



2021 年 1 月 1 日 — 2021 年 12 月 31 日

## 承保范围说明书：

**作为 Bright Advantage Assist (HMO) 的会员，您的 Medicare 保健福利与服务，以及处方药保险**

本手册为您详细介绍了 2021 年 1 月 1 日至 12 月 31 日您的 Medicare 保健和处方药保险。它说明了获得您需要的保健服务与处方药承保的方法。**这是一份重要的法律文件。请妥善保管。**

本计划 Bright Advantage Assist (HMO) 由 Bright Health 提供。（当此**承保范围说明书**中出现“我们”或“我们的”时，是指 Bright Health。出现“计划”或“我们的计划”时，是指 Bright Advantage Assist (HMO)。）

本文件免费提供中文和西班牙文版本。

如需更多信息，请致电我们的会员服务部，电话号码是 (844)221-7736。（听障人士可致电 711）。服务时间为当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）。

本文件会提供其他格式版本，例如：盲文、大号字体印刷版或音频。

自 2022 年 1 月 1 日起，福利、保费、自付额和/或共付额/共同保险可能会有所调整。

处方药一览表、药房网络和/或医疗服务提供者网络可能会随时变更。必要时您会收到通知。

## **2021 年承保范围说明书**

### **目录**

以下章节与页码清单是本说明书的开始。关于查找所需信息的更多帮助，请转到章节的第一页。您会在每章的开始处找到详细的主题清单。

|              |                                                                                                                                                        |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>第 1 章</b> | <b>会员入门.....4</b>                                                                                                                                      |
|              | 说明成为 Medicare 保健计划的会员代表什么，以及如何使用本手册。介绍我们将寄给您的资料、您的计划保费、D 部分逾期参保罚金、您的计划会员卡，还有及时更新您的会员记录。                                                                |
| <b>第 2 章</b> | <b>重要的电话号码和资源 .....21</b>                                                                                                                              |
|              | 介绍如何与我们的计划 (Bright Advantage Assist (HMO))，以及其他机构（包含 Medicare、州健康保险援助计划 [SHIP]、质量改进机构、社会保障局、Medicaid [提供给低收入人士的州健康保险计划]、帮助支付处方药费用的计划，以及铁路职工退休委员会）保持联系。 |
| <b>第 3 章</b> | <b>使用本计划承保您的医疗服务.....40</b>                                                                                                                            |
|              | 说明作为我们计划的会员，获得医疗护理需要了解的重要事项。主题包含使用计划网络内的提供者，以及如何在紧急情况下取得护理。                                                                                            |
| <b>第 4 章</b> | <b>医疗福利表（承保范围与支付费用） .....53</b>                                                                                                                        |
|              | 提供关于您作为我们计划的会员，何种类型的医疗护理有承保与不承保的详细情况。说明您对于承保医疗护理须支付多少您应承担的费用。                                                                                          |
| <b>第 5 章</b> | <b>使用本计划来对您的 D 部分处方药进行承保 .....93</b>                                                                                                                   |
|              | 说明当您取得 D 部分药物时，您应遵守的规则。介绍如何使用计划的 <i>承保药物清单</i> （ <i>处方药一览表</i> ），以了解何种药物有承保。介绍何种类型的药物不承保。说明对于某些药物适用的几种承保范围限制。说明从何处配取处方药。介绍计划的药物安全与用药管理计划。              |
| <b>第 6 章</b> | <b>对于 D 部分处方药您须支付的费用.....115</b>                                                                                                                       |
|              | 介绍药物承保的四个阶段（自付额阶段、初始承保阶段、承保缺口阶段、重大伤病承保阶段），以及这些阶段如何影响您应支付的药物费用。说明您 D 部分药物的 6 种分摊费用等级，介绍对于各种分摊费用等级，您分别应支付多少药物费用。                                         |

|               |                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>第 7 章</b>  | <b>要求我们对您收到的承保医疗服务或药物账单支付应承担的费用 .....132</b>                                                                                                                                                           |
|               | 说明当您想要求我们就您的承保服务或药物，将我们应承担的费用对您做出偿付时，应于何时以及如何将账单寄给我们。                                                                                                                                                  |
| <b>第 8 章</b>  | <b>您的权利与责任 .....139</b>                                                                                                                                                                                |
|               | 说明您作为我们计划会员的权利与责任。介绍当您认为您的权利被侵犯时，您该如何处理。                                                                                                                                                               |
| <b>第 9 章</b>  | <b>遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉） .....150</b>                                                                                                                                                           |
|               | 介绍作为本计划会员，当您遇到问题或有所顾虑时，您应进行的步骤。                                                                                                                                                                        |
|               | <ul style="list-style-type: none"><li>说明当在取得您认为由我们计划承保的医疗护理或处方药时遇到困难，应如何要求承保范围决定和上诉。这包含要求我们对您处方药保险的规则或额外限制做出例外，以及要求我们继续承保医院护理和某些类型的医疗服务（若您认为您的承保太早结束）。</li><li>介绍如何对护理质量、等待时间、顾客服务及其他事宜提出投诉。</li></ul> |
| <b>第 10 章</b> | <b>终止计划会员资格 .....197</b>                                                                                                                                                                               |
|               | 介绍您何时以及如何终止计划会员资格。说明在哪些情况下，我们的计划必须终止您的会员资格。                                                                                                                                                            |
| <b>第 11 章</b> | <b>法律通知 .....205</b>                                                                                                                                                                                   |
|               | 包含了关于管辖法律和非歧视的通知。                                                                                                                                                                                      |
| <b>第 12 章</b> | <b>重要词汇的定义 .....208</b>                                                                                                                                                                                |
|               | 说明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

