMO) 的投诉。要向 Medicare 提交投诉，请前往 https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 会认真对待您的投诉，并且会运用这些信息来帮助改进 Medicare 计划的品质。 如果您没有计算机，您或能借用本地图书馆或老年活动中心的计算机访问此网站。或者，您也可以致电 Medicare，告诉他们您要查找哪些信息。他们将会在网站上查找这些信息，然后打印出来并将其发送给您。（您可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。）

第 3 节 州健康保险援助计划（免费帮助、信息及对您的 Medicare 疑问的解答）

州健康保险援助计划 (SHIP) 是一个政府计划，每个州都有训练有素的咨询师。在纽约，SHIP 被称为纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP)。

纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP) 是独立组织（与任何保险公司或健康计划无关）。这是一项州计划，从联邦政府获得资金，为有 Medicare 的人提供免费的当地健康保险咨询。

纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP) 咨询师可以帮助您解决您的 Medicare 问题。它们可帮助您了解自己的 Medicare 权利、帮助您就自己接受的医疗护理或治疗提出投诉，以及帮助您理清与 Medicare 账单有关的问题。纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP) 咨询师还可帮助您了解您的 Medicare 计划选择并解答与更换计划有关的问题。

方式	纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP)
电话	1-800-701-0501
TTY	711
写信	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251

第 4 节 品质改进机构（由 Medicare 付费检查 Medicare 用户获得的护理品质）

在每个州都指定了一家品质改进机构为 Medicare 受益人提供服务。针对纽约的品质改进机构即为 Livanta - 纽约品质改进机构。

Livanta - 纽约品质改进机构拥有一个由医生和其他医疗保健专业人员组成的团队，而这些人员由联邦政府支付薪水。此机构由 Medicare 出资，旨在检查 Medicare 投保人获得的护理品质并帮助改进。Livanta - 纽约品质改进机构是一家独立的机构，与我们的计划没有关联。

在以下任一情况中，您应联系 Livanta - 纽约品质改进机构：

- 您要对您获得的护理品质提出投诉。
- 您认为您的住院承保过早终止。
- 您认为您的家庭医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务承保过早终止。

方式	Livanta – 纽约品质改进机构
电话	1-866-815-5440 工作日：上午 9 点至下午 5 点。周末和假期：上午 11 点至下午 3 点。
TTY	1-866-868-2289 此号码需要使用特殊电话设备，仅面向具有听力或言语障碍的人士。
写信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
网站	https://www.livantaqio.com

第 5 节 社会保障局

社会保障局负责确定 Medicare 的资格并处理投保事宜。年满 65 岁，或患有残疾或晚期肾病且满足特定条件的美国公民和合法永久居民，具有 Medicare 资格。如果您已经获得社会保障局支票，则会自动参加 Medicare。如果您目前未获得社会保障局支票，则必须报名参加 Medicare。社会保障局会处理 Medicare 的投保流程。要申请 Medicare，您可以致电社会保障局，或访问当地社会保障局办公室。

社会保障局还负责确定哪些人因为收入较高而必须为其 D 部分药物承保支付额外的金额。如果您收到社会保障局的信函，声称您必须支付额外的费用，并且您对该笔费用有疑问，或者您的收入由于人生大事而发生了变化，您可以致电社会保障局要求复议。

如果您迁居或变更邮寄地址，务必要联系社会保障局，通知他们。

方式	社会保障局 – 联系信息
电话	1-800-772-1213 拨打此号码是免费的。 周一至周五上午 7 点至晚上 7 点提供服务。 您可以全天 24 小时使用社会保障局的自动电话服务，从而获得录制的信息并处理一些业务。
TTY	1-800-325-0778 此号码需要使用特殊电话设备，仅面向具有听力或言语障碍的人士。 拨打此号码是免费的。 周一至周五上午 7 点至晚上 7 点提供服务。
网站	https://www.ssa.gov

第 6 节 Medicaid（帮助一些收入和资源受限的人承担医疗费用的联邦和州联合计划）

Medicaid 是一项联邦和州联合计划，可帮助一些收入和资源受限的人承担医疗费用。有些参加了 Medicare 的人也符合 Medicaid 的资格。

此外，还有一些通过 Medicaid 提供的计划可帮助 Medicare 保户支付他们的 Medicare 费用，例如 Medicare 保费。这些“Medicare 节省计划”每年可以帮助收入和资源受限的人省钱：

- **合格 Medicare 受益人 (QMB)：**帮助支付 Medicare A 部分和 B 部分保费，以及其他分摊费用（例如免赔额、共同保险和共付额）。（有些拥有 QMB 的人也有资格享受全部 Medicaid 福利 (QMB+)。）
- **特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：**帮助支付 B 部分保费。（有些拥有 SLMB 的人也有资格享受全部 Medicaid 福利 (SLMB+)。）
- **合格个人 (QI)：**帮助支付 B 部分保费。
- **合格残障人士和上班人士 (QDWI)：**帮助支付 A 部分保费。

如需了解有关 Medicaid 及其计划的更多信息，请联系纽约州卫生署。

方式	纽约州卫生署
电话	1-800-541-2831 周一至周五，上午 8 点半至下午 4 点 45
TTY	711
写信	New York State Department of Health Corning Tower, Empire State Plaza Albany, NY 12237
网站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

第 7 节 有关帮助人们支付其处方药费用的计划的信息

Medicare 的“额外帮助”计划

Medicare 可向收入和资源受限的人提供“额外帮助”以支付其处方药费用。资源包括储蓄和股票，但不包括房屋或汽车。如果您符合资格，则将帮助您支付任何 Medicare 药物计划的每月保费、年度免赔额和处方共付额。这种“额外帮助”还可累计到您的自付费用中。

收入和资源受限的人可能有资格获得“额外帮助”。有些人无需申请即已自动有资格获得“额外帮助”。Medicare 会向自动有资格获得“额外帮助”的人寄送信函。

您可能可获得“额外帮助”来支付您的处方药保费和药费。如需查看您是否有资格获得“额外帮助”，请致电：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户应致电 1-877-486-2048，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务；
- 社会保障局 1-800-772-1213，此电话周一至周五的上午 7 点到晚上 7 点提供服务。TTY 用户应致电 1-800-325-0778（申请）；或
- 您所在州的 Medicaid 办公室（请参阅本章第 6 节，获得联系信息）。

如果您认为自己有资格获得“额外帮助”，并且认为自己在药房获取处方药时支付的费用分摊金额有误，我们的计划已建立有相应的流程，可供您请求援助以获得正确的共付额等级的证明，或者如果您已有证明，可将这些证明交给我们。

- 如需有关获得最佳证明方面的帮助，请致电 ID 卡背面列出的号码联系会员服务中心。
- 当我们收到显示您的共付额等级的证明后，将会更新系统，以便您下次在药房获取处方药时可以支付正确的共付额。如果多付了共付额，我们将会为您报销。我们将会通过支票退还您多付的金额，或者抵扣未来的共付额。如果药房未向您收取共付额，而是将您的共付额记作您的欠账，我们将直接向药房付款。如果州政府已代表您付款，我们将直接向州政府支付。如果您有疑问，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。

Medicare 承保缺口折扣计划

Medicare 承保缺口折扣计划向达到承保缺口且未获得“额外帮助”的 D 部分会员提供原研药制药厂折扣。对于原研药，制药厂为承保缺口费用提供的 70% 折扣不包括任何配药费。对于原研药，会员需支付 25% 的协议价格和一部分配药费。

如果您达到承保缺口，当药房对您的处方药记账时我们将自动为您申请折扣，且您的 D 部分福利说明（D 部分 EOB）将会显示提供的任何折扣。您支付的金额和制药厂的折扣金额都将计入您的自付费用中（看似全部由您支付），以助您完成承保缺口阶段。本计划支付的金额 (5%) 不会计入您的自付费用。

您还可获得一些适用于仿制药的承保。如果您达到承保缺口，本计划将支付仿制药价格的 75%，您支付剩余的 25%。对于仿制药，本计划支付的金额 (75%) 不会计入您的自付费用。只有您支付的金额才会计入，进而助您完成承保缺口阶段。另外，药费中还包含了配药费。

Medicare 承保缺口折扣计划可在全国提供。由于 Bright Advantage Choice (HMO) 在承保缺口阶段提供额外的缺口承保，因此您的自付费用有时将会低于此处列出的费用。请参阅第 6 章第 6 节，详细了解承保缺口阶段您可获得的承保。

如果您对您正在使用的药物是否可获得折扣或者 Medicare 承保缺口折扣计划的一般事宜有任何疑问，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。

如果您可获得州政府药物援助计划 (SPAP) 承保该怎么办？

如果您参加了州政府药物援助计划 (SPAP)，或者可承保 D 部分药物的任何其他计划（非“额外帮助”），您将可获得 70% 的承保原研药折扣。另外，本计划还支付承保缺口中原研药费用的 5%。70% 折扣以及本计划支付的 5% 都适用于进行任何 SPAP 或其他承保之前的药价。

如果您可获得艾滋病药物援助计划 (ADAP) 承保该怎么办？

什么是艾滋病药物援助计划 (ADAP)？

艾滋病药物援助计划 (ADAP) 有助于符合 ADAP 资格的艾滋病毒携带者/艾滋病患者能够获得拯救生命的艾滋病毒药物。也被 ADAP 承保的 Medicare D 部分处方药有资格从纽约州未投保护理计划获得处方费用分摊援助。注意：为了获得您所在州运营的 ADAP 的资格，个人必须符合某些标准，包括国家居住证明和艾滋病病毒感染状况证明、国家规定的低收入，以及未投保/保险不足的状况。

如果您当前参加了 ADAP，其可以继续就 ADAP 处方集中的药物向您提供 Medicare D 部分处方费用分摊援助。为确保您继续获得此项援助，请通知当地 ADAP 登记工作人员您的 Medicare D 部分计划名称或保单号的任何变更。

有关资格标准、承保的药物或如何参加本计划的信息，请致电纽约州未投保护理计划。

下面列出了您所在州的艾滋病药物援助计划。

方式	纽约州未投保护理计划
电话	1-800-542-2437 周一至周五，上午 8 点至下午 5 点
TTY	711
写信	HIV Uninsured Care Programs Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220
网站	http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

如果您从 Medicare 获得“额外帮助”来助您支付处方药费用该怎么办？

您能否获得折扣？

不能。如果您获得“额外帮助”，则在承保缺口期间已获得了处方药费用承保。

如果您未获得折扣，而您认为自己本应获得，该怎么办？

如果您认为您已达到承保缺口，但在支付原研药费用时却未获得折扣，您应审核自己的下一份 D 部分福利说明（D 部分 EOB）通知。如果折扣未出现在您的 D 部分福利说明中，您应联系我们，确保您的处方记录是最新的记录且正确无误。如果我们不认同您本应获得折扣，您可以上诉。若您要提出上诉，您可以从州健康保险援助计划 (SHIP)（电话号码见本章第 3 节）获得相关帮助，或者致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

州政府药物援助计划

许多州都有州政府药物援助计划，可根据财务需要、年龄、病症或残疾情况帮助某些人支付处方药费用。每个州在对会员提供药物承保时采用不同的规则。

纽约州的州政府药物援助计划是纽约州老年人药物保险承保 (EPIC)。

方式	纽约州老年人药物保险承保 (EPIC)
电话	1-800-332-3742
写信	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212
网站	http://www.health.state.ny.us/nysdoh/epic/faq.htm

第 8 节 如何联系铁路职工退休管理委员会

铁路职工退休管理委员会是一个独立的联邦机构，负责管理全国铁路工作者及其家庭的综合福利计划。如果您对自己从铁路职工退休管理委员会获得的福利有疑问，请联系该机构。

如果您通过铁路职工退休管理委员会接受 Medicare，则当您迁居或变更邮寄地址时，务必要通知他们。

方式	铁路职工退休管理委员会 – 联系信息
电话	1-877-772-5772 拨打此号码是免费的。 如果您按“0”，则可在周一、周二、周四和周五上午 9 点至下午 3 点半以及周三上午 9 点至中午 12 点与 RRB 代表通话。 如果您按“1”，则可全天 24 小时接通自动 RRB 求助热线并收听录制的信息，包括周末和假期。
TTY	1-312-751-4701 此号码需要使用特殊电话设备，仅面向具有听力或言语障碍的人士。拨打此号码需要收费。
网站	https://secure.rrb.gov/

第 9 节 您的雇主是否提供了“团体保险”或其他健康保险？

如果您（或您的配偶）在本计划中可获得您（或您配偶）的雇主或退休人员群体提供的福利，则当您有任何疑问时，可以致电雇主/工会福利管理员或会员服务中心。您可以咨询您（或您配偶）的雇主或退休人员健康福利、保费或投保期。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）您还可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)，咨询与本计划下的 Medicare 承保有关的问题。

如果您可以通过您（或您配偶）的雇主或退休人员群体获得其他处方药承保，请联系**该群体的福利管理员**。福利管理员可以帮助您确定如何将您目前的处方药承保与我们的计划相结合。

第 3 章

使用本计划承保
您的医疗服务

第 3 章 使用本计划承保您的医疗服务

第 1 节	在您作为我们的计划会员获得可承保的医疗护理方面需要了解的信息.....	36
第 1.1 节	什么是“网络内提供者”和“承保服务”？	36
第 1.2 节	获得本计划承保的医疗护理的基本规则.....	36
第 2 节	使用本计划的网络内提供者获得医疗护理.....	37
第 2.1 节	您可以选择一个初级保健提供者 (PCP) 提供和监督您的医疗护理	37
第 2.2 节	若未获得 PCP 事先批准，您可以获得哪些类型的医疗护理？	38
第 2.3 节	如何从专科医生和其他网络内提供者获得护理.....	38
第 2.4 节	如何从网络外提供者获得护理.....	39
第 3 节	当您在灾难期间遇到紧急情况或急需护理时，如何获得承保服务.....	39
第 3.1 节	如果您遇到医疗紧急情况，可获得护理.....	39
第 3.2 节	当您急需服务时获得护理	40
第 3.3 节	灾难期间获得护理.....	40
第 4 节	如果您获得的承保服务直接向您全额记账该怎么办？	41
第 4.1 节	您可以要求我们为您的承保服务支付我们的费用分摊金额	41
第 4.2 节	如果我们的计划未承保服务，您必须全额支付费用.....	41
第 5 节	当您参加“临床研究”时，如何承保您的医疗服务？	41
第 5.1 节	什么是“临床研究”？	41
第 5.2 节	当您参加临床研究时，其费用由谁支付？	42
第 6 节	在“宗教非医疗保健机构”中获得承保护理的规则	43
第 6.1 节	什么是宗教非医疗保健机构？	43
第 6.2 节	我们的计划可承保宗教非医疗保健机构提供的哪些护理？	43
第 7 节	拥有耐用医疗设备的规则.....	43
第 7.1 节	使用我们的计划进行若干次付款之后，您是否能拥有耐用医疗设备？	43

第 1 节 在您作为我们的计划会员获得可承保的医疗护理方面需要了解的信息

本章说明了使用本计划获得承保的医疗护理时您需要了解的信息。其中提供了术语定义并说明了在获得本计划承保的治疗、服务和其他医疗护理时您需要遵守的规则。

有关我们的计划承保的医疗护理以及获得此类护理时您需要支付的费用详细信息，请参阅第 4 章（*医疗福利表：我们承保的服务和您必须支付的费用*）中的福利表。

第 1.1 节 什么是“网络内提供者”和“承保服务”？

本文提供的一些定义可助您了解如何获得作为我们计划的会员可得到承保的护理和服务：

- **“提供者”** 是指获得州政府许可提供医疗服务和护理的医生和其他医疗保健专业人员。“提供者”一词还包括医院和其他医疗保健机构。
- **“网络内提供者”** 是指与我们达成协议可接受我们的付款和您的费用分摊金额作为全部付款的医生及其他医疗保健专业人员、医疗团队、医院和其他医疗保健机构。我们已经安排这些提供者向我们计划中的会员交付承保服务。我们的网络内提供者会就其为您提供的服务而向我们收费。当您在网络内提供者处就诊时，仅需针对他们提供的服务支付您的费用分摊金额。
- **“承保服务”** 包括我们的计划承保的所有医疗护理、医疗保健服务、用品和设备。第 4 章的福利表中列出了为您承保的医疗护理服务。

第 1.2 节 获得本计划承保的医疗护理的基本规则

作为 Medicare 健康计划，Bright Advantage Choice (HMO) 必须承保 Original Medicare 承保的所有服务，并且必须遵守 Original Medicare 的承保规则。

只要符合下面的条件，Bright Advantage Choice (HMO) 通常就会承保您的医疗护理：

- 本计划的医疗福利表中列明了您可接受的护理（该表位于本手册的第 4 章）。
- 您接受的护理可视为医疗必需品。“医疗必需品”是指预防、诊断或治疗您的病症所需的并且符合可接受的医疗实践标准的服务、用品或药物。
- 有网络内初级保健提供者 (PCP) 提供和监督您所需的护理。作为我们计划的会员，您必须选择一个网络内 PCP（有关这方面的更多信息，请参阅本章的第 2.1 节）。
 - 对于紧急护理或急需服务，无需从 PCP 转诊。
- 您必须从网络内提供者接受护理（有关这方面的更多信息，请参阅本章的第 2 节）。在大多数情况下，从网络外提供者（不在我们计划的网络中的提供者）获得的护理将无法获得承保。以下是三种例外情况：
 - 本计划承保您从网络外提供者获得的紧急护理或急需服务。如需获得有关这方面的更多信息，并了解什么是紧急护理或急需服务，请参阅本章的第 3 节。

- 如果您需要 Medicare 要求我们计划承保的医疗护理，而我们的网络内提供者无法提供此护理，您可以从网络外提供者获得这种护理。向网络外提供者寻求非急救或非紧急护理之前，您必须获得预先授权。在这种情况下，您将像从网络内提供者获得护理那样支付相同的费用。有关获得批准以向网络外医生就诊的信息，请参阅本章的第 2.4 节。
- 当您暂时不在本计划的服务区域时，本计划可承保您在 Medicare 认证的透析机构获得的肾脏透析服务。

第 2 节

使用本计划的网络内提供者获得医疗护理

第 2.1 节

您可以选择一个初级保健提供者 (PCP) 提供和监督您的医疗护理

什么是“PCP”以及 PCP 会为您提供哪些服务？

- 什么是 PCP？

初级保健提供者 (PCP) 是将协助您管理总体健康的网络内提供者，其中包括预防性护理、找出新症状的原因或者帮助您管理多种慢性疾病。

- 哪些类型的提供者可以充当 PCP？

PCP 可以是以下专业领域的医生（拥有 MD 或 DO 学位的执业医师）、医师助理或执业护士（NP、APN、FNP、DNP、APRN）：家庭医学、内科、老年病科、儿科或全科。

- 我的 PCP 承担什么角色？

PCP 是几乎所有医疗保健需求的第一联系人。无论您是否有任何病症，这些提供者都将在护理、教育、治疗和支持等方面为您提供协助，以使您保持最佳健康状况。PCP 是您的健康倡导者，也是您最亲密的合作者，可助您实现您的医疗保健目标。

您不需要从 PCP 转诊到其他网络内提供者；但是，我们强烈建议您在选择专科医生或寻求其他护理之前与 PCP 商讨。对于需要授权的服务，PCP 可以协助您完成该流程。

您应如何选择 PCP？

请您务必花点时间认真选择 PCP，因为他们是您最亲密的合作者，可满足您的医疗保健需求。如果您当前的 PCP 不在我们网络内，Bright Health 可以协助您确定可满足您需要的 PCP。

如需有关确定和选择 PCP 方面的帮助，请访问我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare>，或致电 ID 卡背面的会员服务中心号码。（手册封底也列出了会员服务中心的电话号码。）

更换 PCP

您可以出于任何原因随时更换 PCP。同样，您的 PCP 也可能退出我们计划的提供者网络，此时您将必须寻找新 PCP。

您可以访问我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare> 找到新 PCP，然后致电 ID 卡背面的会员服务中心号码，从而更换自己的 PCP。（手册封底也列出了会员服务中心的电话号码。）您的新 PCP 指定将在收到您的请求后立即生效。

更换 PCP 可能会使您限制于 PCP 转诊的特定专科医生和/或医院（例如子网络、专科医生、实验室、放射科等）。

第 2.2 节 若未获得 PCP 事先批准，您可以获得哪些类型的医疗护理？

Bright Health 不要求 PCP 转诊医疗护理。

第 2.3 节 如何从专科医生和其他网络内提供者获得护理

专科医生是指为特定疾病或身体部位提供医疗保健服务的医生。专科医生涉及许多不同的领域。例如：

- 肿瘤医生为癌症患者提供护理。
- 心脏病医生为心脏疾病患者提供护理。
- 矫形科医生为患有特定骨骼、关节或肌肉病症的患者提供护理。

您可以向网络内专科医生就诊而不必通过 PCP 转诊；但是，始终建议您在向专科医生就诊之前先听取 PCP 的看法和建议。

专科医生提供的特定服务可能需要预先授权。如果需要预先授权，可以由您自己、PCP 或专科医生申请。请参阅本手册第 4 章第 2.1 节，了解有关哪些服务需要预先授权以及如何申请的更多信息。

如需有关找到网络内专科提供者方面的帮助，请联系您的 PCP、访问我们的网站

<https://brighthouseplan.com/medicare>，或致电 ID 卡背面的会员服务中心号码。（手册封底也列出了会员服务中心的电话号码。）

如果专科医生或其他网络内提供者退出我们的计划该怎么办？

我们可能在该年度期间对计划中的医院、医生和专科医生（提供者）进行更改。您的提供者可能会因为多种原因退出您的计划，但如果您的医生或专科医生确实退出您的计划，则您拥有下述某些权利和保护：

- 尽管我们的提供者网络可能会在一年之内发生变化，但 Medicare 需要确保您在需要时可以看合格的医生和专科医生。
- 我们将尽最大努力至少提前 30 天通知您，告知您的提供者将要退出我们的计划，以便您有时间选择新的提供者。
- 我们将协助您选择新的合格提供者，使您的医疗保健需求继续得到满足。
- 如果您正在接受治疗，则您有权请求您正在接受的医学上必需的治疗不中断，并且我们将与您一起确保做到这一点。
- 如果您认为我们没有为您提供合格提供者来替换您以前的提供者，或者您的护理没有得到妥善管理，则您有权就我们的决定提出上诉。

- 如果您发现您的医生或专科医生即将退出您的计划，请与我们联系，以便我们协助您寻找新的医疗服务提供者并管理您的护理。

如需更多援助，请致电 (844) 202-4974，此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。TTY：711。

第 2.4 节 如何从网络外提供者获得护理

不属于急救或区域外紧急护理的任何网络外护理，未获预先授权将无法享受承保。

当您暂时不在本计划的服务区域时，本计划还可承保您在 Medicare 认证的透析机构获得的肾脏透析服务。

如果您需要 Medicare 要求我们计划承保的医疗护理，而我们的网络内提供者无法提供此护理，我们将授权适当的网络外提供者为您服务。您将像从网络内提供者获得护理那样支付相同的费用。

第 3 节 当您在灾难期间遇到紧急情况或急需护理时，如何获得承保服务

第 3.1 节 如果您遇到医疗紧急情况，可获得护理

什么是“医疗紧急情况”，如果遇到这种情况该怎么办？

“医疗紧急情况”是指您或任何其他具备健康和医学常识的谨慎外行人，认为您出现急需就医以防丧生、肢体缺损或肢体功能丧失的医疗症状。这些医学症状可能会是疾病、受伤、剧痛或正迅速恶化的病症。

如果您遇到医疗紧急情况：

- **尽快获得帮助。**拨打 911 寻求帮助或前往最近的急诊室或医院。需要时打电话叫救护车。您无需先获得 PCP 批准或转诊。
- **尽快确保已将您的紧急情况告知我们的计划。**我们需要跟踪您的紧急护理。您或其他人通常应在 48 小时内致电我们，告知紧急护理事宜。电话：(844) 202-4974，服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日每周 7 天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。

如果您遇到医疗紧急情况，哪些服务可获得承保？

只要您需要，不管是在美国或其领土中的任何地方，都可以获得承保的紧急医疗护理。若以任何其他方式进入急救室可能会危及您健康，则在这种情况下，我们的计划可承保救护车服务。有关更多信息，请参阅本手册第 4 章中的“医疗福利表”。

如果您遇到紧急情况，我们将与紧急护理医生沟通，以帮助管理和跟进您的护理。为您提供紧急护理的医生将决定您的病情何时稳定，以及医疗紧急情况何时结束。

紧急护理结束后，您有权获得后续护理，以确保您的病情继续稳定。您的后续护理将由我们的计划承保。如果您的紧急护理由网络外提供者提供，只要您的病症和环境允许，我们就会尝试安排网络内提供者接手您的护理。

如果不是医疗紧急情况该怎么办？

有时，很难判断您的情况是否属于医疗紧急情况。例如，您可能认为您的健康受到严重威胁，需要寻求紧急护理，而医生可能会说那根本不是医疗急救情况。如果最终证明不属于紧急情况，只要您合理地认为自己的健康受到严重威胁，我们仍将为您的护理承保。

但是，在医生判定它不属于紧急情况后，只有当您通过下面两种方式中的一种获得其他护理时，我们才会为其他护理承保：

- 您前往网络内提供者获得其他护理。
- – 或者 – 您获得的其他护理可视为“急需服务”，并且您须遵守获得此急需服务的规则（有关这方面的更多信息，请参阅下文第 3.2 节）。

第 3.2 节 当您急需服务时获得护理

什么是“急需服务”？

“急需服务”是指非紧急且无法预料的疾病、受伤或立刻需要医疗护理的情况。急需服务可能由网络内提供者提供，或在网络内提供者暂时不可用或找不到时由网络外提供者提供。举例来说，无法预料的情况可以是您所患的已知疾病无法预料地突然发作。

如果您急需护理时位于本计划的服务区域内该怎么办？

您始终都应尝试从网络内提供者获得急需服务。但是，如果提供者暂时不可用或找不到，并且不适合等到网络可用后再获得网络内提供者提供的护理，我们将会承保您从网络外提供者获得的急需服务。

如需有关找到最近的网络内紧急护理中心方面的帮助，请访问我们的网站，或使用 ID 卡背面的号码联系会员服务中心。（手册封底也列出了会员服务中心的电话号码。）

如果您急需护理时位于本计划的服务区域外该怎么办？

当您在服务区域外并且无法从网络内提供者获得服务时，我们的计划将承保您从任何提供者获得的急需服务。

如果您在美国境外接受护理，则我们的计划将不承保急救服务、急需服务或任何其他服务。

第 3.3 节 灾难期间获得护理

如果您所在州的州长、美国卫生与公众服务部部长或美国总统宣布您所在的地理区域处于灾难或紧急状态，您仍然有权通过本计划获得护理。

请访问以下网站：<https://brighthouseplan.com/medicare-advantage/resource/faq>，了解有关在灾难期间如何获得所需护理的信息。

通常情况下，如果您在灾难期间无法使用网络内提供者，则您的计划将允许您按网络内费用分摊金额获得网络外提供者的护理。如果您在灾难期间无法使用网络内药房，您可以在网络外药房配药。请参阅第 5 章第 2.5 节，了解更多信息。

第 4 节 如果您获得的承保服务直接向您全额记账该怎么办？

第 4.1 节 您可以要求我们为您的承保服务支付我们的费用分摊金额

如果您为承保服务支付的费用超过了您的分摊金额，或者如果您收到了承保医疗服务的全额费用账单，请参阅第 7 章（*要求我们支付您收到的承保医疗服务或药物账单中我们应支付的份额*），了解该怎么办。

第 4.2 节 如果我们的计划未承保服务，您必须全额支付费用

Bright Advantage Choice (HMO) 可承保具有医疗必要性、列于本计划的医疗福利表（该表位于本手册第 4 章）且根据计划规则获得的所有医疗服务。对于因为属于计划不承保的服务或者未经授权从网络外获得的服务，您须负责全额支付费用。

如果您对我们是否支付您正在考虑的任何医疗服务或护理的费用有任何疑问，您有权在获得该服务或护理之前询问我们是否可为您承保。您还有权要求以书面形式提供此信息。如果我们声明将不承保您的服务，您有权就我们不为您的护理提供承保的决定提出上诉。

第 9 章（*如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办*）中更详细地介绍了如果您希望我们做出承保决定或者想要对我们已做出的决定提出上诉该怎么办。您也可以致电会员服务中心，了解更多信息（电话号码见手册封底）。

对于有福利限制的承保服务，若您用尽适用于该类承保服务的福利，则您应全额支付之后获得的任何该类服务的费用。

非承保服务或超过福利限制的服务的费用不会计入您的计划的最高自付金额。（请参阅第 4 章，了解有关您的计划的最高自付金额的详细信息。）如果您想了解您已使用的福利限制的金额，可以致电会员服务中心。

第 5 节 当您参加“临床研究”时，如何承保您的医疗服务？

第 5.1 节 什么是“临床研究”？

临床研究（又称“临床试验”）是医生和科学家测试新医疗护理类型的途径，例如用于确定新抗癌药的效果。他们通过要求志愿者帮助完成研究来测试新医疗护理程序或药物。这种研究是帮助医生和科学家了解新方法是否有效以及是否安全的科研流程的最后阶段之一。

并非所有临床研究都会向我们计划的会员开放。Medicare 首先需要批准研究。如果您参加了 Medicare 尚未批准的研究，您须自行负责支付参加该研究的所有费用。

一旦 Medicare 批准了研究，该研究的相关人员将会与您联系，然后详细解释介绍该研究并了解您是否符合开展该研究的科学家设定的要求。只要您符合研究的要求，*且*您完全了解并接受参加该研究涉及的事项，您就可以参加研究。

如果您参加 Medicare 批准的研究，Original Medicare 将支付您在该研究中接受的承保服务的大部分费用。在您参加临床研究期间，您仍可继续参加我们的计划，并继续通过我们的计划获得您的剩余护理（与研究无关的护理）。

如果您想参加 Medicare 批准的临床研究，则无需获得我们或您的 PCP 批准。在临床研究中为您提供护理的提供者 *并非*一定是我们计划的网络内提供者。

虽然您不需要我们的计划准许您参加临床研究，**但是在参加临床研究之前，您需要告知我们。**

如果您计划参加临床研究，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底），告知他们您将参加临床试验，并确定与您的计划将支付哪些费用有关的详细信息。

第 5.2 节 当您参加临床研究时，其费用由谁支付？

当您参加 Medicare 批准的临床研究时，您在研究中接受的常规用品和服务将可获得承保，包括：

- 即使您不参加研究 Medicare 仍将为您支付的住院食宿费用。
- 研究中包含的手术或其他医疗程序。
- 治疗因新护理导致的副作用及并发症。

Original Medicare 将支付您在该研究中接受的承保服务的大部分费用。在 Medicare 支付了这些服务中的分摊费用金额后，我们的计划也将支付费用中的相关部分。我们将支付 Original Medicare 分摊的费用与您作为我们的计划会员分摊的费用之间的差额。也就是说，您在研究中接受的服务所支付的费用金额与您从我们的计划接受这些服务时支付的金额相同。

*下面举例说明费用分摊的机制：*假定您在研究中的实验室检测费用为 100 美元。另外假设按照 Original Medicare，您针对此项检测的费用分摊金额为 20 美元，但是此项检测在我们计划的福利中可获得 10 美元。在这种情况下，Original Medicare 会支付 80 美元的检测费用，而我们会支付 10 美元。这意味着您须支付 10 美元，这与您根据我们的计划福利支付的金额相同。

为了使我们支付费用分摊金额，您将需要提交付款请求。根据您的请求，您将需要向我们发送一份您的 Medicare 汇总通知或其他说明您在研究中接受了哪些服务以及您的应付金额的文件。请参阅第 7 章，了解有关提交付款请求的更多信息。

若您参加了临床研究，**无论是 Medicare 还是我们的计划都不承保以下任何用品或服务：**

- 通常，Medicare 将不承保研究正在测试的新用品或服务，除非即使您未参加研究 Medicare 仍承保该用品或服务。
- 研究为您或任何参与者免费提供的用品和服务。
- 仅为收集数据而提供的用品或服务，且不可用于直接医疗保健。例如，如果您的病症正常情况下只需要一次 CT 扫描，Medicare 将不会支付在研究中进行的每月 CT 扫描的费用。

您想要了解更多信息吗？

您可以阅读 Medicare 网站 (<https://www.medicare.gov>) 上的“Medicare 和临床研究”，了解有关参加临床研究的更多信息。您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

第 6 节 在“宗教非医疗保健机构”中获得承保护理的规则

第 6.1 节 什么是宗教非医疗保健机构？

宗教非医疗保健机构是指为一般在医院或专业护理机构中进行治疗的病症提供护理的机构。如果在医院或专业护理机构中获得护理违背会员的宗教信仰，我们将可对在宗教非医疗保健机构中进行的护理提供承保。您可以随时出于任何原因选择寻求医疗护理。该福利仅向 A 部分住院服务（非医疗保健服务）提供。Medicare 仅支付宗教非医疗保健机构提供的非医疗保健服务的费用。

第 6.2 节 我们的计划可承保宗教非医疗保健机构提供的哪些护理？

要从宗教非医疗保健机构获得护理，您必须签署一份法律文件，声明您发自内心地反对接受“非强制性”治疗。

- “非强制性”医疗护理或治疗是指您 *自愿接受且联邦、州或地方法律并未要求的任何医疗护理或治疗*。
- “强制性”治疗是指您 *非自愿接受或联邦、州或地方法律要求的医疗护理或治疗*。

为获得我们的计划承保，您从宗教非医疗保健机构获得的护理必须满足下列条件：

- 提供护理的机构必须得到了 Medicare 认证。
- 我们的计划对您接受的服务的承保仅限于 *非宗教* 方面的护理。
- 如果您从此机构获得护理机构向您提供的服务，则适用下列条件：
 - 您所患病症必须可使您接受适用于住院患者医院护理或专业护理机构护理的承保服务。
- *并且* - 您在入住该机构之前必须获得我们计划的事先批准，否则您将得不到承保。

只要您的住院符合 Medicare 承保指导原则，为您承保的住院天数就不受限制。第 4 章“医院福利表”中的“住院患者医院护理”部分介绍了承保限制。

第 7 节 拥有耐用医疗设备的规则

第 7.1 节 使用我们的计划进行若干次付款之后，您是否能拥有耐用医疗设备？

耐用医疗设备 (DME) 包括氧气设备和用品、轮椅、助行器、电动床垫系统、拐杖、糖尿病用品、语音产生装置、静脉输液泵、喷雾器以及提供者居家使用订购的医院病床等用品。会员可始终拥有特定用品，例如假体。在本节中，我们探讨了您必须租用的其他类型 DME。

在 Original Medicare 中，租用特定类型 DME 的人，只要支付了用品 13 个月的共付额，即可拥有该设备。但是，作为 Bright Advantage Choice (HMO) 会员，无论您在参加我们的计划期间为租用的 DME 用品支付了多少共付额，都不会获得该用品的所有权。即使您在参加我们的计划之前已通过 Original Medicare 连续 12 个月支付了 DME 用品的费用，无论您在参加我们的计划期间为该用品支付了多少共付额，都不会获得其所有权。

如果您更换为 Original Medicare，为耐用医疗设备支付的费用将会怎样？

如果在我们的计划中未获得 DME 用品的所有权，则当您更换为 Original Medicare 后，必须重新连续支付 13 个月才能拥有该用品。在我们的计划中进行的支付不会计入这 13 个月连续支付。

如果您参加我们的计划之前曾在 Original Medicare 中为 DME 用品支付费用不到 13 次，则您先前的支付同样不会计入这 13 个月连续支付。恢复为 Original Medicare 后，您将必须重新进行 13 个月连续支付才能拥有该用品。当您恢复 Original Medicare 时，这种情况也无例外。

第 4 章

医疗福利表（我们承保的服务和您必须支付的费用）

第 4 章 医疗福利表（我们承保的服务和您必须支付的费用）

第 1 节	了解您在承保服务中承担的自付费用	47
第 1.1 节	您可以为您的承保服务支付的自付费用的类型	47
第 1.2 节	您的计划免赔额是多少？	47
第 1.3 节	您为 Medicare A 部分和 B 部分承保的医疗服务支付的最高金额是多少？	48
第 1.4 节	我们的计划不允许提供者对您设立“差额缴费”	48
第 2 节	使用医疗福利表确定我们为您承保的服务和您必须支付的费用	49
第 2.1 节	您作为本计划会员的医疗福利和费用	49
第 2.2 节	您可购买的额外“可选的补充性”福利	75
第 3 节	本计划不承保哪些服务？	87
第 3.1 节	我们不承保的服务（除外条款）	87

第 1 节 了解您在承保服务中承担的自付费用

本章重点讨论您的承保服务以及您为医疗福利支付的金额。在本章包含的医疗福利表中，列出了您可获得承保服务，并显示您作为 Bright Advantage Choice (HMO) 会员应为每种承保服务支付多少费用。在本章的后面部分，您可以找到有关不承保的医疗服务的信息。它还解释了对特定服务的限制。

第 1.1 节 您可以为您的承保服务支付的自付费用的类型

为了理解我们在本章中向您提供的支付信息，您需要了解您可能为您的承保服务支付的自付费用类型。

- **“免赔额”** 是指在我们的计划开始支付其应支付的分摊金额之前，您必须为医疗服务支付的金额。（第 1.2 节详细说明了您的计划免赔额。）
- **“共付额”** 是指您每次获得特定医疗服务时支付的固定金额。每次获得医疗服务时您应支付共付额。（第 2 节的“医疗福利表”详细说明了您的共付额。）
- **“共同保险”** 是指您支付的特定医疗服务总费用的百分比。每次获得医疗服务时您应支付共同保险。（第 2 节的“医疗福利表”详细说明了您的共同保险。）

大部分有资格获得 Medicaid 或合格 Medicare 受益人 (QMB) 计划的人都无需支付免赔额、共付额或共同保险。如果适用，请务必向提供者出示您的 Medicaid 或 QMB 资格证明。如果您认为要求您支付的费用并不准确，请联系会员服务中心。

第 1.2 节 您的计划免赔额是多少？

您的免赔额为 400 美元。此金额是您在我们为您的承保医疗服务支付我们的费用分摊金额之前必须支付的自付费用。除非您已经支付免赔额，否则必须全额支付您的承保服务的费用。当您支付了免赔额之后，我们将开始为您的承保医疗服务支付我们的费用分摊金额，而您在该日历年的剩余时间里支付您的费用分摊金额（您的共付额或共同保险金额）。

某些服务可能无需支付免赔额。这意味着即使您尚未支付您的免赔额，我们也会为这些服务支付我们的费用分摊金额。免赔额不适用于下列服务：

- 网络内初级保健医师服务
- 网络内专科医生服务
- 网络内诊断程序/检测/实验室服务
- 网络内地面救护车服务
- 网络内糖尿病用品和服务
- 网络内透析服务
- Medicare 承保的网络内免费预防性服务

- Medicare 不承保下列服务：
 - 网络内或网络外年度身体检查
 - 网络内健康俱乐部和健身会员
 - 网络内或网络外听力常规检查
 - 网络内或网络外预防性牙科服务
 - 网络内或网络外视力常规检查

第 1.3 节 您为 Medicare A 部分和 B 部分承保的医疗服务支付的最高金额是多少？

由于您参加了 Medicare Advantage 计划，因此您每年必须向 Medicare A 部分和 B 部分承保的网络内医疗服务支付的自付费用金额存在限制（请参阅下文第 2 节的“医疗福利表”）。此限制称为医疗服务的最高自付金额。

作为 Bright Advantage Choice (HMO) 会员，2020 年您需要为网络内承保 A 部分和 B 部分服务支付的最高自付金额为 6,700 美元。您为网络内承保服务支付的共付额和共同保险的金额都计入此最高自付金额内。（您支付的 D 部分处方药的费用金额不计入最高自付金额。此外，您为某些服务支付的费用金额也不计入最高自付金额。）如果您达到 6,700 美元的最高自付金额，则不必再支付当年度网络内承保 A 部分和 B 部分服务剩余的任何自付费用金额。但是，您必须继续支付 Medicare B 部分保费（除非 B 部分保费由 Medicaid 或其他第三方为您支付）。

第 1.4 节 我们的计划不允许提供者对您设立“差额缴费”

作为 Bright Advantage Choice (HMO) 会员，您可获得的一项重要保护是，您在获得我们计划承保的服务时，只要您达到任何免赔额，则仅需支付自己的费用分摊金额。我们不允许提供者增加额外的独立收费，即“差额缴费”。即使我们向提供者支付的金额少于提供者的服务收费，以及即使存在争议时我们不支付特定提供者收费，也适用这种保护（您支付的金额永不超过自己的费用分摊金额）。

这种保护的工作原理如下。

- 如果您的费用分摊是共付额（固定金额，例如 15.00 美元），则您只需为网络内提供者提供的任何承保服务支付该金额。
- 如果您的费用分摊是共同保险（总收费的百分比），则您支付的金额不超过该百分比。但是，您分摊的费用取决于您就诊的提供者类型：
 - 如果您从网络内提供者获得承保服务，您支付的金额等于共同保险百分比乘以本计划的报销比率（在提供者与本计划的合同中确定）。
 - 如果您从参加了 Medicare 的网络外提供者获得承保服务，您支付的金额等于共同保险百分比乘以合约提供者的 Medicare 支付比率。（记住，只有某些情况下计划才会承保从网络外

提供者获得的服务，例如当您转诊时。）

- 如果您从未参加 Medicare 的网络外提供者获得承保服务，您支付的金额等于共同保险百分比乘以非合约提供者的 Medicare 支付比率。（记住，只有某些情况下计划才会承保从网络外提供者获得的服务，例如当您转诊时。）
- 如果您认为提供者对您设立“差额缴费”，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。

第 2 节 使用医疗福利表确定我们为您承保的服务和您必须支付的费用

第 2.1 节 您作为本计划会员的医疗福利和费用

下文的医疗福利表列出了 Bright Advantage Choice (HMO) 承保的服务以及您为每种服务支付的自付费用金额。只有符合下列承保要求时，才会承保医疗福利表中列出的服务：