|              |                                                          |           |
|--------------|----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>第 1 节</b> | <b>简介 .....</b>                                          | <b>6</b>  |
| 第 1.1 节      | 您已注册了 Bright Advantage Assist, 这是一项 Medicare HMO 计划..... | 6         |
| 第 1.2 节      | 承保范围说明书手册包括哪些内容? .....                                   | 6         |
| 第 1.3 节      | 关于承保范围说明书的法律信息.....                                      | 6         |
| <b>第 2 节</b> | <b>要成为计划会员需要具备哪些条件? .....</b>                            | <b>7</b>  |
| 第 2.1 节      | 符合条件的要求.....                                             | 7         |
| 第 2.2 节      | 什么是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分计划? .....                | 7         |
| 第 2.3 节      | 以下是 Bright Advantage Assist (HMO) 的计划服务区域 .....          | 7         |
| 第 2.4 节      | 美国公民或合法居留身份.....                                         | 8         |
| <b>第 3 节</b> | <b>您还将从我们这里拿到哪些材料? .....</b>                             | <b>8</b>  |
| 第 3.1 节      | 您的计划会员卡 — 用于获得所有承保的护理和处方药.....                           | 8         |
| 第 3.2 节      | 医疗服务提供者目录: 计划网络内所有医疗服务提供者指引材料.....                       | 9         |
| 第 3.3 节      | 药房目录: 网络内药房指引材料.....                                     | 9         |
| 第 3.4 节      | 计划的承保药物清单 (处方药一览表) .....                                 | 10        |
| 第 3.5 节      | D 部分福利说明 (“D 部分 EOB”) : 您 D 部分处方药付款的摘要报告.....            | 10        |
| <b>第 4 节</b> | <b>Bright Advantage Assist (HMO) 的月缴保费 .....</b>         | <b>10</b> |
| 第 4.1 节      | 您的计划保费是多少? .....                                         | 10        |
| <b>第 5 节</b> | <b>您是否需要支付 D 部分“逾期参保罚金”? .....</b>                       | <b>11</b> |
| 第 5.1 节      | 什么是 D 部分“逾期参保罚金”? .....                                  | 11        |
| 第 5.2 节      | D 部分逾期参保罚金的金额是多少? .....                                  | 12        |
| 第 5.3 节      | 在某些情况下, 您可以延后加入, 且无须支付罚款.....                            | 12        |
| 第 5.4 节      | 如果您不同意您的 D 部分逾期参保罚金, 该如何处理? .....                        | 13        |
| <b>第 6 节</b> | <b>您是否因为收入而须支付额外的 D 部分金额? .....</b>                      | <b>13</b> |
| 第 6.1 节      | 什么情况下会因为收入而须支付额外的 D 部分金额? .....                          | 13        |
| 第 6.2 节      | D 部分额外金额是多少? .....                                       | 14        |
| 第 6.3 节      | 如果您不同意支付额外的 D 部分金额, 该如何处理? .....                         | 14        |
| 第 6.4 节      | 如果您未支付额外 D 部分金额, 将会如何? .....                             | 14        |

**第 1 章 会员入门**

---

|               |                               |           |
|---------------|-------------------------------|-----------|
| <b>第 7 节</b>  | <b>关于月缴保费的更多信息.....</b>       | <b>14</b> |
| 第 7.1 节       | 您可以使用多种方式支付计划保费.....          | 15        |
| 第 7.2 节       | 我们能否在一年中更改您的计划月缴保费？ .....     | 16        |
| <b>第 8 节</b>  | <b>请及时更新您的计划会员记录.....</b>     | <b>17</b> |
| 第 8.1 节       | 如何帮助确保我们所具有的关于您的信息是准确的.....   | 17        |
| <b>第 9 节</b>  | <b>我们为您的个人健康信息保密.....</b>     | <b>18</b> |
| 第 9.1 节       | 我们确保您的健康信息会受到保护.....          | 18        |
| <b>第 10 节</b> | <b>其他保险如何与我们的计划配合运作 .....</b> | <b>18</b> |
| 第 10.1 节      | 当您有其他保险时，哪项计划先支付？ .....       | 18        |

## 第 1 节 简介

### 第 1.1 节 您已注册了 **Bright Advantage Assist**，这是一项 **Medicare HMO** 计划

您已由 Medicare 承保，并且已选择通过我们的计划 Bright Advantage Assist (HMO) 获得 Medicare 医疗保健及处方药承保。

Medicare 保健计划有三种不同的类型。Bright Advantage Assist (HMO) 是经 Medicare 认可并由私营公司营运的 Medicare Advantage HMO 计划（HMO 代表健康维护组织）。

本计划的承保范围满足 **Qualifying Health Coverage (QHC)** 的要求，并达到《患者保护与可负担医疗法案》(ACA) 的个人分担责任要求。请访问国税局 (IRS) 网站：[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) 了解详细信息。

### 第 1.2 节 承保范围说明书手册包括哪些内容？

本*承保范围说明书*手册向您介绍了如何通过我们的计划承保您的 Medicare 医疗护理和处方药。该手册说明了您的权利与义务、承保范围以及作为计划会员您应支付的费用。

“承保范围”和“承保服务”一词是指您作为 Bright Advantage Assist (HMO) 会员可以使用的医疗护理、服务和处方药。

请务必了解计划有什么规则以及向您提供哪些服务。请您抽时间来查看此*承保范围说明书*手册。

如果您感到困惑或有顾虑或者有疑问，请联系我们计划的会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

### 第 1.3 节 关于*承保范围说明书*的法律信息

它是与您签署的合同的一部分

本*承保范围说明书*是与您签署的有关 Bright Advantage Assist (HMO) 如何承保您的护理服务的合约的一部分。该合同还包括您的参保表、*承保药物清单*（处方药一览表）以及我们向您提供的任何有关影响您的承保范围的保险或条件变化的通知。这些通知有时称为“附则”或“修正条款”。

合约在 2021 年 1 月 1 日到 12 月 31 日之间，您是 Bright Advantage Assist (HMO) 注册会员的那些月份有效。

**第 1 章 会员入门**

Medicare 允许我们每个历年对我们提供的计划进行变更。这意味着我们可在 2021 年 12 月 31 日之后变更 Bright Advantage Assist (HMO) 的费用和福利。我们也可在 2021 年 12 月 31 日之后选择停止提供此计划，或选择在其他服务区域提供。

**Medicare 每年必须批准我们的计划**

Medicare（Medicare 与 Medicaid 服务中心）每年必须批准 Bright Advantage Assist (HMO)。只要我们选择继续提供计划并且 Medicare 延长对计划的批准，您就可继续作为我们计划的会员获得 Medicare 的承保。

**第 2 节 要成为计划会员需要具备哪些条件？****第 2.1 节 符合条件的要求**

*只要您符合以下条件，就可以成为我们计划的会员：*

- 您同时加入了 Medicare A 部分和 Medicare B 部分（第 2.2 节介绍了 Medicare A 部分和 Medicare B 部分）。
- -- 并且 -- 居住于我们的地理服务区域（下面的第 2.3 节介绍了我们的服务区域）。
- -- 并且 -- 您是美国公民或在美国合法居留。

**第 2.2 节 什么是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分计划？**

在您首次注册 Medicare 时，就会获得关于 Medicare A 部分和 B 部分所承保服务的信息。请记住：

- Medicare A 部分计划通常帮助承保由医院提供的住院服务，以及专业护理机构或居家护理机构提供的服务。
- Medicare B 部分计划用于大多数其他医疗服务（例如医生服务、居家输液治疗及其他门诊服务）和某些物品（例如耐用医疗设备 (DME) 与用品）。