- 您的 Medicare 承保服务必须按照 Medicare 规定的承保指导原则提供。
- 您的服务（包括医疗护理、服务、用品和设备）必须具有医疗必要性。“医疗必需品”是指预防、诊断或治疗您的病症所需的并且符合可接受的医疗实践标准的服务、用品或药物。
- 您从网络内提供者获得护理。在大多数情况下，从网络外提供者获得的护理将无法获得承保。第 3 章介绍了对使用网络内提供者的要求以及我们对从网络外提供者获得的服务进行承保的情况。
- 只有当医生或其他网络内提供者事先获得我们批准（有时称为“预先授权”）时，才会承保医疗福利表中列出的某些服务。需要事先批准的承保服务在医疗福利表中用斜体标出。

需要了解的有关承保的其他重要事项：

- 像所有 Medicare 健康计划那样，对于 Original Medicare 承保的所有服务，我们都会予以承保。对于某些福利，您在我们计划中支付的金额高于 Original Medicare。而对于其他福利，您支付的金额可能更少。（如果您希望了解更多有关 Original Medicare 的承保范围和费用的信息，请参阅《Medicare 和您 2020》手册。在网站 <https://www.medicare.gov> 上查看本手册，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份手册，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。）
- 对于 Original Medicare 免费承保的所有预防性护理，我们也将免费为您承保。但是，如果您在接受预防性服务的就诊期间还对现有病症进行了治疗或监测，则对现有病症进行的护理将会产生共付额。
- 有时，Medicare 还会增加该年度期间按照 Original Medicare 对新服务提供的承保。如果 2020 年 Medicare 增加了任何新服务承保，Medicare 或我们的计划将会承保这些服务。

针对慢性疾病投保者的重要福利信息

- 如果您被诊断为患有以下慢性疾病且符合特定标准，则可能有资格获得慢性疾病特殊补充性福利。
 - 糖尿病

- 请参阅下文医疗福利表中的“慢性疾病特殊补充性福利”部分，了解详细信息。



在福利表中，您将会在预防性护理旁边看到此苹果图标。特定服务可能需要预先授权。

医疗福利表

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
 腹主动脉瘤筛查 对高危人群的一次性筛查超声检查。只有当您有特定风险因子且您的医师、医师助理、执业护士或临床护理专家因此让您转诊时，本计划才会承保此筛查。	符合此预防性筛查资格的会员无需承担共同保险、共付额和免赔额。
救护车服务 - 只有当会员的病症严重至若使用其他方式会令其健康受到威胁，或者若已获得本计划的授权时，承保的救护车服务才包括将会员运送至距离最近且可提供所需护理的合适设施的固定翼、旋转翼飞机和地面救护车服务。 - 如果有记录表明会员的病症严重至若使用其他方式可能会危及他人健康，并且在医学上有必要使用救护车运送，则适合通过救护车提供非紧急交通服务。	每趟 Medicare 承保的地面救护车服务的共付额为 200 美元。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>对于非紧急交通工具，需要预先授权。</i> 需要支付免赔额。 每趟 Medicare 承保的空中救护车服务的共付额为 250 美元。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>对于非紧急交通工具，需要预先授权。</i>
年度常规身体检查 年度常规身体检查包括全面身体检查以及慢性疾病状况评估。不包括实验室测试、放射诊断性测试、非放射诊断性测试或诊断性测试。额外分摊的费用可能适用于在就诊期间执行任何实验室或诊断性测试，在本医疗福利表中针对每种单独的服务进行了介绍。年度常规身体检查限制为每年一次。	0 美元共付额

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
 年度健康就诊 如果您参加 B 部分的时间已超过 12 个月，则可进行年度健康就诊，以根据您当前的健康和风险因子制定或更新个人预防计划。这项服务每 12 个月承保一次。 注意： 您的第一次年度健康就诊不得在“欢迎加入 Medicare”预防就诊后的 12 个月内进行。但是，当您参加 B 部分满 12 个月后，无需承保“欢迎加入 Medicare”就诊即可进行年度健康就诊。	年度健康就诊没有共同保险、共付额或免赔额。
 骨量测定 对于符合资格的个人（通常是指存在骨量流失风险或骨质疏松风险的人），如果具有医疗必要性，可按每 24 个月一次或更高的频率承保下列服务：鉴定骨量、检测骨质流失或确定骨质量的程序，包括医师对结果的解读。	Medicare 承保的骨量测定没有共同保险、共付额或免赔额。
 乳腺癌筛查（乳房 X 光检查） 承保服务包括： • 35 岁至 39 岁之间的女性，一次基线乳房 X 光检查 • 年满 40 岁的女性，每 12 个月一次筛查乳房 X 光检查 • 每 24 个月一次临床乳腺检查	承保的筛查乳房 X 光检查没有共同保险、共付额或免赔额。
心脏康复服务 对于符合特定条件并有医嘱的会员，可承保心脏康复服务的全面计划，包括锻炼、教育和咨询。 本计划还承保通常比心脏康复计划更加严格或强度更高的强化心脏康复计划。	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 25 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i> 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 50 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i>
 心血管疾病风险降低就诊（心血管疾病治疗） 我们每年可承保一次为了帮助降低心血管疾病风险而由初级保健	强化行为治疗心血管疾病预防性福利没有共同保险、共付额或免赔额。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
医生进行的就诊。在此次就诊期间，医生可能会讨论阿斯匹林的使用（如有），检查您的血压并向您提供一些有关健康饮食的提示。	
 心血管疾病检测 用于检测心血管疾病（或与心血管疾病的风险升高相关的异常）的血液检查，每 5 年（60 个月）一次。	对于每 5 年承保一次的心血管疾病检测，没有共同保险、共付额或免赔额。
 宫颈癌和阴道癌筛查 承保服务包括： • 对于所有女性：巴氏涂片检查和盆腔检查每 24 个月承保一次 • 如果您罹患宫颈癌或阴道癌风险较高，或者您是育龄女性且在过去 3 年内有过巴氏涂片检查结果异常：每 12 个月一次巴氏涂片检查	Medicare 承保的预防性巴氏涂片检查和盆腔检查没有共同保险、共付额或免赔额。

[illegible]

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
• 预防（洗牙） 限每年 2 次洗牙 • 牙科 X 光检查 限 2 次 X 光检查 • 氟化物治疗 限每年 1 次氟化物治疗 注意：服务必须由 Liberty 牙科小组牙医提供，才能在本计划中视为网络内可支付的服务。查看提供者目录，以查找 Liberty 提供者。	0 美元共付额 0 美元共付额 0 美元共付额
 抑郁症筛查 我们每年承保一次抑郁症筛查。该筛查必须在能够提供随访治疗和/或转诊的初级保健环境中完成。	年度抑郁症筛查就诊没有共同保险、共付额或免赔额。
 糖尿病筛查 如果您存在下列风险因子，我们可承保此筛查（包括空腹血糖检测）：高血压、异常胆固醇和甘油三酯水平（血脂异常）病史、肥胖或高血糖（葡萄糖）病史。如果您符合其他要求，例如体重过高及有家族糖尿病史，还可承保检测费用。 根据这些检测的结果，您可能符合每 12 个月不超过两次糖尿病筛查的资格。	Medicare 承保的糖尿病筛查检测没有共同保险、共付额或免赔额。
 糖尿病自我管理培训、糖尿病服务和用品 适用于所有糖尿病患者（胰岛素和非胰岛素用户）。承保服务包括： • 监测血糖的用品：血糖仪、血糖试纸、刺血针装置和刺血针，以及用于检查试纸和血糖仪准确度的葡萄糖对照液。 • 对于重度糖尿病足病患者：每个日历年一双定制的治疗鞋（包括随此鞋提供的衬垫）以及两双衬垫，或者一双深腰鞋和三双衬垫（不包括随此鞋提供的非定制可拆衬垫）。承保范围包括试穿。	每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 <i>可能需要预先授权。</i> 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 <i>可能需要预先授权。</i>

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
特定条件下，可承保糖尿病自我管理培训。	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。
耐用医疗设备 (DME) 和相关用品 （有关“耐用医疗设备”的定义，请参阅本手册第 12 章。） 承保的用品包括但不限于：轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、提供者居家使用订购的医院病床、静脉输液泵、语音产生装置、氧气设备、喷雾器和助行器。 我们承保 Original Medicare 可承保的所有具有医疗必要性的 DME。如果您所在区域的供应商没有特定品牌或制造商的产品，您可以询问他们是否可以专门为您订购。您可访问我们的网站 https://brighthouseplan.com/medicare 获取最新的供应商清单。	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共同保险为 16%。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>需要预先授权。</i>
紧急护理 紧急护理是指以下服务： - 由具备提供紧急服务资格的提供者提供，且 - 评估紧急病症或稳定病症所需的措施。 “医疗紧急情况”是指您或任何其他具备健康和医学常识的谨慎外行人，认为您出现急需就医以防丧生、肢体缺损或肢体功能丧失的医疗症状。这些医学症状可能会是疾病、受伤、剧痛或正迅速恶化的病症。 网络外提供者提供的必要紧急服务的费用分摊与网络内提供者提供的此类服务相同。仅限美国及其领土内的承保。	每项 Medicare 承保的服务的共付额为 90 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 如果您在 24 小时内住进医院，则免除共付额。 如果您在网络外医院接受紧急护理并在紧急情况稳定后需要住院护理，您必须返回网络内医院，以便您的护理继续在承保范围内，或者您在本计划授权的网络外医院接受住院护理且您承担的费用等于您使用网络内医院时要支付的费用分摊金额。
 卫生和健康教育计划 包括通过网络内健身中心实施的 Silver&Fit® 运动®和健康老龄化计划的会员资格。您可以获得以下任意一项： - 健身中心会员资格：您可以前往已加入本计划且离您最近的 Silver&Fit 健身俱乐部或运动中心，或 - 居家健身计划：如果您无法前往健身中心或您想在家运动，则可以选择多种居家健身套餐。每个福利年您最多可获得两个套餐。	0 美元共付额

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
您还可以获得注重改善和提高肌肉力量和耐力、运动能力、柔韧性、运动范围、平衡性、灵敏性和协调性的低强度 Silver&Fit 课程（如果可用）；健康老龄化课程（在线或 DVD）；季度通讯；以及 Web 工具。 Silver&Fit 计划由 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供。Silver&Fit 是 ASH 在联邦注册的商标。	
听力服务 提供者为了确定您是否需要治疗而进行的诊断性听力和平衡性评估可获得与医师、听觉病矫治专家或其他合格提供者提供的门诊护理同样的承保。 其他常规听力检查 限每年 1 次就诊	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 0 美元共付额
 艾滋病病毒筛查 对于申请艾滋病病毒筛查检测或艾滋病病毒感染风险升高的人，我们承保： • 每 12 个月筛查一次 对于孕妇，我们承保： • 怀孕期间最多筛查三次	符合 Medicare 承保的预防性艾滋病病毒筛查资格的会员无需承担共同保险、共付额和免赔额。
家庭保健机构护理 在获得家庭保健服务之前，医生必须证明您需要家庭保健服务，并且规定家庭保健服务由家庭保健机构提供。您必须居家，也就是说您出门不易。 承保服务包括但不限于： • 兼职或间歇性专业护理和家庭保健助理服务（为了获得家庭医疗保健福利承保，您的专业护理和居家健康助理服务必须合计不超过每天 8 小时及每周 35 小时） • 物理治疗、职业治疗和语言治疗 • 医疗和社会服务 • 医疗设备和用品	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 <i>需要预先授权。</i>

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
善终护理 您可以从任何经 Medicare 认证的善终服务计划获得护理。如果医生和善终服务主任医师对您的绝症预后证明您身患绝症，且按疾病正常发展，您的剩余生命不超过 6 个月，则您符合善终福利的资格。您的善终服务医生可以是网络内提供者，也可以是网络外提供者。 承保服务包括： • 用于控制症状和缓解疼痛的药物 • 短期喘息服务 • 家庭护理 <u>对于善终服务及 Medicare A 或 B 部分承保的与您的绝症预后有关的服务：</u> Original Medicare（而非我们的计划）将支付您的善终服务以及与您的绝症预后有关的任何 A 部分和 B 部分服务的费用。 由于您参加了善终服务计划，您的善终服务提供者将为 Original Medicare 支付费用的服务向 Original Medicare 收取费用。 <u>对于 Medicare A 或 B 部分承保的与您的绝症预后无关的服务：</u> 如果您需要 Medicare A 或 B 部分承保的与您的绝症预后无关的非紧急、非急需服务，这些服务的费用取决于提供者是否在我们计划的网络内： • 如果您从网络内提供者获得承保服务，则只需为网络内服务支付本计划的费用分摊金额 • 如果您从网络外提供者获得承保服务，则应支付 Fee-for-Service Medicare (Original Medicare) 的费用分摊金额 <u>对于 Bright Advantage Choice (HMO) 承保但 Medicare A 或 B 部分不承保的服务：</u> 无论是否与您的绝症预后有关，Bright Advantage Choice (HMO) 都将继续承保 A 或 B 部分不承保的计划承保服务。您应支付这些服务的计划费用分摊金额。 <u>对于计划的 D 部分福利可承保的药物：</u> 善终服务和我们的计划不会同时承保这些药物的费用。有关更多信息，请参阅第 5 章第 9.4 节（如果您参加了经 Medicare 认证的善终服务该怎么办？）。 注意： 如果您需要非善终护理（与绝症预后无关的护理），您应联系我们安排这些服务。	当您参加了 Medicare 认证的善终服务计划时，与绝症预后有关的善终服务以及 A 部分和 B 部分服务由 Original Medicare 而非 Bright Advantage Choice (HMO) 支付费用。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
 免疫接种 承保的 Medicare B 部分服务包括： - 肺炎疫苗 - 流感疫苗，秋季和冬季的每个流感季节一次；如有医疗必要性则可额外承保一次流感疫苗 - 乙肝疫苗，前提是您感染乙型肝炎的风险为高或中等 - 其他疫苗，前提是您有患病风险且符合 Medicare B 部分承保规则 我们还可根据 D 部分处方药福利承保其他一些疫苗。	肺炎、流感和乙肝疫苗没有共同保险、共付额或免赔额。
住院患者医院护理 包括住院患者急症、住院患者康复、长期护理医院和其他类型的住院患者医院服务。住院患者医院护理从您依照医生的指示正式入院之日开始。出院前一天是您住院的最后一天。	需要支付免赔额。 每次 Medicare 承保的住院的共付额为 600 美元。 额外 Medicare 承保天数的共付额为 0 美元。
承保服务包括但不限于： - 半私人病房（或私人病房，如具有医疗必要性时） - 餐饮，包括特殊饮食 - 常规护理服务 - 特殊监护病房（例如，重症监护或冠心病监护病房）费用 - 药物和用药 - 实验室测试 - X 光检查和其他放射服务 - 必需的手术和医疗用品 - 器械的使用，例如轮椅 - 手术室和恢复室费用 - 物理、职业和语言治疗 - 住院药物滥用服务	Medicare 医院受益期不适用。 （请参阅 <i>重要词汇的定义</i> 一章中的受益期定义。）对于住院患者医院护理，您每次入院时均可适用上述费用分摊。转入独立机构（例如，住院患者康复医院或长期护理医院）可视为重新入院。 对于每个住院患者住院期，只要按照计划规则可承保住院，您获得的承保就没有天数限制。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i>

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
在特定条件下，承保下列类型的移植：角膜、肾脏、肾胰联合、心脏、肝、肺、心/肺、骨髓、干细胞和肠/多器官。如果您需要移植，我们将安排经 Medicare 批准的移植中心审查您的案例，以决定您是否适合进行移植。移植提供者可能位于本地，也可能在服务区域外。如果我们的网络内移植服务采用社区外护理模式，只要本地移植提供者愿意接受 Original Medicare 比率，您就可以选择在本地进行。如果 Bright Advantage Choice (HMO) 提供的移植服务在社区移植护理模式以外的地点，并且您选择在此较远的地点获得移植，我们将为您和同伴安排住宿和交通或支付相关费用。 - 血液 - 包括存储和管理。全血和红血球浓厚液的承保仅从您需要的第四品脱血液开始 - 您必须支付该日历年中获得的 前 3 品脱血液的费用，或者这些血液由您或他人捐献。所有其他血液成分都从使用的第一品脱开始承保。 - 医师服务 注意：为了住院，您的提供者必须开出医嘱，将您作为该医院的住院患者正式收治。即使您在医院过夜，您可能仍会被视为“门诊患者”。如果您不确定自己是住院患者还是门诊患者，您应询问医院工作人员。 您还可以参阅名为“您是住院患者还是门诊患者？如果您有 Medicare - 敬请询问！”的 Medicare 情况说明书，了解更多信息。您可访问网站 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或者致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取该情况说明书。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。您可以拨打这些免费电话号码，且这些电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。	如果您在紧急情况稳定下来后仍在网络外医院接受授权住院护理，则您承担的费用是您在网络内医院将支付的最高分摊费用金额。 “门诊患者医院观察”中详细地介绍了门诊观察的费用分摊。
住院患者精神医疗保健 - 承保服务包括需要住院的精神医疗保健服务。 - 精神病医院的住院服务存在 190 天的寿命期限限制。此 190 天限制不适用于普通医院精神病科提供的精神医疗保健服务。	需要支付免赔额。 每次 Medicare 承保的住院的共付额为 600 美元。 额外 60 天的寿命保留时间的共付额为 0 美元。 Medicare 医院受益期可用于确定计入 190 天寿命期限限制的住院精神医疗保健的承保天数。（请参阅“重要词汇的定义”一章中的受益期定义。）但是，上述费用分摊适用于您每

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
	次住院，包括同一受益期内多次住院。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 可能需要预先授权。
住院：非承保住院期间在医院或 SNF 中获得的可承保服务 如果您的住院福利用尽或者住院不合理且非必需，我们将不承保您的住院费用。但是，在某些情况下，我们将承保您在医院或专业护理机构 (SNF) 接受的特定服务。 承保服务包括但不限于： • 医师服务 • 诊断性测试（例如实验室测试） • X 光检查、镭和同位素治疗，包括技师材料和服务 • 外科敷料 • 用于减少骨折和脱位的夹板、石膏和其他服务 • 更换全部或部分身体内部器官（包括邻近组织）或者永久丧失功能或失常的身体内部器官的全部或部分功能的假体和矫正器械（非牙科），包括更换或修复此类器械 • 腿、手臂、背部和颈部支具；疝气带；以及假腿、假臂和义眼，包括因破裂、磨损、丢失或患者身体状况变化而必须进行的调整、修复和更换 • 物理治疗、语言治疗和职业治疗	当住院无法再获得承保时，这些服务将通过以下章节中介绍的项目进行承保： 请参阅下文的“医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊）”。 请参阅下文的“门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品”。 请参阅下文的“门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品”。 请参阅下文的“门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品”。 请参阅下文的“门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品”。 请参阅下文的“假体器械和相关用品”。 请参阅下文的“假体器械和相关用品”。 请参阅下文的“门诊康复服务”。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
 医学营养治疗 这项福利适用于患有糖尿病、肾脏疾病（但不包括透析）或遵医嘱完成肾脏移植的患者。 在您通过 Medicare（其中包括我们的计划、任何其他 Medicare Advantage 计划或 Original Medicare）获得医学营养治疗服务的第一年，我们承保 3 个小时的一对一咨询服务，此后每年 2 个小时。如果您的病症、治疗或诊断结果发生变化，医师可能会开立医嘱，增加您的治疗时数。如果治疗需要延续到下一日历年，医师必须在处方中注明这些服务，并每年更新其医嘱。	符合 Medicare 承保的医学营养治疗服务资格的会员无需承担共同保险、共付额和免赔额。
 Medicare 糖尿病预防计划 (MDPP) 对于所有 Medicare 健康计划的合资格 Medicare 受益人，将会承保 MDPP 服务。 MDPP 是一种结构化健康行为变化干预，在长期膳食变化、增加体力活动和解决问题的策略方面提供实用的培训，以克服持续减肥和保持健康生活方式的挑战。	MDPP 福利没有共同保险、共付额或免赔额。
Medicare B 部分处方药 这些药物由 Original Medicare 的 B 部分承保。我们计划的会员可通过我们的计划承保这些药物。 承保药物包括： • 通常不由患者自行给药而是在您获得医师、医院门诊或门诊手术中心服务时注射或输液的药物 • 获得本计划授权后，您使用耐用医疗设备（例如喷雾器）给药的药物 • 您自行注射的凝血因子，前提是您患有血友病 • 免疫抑制药物，前提是您器官移植时参加了 Medicare A 部分 • 注射型骨质疏松症药物，前提是您居家治疗、所患骨折经医生证明与绝经后骨质疏松有关且无法自行给药 • 抗原 • 特定口服抗癌药和止吐药 • 用于家庭透析的特定药物，包括肝素、具有医疗必要性的肝素解毒剂、局部麻醉剂和红细胞生成刺激剂（例如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa）	可能需要支付免赔额。每项 Medicare 承保的服务的共同保险为 16%。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i> 可能需要支付免赔额。每项 Medicare 承保的服务的共同保险为 16%。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i>

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
用于原发性免疫缺陷疾病居家治疗的静脉注射免疫球蛋白 第 5 章说明了 D 部分处方药福利，包括为了获得处方承保您必须遵守的规则。第 6 章说明了您通过我们的计划为 D 部分处方药支付的费用。	
 为促进持续减肥而进行的肥胖筛查和治疗 如果您的体重指数达到 30 或以上，我们会承保强化辅导，以助您减肥。如果您是在可与您的全面预防计划进行协调的初级保健环境中获得，则将承保此辅导。与初级保健医生或从业者讨论，了解更多信息。	预防性肥胖筛查和治疗没有共同保险、共付额或免赔额。
阿片类药物治疗计划服务 阿片类药物使用障碍治疗服务由 Original Medicare 的 B 部分承保。我们计划的会员可通过我们的计划承保这些服务。承保服务包括： - FDA 批准的阿片类激动剂和拮抗剂治疗药物以及此类药物的配药和给药（如果适用） - 药物滥用咨询 - 个人和集体治疗 - 毒理学测试	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 <i>需要预先授权。</i>
门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品 承保服务包括但不限于： - X 光检查 - 放射（镭和同位素）治疗，包括技师材料和用品	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。<i>可能需要预先授权。</i> 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共同保险为 20%。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i>

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
• 手术用品，例如医用敷料 • 用于减少骨折和脱位的夹板、石膏和其他服务 • 实验室测试 • 血液 - 包括存储和管理。全血和红血球浓厚液的承保仅从您需要的第四品脱血液开始 - 您必须支付该日历年中获得的前 3 品脱血液的费用，或者这些血液由您或他人捐献。所有其他血液成分都从使用的第一品脱开始承保。 • 其他门诊诊断性测试 - 非放射诊断性服务 • 其他门诊诊断性测试 - 放射诊断性服务，不包括 X 光检查。	可能需要支付免赔额。每项 Medicare 承保的服务的共同保险为 20%。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i> 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 15 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i> 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 175 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i> 需要支付免赔额。 50-175 美元的共付额，取决于 Medicare 承保的服务。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i>
门诊患者医院观察 观察服务是为了确定您需要收治住院还是可以出院而提供的医院门诊服务。 为承保门诊患者医院观察服务，它们必须符合 Medicare 的条件且被视为合理及必要。只有按照医师或者州执业注册法和医院工作人员细则授权的其他个人要求患者住院的医嘱或进行门诊测试的医嘱提供时，观察服务才能获得承保。 注意：除非提供者开出医嘱要求您作为住院患者入住医院，否则您就属于门诊患者，需要支付门诊医院服务的费用分摊金额。即	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 275 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>需要预先授权。</i>

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
使您在医院过夜，您可能仍会被视为“门诊患者”。如果您不确定自己是否属于门诊患者，您应询问医院工作人员。 您还可以参阅名为“您是住院患者还是门诊患者？如果您有 Medicare - 敬请询问！”的 Medicare 情况说明书，了解更多信息。您可访问网站 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或者致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取该情况说明书。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。您可以拨打这些免费电话号码，且这些电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。	
门诊患者医院服务 我们承保您在医院门诊部为了诊断或治疗疾病或伤害而接受的具有医疗必要性的服务。 承保服务包括但不限于： • 急诊室的服务 • 在门诊诊所执行的服务 • 门诊患者手术或观察 • 由医院记账的实验室和诊断性测试 • 精神医疗保健，包括日间留院计划，前提是医生证明住院治疗是必需服务 • 由医院记账的 X 光检查和其他放射服务 • 医疗用品，例如夹板和石膏	请参阅“紧急护理”。 请参阅“医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊）”。 请参阅“门诊患者手术（包括医院门诊室和门诊手术中心提供的服务）”及“门诊患者医院观察”。 请参阅“门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品”。 请参阅“门诊患者精神医疗保健”。 请参阅“门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品”。 请参阅“门诊患者诊断性测试和治疗性服务与用品”。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
您无法自行给药的特定药物和生物制剂 注意：除非提供者开出医嘱要求您作为住院患者入住医院，否则您就属于门诊患者，需要支付门诊医院服务的费用分摊金额。即使您在医院过夜，您可能仍会被视为“门诊患者”。如果您不确定自己是否属于门诊患者，您应询问医院工作人员。 您还可以参阅名为“您是住院患者还是门诊患者？如果您有 Medicare - 敬请询问！”的 Medicare 情况说明书，了解更多信息。您可访问网站 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或者致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取该情况说明书。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。您可以拨打这些免费电话号码，且这些电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。	请参阅“Medicare B 部分处方药”。
门诊患者精神医疗保健 承保服务包括： 适用的州法律允许州府许可的精神科医生、临床心理学医生、临床社会工作者、临床护理专家、执业护士、医师助理或其他 Medicare 合格精神医疗保健专业人员提供的精神医疗保健服务。 - 精神科医生提供的服务 - 其他精神医疗保健提供者提供的服务	需要支付免赔额。 每次 Medicare 承保的个人就诊的共付额为 40 美元。 每次 Medicare 承保的集体就诊的共付额为 20 美元。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>需要预先授权。</i> 需要支付免赔额。 每次 Medicare 承保的个人就诊的共付额为 40 美元。 每次 Medicare 承保的集体就诊的共付额为 20 美元。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>需要预先授权。</i>

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
门诊康复服务 承保服务包括：物理治疗、职业治疗和语言治疗。 门诊康复服务可在各种门诊环境中提供，例如医院门诊部、独立治疗专家办公室以及综合门诊康复机构 (CORF)。 - 物理治疗专家或语言治疗专家提供的服务 - 职业治疗专家提供的服务 门诊药物滥用服务 根据 Original Medicare 的承保，您接受的药物滥用治疗也可享受承保。	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 25 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 需要预先授权。 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 25 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 需要预先授权。 需要支付免赔额。 每次 Medicare 承保的个人就诊的共付额为 40 美元。 每次 Medicare 承保的集体就诊的共付额为 20 美元。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 需要预先授权。
门诊患者手术（包括医院门诊室和门诊手术中心提供的服务） 注意：如果您在医院设施中进行手术，应向提供者核实您将是住院患者还是门诊患者。除非提供者开出医嘱要求您作为住院患者入住医院，否则您就属于门诊患者，需要支付门诊手术的费用分摊金额。即使您在医院过夜，您可能仍会被视为“门诊患者”。 在门诊医院提供的服务	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 275 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 需要预先授权。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
在门诊手术中心提供的服务	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 175 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>需要预先授权。</i>
日间留院服务 “日间留院”是一种结构化积极精神病学治疗计划，属于医院门诊服务，或由社区精神健康中心提供，强度比在医生或治疗专家的办公室接受的护理更高，并且可作为住院治疗的替代方案。	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 55 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>需要预先授权。</i>
医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊） 承保服务包括： - 由初级保健提供者在医师办公室提供的具有医疗必要性的医疗护理或手术服务 - 在认证门诊手术中心、医院门诊部或任何其他地点进行的具有医疗必要性的医疗护理或手术服务 - 专科医生会诊、诊断和治疗 - 由专科医生执行的基础听力和平衡性检查，前提是您的医生要求进行该检查以了解您是否需要接受治疗。	每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 请参阅本章前文中的“门诊患者手术”，了解门诊手术中心就诊或医院门诊环境中的任何适用的费用分摊金额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 45 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>需要预先授权。</i> 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
- 特定远程医疗服务，包括：初级保健医师和专科医生。您可以选择通过本人亲自就诊或通过远程医疗接受这些服务。如果您选择通过远程医疗接受这些服务，则您必须使用当前通过远程医疗提供该服务的网络内提供者。 - PCP 或专科医生服务 - 会员可以通过台式机、平板电脑或移动设备获得远程医疗服务。有关如何获得远程医疗服务的详细说明，请访问我们的网站 (https://brighthouseplan.com/medicare)，或联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。 - 医师或从业者为特定农村地区或 Medicare 批准的其他地点的患者提供的特定远程医疗服务，包括会诊、诊断和治疗 - 远程医疗服务，适用于家庭透析会员在医院或偏远地区资源医院的肾脏透析中心、肾脏透析机构或会员家中进行每月 ESRD 相关就诊 - 远程医疗服务，用于诊断、评估或治疗急性中风症状 - 与医生进行简短的虚拟（例如，通过电话或视频聊天）5-10 分钟会话签到 — <u>如果您是已接收的患者且虚拟签到与过去 7 天内的办公室就诊无关，也不会预定接下来 24 小时或可用的最早预约时间之内的办公室就诊</u> - 对您发送给医生的预录制视频和/或影像的远程评估，包括医生的解读，以及 24 小时内的随访 — <u>如果您是已接收的患者且远程评估与过去 7 天内的办公室就诊无关，也不会预定接下来 24 小时或可用的最早预约时间之内的办公室就诊</u> - 您的医生通过电话、互联网或电子健康记录评估结果与其他医师进行的会诊 — <u>如果您是已接收的患者</u>	0-45 美元的共付额，取决于 Medicare 承保的服务。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 您将需要支付适用于专科医生服务的分摊费用（如上文“医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊）”中所述）。 您将需要支付适用于专科医生服务的分摊费用（如上文“医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊）”中所述）。 您将需要支付适用于专科医生服务的分摊费用（如上文“医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊）”中所述）。 您将需要支付适用于专科医生服务的分摊费用（如上文“医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊）”中所述）。 您将需要支付适用于专科医生服务的分摊费用（如上文“医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊）”中所述）。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
- 另一网络内提供者在手术之前给出了不同意见 - 非常规牙科护理（承保的服务仅限于下颌或相关结构的手术、下颌或面部骨骼的骨折固定、为准备肿瘤性癌症的放射治疗而实施的拔牙，或者由医师提供时可承保的服务）	您将需要支付适用于专科医生服务的分摊费用（如上文“医师/从业者服务（包括医生的办公室就诊）”中所述）。 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 <i>可能需要预先授权。</i>
足疗服务 承保服务包括： - 足部受伤和疾病的诊断以及医学或手术治疗（例如，锤状趾或跟骨骨刺）。 - 对下肢患某些病症的成员进行常规足部护理	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 25 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i>
 前列腺癌筛查 对于年满 50 岁的男性，承保服务包括每 12 个月进行一次下列检查： - 直肠指检 - 前列腺特异抗原 (PSA) 检测	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 <i>需要预先授权。</i> 年度 PSA 检测没有共同保险、共付额或免赔额。
假体器械和相关用品 更换全部或部分身体部位或功能的器械（非牙科）。这些包括但不限于：与结肠造口护理直接相关的结肠造瘘袋和用品、起搏器、支具、假体鞋、假肢以及乳房假体（包括乳房切除术后 的外科胸罩）。包括与假体器械及修复和/或更换假体器械相关的特定用品。另外，还包括白内障切除或白内障手术后的一些承保—请参阅本节后文的“视力护理”，了解更多详细信息。	可能需要支付免赔额。每项 Medicare 承保的服务的共同保险为 20%。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i>

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
肺康复服务 对于患有中度到极严重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 且有治疗慢性呼吸疾病的医生开出的肺康复医嘱的会员，可承保综合肺康复计划。	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。<i>可能需要预先授权。</i>
 旨在减少酗酒的筛查和咨询 对于酗酒但无酒精依赖的成年 Medicare 保户（包括孕妇），我们可承担一次酗酒筛查。 如果您的酗酒筛查结果为阳性，您每年可以进行最多 4 次由合格的初级保健医生或从业者在初级保健环境中提供的简易面对面咨询（如果您在咨询期间有能力且保持警觉）。	Medicare 承保的旨在减少酗酒的筛查和咨询预防性福利没有共同保险、共付额或免赔额。
 低剂量计算机断层扫描 (LDCT) 肺癌筛查 对于合格个人，每 12 个月承保一次 LDCT。 符合资格的会员为： 年龄介于 55 – 77 岁，无肺癌迹象或症状，但是具有吸烟史，吸烟累积指数为 30，且当前仍吸烟或戒烟不足 15 年，患者在符合 Medicare 的相关就诊条件的肺癌筛查咨询和共享决定就诊期间获得了由医师或合格的非医师从业者开出的 LDCT 处方医嘱。 <i>对于初始 LDCT 筛查之后的 LDCT 肺癌筛查：</i> 会员必须收到 LDCT 肺癌筛查处方医嘱，可在适当的就诊期间由医师或合格的非医师从业者开出。如果医师或合格的非医师从业者选择为后续 LDCT 肺癌筛查提供肺癌筛查咨询和共享决定就诊，该就诊必须符合 Medicare 的此类就诊条件。	Medicare 承保的咨询和共享决定就诊或 LDCT 没有共同保险、共付额或免赔额。
 用于预防性传播感染 (STI) 的 STI 筛查和咨询 我们承保衣原体、淋病、梅毒和乙型肝炎的性传播感染 (STI) 筛查。当初级保健提供者要求进行检测时，对孕妇以及高 STI 风险的特定人群承保这些筛查的费用。对于这些检测，我们每 12 个月承保一次，或承保怀孕期间内特定时间进行的检测。 我们每年还为高 STI 风险的性活跃成年人承保最多 2 次单人 20 到 30 分钟的面对面高强度行为咨询。只有在由初级保健提供者提供且发生在初级保健环境中（例如，医生的办公室）时，我们才会承保这些作为预防性服务的咨询活动。	Medicare 承保的 STI 筛查和 STI 咨询预防性福利没有共同保险、共付额或免赔额。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
治疗肾病的服务 承保服务包括： • 传授肾脏护理知识并帮助会员做出有关其护理的知情决定的肾病教育服务。对于其医生转诊时为 IV 期慢性肾病的会员，我们在其一生中承保最多六次肾病教育服务。 • 门诊透析治疗（包括如第 3 中所述的临时离开服务区域时的透析治疗） • 住院透析治疗（如果您作为住院患者入住医院接受特殊护理） • 自助透析培训（包括培训您及帮助您进行家庭透析治疗的任何人） • 家庭透析设备和用品 • 特定家庭支持服务（例如，在必要时，由受过培训的透析工作人员上门检查您的家庭透析、在紧急情况下提供帮助，以及检查您的透析设备和水供应） 特定透析药物可通过您的 Medicare B 部分药物福利承保。有关 B 部分药物承保的信息，请参阅“Medicare B 部分处方药”一节。	需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 每项 Medicare 承保的服务的共同保险为 20%。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 需要预先授权。 这些服务将通过以下章节中介绍的项目进行承保：请参阅“住院患者医院护理”。 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 请参阅“耐用医疗设备和相关用品”。 请参阅“家庭保健机构护理”。
专业护理机构 (SNF) 护理 （有关“专业护理机构护理”的定义，请参阅本手册第 12 章。专业护理机构有时简称为“SNF”。）	需要支付免赔额。 对于 Medicare 承保的专业护理机构护理，第 1 至 20 天，每天 0 美元的共付额，第 21 至 100 天，每天 178 美元的共付额。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
承保服务包括但不限于： • 半私人病房（或私人病房，如具有医疗必要性时） • 餐饮，包括特殊饮食 • 专业护理服务 • 物理治疗、职业治疗和语言治疗 • 根据您的护理计划，为您提供药物（其中包括体内天然存在的物质，例如凝血因子。） • 血液 - 包括存储和管理。全血和红血球浓厚液的承保仅从您需要的第四品脱血液开始 - 您必须支付该日历年中获得的 前 3 品脱血液的费用，或者这些血液由您或他人捐献。所有其他血液成分都从使用的第一品脱开始承保。 • 通常由 SNF 提供的医疗和手术用品 • 通常由 SNF 提供的实验室测试 • 通常由 SNF 提供的 X 光检查和其他放射服务 • 通常由 SNF 提供的器械的使用，例如轮椅 • 医师/从业者服务 可能要求之前住过院。 通常情况下，您将从网络内机构获得 SNF 护理。但是，在下面列出的特定情况下，如果不属于网络内提供者的机构接受我们计划的支付金额，您可能需要支付该机构费用分摊金额。 • 您在住院之前生活的疗养院或连续性护理退休社区（只要其提供专业护理机构护理）。 • 您离开医院时，您配偶生活的 SNF。	对于 Medicare 承保的每次 SNF 住院，您需要支付适用的费用分摊金额，从您每次入院的第一天开始。 您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>需要预先授权。</i>
 吸烟和烟草使用戒断（停止吸烟或烟草使用的咨询） <u>如果您使用烟草，但是没有与烟草相关的疾病迹象或症状：</u>我们在为期 12 个月内承保两次作为预防性服务的咨询性戒烟尝试，您无需付费。每次咨询性尝试包括最多四次面对面就诊。 <u>如果您使用烟草且已诊断为患有与烟草相关的疾病，或正在服用可能受烟草影响的药物：</u>我们承保戒烟咨询服务。我们在为期 12 个月内承保两次咨询性戒烟尝试；但是，您将需要支付适用的费用分摊金额。每次咨询性尝试包括最多四次面对面就诊。	Medicare 承保的吸烟和烟草使用戒断预防性福利没有共同保险、共付额或免赔额。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
慢性疾病特殊补充性福利 对于有效地确诊为糖尿病且符合下列要求的受益人： • 在本计划年度期间，向初级保健医师或专科医生就诊至少一次 • 在本计划年度期间，由眼科医生完成至少一次视网膜病变扫描并复查结果 • 在计划年度中完成至少一次 A1c 测试	符合参加要求的受益人将可因糖尿病相关护理报销最多 100 美元。
监督运动疗法 (SET) 对于患有症状性周边动脉疾病 (PAD) 且负责 PAD 治疗的医师要求进行 PAD 转诊的会员，可为其承保 SET。 如果符合 SET 计划要求，可在为期 12 周内承保最多 36 次就诊。 SET 计划必须： • 由持续 30-60 分钟的就诊构成，包含针对跛行患者的 PAD 治疗性运动锻炼计划 • 在医院门诊环境或医师办公室进行 • 由为了确保益处超过伤害而需要配备的合格辅助人员实施，此类人员必须受过 PAD 运动疗法的培训 • 在受过基础和高级生命支持技术培训的医师、医师助理或执业护士/临床护理专家的直接监督下进行 如果医疗保健提供者认定具有医疗必要性，SET 在 12 周内超过 36 次就诊后，可在延长期内承保额外的 36 次就诊。	每项 Medicare 承保的服务的共付额为 25 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。 <i>可能需要预先授权。</i>
急需服务 提供“急需服务”是为了治疗非紧急且无法预料的疾病、受伤或立刻需要医疗护理的情况。急需服务可能由网络内提供者提供，或在网络内提供者暂时不可用或找不到时由网络外提供者提供。 网络外提供者提供的必要急需服务的费用分摊与网络内提供者提供的此类服务相同。仅限美国及其领土内的承保。	每项 Medicare 承保的服务的共付额为 35 美元。您需要支付这些金额，直到您达到最高自付金额。

我们为您承保的服务	您在获得这些服务时必须支付的费用
 视力护理 承保服务包括： • 诊断和治疗眼部疾病和损伤的门诊医师服务，包括治疗年龄相关性黄斑变性。Original Medicare 不承保为配制眼镜/隐形眼镜而执行的常规眼睛检查（眼球屈光度）。 • 对于罹患青光眼风险较高的人群，我们将每年承保一次青光眼筛查。罹患青光眼风险较高的人群包括：有家族青光眼病史的人、糖尿病患者、年满 50 岁的非裔美国人，以及年满 65 岁的西班牙裔美国人。 • 对于糖尿病患者，每年承保一次糖尿病视网膜病变的筛查费用。 • 每次白内障手术后一副眼镜或隐形眼镜，包括人工晶体插入。（如果您进行了两次独立的白内障手术，则无法在第一次手术后保留福利并在第二次手术后购买两副眼镜。） 常规眼睛检查 限每年 1 次就诊 注意： Vision Service Plan (VSP) 提供的常规眼睛检查福利。您必须向 VSP Vision Care 网络内提供者就诊才能获得此福利。查看提供者目录，以查找 VSP Vision Care 提供者。	可能需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 可能需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 <i>可能需要预先授权。</i> 0 美元共付额
 “欢迎加入 Medicare” 预防就诊 本计划承保一次性“欢迎加入 Medicare”预防就诊。该就诊包括审查您的健康状况，以及有关您所需预防性服务（包括特定筛查和接种）的教育和咨询，并在必要时转诊至其他护理。 重要信息： 我们仅在您参加 Medicare B 部分后的前 12 个月内承保“欢迎加入 Medicare”预防就诊。当您预约后，告知医生办公室，您希望为您安排“欢迎加入 Medicare”预防就诊。 • 欢迎就诊预防性服务之后的 Medicare 承保 EKG	“欢迎加入 Medicare” 预防就诊没有共同保险、共付额或免赔额。 需要支付免赔额。 每项 Medicare 承保的服务的共付额为 0 美元。 <i>需要预先授权。</i>

第 2.2 节 您可购买的额外“可选的补充性”福利

我们的计划可提供一些 Original Medicare 不承保且未包含在您的计划会员福利套餐中的额外福利。这些额外福利称为“可选的补充性福利”。如果您想获得这些可选的补充性福利，必须报名参加，并且您可能必须为其支付额外的保费。本节介绍的可选的补充性福利的上诉流程与任何其他福利相同。

- 综合视力福利 - 4 美元
- 综合牙科福利 - 13 美元

综合视力承保套餐

综合视力承保套餐是未涵盖在 **Medicare** 规定福利之内的一个可选的补充性福利。每月支付 4.00 美元的保费，您就可以享受此福利。此保费与您在 **Medicare Advantage** 计划中支付的所有计划保费叠加。这些可选的补充性福利包括处方眼镜或隐形眼镜的承保（详情请参见下表）。