**第 2.3 节 以下是 Bright Advantage Assist (HMO) 的计划服务区域**

尽管 Medicare 是联邦政府计划，Bright Advantage Assist (HMO) 仅提供给居住于我们计划服务区域的个人。为保持我们计划会员的身份，您必须持续居住在此服务区域内。服务区域在下面进行了介绍。

我们的服务区域包含的以下县：

- 纽约：国王郡、纽约和皇后区。



## 第 1 章 会员入门

我们在几个州均有提供承保。然而，我们在每个州提供的计划之间可能会存在费用或其他差异。如果您搬到了一个仍属于我们的服务区域的州，为了更新您的信息，您必须致电会员服务部。如果您搬到了我们的服务区域之外的州，则无法继续作为我们计划的会员。请致电会员服务部，了解我们是否在您新搬至的州内提供计划。

如果您计划搬离服务区域，请联系会员服务部（电话号码印在本手册封底）。搬家后，您将有一段特殊参保期，使您可以转而使用 Original Medicare 或参加您所在的新区域提供的 Medicare 保健或药物计划。

如果您搬迁或更改邮寄地址，请致电社会保障局更改相关信息，这一点非常重要。社会保障局的电话号码及联系信息列于第 2 章第 5 节。

## 第 2.4 节 美国公民或合法居留身份

Medicare 保健计划会员必须为美国公民或可在美国合法居留。Medicare（Medicare 与 Medicaid 服务中心）将通知 Bright Advantage Assist (HMO) 您在此基础上是否仍符合会员资格。如果您不符合此要求，Bright Advantage Assist (HMO) 必须将您退保。

## 第 3 节 您还将从我们这里拿到哪些材料？

### 第 3.1 节 您的计划会员卡 — 用于获得所有承保的护理和处方药

您是我们计划的会员，在您获取本计划承保的任何服务以及取得网络内药房的处方药时，请务必使用您的计划会员卡。您应向医疗服务提供者出示您的 Medicaid 卡（如适用）。以下是一张会员卡样本，用于向您展示您的卡是怎样的。



成为本计划的会员后，请勿使用红白蓝 Medicare 卡来获取承保医疗服务。如果您使用您的 Medicare 卡而非您的 Bright Advantage Assist (HMO) 会员卡，您可能需要自己支付医疗服务的全部费用。请妥善保管您的 Medicare 卡。如果需要医院服务、善终服务或者参与常规试验研究，您可能被要求出示您的 Medicare 卡。

**请务必这样做，原因如下：**如果您是计划会员，当您使用红白蓝 Medicare 卡而不是使用 Bright Advantage Assist (HMO) 会员卡来获得承保服务时，可能需要自己支付全额费用。

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部，我们会发给您一张新卡。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

### 第 3.2 节 *医疗服务提供者目录：计划网络内所有医疗服务提供者指引材料*

*医疗服务提供者目录*列出了我们网络内的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**是与我们签有协议，接受我们付款和任何计划分摊费用以当作全额支付的医生和其他医疗保健专业人员、医疗团体、耐用医疗设备供应商、医院及其他医疗保健机构。我们已安排这些提供者参与本计划的会员提供承保服务。我们的网站 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) 也提供最新的提供者和供应商清单。

#### 您为什么需要了解哪些提供者属于我们的网络？

了解哪些提供者属于我们的网络非常重要，这是因为除了有限的例外情况，作为我们计划的会员，您必须使用网络内提供者才能获取医疗护理和服务。唯一的一些例外是网络无法及时提供的紧急医疗或急症治疗服务（通常是在您位于服务区域之外时）、区域外透析服务以及 Bright Advantage Assist (HMO) 授权使用网络外提供者的情况。有关紧急医疗、网络外与区域外承保的具体信息，请参见第 3 章（*使用本计划承保您的医疗服务*）。

如果您没有 *医疗服务提供者目录*，可以向会员服务部索取（电话号码印在本手册封底）。您可以向会员服务部询问有关我们的网络内提供者的更多信息，包括其资格。您也可以上网查看该医疗服务提供者目录：[brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage)，或从此网站下载。会员服务部和网站均可为您提供有关我们的网络内提供者变化的最新信息。

### 第 3.3 节 *药房目录：网络内药房指引材料*

#### 什么是“网络内药房”？

网络内药房指同意为我们的计划会员配取承保处方药的所有药房。

#### 您为什么需要了解网络内药房？

您可以利用 *药房目录*来寻找您想要使用的网络内药房。我们明年的药房网络会有变化。在我们的网站 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) 上可找到最新的药房目录。您也可以致电会员服务部了解最新的提供者信息或要求我们为您邮寄一份药房目录。**请查看 2021 年的药房目录，了解哪些药房属于我们的网络。**

如果您没有 *药房目录*，可以向会员服务部索取（电话号码印在本手册封底）。您可以随时致电会员服务部来取得药房网络更改的最新信息。您也可以通过我们的网站 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) 取得此信息。会员服务部和网站均可为您提供有关我们的网络内药房变化的最新信息。

### 第 3.4 节 计划的承保药物清单（处方药一览表）

本计划有一份“承保药物清单（处方药一览表）”。我们简称为“药物清单”。其中介绍了何种类型的 D 部分处方药受 Bright Advantage Assist (HMO) 的 D 部分福利承保。此清单上的药物皆由计划在医生和药剂师团队的协助下选定。该清单必须符合 Medicare 规定的要求。Medicare 已批准该 Bright Advantage Assist (HMO) 药物清单。

该药物清单也可告知您的药物是否有任何限制承保范围的规则。

我们将为您提供一份药物清单。如需获得最完整且最新的承保药物信息，您可以访问计划的网站 ([brighthouseplan.com/provider-finder/ma/](http://brighthouseplan.com/provider-finder/ma/))，或致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

### 第 3.5 节 D 部分福利说明（“D 部分 EOB”）：您 D 部分处方药付款的摘要报告

当在使用您的 D 部分处方药福利时，我们将会寄送一份摘要报告给您，以协助您了解并追踪您 D 部分处方药的付款。此摘要报告称为 *D 部分福利说明*（或“D 部分 EOB”）。

*D 部分福利说明*可告诉您当月您或您的代表人已花费在 D 部分处方药的总金额，以及我们已为您每份 D 部分处方药支付的总金额。D 部分 EOB 提供有关您所用药物的详细信息，例如价格上涨以及分摊费用较低的其他可用药物。您应向处方医生咨询这些费用较低的选择。第 6 章（*对于 D 部分处方药您须支付的费用*）可提供您更多关于 *D 部分福利说明* 与其如何协助您追踪您药物保险的信息。

我们也可应要求提供 *D 部分福利说明* 的摘要。如需获得此副本，请联系会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

## 第 4 节 Bright Advantage Assist (HMO) 的月缴保费

### 第 4.1 节 您的计划保费是多少？

作为我们计划的会员，您需支付月缴计划保费。2021 年，Bright Advantage Assist (HMO) 的月缴保费为 \$42.30。此外，您必须继续支付您的 Medicare B 部分保费（除非您的 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少

有一些计划可以帮助收入有限的人士支付他们的药费。这些计划包括“额外补助”和州政府医药补助计划。第 2 章第 7 节详细介绍了这些计划。如果您符合资格，参加这些计划可帮助降低您的月缴计划保费。

如果您已经加入计划并目前正享受这些计划的福利，此承保范围说明书中的保费信息可能对您不适用。我们将会寄给您一份单独的插页来说明您药物保险，该插页称为“取得额外补助支付处方药之人士的承保范围说明书附则”（也称为“低收入补贴附则”或“LIS 附则”）。如果您尚未收到此插页，请致电会员服务部索要“LIS 附则”。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

## 在某些情况下，您的计划保费可能更高

在某些情况下，您的计划保费可能比第 4.1 节中所列的金额更高。这种情况如下所述。

- 部分会员将需支付 **D 部分逾期参保罚金**，因其并未在首次符合资格时加入 Medicare 药物计划，或因其连续 63 天或更长时间未拥有任何“有信誉度”的处方药保险。（一般而言，“有信誉度”是指预计须支付的保险通常至少相当于 Medicare 标准处方药保险的处方药保险。）对于这些会员，D 部分逾期参保罚金将会追加到计划月缴保费中。其保费金额将会是月缴计划保费加上 D 部分逾期参保罚金之金额。
  - 如果您需要支付 D 部分逾期参保罚金，则其金额取决于您未参保 D 部分保险或其他有信誉度的处方药保险的时间。第 1 章第 5 节将说明 D 部分逾期参保罚金。
  - 如果您有未支付的 D 部分逾期参保罚金，您可能会被迫退出计划。
- 某些会员可能需要支付一笔额外金额（该笔金额称为 D 部分按收入每月调整保费或 IRMAA），原因是他们 2 年前的 IRS 纳税申报返回单上的调整后总收入超过一定的金额。需缴纳 IRMAA 的会员必须支付标准保费金额以及将追加到其保费中的这笔额外金额。第 1 章第 6 节将详细说明 IRMAA。

## 第 5 节 您是否需要支付 D 部分“逾期参保罚金”？

### 第 5.1 节 什么是 D 部分“逾期参保罚金”？

**注：**如果您接受 Medicare 的“额外补助”来支付处方药，将不用支付逾期参保罚金。

逾期参保罚金是追加到您 D 部分保费的金额。如果在首次参保期结束后，您连续 63 天或更长时间未拥有 D 部分保险或其他有信誉度的处方药保险，您可能需要缴纳 D 部分逾期参保罚金。“有信誉度的处方药保险”是指满足 Medicare 最低标准的保险，因其预计须支付的保险通常至少相当于 Medicare 标准处方药保险。逾期参保罚金的金额取决于您未

**第 1 章 会员入门**

参保 D 部分保险或其他有信誉度的处方药保险的时间。只要您仍拥有 D 部分保险，您就需要支付此罚款。

D 部分逾期参保罚金将追加到您的月缴保费中。当您首次加入 Bright Advantage Assist (HMO) 时，我们会告知您该笔罚款的金额。

您的 D 部分逾期参保罚金将视作您计划保费的一部分。如果您未支付 D 部分逾期参保罚金，您可能会因未能支付计划保费而丧失您的处方药福利。

**第 5.2 节 D 部分逾期参保罚金的金额是多少？**

该笔罚款的金额由 Medicare 决定。计算情况如下：

- 首先，请计算您在符合资格后，延误了多少个全月才加入 Medicare 药物计划。或者，计算您有多少个全月未拥有任何有信誉度的处方药保险（如果保险中断了 63 天以上）。对于每个未拥有任何有信誉度保险的月份，罚款计为 1%。例如，您有 14 个月没有保险，则罚款为 14%。
- 接着，Medicare 参考去年决定全国的 Medicare 药物计划平均月缴保费金额。2021 年，此平均保费金额为 \$33.06。
- 接着将罚金比例和平均月缴保费相乘，再四舍五入至 10 美分，即可算出您的月缴罚金。在本例中，用 14% 乘以 \$33.06，得到 \$4.63。四舍五入为 \$4.60。此金额将追加到须支付 D 部分逾期参保罚金之人士的月缴保费中。

关于此月缴 D 部分逾期参保罚金，有以下三点重要注意事项：

- 第一点，**该罚款可能每年不同**，因为平均月缴保费每年皆可能改变。如果全国平均保费（由 Medicare 决定）增加，则您的罚金也会跟着增加。
- 第二点，只要您仍然参保提供 Medicare D 部分药物福利的计划，**您就要继续每月支付罚金**（即使您变更计划）。
- 第三点，如果您**未满 65 岁**，且目前在接受 Medicare 福利，则 D 部分逾期参保罚金将会在您年满 65 岁时重新计算。在 65 岁后，您的 D 部分逾期参保罚金将会仅视 Medicare 首次老年参保期后您未拥有保险的月数而定。

**第 5.3 节 在某些情况下，您可以延后加入，且无须支付罚款**

即使您在您首次符合资格时加入提供 Medicare D 部分保险的计划上有所延误，有时您并不需要支付 D 部分逾期参保罚金。

如果您有以下任一情况，您将不需要支付逾期参保罚金：

- 如果您已经有预计须支付的保险通常至少相当于 Medicare 标准处方药保险的处方药保险。Medicare 称之为“有信誉度的药物保险”。请注意：
  - 有信誉度的保险可包含来自前雇主或工会、TRICARE、退伍军人事务部的药物保险。您的保险公司或您的人力资源部门将会告知每年您的药物保险是否为有信誉度的保险。本信息可能通过信件寄送给您，或包含在计划的新闻通讯中。请保留此信息，您在之后加入 Medicare 药物计划时可能会用到。
    - 请注意：如果您在健康保险结束时收到“有信誉度保险证书”，这可能无法表示您的处方药保险是有信誉度。该通知必须注明您拥有过“有信誉度的”处方药保险，其预计支付的金额和 Medicare 的标准处方药计划一样多。
  - 以下列出不是有信誉度的处方药保险：处方药折扣卡、义诊和药物折扣网站。
  - 如需进一步了解有信誉度的保险，请查阅您的“2021 年 Medicare 与您”手册，或致电 Medicare 专线：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听障人士可致电 1-877-486-2048。您可以随时免费致电这些号码。
- 如果您没有有信誉度保险的时间未达连续的 63 天。
- 您正在接受 Medicare 提供的“额外补助”。