如果您对综合视力承保套餐存有任何其他疑问，请致电本手册封底上列出的会员服务中心号码。

承保服务包括	您在获得这些服务时必须支付的费用
常规眼镜 - 包括处方眼镜或隐形眼镜的承保（详情如下）。 隐形眼镜 - 支付共付额后承保的隐形眼镜检查（验配和评估）。 - 每两个日历年最高 130 美元的隐形眼镜津贴。隐形眼镜取代框式眼镜。 注意： Vision Service Plan (VSP) 提供的常规眼镜福利。您必须向 VSP Choice 网络内提供者就诊才能获得此福利。 眼镜（镜片和镜框） - 每两个日历年最高 130 美元的框式眼镜津贴。处方眼镜包括单焦、带衬双焦、带衬三焦和双凸镜片。框式眼镜取代隐形眼镜和隐形眼镜验配检查。 注意： Vision Service Plan (VSP) 提供的常规眼镜福利。您必须向 VSP Choice Vision Care 网络内提供者就诊才能获得此福利。	0 美元到最高 60 美元的共付额。共付额取决于服务。 <i>可能需要预先授权。</i> 处方眼镜的共付额为 25 美元。<i>可能需要预先授权。</i>

综合牙科承保套餐

综合牙科承保套餐是未涵盖在 **Medicare** 规定福利之内的一个可选的补充性福利。每月支付 **13.00** 美元的保费，您就可以享受此福利。此保费与您在 **Medicare Advantage** 计划中支付的所有计划保费叠加。这些可选的补充性福利包括诊断性、预防性、基本和主要牙科服务（详情如下所述）。可选的补充性福利不能与您的计划中可能提供的任何其他牙科福利合并。

如果您对综合牙科承保套餐存有任何其他疑问，请致电本手册封底上列出的会员服务中心号码。

承保服务包括	您在获得这些服务时必须支付的费用
牙科服务 通常情况下，Original Medicare 不承保预防性牙科服务（例如洗牙、常规牙科检查和牙科 X 光检查）。 我们承保： 洗牙（每日历年最多 2 次） • D110 精选口腔评估（每日历年 2 次评估） • D0120、D0140、D0150、D0160、D0170、D0171 或 D0180	1,500 美元最高合计年度福利，可享受恢复性服务、牙髓服务、牙周服务、活动矫正器治疗、口腔和颌面服务以及辅助性的一般服务 0 美元共付额
根尖周 X 光检查（每日历年最多 4 次） • D0220 和/或 D0230 咬翼片 X 光检查（每日历年一组，包含最多 4 次传统咬翼片 X 光检查或 7 到 8 次垂直咬翼片 X 光检查） • D0270、D0272、D0273、D0274 或 D0277 全口 X 光检查（每 36 个月） • D0210 或 D0330（二选一）	0 美元共付额
氟化物涂膜（每日历年 1 次） D1208	

服务必须由 **Liberty** 牙科小组牙医提供，才能在本计划中视为网络内可支付的服务。查看牙科目录，以查找 **Liberty** 提供者。

恢复性服务			
代码	说明	网络内责任	限制
D2140	汞合金，一面，乳牙或恒牙	30%	每颗牙齿每 3 个日历年一次
D2150	汞合金，双面，乳牙或恒牙	30%	
D2160	汞合金，三面，乳牙或恒牙	30%	
D2161	汞合金，四面或更多面，乳牙或恒牙	30%	
D2330	树脂基复合材料，一面，前牙	30%	
D2331	树脂基复合材料，双面，前牙	30%	
D2332	树脂基复合材料，三面，前牙	30%	
D2335	树脂基复合材料，四面或更多面，包括切角	30%	
D2391	树脂基复合材料，一面，后牙	30%	
D2392	树脂基复合材料，双面，后牙	30%	
D2393	树脂基复合材料，三面，后牙	30%	
D2394	树脂基复合材料，四面或更多面，后牙	30%	
D2740	齿冠，烤瓷牙	50%	每颗牙齿每 60 个月 1 次
D2750	齿冠，烤瓷熔附高贵金属	50%	
D2751	齿冠，烤瓷熔附卑金属	50%	
D2752	齿冠，烤瓷熔附贵金属	50%	
D2790	齿冠，全铸造，高贵金属	50%	
D2791	齿冠，全铸造，卑金属	50%	每颗牙齿每 60 个月 1 次
D2792	齿冠，全铸造，贵金属	50%	

恢复性服务			
代码	说明	网络内责任	限制
D2910	重新粘结或重新粘合内嵌体、外嵌体、贴面或局部覆盖	50%	
D2915	重新粘结或重新粘合间接构造/预制的桩和核	50%	
D2920	重新粘结或重新粘合齿冠	50%	
D2940	保护性修复	50%	
D2950	核增层，包括所需的任何钉牙	50%	
D2951	钉牙保留，每颗牙齿，与修复叠加	50%	每颗牙齿每 5 个日历年一次
D2952	桩和核，与齿冠叠加，间接构造	50%	
D2954	预制的桩和核，与齿冠叠加	50%	
D2955	桩拆除	50%	

牙髓服务			
代码	说明	网络内责任	限制
D3110	盖髓术，直接（不含最终修复）	50%	
D3120	盖髓术，间接（不含最终修复）	50%	
D3220	治疗性牙髓切除术（不含最终修复）	50%	
D3221	牙髓清创术，乳牙和恒牙	50%	
D3310	牙髓治疗，前牙（不含最终修复）	50%	
D3320	牙髓治疗，前臼齿（不含最终修复）	50%	
D3330	牙髓治疗，臼齿（不含最终修复）	50%	
D3346	之前根管治疗的再治疗，前牙	50%	
D3347	之前根管治疗的再治疗，前臼齿	50%	
D3348	之前根管治疗的再治疗，臼齿	50%	
D3351	根尖诱导成形术/复钙，首次就诊	50%	
D3352	根尖诱导成形术/复钙，临时药物替代	50%	
D3353	根尖诱导成形术/复钙，末次就诊	50%	
D3410	根尖切除术，前牙	50%	
D3421	根尖切除术，前臼齿（第一颗牙根）	50%	
D3425	根尖切除术，臼齿（第一颗牙根）	50%	
D3430	根尖倒充填术，每颗牙根	50%	
D3450	牙根切断术，每颗牙根	50%	
D3920	半切，不含根管治疗	50%	

牙周服务			
代码	说明	网络内责任	限制
D4210	牙龈切除术或牙龈成形术，每扇四齿或更多	50%	每扇每 2 个日历年一次
D4211	牙龈切除术或牙龈成形术，每扇一至三齿	50%	
D4240	牙龈翻瓣手术，每扇四齿或更多	50%	
D4241	牙龈翻瓣手术，每扇一至三齿	50%	
D4260	骨修整手术，每扇四齿或更多	50%	每扇每 3 个日历年一次
D4261	骨修整手术，每扇一至三齿	50%	
D4270	植骨软组织移植手术	50%	每颗牙齿每 2 个日历年一次
D4273	自体结缔组织移植手术，第一颗牙	50%	
D4275	非自体结缔组织移植，第一颗牙	50%	
D4283	自体结缔组织移植手术，每个部位每一颗额外牙	50%	
D4285	非自体结缔组织移植手术，每个部位每一颗额外牙	50%	
D4341	牙周刮治术和根面平整术，每扇四齿或更多	50%	每扇每 2 个日历年一次
D4342	牙周刮治术和根面平整术，每扇一至三齿	50%	
D4355	全口清创术以便能够进行综合评估和诊断，复诊	50%	每 3 个日历年一次
D4910	牙周维护	50%	每个日历年 2 次（D1110、D4910）

活动矫正器治疗（义齿和义齿相关服务）			
代码	说明	网络内责任	限制
D5110	全口义齿，上颌	50%	每刷牙每 60 个月 1 次
D5120	全口义齿，下颌	50%	
D5130	即刻义齿，上颌	50%	
D5140	即刻义齿，下颌	50%	
D5211	上颌局部义齿，树脂基托	50%	
D5212	下颌局部义齿，树脂基托	50%	
D5213	上颌局部义齿，铸造金属，树脂基托	50%	
D5214	下颌局部义齿，铸造金属，树脂基托	50%	
D5221	即刻上颌局部义齿，树脂基托	50%	
D5222	即刻下颌局部义齿，树脂基托	50%	
D5223	即刻上颌局部义齿，铸造金属框架，树脂义齿基托	50%	
D5224	即刻下颌局部义齿，铸造金属框架，树脂义齿基托	50%	
D5421	调整局部义齿，上颌	50%	
D5422	调整局部义齿，下颌	50%	
D5511	修复破损的全口义齿基托，下颌	50%	
D5512	修复破损的全口义齿基托，上颌	50%	
D5520	替换缺失或破损的牙齿，全口义齿	50%	
D5611	修复树脂局部义齿基托，下颌	50%	
D5612	修复树脂局部义齿基托，上颌	50%	
D5621	修复铸造局部框架，下颌	50%	
D5630	修复或替换破损的牙箍，每颗牙齿	50%	

活动矫正器治疗（义齿和义齿相关服务）			
代码	说明	网络内责任	限制
D5640	替换破损的牙齿，每颗牙齿	50%	
D5650	为现有的局部义齿添加牙齿	50%	
D5660	为现有的局部义齿添加牙箍，每颗牙齿	50%	
D5670	替换铸造金属框架上的所有牙齿和基托粉，上颌	50%	
D5671	替换铸造金属框架上的所有牙齿和基托粉，下颌	50%	
D5710	复位全口上颌义齿	50%	
D5711	复位全口下颌义齿	50%	
D5720	复位上颌局部义齿	50%	
D5721	复位下颌局部义齿	50%	
D5730	为全口上颌义齿换衬，诊疗椅边	50%	
D5731	为全口下颌义齿换衬，诊疗椅边	50%	
D5740	为上颌局部义齿换衬，诊疗椅边	50%	
D5741	为下颌局部义齿换衬，诊疗椅边	50%	
D5750	为全口上颌义齿换衬，实验室	50%	
D5751	为全口下颌义齿换衬，实验室	50%	
D5760	为上颌局部义齿换衬，实验室	50%	
D5761	为下颌局部义齿换衬，实验室	50%	
D5850	组织调节，上颌	50%	
D5851	组织调节，下颌	50%	

口腔和颌面服务			
代码	说明	网络内责任	限制
D7111	拔牙，牙冠残留，乳牙	50%	
D7140	拔牙，萌出牙或牙根暴露	50%	
D7210	拔牙，需要去除骨质和/或切割牙齿的萌出牙	50%	
D7220	去除受影响的牙齿，软组织	50%	
D7230	去除受影响的牙齿，部分骨质	50%	
D7240	去除受影响的牙齿，完全骨质	50%	
D7241	去除受影响的牙齿，完全骨质，并发症	50%	
D7250	去除残留的牙根（切割手术）	50%	
D7260	口腔上颌窦瘘缝合	50%	
D7261	窦穿孔一期缝合	50%	
D7280	埋伏牙裸露	50%	
D7282	松动萌出牙/错位牙	50%	
D7283	放置器具以便于萌出，阻生	50%	
D7285	口腔组织的切口活组织检查，硬组织（骨质、牙齿）	50%	
D7286	口腔组织的切口活组织检查，软组织	50%	
D7287	脱落细胞学样品收集	50%	
D7288	刷拭活组织检查，经上皮样品收集	50%	
D7310	牙槽成形术，拔牙，每扇四齿或更多	50%	
D7311	牙槽成形术，拔牙，每扇一至三齿	50%	
D7320	牙槽成形术，不拔牙，每扇四齿或更多	50%	
D7321	牙槽成形术，不拔牙，每扇一至三齿	50%	

口腔和颌面服务			
代码	说明	网络内责任	限制
D7410	切除良性病变，最大 1.25 cm	50%	
D7411	切除良性病变，大于 1.25 cm	50%	
D7412	切除良性病变，复杂	50%	
D7450	去除良性牙源性囊肿/肿块，最大1.25 cm	50%	
D7451	去除良性牙源性囊肿/肿块，大于 1.25 cm	50%	
D7460	去除良性非牙源性囊肿/肿块，最大 1.25 cm	50%	
D7461	去除良性非牙源性囊肿/肿块，大于 1.25 cm	50%	
D7465	通过物理或化学方法摧毁病变，按报告	50%	
D7510	脓肿切开和引流，口内软组织	50%	
D7511	脓肿切开和引流，口内软组织，复杂	50%	
D7520	脓肿切开和引流，口外软组织	50%	
D7521	脓肿切开和引流，口外软组织，复杂	50%	
D7530	去除异物、粘膜、皮肤、组织	50%	
D7540	去除反应产生的异物，肌肉骨骼系统	50%	
D7960	剪掉舌根（系带切除术或系带切开术），独立手术	50%	
D7963	系带成形术	50%	

辅助性的一般服务			
代码	说明	网络内责任	限制
D9110	姑息（紧急）治疗，小手术	50%	
D9120	固定局部义齿切割	50%	
D9210	不与手术或外科手术联用的局部麻醉	50%	
D9211	区域阻滞麻醉	50%	
D9212	三叉神经分支阻滞麻醉	50%	
D9215	可与手术或外科手术联用的局部麻醉	50%	
D9222	深度镇静/全身麻醉，首个 15 分钟增量	50%	
D9223	深度镇静/全身麻醉，随后的每个 15 分钟增量	50%	
D9230	吸入一氧化二氮/痛觉缺失，抗焦虑	50%	
D9239	静脉中度（清醒）镇静/痛觉缺失，首个 15 分钟增量	50%	
D9243	静脉中度（清醒）镇静/痛觉缺失，随后的每个 15 分钟增量	50%	
D9248	非静脉（清醒）镇静，包括非静脉轻度镇静和中度镇静	50%	
D9310	会诊，除请求牙医以外	50%	

第 3 节 本计划不承保哪些服务？

第 3.1 节 我们不承保的服务（除外条款）

本节介绍说明了哪些服务“未涵盖于”Medicare 承保范围内，因此也不享受本计划的承保。如果“未涵盖”某一项服务，则意味着本计划不承保这项服务。

下表列出了在任何条件下都不承保或只在特定条件下承保的服务和用品。

如果您获得的服务未涵盖在内（不承保），则您只能自行支付费用。除非符合所列出的特定条件，否则我们不会为下表中列出的未涵盖的医疗服务付费。唯一的例外：只有当在上诉时发现下表中的服务是我们应当付费或者由于您的具体情况而享受承保的医疗服务时，我们才会付费。（有关就我们决定不承保某项医疗服务提出上诉的信息，请参阅本手册的第 9 章第 5.3 节。）

“福利表”或下表中说明了各项服务的所有除外条款或限制。

即使您在急诊部享受了非承保服务，这些非承保服务仍旧不享受承保，我们的计划亦不会为此付费。

Medicare 不承保的服务	在任何条件下都不承保	只在特定条件下承保
按照 Original Medicare 的标准，被视为不合理和不必要的服务	√	
试验性的医疗和外科手术、设备和药物。 试验性的手术和用品是指，根据我们的计划和 Original Medicare 的判断，尚未得到医疗界普遍认可的物品和手术。		√ 在经过 Medicare 批准的临床研究中可享受 Original Medicare 承保，或者在我们的计划中享受承保。 （请参阅第 3 章第 5 节，了解有关临床研究的更多信息。）
医院中的私人病房。		√ 只在具有医疗必要性的情况下享受承保。
您在医院或专业护理机构的房间中的个人用品，例如电话或电视机。	√	

Medicare 不承保的服务	在任何条件下都不承保	只在特定条件下承保
您住宅中的全职护理人员。	√	
*看护是指私人疗养院、善终机构或其他机构中提供的服务，且不需要专业医疗护理或专业护理人员。	√	
家政服务包括基本家庭援助，其中包含轻便家务活或准备便餐。	√	
为您的直系亲属或家庭成员提供的护理支付的费用。	√	
整容手术		√ • 受到意外伤害或为了改善畸形身体部位的机能时，可享受承保。 • 在乳房切除之后及为使未受影响的乳房呈现对称外观而重塑乳房的所有阶段，可享受承保。
非常规牙科护理		√ 为了治疗疾病或伤害而需要进行的牙科护理可享受住院或门诊护理承保。
常规脊椎护理		√ 为矫正半脱位而进行的脊椎按摩可享受承保。

Medicare 不承保的服务	在任何条件下都不承保	只在特定条件下承保
常规足部护理		√ 根据 Medicare 指南，可提供一些有限承保，例如糖尿病。
家庭送餐	√	
矫形鞋		√ 如果鞋是腿支架的一部分且其费用含在支架费用中，或者穿鞋者患有糖尿病足病。
双脚支撑器具		√ 矫形鞋或治疗鞋的使用者患有糖尿病足病。
放射状角膜切开术、LASIK 手术（准分子激光原位角膜磨镶术）和其他低视力辅助器具。		√ 对于做过白内障手术的患者，眼睛检查 and 一副眼镜（或隐形眼镜）可享受承保。
绝育恢复手术和/或非处方避孕用品。	√	
针灸	√	
理疗服务（利用自然疗法或替代疗法）。	√	

*看护是指不需要由训练有素的医务人员或辅助医务人员提供持续照料的个人护理，例如可以在沐浴或穿衣等日常生活活动上提供协助。

第 5 章

使用本计划承保您的
D 部分处方药

第 5 章 使用本计划承保您的 D 部分处方药

第 1 节	简介	93
第 1.1 节	本章将说明您的 D 部分药物承保	93
第 1.2 节	本计划的 D 部分药物承保基本规则	93
第 2 节	在网络内药房或通过本计划的邮购服务配药	94
第 2.1 节	为使您的处方药享受承保，请使用网络内药房	94
第 2.2 节	寻找网络内药房	94
第 2.3 节	使用本计划的邮购服务	95
第 2.4 节	如何获得长期药物供应？	96
第 2.5 节	何时能够使用本计划的网络外药房？	96
第 3 节	您的药物需要列于本计划的“药物清单”中	97
第 3.1 节	“药物清单”列明了哪些 D 部分药物可享受承保	97
第 3.2 节	药物清单中的药物分为六个“费用分摊层级”	98
第 3.3 节	如何确定特定药物是否列于药物清单中？	98
第 4 节	某些药物的承保会受到一些限制	98
第 4.1 节	为何某些药物会受到限制？	98
第 4.2 节	有哪些类型的限制？	99
第 4.3 节	您的药物是否受到任何此类限制？	99
第 5 节	如果您的其中一种药物没有受到您所需的承保该怎么办？	100
第 5.1 节	如果您的药物没有受到您所需的承保，您可以采取一些行动	100
第 5.2 节	如果您的药物不在药物清单中或者受到某种限制，您该怎么办？	100
第 5.3 节	如果您的药物处于您认为过高的费用分摊层级，您该怎么办？	102
第 6 节	如果您的药物承保发生了变化该怎么办？	102
第 6.1 节	药物清单可能会在一年之内发生变化	102
第 6.2 节	如果您正在服用的药物的承保发生了变化将会怎样？	103
第 7 节	本计划不承保哪些类型的药物？	104
第 7.1 节	不承保的药物类型	104
第 8 节	在配药时出示您的计划会员卡	105
第 8.1 节	出示您的会员卡	105
第 8.2 节	如果未随身携带会员卡该怎么办？	105

第 9 节	特殊情况下的 D 部分药物承保.....	105
第 9.1 节	如果您要在医院或专业护理机构入住并享受计划的承保该怎么办?	105
第 9.2 节	如果您是长期护理 (LTC) 机构中的患者该怎么办?	105
第 9.3 节	如果您还享受雇主或退休人员群体计划中的药物承保该怎么办?	106
第 9.4 节	如果您参加了经 Medicare 认证的善终服务该怎么办?	106
第 10 节	药物安全性和药物管理计划	107
第 10.1 节	可帮助会员安全使用药物的计划	107
第 10.2 节	可帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP).....	107
第 10.3 节	可帮助会员管理药物的药物治疗管理 (MTM) 计划	108



您知道吗？有些计划可以帮人们支付药物费用。

有些计划可以为并不富裕的人们支付药物费用。这些计划包括“额外帮助”和州政府药物援助计划。有关更多信息，请参阅第 2 章第 7 节。

您目前是否就您的药物付费获得帮助？

如果您参与的计划可帮助您支付药物费用，则本承保证明中有关 D 部分处方药费用的信息可能不适用于您。我们向您送出了一份单独的插页，名为“获得支付处方药费用之额外帮助的人士的承保证明附文”（也称为“低收入补贴附文”或“LIS 附文”），其中介绍了有关药物承保的信息。如果没有此插页，请致电会员服务中心并索取“LIS 附文”。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

第 1 节

简介

第 1.1 节

本章将说明您的 D 部分药物承保

本章将说明您的 D 部分药物承保的使用规则。下一章将说明您需要为 D 部分药物支付的金额（第 6 章“如何为 D 部分处方药付费”）。

除了您的 D 部分药物承保外，Bright Advantage Choice (HMO) 还承保本计划的医疗福利中的某些药物。通过承保 Medicare A 部分福利，我们的计划通常可承保您在医院或专业护理机构中度过的承保住院期内使用的药物。通过承保 Medicare B 部分福利，我们的计划承保的药物包括某些化疗药物、您在办公室就诊期间接受的某些药物注射以及您在透析机构中使用的药物。第 4 章（*医疗福利表：我们承保的服务和您必须支付的费用*）说明了您在医院或专业护理机构中度过的承保住院期内的药物福利和费用以及您的 B 部分药物福利和费用。

如果您参加了 Medicare 善终服务，您的药物也可能享受 Original Medicare 承保。我们的计划只承保 Medicare A、B 和 D 部分中与您的绝症预后和相关状况无关，因此不享受 Medicare 善终福利的服务和药物。有关更多信息，请参阅第 9.4 节（*如果您参加了经 Medicare 认证的善终服务该怎么办？*）。有关善终服务承保的信息，请参阅第 4 章（*医疗福利表：我们承保的服务和您必须支付的费用*）的善终服务部分。

随后的几节内容将介绍本计划的 D 部分福利规则规定的药物承保。第 9 节“特殊情况下的 D 部分药物承保”包含有关 D 部分承保和 Original Medicare 的更多信息。

第 1.2 节

本计划的 D 部分药物承保基本规则

本计划通常会承保您的药物，但前提是您遵守基本规则：

- 您必须让提供者（医生、牙医或其他开药者）为您开处方。
- 您的开药者必须接受 Medicare 或者向 CMS 提交文档以表明她或他有资格开处方，否则您的 D 部分索赔将被拒绝。下次致电或就诊时，您应向您的开药者询问他们是否符合此条件。如果不符合条件，请注意您的开药者提交的必要文件可能需要一些时间才会得到受理。

- 您通常必须通过网络内药房来配药。（请参阅第 2 节 *在网络内药房或通过本计划的邮购服务配药。*）
- 您的药物必须列于本计划的 *承保药物清单（处方集）*（我们将其简称为“药物清单”）中。（请参阅第 3 节 *您的药物需要列于本计划的“药物清单”中。*）
- 您的药物必须用于医学上公认的适应症。“医学上公认的适应症”是指经过美国食品和药物管理局批准，或者受到某些参考书支持的药物用途。（请参阅第 3 节，了解有关医学上公认的适应症的更多信息。）

第 2 节 在网络内药房或通过本计划的邮购服务配药

第 2.1 节 为使您的处方药享受承保，请使用网络内药房

多数情况下，只有在本计划的网络内药房照方配药，您的处方才可获得承保。（请参阅第 2.5 节，了解我们会在哪些情况下承保网络外药房配药。）

网络内药房是指与本计划签约以便为您提供承保处方药的药房。“承保药物”这一术语是指计划的药物清单中承保的所有 D 部分处方药。

第 2.2 节 寻找网络内药房

如何寻找您所在地的网络内药房？

要寻找网络内药房，您可以查看您的 *药房目录*、访问我们的网站 (<https://brighthouseplan.com/medicare>) 或者致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。

您可以前往我们的任何网络内药房。如果您从一个网络内药房转到另一个网络内药房并需要重配您一直以来服用的药物，则您可以让网络内药房的提供者开立新处方，也可以将您的处方转给您的新网络内药房。

如果您一直以来使用的药房退出网络该怎么办？

如果您一直以来使用的药房退出本计划的网络，则必须寻找一个新的网络内药房。要寻找您所在地的另一个网络内药房，您可以向会员服务中心寻求帮助（电话号码见手册封底）或者使用 *药房目录*。

您也可以在我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare> 上查找信息。

如果需要专业药房该怎么办？

有时必须在专业药房配药。专业药房包括：

- 提供家庭输液治疗药物的药房。
- 为长期护理 (LTC) 机构中的患者提供药物的药房。LTC 机构（例如私人疗养院）通常拥有自己的药房。如果您位于 LTC 机构中，我们必须确保您能够通过我们的 LTC 药房网络（通常是 LTC 机构使用的药房）定期获得您的 D 部分福利。如果您在获得 LTC 机构的 D 部分福利时遇到任何困难，请联系会员服务中心。

- 服务于印第安人卫生局/部落/城市印第安人健康计划（波多黎各不支持此计划）的药房。除非出现紧急情况，否则只有美洲原住民或阿拉斯加原住民能够访问我们的这些网络内药房。
- 发放 FDA 只允许用于某些部位或者需要特殊处理、提供者配合或用法培训的药物的药房。（注意：这种情况很少出现。）

要寻找专业药房，请查看您的药房目录或致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。

第 2.3 节 使用本计划的邮购服务

对于某些类型的药物，您可以使用本计划的网络邮购服务。通过邮购提供的药物通常是您须定期服用以治疗慢性或长期病症的药物。在我们的药物清单中，可通过本计划的邮购服务获得的药物被标记为“邮购”药物。

使用我们计划的邮购服务，您可以邮购**最多 90 天的供应量**。

如需获得订货单和有关如何通过邮购配药的信息，请致电会员服务中心电话 (844) 202-4974。

邮购药房订单通常会在 14 天内送到您的手中。如果您的邮购推迟，您可以在您的药房获得临时供应量。请致电会员服务中心电话 (844) 202-4974，了解更多信息。

药房直接从您医生的办公室收到的新处方。

无论是下面哪一种情况下，药房都会自动为从医疗保健提供者收到的新处方配药并进行配送，而无需事先向您核实：

- 您曾经使用过邮购服务，或者
- 您同意自动配送从医疗保健提供者收到的所有新处方。您可以现在或随时继续让您的医生将您的处方发给我们，以请求自动配送所有新处方。无需提出特殊请求。后者，如果您此前停止了自动配送，则也可以致电会员服务中心电话 (844) 202-4974，以重新开始自动配送。

如果您通过邮购自动收到了不需要的处方药，而且在送货之前没有人和您联系以核实它们是否是您需要的药物，则您有资格获得退款。

如果您曾经使用邮购服务但不希望药房为每个新处方自动配药和配送，请致电会员服务中心电话 (844) 202-4974 联系我们。

如果您从未使用过我们的邮购送货服务，及/或决定停止为新处方自动配药，那么每次收到医疗保健提供者新处方时，药房都会联系您，以确定您是否想要立即配药并进行配送。这将让您有机会确保药房能配送正确的药物（包括强度、数量和形式），并且在必要时，让您能够在开账单和送货之前取消订单，或推迟订单交货时间。重要的是，每当药房联系您时，您都要让他们知道如何处理新处方和防止发货出现任何推迟。

要选择退出自动配送从医疗保健提供者的办公室收到的新处方，请致电会员服务中心电话 (844) 202-4974 联系我们。

为邮购处方重新配药。对于重新配药，您可以选择参加自动重新配药计划。根据本计划，当我们的记录显示您的药物即将用完时，我们将自动开始为您重新配药。在每次为重新配药发货之前，药房都会联系您，以确保您需要更多的药物并让您能够在药物充足或药物发生变化时取消预定的重新配药。如果您选择不使用我们的自动重新配药计划，请在您认为自己手头的药物即将用完的 14 天前，联系您的药房，以确保您的下一个订单及时交货。

要选择退出我们的自动准备邮购重新配药计划，请致电会员服务中心电话 (844) 202-4974 联系我们。

为使药房能够在发货之前联系您以确认您的订单，请确保告诉药房您最方便的联系方式。请致电会员服务中心电话 (844) 202-4974，并向我们提供您的首选联系信息。

第 2.4 节 如何获得长期药物供应？

当需要长期药物供应时，您的费用分摊可能会降低。本计划可通过两种方式对计划的药物清单中的“维持”药物进行长期供应（也称为“持续供应”）。（维持药物通常是您须定期使用以治疗慢性或长期病症的药物。）您可以通过邮购（请参阅第 2.3 节）订购这些药物，也可以前往零售药房。

1. 在我们的网络中，**有些零售药房**允许您获得维持药物长期供应。对于维持药物长期供应，有些这样的零售药房可能同意接受更低的费用分摊金额。您的**药房目录**会介绍我们网络中的哪些药房能够长期供应您的维持药物。您也可以致电会员服务中心，了解更多信息（电话号码见手册封底）。
2. 对于某些类型的药物，您可以使用本计划的网络**邮购服务**。在我们的药物清单中，可通过本计划的邮购服务获得的药物被标记为“邮购”。使用我们计划的邮购服务，您可以邮购**最多 90 天的供应量**。请参阅第 2.3 节，了解有关使用邮购服务的更多信息。

第 2.5 节 何时能够使用本计划的网络外药房？

在某些情况下，您的处方可享受承保

我们通常只在您无法使用网络内药房时承保网络外药房提供的配药。如果您无法使用网络内药房，那么在下面这些情况下，我们将承保网络外药房提供的配药：

- 您在本计划的服务区域外（美国境内）旅行并且您的 D 部分承保药物已用完、D 部分承保药物丢失，或者生病且需要服用 D 部分承保药物但无法访问网络内药房。
- 在您的服务区域内，由于某种原因（例如在合理的车程内没有可提供每周 7 天、每天 24 小时服务的网络内药房），您无法及时获得 D 部分承保药物。
- 您必须及时为 D 部分承保药物配药，但可访问的网络零售药房或邮购药房没有常备的特定 D 部分承保药物（例如通常由制造商或特殊厂商直接发货的罕见病药物或其他特殊药物）。
- 您是急诊室或提供者临床机构中的患者、接受了门诊患者外科手术或者处于其他门诊患者状况，并由基于机构的网络外药房发放 D 部分药物，因此无法从网络内药房获得您的 D 部分药物。
- 在联邦政府宣布任何灾难或其他公共卫生紧急状况之后，您收到了 D 部分承保药物并从居住地撤离或转移，但无法合理地期待能够从网络内药房获得 D 部分承保药物。

在这些情况下，如果您享受网络外药房配药承保，您将获得最多 30 天的药物供应量。

在这些情况下，**请首先向会员服务中心核实**，以确定附近是否存在网络内药房。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）您可能需要支付网络外药房的药费与我们的网络内药房承保的药费之间的差额。

如何在本计划中申请报销？

如果必须使用网络外药房，您在配药时通常必须全额支付药费（而不是您的正常费用分摊金额）。您可以要求我们报销我们承保的费用分摊金额。（第 7 章第 2.1 节说明了如何要求本计划向您返回费用。）

第 3 节 您的药物需要列于本计划的“药物清单”中

第 3.1 节 “药物清单”列明了哪些 D 部分药物可享受承保

本计划有一个“**承保药物清单（处方集）**”。在此**承保证明**中，我们将其简称为“**药物清单**”。

此清单中的药物是由一组医生和药剂师专为本计划选出的。该清单必须符合 Medicare 规定的要求。Medicare 已批准本计划的药物清单。

药物清单中的药物只包含 Medicare D 部分中承保的药物（本章前面的第 1.1 节介绍说明了 D 部分药物）。

我们通常会承保本计划的药物清单中的药物，但前提是您遵守本章中说明的其他承保规则并将药物用于医学上公认的适应症。“医学上公认的适应症”是指以下任一药物用途：

- 美国食品和药物管理局批准的药物用途。（即经过美国食品和药物管理局批准，可以将药物用于它的适应症中规定的诊断或病症。）
- -- 或者 -- 受到某些参考书支持的药物用途。（这些参考书包括 American Hospital Formulary Service Drug Information（《美国医院处方集服务处药物信息》）、DRUGDEX Information System（《DRUGDEX 信息系统》）以及癌症方面的 National Comprehensive Cancer Network（《美国国家综合癌症网络》）和 Clinical Pharmacology（《临床药理学》）或其后续书籍。）

药物清单中既包含原研药，也包含仿制药

仿制药是指活性成分与原研药相同的处方药。仿制药通常和原研药一样有效，但价格普遍要低一些。很多原研药都有仿制药替代品。

药物清单中不包含哪些药物？

本计划并不承保所有处方药。

- 在某些情况下，法律不允许任何 Medicare 计划承保某些类型的药物（有关这方面的更多信息，请参阅本章中的第 7.1 节）。
- 在其他情况下，我们决定在药物清单中排除特定药物。

第 3.2 节 药物清单中的药物分为六个“费用分摊层级”

本计划的药物清单中的每种药物均属于六个费用分摊层级中的一个。费用分摊层级越高，您的药费通常也会越高：

- 费用分摊第 1 层级：首选仿制药
第 1 层级是最低的层级，包含首选仿制药。
- 费用分摊第 2 层级：仿制药
第 2 层级包含仿制药。
- 费用分摊第 3 层级：首选原研药
第 3 层级包含首选原研药和非首选仿制药。
- 费用分摊第 4 层级：非首选药
第 4 层级包含非首选原研药和非首选仿制药。
- 费用分摊第 5 层级：特殊层级
第 5 层级包含非常贵的原研药和仿制药，对于这些药物，可能需要进行特殊处理和/或密切监控。
- 费用分摊第 6 层级：精选保健药物
第 6 层级是最高的层级，包含用于治疗糖尿病、高血压和高胆固醇等病症的精选保健仿制药。

要确定您的药物处于哪个费用分摊层级，请在本计划的药物清单中查找您的药物。

第 6 章（*如何为 D 部分处方药付费*）中显示了您需要为每个费用分摊层级中的药物支付的费用。

第 3.3 节 如何确定特定药物是否列于药物清单中？

您可以通过三种方式进行确定：

1. 查看我们以电子方式提供的最新药物清单。
2. 访问本计划的网站 (<https://brighthouseplan.com/medicare>)。此网站上的药物清单始终是最新的。
3. 致电会员服务中心，以确定特定药物是否列于本计划的药物清单中或者索取此清单的一份副本。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

第 4 节 某些药物的承保会受到一些限制

第 4.1 节 为何某些药物会受到限制？

对于某些处方药，特殊规则限制了本计划对其的承保方式和条件。这些规则由一组医生和药剂师共同制定，可以帮助我们的会员以最有效的方式使用药物。这些特殊规则还有助于控制药物的总成本，以确保您的药物承保更加经济实惠。

我们的规则通常鼓励您获得适合您的病症并且安全、有效的药物。每当出现安全、廉价的药物且其疗效和更贵的药物一样时，本计划的规则都会鼓励您和您的提供者使用这种成本最低的选项。我们还需要遵守 Medicare 的药物承保和费用分摊规则和规定。

如果您的药物受到限制，通常意味着您或您的提供者必须采取额外的步骤，我们才能承保这种药物。如果希望我们为您解除限制，您需要走一遍承保决定流程并请求我们例外处理。我们可能同意或拒绝为您解除限制。（请参阅第 9 章第 6.2 节，了解有关请求例外处理的信息。）

请注意，一种药物有时会在我们的药物清单中多次出现。这是因为根据您的医疗保健提供者所开处方药的强度、数量或形式等因素（例如 10 mg 还是 100 mg、每天一次还是每天两次、片剂还是液体），可能存在不同的限制或费用分摊。

第 4.2 节 有哪些类型的限制？

我们的计划利用不同类型的限制帮助我们的会员以最有效的方式使用药物。下面这几节内容将详细介绍我们对某些药物实施的限制的类型。

若存在可用的仿制药，则限制使用原研药

“仿制”药通常和原研药一样有效，但价格普遍要低一些。在大多数情况下，当原研药存在仿制药版本时，我们的网络内药房都会为您提供仿制药。当存在可用的仿制药时，我们通常不会承保原研药。但如果您的提供者向我们透露的医疗理由表明仿制药或用于治疗同一种病症的其他承保药物对您都不起作用，那么我们会承保原研药。（与仿制药相比，您为原研药支付的费用分摊金额可能会多一些。）

提前获得计划批准

对于某些药物，您或您的提供者需要首先获得本计划的批准，我们才会同意为您承保药物。这被称为“预先授权”。要求提前获得批准有时可以帮助指导正确使用某些药物。如果您未获得此批准，本计划可能不会承保您的药物。

首先尝试另一种药物

此要求鼓励您在本计划承保其他药物之前尝试价格更低但疗效相当的药物。例如，如果药物 A 和药物 B 都能治疗同一种病症，本计划可能要求您首先尝试药物 A。如果药物 A 对您不起作用，那么本计划就会承保药物 B。要求首先尝试另一种药物的做法被称为“阶梯疗法”。

数量限制

对于某些药物，我们会限制您在每次配药时可以获得的药物数量，从而限制您能够拥有的药物数量。例如，对于某一种药物，如果通常认为每天的安全用量是一片，那么我们会将您的处方承保限制为不超过每天一片。

第 4.3 节 您的药物是否受到任何此类限制？

本计划的药物清单包含有关上述限制的信息。要确定任何这些限制是否适用于您正在或打算使用的药物，请查看药物清单。有关最新信息，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）或查看我们的网站 (<https://brighthouseplan.com/medicare>)。

如果您的药物受到限制，通常意味着您或您的提供者必须采取额外的步骤，我们才能承保这种药物。如果您要使用的药物受到限制，您应联系会员服务中心，了解您或您的提供者如何才能获得药物承保。如果希望我们为您解除限制，您需要走一遍承保决定流程并请求我们例外处理。我们可能同意或拒绝为您解除限制。（请参阅第 9 章第 6.2 节，了解有关请求例外处理的信息。）

第 5 节 如果您的其中一种药物没有受到您所需的承保该怎么办？

第 5.1 节 如果您的药物没有受到您所需的承保，您可以采取一些行动

我们希望您的药物承保能够充分满足您的需求。但可能存在这样一种情况：您正在使用的处方药或者您和您的提供者认为您应当使用的处方药并未出现在我们的处方集内，或者您的处方药虽然出现在我们的处方集内，但却受到一些限制。例如：

- 药物可能根本不享受承保。或者，药物的仿制药享受承保，但您希望使用的原研药不享受承保。
- 药物享受承保，但它的承保需要遵循一些额外的规则或限制。如第 4 节中所述，一些额外的规则会限制本计划承保的某些药物的使用。例如，您可能需要首先尝试另一种药物以确定它是否有效，我们才会为您承保您要使用的药物。或者，在特定的时期，对于承保的药物数量（片数等等）可能存在一些限制。在某些情况下，您可能希望我们为您解除限制。
- 药物享受承保，但它所处的费用分摊层级导致您的费用分摊超过您的预期。本计划将承保的每种药物会划分到六个不同的费用分摊层级中的一个。您为您的处方药支付的金额在某种程度上取决于您的药物所处的费用分摊层级。

如果您的药物没有受到您所需的承保，您可以采取一些行动。您的选项取决于您遇到的问题的类型：

- 如果您的药物不在药物清单中或者受到限制，请参阅第 5.2 节了解您该怎么办。
- 如果您的药物所处的费用分摊层级导致您的费用分摊超过您的预期，请参阅第 5.3 节了解您该怎么办。

第 5.2 节 如果您的药物不在药物清单中或者受到某种限制，您该怎么办？

如果您的药物不在药物清单中或者受到限制，您可以采取以下行动：

- 您可以获得临时药物供应（在某些情况下，只有会员能够获得临时供应。）这样，您和您的提供者就有时间改用另一种药物，或者提出药物承保申请。
- 您可以改用另一种药物。
- 您可以请求例外处理，并要求本计划承保药物或解除药物限制。

您可以获得临时供应

在某些情况下，当您的药物不在药物清单中或受到某种限制时，本计划可以为您提供临时药物供应。这样，您就有时间与您的提供者商讨承保变更事宜并找出应对办法。

要获得临时供应资格，您必须符合下面这两个要求：

1. 您的药物承保变更必须是下面这两种类型中的一种：

- 您一直以来使用的药物不再列于本计划的药物清单中。
- -- 或者 -- 您一直以来使用的药物现在受到某种限制（本章中的第 4 节说明了相关限制。）

2. 您必须处于以下其中一种情况：

- **对于新会员或者去年加入本计划的会员：**

我们将在您加入本计划之后的前 90 天内（如果您是新会员）及在该日历年的前 90 天内（如果您是上一年加入的本计划）为您承保临时药物供应。此临时供应最多为 30 天的供应量。如果开立的处方药量不够使用 30 天，我们将允许多次配药，以提供最多 30 天的药物供应量。必须在网络内药房配药。（请注意，长期护理药房每次提供的药量更少，目的是防止浪费。）

- **对于加入本计划已超过 90 天、在长期护理 (LTC) 机构中住院并需要立即供应药物的会员：**

我们将承保一次 31 天的特定药物供应，如果开立的处方药量不够使用 31 天，我们承保的药物供应也会相应减少。此规定与上述的临时供应情况叠加。

- 对于护理等级变更的会员（正在办理 LTC 机构入院或出院手续），早期重新配药编辑不会用于限制适当且必要的 D 部分福利使用权，并且此类入会者将被允许在入院或出院时使用重新配药福利。

要请求临时供应，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。

在获得临时药物供应期间，您应当和您的提供者进行商讨，并决定临时供应量用完之后该怎么办。您可以改用本计划承保的另一种药物，也可以请求本计划为您进行例外处理并承保您目前使用的药物。下面这几节内容将详细介绍这些选项。

您可以改用另一种药物

首先和您的提供者进行商讨。本计划中或许已承保另一种对您具有同样疗效的药物。您可以致电会员服务中心，索取一份治疗相同病症的承保药物的清单。此清单可以帮助您的提供者找到可能对您有效的承保药物。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

您可以请求例外处理

您和您的提供者可以请求本计划为您进行例外处理，并按照您期望的方式承保您的药物。如果您的提供者认为您有充足的医疗理由请求我们例外处理，那么您的提供者可以帮助您请求对此规则进行例外处理。例如，您可以请求本计划承保某种药物，即使这种药物不在本计划的药物清单中。或者，您也可以请求本计划进行例外处理并承保这种药物，而且不设置任何限制。