#### 第 5.4 节 如果您不同意您的 D 部分逾期参保罚金，该如何处理？

如果您不同意您的 D 部分逾期参保罚金，您或您的代表可以要求审核该逾期参保罚金的决定。通常，您必须在收到告知您必须支付逾期参保罚金的第一封信函后的 **60 天内** 请求此审核。如果您在加入本计划前就已经在支付罚金，您将无法再提出逾期参保罚金审核请求。致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）获得有关如何处理的详细信息。

**重要提示：**在等待 D 部分逾期参保罚金决定的审核期间，请勿停止支付逾期参保罚金。如果您停止支付，您可能会因未能支付计划保费而遭退保。

### 第 6 节 您是否因为收入而须支付额外的 D 部分金额？

#### 第 6.1 节 什么情况下会因为收入而须支付额外的 D 部分金额？

如果您 2 年前的 IRS 纳税申报返回单上的调整后总收入超过一定的金额，您将需要支付标准保费金额和一笔按收入每月调整保费（也称为 IRMAA）。IRMAA 是额外收取的费用，将追加到您的保费中。



## 第 1 章 会员入门

如果您需要支付一笔额外的金额，社会保障局（并非您的 Medicare 计划）将会寄给您一封信函，告知您该笔额外金额为何，以及如何支付。这笔额外的金额将会从您的社会保障局、铁路职工退休委员会、人事管理局的福利支票扣缴，无论您通常支付计划保费的方式，除非您的每月福利不足以支付该笔额外金额。如果您的福利支票不足以支付该笔额外金额，您将会收到 Medicare 的账单。您必须向政府支付额外的金额。它不能与您的月缴计划保费一同支付。

### 第 6.2 节 D 部分额外金额是多少？

如果您 IRS 纳税申报单上的调整后总收入 (MAGI) 超过一定的金额，您将需要在月缴计划保费外，再支付一笔额外的金额。如需了解您是否因收入而需支付额外金额，请访问 [www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html](http://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，该如何处理？

如果您不同意因收入而须支付的额外金额，您可以要求社会保障局审核该决定。有关如何处理的更多信息，请致电社会保障局专线 1-800-772-1213（听障专线 1-800-325-0778）。

### 第 6.4 节 如果您未支付额外 D 部分金额，将会如何？

该笔额外金额是就您的 Medicare D 部分保险直接向政府支付（并非向 Medicare 计划）。如果法律规定您必须支付额外的金额，但您并未支付该笔金额，则您将会被迫退出计划，并丧失处方药保险。

## 第 7 节 关于月缴保费的更多信息

许多会员需要支付其他 Medicare 保费。

除支付月缴计划保费之外，许多会员需要支付其他 Medicare 保费。如上面第 2 节中所述，为了符合我们计划的资格，您必须同时加入了 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。一些计划会员（不符合豁免 A 部分保费资格的会员）需支付 Medicare A 部分的保费。大部分计划会员需支付 Medicare B 部分的保费。您必须继续支付您的 Medicare 保费才能保留计划的会员资格。

如果您 2 年前的 IRS 纳税申报返回单上的调整后总收入超过一定的金额，您将需要支付标准保费金额和一笔按收入每月调整保费（也称为 IRMAA）。IRMAA 是额外收取的费用，将追加到您的保费中。

- 如果您必须支付额外的金额，但您并未支付该笔金额，则您将会被迫退出计划，并丧失处方药保险。
- 如果您需要支付额外的金额，社会保障局（并非您的 Medicare 计划）将会寄给您一封信函，告知您该笔额外金额为何。

**第 1 章 会员入门**

- 有关 D 部分保费（基于收入）的更多信息，请查阅本手册第 1 章第 6 节。您也可以访问 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 或者致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare（全天候服务）。听障人士可致电 1-877-486-2048。或者您也可致电社会保障局，电话：1-800-772-1213。听障人士可致电 1-800-325-0778。

您的 2021 年“Medicare 与您”在“2021 年 Medicare 费用”一节中提供有关 Medicare 保费的信息。其中说明了对于收入不同的人士，其 Medicare B 部分和 D 部分保费有何不同。Medicare 投保人每年秋季都会收到一份“Medicare 与您”。Medicare 的新会员会在第一次注册后一个月内收到。您也可以前往 Medicare 网站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 下载“2021 年 Medicare 与您”手册。也可以每周 7 天，每天 24 小时，随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 预订印刷版本。听障人士可致电 1-877-486-2048。

**第 7.1 节 您可以使用多种方式支付计划保费**

您可以使用三种方式支付计划保费。我们将每月给您寄送一次包含 D 部分逾期参保罚金在内（如适用）的计划保费账单。确保收款人为“Bright Health”。请查看账单，以获取邮寄地址及其他信息。在支票或汇票上填写您的会员 ID 卡号。我们必须在月度账单上所示的截止日期当日或之前收到所有款项。若您需要修改月度账单，请致电会员服务部。（您可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保费的方式，新付款方式需要三个月才可生效。在我们处理您的新支付方式请求时，您有责任确保按时支付计划保费。

**选项 1：您可以通过支票支付**

我们将每月给您寄送一次包含 D 部分逾期参保罚金在内（如适用）的计划保费账单。确保收款人为“Bright Health”。请查看账单，以获取邮寄地址及其他信息。在支票或汇票上填写您的会员 ID 卡号。我们必须在月度账单上所示的截止日期当日或之前收到所有款项。若您需要修改月度账单，请致电会员服务部。（您可在本手册封底上找到我们的电话号码。）

**选项 2：从您的银行账户中自动扣款 (ACH)**

您可选择从您的银行账户中扣除您包含 D 部分逾期参保罚金（如适用）的月缴计划保费。若要选择此方式，您必须填写保费支付方式申请表。若要获取表格，您可以前往 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage) 或者拨打您 ID 卡背面的电话号码联系会员服务部。填妥该表后，将其寄回给 Bright Health。

自动扣款的时间将为每月 20 号。如果当月 20 号为节假日或周末，款项将在 20 号后的第一个工作日扣除。



**选项 3: 您可以在您的每月社会保险支票中扣除计划保费。**

您可以在您的每月社会保险支票中扣除计划保费。有关如何用这种方式支付计划保费的详细信息, 请联系会员服务部。我们很乐意帮助您安排。(会员服务部电话号码印在本手册封底。)

**如果您在支付计划保费上有困难该如何做**

我们的办公室应在当月 1 号之前收到您的计划保费。如果我们在当月 1 号之前未收到您的保费, 我们会向您寄送通知, 告知您如果我们未能在 3 个月内收到您的计划保费, 您的计划会员资格将终止。如果您需要支付 D 部分逾期参保罚金, 则您必须支付该罚金才可维持您的处方药保险。