如果您已经是会员，而且您正在使用的一种药物将在明年从处方集消失或者将会受到某种限制，那么我们允许您提前为明年请求处方集例外。我们会向您告知您的药物承保在明年将会发生的任何变化。您可以提前为明年请求例外处理，收到您的请求（或者您的开药者的支持性声明）之后，我们将在 72 小时内为您提供答复。如果我们批准了您的请求，我们将在变化生效之前授权承保。

如果您和您的提供者打算请求例外处理，请参阅第 9 章第 6.4 节了解该怎么办。这一节内容说明了 Medicare 为了确保快速、公正地处理您的请求而设定的程序和截止日期。

第 5.3 节 如果您的药物处于您认为过高的费用分摊层级，您该怎么办？

如果您的药物位列您认为过高的费用分摊层级，您可以采取以下行动：

您可以改用另一种药物

如果您的药物位列您认为过高的费用分摊层级，请首先和您的提供者进行商讨。更低的费用分摊层级中或许存在另一种对您具有同样疗效的药物。您可以致电会员服务中心，索取一份治疗相同病症的承保药物的清单。此清单可以帮助您的提供者找到可能对您有效的承保药物。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

您可以请求例外处理

您和您的提供者可以请求本计划在费用分摊层级中为药物进行例外处理，以便减少您的药费支出。如果您的提供者认为您有充足的医疗理由请求我们例外处理，那么您的提供者可以帮助您请求对此规则进行例外处理。

如果您和您的提供者打算请求例外处理，请参阅第 9 章第 6.4 节了解该怎么办。这一节内容说明了 Medicare 为了确保快速、公正地处理您的请求而设定的程序和截止日期。

我们的特殊层级中的药物没有资格享受这种例外处理。我们不会为此层级中的药物减少费用分摊金额。

第 6 节 如果您的药物承保发生了变化该怎么办？

第 6.1 节 药物清单可能会在一年之内发生变化

药物承保的大多数变化发生在每年年初（1 月 1 日）。但在一整年中，本计划都可能会对药物清单进行变更。例如，本计划可能会：

- **向药物清单添加药物或从中去除药物。**新药层出不穷，包括新的仿制药。政府或许已批准将现有的药物用于新的用途。药物有时会被召回，并且我们会决定不再承保这种药物。当发现某种药物无效时，我们也可能将其从清单中去除。
- **将药物移动到更高或更低费用分摊层级。**
- **添加或去除药物的承保限制**（有关承保限制的更多信息，请参阅本章的第 4 节）。
- **将原研药替换为仿制药。**

我们必须遵循 Medicare 的要求，才能更改本计划的药物清单。

第 6.2 节 如果您正在服用的药物的承保发生了变化将会怎样？**有关药物承保变更的信息**

在一年中对药物清单进行变更时，我们会在我们的网站上公布有关这些变更的信息。我们会定期更新我们的在线药物清单，以包含我们在上次更新之后进行的任何变更。我们在下文说明了对您当时使用的药物进行变更之后，您会在什么时候收到直接通知。您也可以致电会员服务中心，了解更多信息（电话号码见手册封底）。

对您的药物承保进行的变更是否会立即对您产生影响？

今年可能会影响您的变更：在下面这些情况中，今年对承保进行的变更可能会影响到您：

- **仿制药取代药物清单中的原研药（或者我们更改了原研药的费用分摊层级或为其添加了新的限制）**
 - 如果您正在使用的原研药被替换为仿制药，本计划必须至少提前 30 天通知您此变更，或者通知您此变更并在网络内药房为您的原研药重配 30 天的药量。
 - 收到变更通知之后，您应当与您的提供者合作，以便改用仿制药或者我们承保的另一种药物。
 - 或者，您或您的开药者也可以请求本计划例外处理，并继续为您承保原研药。有关如何请求例外处理的信息，请参阅第 9 章（如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）。
- **不安全的药物和药物清单中退市的其他药物**
 - 当发现药物不安全时，有时会突然将其撤回，或者出于其他原因将其退市。如果发生这种情况，我们会立即将这种药物从药物清单中去除。如果您当时正在使用这种药物，我们会立即通知您这一变化。
 - 您的开药者也会获悉这一变化，并会与您一起找到另一种适合您病症的药物。
- **对药物清单中的药物进行的其他变更**
 - 新的一年开始之后，我们可能会进行其他变更，这些变更可能会影响您正在使用的药物。例如，我们可能会根据 FDA 黑框警告或者 Medicare 认可的新临床指南进行变更。我们必须至少提前 30 天通知您此变更，或者通知您此变更并在网络内药房为您的药物重配 30 天的药量。
 - 收到变更通知之后，您应当与您的开药者合作，以便改用我们承保的另一种药物。
 - 或者，您或您的开药者也可以请求我们例外处理，并继续为您承保这种药物。有关如何请求例外处理的信息，请参阅第 9 章（如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）。

对药物清单中的药物进行的不会影响目前用药者的变更：对于对药物清单进行的上述变更以外的变更，如果您目前正在使用药物，那么只要您不退出本计划，在明年的 1 月 1 日之前就不会受到下面这些类型的变更影响：

- 如果我们将您的药物移动到更高的费用分摊层级。
- 如果我们对您的药物用途设置了新的限制。
- 如果我们将您的药物从药物清单中去除。

如果您正在使用的药物发生任何上述变更（但原因并非退市、仿制药取代原研药或者前面几节中说明的其他变更），那么在明年的 1 月 1 日之前，这些变更不会影响您使用的药物或您支付的费用分摊金额。在那之前，您可能会发现您支付的药费不会增加，您的药物用途也不会受到新的限制。对于不会对您产生影响的变更，您今年将不会收到直接通知。但在明年的 1 月 1 日，这些变更会对您产生影响，因此一定要查看新一年的药物清单，以了解药物的任何变更。

第 7 节 本计划不承保哪些类型的药物？

第 7.1 节 不承保的药物类型

本节将说明哪些类型的处方药“未涵盖在内”。这意味着 Medicare 不会为这些药物付费。

如果您获得的药物未涵盖在内，则您只能自行支付费用。我们不会为本节中列出的药物付费。唯一的例外：如果在上诉时发现所请求的药物并未排除在 D 部分之外，而且我们应当根据您的具体情况而为其付费或承保。（有关就我们决定不承保某一药物提出上诉的信息，请参阅本手册的第 9 章第 6.5 节。）

下面是有关不享受 Medicare 药物计划 D 部分承保的药物的三条一般规则：

- 我们的计划提供的 D 部分药物承保不承保 Medicare A 部分或 B 部分中承保的药物。
- 我们的计划不承保在美国及其领土以外购买的药物。
- 我们的计划通常不承保标示外用途。药物的“标示外用途”是指除药物标签上标明的经美国食品和药物管理局批准的用途以外的任何用途。
 - 通常只有当某些参考书支持药物的“标示外用途”时，才允许对其进行承保。这些参考书包括 American Hospital Formulary Service Drug Information [《美国医院处方集服务处药物信息》]、DRUGDEX Information System [《DRUGDEX 信息系统》]；癌症方面的 National Comprehensive Cancer Network [《美国国家综合癌症网络》] 和 Clinical Pharmacology [《临床药理学》] 或其后续书籍。如果所有这些参考书都不支持“标示外用途”，那么我们的计划将不予承保。

此外，法律规定，下面这几种类别的药物不享受 Medicare 药物计划承保：

- 非处方药（也称为成药）
- 用于提高繁殖能力的药物
- 用于缓解咳嗽或感冒症状的药物
- 用于美容用途或促进生发的药物

第 5 章 使用本计划承保您的 D 部分处方药

- 处方维生素和矿物制品，不包括产前维生素和氯化物制剂
- 用于治疗性功能障碍或勃起功能障碍的药物
- 用于治疗厌食症、减肥或增重的药物
- 制造商要求为其购买相关测试或监测服务并以只能从制造商处购买这些测试或服务为销售条件的门诊患者药物

如果您收到为您支付药费的“额外帮助”，那么您所在州的 Medicaid 计划可能会承保一些通常不享受 Medicare 药物计划承保的处方药。请联系您所在州的 Medicaid 计划，以确定您可以享受哪些药物承保。（您可以在第 2 章第 6 节中找到 Medicaid 的电话号码和联系信息。）

第 8 节 在配药时出示您的计划会员卡**第 8.1 节 出示您的会员卡**

配药时，请在您选择的网络内药房出示您的计划会员卡。当出示您的计划会员卡时，网络内药房会自动向本计划收取我们应当为您的承保处方药费用分摊的额度。取药时，您需要向药房支付您的费用分摊金额。

第 8.2 节 如果未随身携带会员卡该怎么办？

如果配药时未随身携带您的计划会员卡，请让药房致电本计划，获取必要信息。

如果药房无法获得必要信息，则您须在取药时全额支付处方药费用。（随后，您可以要求我们报销我们的分摊金额。请参阅第 7 章的第 2.1 节，了解如何让本计划为您报销药费。）

第 9 节 特殊情况下的 D 部分药物承保**第 9.1 节 如果您要在医院或专业护理机构入住并享受计划的承保该怎么办？**

如果您在医院或专业护理机构中住院并享受本计划承保，我们通常会承保您在住院期间产生的处方药费用。离开医院或专业护理机构之后，只要您的药物符合我们的所有承保规则，本计划就会承保您的药物。请参阅本节前述部分中涉及药物承保规则的内容。第 6 章（*如何为 D 部分处方药付费*）详细说明了药物承保和您的付费额度。

请注意：当您进入、入住或离开专业护理机构时，您将有权进入特殊投保期。在此期间内，您可以切换计划或变更您的承保。（第 10 章“*终止您在本计划中的会员资格*”说明了您可以在哪些情况下退出我们的计划并加入其他的 Medicare 计划。）

第 9.2 节 如果您是长期护理 (LTC) 机构中的患者该怎么办？

长期护理 (LTC) 机构（例如私人疗养院）通常拥有自己的药房，或者一个能够为其所有患者供应药物的药房。如果您是长期护理机构中的患者，只要该机构的药房加入了我们的网络，您就可以通过此药房获得您的处方药。

请查看您的 *药房目录*，以确定您长期护理机构的药房是否加入了我们的网络。如果尚未加入，或者您需要更多信息，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。

如果您是长期护理 (LTC) 机构中的患者并成为本计划的新会员该怎么办？

如果您需要的药物不在我们的药物清单中或受到某种限制，本计划将在您成为会员之后的前 90 天内为您的药物承保**临时供应**。总供应量最多可使用 31 天，如果为您的处方开出的药量不够使用 31 天，我们承保的药物供应也会相应减少。（请注意，长期护理 (LTC) 药房每次提供的药量更少，目的是防止浪费。）如果您成为本计划的会员已超过 90 天，而且您需要的药物不在我们的药物清单中或者本计划对这种药物的承保设置了任何限制，那么我们将承保一次 31 天的供应量，如果为您的处方开出的药量不够使用 31 天，我们承保的供应量也会相应减少。

在获得临时药物供应期间，您应当和您的提供者进行商讨，并决定临时供应量用完之后该怎么办。本计划中或许已承保另一种对您具有同样疗效的药物。或者，您和您的提供者可以请求本计划为您进行例外处理，并按照您期望的方式承保您的药物。如果您和您的提供者打算请求例外处理，请参阅第 9 章第 6.4 节了解该怎么办。

第 9.3 节 如果您还享受雇主或退休人员群体计划中的药物承保该怎么办？

您目前是否在通过您（或您配偶）的雇主或退休人员群体享受其他处方药承保？如果是，请联系**该群体的福利管理员**。他或她可以帮助您确定如何将您目前的处方药承保与我们的计划相结合。

如果您目前受到雇佣，则通常以您雇主或退休人员群体的承保为主，以我们为您提供的处方药承保为辅。这意味着您要首先通过群体承保付费。

有关“可信承保”的特别说明：

您的雇主或退休人员群体每年都应向您发送一份通知，以说明您下一个日历年的处方药承保是否“可信”并介绍您的药物承保选项。

如果群体计划的承保是“可信”的，则意味着本计划的药物承保通常会按至少和 Medicare 的标准处方药承保额度等额的额度付费。

请保留这些有关可信承保的通知，将来您或许会用得上。如果参加了一项包含 D 部分药物承保的 Medicare 计划，您可能需要利用这些通知证明您一直在享受可信承保。如果您的雇主或退休人员群体计划未曾向您发送有关可信承保的通知，则您可以从您雇主或退休人员计划的福利管理员、雇主或工会那里获得一份副本。

第 9.4 节 如果您参加了经 Medicare 认证的善终服务该怎么办？

善终服务和我们的计划不会同时承保这些药物的费用。如果您参加了 Medicare 善终服务并需要止吐药、通便剂、止痛药或抗焦虑药，但它们与您的绝症和相关病症无关，因此不享受善终服务承保，那么我们的计划必须收到开药者或您的善终服务提供者发出的通知证明这种药物无关，我们的计划才会承保这种药物。为了防止您无法及时收到应由我们的计划承保的任何无关药物，在让药房为您配药之前，您可以让您的善终服务提供者或开药者确保我们收到能够证明药物无关的通知。

如果您撤回了您的善终服务选项或者离开善终机构，我们的计划应当会承保您的所有药物。在您的 Medicare 善终福利终止之后，为防止药房推迟供药，您应向药房提交文档，以证实您已撤回或出院。请参阅本节前述部分中涉及 D 部分药物承保规则的内容。第 6 章（*如何为 D 部分处方药付费*）详细说明了药物承保和您的付费额度。

第 10 节 药物安全性和药物管理计划

第 10.1 节 可帮助会员安全使用药物的计划

我们对我们的会员执行药物用途审查，以便确保他们获得安全、适当的治疗。当会员拥有一个以上的提供者为他们开药时，这些审查尤其重要。

每当您配药时，我们都会执行审查。我们还会定期审查我们的记录。在执行这些审查时，我们会寻找潜在的问题，例如：

- 可能的用药差错
- 由于您在使用另一种药物治疗同一种病症而无需使用的药物
- 对于您的年龄或性别可能不安全或不适合的药物
- 同时使用的话可能对您造成伤害的某些药物组合
- 开立的处方药中包含会导致您过敏的成分
- 您正在使用的药物量（剂量）可能存在差错
- 阿片类止痛药的用量不安全

如果我们发现您使用的药物可能存在问题，我们会与您的提供者一起纠正问题。

第 10.2 节 可帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划 (DMP)

我们的一项计划有助于确保我们的会员安全地使用阿片类处方药或者经常被滥用的其他药物。这项计划即为药物管理计划 (DMP)。如果您使用的阿片类药物取自多个医生或药房，我们可能会联系您的医生，以确保您的用药正确无误并具有医疗必要性。通过与您的医生合作，如果我们认定您面临着风险或者在滥用阿片类或苯二氮平类药物，我们可能会限制您获得这些药物的方式。这些限制可能包括：

- 要求您只从一个药房获得您的所有阿片类或苯二氮平类处方药
- 要求您只从一名医生处获得您的所有阿片类或苯二氮平类处方药
- 限制我们将为您承保的阿片类或苯二氮平类药物的数量

如果我们认定应当对您施加一个或多个此类限制，我们会提前向您发送通知函。这封信函将包含一些信息，说明我们认为应当对您施加的限制条款。您还将有机会告诉我们您倾向于通过哪些医生或药房获得药物。如果您认为我们的做法错误，或者您不同意我们有关您的处方药滥用风险或限制的裁定，您和您的开药者有权向我们上诉。请参阅第 9 章了解如何上诉。

如果您患有某些病症（例如癌症），或者您正在接受善终、姑息或临终护理或是正在长期护理机构中住院，DMP 可能不适用于您。

第 10.3 节 可帮助会员管理药物的药物治疗管理 (MTM) 计划

我们的一项计划有助于满足会员的复杂健康需求。例如，有些会员患有多种病症、同时使用多种药物并且药费高居不下。

会员可以自愿、免费参加这项计划。这项计划是由一组药剂师和医生专为我们制定的。这项计划有助于确保我们的会员能够从他们使用的药物中获得最大益处。我们的计划被称为药物治疗管理 (MTM) 计划。某些利用药物来治疗多种病症的会员可以通过 MTM 计划获得服务。药剂师或其他健康专业人员会对您的所有药物执行全面检查。你们可以探讨如何以最佳的方式使用药物、您的药费以及您遇到的任何有关处方药和非处方药的问题或疑问。您将获得此次探讨的书面总结。该总结包含一项药物行动计划，而本计划会提示您如何以最佳的方式使用药物，并留出了空间供您记录或写下任何后续问题。您还将获得一份个人药物清单，其中包含您在使用的所有药物以及使用这些药物的原因。

在您进行年度“健康”就诊之前最好应先审查您的药物，这样您就可以与医生讨论您的行动计划和药物清单。在就诊或者每次与医生、药剂师和其他医疗保健提供者沟通时，您都要随身携带您的行动计划和药物清单。此外，当您前往医院或急诊室时，也要随身携带您的药物清单（例如将它和您的 ID 放在一起）。

如果我们的某一项计划能够满足您的需求，我们会自动为您登记参加这项计划中并向您发送相关信息。如果您决定不参加，请通知我们，我们会让您退出这项计划。如果您对这些计划有任何疑问，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。

第 6 章

如何为 **D** 部分 处方药付费

第 6 章 如何为 D 部分处方药付费

第 1 节	简介	111
第 1.1 节	请将本章内容与说明您的药物承保的其他资料结合使用	111
第 1.2 节	您可以为承保药物支付的自付费用的类型	111
第 2 节	您为药物支付的费用取决于您在获得药物时所处的“药物付款阶段”	112
第 2.1 节	Bright Advantage Choice (HMO) 会员有哪些药物付款阶段?	112
第 3 节	我们会向您发送报告，以解释说明您的药物付款方式和您所处的付款阶段	113
第 3.1 节	我们会向您发送一份名为“D 部分福利说明”（“D 部分 EOB”）的月报	113
第 3.2 节	帮助我们及时更新您的药物付款信息	113
第 4 节	在免赔额阶段，您需要全额支付第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药物的费用	114
第 4.1 节	在为您的第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药物支付的费用达到 295 美元之前，您将一直处于免赔额阶段	114
第 5 节	在初始承保阶段，本计划将支付您的药费中其应支付的费用分摊金额，而您支付您的费用分摊金额	114
第 5.1 节	您为药物支付的费用取决于药物以及您在哪里配药	114
第 5.2 节	您的药物月供费用表格	115
第 5.3 节	如果您的医生开出的药量不足以供应一个月，您就不必支付整月供应量的费用	116
第 5.4 节	您的药物长期（最多 90 天）供应费用表格	117
第 5.5 节	在您的年度总药费达到 4,020 美元之前，您将一直处于初始承保阶段	117
第 6 节	在承保缺口阶段，您可以享受原研药折扣，并为仿制药支付不超过 25% 的药费	118
第 6.1 节	在您的自付费用达到 6,350 美元之前，您将一直处于承保缺口阶段	118
第 6.2 节	Medicare 如何计算您的处方药自付费用	118
第 7 节	在灾难性承保阶段，本计划会支付您的大部分药费	120
第 7.1 节	处于灾难性承保阶段之后，您将在该年度的剩余时间里一直处于此阶段	120
第 8 节	您为 D 部分承保的疫苗接种支付的费用取决于您接种疫苗的方式和地点	120
第 8.1 节	我们的计划可能为 D 部分疫苗药物本身和疫苗接种费用提供单独的承保	120
第 8.2 节	在接种疫苗之前，您可能需要致电我们的会员服务中心	122



您知道吗？有些计划可以帮人们支付药物费用。

有些计划可以为并不富裕的人们支付药物费用。这些计划包括“额外帮助”和州政府药物援助计划。有关更多信息，请参阅第 2 章第 7 节。

您目前是否就您的药物付费获得帮助？

如果您参与的计划可帮助您支付药物费用，则本承保证明中有关 D 部分处方药费用的信息可能不适用于您。我们向您送出了一份单独的插页，名为“获得支付处方药费用之额外帮助的人士的承保证明附文”（也称为“低收入补贴附文”或“LIS 附文”），其中介绍了有关药物承保的信息。如果没有此插页，请致电会员服务中心并索取“LIS 附文”。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

第 1 节 简介

第 1.1 节 请将本章内容与说明您的药物承保的其他资料结合使用

本章将重点说明如何为 D 部分处方药付费。为简单起见，我们在本章中将 D 部分处方药简称为“药物”。如第 5 章所述，并非所有药物都是 D 部分药物 – 享受 Medicare A 部分或 B 部分承保的某些药物，以及根据法律未涵盖在 Medicare 承保范围内的其他药物。

为了解我们在本章中为您提供的付款信息，您需要大致了解哪些药物享受承保、在何处配药以及您在获得承保药物时需要遵循哪些规则。下面这些资料说明了以下基本信息：

- 本计划的**承保药物清单（处方集）**。为简单起见，我们将其简称为“药物清单”。
 - 此药物清单列明了我们可为您承保哪些药物。
 - 它还详述了您的药物处于六个“费用分摊层级”中的哪个层级以及您享受的药物承保是否受到任何限制。
 - 如果需要此药物清单的副本，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。您也可以在我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare> 上查看此药物清单。此网站上的药物清单始终是最新的。
- 本手册的**第 5 章**。第 5 章详细介绍了您的处方药承保，包括您在获得承保药物时需要遵循的规则。第 5 章还说明了我们的计划不承保的处方药类型。
- 本计划的**药房目录**。在大多数情况下，您必须通过网络内药房获得您的承保药物（有关详细信息，请参阅第 5 章）。药房目录中提供了本计划的网络内药房清单。它还列明了我们的哪些网络内药房能够为您长期供应药物（例如配出三个月的供应量）。

第 1.2 节 您可以为承保药物支付的自付费用的类型

为了理解我们在本章中向您提供的支付信息，您需要了解您可能为您的承保服务支付的自付费用类型。您支付的药费金额被称为“费用分摊”，而您可以通过三种方式付费。

- “免赔额”是指在我们的计划开始支付其应支付的分摊金额之前，您必须为药物支付的金额。
- “共付额”是指您在每次配药时都要支付固定金额。
- “共同保险”是指您在每次配药时都要支付总药费的一定百分比。

第 2 节

您为药物支付的费用取决于您在获得药物时所处的“药物付款阶段”

第 2.1 节

Bright Advantage Choice (HMO) 会员有哪些药物付款阶段？

如下表所示，Bright Advantage Choice (HMO) 将您的处方药承保分成数个“药物付款阶段”。您为药物支付的费用取决于您在配药或重新配药时处于上述哪个阶段。

阶段 1 年度免赔额阶段	阶段 2 初始承保阶段	阶段 3 承保缺口阶段	阶段 4 灾难性承保阶段
在此阶段，您需要 全额支付 第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药物的费用。 在为您的第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药物支付的费用达到 295 美元（295 美元是您的第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级免赔额）之前，您将一直处于此阶段。（有关详细信息，请参阅本章的第 4 节。）	在此阶段，计划支付您的第 1 层级、第 2 层级和第 6 层级药费中其应支付的费用分摊金额，而您 支付您的费用分摊金额 。 在您（或代表您的其他人）达到您的第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级免赔额之后，计划支付您的第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药费中其应支付的费用分摊金额，而您支付您的费用分摊金额。 在您的年初至今“ 总药费 ”（您支付的药费加上本计划的 D 部分支付的任何药费）达到 4,020 美元之前，您将一直处于此阶段。（有关详细信息，请参阅本章的第 5 节。）	在承保缺口阶段，我们的计划可为第 6 层级的药物提供全额药物承保。对于第 6 层级的药物，您支付的药费为 0 美元。对于所有其他层级的药物，您需要支付原研药价格的 25%（加上一部分配药费）和仿制药价格的 25%。 在您的年初至今“ 自付费用 ”（您支付的费用）总计达到 6,350 美元之前，您将一直处于此阶段。此金额及其药费计入规则由 Medicare 确定。（有关详细信息，请参阅本章的第 6 节。）	在此阶段，本计划将在该日历年的剩余时间里（直到 2020 年 12 月 31 日） 承保您的大部分药费 。（有关详细信息，请参阅本章的第 7 节。）

第 3 节 我们会向您发送报告，以解释说明您的药物付款方式和您所处的付款阶段

第 3.1 节 我们会向您发送一份名为“D 部分福利说明”（“D 部分 EOB”）的月报

我们的计划会跟踪您的处方药药费以及您在药房配药或重新配药时支付的费用。这样，我们就能够在您从一个药物付款阶段进入下一个阶段时通知您。特别是，我们会跟踪两种费用：

- 我们会跟踪您支付的费用。此费用即为您的“**自付费用**”。
- 我们会跟踪您的“**总药费**”。此费用是指您或代表您的其他人支付的自付费用金额加上本计划支付的金额。

当您在上个月通过本计划完成一次或多次配药之后，我们的计划会准备一份名为 *D 部分福利说明*（或“D 部分 EOB”）的书面报告。这份报告包含：

- **上个月的信息**。该报告会详细说明您在上个月为配药支付的费用。其会显示总药费、本计划支付的费用以及您和代表您的其他人支付的费用。
- **自该年度 1 月 1 日以来的总费用**。此费用称为“年初至今”信息。其会显示您今年迄今的总药费和您为药物支付的总费用。

第 3.2 节 帮助我们及时更新您的药物付款信息

为了跟踪您的药费和您为药物支付的费用，我们会使用药房提供的记录。您可以通过以下方式帮助我们确保您的信息的准确性和即时性：

- **在您获取配药时出示您的会员卡**。为了确保我们了解您的配药处方和您支付的费用，请在您每次获取配药时出示您的计划会员卡。
- **确保我们获得所需的信息**。有时会出现这样的情形：您需要为处方药付费，但我们无法自动获得为了跟踪您的自付费用而需要的信息。为了帮助我们跟踪您的自付费用，您可以向我们提供您以前购买的药物的单据副本。（如果需要为承保药物付费，您可以要求我们的计划支付其应支付的费用分摊金额。有关如何执行此操作的说明，请参阅本手册第 7 章第 2 节。）在下面几种情况下，您可能需要向我们提供您的药物单据副本，以确保我们完整记录您支付的药物费用：
 - 当您在网络内药房购买特价承保药物或者使用不属于我们的计划福利范畴的折扣卡时。
 - 当您为制药厂患者援助计划提供的药物支付共付额时。
 - 每当您在网络外药房购买承保药物或者在特殊情况下全额支付承保药物的费用时。
- **向我们发送其他人为您支付的费用的相关信息**。其他的某些个人和组织支付的费用也会计入您的自付费用中，从而助您获得灾难性承保资格。例如，州政府药物援助计划、AIDS 药物援助计划 (ADAP)、印第安人卫生局和大多数慈善组织支付的费用都会计入您的自付费用中。您应保留这些付款记录并将其发送给我们，以使我们能够跟踪您的费用。

- 查看我们发送给您的书面报告。当您在邮件中收到 *D 部分福利说明*（“D 部分 EOB”）时，请仔细阅读以确保信息的完整性与正确性。如果您认为报告中缺少某些信息或者您有任何疑问，请致电我们的会员服务中心（电话号码见手册封底）。一定要保留这些报告。它们是您的药费的重要记录。

第 4 节 在免赔额阶段，您需要全额支付第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药物的费用

第 4.1 节 在为您的第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药物支付的费用达到 295 美元之前，您将一直处于免赔额阶段

免赔额阶段是您的药物承保的第一个付款阶段。您需要为第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药物支付的年度免赔额为 295 美元。在达到本计划的免赔额之前，您必须全额支付第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药物的费用。对于所有其他药物，您不必支付任何免赔额，并会立即获得承保。

- 您的“**全额费用**”通常低于药物的正常全价，因为我们的计划为大多数药物争取到了更低的价格。
- “**免赔额**”是指在本计划开始支付其应支付的分摊金额之前，您必须为 D 部分处方药支付的金额。

为您的第 3 层级、第 4 层级和第 5 层级药物支付 295 美元之后，您将退出免赔额阶段并进入下一个药物付款阶段，即初始承保阶段。

第 5 节 在初始承保阶段，本计划将支付您的药费中其应支付的费用分摊金额，而您支付您的费用分摊金额

第 5.1 节 您为药物支付的费用取决于药物以及您在哪里配药

在初始承保阶段，计划支付您的承保处方药费用中其应支付的费用分摊金额，而您支付您的费用分摊金额（您的共付额或共同保险）。您的费用分摊金额取决于药物以及您在哪里配药。

本计划包含六个费用分摊层级

本计划的药物清单中的每种药物均属于六个费用分摊层级中的一个。费用分摊层级越高，您的药费通常也会越高：

- 第 1 层级 - 首选仿制药
- 第 2 层级 - 仿制药
- 第 3 层级 - 首选原研药
- 第 4 层级 - 非首选药
- 第 5 层级 - 特殊层级
- 第 6 层级 - 精选保健药物

要确定您的药物处于哪个费用分摊层级，请在本计划的药物清单中查找您的药物。

您的药房选项

您为药物支付的费用取决于您从哪里获得药物：

- 加入了我们的计划网络的零售药房
- 未加入本计划网络的药房
- 本计划的邮购药房

有关这些药房选项和配药的更多信息，请参阅本手册第 5 章和本计划的 *药房目录*。

第 5.2 节 您的药物月供费用表格

在初始承保阶段，您的承保药物费用分摊金额将是共付额或共同保险。

- “**共付额**”是指您在每次配药时都要支付固定金额。
- “**共同保险**”是指您在每次配药时都要支付总药费的一定百分比。

如下表所示，共付额或共同保险取决于您的药物所处的费用分摊层级。请注意：

- 如果您的承保药物费用低于此表中列出的共付额，您将按更低的那个价格支付药费。您要么需全额支付药物费用，要么需支付共付额，以两者中的较低者为准。
- 我们只在有限的情况下承保网络外药房的配药。请参阅第 5 章第 2.5 节，了解我们在哪些情况下承保网络外药房的配药。

您在获得一个月的 D 部分承保处方药供应量时的费用分摊金额：

	标准零售费用分摊 (网络内) (最多 30 天供应量)	标准邮购费用分摊 (最多 30 天供应量)	长期护理 (LTC) 费用分摊 (最多 31 天供应量)	网络外费用分摊 (只在某些情况下承保；有关详细信息，请参阅第 5 章。)(最多 30 天供应量)
费用分摊 第 1 层级 (首选仿制药)	5 美元共付额	5 美元共付额	5 美元共付额	5 美元共付额
费用分摊 第 2 层级 (仿制药)	20 美元共付额	20 美元共付额	20 美元共付额	20 美元共付额
费用分摊 第 3 层级 (首选原研药)	47 美元共付额	47 美元共付额	47 美元共付额	47 美元共付额

第 6 章 如何为 D 部分处方药付费

	标准零售费用分摊 (网络内) (最多 30 天供应量)	标准邮购费用分摊 (最多 30 天供应量)	长期护理 (LTC) 费用分摊 (最多 31 天供应量)	网络外费用分摊 (只在某些情况下承保; 有关详细信息, 请参阅第 5 章。)(最多 30 天供应量)
费用分摊 第 4 层级 (非首选药)	100 美元共付额	100 美元共付额	100 美元共付额	100 美元共付额
费用分摊 第 5 层级 (特殊层级)	27% 共同保险	27% 共同保险	27% 共同保险	27% 共同保险
费用分摊 第 6 层级 (精选保健 药物)	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额

第 5.3 节 如果您的医生开出的药量不足以供应一个月, 您就不必支付整月供应量的费用

您为处方药支付的费用通常涵盖一整月的承保药物供应量。但您的医生开出的药量可能不足以供应一个月。您有时可能需要让医生开出不到一个月的药物供应量（例如当您首次试用一种已知具有严重副作用的药物时）。如果您的医生开出的药量不足以供应一个月，您就不必为特定的药物支付整月供应量的费用。

当获得不到一整月的供应量时，您支付的费用将取决于您需要支付共同保险（总费用的一定百分比）或共付额（统一的美元额度）。

- 如果需要支付共同保险，则您应支付总药费的一定百分比。无论是供应一整月还是几天的药量，您都要支付相同的费用百分比。

但由于您获得不到一整月的供应量时的总药费更少，您支付的费用也会减少。

- 如果您需要为药物支付共付额，您的共付额将基于您收到的药物的可用天数。我们会计算您每天要支付的药费（“每日费用分摊金额”），并将其乘以您收到的药物的可用天数。
 - 例如：假设您为一整月的药物供应量（30 天供应量）支付的共付额为 30 美元，则表示您每天要支付的药费为 1 美元。如果您收到 7 天的药物供应量，那么您支付的费用将是每天 1 美元乘以 7 天，总药费为 7 美元。

每天的费用分摊能够让您既确保药物够用，又不必支付一整月供应量的费用。如果不到一整月的药物供应量能够帮助您更好地为不同的药物安排重新配药日期，以便能够减少前往药房的次数，则您也可以让您的医生开出并让药剂师发放此供应量。您支付的费用将取决于您收到的可用供应量。

第 5.4 节 您的药物长期（最多 90 天）供应费用表格

对于某些药物，您可以在配药时获得长期供应（也称为“持续供应”）。长期供应可最多提供 90 天的供应量。（有关从哪里和如何获得长期药物供应的详细信息，请参阅第 5 章第 2.4 节。）

下表显示了您在获得长期（最多 90 天）的药物供应时需要支付的费用。

- 请注意：如果您的承保药物费用低于此表中列出的共付额，您将按更低的那个价格支付药费。您要么需全额支付药物费用，要么需支付共付额，以两者中的较低者为准。

您在获得 D 部分承保处方药长期供应时的费用分摊金额：

层级	标准零售费用分摊（网络内） （最多 90 天供应量）	标准邮购费用分摊 （最多 90 天供应量）
费用分摊第 1 层级 （首选仿制药）	10 美元共付额	10 美元共付额
费用分摊第 2 层级 （仿制药）	40 美元共付额	40 美元共付额
费用分摊第 3 层级 （首选原研药）	94 美元共付额	94 美元共付额
费用分摊第 4 层级 （非首选药）	200 美元共付额	200 美元共付额
费用分摊第 5 层级 （特殊层级）	长期供应不适用于第 5 层级中的药物。	
费用分摊第 6 层级 （精选保健药物）	0 美元共付额	0 美元共付额

第 5.5 节 在您的年度总药费达到 4,020 美元之前，您将一直处于初始承保阶段

在您为处方药配药和重新配药而支付的总费用达到 4,020 美元的初始承保阶段限额之前，您将一直处于初始承保阶段。

您的总药费基于您支付的费用与任何 D 部分计划支付的费用之和：

- 自您该年度首次购买药物以来，**您**为所有承保药物支付的费用。（请参阅第 6.2 节，详细了解 Medicare 如何计算您的自付费用。）其中包括：
 - 您在免赔额阶段时支付的 295 美元。
 - 您在初始承保阶段为您的药物支付的总计费用分摊金额。
- **本计划**在初始承保阶段为您的药物支付的费用分摊金额。（如果您在 2020 年的任何时候参加了另一项 D 部分计划，那么这项计划在初始承保阶段支付的费用也会计入您的总药费中。）

使用我们发送给您的 *D 部分福利说明* (D 部分 EOB)，您可以跟踪您和本计划以及任何代表您的第三方在该年度支付的费用。很多人在一年中都达不到 4,020 美元的限额。

当您达到此 4,020 美元额度时，我们会通知您。达到此额度之后，您将退出初始承保阶段并进入承保缺口阶段。

第 6 节 在承保缺口阶段，您可以享受原研药折扣，并为仿制药支付不超过 25% 的药费

第 6.1 节 在您的自付费用达到 6,350 美元之前，您将一直处于承保缺口阶段

在承保缺口阶段，我们的计划可为第 6 层级的药物提供全额药物承保。对于第 6 层级的药物，您支付的药费为 0 美元。对于所有其他层级的药物，您需要支付原研药价格的 25%（加上一部分配药费）和仿制药价格的 25%。

当您处于承保缺口阶段时，Medicare 承保缺口折扣计划可提供原研药的制药厂折扣。对于原研药，您需支付 25% 的协议价格和一部分配药费。您支付的金额和制药厂的折扣金额都将计入您的自付费用中（看似全部由您支付），以助您完成承保缺口阶段。

您还可获得一些适用于仿制药的承保。对于仿制药，您需支付不超过 25% 的药费，本计划支付剩余的部分。对于仿制药，本计划支付的金额 (75%) 不会计入您的自付费用。只有您支付的金额才会计入，进而助您完成承保缺口阶段。

您可以继续按折扣价支付原研药费用并为仿制药支付不超过 25% 的费用，直到您的年度自付费用达到 Medicare 设定的最高金额为止。在 2020 年，此金额为 6,350 美元。

对于费用是否可以计入自付费用中，Medicare 制定了一些规则。当您达到 6,350 美元的自付费用限额时，您将退出承保缺口阶段并进入灾难性承保阶段。

第 6.2 节 Medicare 如何计算您的处方药自付费用

当跟踪您的药物自付费用时，我们必须遵循以下 Medicare 规则。

您的自付费用包含如下费用

当合计您的自付费用时，您可以包含下列费用（但前提是它们是 D 部分承保药物的费用，并且您遵循了本手册第 5 章中说明的药物承保规则）：

- 您在处于以下任何药物付款阶段时为药物支付的费用：
 - 免赔额阶段
 - 初始承保阶段

○ 承保缺口阶段

- 您在加入我们的计划之前以其他 Medicare 处方药计划会员的身份在该日历年支付的所有费用。

由谁付款非常重要：

- 如果这些费用由您**本人**支付，您的自付费用将包含这些费用。
- 如果这些费用是由代表您的**其他某些个人或组织**支付的，您的自付费用也会包含这些费用。这些费用包括由您的亲朋好友、大多数慈善组织、AIDS 药物援助计划、Medicare 指定的州政府药物援助计划或印第安人卫生局为您的药物支付的费用。还包含由 Medicare 的“额外帮助”计划支付的费用。
- 包含 Medicare 承保缺口折扣计划支付的某些费用。包含制药厂为您的原研药支付的费用。但不包含本计划为您的仿制药支付的费用。

进入灾难性承保阶段：

当您（或代表您支付费用的人员）在该日历年内支付的总计自付费用超过 6,350 美元时，您将退出承保缺口阶段并进入灾难性承保阶段。

您的自付费用不包含如下费用

当合计您的自付费用时，您**不得包含**以下任何类型的处方药费用：

- 您在美国及其领土以外购买的药物。
- 我们的计划不承保的药物。
- 您从不符合本计划的网络外承保要求的网络外药房获得的药物。
- D 部分以外的药物，包括享受 A 部分或 B 部分承保的处方药以及未涵盖在 Medicare 承保范围内的其他药物。
- 您为获得处方药而支付的费用通常不享受 Medicare 处方药计划承保。
- 本计划在您处于承保缺口阶段时为您的原研药或仿制药支付的费用。
- 群体健康计划（包括雇主健康计划）为您的药物支付的费用。
- 某些保险计划和政府资助的健康计划（例如 TRICARE 和 Veterans Affairs）为您的药物支付的费用。
- 承担为处方药付费这一法律义务的第三方为您的药物支付的费用（例如工伤补偿）。

提示：如果任何其他组织（例如前面所述的组织）为您的药物支付了部分或全部自付费用，您需要告知我们的计划。请致电会员服务中心告知我们（电话号码见手册封底）。

如何跟踪您的总计自付费用？

- **我们会为您提供帮助。**我们发送给您的 *D 部分福利说明*（D 部分 EOB）报告包含您自付费用的最新数额（本章中的第 3 节介绍了此报告）。当您的年度总计自付费用达到 6,350 美元时，此报告将通知您，您已退出承保缺口阶段并进入灾难性承保阶段。
- **确保我们获得所需的信息。**第 3.2 节说明了您可以通过哪些方式帮助我们确保正确且即时地记录您的信息。

第 7 节 在灾难性承保阶段，本计划会支付您的大部分药费

第 7.1 节 处于灾难性承保阶段之后，您将在该年度的剩余时间里一直处于此阶段

当您的自付费用达到该日历年的 6,350 美元限额时，您便可获得灾难性承保阶段资格。处于灾难性承保阶段之后，您将一直处于此付款阶段，直到该日历年结束。

在此阶段，本计划会支付您的大部分药费。

- 您为承保药物支付的**费用分摊金额**将是共同保险或共付额，以两者中的金额较大者为准：
 - – 方案 1 – 药费 5% 的共同保险
 - – 方案 2 – 对于仿制药或被视为仿制药的药物，支付 3.60 美元；对于所有其他药物，支付 8.95 美元。
- 我们的计划会支付剩余的费用。

第 8 节 您为 D 部分承保的疫苗接种支付的费用取决于您接种疫苗的方式和地点

第 8.1 节 我们的计划可能为 D 部分疫苗药物本身和疫苗接种费用提供单独的承保

我们的计划为很多 D 部分疫苗提供承保。我们还承保被视为医疗福利的疫苗。您可以参阅第 4 章第 2.1 节中的“医疗福利表”，了解这些疫苗的承保。

我们的 D 部分疫苗接种承保分为两个部分：

- 此承保的第一部分是**疫苗药物本身**的费用。疫苗是一种处方药。
- 此承保的第二部分是**为您接种疫苗**的费用。（疫苗接种有时被称为疫苗“注射”。）

如何为 D 部分疫苗接种付费？

您为 D 部分疫苗接种支付的费用取决于三个因素：

1. 疫苗的类型（您要接种哪种疫苗）。

- 有些疫苗被视为医疗福利。您可以参阅第 4 章中的 *医疗福利表（我们承保的服务和您必须支付的费用）*，了解这些疫苗的承保。
- 其他疫苗被视为 D 部分药物。您可参阅本计划的 *承保药物清单（处方集）*，了解这些疫苗。

2. 您从哪里获得疫苗药物。

3. 谁为您接种疫苗。

您在获得 D 部分疫苗接种时支付的费用取决于具体的情况。例如：

- 当您接种疫苗时，您有时必须全额支付疫苗药物和疫苗接种费用。您可以要求我们的计划向您返还我们承保的费用分摊金额。
- 而在其他时候，当您获得疫苗药物或疫苗时，您只需支付您的费用分摊金额。

为了展示此机制的运作模式，下面列出了您获得 D 部分疫苗的三种常见方式。记住，当您的福利处于免赔额和承保缺口阶段时，您需要支付疫苗的所有相关费用（包括疫苗注射）。

第 1 种情况： 您在药房购买了 D 部分疫苗，并在网络内药房接种了该疫苗。（您是否能够使用此选项取决于您的居住地。有些州不允许药房注射疫苗。）

- 您必须向药房支付疫苗的共同保险或共付额以及您接种疫苗的费用。
- 我们的计划会支付剩余的费用。

第 2 种情况： 您在医生的办公室接种 D 部分疫苗。

- 当接种疫苗时，您需要全额支付疫苗及其注射的费用。
- 随后，您可以按照本手册第 7 章（*要求我们支付您收到的承保医疗服务或药物账单中我们应支付的份额*）中说明的步骤，要求我们的计划支付我们的费用分摊金额。
- 您获得的报销金额为您支付的费用减去您为疫苗（包括注射）支付的正常共同保险或共付额，再减去医生收取的费用与我们正常支付的费用之间的差额。（如果您获得了“额外帮助”，我们会为您报销此差额。）

第 3 种情况： 您在药房购买了 D 部分疫苗，然后携带疫苗去您医生的办公室接种。

- 您必须向药房支付疫苗本身的共同保险或共付额。
- 当您的医生为您接种疫苗时，您需要全额支付这项服务的费用。随后，您可以按照本手册第 7 章中说明的步骤，要求我们的计划支付我们的费用分摊金额。
- 您获得的报销金额为医生收取的疫苗注射费用减去医生收取的费用与我们正常支付的费用之间的差额。（如果您获得了“额外帮助”，我们会为您报销此差额。）

第 8.2 节 在接种疫苗之前，您可能需要致电我们的会员服务中心

疫苗接种承保规则非常复杂。我们随时为您提供帮助。我们建议您，当您打算接种疫苗时，应先致电我们的会员服务中心。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

- 我们会向您说明我们的计划为您的疫苗接种提供的承保以及您的费用分摊金额。
- 我们会向您说明如何通过我们网络中的提供者和药房来缩减您的自付费用。
- 如果您无法使用我们的网络内提供者和药房，我们会向您说明您可如何要求我们支付我们的费用分摊金额。

第 7 章

要求我们支付您收到的承保医疗服务或药物账单中
我们应支付的份额

第 7 章 要求我们支付您收到的承保医疗服务或药物账单中我们应支付的份额

第 1 节	您应在哪些情况下要求我们为您的承保服务或药物支付我们的费用分摊金额....	125
第 1.1 节	如果您为您的承保服务或药物支付了我们的计划应当支付的费用分摊金额或者您收到了账单，您可以要求我们支付.....	125
第 2 节	如何要求我们为您收到的账单返还或支付费用	127
第 2.1 节	您如何向我们发送付款请求以及要将此请求发送到何处.....	127
第 3 节	我们将考虑您的付款请求并批准或拒绝此请求	127
第 3.1 节	我们将核实我们是否承保您获得的服务或药物以及我们应支付的金额	127
第 3.2 节	如果我们通知您我们不会为您获得的医疗护理或药物支付部分或全部费用，您可以提出上诉	128
第 4 节	您应在哪些其他情况下保留您的单据并向我们发送单据副本	128
第 4.1 节	在某些情况下，您应向我们发送单据副本，以帮助我们跟踪您的药物自付费用	128

第 1 节 您应在哪些情况下要求我们为您的承保服务或药物支付我们的费用分摊金额

第 1.1 节 如果您为您的承保服务或药物支付了我们的计划应当支付的费用分摊金额或者您收到了账单，您可以要求我们支付

当您获得医疗护理或处方药时，您有时可能需要立即全额支付费用。而在其他时候，您可能会发现，您支付的费用超过您根据本计划的承保规则预期的费用。无论是哪种情况，您都可以要求我们的计划返还您的费用（为您返还费用这一行为通常被称为“报销”）。每当您支付的费用超过我们的计划为您的医疗服务或药物承保的费用分摊金额时，您都有权要求我们的计划返还您的费用。

有时，您可能还会遇到这样一种情况：您从某个提供者那里收到了一个账单，要求您为您收到的医疗护理全额付款。在很多情况下，您应将此账单发给我们而不是为其付款。我们会检查此账单，并决定这些服务是否应当享受承保。如果我们认定它们可享受承保，我们会直接向提供者付款。

在下面这几种示例情况下，您可能需要要求我们的计划为您收到的账单返还或支付费用：

1. 您从一个提供者那里获得了紧急或急需的医疗护理，但此提供者并未加入我们的计划网络

您可以从任何提供者那里获得紧急服务，无论此提供者是否加入了我们的网络。当您从尚未加入我们网络的提供者处获得紧急或急需的服务时，您只需支付您的费用分摊金额，而不必支付全部费用。您应要求提供者为本计划开账单，以便让本计划支付我们的费用分摊金额。

- 如果您在获得护理时自费支付了全部费用，则需要我们向您返还我们的费用分摊金额。在这种情况下，请向我们发送您的账单以及您支付的任何费用的单据。
- 您有时会收到提供者发送的要求您支付费用的账单，但您认为您不应支付这笔费用。在这种情况下，请向我们发送此账单以及您已经支付的任何费用的单据。
 - 如果提供者索要任何费用，我们会直接向提供者付款。
 - 如果您为服务支付的费用已经超过您的费用分摊金额，我们会确定您应支付的费用并向您返还我们的费用分摊金额。

2. 我们的一个网络内提供者发给您一份账单，但您认为您不应付款

网络内提供者应始终直接为本计划开账单，并要求您仅需支付您的费用分摊金额。但他们有时也会犯错，而要求您支付超过您分摊金额的费用。

- 当您获得我们的计划承保的服务时，您只需支付您的费用分摊金额。我们不允许提供者增加额外的独立收费，即“差额缴费”。即使我们向提供者支付的金额少于提供者的服务收费，以及即使存在争议时我们不支付特定提供者收费，也适用这种保护（您支付的金额永不超过自己的费用分摊金额）。有关“差额缴费”的更多信息，请参阅第 4 章第 1.4 节。
- 当您收到网络内提供者发送的账单且您认为该账单超过您应付费用时，请将账单发给我们。我们会直接联系提供者并解决账单问题。

- 如果您已经为网络内提供者的账单付款，但您认为您支付的费用过多，请向我们发送此账单以及您已经支付的任何费用的单据，并要求我们返还您支付的费用与本计划应支付的费用之间的差额。

3. 您以追溯性方式参加我们的计划

有的人会以追溯性方式参加本计划。（“追溯”意味着他们投保之后的第一天已经是过去时了。投保日期甚至可能是去年的某一天。）

如果您以追溯性方式参加我们的计划，并在您的投保日期之后为您的任何承保服务或药物支付了自付费用，您可以要求我们向您返还我们的费用分摊金额。您需要提交文件，以便我们能够处理报销事宜。

请致电会员服务中心，详细了解如何要求我们返还您的费用以及提出请求的截止期限。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

4. 您通过网络外药房获得配药

如果您前往网络外药房并尝试使用您的会员卡配药，此药房可能无法直接要求我们支付费用。出现这种情况时，您必须全额支付您的处方药费用。（我们只在几种特殊情况下承保在网络外药房的配药。请参阅第 5 章第 2.5 节，了解详细信息。）

请保留您的单据，并在您要求我们向您返还我们的费用分摊金额时向我们发送单据副本。

5. 您未随身携带计划会员卡，因此须全额支付处方药费用

如果未随身携带计划会员卡，您可以让药房致电本计划或查找您的计划投保信息。但如果药房无法立即获得所需的投保信息，您需要全额自付处方药费用。

请保留您的单据，并在您要求我们向您返还我们的费用分摊金额时向我们发送单据副本。

6. 您在其他情况下全额支付处方药费用

当您发现药物由于某种原因不享受承保时，您需要全额支付处方药费用。

- 例如，药物可能不在本计划的承保药物清单（处方集）中；或者，药物需要满足或是受到您不知道或您认为不适用于您的要求或限制。如果您决定立即获得药物，您可能需要全额支付药物费用。
- 请保留您的单据，并在您要求我们返还您的费用时向我们发送单据副本。在某些情况下，为您返还我们的费用分摊金额，我们可能需要从您的医生那里获得更多信息。

所有上述示例属于承保决定类型。这意味着如果我们拒绝您的付款请求，您可以就我们的决定上诉。本手册的第 9 章（如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）说明了该如何提出上诉。

第 2 节 如何要求我们为您收到的账单返还或支付费用

第 2.1 节 您如何向我们发送付款请求以及要将此请求发送到何处

向我们发送您的付款请求以及您已经支付的账单和单据。建议您制作账单和单据副本，以作记录之用。

为确保您能提供我们做出决定所需的全部信息，您可以填写我们的 Medicare 报销申请表，以提出您的付款请求。

- 您并非一定得使用此表格，但它可以帮助我们更快地处理信息。
- 请从我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare> 下载一份此表格，或者致电会员服务中心索取此表格。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）

请通过如下地址将您的付款请求和所有账单或单据邮寄给我们：

Part C Medical Services Claims
Bright Health Medicare Advantage
Claims Operations
P.O. Box 853960
Richardson, TX 75085-3960

Part D Prescription Drug Claims
EnvisionRx Options
Attn: DMR Department
2181 E. Aurora Rd Suite 201
Twinsburg, OH 44087

在您获得服务、用品或药物之后，您必须在 12 个月内要求我们支付您的费用。

如果您有任何疑问，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。如果不清楚您应支付多少费用，或者不知道您在收到账单之后该怎么办，我们可以提供帮助。如果您打算向我们提供有关您以前发给我们的付款请求的更多信息，您也可以致电会员服务中心。

第 3 节 我们将考虑您的付款请求并批准或拒绝此请求

第 3.1 节 我们将核实我们是否承保您获得的服务或药物以及我们应支付的金额

当收到您的付款请求时，我们会让您知道我们是否需要您提供任何其他信息。否则，我们会考虑您的请求并做出承保决定。

- 如果我们认定医疗护理或药物享受承保而且您遵循了所有有关获得护理或药物的规则，那么我们将支付我们的费用分摊金额。如果您已经支付了服务或药物的费用，我们将通过邮件为您报销应由我们支付的费用分摊金额。如果您尚未支付服务或药物的费用，我们会通过邮件直接向提供者付款。（第 3 章说明了您在获得医疗服务承保时需要遵循的规则。第 5 章说明了您在获得 D 部分处方药承保时需要遵循的规则。）

- 如果我们认定医疗护理或药物不享受承保，或者您未遵循所有规则，那么我们将不会支付我们的费用分摊金额。届时，我们会向您发送通知函，说明我们为何不会应您的请求付款以及您有权就此决定提出上诉。

第 3.2 节 如果我们通知您我们不会为您获得的医疗护理或药物支付部分或全部费用，您可以提出上诉

如果您认为我们拒绝您的付款请求属错误做法，或者您不认同我们支付的金额，您可以提出上诉。如果提出上诉，则意味着您要求我们改变我们在拒绝您的付款请求时做出的决定。

有关如何提出此上诉的详细信息，请参阅本手册的第 9 章（如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办）。上诉流程是一个正式流程，具有详细步骤和重要截止日期。如果您从未提出过上诉，请先阅读第 9 章第 4 节，了解相关实用信息。第 4 节说明了承保决定和上诉的流程，还提供了一些术语（例如“上诉”）的定义。阅读了第 4 节之后，您可以参阅第 9 章中的小节，了解针对您自己的情况，您该怎么办：

- 如果希望针对返还医疗服务费用事宜提出上诉，请参阅第 9 章第 5.3 节。
- 如果希望针对返还药物费用事宜提出上诉，请参阅第 9 章第 6.5 节。

第 4 节 应在哪些其他情况下保留您的单据并向我们发送单据副本

第 4.1 节 在某些情况下，您应向我们发送单据副本，以帮助我们跟踪您的药物自付费用

在某些情况下，您应告知我们您已经为药物支付的费用。在这些情况下，您并不是在要求我们付款，而是在告诉我们您支付的费用，以便我们能够正确计算您的自付费用。这样可以帮助您更快地获得灾难性承保阶段的资格。

在下面这两种情况下，您应向我们发送单据副本，以便告知我们您已经为药物支付的费用：

1. 当您购买了药物但其价格低于我们的价格时

当处于免赔额阶段和承保缺口阶段时，您有时可以在网络内药房以比我们低的价格购买您的药物。

- 例如，药房可能会以特价售药。或者，您可能拥有不属于我们的福利范畴并能够享受更低价格的折扣卡。
- 除非符合特殊条件，否则在这些情况下，您必须使用网络内药房，而且您的药物必须处于我们的药物清单中。
- 请保留您的单据并向我们发送单据副本，以便我们能够计入您的自付费用，从而让您获得灾难性承保阶段的资格。
- **请注意：**如果您处于免赔额阶段和承保缺口阶段，我们可能不会为这些药物支付任何费用分摊金额。当收到您发来的单据副本之后，我们就可以正确计算您的自付费用，并帮助您更快地获得灾难性承保阶段的资格。

2. 当您通过制药厂提供的患者援助计划获得药物时

有些会员参加了制药厂提供的患者援助计划，而这些援助计划未涵盖在我们的计划福利范畴内。如果您通过制药厂提供的计划获得任何药物，则您可以向患者援助计划支付共付额。

- 请保留您的单据并向我们发送单据副本，以便我们能够计入您的自付费用，从而让您获得灾难性承保阶段的资格。
- **请注意：**由于您在通过患者援助计划而不是通过本计划的福利获得您的药物，因此我们将不会为这些药费支付任何费用分摊金额。当收到您发来的单据副本之后，我们就可以正确计算您的自付费用，并帮助您更快地获得灾难性承保阶段的资格。

由于您在上述两种情况下并未要求我们付款，因此这两种情况不会被视为承保决定。因此，如果您不认同我们的决定，您也无法提出上诉。

第 8 章

您的权利和责任

第 8 章 您的权利和责任

第 1 节	我们必须尊重计划会员权利	132
第 1.1 节	我们须以适合您的方式提供信息（如使用英语以外的语言，盲文，大号字，或其他替代形式等等。）	132
第 1.2 节	我们必须确保您及时获得您的承保服务和药物	132
第 1.3 节	我们必须保护您个人健康信息的隐私	132
第 1.4 节	我们必须为您提供有关本计划、本计划的提供者网络和您的承保服务的信息 ..	133
第 1.5 节	我们必须支持您对自己的护理做决定的权利	134
第 1.6 节	您有权投诉和要求我们复议我们做出的决定	135
第 1.7 节	如果您认为自己受到不公平对待或者您的权利未受到尊重，您该怎么办？	136
第 1.8 节	如何获得有关您的权利的更多信息	136
第 2 节	作为本计划的会员，您需要承担一些责任	136
第 2.1 节	您需要承担哪些责任？	136

第 1 节 我们必须尊重计划会员权利

第 1.1 节 我们须以适合您的方式提供信息（如使用英语以外的语言，盲文，大号字，或其他替代形式等等。）

如需通过适合您的方式获得信息，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。

本计划有专人免费为残障会员和不说英语的会员提供翻译服务，解答问题。此外，我们还可无偿以盲文，大号字，或其他形式为您提供信息。我们将应您要求以合适的方式提供本计划福利相关信息。如需通过适合您的方式获得信息，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）或联系 Bright Health 民权协调员。

若您在要求以合适的方式获得信息过程中遇到问题，请致电会员服务中心电话 (844) 202-4974 投诉。您也可以致电 Medicare 进行投诉（电话：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)），或直接向民权办公室投诉。联系信息参见承保证明或此信件，或者您也可以联系会员服务中心获取更多信息。

第 1.2 节 我们必须确保您及时获得您的承保服务和药物

作为我们的计划的会员，您有权在本计划的网络中选择一个初级保健提供者 (PCP) 为您提供和安排您的承保服务（第 3 章提供了详细说明）。请致电会员服务中心，了解哪些医生可收治新患者（电话号码见手册封底）。我们不要求您必须通过转诊才能前往网络内提供者。

作为本计划的会员，您有权在合理的时间从本计划的提供者网络获得预约和承保服务。其中包括在您需要护理时及时获得专科医生服务的权利。您还有权在我们的任何网络内药房配药或重新配药，而且无需等待很长时间。

如果您认为您没有在合理的时间获得您的医疗护理或 D 部分药物，本手册第 9 章第 10 节说明了您该怎么办（如果我们拒绝为您的医疗护理或药物承保，但您不认同我们的决定，则可参阅第 9 章第 4 节，了解您该怎么办。）

第 1.3 节 我们必须保护您个人健康信息的隐私

联邦和州法律会保护您的病历和个人健康信息的隐私。我们会根据这些法律的要求保护您的个人健康信息。

- 您的“个人健康信息”包括您在参加本计划时提供给我们的个人信息、您的病历以及其他医疗和健康信息。
- 保护您隐私的法律赋予您有关获得信息和控制您的健康信息使用方式的权力。我们会向您发送一个名为“隐私条例通知”的书面通知，此通知将向您说明这些权利以及我们如何保护您健康信息的隐私。

我们如何保护您健康信息的隐私？

- 我们会确保未经授权的人员无法查看或更改您的记录。

- 在大多数情况下，如果我们将您的健康信息交给不会为您提供护理或付款的任何人，我们必须先获得您的书面许可。提供此书面许可的人既可以是您自己，也可以是您赋予其法定权利可代您做出决定的其他人士。
- 在一些例外情况下，我们无需首先获得您的书面许可。这些例外情况是法律允许或要求的情况。
 - 例如，我们需要向负责检查护理品质的政府机构公开健康信息。
 - 由于您通过 Medicare 成为我们计划的会员，因此我们需要向 Medicare 提供您的健康信息，包括有关您的 D 部分处方药的信息。如果 Medicare 出于研究或其他用途公开了您的信息，他们会按照联邦法律和法规公开这些信息。

您可以在您的记录中查看信息，并了解我们会如何与其他人员或机构共享您的信息

您有权查看本计划保留的您的病历并获得此记录的副本。我们有权向您收取副本制作费用。您也有权要求我们对您的病历进行增补或更正。如果您要求我们这样做，我们会与您的医疗保健提供者一起决定是否应做出更改。

您有权了解我们会如何出于任何非常规用途与其他人员或机构共享您的健康信息。

如果您对您个人健康信息的隐私存在疑问或顾虑，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。

我们会按照 1996 年的《健康保险便利和责任法案》（“HIPAA”）使用或披露您的受保护健康信息（“PHI”）。我们可能会出于治疗、付款和医疗保健业务的需要将您的 PHI 披露给其他方，包括但不限于 Medicare、其他计划、您的初级保健提供者和其他提供者。

第 1.4 节 我们必须为您提供有关本计划、本计划的提供者网络和您的承保服务的信息

作为 Bright Advantage Choice (HMO) 的会员，您有权从我们这里获得多种信息。（如前面的第 1.1 节所述，您有权通过适合您的方式从我们这里获得信息。其中包括使用英语以外的语言、大号字或其他替代形式获得信息。）

如果需要以下任何类型的信息，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）：

- **有关我们的计划的信息。**其中包括本计划的财务状况信息。还包括有关会员上诉次数和本计划绩效评价（包括本计划的会员如何评价本计划以及本计划与其他 Medicare 健康计划的比较）的信息。
- **有关我们的网络内提供者（包括我们的网络内药房）的信息。**
 - 例如，您有权从我们这里获得有关我们网络内提供者和药房资质的信息以及我们如何向我们的网络内提供者付款。
 - 如需获得本计划的网络内提供者名单，请查看 Bright Health 提供者目录。
 - 如需获得本计划的网络内药房清单，请查看 Bright Health 药房目录。
 - 有关我们的提供者或药房的更多详细信息，您可以致电会员服务中心（电话号码见手册封底），也可以访问我们的网站 <https://brighthouseplan.com/medicare>。

- 有关您的承保和您在使用承保时必须遵循的规则的信息。
 - 在本手册的第 3 和 4 章中，我们说明了为您承保的医疗服务、您的承保受到的任何限制以及您在获得承保医疗服务时必须遵循的规则。
 - 如需获得有关您 D 部分处方药承保的详细信息，请参阅本手册的第 5 和 6 章以及本计划的承保药物清单（处方集）。这些章节和承保药物清单（处方集）将向您介绍哪些药物可享受承保，并说明了您必须遵循的规则以及您某些药物的承保受到的限制。
 - 如果您对这些规则或限制存在疑问，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。
- 有关某些药物为何不享受承保以及您该怎么办的信息。
 - 如果您的医疗服务或 D 部分药物不享受承保，或者您的承保受到某种限制，您可以要求我们提供书面解释。您有权索要此解释，即使您是从网络外提供者或药房收到的医疗服务或药物。
 - 当我们决定您的哪些医疗护理或 D 部分药物享受承保之后，如果您对我们的决定不满意或不认同，您有权要求我们改变这一决定。您可以通过上诉要求我们改变决定。如需详细了解您的某些药物不享受承保，但您认为它们应享受承保时您该怎么办，请参阅本手册第 9 章。这一章详细说明了当您希望我们改变决定时您可如何提出上诉。（第 9 章还说明了如何针对护理品质、等待时间和其他问题提出投诉。）
 - 如果您打算要求我们的计划为您收到的医疗护理或 D 部分处方药账单支付我们的分摊费用金额，请参阅本手册第 7 章。

第 1.5 节 我们必须支持您对自己的护理做决定的权利

您有权了解您的治疗方案并参与您的医疗保健决定

当您寻求医疗护理时，您有权从您的医生和其他医疗保健提供者处获得完整信息。您的提供者必须以您能够理解的方式说明您的病症和治疗选项。

您还有权充分参与您的医疗保健决定。为了帮助您与医生一起决定哪种治疗最适合您，您拥有以下权利：

- **了解您的所有选项。**这意味着您有权获悉针对您的病症推荐的所有治疗方案，无论其费用是多少或者是否享受我们的计划承保。另外还包括我们为帮助会员管理药物和安全使用药物而提供的各项计划。
- **了解风险。**您有权获悉您的护理涉及的任何风险。您必须提前获悉所提议的任何医疗护理或治疗是否属于研究性试验的一部分。您始终可以拒绝任何试验性治疗。
- **说“不”的权利。**您有权拒绝所推荐的任何治疗。其中包括离开医院或其他医疗机构的权利，即使您的医生建议您不要出院。您还有权停止使用您的药物。当然，如果您拒绝治疗或停止使用药物，您需要对自己的身体随后出现的所有状况承担全部责任。
- **在我们拒绝为您的护理承保时获得解释。**如果提供者拒绝提供您认为您应获得的护理，您有权要求我们进行解释。要获得此解释，您须要求我们做出承保决定。本手册第 9 章说明了如何要求本计划做出承保决定。

您有权说明当您无法亲自做出医疗决定时该怎么办

由于突发状况或重大疾病的原因，患者有时无法亲自做出医疗保健决定。您有权说明当您处于这种情况时您希望发生的事情。这意味着，*如果您愿意*，您可以：

- 填写一份书面表格，以便向某一个人授予法定权利，以使她或他能够在您无法亲自做出医疗决定时为您做出决定。
- 以书面形式向您的医生说明当您无法亲自做出决定时，您希望他们如何对您进行医疗护理。

我们将这些法律文件称为“**预先指示**”，可供您在出现这些状况之前提前发出指示。预先指示分为几种类型，每种类型都有各自的名称。例如，预先指示包括“**生前遗嘱**”和“**医疗保健委托书**”这两种文件。

如果您打算利用“预先指示”发出您的指示，您可以采取以下行动：

- **获得表格。**如果希望发出预先指示，您可以从您的律师、社会工作者或某些办公用品店获得表格。您有时可以从负责为人们提供 Medicare 相关信息的组织处获得预先指示表格。
- **填写此表格并签名。**无论您从哪里获得此表格，都要记住这是一份法律文件。您应考虑让一名律师来帮助您填写此表格。
- **向适当的人员发送副本。**您应将此表格的副本发给您的医生以及您在此表格中指定在您无法做出决定时为您做出决定的人士。您可能还希望将副本发给您的密友或家庭成员。一定要在家里保留一份副本。

如果您事先知道自己将要住院并且您签署了预先指示，请在前往医院时随身携带一份副本。

- 当您住院之后，院方会询问您是否已经签署并随身携带预先指示表格。
- 如果您未签署预先指示表格，医院会提供此表格并询问您是否要签署。

记住，您有权决定是否要填写预先指示（包括您在住院时是否要签署此表格）。法律规定，任何人员或机构都不能根据您是否签署了预先指示而拒绝为您提供护理或者歧视您。

当其他人员或机构没有遵循您的指示时该怎么办？

如果您签署了预先指示并且认为医生或医院没有遵循您的指示，您可以致电 1-212-417-5927 向纽约州卫生署的卫生系统管理办公室投诉。

第 1.6 节 您有权投诉和要求我们复议我们做出的决定

如果您对我们的承保服务或护理有任何疑问或顾虑，本手册第 9 章说明了您该怎么办。这一章详细说明了如何处理所有类型的问题和投诉。您需要如何跟进疑问或顾虑取决于具体的情况。您可能需要要求我们的计划为您做出承保决定、向我们提出上诉以改变承保决定或者进行投诉。无论您采取哪种行动 – 要求我们做出承保决定、提出上诉或者进行投诉 – **我们必须公平地对待您。**

您有权获得其他会员以前对我们的计划提出的上诉和投诉的相关信息摘要。如需获得该信息，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。

第 1.7 节 如果您认为自己受到不公平对待或者您的权利未受到尊重，您该怎么办？**如果涉及歧视，请致电民权办公室**

如果您认为自己因种族、残疾、宗教、性别、健康状况、族裔、信条（信仰）、年龄或国籍而受到不公平对待或者您的权利未受到尊重，您应通过 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697 致电美国卫生与公众服务部的民权办公室，或者致电您当地的民权办公室。

如若涉及其他方面？

如果您认为自己受到不公平对待或者您的权利未受到尊重，*但并不涉及歧视*，您可以获得有关如何处理您所面临问题的帮助：

- 您可以致电**会员服务中心**（电话号码见手册封底）。
- 您可以致电**州健康保险援助计划**。有关该组织及其联系方式的详细信息，请参阅第 2 章第 3 节。
- 或者，您也可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 **Medicare**，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

第 1.8 节 如何获得有关您的权利的更多信息

您可以从多个来源获得有关您的权利的更多信息：

- 您可以致电**会员服务中心**（电话号码见手册封底）。
- 您可以致电 **SHIP**。有关该组织及其联系方式的详细信息，请参阅第 2 章第 3 节。
- 您可以联系 **Medicare**。
 - 您可以访问 Medicare 网站并阅读或下载“Medicare 权利和保护” (Medicare Rights & Protections)。（如需获取此文章，请访问：<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>。）
 - 或者，您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

第 2 节 作为本计划的会员，您需要承担一些责任**第 2.1 节 您需要承担哪些责任？**

下面列出了您作为本计划的会员需要做的一些事情。如果您有任何疑问，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。我们随时为您提供帮助。

- **熟悉您的承保服务以及您在获得这些承保服务时必须遵循的规则。**请使用本**承保证明**手册了解您享受的承保以及您在获得承保服务时需要遵循的规则。

第 8 章 您的权利和责任

- 第 3 和 4 章详细说明了您的医疗服务，包括承保的服务、未承保的服务、要遵循的规则以及您支付的费用。
- 第 5 和 6 章详细说明了您的 D 部分处方药承保。
- **如果除了我们的计划，您还享受任何其他健康保险承保或处方药承保，则您需要告知我们。**请致电会员服务中心告知我们（电话号码见手册封底）。
 - 我们需要遵循 Medicare 设定的规则，以确保您在通过我们的计划获得承保服务时能够结合使用您的所有承保。这被称为“福利协调”，因为其需要将您从我们的计划获得的健康和药物福利与您享受的任何其他健康和药物福利进行协调。我们会帮助您协调您的福利。（有关福利协调的更多信息，请参阅第 1 章第 10 节。）
- **告诉您的医生和其他医疗保健提供者您参加了我们的计划。**在您每次获得医疗护理或 D 部分处方药时，出示您的计划会员卡。
- **向您的医生和其他提供者提供信息、询问问题和坚持接受护理，以帮助他们开展工作。**
 - 为使您的医生和其他健康提供者能够为您提供最好的护理，请尽可能多地了解您的健康问题，并为他们提供他们所需的有关您和您健康状况的信息。遵循您和您的医生商定的治疗计划和说明。
 - 确保您的医生了解您正在使用的所有药物，包括非处方药、维生素和保健品。
 - 如果您有任何疑问，请务必提出。您的医生和其他医疗保健提供者应当会以您能理解的方式提供解释说明。如果您提出了疑问并获得了答复，但无法理解该答复，则请再次提问。
- **推己及人。**我们期望我们的所有会员都能尊重其他患者的权利。我们也期望您能够帮助医生办公室、医院和其他办公室平稳运转。
- **支付您应支付的费用。**作为本计划的会员，您需要支付以下费用：
 - 要获得我们的计划的资格，您必须拥有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保。有些计划会员必须支付 Medicare A 部分的保费。大多数计划会员必须支付 Medicare B 部分的保费才能保留本计划的会员资格。
 - 对于本计划为您承保的大多数医疗服务或药物，您必须在获得服务或药物时支付您的费用分摊金额。此金额即为共付额（固定金额）或共同保险（总费用的一定百分比）。第 4 章说明了您必须为您的医疗服务支付的费用。第 6 章说明了您必须为您的 D 部分处方药支付的费用。
 - 如果您获得了不在我们的计划或您的其他保险承保范围内的任何医疗服务或药物，则您必须全额支付费用。
 - 如果您不认同我们对于拒绝为服务或药物承保的决定，您可以提出上诉。请参阅本手册第 9 章，了解有关如何提出上诉的信息。
 - 如果您需要支付延迟投保罚款，您必须支付罚款才能保留您的处方药承保。
 - 如果您由于年收入的原因需要为 D 部分支付额外的费用，您必须直接向政府支付这笔额外的费用，才能保留本计划的会员资格。

- **如果您移居到其他地区，请通知我们。**如果您要移居到其他地区，务必要立即通知我们。请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。
 - **如果您移居到我们的计划服务区域以外的地区，您将无法保留我们的计划会员资格。**
（第 1 章说明了我们的服务区域。）我们可以帮助您确定您是否移居到我们的服务区域以外。如果您要离开我们的服务区域，您将获得一个特殊投保期，在此期间，您可以参加该新地区提供的任何 Medicare 计划。我们会通知您我们是否在新的地区提供本计划。
 - **如果您移居到我们的服务区域内的某个地区，我们仍旧需要知道您的移居地，**以便能够及时更新您的会员记录并了解如何联系到您。
 - 另外，如果您移居到其他地区，务必要通知社会保障局（或铁路职工退休管理委员会）。您可以在第 2 章中找到这些组织的电话号码和联系信息。
- **如果您有疑问或顾虑，请致电会员服务中心获得帮助。**我们也欢迎您提出任何建议，以帮助我们改进我们的计划。
 - 有关会员服务中心的电话号码和服务时间，请参阅本手册封底。
 - 有关如何联系我们的更多信息，包括我们的邮寄地址，请参阅第 2 章。

第 9 章

如果您有疑问或想要投诉
(承保决定、上诉、投诉)
该怎么办

第 9 章 如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办

背景	.....	142
第 1 节 简介	.....	142
第 1.1 节 如果有疑问或顾虑该怎么办	.....	142
第 1.2 节 涉及哪些法律术语？	.....	142
第 2 节 您可以从与我们无关的政府组织获得帮助	.....	142
第 2.1 节 从哪里获得更多信息和个性化援助	.....	142
第 3 节 您应通过哪个流程处理您的问题？	.....	143
第 3.1 节 是否应使用承保决定和上诉流程？还是应使用投诉流程？	.....	143
承保决定和上诉	.....	143
第 4 节 承保决定和上诉基本信息指南	.....	143
第 4.1 节 要求我们做出承保决定和提出上诉：概况	.....	143
第 4.2 节 当您申请承保决定或者提出上诉时如何获得帮助	.....	144
第 4.3 节 本章的哪一节提供了有关您所处情况的详细信息？	.....	145
第 5 节 您的医疗护理：如何要求我们做出承保决定或者提出上诉	.....	145
第 5.1 节 本节说明了当您遇到医疗护理承保问题或者您要求我们为的护理返还我们的费用分摊金额时该怎么办	.....	145
第 5.2 节 分步说明：如何要求我们做出承保决定 （如何要求我们的计划授权或提供您所需的医疗护理承保）	.....	147
第 5.3 节 分步说明：如何提出 1 级上诉 （如何要求审查我们的计划做出的医疗护理承保决定）	.....	149
第 5.4 节 分步说明：如何提出 2 级上诉	.....	152
第 5.5 节 如果您要求我们为您收到的医疗护理账单支付我们的费用分摊金额该怎么办？	.....	153
第 6 节 您的 D 部分处方药：如何要求我们做出承保决定或者提出上诉	.....	154
第 6.1 节 本节介绍了当您在获取 D 部分药物方面遇到问题或者希望我们就 D 部分药物向您做出偿付时该怎么办	.....	154
第 6.2 节 什么是例外处理？	.....	155
第 6.3 节 申请例外处理须知	.....	157
第 6.4 节 分步说明：如何要求我们做出承保决定，包括例外处理	.....	157
第 6.5 节 分步说明：如何提出 1 级上诉 （如何要求对本计划做出的承保决定进行审查）	.....	159
第 6.6 节 分步说明：如何提出 2 级上诉	.....	161

第 7 节	如果您认为医生过早让您出院，如何要求我们承保更长的住院患者住院期	163
第 7.1 节	在您的住院患者住院期，Medicare 会向您提供一份告知您所享权利的书面通知	163
第 7.2 节	分步说明：如何提出 1 级上诉，以更改您的出院日期	164
第 7.3 节	分步说明：如何提出 2 级上诉，以更改您的出院日期	166
第 7.4 节	错过提出 1 级上诉的截止期限该如何处理？	167
第 8 节	如果您认为您的承保过早终止，如何要求我们继续承保某些医疗服务	169
第 8.1 节	本节仅涉及以下三项服务：家庭医疗保健、专业护理机构护理和综合门诊康复机构 (CORF) 服务	169
第 8.2 节	当您的承保即将终止时，我们会提前通知您	169
第 8.3 节	分步说明：如何提出 1 级上诉，以要求我们的计划延长您的护理承保时间	170
第 8.4 节	分步说明：如何提出 2 级上诉，以要求我们的计划延长您的护理承保时间	171
第 8.5 节	错过提出 1 级上诉的截止期限该如何处理？	172
第 9 节	将您的上诉提高至 3 级及以上	174
第 9.1 节	3 级、4 级和 5 级医疗服务上诉	174
第 9.2 节	3 级、4 级和 5 级 D 部分药物上诉	175
提出投诉	215	
第 10 节	如何针对护理品质、等待时间、客户服务或其他问题提出投诉	176
第 10.1 节	投诉流程处理哪些类型的问题？	176
第 10.2 节	“提出投诉”的正式名称为“提出申诉”	178
第 10.3 节	分步说明：提出投诉	178
第 10.4 节	您也可以针对护理品质问题向品质改进机构提出投诉	179
第 10.5 节	您也可以向 Medicare 告知您的投诉	179

背景

第 1 节 简介

第 1.1 节 如果有疑问或顾虑该怎么办

本章介绍了两种处理疑问和顾虑的流程：

- 对于某些类型的问题，您需要使用**承保决定和上诉流程**。
- 对于其他类型的问题，您需要使用**提出投诉流程**。

这两种流程都已获得 Medicare 批准。为了确保公平、及时地处理您的问题，每个流程都有一组我们和您都必须遵循的规则、程序和截止日期。

您需要使用哪个流程？具体取决于您的问题类型。第 3 节中的指南可以帮助您确定要使用的正确流程。

第 1.2 节 涉及哪些法律术语？

本章中说明的某些规则、程序和截止日期类型涉及一些技术性的法律术语。对大多数人来说，很多这样的术语都比较陌生并且艰深难懂。

为简单起见，本章在说明法律规则和程序时将使用简单的词语来取代某些法律术语。例如，本章通常使用“提出投诉”、“承保决定”、“独立审查机构”等，而非“提出申诉”、“机构裁定”、“承保裁决”、“高风险裁决”或“独立审查实体”。本章还尽量避免使用缩写词。

不过，对您来说，了解有关您所处情况的正确法律术语会有所帮助——有时甚至非常重要。了解要使用哪些术语可以帮助您在处理您的问题更加清晰、准确地进行交流以及为您所处的情况获得正确的帮助或信息。为帮助您了解要使用哪些术语，我们在详细说明如何处理特定类型的情况时附上了法律术语。

第 2 节 您可以从与我们无关的政府组织获得帮助

第 2.1 节 从哪里获得更多信息和个性化援助

在为了处理问题而启动或执行流程时，人们有时会感到非常困惑。当您身体不适或头昏脑胀时可能更是如此。而在其他时候，您可能缺乏足够的知识来采取下一步行动。

从独立的政府组织获得帮助

我们始终能够为您提供帮助。但在某些情况下，您可能还需要从与我们无关的其他人那里获得帮助或指导。无论何时，您都可以联系您的**州健康保险援助计划 (SHIP)**。这项政府计划在每个州都有训练有素的咨询师。这项计划与我们或者任何保险公司或健康计划无关。这项计划的咨询师可以帮助您了解您应使用哪个流程来处理您的问题。他们还可以回答您的问题、为您提供更多信息以及指导您该怎么办。

SHIP 咨询师提供的服务是免费的。您可以在本手册第 2 章第 3 节找到电话号码。

您也可以从 **Medicare** 获得帮助和信息

有关处理问题的更多信息和帮助，您也可以联系 Medicare。您可以通过以下两种方式直接从 Medicare 获得信息：

- 您可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。
- 您可以访问 Medicare 网站 (<https://www.medicare.gov>)。

第 3 节 您应通过哪个流程处理您的问题？

第 3.1 节 是否应使用承保决定和上诉流程？还是应使用投诉流程？

如果您有疑问或顾虑，只需阅读本章中适用于您所处情况的部分。以下指南可以为您提供帮助。

要确定本章中的哪些部分可以帮助您处理特定的疑问或顾虑，**请从这里开始**

您的疑问或顾虑是否涉及您的福利或承保？

（这包括有关特定的医疗护理或处方药是否享受承保的问题、它们的承保方式以及与医疗护理或处方药费用有关的问题。）

是。我的问题涉及福利或承保。

请参阅本章的下一节**第 4 节“承保决定和上诉基本信息指南”**。

否。我的问题不涉及福利或承保。

请直接参阅本章末尾的**第 10 节“如何针对护理品质、等待时间、客户服务或其他问题提出投诉”**。

承保决定和上诉

第 4 节 承保决定和上诉基本信息指南

第 4.1 节 要求我们做出承保决定和提出上诉：概况

承保决定和上诉流程可用于处理与您的医疗服务和处方药的福利和承保有关问题，包括费用问题。您需要使用此流程来处理特定的问题，例如其是否享受承保及其承保方式。

要求我们做出承保决定

承保决定是指我们对您的福利和承保或者我们要为您的医疗服务或药物支付的费用做出的决定。例如，当您从您的计划网络医生那里获得医疗护理或者您的网络医生将您转诊至医学专科医生时，您的计划网络医生都会做出（有利的）承保决定。如果您的医生不确定我们是否承保特定的医疗服务或者拒绝提供您认为自己需要的医疗护理，您或您的医生也联系我们并要求我们做出承保决定。也就是说，如果您想在接受某一项医疗服务之前了解我们是否承保这项服务，您可以要求我们为您做出承保决定。

当我们决定为您提供何种承保服务以及我们支付的金额时，我们即做出承保决定。在某些情况下，我们可能会决定某种服务或药物不能享受承保或者不再享受 Medicare 承保。如果您不认同此承保决定，您可以提出上诉。

提出上诉

如果我们做出了承保决定，但您对此决定不满意，您可以对此决定“上诉”。上诉是要求我们审查和更改我们做出的承保决定的正式途径。

当您首次针对某个决定提出上诉时，即为 1 级上诉。在这一级的上诉中，我们会审查我们做出的承保决定，以确定我们是否正确遵循了所有规则。您的上诉将由除做出最初不利决定的审查者以外的审查者进行处理。完成审查后，我们会告诉您我们的决定。在某些情况下（我们将在稍后讨论），您可以请求我们做出加急决定或“快速承保决定”或者针对承保决定快速上诉。

如果我们拒绝了您的部分或全部 1 级上诉，您可以将上诉提高至 2 级上诉。2 级上诉由与我们无关的独立组织执行。（在某些情况下，您的个案会自动移交至独立组织以进行 2 级上诉。而在其他情况下，您需要提出 2 级上诉。）如果您对 2 级上诉的决定不满意，您可以继续提出更高级别的上诉。

第 4.2 节 当您申请承保决定或者提出上诉时如何获得帮助

您需要帮助吗？当您决定要求我们做出任何类型的承保决定或者要就决定提出上诉时，您可能会用到下面这些资源：

- 您可以致电我们的会员服务中心（电话号码见手册封底）。
- 如需从与我们的计划无关的独立组织获得免费帮助，请联系您的州健康保险援助计划（请参阅本章的第 2 节）。
- 您的医生可以为您提出请求。
 - 对于医疗护理，您的医生可以代表您请求我们做出承保决定或者提出 1 级上诉。如果您的 1 级上诉被拒绝，它会自动提高至 2 级。要请求任何 2 级以上的上诉，您必须将您的医生指定为您的代表。
 - 对于 D 部分处方药，您的医生或其他开药者可以代表您请求我们做出承保决定或者提出 1 级或 2 级上诉。要请求任何 2 级以上的上诉，您必须将您的医生或其他开药者指定为您的代表。
- 您可以指定他人担任您的代表。如果您愿意，您可以指定另一个人担任您的“代表”来要求我们做出承保决定或者提出上诉。