如果您按时支付保费有困难, 请联系会员服务部, 看看我们能否向您介绍对您支付计划保费有帮助的计划。(会员服务部电话号码印在本手册封底。)

如果我们因为您未支付计划保费而终止了您的会员资格, 您将通过 Original Medicare 获得健康保险。

如果我们因您未支付计划保费而终止您的会员资格, 那么您可能不能获得 D 部分保险, 直至下一年您在年度参保期期间加入新的计划。在 Medicare 年度开放参保期期间, 您可加入单独的处方药计划, 或加入有提供药物保险的保健计划。(如果您未参加任何“有信誉度”的药物保险达 63 天以上, 只要您仍拥有 D 部分保险, 您就可能需要支付 D 部分逾期参保罚金。)

在我们终止您的会员资格时, 您可能仍欠我们费用, 即您未支付的保费。我们有权追收欠缴保费。将来, 如果您想再次加入我们的计划(或我们提供的其他计划), 您将需要先支付欠付的保费, 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要求我们重新考虑此项决定。本手册的第 9 章第 10 节介绍了如何提出投诉。如果您遇到自己无法控制的紧急情况并且该情况导致您无法在宽限期内支付您的计划保费, 您可以致电 (844)221-7736 要求我们重新考虑这个决定, 服务时间为当地时间上午 8 点至晚上 8 点(10 月 1 日至 3 月 31 日期间, 每周七天; 4 月 1 日至 9 月 30 日期间, 周一至周五)。听障人士可致电 711。您必须于会员资格终止后 60 天内提出要求。

**第 7.2 节 我们能否在一年中更改您的计划月缴保费?**

**不能。**我们不能在一年中更改月缴计划保费金额。如果明年月缴计划保费更改, 我们会在九月份告知您, 并且更改将于 1 月 1 日生效。

然而, 在某些情况下, 您需要支付的部分保费可在一年中更改。如果在一年中, 您取得“额外补助”计划资格或丧失“额外补助”计划资格, 则上述情形将可能发生。如果会员符合处方药费用“额外补助”资格, 则“额外补助”计划将会支付部分该名会员的月缴计划保费。在一年中丧失其资格的会员将会需要开始支付全额的月缴保费。您可以在第 2 章第 7 节查阅更多关于“额外补助”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 如何帮助确保我们所具有的关于您的信息是准确的 |
|--------------------------------|

您的会员记录中包含您的参保表中的信息，包括您的地址和电话号码。它显示您的具体计划保险，包括您的主治医生。

计划网络内的医生、医院、药剂师和其他提供者需要关于您的正确信息。**这些网络内提供者使用您的会员记录来了解您获承保了哪些服务和药物以及分摊费用。**因此，您及时帮我们更新您的信息非常重要。

**请告知我们：**

- 您的姓名、地址或电话号码的变化
- 您的任何其他医疗保险承保的变化（例如您的雇主、配偶的雇主、劳工赔偿或 Medicaid 提供的保险）
- 如果您有任何责任险赔付要求，例如源自车祸的赔付要求
- 如果您已进入一家疗养院
- 如果您从服务区域外或网络外的医院或急诊室接受治疗
- 如果您指定的责任方（例如护理者）发生了变化
- 如果您要参与临床研究

如果上述信息中的任何信息更改，请致电会员服务部告知我们（电话号码印在本手册封底）。

如果您搬迁或更改邮寄地址，请联系社会保障局更改相关信息，这一点也非常重要。社会保障局的电话号码及联系信息列于第 2 章第 5 节。

### **请阅读我们发送给您的有关您的任何其他保险承保的信息**

根据 Medicare 要求，我们应从您那里收集有关您的任何其他医疗或药品保险承保的信息。那是因为我们必须将您其他保险与您根据我们的计划获得的福利相协调。（有关在您拥有其他保险时我们的保险如何运作的详细信息，请参见本章第 10 节。）

我们会每年给您发一封信，列出我们所了解的任何其他医疗或药品保险承保情况。请仔细阅读该信息。如果信息正确，您无需采取任何措施。如果信息不正确，或者如果您有其他保险未列出，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

---

## 第 9 节 我们为您的个人健康信息保密

---

|                         |
|-------------------------|
| 第 9.1 节 我们确保您的健康信息会受到保护 |
|-------------------------|

联邦和州法律保护您医疗记录与个人健康信息的隐私。我们按照此类法律的规定，保护您的个人健康信息。

有关我们如何保护您的个人健康信息的详细信息，请查阅本手册第 8 章第 1.3 节。

---

## 第 10 节 其他保险如何与我们的计划配合运作

---

|                            |
|----------------------------|
| 第 10.1 节 当您有其他保险时，哪项计划先支付？ |
|----------------------------|

当您有其他保险（如雇主团体健康保险）时，Medicare 设定了一些规则来确定是我们的计划还是您的其他保险先支付。先支付的保险称作“主要付费者”，并且最多支付其承保限额。第二支付的保险称作“辅助付费者”，只支付主要保险未支付的费用。辅助付费者可能并不支付主要付费者未支付的所有费用。

以下规则适用于雇主或工会团体保健计划保险：

- 如果您有退休保险，Medicare 先支付。
- 如果您的团体保健计划保险以您或家庭成员的当前工作为基础，谁先支付则取决于您的年龄、雇主雇用的员工数以及您是否有基于年龄、残障或晚期肾病 (ESRD) 的 Medicare：
  - 如果您未满 65 岁且身患残疾，您或您的家庭成员仍在工作，并且雇主的员工数多于等于 100 人或多个雇主计划中至少一家雇主的员工数多于 100 人，则您的团体保健计划先支付。
  - 如果您已过 65 岁、您或您的配偶仍在工作，并且雇主的员工数多于等于 20 人，或多个雇主计划中至少一家雇主的员工数多于 20 人，则您的团体保健计划先支付。
- 如果您因 ESRD 而有 Medicare，在您符合 Medicare 条件后您的团体保健计划将先支付前 30 个月。

以下类型的保险通常先支付其相关服务的费用：

- 无过失保险（包括汽车保险）
- 责任险（包括汽车保险）
- 煤尘肺补助
- 劳工赔偿

**第 1 章 会员入门**

---

对于 Medicare 承保的服务，Medicaid 与 TRICARE 不会先支付。他们只会在 Medicare、雇主团体健康计划和/或 Medigap 支付之后进行支付。

如果您有其他保险，请告知您的医生、医院和药房。如果您对谁先支付有疑问或您需要更新您的其他保险信息，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底。）您可能需要将您的计划会员 ID 号提供给您的其他保险商（在您确认其身份之后），以便按时正确支付您的账单。