- 可能已经有人依据相应州的法律被合法授权为您的代表。
- 如果您希望某个朋友、亲戚、您的医生或其他提供者或者其他人担任您的代表，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）索取“代表任命书”表格。（另外，也可以访问 Medicare 的网站 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> 获取此表格。）此表格将授权这名人员担任您的代表。您和您希望可代表您行事的人员必须在此表格中签名。您必须向我们发送一份已签名的表格副本。
- 您还有权雇用一名律师为您处理相关事宜。您可以联系您自己的律师，也可以通过您当地的律师协会或其他转诊服务寻找律师。如果您符合资格，还有些群体可为您提供免费法律服务。不过，您无需雇用律师亦可要求我们做出任何类型的承保决定或者就决定提出上诉。

第 4.3 节 本章的哪一节提供了有关您所处情况的详细信息？

有四种不同的情况涉及承保决定和上诉。由于每种情况都有不同的规则和截止日期，因此我们会在单独的小节中详细说明每种情况：

- 本章的**第 5 节**：“您的医疗护理：如何要求我们做出承保决定或者提出上诉”
- 本章的**第 6 节**：“您的 D 部分处方药：如何要求我们做出承保决定或者提出上诉”
- 本章的**第 7 节**：“如果您认为医生过早让您出院，如何要求我们承保更长的住院患者住院期”
- 本章的**第 8 节**：“如果您认为您的承保过早终止，如何要求我们继续承保某些医疗服务”
（仅适用于以下服务：家庭医疗保健、专业护理机构护理和综合门诊康复机构 (CORF) 服务）

如果您不确定要使用哪一节，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。您也可以从政府组织（例如您的州健康保险援助计划）获得帮助或信息（本手册第 2 章第 3 节提供了这项计划的电话号码）。

第 5 节 您的医疗护理：如何要求我们做出承保决定或者提出上诉

 您是否阅读了本章的第 4 节（*承保决定和上诉基本信息指南*）？如果还未阅读，您可能需要先阅读该节内容，然后再开始阅读本节的内容。

第 5.1 节 本节说明了当您遇到医疗护理承保问题或者您要求我们为您的护理返还我们的费用分摊金额时该怎么办

本节介绍了您医疗护理和服务的福利。本手册第 4 章说明了这些福利：*医疗福利表（我们承保的服务和您必须支付的费用）*。为简单起见，在本节的剩余部分中，我们将其通称为“医疗护理承保”或“医疗护理”，而不是每次都重复使用“医疗护理、治疗或服务”。“医疗护理”这一术语包括医疗用品和服务以及 Medicare B 部分处方药。在某些情况下，请求 B 部分处方药时需要遵循不同的规则。在这些情况下，我们会说明适用于 B 部分处方药的规则与适用于医疗用品和服务的规则间的不同之处。

第 9 章 如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办

本节说明了当您处于以下五种情况中的任何一种情况时该怎么办：

1. 您未获得您需要的某种医疗护理，并且您认为这种护理可享受我们的计划承保。
2. 我们的计划不批准您的医生或其他医疗提供者要为您提供的医疗护理，并且您认为这种护理可享受本计划的承保。
3. 您获得了您认为本计划应承保的医疗护理或服务，但我们已经通知您我们不会为这种护理支付费用。
4. 您获得了您认为本计划应承保的医疗护理或服务并支付了费用，并且您打算要求我们的计划为您报销此护理的费用。
5. 您获悉我们以前为您的医疗护理提供的承保将被缩减或停止，但您认为缩减或停止该护理可能会对您的健康造成伤害。

注意：如果要停止的承保涉及医院护理、家庭医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，则您需要阅读本章中的单独一节内容，因为这些类型的护理需要遵循特殊的规则。以下即为您在这些情况下需要阅读的章节：

- 第 9 章第 7 节：如果您认为医生过早让您出院，如何要求我们承保更长的住院患者住院期。
- 第 9 章第 8 节：如果您认为您的承保过早终止，如何要求我们继续承保某些医疗服务。本节仅涉及以下三项服务：家庭医疗保健、专业护理机构护理和综合门诊康复机构 (CORF) 服务。

对于所有其他情况，包括需要告知您将停止您的医疗护理，请参阅本节（第 5 节）中的内容，了解该怎么办。

您处于哪种情况？

如果您处于这种情况：	则您可以：
想要确定我们是否承保您需要的医疗护理或服务？	您可以要求我们为您做出承保决定。 请参阅本章的下一节 第 5.2 节 。
我们是否已经告知您我们不会按照您希望的方式为您的医疗服务承保或支付费用？	您可以提出 上诉 。（这意味着您要求我们复议。） 请直接参阅本章的 第 5.3 节 。
您是否打算要求我们为您已经获得并付款的医疗护理或服务返还费用？	您可以将账单发给我们。 请直接参阅本章的 第 5.5 节 。

第 5.2 节 分步说明：如何要求我们做出承保决定 (如何要求我们的计划授权或提供您所需的医疗护理承保)

法律术语 当承保决定涉及您的医疗护理时，此决定被称为“**机构裁定**”。

第 1 步：您要求我们的计划为您请求的医疗护理做出承保决定。如果您的健康状况要求快速获得答复，您应要求我们做出“**快速承保决定**”。

法律术语 “快速承保决定”被称为“**加急裁定**”。

如何为您需要的医疗护理请求承保

- 首先向我们的计划致电、写信或发传真，以请求我们为您需要的医疗护理授权或提供承保。您、您的医生或您的代表可以处理此事宜。
- 有关我们联系方式的详细信息，请参阅第 2 章第 1 节中*当您就医疗护理申请承保决定时如何联系我们*部分。

在向您告知我们的决定时，我们通常使用标准截止期限

当我们向您告知我们的决定时，除非我们同意使用“快速”截止期限，否则我们将使用“标准”截止期限。**标准承保决定**表示，当收到您涉及医疗用品或服务的请求之后，我们会在 14 个日历日内提供答复。如果您的请求涉及 **Medicare B 部分** 处方药，我们会在收到您的请求之后的 72 小时内提供答复。

- 不过，对于涉及医疗用品或服务的请求，如果您要求更多的时间或者我们需要能够让您受益的信息（例如来自网络外提供者的病历），我们可能额外需要 14 个日历日的时间。如果我们认为需要更多时间才能做出决定，我们会通过书面形式通知您。如果您的请求涉及 **Medicare B 部分** 处方药，我们将不能延期做出决定。
- 如果您认为我们不需要更多的时间，您可以针对我们对于需要更多时间的这一决定提出“快速投诉”。当您提出快速投诉之后，我们会在 24 小时内为您的投诉提供答复。（用于投诉的流程不同于用于承保决定和上诉的流程。有关提出投诉（包括快速投诉）流程的更多信息，请参阅本章的第 10 节。）

您可以出于您的健康状况需求，要求我们为您做出“快速承保决定”

- **快速承保决定**表示，当收到您涉及医疗用品或服务的请求之后，我们会在 72 小时内提供答复。如果您的请求涉及 **Medicare B 部分** 处方药，我们会在 24 小时内提供答复。
 - 不过，对于涉及医疗用品或服务的请求，如果我们发现缺少某些能够让您受益的信息（例如来自网络外提供者的病历）或者您需要一些时间获得供我们审查的信息，我们可能额外需要 14 个日历日的时间。如果我们决定延长时间，我们会以书面形式告知您。如果您的请求涉及 **Medicare B 部分** 处方药，我们将不能延期做出决定。

第 9 章 如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办

- 如果您认为我们不需要更多的时间，您可以针对我们对于需要更多时间的这一决定提出“快速投诉”。（有关提出投诉（包括快速投诉）流程的更多信息，请参阅本章的第 10 节。）当我们做出决定之后，我们会立即给您致电。
- **要获得快速承保决定，您必须符合两个要求：**
 - 只有当您申请对您尚未获得的医疗护理进行承保时，您才能获得快速承保决定。（如果您的请求涉及为您已经获得的医疗护理支付费用，您将无法获得快速承保决定。）
 - 只有在采用标准截止日期会严重危害您的健康或伤害您的身体机能时，方可获得快速承保决定。
- 如果您的医生告诉我们您的健康状况需要“快速承保决定”，那么我们会自动同意为您做出快速承保决定。
- 如果您本人要求我们做出快速承保决定，但未获得您医生的支持，那么我们会根据您的健康状况决定是否需要我们做出快速承保决定。
 - 如果我们确定您的病症不符合快速承保决定的要求，我们会向您发送通知函并拒绝您的请求（届时，我们将使用标准截止日期）。
 - 此通知函将通知您，如果您的医生要求我们做出快速承保决定，我们会自动做出快速承保决定。
 - 此通知函还会向您说明，如果我们为您做出标准承保决定而不是您所请求的快速承保决定，您可如何针对这一决定提出“快速投诉”。（有关提出投诉（包括快速投诉）流程的更多信息，请参阅本章的第 10 节。）

第 2 步：我们会考虑您涉及医疗护理承保的请求并为您提供答复。**“快速承保决定”的截止日期**

- 对涉及医疗用品或服务的请求做出快速承保决定时，我们通常会在 **72 小时内**为您提供答复。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，我们会在 **24 小时内**提供答复。
 - 如上所述，在某些情况下，我们可能额外需要 14 个日历日的时间。如果我们认为需要更多时间才能做出承保决定，我们会通过书面形式通知您。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，我们将不能延期做出决定。
 - 如果您认为我们不需要更多的时间，您可以针对我们对于需要更多时间的这一决定提出“快速投诉”。当您提出快速投诉之后，我们会在 24 小时内为您的投诉提供答复。（有关提出投诉（包括快速投诉）流程的更多信息，请参阅本章的第 10 节。）
 - 如果我们没有在 72 小时内（如果存在延长期，则在此期限结束之前）为您提供答复，或者在您的请求涉及 B 部分处方药时没有在 24 小时内提供答复，则您有权提出上诉。下文的第 5.3 节说明了可如何提出上诉。
- **如果我们批准您的部分或全部请求**，那么我们必须收到您的请求之后的 72 小时内授权或提供我们同意提供的医疗护理承保。如果我们延长了为您涉及医疗用品或服务的请求做出承保决定时所需的时间，那么我们会在此延长期结束之前授权或提供此承保。

- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，那么我们会向您发送一份详细的书面解释，以说明我们为何提供否定的答复。

“标准承保决定”的截止日期

- 对涉及医疗用品或服务的请求做出标准承保决定时，我们通常会在收到您的请求之后的 14 个日历日内为您提供答复。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，我们会在收到您的请求之后的 72 小时内提供答复。
 - 在某些情况下，对于涉及医疗用品或服务的请求，我们可能额外需要 14 个日历日的时间（“延长期”）。如果我们认为需要更多时间才能做出承保决定，我们会通过书面形式通知您。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，我们将不能延期做出决定。
 - 如果您认为我们不需要更多的时间，您可以针对我们对于需要更多时间的这一决定提出“快速投诉”。当您提出快速投诉之后，我们会在 24 小时内为您的投诉提供答复。（有关提出投诉（包括快速投诉）流程的更多信息，请参阅本章的第 10 节。）
 - 如果我们没有在 14 个日历日内（如果存在延长期，则在此期限结束之前）为您提供答复，或者在您的请求涉及 B 部分处方药时没有在 72 小时内提供答复，则您有权提出上诉。下文的第 5.3 节说明了可如何提出上诉。
- 如果我们批准您的部分或全部请求，那么我们必须收到您的请求之后的 14 个日历日内（如果您的请求涉及 B 部分处方药，则在 72 小时内）授权或提供我们同意提供的承保。如果我们延长了为您涉及医疗用品或服务的请求做出承保决定时所需的时间，那么我们会在此延长期结束之前授权或提供此承保。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，那么我们会向您发送一份书面声明，以说明我们为何提供否定的答复。

第 3 步：如果我们拒绝了您的医疗护理承保请求，您可决定是否要提出上诉。

- 如果我们拒绝，您有权通过上诉要求我们复议 – 或许还能改变 – 这一决定。提出上诉即表示您尝试通过另一种方式获得您需要的医疗护理承保。
- 如果决定提出上诉，则表示您将进入 1 级上诉流程（请参阅下文的第 5.3 节）。

第 5.3 节 分步说明：如何提出 1 级上诉 (如何要求审查我们的计划做出的医疗护理承保决定)

法律术语 针对医疗护理承保决定向本计划提出上诉这一行为被称为计划“**复议**”。

第 1 步：您需要联系我们并提出上诉。如果您的健康状况要求快速获得答复，则您必须要求“快速上诉”。

该怎么办

- 要开始上诉，您、您的医生或您的代表必须联系我们。有关如何出于与您的上诉相关的任何目的联系我们的详细信息，请参阅第 2 章第 1 节中当您就医疗护理提出上诉时如何联系我们部分。

- 如果您要提出标准上诉，请提交请求以书面形式提出您的标准上诉。
 - 如果您委托除您的医生以外的某个人针对我们的决定提出上诉，则您的上诉必须包含一份授权此人代表您行事的“代表任命书”表格。如需获得此表格，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）索取“代表任命书”表格。另外，也可以访问 Medicare 的网站 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> 获取此表格。尽管我们接受不含此表格的上诉请求，但除非收到此表格，否则我们无法开始或完成我们的审查。如果我们在收到您的上诉请求之后的 44 个日历日内（我们对您的上诉做出决定的截止期限）没有收到此表格，您的上诉请求将被驳回。如果发生这种情况，我们会向您发送一份书面通知，说明您有权要求独立审查机构审查我们对于驳回您的上诉的这一决定。
- 如果您要提出快速上诉，请致信或致电我们提出您的上诉，电话号码请参阅第 2 章第 1 节（*当您就医疗护理提出上诉时如何联系我们*）。
- 自我们为了通知您我们对您的承保决定请求做出的答复而发出的书面通知上注明的日期起，您**必须在 60 个日历日内提出您的上诉请求**。如果您错过此截止期限但能够给出充分的理由，我们可以给您更多的时间提出上诉。错过截止期限的正当理由的示例包括，您由于身患重大疾病而无法联系我们，或者我们为您提供了有关上诉请求截止期限的不正确或不完整信息。
- 您可以索取一份有关您的医疗决定的信息的副本，并补充更多的信息以支持您的上诉。
 - 您有权向我们索取一份有关您的上诉信息的副本。
 - 如果您愿意，您和您的医生可以向我们提供更多的信息，以支持您的上诉。

您可以出于您的健康状况需求，要求提出“快速上诉”（您可以致电我们提出请求）

法律术语	“快速上诉”也称作“加急复议”。
-------------	------------------

- 如果您要对我们对您尚未获得的护理做出的承保决定提出上诉，您和/或您的医生需要确定您是否需要“快速上诉”。
- “快速上诉”的要求和步骤与“快速承保决定”的要求和步骤相同。要提出快速上诉，请遵循有关申请快速承保决定的说明。（本节前面的内容提供了这些说明。）
- 如果您的医生告诉我们您的健康状况需要“快速上诉”，那么我们会为您提出快速上诉。

第 2 步：我们考虑您的上诉并为您提供答复。

- 当我们的计划审查您的上诉时，我们会再次认真查看有关您的医疗护理承保请求的所有信息。我们将核实我们在拒绝您的请求时是否遵循了所有的规则。
- 如果需要，我们将收集更多的信息。我们可能会联系您或您的医生，以获得更多的信息。

“快速上诉”的截止日期

- 当我们使用快速截止期限时，我们必须在收到您的上诉之后的 **72 小时内**为您提供答复。如果您的健康状况需要获得快速回复，我们将尽快给您答复。

- 不过，如果您要求更多的时间或者我们需要收集能够让您受益的更多信息，那么对于您涉及医疗用品或服务的请求，我们**可能额外需要 14 个日历日的时间**。如果我们认为需要更多时间才能做出决定，我们会通过书面形式通知您。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，我们将不能延期做出决定。
- 如果我们没有在 72 小时内（如果我们花费了更多的时间，则在延长期结束之前）为您提供答复，我们会自动将您的请求发送到 2 级上诉流程，在这一级流程中，您的请求将由一个独立组织进行审查。本节下文会介绍此审查机构，并说明 2 级上诉流程会发生什么。
- **如果我们批准您的部分或全部请求**，则必须在收到您的上诉之后 72 小时内授权或提供我们同意提供的承保。
- **如果我们拒绝您的部分或全部请求**，我们会自动将您的上诉发送给独立审查机构以进行 2 级上诉。

“标准上诉”的截止日期

- 当我们必须使用标准截止日期时，如果您的上诉涉及您尚未获得的服务的承保，我们必须在收到您的上诉之后的 **30 个日历日内** 对您涉及医疗用品或服务的请求提供答复。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，并且您的上诉涉及您尚未获得的 B 部分处方药的承保，那么我们将在收到您的上诉之后的 **7 个日历日内** 为您提供答复。如果您的健康状况需要我们快速做出决定，我们将尽快做出。
- 不过，如果您要求更多的时间或者我们需要收集能够让您受益的更多信息，那么对于您涉及医疗用品或服务的请求，我们**可能额外需要 14 个日历日的时间**。如果我们认为需要更多时间才能做出决定，我们会通过书面形式通知您。如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，我们将不能延期做出决定。
- 如果您认为我们不需要更多的时间，您可以针对我们对于需要更多时间的这一决定提出“快速投诉”。当您提出快速投诉之后，我们会在 24 小时内为您的投诉提供答复。（有关提出投诉（包括快速投诉）流程的更多信息，请参阅本章的第 10 节。）
- 如果我们没有在上述的适用截止日期之前（如果我们花费了更多的时间处理您涉及医疗用品或服务的请求，则在延长期结束之前）为您提供答复，我们需要将您的请求发送到 2 级上诉流程，在这一级流程中，您的请求将由一个独立的外部组织进行审查。本节下文会介绍此审查机构，并说明 2 级上诉流程会发生什么。
- **如果我们批准您的部分或全部请求**，那么我们必须收到您的上诉之后的 30 个日历日内（如果您的请求涉及 Medicare B 部分处方药，则在 **7 个日历日内**）授权或提供我们同意提供的承保。
- **如果我们拒绝您的部分或全部请求**，我们会自动将您的上诉发送给独立审查机构以进行 2 级上诉。

第 3 步：如果我们的计划拒绝您的部分或全部上诉，您的个案将自动移交至下一级上诉流程。

- 为了确保我们在拒绝您的上诉时遵循所有的规则，**我们需要将您的上诉发送给“独立审查机构”**。当我们这样做时，即表示您的上诉将进入下一级的上诉流程，也就是 2 级上诉流程。

第 5.4 节 分步说明：如何提出 2 级上诉

如果我们拒绝您的 1 级上诉，您的个案将自动移交至下一级上诉流程。在 2 级上诉期间，**独立审查机构**将会审查我们对您的第一次上诉所做的决定。此机构将决定是否应更改我们做出的决定。

法律术语 “独立审查机构”的正式名称为“**独立审查实体**”，有时也称作“**IRE**”。

第 1 步：独立审查机构审查您的上诉。

- 独立审查机构是 Medicare 聘请的一个独立机构。此机构与我们无关，且并非政府机构。此机构为 Medicare 选择的一家公司，负责处理独立审查机构的工作。Medicare 监督其工作。
- 我们会将您的上诉相关信息送交至此机构。这些信息被称为您的“个案文件”。您有权向我们索取您的个案文件副本。
- 您有权向独立审查机构提供额外的信息以支持您的上诉。
- 独立审查机构的审查员将仔细审查与您的上诉相关的所有信息。

如果您的 1 级上诉为“快速上诉”，那么您的 2 级上诉也会成为“快速上诉”

- 如果您在本计划的 1 级上诉为快速上诉，那么您的 2 级上诉将自动成为快速上诉。审查机构必须在收到您的上诉后 **72 小时内**就 2 级上诉给您答复。
- 但如果您的请求与医疗用品或服务有关，而独立审查机构需要收集可能有利于您的更多信息，则可**最多延迟 14 个日历日**。如果您的请求与 Medicare B 部分处方药有关，则独立审查机构不可延期做出决定。

如果您的 1 级上诉为“标准上诉”，那么您的 2 级上诉也会成为“标准上诉”

- 如果您在本计划的 1 级上诉为标准上诉，那么您的 2 级上诉将自动成为标准上诉。如果您的请求与医疗用品或服务有关，则审查机构必须在收到您的上诉后 **30 个日历日内**就 2 级上诉给您答复。如果您的请求与 Medicare B 部分处方药有关，则审查机构必须在收到您的上诉后 **7 个日历日内**就 2 级上诉给您答复。
- 但如果您的请求与医疗用品或服务有关，而独立审查机构需要收集可能有利于您的更多信息，则可**最多延迟 14 个日历日**。如果您的请求与 Medicare B 部分处方药有关，则独立审查机构不可延期做出决定。

第 2 步：独立审查机构给您答复。

独立审查机构会以书面形式将其决定告知您，并说明做出该决定的理由。

- 如果审查机构批准您就医疗用品或服务提出的部分或全部请求，我们必须在收到该审查机构的决定后的 72 小时内授权医疗护理承保或在 14 个日历日内为您提供服务（适用于标准请求）；对于加急请求，我们必须在收到该审查机构的决定后的 72 小时内为您提供服务。

- 如果审查机构批准您就 **Medicare B 部分** 处方药提出的部分或全部请求，我们必须在收到该审查机构的决定后的 **72 小时** 内授权或提供所涉及的 B 部分处方药（适用于**标准请求**）；对于**加急请求**，我们必须在收到该审查机构的决定后的 **24 小时** 内授权或提供该药物。
- 如果此机构拒绝您的部分或全部上诉，则表示其同意我们就您的医疗护理承保请求（或部分请求）做出的不予批准的决定。（这称作“维持决定”，也称作“驳回上诉”。）
 - 如果独立审查机构“维持决定”，则您有权提出 3 级上诉。但若要提出 3 级上诉，您申请的医疗护理承保的美元价值必须达到特定的最低标准。如果您所申请承保的美元价值过低，则不可重新上诉，这表示 2 级决定即为最终决定。独立审查机构会向您提供书面通知，以便向您告知如何确定继续上诉流程需达到的美元金额。

第 3 步：如果您的个案满足相关要求，您可选择是否继续上诉。

- 在上诉流程中，2 级后仍有三个级别（共五个上诉级别）。
- 如果您的 2 级上诉遭到驳回且您满足继续上诉流程的相关要求，您必须决定是否继续进入 3 级并提出第三次上诉。2 级上诉结束后，您所收到的书面通知会包含如何提出 3 级上诉的详细信息。
- 3 级上诉由行政法官或检察官处理。本章第 9 节将介绍上诉流程 3、4 和 5 级的详细信息。

第 5.5 节 如果您要求我们为您收到的医疗护理账单支付我们的费用分摊金额该怎么办？

如果您想要求我们支付医疗护理的费用，请先阅读本手册第 7 章：*要求我们支付您收到的承保医疗服务或药物账单中我们应支付的份额*。第 7 章会介绍您可能会要求我们报销费用，或就某个提供者向您发出的账单进行支付的一些情况。其中还介绍了如何向我们寄送要求我们付款的书面材料。

要求报销即是要求我们做出承保决定

如果您向我们寄送要求报销的书面材料，即表示您要求我们做出承保决定（有关承保决定的更多信息，请参阅本章第 4.1 节）。为了做出此承保决定，我们会审查您已付款的医疗护理是否属于承保服务（参阅第 4 章：*医疗福利表（我们承保的服务和您必须支付的费用）*）。我们还会核实您在使用医疗护理承保时是否遵守全部规则（这些规则位于本手册第 3 章：*使用本计划承保您的医疗服务*）。

我们会批准或拒绝您的请求

- 如果您已付款的医疗护理享受承保且您遵守所有规则，我们将在收到您的申请后 **60 个日历日** 内，就您的医疗护理向您支付我们应承担的费用。或者，如果您尚未支付服务，我们将直接向提供者付款。（我们付款，即表明我们批准您的承保决定申请。）
- 如果该医疗护理不享受承保，或者您未遵循所有规则，则我们不会付款。相反，我们会向您寄送信函，告知您我们将不会为该服务付费并说明原因。（我们驳回您的付款申请，即表明我们拒绝您的承保决定申请。）

如果您要求付款而我们表示不会支付，该如何处理？

如果您不同意我们驳回您申请的决定，您可提出上诉。如果您提出上诉，即表示您要求我们更改在驳回您的付款请求时所做的承保决定。

若要提出此上诉，请遵循第 5.3 节所述的上诉流程。请参阅本节以获得分步说明。遵循这些说明时，请注意：

- 如果您针对报销提出上诉，我们必须在收到您的上诉后 60 个日历日内给您答复。（如果您要求我们对您已获得并自行付款的医疗护理做出偿付，则您不能申请快速上诉。）
- 如果独立审查机构推翻我们拒绝付款的决定，则我们必须在 30 个日历日内向您或提供者支付您所请求的付款。如果 2 级之后的任何一级上诉流程批准了您的上诉，我们必须在 60 个日历日内向您或提供者支付您所请求的付款。

第 6 节 您的 D 部分处方药：如何要求我们做出承保决定或者提出上诉



您是否阅读了本章第 4 节（承保决定和上诉基本信息指南）？如果还未阅读，您可能需要先阅读该内容，然后再开始阅读本节的内容。

第 6.1 节 本节介绍了当您在获取 D 部分药物方面遇到问题或者希望我们就 D 部分药物向您做出偿付时该怎么办

作为我们计划的会员，您的福利包含多种处方药的承保。请参阅我们计划的承保药物清单（处方集）。如要承保，该药物必须用于医学上公认的适应症。（“医学上公认的适应症”是指经过美国食品和药物管理局批准，或者受到某些参考书支持的药物用途。请参阅第 5 章第 3 节，了解有关医学上公认的适应症的更多信息。）

- 本节仅介绍您的 D 部分药物。为方便起见，我们通常会在本节的其余部分将其称为“药物”，而非每次都重复称其为“承保的门诊处方药”或“D 部分药物”。
- 有关 D 部分药物包含哪些药物、承保药物清单（处方集）、承保规则和限制以及费用的详细信息，请参阅第 5 章（使用本计划承保您的 D 部分处方药）和第 6 章（如何为 D 部分处方药付费）。

D 部分承保决定和上诉

正如本章第 4 节所述，承保决定是指我们对您的福利和承保或者我们要为您的医疗服务支付的费用做出的决定。

法律术语

就 D 部分药物做出的初始承保决定即称为“承保裁定”。

以下是您可要求我们就 D 部分药物做出承保决定的示例：

- 您可要求我们例外处理，包括：

第 9 章 如果您有疑问或想要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办

- 要求我们承保不在本计划的 *承保药物清单（处方集）* 上的 D 部分药物
- 要求我们豁免药物的计划承保限制（例如您可获得的药物数量限制）
- 要求为费用分摊层级较高的承保药物支付较低的费用分摊金额
- 您询问我们某种药物是否获得承保，以及您是否满足任何适用的承保规则。（例如，当您的药物列于计划的 *承保药物清单（处方集）*，但我们要求在为您承保前，您必须先取得我们的批准。）
 - *请注意：*如果您的药房告知您，无法为您配取所写的处方药，您将会收到一份书面通知，说明如何联系我们以申请承保决定。
- 您要求我们支付您已购买的处方药。这是一项与付款有关的承保决定申请。

如果您不同意我们做出的承保决定，可对我们的决定提出上诉。

本节介绍如何申请承保决定以及如何提出上诉。请利用下表来帮助您确定哪个部分的信息符合您的情形：

您处于哪种情况？

您是否需要未列于我们药物清单上的药物，或需要我们豁免承保药物的规则或限制？	您是否想要我们承保药物清单上的药物，并且您认为自己满足所需药物的任何计划规则或限制（例如事先取得批准）？	您是否想要求我们对您已获得并付款的药物做出偿付？	我们是否已告知您，我们不会按照您想要的承保或支付方式来承保或支付某种药物？
您可要求我们例外处理。（这是一种“承保决定”。） 请先参阅本章第 6.2 节。	您可要求我们做出承保决定。 请直接参阅本章的第 6.4 节。	您可要求我们向您做出偿付。 （这是一种“承保决定”。） 请直接参阅本章的第 6.4 节。	您可以提出上诉。 （这意味着您要求我们复议。） 请直接参阅本章的第 6.5 节。

第 6.2 节 什么是例外处理？

如果药物并未按您期望的方式承保，您可要求我们“例外处理”。例外处理也是一种承保决定。与其他类型的承保决定类似，如果我们驳回您的例外处理申请，您可以对我们的决定提出上诉。

当您要求例外处理时，您的医生或其他开药者必须说明医疗理由，解释您为何需要批准进行例外处理。我们随后会考虑您的请求。以下三则示例为您、您的医生或其他开药者可以要求我们例外处理的情况：

1. 为您承保未列于我们的**承保药物清单（处方集）**上的**D 部分药物**。（我们将其简称为“药物清单”。）

法律术语 请求承保未列于药物清单上的药物有时称为申请“**处方集例外**”。

- 如果我们同意例外处理，并承保未包含在药物清单上的药物，您将需要支付适用于第 4 层级药物的费用分摊金额。对于该药物，您无法就您应支付的共付额或共同保险金额要求例外处理。
2. **免除我们的承保药物的承保限制**。我们的承保药物清单（处方集）上的某些药物具有额外的规则或限制（有关详细信息，请参阅第 5 章第 4 节）。

法律术语 请求免除药物承保限制有时称为申请“**处方集例外**”。

- 某些药物承保的额外规则和限制包括：
 - 需要使用某种药物的仿制药而非原研药。
 - 在我们同意为您承保该药物前，需提前取得计划的批准。（这有时称作“预先授权”。）
 - 在同意承保您请求的药物前，我们会要求您先尝试一种不同的药物。（这有时称作“阶梯疗法”。）
 - 数量限制。对于某些药物，本计划会限制您可以获得的数量。
 - 如果我们同意例外处理，并为您解除限制，您仍可以就我们需要您支付的药物共付额或共同保险金额要求例外处理。
3. **将药物承保改为较低的费用分摊层级**。我们药物清单上的每种药物都是六个费用分摊层级的其中一级。一般来说，费用分摊层级越低，您为药物支付的分摊费用就越少。

法律术语 请求支付较低价格购买承保的非首选药物有时称为申请“**层级例外**”。

- 如果我们的药物清单包含可用于治疗您病症的替代药物，且该替代药物的费用分摊层级低于您的药物，您可以要求我们按该替代药物所适用的费用分摊金额承保您的药物。这样即可降低您应承担的药物费用。
- 您不能要求我们更改第 5 层级（特殊层级）中任何药物的费用分摊层级。
- 如果我们批准您的层级例外处理申请，并且包含您不能服用的替代药物的较低费用分摊层级不止一个，您通常将支付最低金额。

第 6.3 节 申请例外处理须知

您的医生必须告诉我们医疗理由

您的医生或其他开药者必须向我们提供一份声明，就申请例外处理说明医疗理由。在您申请例外处理时，如能提供您的医生或其他开药者出具的此医疗信息，则可缩短决定时间。

通常，我们的药物清单对于特殊病症的治疗均包含一种以上的药物。这些不同的药物称为“替代”药物。如果某种替代药物与您所请求的药物具有相同的效果，并且不会造成更多副作用或其他健康问题，我们通常不会批准您的例外处理申请。如果您要求我们做出层级例外处理，除非较低费用分摊层级中的所有替代药物对您均起不到一样好的作用，否则我们通常不会批准您的例外处理申请。

我们可批准或拒绝您的申请

- 如果我们批准您的例外处理申请，则该批准通常将持续至本计划年度结束。只要您的医生继续为您开具该药物，而且该药物对于治疗您的病症依然安全有效，上述有效期限即成立。
- 如果我们拒绝您的例外处理申请，您可通过提出上诉要求审查我们的决定。第 6.5 节将介绍如果我们拒绝您的申请，您应如何提出上诉。

下一节将介绍如何要求我们做出承保决定，包括例外处理）。

第 6.4 节 分步说明：如何要求我们做出承保决定，包括例外处理

第 1 步：您要求我们就所需药物或付款做出承保决定。如果您的健康状况需要获得快速答复，您必须要求我们做出“快速承保决定”。如果您要求我们向您偿付已购买药物的费用，则无法申请快速承保决定。

该怎么办

- **申请所需类型的承保决定。**您可通过致电、写信或传真方式向我们提出申请。您、您的代表或您的医生（或其他开药者）均可提出此申请。您也可以通过我们的网站查看承保决定流程。有关详细信息，请参阅第 2 章第 1 节中*当您就 D 部分处方药申请承保决定时如何联系我们部分*。或者，如果您想要求我们偿付您的药费，请参阅名为*如何提出相关申请，以要求我们就您已获得的医疗护理或药物支付我们应承担的费用*一节。
- **您、您的医生或您的其他代表**均可申请承保决定。本章第 4 节会介绍如何向他人发出书面许可，让其担任您的代表。您还可要求律师代表您行事。
- **如果您想要求我们偿付您的药费**，请先阅读本手册第 7 章：*要求我们支付您收到的承保医疗服务或药物账单中我们应支付的份额*。第 7 章旨在介绍您可能要求我们报销的一些情况。其中也介绍了如何向我们寄送相关书面材料，以要求我们就您已支付的药物偿付我们应承担的费用。
- 如果您要申请例外处理，请提供“支持性声明”。您的医生或其他开药者必须就所申请的药物例外向我们提供医疗理由。（我们称之为“支持性声明”。）您的医生或其他开药者可以将该声明传真或邮寄给我们，也可以通过电话告知我们，并随后传真或邮寄书面声明（如必要）。有关例外处理申请的更多信息，请参阅第 6.2 节和第 6.3 节。

- 我们必须接受任何书面申请，包括利用 CMS 模型承保裁定申请表或本计划的相关表单提交的申请，这些表单可在我们的网站上获得。

您可以出于您的健康状况需求，要求我们为您做出“快速承保决定”

法律术语 “快速承保决定”被称为“加急承保裁定”。

- 当我们向您告知我们的决定时，除非我们同意使用“快速”截止日期，否则我们将使用“标准”截止日期。标准承保决定指我们将在收到您医生的声明后 72 小时内给您答复。快速承保决定是指我们将在收到您医生的声明后 24 小时内给予答复。
- 要获得快速承保决定，您必须符合两个要求：
 - 只有在要求承保您尚未获得的药物时，才可获得快速承保决定。（如果您要求我们偿付您已购买的药物，则您不能获得快速承保决定。）
 - 只有在采用标准截止日期会严重危害您的健康或伤害您的身体机能时，方可获得快速承保决定。
- 如果您的医生或其他开药者表示您的健康状况需要获得“快速承保决定”，则我们将自动同意为您做出快速承保决定。
- 如果您本人要求我们做出快速承保决定，但未获得您医生或其他开药者的支持，那么我们会根据您的健康状况决定是否需要我们做出快速承保决定。
 - 如果我们确定您的病症不符合快速承保决定的要求，我们会向您发送通知函并拒绝您的请求（届时，我们将使用标准截止日期）。
 - 此通知函将告知您，如果您的医生或其他开药者要求做出快速承保决定，我们将自动做出快速承保决定。
 - 此通知函还会向您说明，如果我们为您做出标准承保决定而不是您所请求的快速承保决定，您可如何针对这一决定提出投诉。它告知您如何提出“快速投诉”，这意味着您将在我们收到投诉后的 24 小时内得到我们的答复。（用于投诉的流程不同于用于承保决定和上诉的流程。有关投诉流程的详细信息，请参阅本章第 10 节。）

第 2 步：我们考虑您的申请并给您答复。

“快速承保决定”的截止日期

- 如果我们采用快速截止日期，则必须在 **24 小时内** 给您答复。
 - 这通常是指我们在收到您的申请后的 24 小时内。如果您要申请例外处理，我们会在收到您的医生支持该申请的声明后 24 小时内回复您。如果您的健康状况需要获得快速回复，我们将尽快给您答复。
 - 如果未能在截止期限内给您答复，我们必须将您的申请移送至 2 级上诉流程，并由外部独立机构进行审查。本节下文会介绍此审查机构，并说明在 2 级上诉期间会发生什么。

- 如果我们批准您的部分或全部请求，则必须在收到您的请求或医生支持该申请的声明后 24 小时内提供我们所同意的承保。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发送书面信函说明拒绝的原因。我们还会告知您如何提出上诉。

有关您尚未获得的药物的“标准承保决定”截止日期

- 如果我们采用标准截止日期，则必须在 **72 小时内** 给您答复。
 - 这通常是指我们在收到您的申请后的 72 小时内。如果您要申请例外处理，我们会在收到您的医生支持该申请的声明后 72 小时内回复您。如果您的健康状况需要获得快速回复，我们将尽快给您答复。
 - 如果未能在截止日期内给您答复，我们必须将您的申请移送至 2 级上诉流程，并由独立机构进行审查。本节下文会介绍此审查机构，并说明在 2 级上诉期间会发生什么。
- 如果我们批准您的部分或全部请求 –
 - 如果我们批准您的承保请求，则必须在收到您的申请或者您的医生支持该申请的声明后 **72 小时内** 提供我们所同意的承保。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发送书面信函说明拒绝的原因。我们还会告知您如何提出上诉。

有关您已购买药物的付款的“标准承保决定”截止日期

- 我们必须在收到您的申请后 **14 个日历日内** 给您答复。
 - 如果未能在截止日期内给您答复，我们必须将您的申请移送至 2 级上诉流程，并由独立机构进行审查。本节下文会介绍此审查机构，并说明在 2 级上诉期间会发生什么。
- 如果我们批准您的部分或全部请求，我们也必须在收到您的申请后 14 个日历日内向您付款。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发送书面信函说明拒绝的原因。我们还会告知您如何提出上诉。

第 3 步：如果我们拒绝您的承保申请，您可决定是否要提出上诉。

- 如果我们拒绝您的请求，您有权提出上诉。提出上诉即是要求我们对做出的决定进行复议（且可能予以更改）。

第 6.5 节 分步说明：如何提出 1 级上诉 (如何要求对本计划做出的承保决定进行审查)

法律术语 就 D 部分药物承保决定向计划提出上诉称为计划 **“重新裁定”**。

第 1 步：您与我们联系并提出 1 级上诉。如果您的健康状况要求快速获得答复，则您必须要求 **“快速上诉”**。

该怎么办

- 若要启动上诉，您（或您的代表、医生或其他开药者）必须联系我们。
 - 如出于上诉相关的任何目的而要详细了解如何通过致电、传真、邮件或网站联系我们，请参阅第 2 章第 1 节中*当您就 D 部分处方药提出上诉时如何联系我们*部分。
- 如果您想要进行标准上诉，您可通过寄送书面申请的方式提出上诉。
- 如果您想要进行快速上诉，您可以通过书面形式或致电联系我们提出上诉，电话号码详见第 2 章第 1 节（*当您就 D 部分处方药提出上诉时如何联系我们*）。
- 我们必须接受任何书面申请，包括利用 CMS 模型承保裁定申请表提交的申请，该表可在我们的网站上获得。
- 自我们为了通知您我们对您的承保决定请求做出的答复而发出的书面通知上注明的日期起，您**必须在 60 个日历日内提出您的上诉请求**。如果您错过此截止日期但能够给出充分的理由，我们可以给您更多的时间提出上诉。错过截止期限的正当理由的示例包括，您由于身患重大疾病而无法联系我们，或者我们为您提供了有关上诉请求截止期限的不正确或不完整信息。
- 您可索取一份您的上诉相关信息并添加更多信息。
 - 您有权向我们索取一份有关您的上诉信息的副本。
 - 如果您愿意，您和您的医生或其他开药者可向我们提供更多信息以支持您的上诉。

如果您的健康状况需要“快速上诉”，请申请快速上诉

法律术语 “快速上诉”也称作“**加急重新裁定**”。

- 如果您对我们就您尚未获得的药物做出的决定提出上诉，您和您的医生或其他开药者将需要确定您是否需要“快速上诉”。
- 申请“快速上诉”的要求与申请本章第 6.4 节中的“快速承保决定”的要求相同。

第 2 步：我们考虑您的上诉并为您提供答复。

- 我们在审查您的上诉时，会再次仔细审查有关您的承保申请的全部信息。我们将核实我们在拒绝您的请求时是否遵循了所有的规则。我们可能会联系您、您的医生或其他开药者获取更多信息。

“快速上诉”的截止日期

- 如果我们采用快速截止日期，则**必须在收到您的上诉后 72 小时内**给您答复。如果您的健康状况需要获得快速回复，我们将尽快给您答复。
 - 如果未能在 72 小时内给您答复，我们必须将您的申请移送至 2 级上诉流程，并由独立审查机构进行审查。本节下文会介绍此审查机构，并说明 2 级上诉流程会发生什么。
- 如果我们批准您的部分或全部请求，则**必须在收到您的上诉后 72 小时内**提供所同意的承保。

- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发送书面信函说明拒绝的原因，并告知如何对我们的决定提出上诉。

“标准上诉”的截止日期

- 如果我们采用标准截止日期，则必须在收到您就尚未获得的药物提出的上诉后 **7 个日历日内** 给您答复。如果您尚未获得药物并且您的健康状况需要获得快速回复，我们会尽快做出决定。如果您认为您的健康状况需要“快速上诉”，则您应申请快速上诉。
 - 如果未能在 7 个日历日内给予您决定，我们必须将您的申请移送至 2 级上诉流程，并由独立审查机构进行审查。本节下文会介绍此审查机构，并说明在 2 级上诉流程会发生什么。
- 如果我们批准您的部分或全部请求 –
 - 如果我们批准承保请求，我们必须视您健康状况的需要尽快提供我们所同意的承保，但不得迟于收到您上诉后的 7 个日历日。
 - 如果我们批准偿付您已购买药物的请求，我们必须在收到您的上诉申请后的 **30 个日历日内** 向您付款。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发送书面信函说明拒绝的原因，并告知如何对我们的决定提出上诉。
- 如果您请求我们偿付您已购买药物的费用，我们必须在收到您的申请后的 **14 个日历日内** 给您答复。
 - 如果未能在 14 个日历日内给予您决定，我们必须将您的申请移送至 2 级上诉流程，并由独立机构进行审查。本节下文会介绍此审查机构，并说明在 2 级上诉期间会发生什么。
- 如果我们批准您的部分或全部请求，我们也必须在收到您的申请后 30 个日历日内向您付款。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发送书面信函说明拒绝的原因。我们还会告知您如何提出上诉。

第 3 步：如果我们驳回您的上诉，您可决定是否继续上诉流程并再次提出上诉。

- 如果我们驳回您的上诉，接下来您可选择接受此决定，或是继续再次提出上诉。
- 如果您决定再次提出上诉，则表示您的上诉正在进入 2 级上诉流程（见下文）。

第 6.6 节 分步说明：如何提出 2 级上诉

如果我们驳回您的上诉，接下来您可选择接受此决定，或是继续再次提出上诉。如果您决定进行 2 级上诉，**独立审查机构**将会审查我们拒绝您的第一次上诉时所做的决定。此机构将决定是否应更改我们做出的决定。

法律术语

“独立审查机构”的正式名称为“**独立审查实体**”，有时也称作“**IRE**”。

第 1 步：若要提出 2 级上诉，您（或您的代表、医生或其他开药者）必须联系独立审查机构，并要求其对您的个案进行审查。

- 如果我们拒绝您的 1 级上诉，我们寄给您的书面通知中会包含**如何向独立审查机构提出 2 级上诉的说明**。这些说明将告知您谁可以提出 2 级上诉、您必须遵守的截止日期以及如何联系审查机构。
- 当您向独立审查机构提出上诉时，我们将向该机构寄送我们持有的有关您的上诉信息。这些信息被称为您的“个案文件”。**您有权向我们索取您的个案文件副本。**
- 您有权向独立审查机构提供额外的信息以支持您的上诉。

第 2 步：独立审查机构会对您的上诉进行审查，并给您答复。

- 独立审查机构是 Medicare 聘请的一个独立机构。此机构与我们无关，且并非政府机构。此机构是 Medicare 选择的公司，将与我们一起审查我们就您的 D 部分福利做出的决定。
- 独立审查机构的审查员将仔细审查与您的上诉相关的所有信息。该机构会采用书面形式将其决定告知您，并说明做出该决定的理由。

2 级“快速上诉”的截止日期

- 如果您的健康状况需要“快速上诉”，请向独立审查机构申请快速上诉。
- 如果审查机构同意您进行“快速上诉”，则该机构必须在收到您的 2 级上诉申请后的 **72 小时内** 给您答复。
- 如果独立审查机构批准您的部分或全部请求，我们必须在收到该审查机构的决定后 **24 小时内**，提供经该审查机构批准的**药物承保**。

2 级“标准上诉”的截止日期

- 如果您提出 2 级标准上诉，而该上诉与您尚未获得的药物有关，则审查机构必须在收到您的 2 级上诉后的 **7 个日历日内** 给您答复。如果您请求我们偿付您已购买药物的费用，审查机构必须在收到您的 2 级上诉申请后的 **14 个日历日内** 给您答复。
- 如果独立审查机构批准您的部分或全部请求 –
 - 如果独立审查机构批准承保请求，我们必须在收到该审查机构的决定后 **72 小时内**，提供经审查机构批准的**药物承保**。
 - 如果独立审查机构批准偿付您已购买药物的请求，我们必须在收到该审查机构所做决定后的 **30 个日历日内** 向您付款。

如果审查机构拒绝您的上诉，该如何处理？

如果此机构拒绝您的上诉，即意味着该机构同意我们的决定，不批准您的申请。（这称作“维持决定”，也称作“驳回上诉”。）

如果独立审查机构“维持决定”，则您有权提出 3 级上诉。但若要提出 3 级上诉，您申请的药物承保的美元价值必须达到特定的最低金额。如果您所申请的药物承保的美元价值过低，则不可再次提出上诉，并且 2 级决定即为最终决定。独立审查机构将向您发送通知，告知您继续上诉流程必须达到的相应美元价值。

第 3 步：如果您所申请承保的美元价值满足相关要求，您可选择是否继续上诉。

- 在上诉流程中，2 级后仍有三个级别（共五个上诉级别）。
- 如果您的 2 级上诉遭到驳回且您满足继续上诉流程的相关要求，您必须决定是否继续进入 3 级并提出第三次上诉。第二次上诉结束后，如果您决定提出第三次上诉，您将收到有关如何提出该上诉的书面通知。
- 3 级上诉由行政法官或检察官处理。本章第 9 节将介绍上诉流程 3、4 和 5 级的详细信息。

第 7 节 如果您认为医生让您过早出院，如何要求我们承保更长的住院患者住院期

当您入院时，您有权获得诊断及治疗您的伤病所需的全部承保医院服务。有关我们为您提供的医院护理承保的更多信息（包括此承保的所有相关限制），请参阅本手册第 4 章：*医疗福利表（我们承保的服务和您必须支付的费用）*。

在您的承保住院期间，您的医生及医务人员将与您一同商讨出院日期。他们也会帮助安排您出院后可能需要的护理。

- 您离开医院的日期称为“**出院日期**”。
- 当您的出院日期确定后，您的医生或医务人员会将日期告知您。
- 如果您认为他们过早让您出院，您可要求延长住院时间，他们将会考虑您的要求。本节会向您介绍如何提出要求。

第 7.1 节 在您的住院患者住院期，Medicare 会向您提供一份告知您所享权利的书面通知

在您的承保住院期间，您将收到一份名为*有关您所享权利的 Medicare 重要信息*的书面通知。Medicare 的每位会员无论何时入院，均会获得一份此通知。医院的医务人员（例如个案工作者或护士）必须在您入院后的两天内向您提供此通知。如果您未获得此通知，请向任何医院员工索取。如果您需要帮助，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。您也可以致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

1. 仔细阅读此通知，不理解之处请询问。此通知将介绍您作为住院患者所享有的权利，包括：

- 您有权遵照医嘱，在住院期间和出院后获得 Medicare 承保的服务。这包括您有权了解服务内容、付款方以及服务获取地点。
- 您有权参与做出有关您的住院时长的任何决定，并知道这笔费用由谁支付。

- 您有权了解向何处报告您对医院护理品质的任何疑惑。
- 您有权在认为医院过早让您出院时，就该出院决定提出上诉。

法律术语

Medicare 的书面通知会告知您如何“**申请立即审查**”。**申请立即审查**是要求推迟出院日期的正式且合法的方式，这样我们便能为您的医院护理承保更长时间。（以下第 7.2 节会告知您如何申请立即审查。）

2. 您必须签署该书面通知，以表示您已收到通知并了解您的权利。

- 您或代表您行事的人士必须签署该通知。（本章第 4 节会介绍如何向他人发出书面许可，让其担任您的代表。）
- 签署该通知仅表明您已收到有关您所享权利的信息。该通知并未给出出院日期（您的医生或医务人员会告诉您出院日期）。签署该通知**并不意味着**您同意某个出院日期。

3. 保留一份已签署通知的副本，以便您在需要时随手查阅有关提出上诉的信息（或报告护理品质的相关问题）。

- 如果您在出院当天的两天前签署该通知，则您会在预定出院日期前收到另一份副本。
- 如需提前查看此通知副本，您可致电会员服务中心（电话号码见手册封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，办公时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。您也可在线访问此通知：<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>。

第 7.2 节**分步说明：如何提出 1 级上诉，以更改您的出院日期**

如果您希望我们延长对住院患者医院服务的承保，您需采用上诉流程提出此请求。提出请求前，请先了解相关必要事项和截止日期。

- **遵循流程。**下文将介绍上诉流程前两级的各个步骤。
- **遵守截止日期。**截止日期至关重要。请务必了解并遵守适用于必要事项的截止日期。
- **需要时请寻求帮助。**无论您何时存有疑问或需要帮助，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。您也可致电州健康保险援助计划，该计划是一个提供个性化援助的政府机构（请参阅本章第 2 节）。

在 1 级上诉期间，品质改进机构审查您的上诉。该机构将核实从医疗角度而言，您的计划出院日期是否合适。

第 1 步：联系您所在州的品质改进机构，要求“快速审查”您的出院日期。您必须尽快行动。**什么是品质改进机构？**

- 此机构是由联邦政府资助的医生及其他医疗保健专业人员组成的团体。这些专家并不属于我们的计划。此机构由 Medicare 出资，旨在检查 Medicare 参保人获得的护理品质并帮助改进。这包括审查 Medicare 参保人的出院日期。

如何联系此机构？

- 您收到的书面通知（有关您所享权利的 *Medicare* 重要信息）会提供此机构的联系方式。（您也可在本手册第 2 章第 4 节中，找到您所在州的品质改进机构的名称、地址和电话号码。）

尽快行动：

- 如要提出上诉，您必须在出院前且**不迟于计划出院日期**的情况下，联系品质改进机构。（您的“计划出院日期”指预定让您离开医院的日期。）
 - 如果您遵守此截止期限，则可在等待品质改进机构对您的上诉做出决定时，在**超过**出院日期的情况下继续住院，而**无需**付费。
 - 如果您未能遵守此截止期限，并决定在计划出院日期后继续住院，**您可能须支付在计划出院日期后获得的医院护理的所有费用**。
- 如果您错过就上诉联系品质改进机构的截止期限，则可直接向我们的计划提出上诉。有关其他上诉方式的详细信息，请参阅第 7.4 节。

要求“快速审查”：

- 您必须要求品质改进机构“**快速审查**”您的出院时间。要求“快速审查”指您要求该机构就上诉采用“快速”截止期限，而非标准截止期限。

法律术语

“快速审查”也称作“立即审查”或“加急审查”。

第 2 步：品质改进机构将对您的个案进行独立审查。

此审查包含哪些流程？

- 品质改进机构的保健专业人员（我们将其简称为“审查员”）会询问您（或您的代表）认为应延长服务承保的理由。您无需准备任何书面材料，但如果您愿意，也可准备。
- 审查员也会查看您的医疗信息，与您的医生交谈并审查医院和我们向其提供的信息。
- 审查员向我们的计划通知您的上诉后的次日中午，您也会收到书面通知，其中指定您的计划出院日期，并详细说明您的医生、医院及我们认为您适合于该日期出院（医疗上适当）的原因。

法律术语

此书面说明称作“**详细出院通知**”。您可随时致电会员服务中心（电话号码见手册封底）或拨打 1-800-Medicare (1-800-633-4227) 获取此通知样本，办公时间为每周 7 天，每天 24 小时。（TTY 用户应致电 1-877-486-2048。）您也可以访问 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/Hospital-DischargeAppealNotices.html> 在线查看通知范本

第 3 步：品质改进机构会在获得所有必需信息后的一天时间内，对您的上诉给予答复。

如果答复是批准会如何？

- 如果审查机构批准您的上诉，我们必须继续提供承保的住院患者医院服务，时间视医疗必需性而定。
- 您必须继续支付您应承担的费用（如免赔额或共付额，如适用）。此外，您的承保医院服务可能受到限制。（请参阅本手册第 4 章）。

如果答复是拒绝会如何？

- 如果审查机构拒绝您的上诉，即表示从医疗角度看，您的计划出院日期属适当。如果情况如此，我们对您的住院患者医院服务的承保将在品质改进机构对您的上诉给予答复后的次日中午结束。
- 如果审查机构拒绝您的上诉且您决定住院，则对于品质改进机构就您的上诉给予答复后次日中午以后获得的医院护理，您可能须支付全部费用。

第 4 步：如果您的 1 级上诉遭到拒绝，请决定是否希望再次提出上诉。

- 如果品质改进机构驳回您的上诉，而您在计划出院日期后继续住院，则可再次提出上诉。再次提出上诉指进入“2 级”上诉流程。

第 7.3 节 分步说明：如何提出 2 级上诉，以更改您的出院日期

如果品质改进机构驳回您的上诉，而您在计划出院日期后继续住院，则可提出 2 级上诉。在 2 级上诉期间，您要求品质改进机构再次审查其对您的第一次上诉做出的决定。如果品质改进机构驳回您的 2 级上诉，您可能须支付您在计划出院日期后继续住院的全部费用。

以下为 2 级上诉流程的步骤：

第 1 步：您再次联系品质改进机构，要求再次审查。

- 您必须在品质改进机构拒绝您的 1 级上诉后 **60 个日历日内**，要求进行此审查。只有在您于护理承保终止之日后继续住院的情况下，方可要求进行此审查。

第 2 步：品质改进机构会第二次审查您的情况。

- 品质改进机构的审查员将再次仔细查阅您上诉的所有相关信息。

第 3 步：品质改进机构的审查员将在收到您的第二次审查请求的 **14 个日历日内**，就您的上诉做出决定并将其决定告知您。

如果审查机构批准：

- 对于您自第一次上诉遭到品质改进机构驳回后次日中午起获得的医院护理，我们必须为您报销我们应承担的费用。我们必须继续提供住院患者医院护理承保，时间视医疗必需性而定。
- 您必须继续支付应承担的费用，且会受到承保限制。

如果审查机构拒绝：

- 即表明他们同意对您的 1 级上诉做出的决定，且不会更改。这称作“维持决定”。
- 您收到的通知将以书面形式说明，如果您希望继续审查流程该怎么做。该通知将向您详细介绍

如何继续下一级上诉，此上诉由行政法官或检察官处理。

第 4 步：如果遭到拒绝，您需要决定是否继续 3 级上诉。

- 在上诉流程中，2 级后仍有三个级别（共五个上诉级别）。如果审查机构驳回您的 2 级上诉，您可选择接受该决定或继续 3 级，再次上诉。3 级上诉由行政法官或检察官审查。
- 本章第 9 节将介绍上诉流程 3、4 和 5 级的详细信息。

第 7.4 节 错过提出 1 级上诉的截止日期该如何处理？

您可向我们提出上诉

正如上文第 7.2 节所述，您必须尽快行动，联系品质改进机构，开始对出院日期提出第一次上诉。

（“尽快”指在出院前，且不迟于您的计划出院日期。）如果您错过联系此机构的截止日期，可采用另一种方式提出上诉。

如果您采用此类其他上诉方式，*前两级上诉会有所不同*。

分步说明：如何提出 1 级替代上诉

如果您错过联系品质改进机构的截止日期，可向我们提出上诉，要求“快速审查”。快速审查指采用快速截止日期，而非标准截止期限的上诉。

法律术语 “快速审查”（或“快速上诉”）也称作“**加急上诉**”。

第 1 步：联系我们要求“快速审查”。

- 有关我们的详细联系信息，请参阅第 2 章第 1 节中*当您就医疗护理提出上诉时如何联系我们*部分。
- **请务必要求“快速审查”**。这表示您要求我们采用“快速”截止日期而非“标准”截止日期给予答复。

第 2 步：我们将“快速审查”您的计划出院日期，核实该日期从医疗角度看是否适当。

- 在此审查期间，我们将查看有关您住院的所有信息。我们将核实从医疗角度看，您的计划出院日期是否适当。我们将核实有关您何时出院的决定是否公平，以及是否遵循所有规则。
- 在此情况下，我们将采用“快速”截止日期而非标准截止日期给予您此审查的答复。

第 3 步：我们将在您要求“快速审查”（“快速上诉”）后 72 小时内做出决定。

- **如果我们批准您的快速上诉**，即表示我们同意您在出院日期后仍需住院，并将继续提供承保的住院患者医院服务，时间视医疗必需性而定。这也表示，对于您自我们告知承保终止之日起所接受的护理，我们同意为您报销我们应承担的费用。（您必须支付您应承担的费用，且可能会受到承保限制。）
- **如果我们拒绝您的快速上诉**，即表示从医疗角度看，您的计划出院日期属适当。自我们告知承

保终止之日起，您的住院患者医院服务承保即终止。

- 如果您在计划出院日期后继续住院，则您可能须支付您在计划出院日期后获得的医院护理的全部费用。

第 4 步：如果我们拒绝您的快速上诉，您的个案将自动移交至下一级上诉流程。

- 为确保我们在拒绝您的快速上诉时遵循所有规则，我们需将您的上诉送交至“独立审查机构”。如果我们这样做，即表示您的上诉即将自动进入 2 级上诉流程。

分步说明：2 级替代上诉流程

如果我们拒绝您的 1 级上诉，您的个案将自动移交至下一级上诉流程。在 2 级上诉期间，独立审查机构将审查我们在拒绝您的“快速上诉”时做出的决定。此机构将决定是否应更改我们做出的决定。

法律术语

“独立审查机构”的正式名称为“独立审查实体”，有时也称作“IRE”。

第 1 步：我们会自动将您的个案送交至独立审查机构。

- 我们需在拒绝您的第一次上诉后 24 小时内，将您的 2 级上诉资料送交至独立审查机构。（如果您认为我们未遵守此截止期限或其他截止期限，可提出投诉。投诉流程与上诉流程有所不同。本章第 10 节介绍了如何提出投诉。）

第 2 步：独立审查机构会“快速审查”您的上诉。审查员会在 72 小时内给予答复。

- 独立审查机构是 Medicare 聘请的一个独立机构。此机构与我们的计划无关，且并非政府机构。此机构为 Medicare 选择的一家公司，负责处理独立审查机构的工作。Medicare 监督其工作。
- 独立审查机构的审查员将仔细查阅您就出院日期所提出上诉的全部相关信息。
- 如果此机构批准您的上诉，那么对于您自计划出院日期起获得的医院护理，我们必须为您报销（向您偿付）我们应承担的费用。我们也须继续执行本计划对您的住院患者医院服务的承保，时间视医疗必需性而定。您必须继续支付您应承担的费用。如果存在承保限制，则可能会限制我们将报销的金额或我们延续服务承保的时间。
- 如果此机构拒绝您的上诉，即表示他们与我们的意见一致，认为您的计划出院日期从医疗角度看属适当。
 - 您从独立审查机构收到的通知将以书面形式说明，如果您希望继续审查流程该怎么做。该通知将向您详细介绍如何继续 3 级上诉，此上诉由行政法官或检察官处理。

第 3 步：如果独立审查机构驳回您的上诉，您可选择是否继续上诉。

- 在上诉流程中，2 级后仍有三个级别（共五个上诉级别）。如果审查员拒绝您的 2 级上诉，请确定是接受其决定还是继续 3 级，提出第三次上诉。
- 本章第 9 节将介绍上诉流程 3、4 和 5 级的详细信息。

第 8 节 如果您认为您的承保过早终止，如何要求我们继续承保某些医疗服务

第 8.1 节 本节仅涉及以下三项服务：家庭医疗保健、专业护理机构护理和综合门诊康复机构 (CORF) 服务

本节仅涉及以下类型的护理：

- 您在接受的家庭医疗保健服务。
- 您作为专业护理机构内的患者所接受的专业护理。（如要了解成为“专业护理机构”需满足的要求，请参阅第 12 章 *重要词汇* 的定义。）
- 作为 Medicare 认可的综合门诊康复机构 (CORF) 的门诊患者而在接受的康护护理。这通常表示您在接受疾病或事故治疗，或在大手术后进行恢复。（有关此类机构的更多信息，请参阅第 12 章 *重要词汇* 的定义。）

如果您正在接受上述任何此类护理，只要诊断和治疗您的伤病需要此护理，您就有权持续享有此类护理的承保服务。有关您的承保服务的更多信息，包括您应承担的费用以及可能适用的任何承保限制，请参阅本手册第 4 章：医疗福利表（我们承保的服务和您必须支付的费用）。

如果我们决定是时候该终止对您承保任何一种护理（共三种），我们需提前通知您。您的护理承保终止时，我们将终止为您的护理分摊费用。

如果您认为我们过快终止您的护理承保，则可对我们的决定提出上诉。本节将向您介绍如何要求上诉。

第 8.2 节 当您的承保即将终止时，我们会提前通知您

1. 您将收到一份书面通知。您将至少在我们的计划终止为您承保护理的两天前收到通知。

- 书面通知将列明我们终止为您承保护理的日期。
- 书面通知也会说明，如果您希望我们的计划就何时终止您护理更改此决定并延长承保时间，该如何处理。

法律术语

在告知您处理方法时，书面通知会说明如何请求“快速跟踪上诉”。要请求我们就何时终止护理更改承保决定，请求快速跟踪上诉是正式且合法的方式。（下文第 8.3 节将介绍如何请求快速跟踪上诉。）

书面通知称作“**Medicare 不承保通知**”。要获取样本副本，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）或 1-800-Medicare（1-800-633-4227，办公时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。）。您也可访问 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html> 在线查看通知范本

2. 您必须签署书面通知，表示您已接收。

- 您或代表您行事的人士必须签署该通知。（第 4 节会介绍如何向他人发出书面许可，让其担任您的代表。）
- 签署通知仅表示您已获得有关您的承保何时终止的信息。**签署并不表示您同意计划做出的是时候终止护理的决定。**

第 8.3 节 分步说明：如何提出 1 级上诉，以要求我们的计划延长您的护理承保时间

如果您希望我们延长您的护理承保，您需采用上诉流程提出此请求。提出请求前，请先了解相关必要事项和截止日期。

- **遵循流程。**下文将介绍上诉流程前两级的各个步骤。
- **遵守截止日期。**截止日期至关重要。请务必了解并遵守适用于必要事项的截止日期。我们的计划也必须遵守相关截止日期。（如果您认为我们未遵守截止日期，可提出投诉。本章第 10 节会介绍如何提出投诉。）
- **需要时请寻求帮助。**无论您何时存有疑问或需要帮助，请致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。您也可致电州健康保险援助计划，该计划是一个提供个性化援助的政府机构（请参阅本章第 2 节）。

如果您准时提出 1 级上诉，品质改进机构将审查您的上诉，并判断是否要更改我们的计划做出的决定。

第 1 步：提出 1 级上诉：联系您所在州的品质改进机构，要求审查。您必须尽快行动。

什么是品质改进机构？

- 此机构是一个由联邦政府资助的医生及其他医疗保健专家组成的团体。这些专家并不属于我们的计划。他们会检查 Medicare 参保人所获护理的品质，并审查计划对何时终止承保某种医疗护理做出的决定。

如何联系此机构？

- 您收到的书面通知包含此机构的联系方式。（您也可在本手册第 2 章第 4 节中，找到您所在州的品质改进机构的名称、地址和电话号码。）

您应提出何种要求？

- 要求此机构“快速跟踪上诉”（独立审查），确定我们终止为您承保医疗服务从医疗角度看是否适当。

您联系此机构的截止日期。

- 您必须不迟于收到说明护理承保终止时间的书面通知后的次日中午，联系品质改进机构开始上诉。

- 如果您错过就上诉联系品质改进机构的截止期限，则可直接向我们提出上诉。有关其他上诉方式的详细信息，请参阅第 8.5 节。

第 2 步：品质改进机构将对您的个案进行独立审查。

此审查包含哪些流程？

- 品质改进机构的保健专业人员（我们将其简称为“审查员”）会询问您（或您的代表）认为应延长服务承保的理由。您无需准备任何书面材料，但如果您愿意，也可准备。
- 审查机构也会查看您的医疗信息，与您的医生交谈并审查我们的计划向其提供的信息。
- 在审查员通知我们有关您的上诉结果的当天，您也会收到我们发出的书面通知，其中详细说明终止您的服务承保的原因。

法律术语 此说明通知称作“**详细的不承保说明**”。

第 3 步：审查员会在获得所有必需信息后的一天时间内，告知您他们的决定。

如果审查员批准您的上诉会如何？

- 如果审查员批准您的上诉，那么我们必须继续提供承保服务，时间视医疗必需性而定。
- 您必须继续支付您应承担的费用（如免赔额或共付额，如适用）。此外，您的承保服务可能会受到限制（请参阅本手册第 4 章）。

如果审查员拒绝您的上诉会如何？

- 如果审查员拒绝您的上诉，那么您的承保将于我们之前通知的日期终止。我们将于通知所列日期终止支付我们就此护理应承担的费用。
- 如果您决定在承保终止之日后继续接受家庭医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，则须自行承担此护理的全部费用。

第 4 步：如果您的 1 级上诉遭到拒绝，请决定是否希望再次提出上诉。

- 您提出的第一次上诉是上诉流程的“1 级”。如果审查员拒绝您的 1 级上诉，而您选择在护理承保终止后继续接受护理，则可再次提出上诉。
- 再次提出上诉指进入“2 级”上诉流程。

第 8.4 节 分步说明：如何提出 2 级上诉，以要求我们的计划延长您的护理承保时间

如果品质改进机构驳回您的上诉，而您选择在护理承保终止后继续接受护理，则可提出 2 级上诉。在 2 级上诉期间，您要求品质改进机构再次审查其对您的第一次上诉做出的决定。如果品质改进机构驳回您的 2 级上诉，您可能须支付我们告知承保终止之日后的家庭医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务的全部费用。

以下为 2 级上诉流程的步骤：

第 1 步：您再次联系品质改进机构，要求再次审查。

- 您必须在品质改进机构拒绝您的 1 级上诉后 **60 天内**，要求进行此审查。只有在您于护理承保终止之日后继续接受护理的情况下，方可要求进行此审查。

第 2 步：品质改进机构会第二次审查您的情况。

- 品质改进机构的审查员将再次仔细查阅您上诉的所有相关信息。

第 3 步：审查员将在收到您的上诉请求的 **14 天内**，就您的上诉做出决定并将结果告知您。

如果审查机构批准上诉会如何？

- 对于您自我们告知承保终止之日起所接受的护理，**我们必须为您报销**我们应承担的费用。我们**必须继续提供护理承保**，时间视医疗必需性而定。
- 您必须继续支付您应承担的费用，且可能会受到承保限制。

如果审查机构拒绝上诉会如何？

- 这表明该机构同意我们对您的 1 级上诉做出的决定，且不会更改。
- 您收到的通知将以书面形式说明，如果您希望继续审查流程该怎么做。该通知将向您详细介绍如何继续下一级上诉，此上诉由行政法官或检察官处理。

第 4 步：如果遭到拒绝，您需要决定是否继续上诉。

- 2 级后仍有三个级别，共五个上诉级别。如果审查员驳回您的 2 级上诉，您可选择接受该决定或继续 3 级，再次上诉。3 级上诉由行政法官或检察官审查。
- 本章第 9 节将介绍上诉流程 3、4 和 5 级的详细信息。

第 8.5 节 错过提出 1 级上诉的截止日期该如何处理？

您可向我们提出上诉

正如上文第 8.3 节所述，您必须尽快行动，联系品质改进机构，开始第一次上诉（最多一到两天内）。如果您错过联系此机构的截止日期，可采用另一种方式提出上诉。如果您采用此类其他方式，*前两级上诉会有所不同*。

分步说明：如何提出 1 级替代上诉

如果您错过联系品质改进机构的截止日期，可向我们提出上诉，要求“快速审查”。快速审查指采用快速截止日期，而非标准截止期限的上诉。

以下为 1 级替代上诉的步骤：

法律术语 “快速审查”（或“快速上诉”）也称作“**加急上诉**”。

第 1 步：联系我们要求“快速审查”。

- 有关我们的详细联系信息，请参阅第 2 章第 1 节中 *当您就医疗护理提出上诉时如何联系我们* 部分。
- 请务必要求“快速审查”。**这表示您要求我们采用“快速”截止日期而非“标准”截止日期给予答复。

第 2 步：我们将“快速审查”我们对何时终止您的服务承保做出的决定。

- 在此审查期间，我们将再次查看您个案的所有相关信息。我们将核查在设定计划终止承保您正在接受之服务的日期时，是否遵守了所有规则。
- 我们将采用“快速”截止日期而非标准截止日期给予您此审查的答复。

第 3 步：我们将在您要求“快速审查”（“快速上诉”）后 72 小时内做出决定。

- 如果我们批准您的快速上诉**，即表示我们同意您需要更长时间的服务，并会继续提供承保服务，时间视医疗必需性而定。这也表示，对于您自我们告知承保终止之日起所接受的护理，我们同意为您报销我们应承担的费用。（您必须支付您应承担的费用，且可能会受到承保限制。）
- 如果我们拒绝您的快速上诉**，那么您的承保将于我们之前通知的日期终止，我们不会支付该日期后的任何分摊费用。
- 如果您在我们告知承保终止之日后继续接受家庭医疗保健、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，则须自行承担此护理的全部费用。

第 4 步：如果我们拒绝您的快速上诉，您的个案将自动进入下一级上诉流程。

- 为确保我们在拒绝您的快速上诉时遵循所有规则，我们需将您的上诉送交至“独立审查机构”。如果我们这样做，即表示您的上诉即将自动进入 2 级上诉流程。

分步说明：2 级替代上诉流程

如果我们拒绝您的 1 级上诉，您的个案将自动移交至下一级上诉流程。在 2 级上诉期间，**独立审查机构**将审查我们在拒绝您的“快速上诉”时做出的决定。此机构将决定是否应更改我们做出的决定。

法律术语 “独立审查机构”的正式名称为“**独立审查实体**”，有时也称作“**IRE**”。

第 1 步：我们会自动将您的个案送交至独立审查机构。

- 我们需在拒绝您的第一次上诉后 24 小时内，将您的 2 级上诉资料送交至独立审查机构。（如果您认为我们未遵守此截止日期或其他截止日期，可提出投诉。投诉流程与上诉流程有所不同。本章第 10 节介绍了如何提出投诉。）

第 2 步：独立审查机构会“快速审查”您的上诉。审查员会在 72 小时内给予答复。

- 独立审查机构是 Medicare 聘请的一个独立机构。**此机构与我们的计划无关，且并非政府机构。此机构为 Medicare 选择的一家公司，负责处理独立审查机构的工作。Medicare 监督其工作。

- 独立审查机构的审查员将仔细审查与您的上诉相关的所有信息。
- 如果此机构批准您的上诉，那么对于您自我们告知承保终止之日起所接受的护理，我们必须为您报销（向您偿付）我们应承担的费用。我们也必须继续承保护理，时间视医疗必需性而定。您必须继续支付您应承担的费用。如果存在承保限制，则可能会限制我们将报销的金额或我们延续服务承保的时间。
- 如果此机构拒绝您的上诉，即表示他们同意我们的计划对您的第一次上诉所做出的决定，且不会更改。
 - 您从独立审查机构收到的通知将以书面形式说明，如果您希望继续审查流程该怎么做。该通知将向您详细介绍如何继续 3 级上诉。

第 3 步：如果独立审查机构驳回您的上诉，您可选择是否继续上诉。

- 2 级后仍有三个级别，共五个上诉级别。如果审查员拒绝您的 2 级上诉，您可选择接受该决定或继续 3 级，再次上诉。3 级上诉由行政法官或检察官审查。
- 本章第 9 节将介绍上诉流程 3、4 和 5 级的详细信息。

第 9 节 将您的上诉提高至 3 级及以上

第 9.1 节 3 级、4 级和 5 级医疗服务上诉

本节可能适用于已提出 1 级上诉和 2 级上诉，但两次上诉均遭到驳回的情况。

如果您上诉的用品或医疗服务的美元价值达到特定最低水平，则可继续提出其他级别的上诉。如果美元价值低于最低水平，则不能继续上诉。如果美元价值足够高，您收到的 2 级上诉的书面答复将提供联系人及如何提出 3 级上诉方面的信息。

在涉及上诉的大多数情况下，后三级上诉的程序大致相同。以下为负责审查各级上诉的人士。

3 级上诉 为联邦政府效力的法官（称为行政法官）或检察官将审查您的上诉并给予答复。

- 如果行政法官或检察官批准您的上诉，上诉流程可能会也可能不会结束 - 我们将决定是否将此决定上诉至 4 级。与 2 级决定（独立审查机构）不同，我们有权对您胜诉的 3 级决定提出上诉。
 - 如果我们决定不对该决定提出上诉，则必须在收到行政法官或检察官的决定后 60 个日历日内为您授权或提供服务。
 - 如果我们决定对该决定提出上诉，则将向您发出 4 级上诉请求及任何随附文件的副本。我们可等待收到 4 级上诉决定后，再授权或提供存在争议的服务。
- 如果行政法官或检察官拒绝您的上诉，上诉流程可能会也可能不会结束。
 - 如果您决定接受驳回您上诉的决定，上诉流程即告结束。

- 如果您不愿接受该决定，则可继续下一级审查流程。如果行政法官或检察官拒绝您的上诉，您收到的通知将说明如选择继续上诉则应如何处理。

4 级上诉 Medicare 上诉委员会（委员会）将审查您的上诉并给予答复。该委员会隶属于联邦政府。

- 如果获得批准或该委员会拒绝我们要求审查您胜诉的 3 级上诉决定的请求，上诉流程 *可能会也可能不会结束* - 我们将决定是否将此决定上诉至 5 级。与 2 级决定（独立审查机构）不同，我们有权对您胜诉的 4 级决定提出上诉。
 - 如果我们决定不对该决定提出上诉，则必须在收到该委员会的决定后 60 个日历日内为您授权或提供服务。
 - 如果我们决定对该决定提出上诉，我们将以书面形式通知您。
- 如果遭到拒绝或该委员会拒绝审查请求，上诉流程 *可能会也可能不会结束*。
 - 如果您决定接受驳回您上诉的决定，上诉流程即告结束。
 - 如果您不愿接受该决定，则可能可以继续下一级审查流程。如果委员会拒绝您的上诉，您收到的通知将说明相关规则是否允许您继续上诉至 5 级。如果规则允许您继续上诉，书面通知也会向您提供联系人及如选择继续上诉该如何处理的信息。

5 级上诉 一位联邦地区法院的法官将审查您的上诉。

- 这是上诉流程的最后一步。

第 9.2 节 3 级、4 级和 5 级 D 部分药物上诉

本节可能适用于已提出 1 级上诉和 2 级上诉，但两次上诉均遭到驳回的情况。

如果您上诉的药物价值达到一定的美元金额，则可继续提出其他级别的上诉。如果美元金额低于此金额，则不能继续上诉。您收到的 2 级上诉的书面答复将提供联系人及如何提出 3 级上诉方面的信息。

在涉及上诉的大多数情况下，后三级上诉的程序大致相同。以下为负责审查各级上诉的人士。

3 级上诉 为联邦政府效力的法官（称为行政法官）或检察官将审查您的上诉并给予答复。

- 如果批准，则上诉流程结束。您在上诉中所要求的事项已被批准。我们必须在收到该决定后的 72 小时内（加急上诉为 24 小时），授权或提供行政法官或检察官所批准的药物承保，或不晚于 30 个日历日进行付款。
- 如果遭到拒绝，上诉流程 *可能会也可能不会结束*。

- 如果您决定接受驳回您上诉的决定，上诉流程即告结束。
- 如果您不愿接受该决定，则可继续下一级审查流程。如果行政法官或检察官拒绝您的上诉，您收到的通知将说明如选择继续上诉则应如何处理。

4 级上诉

Medicare 上诉委员会（委员会）将审查您的上诉并给予答复。该委员会隶属于联邦政府。

- 如果批准，则上诉流程结束。您在上诉中所要求的事项已被批准。我们必须在收到该决定后的 72 小时内（加急上诉为 24 小时）授权或提供委员会所批准的药物承保，或不晚于 30 个日历日进行付款。
- 如果遭到拒绝，上诉流程 *可能会也可能会不会* 结束。
 - 如果您决定接受驳回您上诉的决定，上诉流程即告结束。
 - 如果您不愿接受该决定，则可能可以继续下一级审查流程。如果委员会拒绝您的上诉或拒绝您的上诉审查请求，您收到的通知将说明相关规则是否允许您继续上诉至 5 级。如果规则允许您继续上诉，书面通知也会向您提供联系人及如选择继续上诉该如何处理的信息。

5 级上诉

一位联邦地区法院的法官将审查您的上诉。

- 这是上诉流程的最后一步。

提出投诉

第 10 节 如何针对护理品质、等待时间、客户服务或其他问题提出投诉



如果您对福利、承保或付款的相关决定存有疑问，那么本节并不适用。相反，您需要采取承保决定和上诉流程。请参阅本章第 4 节。

第 10.1 节 投诉流程处理哪些类型的问题？

本节将介绍如何利用该流程提出投诉。投诉流程仅用于若干类型的问题。这包括护理品质、等待时间及您获得的客户服务的相关问题。以下为投诉流程所处理的各种问题示例。

如果您有任何此类问题，请“提出投诉”

投诉	示例
您的医疗护理品质	您是否对所获护理（包括住院护理）品质感到不满意？
尊重您的隐私	您是否认为有人未尊重您的隐私权利，或分享了您认为应该保密的有关您的信息？
未受到尊重、客户服务不佳或其他负面行为	- 是否有人对您无礼或不尊重您？ - 您是否不满意我们的会员服务中心对待您的方式？ - 您是否觉得自己被迫退出计划？
等待时间	- 您是否很难获得预约或等很久才能约到？ - 医生、药剂师或其他保健专业人员曾让您等太久？或者计划的会员服务中心或其他职员曾让您等太久？ - 示例包括在电话中、候诊室、取处方或检查室等候太久。
清洁度	您是否对某诊所、医院或医生办公室的清洁度或条件感到不满？
我们为您提供信息	- 您是否认为我们未按规定提供通知？ - 您是否认为我们向您提供的书面信息难以理解？
及时性 （这类投诉都与我们是是否及时做出承保决定和处理上诉有关）	本章第 4-9 节介绍了申请承保决定和提出上诉的流程。如果您要求我们做出决定或提出上诉，您需使用该流程而非投诉流程。 但是，如果您已要求我们做出承保决定或已提出上诉，并且您认为我们未迅速回应您的要求，您也可就我们的缓慢行动提出投诉。示例如下： - 如果您已要求我们为您提供“快速承保决定”或“快速上诉”，而我们对您说无法做到时，您可提出投诉。 - 如果您认为我们无法在截止日期之前做出承保决定，或无法回应您提出的上诉，您可提出投诉。 - 如果我们做出的承保决定经过审查，确定我们必须为您承保或报销某些医疗服务或药物，则这些行动都应有期限规定。如果您认为我们未遵守此类截止日期，可提出投诉。 - 如果我们未准时让您知道我们的决定，我们需将您的个案送交至独立审查机构。如果我们无法在要求的截止期限内做到，您可提出投诉。

第 10.2 节 “提出投诉”的正式名称为“提出申诉”**法律术语**

- 本节所称的“投诉”也称作“申诉”。
- “提出投诉”也称为“提出申诉”。
- “采用投诉流程”的另一种说法是“采用提出申诉的流程”。

第 10.3 节 分步说明：提出投诉**第 1 步：请立即致电或写信联系我们。**

- 通常，请先致电会员服务中心。如需采取任何行动，会员服务中心将会告知您。您可通过电话联系会员服务中心：1-844-202-4463（TTY：711），服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日的星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。
- 如果您不愿致电（或已致电，但并不满意），可书面列明投诉事项并寄送给我们。如果您进行书面投诉，我们也会以书面形式回复您的投诉。
- 您可在事件或事故发生后 60 天内以书面形式将投诉提交至：Bright Health Medicare Advantage - Appeals & Grievances, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943。您也可将投诉传真给我们：1-800-894-7742。您或您委托的人士（例如亲属、朋友、律师、辩护律师、医生或您的任何其他代表）均可提出投诉。您委托的人士将是您的“授权代表”。有关如何委托代表的更多信息，请致电您 ID 卡背面的会员服务中心电话。
- 我们必须根据您的健康状况尽快处理您的投诉，但不迟于收到您的投诉后的第 30 天。如果您要求延期，或我们有理由证明我们需要额外信息且延期符合您的最佳利益，我们可能会延长最多 14 天。如果我们延长做出决定的时间，我们将以书面形式通知您。
- 如果您的投诉涉及基于种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别的歧视，您可致电 ID 卡背面的号码或写信给我们以提交该歧视申诉，地址：Bright Health, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943。
- 无论是致电还是写信，都应立即联系会员服务中心。您必须在出现想要投诉的问题后 60 个日历日内提出投诉。
- 如果您因我们拒绝您的“快速承保决定”或“快速上诉”的请求而提出投诉，我们会自动将该投诉确定为“快速投诉”。如果您提出“快速投诉”，即表示我们会在 24 小时内给予答复。

法律术语

本节所称的“快速投诉”也称作“加急申诉”。

第 2 步：我们将审查您的投诉并给予答复。

- 如有可能，我们将立即答复您。如果您致电提出投诉，我们可能会在接听来电时立即给予答复。如果您的健康状况需要，我们会尽快答复。

- 大多数投诉在 30 个日历日内得到答复。如果我们需要更多信息，且出于您的最佳利益考虑或您要求延长时间，我们可最多延迟 14 个日历日（共 44 个日历日）答复您的投诉。如果我们决定延长时间，我们会以书面形式告知您。
- 如果我们不同意您的部分或全部投诉，或不负责您所投诉的问题，则会向您说明。我们的回复将包括我们给予此答复的理由。无论我们是否认同投诉，均必须回复。

第 10.4 节 您也可向品质改进机构提出护理品质方面的投诉

您可通过上述分步流程，就您所获护理的品质向我们提出投诉。

如果您对 *护理品质* 提出投诉，另外还有两种选择：

- 您可向品质改进机构提出投诉。如果您愿意，可直接向此机构对您所获护理的品质提出投诉（不向我们投诉）。
 - 品质改进机构是一个由联邦政府资助的执业医师及其他医疗保健专家组成的团体，旨在审查和改善提供给 Medicare 患者的护理。
 - 如要找到您所在州的品质改进机构的名称、地址和电话号码，请查阅本手册第 2 章第 4 节。如果您向此机构提出投诉，我们将与他们一同解决您的投诉。
- 您也可同时向二者提出投诉。如果您愿意，您可同时向我们和品质改进机构对护理品质提出投诉。

第 10.5 节 您也可以向 Medicare 告知您的投诉

您可直接向 Medicare 提出有关 Bright Advantage Choice (HMO) 的投诉。要向 Medicare 提交投诉，请访问 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>。Medicare 会认真对待您的投诉，并且会运用这些信息来帮助改进 Medicare 计划的品质。

如果您有任何其他反馈或顾虑，或认为计划不能解决您的问题，请致电 1-800-Medicare (1-800-633-4227)。TTY/TDD 用户可致电 1-877-486-2048。

第 10 章

终止您在本计划中的会员资格

第 10 章 终止您在本计划中的会员资格

第 1 节	简介	182
第 1.1 节	本章主要介绍计划会员资格终止的情况	182
第 2 节	您何时可终止计划会员资格?	182
第 2.1 节	您可在年度投保期终止会员资格	182
第 2.2 节	您可在 Medicare Advantage 开放投保期终止会员资格	183
第 2.3 节	在某些情况下, 您可在特殊投保期终止会员资格	183
第 2.4 节	如何获得有关何时可终止会员资格的更多信息?	184
第 3 节	如何终止计划会员资格?	184
第 3.1 节	您通常可通过参加另一项计划终止会员资格	184
第 4 节	会员资格终止前, 您必须继续通过我们的计划接受医疗服务和药物	185
第 4.1 节	会员资格终止前, 您一直是我们的计划的会员	185
第 5 节	在某些情况下, Bright Advantage Choice (HMO) 必须终止您的计划会员资格	186
第 5.1 节	我们何时必须终止您的计划会员资格?	186
第 5.2 节	我们 不能 因与您健康有关的任何原因要求您退出计划	187
第 5.3 节	如果我们终止您的计划会员资格, 您有权提出投诉	187