## 第 2 章

### *重要的电话号码和资源*

## 第 2 章 重要的电话号码和资源

|       |                                                                         |    |
|-------|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 第 1 节 | <b>Bright Advantage Assist (HMO) 联系信息</b> （如何联系我们，包括如何联系计划的会员服务部） ..... | 22 |
| 第 2 节 | <b>Medicare</b> （如何从联邦 <b>Medicare</b> 计划直接获取帮助和信息） .....               | 29 |
| 第 3 节 | 州健康保险援助计划（关于 <b>Medicare</b> 的问题，免费为您提供回答、信息和 帮助） .....                 | 31 |
| 第 4 节 | 质量改进机构（由 <b>Medicare</b> 付费，负责监察 <b>Medicare</b> 受益人所获得的护理的质量） .....    | 31 |
| 第 5 节 | 社会保障局 .....                                                             | 32 |
| 第 6 节 | <b>Medicaid</b> （联邦与州的联合计划，帮助某些收入和资产有限的人士支付医疗费用） .....                  | 33 |
| 第 7 节 | 与协助支付处方药的计划有关的信息 .....                                                  | 34 |
| 第 8 节 | 如何联系铁路职工退休委员会 .....                                                     | 37 |
| 第 9 节 | 您是否有“团体保险”或雇主提供的其他健康保险？ .....                                           | 38 |

---

## 第 1 节                      **Bright Advantage Assist (HMO) 联系信息**

### (如何联系我们, 包括如何联系计划的会员服务部)

---

#### 如何联系我们计划的会员服务部

若在理赔、账单或会员卡问题方面需要帮助, 请致电或写信给 Bright Advantage Assist (HMO) 会员服务部。我们很乐意为您提供帮助。

| 方法   | 会员服务部 — 联系信息                                                                                                                          |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | (844)221-7736<br>拨打此号码是免费的。当地时间上午 8 点至晚上 8 点 (10 月 1 日至 3 月 31 日期间, 每周七天; 4 月 1 日至 9 月 30 日期间, 周一至周五)<br><br>会员服务部还为不说英语的人士提供免费的翻译服务。 |
| 听障专线 | 711<br>拨打此号码是免费的。当地时间上午 8 点至晚上 8 点 (10 月 1 日至 3 月 31 日期间, 每周七天; 4 月 1 日至 9 月 30 日期间, 周一至周五)                                           |
| 传真   | 1-800-325-8115                                                                                                                        |
| 写信   | Bright Health Medicare Advantage<br>Member Services<br>P.O. Box 853959<br>Richardson, TX 75085-3959                                   |
| 网站   | <a href="https://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>                                   |

**要求就您的医疗护理做出承保范围决定时，如何联系我们**

承保范围决定是指我们针对您的福利和承保范围，或我们就您的医疗服务支付的金额所做出的决定。有关请求关于您的医疗护理的承保范围决定的详细信息，请参见第 9 章（*遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）*）。

如果您对我们的承保范围决定流程有疑问，可以给我们打电话。

| 方法   | 医疗护理的承保范围决定 — 联系信息                                                                                               |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | (844)221-7736<br><br>拨打此号码是免费的。<br>当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）        |
| 听障专线 | 711<br><br>拨打此号码是免费的。当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）                      |
| 传真   | 1-800-894-7742                                                                                                   |
| 写信   | Bright Health<br>Attn: Clinical Programs Delivery<br>777 NW Blue Parkway<br>Suite 3350<br>Lee's Summit, MO 64086 |



## 当您就关于您获得的医疗护理进行上诉时，如何联系我们

上诉是指要求我们审核并更改我们已做出的承保范围决定的正式方式。有关就您的医疗护理进行上诉的详细信息，请参见第 9 章（*遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）*）。

| 方法   | 就医疗护理进行上诉 — 联系信息                                                                                          |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | (844)221-7736<br><br>拨打此号码是免费的。<br>当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五） |
| 听障专线 | 711<br><br>拨打此号码是免费的。<br>当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）           |
| 传真   | 1-800-894-7742                                                                                            |
| 写信   | Bright Health Medicare Advantage<br>Appeals & Grievances<br>P.O. Box 853943<br>Richardson, TX 75085-3943  |

## 当您就您的医疗护理进行投诉时如何联系我们

您可以就我们或我们的网络内提供者之一进行投诉，包括投诉您获得的护理质量。该类型的投诉不涉及承保或付款争议。（如果您的问题与计划的承保范围或付款有关，应查看上面关于进行上诉的章节。）有关就您的医疗护理进行投诉的详细信息，请参见第 9 章（*遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）*）。

| 方法          | 就医疗护理进行投诉 — 联系信息                                                                                                                                                                                         |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电          | (844)221-7736<br><br>拨打此号码是免费的。<br>当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）                                                                                                |
| 听障专线        | 711<br><br>拨打此号码是免费的。<br>当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）                                                                                                          |
| 传真          | 1-800-894-7742                                                                                                                                                                                           |
| 写信          | Bright Health Medicare Advantage<br>Appeals & Grievances<br>P.O. Box 853943<br>Richardson, TX 75085-3943                                                                                                 |
| MEDICARE 网站 | 您可直接向 Medicare 提出有关 Bright Advantage Assist (HMO) 的投诉。要向 Medicare 提交在线投诉，请访问<br><a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> 。 |

## 您请求有关您的 D 部分处方药的承保范围决定时，如何联系我们

承保范围决定是指我们针对您的福利和承保范围，或我们就您计划包含的 D 部分福利所承保处方药支付的金额所做出的决定。有关请求关于您的 D 部分处方药的承保范围决定的详细信息，请参见第 9 章（遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉））。

| 方法   | D 部分处方药的承保范围决定 — 联系信息                                                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-833-665-5346<br><br>拨打此号码是免费的。<br>周一至周日，全天候服务                                                                                                    |
| 听障专线 | 711<br><br>拨打此号码是免费的。<br>周一至周日，全天候服务                                                                                                               |
| 传真   | 877-503-7231                                                                                                                                       |
| 写信   | Elixir Solutions<br>Attn: Bright Health - Part D Coverage Determinations<br>2181 E. Aurora Rd, Suite 201<br>Twinsburg, OH 44087<br>电话：833-665-5346 |
| 网站   | <a href="https://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>                                                |

## 您就 D 部分处方药进行上诉时，如何联系我们

上诉是指要求我们审核并更改我们已做出的承保范围决定的正式方式。有关就您的 D 部分处方药进行上诉的详细信息，请参见第 9 章（*遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）*）。

| 方法   | D 部分处方药进行上诉 — 联系信息                                                                                                                 |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-833-665-5346<br><br>拨打此号码是免费的。<br>周一至周日，全天候服务                                                                                    |
| 听障专线 | 711<br><br>拨打此号码是免费的。<br>周一至周日，全天候服务                                                                                               |
| 传真   | 877-503-7231                                                                                                                       |
| 写信   | Elixir Solutions<br>Attn: Bright Health - Part D Appeals<br>2181 E. Aurora Rd, Suite 201<br>Twinsburg, OH 44087<br>电话：833-665-5346 |
| 网站   | <a href="https://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>                                |