第 1 节 简介

第 1.1 节 本章主要介绍计划会员资格终止的情况

终止 Bright Advantage Choice (HMO) 会员资格可为**自愿性**（您自己的选择）或**非自愿性**（并非您自己的选择）：

- 您可因为自己**希望**退出计划而退出我们的计划。
 - 一年之中仅在若干时期或在某些情况下，您才可自愿终止计划会员资格。第 2 节将介绍您何时可终止计划会员资格。
 - 自愿终止会员资格的流程会因您选择的新承保类型而有所不同。第 3 节将介绍在各种情况下**如何**终止会员资格。
- 您未选择退出，但我们需终止您的会员资格的情况也较为有限。第 5 节将介绍我们必须终止您会员资格的情况。

如果要退出我们的计划，您必须继续通过我们的计划接受医疗护理，直至会员资格终止。

第 2 节 您何时可终止计划会员资格？

一年中，您只能在几个特定期限（称为投保期）终止您的计划会员资格。所有会员均有机会在年度投保期和 Medicare Advantage 开放投保期退出计划。在某些情况下，您也有权在一年内的其他时间退出计划。

第 2.1 节 您可在年度投保期终止会员资格

您可在**年度投保期**（也称为“年度开放投保期”）终止会员资格。在此期间，您应审查您的健康状况和药物承保，并就来年的承保做出决定。

- **何时是年度投保期？** 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- **您可在年度投保期改为哪些类型的计划？** 您可选择来年继续当前的承保或更改您的承保。如果您决定更改为新计划，可选择以下任何类型的计划：
 - 另一项 Medicare 健康计划。（您可选择一项承保处方药或不承保处方药的计划。）
 - 附带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。
 - -- 或 -- 不附带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。
- **如果您接受 Medicare 的“额外帮助”以支付您的处方药费用：** 如果您改为 Original Medicare 且未参加单独的 Medicare 处方药计划，则 Medicare 可能会将您加入一项药物计划，除非您已选择退出自动投保。

注意：如果您退出 Medicare 处方药承保，且未参加任何可信处方药承保，则当您日后加入 Medicare 药物计划时，可能需要支付 D 部分延迟投保罚款。（“可信”承保意味着该承保通常会按至少和 Medicare 的标准处方药承保额度等额的额度付费。）请参阅第 1 章第 5 节，了解延迟投保罚款的更多信息。

- 您的会员资格何时终止？您的会员资格将于 1 月 1 日新计划承保开始时终止。

第 2.2 节 您可在 Medicare Advantage 开放投保期终止会员资格

您可在 Medicare Advantage 开放投保期对您的健康承保做出一项更改。

- 何时是 Medicare Advantage 年度开放投保期？每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 您可在 Medicare Advantage 年度开放投保期改为哪些类型的计划？在此期间，您可以：
 - 改为另一项 Medicare Advantage 计划。（您可选择一项承保处方药或不承保处方药的计划。）
 - 退出我们的计划并通过 Original Medicare 获得承保。如果您选择在此期间改为 Original Medicare，您必须在 3 月 31 日之前加入一项单独的 Medicare 处方药计划，以增加药物承保。
- 您的会员资格何时终止？您的会员资格将在您参加不同的 Medicare Advantage 计划，或我们收到您改为 Original Medicare 的请求后下个月第一天终止。如果您也选择参加 Medicare 处方药计划，您的药物计划会员资格将在该药物计划收到您的投保请求后下个月的第一天开始。

第 2.3 节 在某些情况下，您可在特殊投保期终止会员资格

在某些情况下，Bright Advantage Choice (HMO) 的会员可能有权在年内的其他时间终止其会员资格。这称为特殊投保期。

- 特殊投保期适合哪些人？如果您符合以下任意一种情况，则可在特殊投保期终止您的会员资格。以下仅为示例，如需完整清单，请联系计划、致电 Medicare 或访问 Medicare 网站 (<https://www.medicare.gov>):
 - 通常，当您迁移至其他地区时。
 - 您为 Medicaid 受保人。
 - 您有资格获得支付 Medicare 处方药的“额外帮助”。
 - 我们违反了与您签订的合同。
 - 您居住在疗养院或长期护理 (LTC) 医院等机构接受护理。
 - 您参与老人综合护理计划 (PACE)。

注意：如果您参加了药物管理计划，您可能无法改变计划。第 5 章第 10 节会介绍有关药物管理计划的更多内容。

第 10 章 终止您在本计划中的会员资格

- 何时是特殊投保期？投保期因您的状况而有所不同。
- 您该如何处理？如要了解您是否符合特殊投保期的条件，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare，办公时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。如果您因特殊情况可终止会员资格，您可选择同时更改 Medicare 健康承保和处方药承保。这意味着您可选择以下任何类型的计划：
 - 另一项 Medicare 健康计划。（您可选择一项承保处方药或不承保处方药的计划。）
 - 附带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。
 - -- 或 -- 不附带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。
- 如果您接受 Medicare 的“额外帮助”以支付您的处方药费用：如果您改为 Original Medicare 且未参加单独的 Medicare 处方药计划，则 Medicare 可能会将您加入一项药物计划，除非您已选择退出自动投保。**注意：**如果您退出 Medicare 处方药承保，且连续 63 天或更长时间未参加任何可信处方药承保，则当您日后加入 Medicare 药物计划时，可能需要支付 D 部分延迟投保罚款。（“可信”承保意味着该承保通常会按至少和 Medicare 的标准处方药承保额度等额的额度付费。）请参阅第 1 章第 5 节，了解延迟投保罚款的更多信息。
- 您的会员资格何时终止？您的会员资格通常将在我们收到您更改计划的请求后下个月第一天终止。

第 2.4 节 如何获得有关何时可终止会员资格的更多信息？

如果您存有任何疑问，或希望了解更多有关何时可终止会员资格的信息：

- 您可以致电会员服务中心（电话号码见手册封底）。
- 您可在《Medicare 和您 2020》手册中查阅信息。
 - Medicare 的每位会员每年秋季均会收到一份《Medicare 和您》手册。Medicare 新保户将在首次参加后一个月内收到该手册。
 - 您也可从 Medicare 网站 (<https://www.medicare.gov>) 下载副本。您还可致电 Medicare 的下列号码，订购一份打印副本。
- 您可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare，办公时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

第 3 节 如何终止计划会员资格？**第 3.1 节 您通常可通过参加另一项计划终止会员资格**

通常，要终止您的计划会员资格，只需在其中一个投保期参加另一项 Medicare 计划（请参阅本章第 2 节，了解投保期的相关信息）。但是，如果您希望从我们的计划改为未附带 Medicare 处方药计划的 Original Medicare，您必须要求退出我们的计划。以下是要求退出计划的两种方式：

- 您可向我们提出书面申请。如果您需要如何申请的更多信息，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。
- -- 或 -- 您可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare，办公时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。

注意：如果您退出 Medicare 处方药承保，且连续 63 天或更长时间未参加任何可信处方药承保，则当您日后加入 Medicare 药物计划时，可能需要支付 D 部分延迟投保罚款。（“可信”承保意味着该承保通常会按至少和 Medicare 的标准处方药承保额度等额的额度付费。）请参阅第 1 章第 5 节，了解延迟投保罚款的更多信息。

下表将介绍如何终止您在我们计划中的会员资格。

如果您希望从我们的计划改为：	您应该：
• 另一项 Medicare 健康计划。	• 参加新的 Medicare 健康计划。您的新计划承保开始时，您将自动退出 Bright Advantage Choice (HMO)。
• 附带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。	• 参加新的 Medicare 处方药计划。您的新计划承保开始时，您将自动退出 Bright Advantage Choice (HMO)。
• 不附带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。 ○ 注意：如果您退出 Medicare 处方药计划，且未参加任何可信处方药承保，则当您日后加入 Medicare 药物计划时，可能需要支付延迟投保罚款。请参阅第 1 章第 5 节，了解延迟投保罚款的更多信息。	• 向我们发送退出计划的书面申请。如果您需要如何申请的更多信息，请联系会员服务中心（电话号码见手册封底）。 • 您也可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare 以要求退出计划，办公时间为每周 7 天，每天 24 小时。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。 • 您的 Original Medicare 开始承保时，您将退出 Bright Advantage Choice (HMO)。

第 4 节 会员资格终止前，您必须继续通过我们的计划接受医疗服务和药物

第 4.1 节 会员资格终止前，您一直是我们的会员

如果您退出 Bright Advantage Choice (HMO)，可能需要等待一段时间会员资格才能终止，新的 Medicare 承保才能生效。（请参阅第 2 节，了解新承保开始时间的相关信息。）在此期间，您必须继续通过我们的计划接受医疗护理和处方药。

第 10 章 终止您在本计划中的会员资格

- 您应继续使用我们的网络内药房来配取处方药，直到您在我们计划的会员资格终止。通常，您的处方药只有在网络内药房（包括通过邮购药房服务）配取时才可获得承保。
- 如果您在会员资格终止之日住院，我们的计划通常会为您提供住院承保，直至您出院（即使您在新健康承保开始后出院）。

第 5 节 在某些情况下，Bright Advantage Choice (HMO) 必须终止您的计划会员资格

第 5.1 节 我们何时必须终止您的计划会员资格？

如发生以下任一情况，Bright Advantage Choice (HMO) 必须终止您的计划会员资格：

- 您不再继续参加 Medicare A 部分和 B 部分。
- 您搬离我们的服务地区。
- 您离开我们的服务地区超过六个月。
 - 如果您搬家或进行长途旅行，需致电会员服务中心，以确定搬家或旅行目的地是否在我们计划的服务地区内。（会员服务中心的电话号码见手册封底。）
- 您被捕入狱（进监狱）。
- 您不是美国公民或在美国非法居留。
- 您在有关拥有可提供处方药承保的其他保险方面说谎或是隐瞒。
- 您在参加我们的计划时故意提供错误信息，而该信息影响您参加计划的资格。（除非我们事先获得 Medicare 许可，否则我们不能因此让您退出计划。）
- 您的行为持续干扰并阻碍我们为您和计划的其他会员提供医疗护理。（除非我们事先获得 Medicare 许可，否则我们不能因此让您退出计划。）
- 您让其他人使用您的会员卡获得医疗护理。（除非我们事先获得 Medicare 许可，否则我们不能因此让您退出计划。）
 - 如果我们因此终止您的会员资格，Medicare 可能会让监察长调查您的个案。
- 您未支付计划保费达 3 个月。
 - 终止您的会员资格之前，我们必须以书面形式通知您，您有 3 个月来支付计划保费。
- 您因为收入的关系而需要支付额外的 D 部分金额，但您并未支付该金额，则 Medicare 会使您退出我们的计划，且您将丧失处方药承保。

如何获得更多信息？

如果您存有疑问，或希望了解更多有关我们何时可终止您的会员资格的信息：

- 您可致电会员服务中心了解更多信息（电话号码见手册封底）。

第 5.2 节 我们不能因与您健康有关的任何原因要求您退出计划

Bright Advantage Choice (HMO) 不能因您健康的任何相关原因要求您退出计划。

如果发生此情况，该如何处理？

如果您认为被要求退出我们的计划是出于健康相关原因，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。TTY 用户应致电 1-877-486-2048。此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。

第 5.3 节 如果我们终止您的计划会员资格，您有权提出投诉

如果我们终止您的计划会员资格，必须以书面形式告知您终止会员资格的原因。我们也必须说明如何对我们终止您的会员资格的决定提出申诉或投诉。您可查阅第 9 章第 10 节了解如何提出投诉。

第 11 章

法律通知

第 11 章 法律通知

第 1 节	有关管辖法律的通知.....	190
第 2 节	有关不歧视的通知	190
第 3 节	有关 Medicare 次要保险代位求偿权的通知	190

第 1 节 有关管辖法律的通知

许多法律均适用于本承保证明，且由于法律规定，可能存在若干其他适用条文。即便相关法律并未纳入本文件或未在本文件中说明，这也会影响您的权利和责任。适用于本文件的主要法律是《社会保障法》第十八条，以及 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 根据《社会保障法》制定的法规。此外，其他联邦法律可能适用，且在特定情况下，也可能包括您所居住州的法律。

第 2 节 有关不歧视的通知

我们的计划必须遵守有关反对歧视或不公平对待的联邦法律。**我们不会**因种族、族群、国籍、肤色、宗教、性别、性别认同、年龄、精神或身体残疾、健康状况、索赔经历、病史、基因信息、可保性证明或服务区域的地理位置而歧视任何人。所有提供 Medicare Advantage 计划（如我们的计划）的机构都必须遵守有关反歧视的联邦法律，包括 1964 年《民权法》第六条、1973 年《康复法案》、1975 年《年龄歧视法案》、《美国残疾人法案》、《平价医疗法案》第 1557 节、适用于联邦资助机构的所有其他法律，以及因任何其他原因适用的任何其他法律与规则。

如果您想了解更多信息，或对歧视或不公平待遇存有疑虑，请致电美国卫生与公众服务部下属的**民权办公室**（电话：1-800-368-1019，TTY 1-800-537-7697）或您当地的民权办公室。

如果您是残障人士并且需要帮助来获取护理，请致电会员服务center联系我们（电话号码见手册封底）。如果您想就轮椅通道等问题提出投诉，会员服务center可为您提供帮助。

第 3 节 有关 Medicare 次要保险代位求偿权的通知

我们有权利和责任为那些 Medicare 并非首要保险的 Medicare 承保服务募集资金。根据 CMS 法规 42 CFR 第 422.108 和 423.462 节，Bright Advantage Choice (HMO) 作为 Medicare Advantage 组织，将行使部长依据 42 CFR 第 411 部分的子部分 B 至 D 中的 CMS 法规所行使的相同追偿权，而且本节中设立的法规取代任何州法律。

第 12 章

重要词汇的定义

第 12 章 重要词汇的定义

C 部分 – 请参阅 “Medicare Advantage (MA) 计划”。

D 部分 – 自愿性 Medicare 处方药福利计划。（为方便提述，我们将该处方药福利计划称为 D 部分。）

D 部分延迟投保罚款 –一笔增加到您的 Medicare 药物承保每月保费中的金额，但前提是您连续 63 天或更长时间未参加任何可信承保（通常会按至少和 Medicare 的标准处方药承保额度等同的额度付费的承保）。只要您参加 Medicare 药物计划，您就需要支付较高的金额。也存在一些例外。例如，如果您接受 Medicare 的“额外帮助”来支付处方药计划费用，则您将无需支付延迟投保罚款。

D 部分药物 –可由 D 部分承保的药物。我们不一定提供所有 D 部分药物。（有关特定的承保药物清单，请参阅您的处方集。）某些类别的药物已由国会明确排除在 D 部分承保药物之外。

Medicaid（或 Medical Assistance）–一项联邦与州的联合计划，旨在帮助某些收入较低和资源受限的人士支付医疗费用。Medicaid 计划因州而异，但如果您同时符合 Medicare 和 Medicaid 的资格，那么大多数医疗保健费用都可以报销。请参阅第 2 章第 6 节，了解有关如何联系您所在州的 Medicaid 的信息。

Medicare –适用于 65 岁或以上人士、部分 65 岁以下特定残障人士以及患有晚期肾病的人士（一般指患有永久性肾衰竭，须进行透析或肾脏移植的人士）的联邦健康保险计划。Medicare 的受保人可通过 Original Medicare、Medicare Cost 计划、老人综合护理计划 (PACE) 或 Medicare Advantage 计划获得 Medicare 健康承保。

Medicare Advantage (MA) 计划 –有时称为 Medicare C 部分，由一家私营公司提供的计划。该公司与 Medicare 签约，为您提供所有 Medicare A 部分和 B 部分福利。Medicare Advantage 计划可为 HMO、PPO、私人按服务收费 (PFFS) 计划或 Medicare 医疗储蓄账户 (MSA) 计划。您参与 Medicare Advantage 计划后，Medicare 服务会通过计划而获得承保，且在 Original Medicare 下无需支付费用。在大多数情况下，Medicare Advantage 计划也提供 Medicare D 部分（处方药承保）。这些计划也称为**附带处方药承保的 Medicare Advantage 计划**。参与 Medicare A 部分和 B 部分的人士均可参与其所在地区提供的任何 Medicare 健康计划，患有晚期肾病的人士除外（除非有特定例外情况）。

Medicare Advantage 开放投保期 –每年的一个固定时期，在该时期，Medicare Advantage 计划会员可取消参与计划和改为 Original Medicare 或更改 D 部分承保。开放投保期为 2020 年 1 月 1 日至 3 月 31 日。

Medicare Cost 计划 –Medicare Cost 计划是一项由健康维护组织 (HMO) 或竞争性医疗计划 (CMP) 根据法案第 1876(h) 条下的费用报销合同经营的计划。

Medicare 承保的服务 –Medicare A 部分和 B 部分承保的服务。所有 Medicare 健康计划（包括我们的计划）必须承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服务。

Medicare 承保缺口折扣计划 –一项为大多数 D 部分承保原研药提供折扣的计划，适用于达到承保缺口阶段且尚未接受“额外帮助”的 D 部分会员。折扣根据联邦政府和某些制药厂之间的协议确定。因此，大多数（但非全部）的原研药均有折扣。

Medicare 处方药承保（Medicare D 部分）–帮助支付门诊处方药、疫苗、生物制剂和 Medicare A 部分或 B 部分不承保的部分用品费用的保险。

Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) – 管理 Medicare 的联邦机构。第 2 章介绍了如何联系 CMS。

Medicare 健康计划 – Medicare 健康计划是由与 Medicare 签约的私营公司提供，旨在为参与计划的人士提供 Medicare A 部分和 B 部分福利。此术语包括所有的 Medicare Advantage 计划、Medicare Cost 计划、演示/试点计划以及老人综合护理计划 (PACE)。

“Medigap” (Medicare 补充保险) 政策 – 由私营保险公司销售，用于填补 Original Medicare “缺口”的 Medicare 补充保险。Medigap 政策仅适用于 Original Medicare。（Medicare Advantage 计划并非 Medigap 政策。）

Original Medicare (“传统 Medicare”或“按服务收费”的 Medicare) – Original Medicare 由政府提供，并非 Medicare Advantage 计划和处方药计划等私人健康计划。在 Original Medicare 计划下，可通过向医生、医院和其他医疗保健提供者支付国会指定的费用，承保 Medicare 服务。您可向接受 Medicare 的任何医生、医院或其他医疗保健提供者求诊。您必须支付免赔额。Medicare 支付其应承担的 Medicare 批准费用，而您支付您应承担的费用。Original Medicare 分为两部分：A 部分（住院保险）和 B 部分（医疗保险），且在全美提供。

PACE 计划 – 老人综合护理计划 (PACE) 包括为身体虚弱人士提供的医疗服务、社会服务和长期护理 (LTC) 服务，帮助人们在获得所需的高品质护理的同时，尽可能长久地在其社区内独立生活（而非住入疗养院）。加入 PACE 计划的人士可通过该计划同时获得 Medicare 和 Medicaid 福利。

保费 – 定期支付给 Medicare、保险公司或医疗保健计划用于健康或处方药承保的费用。

补充保障收入 (SSI) – 社会保障局向收入和资源受限的残障人士、盲人或 65 岁及以上的老人补助的月度福利。SSI 福利不同于社会保障局福利。

差额缴费 – 提供者（如医生或医院）为患者开出的账单超出了计划允许的费用分摊金额。作为 Bright Advantage Choice (HMO) 的会员，您获取我们的计划所承保的服务时，只需支付我们计划的费用分摊金额。我们不允许提供者开出“差额缴费”，或以其他方式向您收取超出计划所载的应付费用分摊金额。

承保裁定 – 有关为您开立的处方药是否由计划承保的决定，以及您须就该处方药支付之金额（如有）的决定。通常，如果您携带处方至药房，而该药房告知您处方不由您的计划承保，这并不是承保裁定。您需要致电或写信给您的计划，才可要求对承保做出正式的决定。承保裁定在本手册中称为“承保决定”。第 9 章介绍了如何要求我们做出承保决定。

承保服务 – 该一般术语用于指我们的计划承保的所有医疗保健服务和用品。

承保药物 – 该术语用于指我们的计划承保的所有处方药。

承保药物清单（处方集或“药物清单”） – 计划承保的处方药清单。此清单上的药物皆由计划在医生和药剂师的帮助下选定。该清单同时包括原研药与仿制药。

承保证明 (EOC) 和披露信息 – 本文件连同您的登记表和任何其他附件、附文或所选的其他可选承保，这些内容均用于介绍您的承保、我们的责任、您的权利以及您作为计划会员的责任。

初级保健提供者 (PCP) – 您的初级保健提供者是您第一次针对大多数健康问题就诊的医生或其他提供者。他或她会确保您获得保持健康所需的护理。他或她也可与其他医生和医疗保健提供者讨论您的护理情况，并将您转诊至上述医生或提供者。在许多 Medicare 健康计划中，您到任何其他医疗保健提供者处就诊之前，必须到您的初级保健提供者处就诊。请参阅第 3 章第 2.1 节，了解有关初级保健提供者的信息。

初始承保阶段 – 这是一个在您本年的药物总费用（包括您已支付的金额和计划为您支付的金额）达到 4,020 美元前的阶段。

初始承保限额 – 在初始承保阶段下承保的最高限额。

初始投保期 – 您第一次有资格参加 Medicare 的时间，在此期间，您可登记加入 Medicare A 部分和 B 部分。例如，如果您年满 65 岁时有资格参加 Medicare，那么您的初始投保期为 7 个月，从您年满 65 岁当月的的前 3 个月开始计算（包括您年满 65 岁的当月），直至年满 65 岁当月后的 3 个月。

低收入补贴 (LIS) – 请参阅“额外帮助”。

额外帮助 – 一项 Medicare 计划，专门帮助收入和资源受限的人士支付 Medicare 处方药计划费用（如保费、免赔额和共同保险）。

仿制药 – 一种由美国食品和药物管理局 (FDA) 批准的处方药，具有和原研药相同的活性成分。“仿制”药通常和原研药一样有效，但价格普遍要低一些。

费用分摊层级 – 承保药物清单上的每种药物都属于 6 种费用分摊层级中的一种。通常，费用分摊层级越高，您药物的费用就越高。

分摊费用 – 分摊费用是指会员获得服务或药物时须支付的金额。分摊费用包括以下三种付款的任何组合：(1) 计划在承保服务或药物前可能征收的任何免赔额；(2) 计划要求获得特定服务或药物时支付的任何固定“共付额”；或 (3) 计划要求在获得特定服务或药物时支付的任何“共同保险”金额（服务或药物总费用的百分比）。当医生为您开的某种处方药少于一个月的份量，并且您需要支付共付额时，可能适用“每日费用分摊金额”。

服务区域 – 健康计划接受会员（如果计划根据居住地点限制会员资格）的地理区域。对于限制所用医生和医院的计划，它还通常是指您可获得常规（非紧急）服务的区域。如果您永久搬离计划的服务区域，计划可能会将您除名。

共付额（或“共付”） – 可能需要您就医疗服务或用品（如医生看诊、医院门诊就诊或处方药）支付应承担费用的金额。共付额是一个固定金额，而非百分比。例如，您可能要为医生看诊或处方药支付 10 美元或 20 美元。

共同保险 – 在您支付任何免赔额后，可能需要您就服务或处方药支付应承担费用的金额。共同保险通常是一个百分比（例如 20%）。

会员（我们计划的会员或“计划会员”） – 享有 Medicare、有资格获得承保服务、已参加我们的计划且其投保经 Medicare 和 Medicaid 服务中心 (CMS) 确认的人士。

会员服务中心 – 我们计划内部的一个部门，负责解答有关会员资格、福利、申诉和上诉的问题。请参阅第 2 章，了解有关如何联系会员服务中心的信息。

机构裁定 – 当 Medicare Advantage 计划对是否承保用品或服务，或您须为承保用品或服务支付多少费用做出决定时，即是做出了机构裁定。机构裁定在本手册中称为“承保决定”。第 9 章介绍了如何要求我们做出承保决定。

机构性等效特殊需求计划 (SNP) – 一项机构性特殊需求计划，由居住在社区但经州政府评估需要机构级护理的合格人士参加。该评估必须采用相应的州政府同级护理评估工具，并由提供该计划的组织以外的实体执行。此类特殊需求计划在必要时，可能会限制居住在签有合同的辅助生活机构 (ALF) 中的个人投保，以确保提供统一的专门护理。

机构性特殊需求计划 (SNP) – 一项特殊需求计划，由持续居住（或预计持续居住）在长期护理 (LTC) 机构达 90 天或以上的合格人士参加。这些 LTC 机构可能包括：专业护理机构 (SNF)、护理机构 (NF)、(SNF/NF)、心智迟缓中度照护机构 (ICF/MR) 和/或精神病住院机构。为 LTC 机构的 Medicare 居住人士提供服务的机构性特殊需求计划，必须与该特定的 LTC 机构签订合同（或 LTC 机构归该计划所有并运营）。

急需服务 – 急需服务旨在治疗非紧急且无法预料的疾病、受伤或立刻需要医疗护理的病症。急需服务可能由网络内提供者提供，或在网络内提供者暂时不可用或找不到时由网络外提供者提供。

假体和矫具 – 这些是您的医生或其他医疗保健提供者订购的医疗设备。承保用品包括但不限于手臂、后背和颈部的支架；假肢；义眼；以及更换内部身体部位或功能所需的设备，包括造口用品以及肠内和肠外营养治疗。

阶梯疗法 – 一种使用方法，要求您在我们承保您的医师最初开立的处方药之前，先尝试使用其他药物来治疗您的病症。

紧急护理 – 承保的服务：1) 由具备提供紧急服务资格的提供者提供；和 2) 属治疗、评估或稳定紧急病症需要。

紧急情况 – 医疗紧急情况是指您或任何其他具备健康和医学常识的谨慎外行人，认为您出现急需就医以防丧生、肢体缺损或肢体功能丧失的医疗症状。这些医学症状可能会是疾病、受伤、剧痛或正迅速恶化的病症。

居家健康助理 – 居家健康助理可提供不需要持牌护士或治疗专家技能的服务，如协助个人护理（例如沐浴、如厕、穿衣或进行规定性练习）。居家健康助理无需护理许可，也不提供治疗。

看护 – 看护是您不需要专业医疗护理或专业护理时，在疗养院、善终机构或其他机构中提供的个人护理。看护是指由不具备专业技能或培训的人士提供的个人护理，如协助沐浴、穿衣、就餐、上下床或椅子、行走和使用卫生间等日常生活活动。它还可包括大多数人能够自行完成的健康相关护理，如使用滴眼液。Medicare 不会为看护付款。

康复服务 – 这些服务包括物理治疗、言语和语言治疗以及职业治疗。

可信处方药承保 – 通常会按至少和 Medicare 的标准处方药承保额度等额的额度付费的处方药承保（例如雇主或团体提供）。符合 Medicare 资格时拥有此类承保的人士，如果其决定稍后参加 Medicare 处方药承保，一般可保留该承保，而无需支付罚款。

可选补充福利 – 非 Medicare 承保的福利，支付额外保费可予以购买，且不包括在您的一揽子福利中。如果您选择附带可选补充福利，您可能需要支付附加保费。您必须自愿选择可选补充福利才能获得这些福利。

例外处理 – 一种承保裁定，如果该裁定获得批准，您便可获得您计划赞助人的处方集之外的药物（处方集例外），或者以较低的费用分摊层级获得非首选药物（层级例外）。如果计划赞助人要求您在获得所请求的药物前先尝试另一种药物，或者计划会限制您所请求药物的数量或剂量，您也可以请求例外处理（处方集例外）。

每日费用分摊金额 – 当医生为您开的某种处方药少于一个月的份量，并且您需要支付共付额时，可能适用“每日费用分摊金额”。每日费用分摊金额是指共付额除以一个月份量的天数所得到的费用。举例如下：如果某种药物一个月份量的共付额为 30 美元，您的计划中一个月份量为 30 天的份量，那么您的“每日费用分摊金额”为每日 1 美元。这意味着您配药时需要为每天的供药支付 1 美元。

门诊手术中心 – 门诊手术中心是一个独家经营实体，为无需住院但预计待在中心的时间不超过 24 小时的患者提供门诊手术服务。

免赔额 – 在我们的计划开始支付前，您必须为医疗保健或处方药支付的金额。

耐用医疗设备 (DME) – 您的医生出于医疗用途而订购的特定医疗设备。示例包括：助行器、轮椅、拐杖、电动褥垫系统、糖尿病用品、静脉输液泵、语音生成装置、供氧装置、喷雾器或提供者订购供居家使用的病床。

年度投保期 – 每年秋季的一个固定时期，在该时期，会员可变更其健康或药物计划或改为 Original Medicare。年度投保期自 10 月 15 日至 12 月 7 日。

配药费 – 每次调配承保药物时收取的费用，用来支付配药的成本。配药费涵盖多种成本，例如药剂师准备和包装处方药所花的时间。

品质改进机构 (QIO) – 一个由联邦政府资助的执业医师及其他医疗保健专家组成的团体，旨在审查和改善提供给 Medicare 患者的护理。请参阅第 2 章第 4 节，了解有关如何联系您所在州的 QIO 的信息。

善终服务 – 在世剩余时间不超过 6 个月的会员有权选择善终服务。我们（即您的计划）必须为您提供您所在地理区域的善终服务清单。如果您选择善终服务并继续支付保费，则您仍然是我们计划的会员。您仍可以获得我们提供的所有医疗必需服务以及补充福利。善终服务将根据您的状况提供特殊治疗。

上诉 – 上诉是指您在对我们拒绝承保医疗保健服务或处方药，或拒绝支付您已获得的服务或药物费用的决定存有异议时，采取的措施。如果对终止您正在接受的服务的决定存有异议，也可提出上诉。例如，如果我们拒绝为您认为您应能获得的药物、用品或服务支付费用，您可要求上诉。第 9 章介绍了上诉，包括提出上诉所涉及的流程。

申诉 – 您对我们或药房提出的一种投诉，包括有关护理品质的投诉。这类投诉不涉及承保或支付争议。

收入相关每月调整金额 (IRMAA) – 如果您 2 年前在 IRS 纳税申报单上报告的修正调整总收入超过特定金额，您将需要支付标准保费金额和收入相关每月调整金额（也称为 IRMAA）。IRMAA 是向保费中增加的额外收费。受影响的 Medicare 受保人不超过 5%，所以大部分人无需支付更高的保费。

首选提供者组织 (PPO) 计划 – 首选提供者组织计划是一项拥有签约提供者网络的 Medicare Advantage 计划，其中签约提供者已同意按指定的付款金额治疗计划成员。PPO 计划必须包含所有计划福利，无论这些福利是从网络内提供者还是网络外提供者处获得。如果计划福利是从网络外提供者处获得，会员分摊费用通常较高。PPO 计划对您从网络内（首选）提供者处获得服务的自付费用具有年度限制，而对从网络内（首选）和网络外（非首选）提供者处获得服务的总合并自付费用具有更高限制。

受益期 – Original Medicare 衡量您使用医院和专业护理机构 (SNF) 服务的方式。受益期从您住进医院或专业护理机构的那天开始算起。受益期在您连续 60 天未接受任何住院患者医院护理（或 SNF 的专业护理）时结束。如果您在一个受益期结束后住进医院或专业护理机构，则会开始一个新的受益期。受益期的数量没有限制。

数量限制 – 一种管理方法，目的是出于品质、安全或利用的原因而限制某些药物的使用。限制可能是针对每份处方或指定期间内承保的药物数量。

特殊投保期 – 一个固定时期，在该时期，会员可变更其健康或药物计划或改为 Original Medicare。特殊投保期可能适用于您的情况包括：您搬离服务区域、您获得处方药费用的“额外帮助”、您住入疗养院或我们违反了与您签订的合同。

特殊需求计划 – 一种特殊的 Medicare Advantage 计划，为特定人群提供更有针对性的医疗保健，如同时拥有 Medicare 和 Medicaid 承保的人士、居住在疗养院的人士或患有某些慢性病的人士。

投诉 – “提出投诉”的正式名称为“提出申诉”。投诉流程仅用于若干类型的问题。这包括护理品质、等待时间及您获得的客户服务的相关问题。有关“申诉”的详情，另请参阅此定义列表。

退出或退保 – 终止计划会员资格的流程。退保可为自愿性（您自己的选择）或非自愿性（并非您自己的选择）。

网络 – 与我们签约以向我们的会员提供承保服务、接受将我们的付款和任何计划分摊费用作为全额付款的医生、其他医疗保健专业人员、医疗团队、医院以及其他医疗保健机构或提供者。（请参阅第 1 章第 3.2 节）

网络内提供者 – “提供者”是医生、其他医疗保健专业人员、医院以及经 Medicare 和州政府许可或认证提供医疗保健服务的其他医疗保健机构的统称。由于提供者与我们的计划签订协议，接受将我们的付款作为全额付款，且在某些情况下为计划会员协调并提供承保服务，所以我们称之为“**网络内提供者**”。我们的计划向网络内提供者付款的依据是其与提供者签订的协议，或者提供者是否同意向您提供计划承保服务。网络内提供者也称为“**计划内提供者**”。

网络内药房 – 网络内药房是一个能够让我们计划的会员获得其处方药福利的药房。我们将其称为“**网络内药房**”，是因为这些药房与我们的计划签有合同。多数情况下，只有在我们的某个网络内药房照方配药，您的处方才可获得承保。

网络外提供者或网络外机构 – 我们并未安排其为我们计划的会员协调或提供承保服务的提供者或机构。网络外提供者并非由我们的计划所雇用、拥有或运营，或未签订向您提供承保服务的合同。本手册第 3 章介绍了使用网络外提供者或机构的有关情况。

网络外药房 – 未与我们的计划签约，从而无法为我们计划的会员协调或提供承保药物的药房。正如本承保证明所述，您从网络外药房获得的大多数药物并未由我们的计划承保，除非符合某些条件。

医疗必需品 – 预防、诊断或治疗您的病症所需且符合公认的医疗实践标准的服务、用品或药物。

医学上公认的适应症 – 经过美国食品和药物管理局批准，或者受到某些参考书支持的药物用途。请参阅第 5 章第 3 节，了解有关医学上公认的适应症的更多信息。

预先授权 – 获得服务或某些药物（无论是否在处方集内）所需的事先批准。仅当您的医生或其他网络内提供者取得我们计划的“预先授权”时，某些网络内医疗服务才会获得承保。第 4 章福利表中标明了需要获得预先授权的承保服务。仅当您的医生或其他网络内提供者取得我们的“预先授权”时，某些药物才会获得承保。处方集中标明了需要获得预先授权的承保药物。

原研药 – 由原先研发该药物的制药公司所制造和销售的处方药。原研药的活性成分配方与仿制药相同。但是，仿制药由其他制药商制造和销售，并且通常要等到原研药的专利失效后才能使用。

灾难性承保阶段 – D 部分药物福利中的阶段，在该阶段，如果在承保年度内，您或其他符合资格代表您行事的人士就承保药物支付超过 6,350 美元后，您可为药物支付较低的共付额或共同保险。

住院患者住院期 – 是指您被正式批准入院接受专业医疗服务的住院时期。即使您在医院过夜，您可能仍会被视为“门诊患者”。

专业护理机构 (SNF) 护理 – 专业护理机构持续、每天提供的专业护理和康复服务。专业护理机构护理的示例包括：仅可由注册护士或医生提供的物理治疗或静脉注射。

自付费用 – 请参阅上文“分摊费用”的定义。会员支付所接受服务或药物的一部分费用的分摊费用要求，也称为会员的“自付”费用要求。

综合门诊康复机构 (CORF) – 该机构主要提供伤病后的康复服务，且服务种类繁多，包括物理治疗、社会或心理服务、呼吸治疗、职业治疗和语言病理学服务以及家庭环境评估服务。

最高自付金额 – 在日历年内，您就网络内承保 A 部分和 B 部分服务支付的最高自付金额。您就 Medicare A 部分和 B 部分保费和处方药支付的金额不计入最高自付金额。请参阅第 4 章第 1.3 节，了解有关最高自付金额的信息。

不歧视通知和沟通协助

Bright Health 不会因性别、年龄、种族、肤色、国籍或残疾而排除任何个人，拒绝为任何个人提供福利或以其他方式歧视任何个人。“Bright Health”是指 Bright Health 计划及其附属机构。

语言协助和其他格式：

我们会免费提供语言协助来帮助您与我们沟通。服务包括但不限于：

- 非英语语言的口译员；
- 采用其他格式（如大字打印版本）的书面信息；和
- 协助阅读 Bright Health 网站。

如需帮助来获取这些服务，请致电会员 ID 卡上的会员服务中心号码。

如果您认为我们未能提供语言协助和其他格式，或者您因性别、年龄、种族、肤色、国籍或残疾而受到歧视，您可以将投诉提交至：

Bright Health Civil Rights Coordinator
PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943
电话：(844) 202-2154
电子邮件：OAG@brighthealthplan.com

您也可以向美国卫生与公众服务部下属民权办公室提交投诉：

- 在线：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- 如需投诉表格，请访问 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 电话：（免费）**1-800-368-1019**、**800-537-7697** (TDD)
- 写信：U.S Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

如需帮助来提出投诉，请致电会员 ID 卡上的会员服务中心号码。您必须在发现问题后 60 天内送出投诉。

语言协助和其他格式

本信息有其他格式，如大字打印版本。如需其他格式，请致电会员 ID 卡上的会员服务中心号码。

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	אויפמערקזאמקייט: אויב איר רעדט יידיש, עס זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אָפּצאל. 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'anida'áwo' déé', t'áá jiik'eh, ná hóló. Kojí' hódííłnih Member Servicesjí éí binumber naaltsoos nítł'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.

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.

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.

Amharic

ማሳሰብዎ: ከአንግሊዝኛ ውጪ የሆነ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ከከፍዎ ነጻ የሆኑ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይቻላሉ:: በመታወቂያ ላይ በሚገኝ የአባላት አገልግሎት ቁጥር ላይ ይደውሉ::

Burmese

သင့်သည့် အင်္ဂလိပ်စကားမဟုတ်သော အချားဘာသာစကားတစ်ခုအား ရုပ်စာဆိုသည့်စနစ်ပါက
ဘာသာစကားအခမဲ့ပံ့ပိုးသည့် ဝန်ဆောင်မှုအား သင့်ရရှိမည်။ သင့် ID (သင်ကုသေခံ)
ကတိပေးပေးရန် အဖျက်ပင်မဝန်ဆောင်မှုငှာအား ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

Cherokee

[illegible]

Cushite-Oromo

XIYYEEFFANNOO: Afaan Ingiliziin ala afaan kan biraa kan dubbattu yoo ta'e, tajaajilliwwan gargaarsa afaanii, kan tolaa, siif ni jiru. Kaardii Waraqaa-eenyummeessaa keerra kan jiru lakkoofsa Tajaajilawwan Miseensaatti bilbili.

French Creole

ATANSYON : Si w pale yon lòt lang ke Angle, gen sèvis èd lengwistik ki disponib pou w gratis. Rele nimewo Sèvis pou manm yo nan kat idantite w la.

Gujarti

ધ્યાન આપો: જો તમે અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય કોઈ ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડ પર રહેલા સદસ્યની સેવાઓનાં નંબર પર કોલ કરો.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप अंग्रेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें।

Hmong

UA ZOO SAIB: Yog tias koj hais ib hom lus dhau ntawm lus As Kiv, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas tsis xam nqi dab tsi rau koj tau siv. Hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab tus nab npawb xov tooj nyob ntawm koj daim npav ID.

Karen

တၢ်နီၣ် - န့ၤကတိၤကျိၣ်လၢတမ့ါအဲကလံးကျိၣ်ဘဉ်န့ၣ်, ကျိၣ်တၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတၢ်မၤစၢၤတဖၣ်, လၢတလိာ်ဟ့ၣ်အပူၤတဖၣ်အိၣ်လၢနဂီၢ်န့ၣ်
လီၤ. ကိးကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတဖၣ် (န့ၣ်ဘဉ်န့ၣ်မုၢ်မလၢငခါ) အနီၣ်ဂံၢ်ဖဲန့ၣ်တၢ်အဒံသးနီၣ်ဂံၢ်ခးကအဖီဝီၣ်န့ၣ်တက့ၢ်.

Kru / Bassa

YI LE: I balè u mpot hop umpè èbes Ngissi, bot ba nhola ni kobol mahop bayé ha i nyuu yofi, ngui nsaa wogui wo. Sebel Ndap Mahola i nyuu Mbon i nsinga i yé ntilgaga munu i Kat yon i Mbon.

Kurdish

ناگاداری: نه‌گه‌ر به زمانیکی تری جگه له ئینگلیزی قسه ده‌کەیت، خزمەتگوزاریه زمانه‌وانیه‌کان به‌خوڕایی بو تو به‌ده‌ستن. یه‌و هندی به زما‌ری خزمەتگوزاری ئه‌خدا‌مانی سه‌ر ناسنامه‌که‌یت بکه.

Laotian

ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທຫາ ໝາຍເລກການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ຢູ່ເທິງ ບັດ ID ຂອງທ່ານ.

[illegible]

Bright Advantage Choice (HMO) 会员服务中心

方式	会员服务中心 – 联系信息
电话	(844) 202-4974。拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点 会员服务中心还为不会说英语的人士提供免费的语言翻译服务。
TTY	711。拨打此号码是免费的。 此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点
传真	1-800-325-8115
写信	Bright Health Medicare Advantage Member Services P.O. Box 853959 Richardson, TX 75085-3959
网站	https://brighthouseplan.com/medicare

纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP)

纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP) 是一项从联邦政府获得资金的州计划，为 Medicare 受保人提供免费的当地健康保险咨询。

方式	纽约健康保险信息、咨询和援助 (HIICAP) – 联系信息
电话	1-800-701-0501
TTY	711
写信	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
网站	http://www.aging.ny.gov/HealthBenefits/

PRA 披露声明 根据 1995 年《文书削减法》，任何人士均无需对信息收集做出答复，除非其显示了有效的 OMB 控制编号。适用于此信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-1051。如果您对完善此表有任何意见或建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。