## 当您就 D 部分处方药进行投诉时，如何联系我们

您可以就我们或我们的网络内药房之一进行投诉，包括投诉您获得的护理质量。该类型的投诉不涉及承保或付款争议。（如果您的问题与计划的承保范围或付款有关，应查看上面关于进行上诉的章节。）有关就您的 D 部分处方药进行投诉的详细信息，请参见第 9 章（*遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）*）。

| 方法          | 就 D 部分处方药进行投诉 — 联系信息                                                                                                                                                                                     |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电          | 1-833-665-5346<br><br>拨打此号码是免费的。<br>周一至周日，全天候服务                                                                                                                                                          |
| 听障专线        | 711<br><br>拨打此号码是免费的。<br>周一至周日，全天候服务                                                                                                                                                                     |
| 传真          | 877-503-7231                                                                                                                                                                                             |
| 写信          | Elixir Solutions<br>Attn: Bright Health - Part D Grievances<br>2181 E Aurora Rd., Suite 201<br>Twinsburg, Ohio 44087                                                                                     |
| MEDICARE 网站 | 您可直接向 Medicare 提出有关 Bright Advantage Assist (HMO) 的投诉。要向 Medicare 提交在线投诉，请访问<br><a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> 。 |

## 如要我们承担或支付您的医疗护理或获得的药物，应把请求应递交至何处

有关您要求我们报销或偿付您接受提供者服务的账单的详细信息，请参见第 7 章（*要求我们对您的承保医疗服务或药物账单支付我们应承担的费用*）。

**请注意：**如果您向我们发送付款请求，而我们拒绝您任何部分的请求，您都可以上诉我们的决定。请参见第 9 章（*遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）*），了解详细信息。

| 方法 | 付款请求 — 联系信息                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 写信 | 医疗理赔：<br>Bright Health Medicare<br>Advantage<br>Claims Operations<br>P.O. Box 853960 Richardson,<br>TX 75085-3960<br><br>D 部分理赔：Elixir Solutions<br>Attn: DMR Department<br>2181 E. Aurora Rd, Suite 201<br>Twinsburg, OH 44087<br>电话：833-665-5346 |
| 网站 | <a href="https://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>                                                                                                                                                |

## 第 2 节 Medicare （如何从联邦 Medicare 计划直接获取帮助和信息）

Medicare 是适用于年满 65 岁或以上的人士、某些 65 岁以下的残障人士以及患有晚期肾病（需要透析或肾移植的永久性肾衰竭）的人士的联邦健康保险计划。

负责 Medicare 的联邦机构是 Medicare 与 Medicaid 服务中心（有时称为“CMS”）。该机构与 Medicare Advantage 组织（包括我们在内）签有合约。

| 方法   | Medicare — 联系信息                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227<br>拨打此号码是免费的。<br>每周 7 天、每天 24 小时。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 听障专线 | 1-877-486-2048<br>拨打此号码要求使用专用电话设备，并且仅面向听力或语言有障碍的人士。<br>拨打此号码是免费的。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 网站   | <p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>这是 Medicare 的官方政府网站。它为您提供有关 Medicare 和当前 Medicare 问题的最新信息。它也提供有关医院、疗养院、内科医生、居家护理机构和透析设施的信息。它提供了手册，您可以从电脑直接打印。您也可找到您所在州的 Medicare 联系信息。</p> <p>Medicare 网站还包含以下工具，提供有关您的 Medicare 资格和注册选项的详细信息：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Medicare Eligibility Tool:</b> 提供 Medicare 资格状态信息。</li><li>• <b>Medicare Plan Finder:</b> 提供关于您在区域中可用 Medicare 处方药计划、Medicare 保健计划和 Medigap (Medicare 补充保险) 保险的个性化信息。这些工具可为您估计在各个 Medicare 计划中您的自付费用可能是多少。</li></ul> <p>您也可使用网站将您对 Bright Advantage Assist (HMO) 的任何投诉告诉 Medicare：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>将您的投诉告诉 Medicare:</b> 您可直接向 Medicare 提出有关 Bright Advantage Assist (HMO) 的投诉。要向 Medicare 提交投诉，请访问 <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>。Medicare 会认真对待您的投诉，并且会运用这些信息协助改进 Medicare 计划的质量。</li></ul> <p>如果您没有电脑，您当地的图书馆或长者中心可能有电脑，他们可以帮您浏览此网站。或者，您也可以致电 Medicare，告知您想查找的信息。他们会在网站上查找信息、打印出来并寄送给您。（您可随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。听障人士可致电 1-877-486-2048。）</p> |

---

### 第 3 节 州健康保险援助计划

（关于 Medicare 的问题，免费为您提供回答、信息和帮助）

---

州健康保险援助计划 (SHIP) 是一项政府计划，在每个州都有受过专业培训的顾问。在纽约州，SHIP 被称为纽约健康保险信息、咨询及援助计划 (HIICAP)。

纽约健康保险信息、咨询及援助计划 (HIICAP) 是独立的计划（与任何保险公司或保健计划都没有关系）。它是一个由联邦政府出资为 Medicare 受益人提供本地免费健康保险咨询的州计划。

纽约健康保险信息、咨询及援助计划 (HIICAP) 的顾问可以帮助您解决 Medicare 方面的疑问或问题。他们可以帮您了解您的 Medicare 权利，帮您就您的医疗护理或治疗进行投诉，并帮您解决与您的 Medicare 账单有关的问题。纽约健康保险信息、咨询及援助计划 (HIICAP) 的顾问还可帮助您了解您的 Medicare 计划选择并回答有关转换计划的问题。

| 方法   | 纽约健康保险信息、咨询及援助 (HIICAP)                                                                                                                                       |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-800-701-0501                                                                                                                                                |
| 听障专线 | 711                                                                                                                                                           |
| 写信   | New York State Office for the Aging<br>2 Empire State Plaza,<br>Albany, New York 12223-1251                                                                   |
| 网站   | <a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance">aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance</a> |

---

### 第 4 节 质量改进机构

（由 Medicare 付费，负责监察 Medicare 受益人所获得的护理的质量）

---

各州均有指定的质量改进机构为 Medicare 受益人提供服务。纽约州的质量改进机构称为“Livanta（纽约州质量改进机构）”。

Livanta（纽约州质量改进机构）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。该机构由 Medicare 出资，检查 Medicare 受益人获得的护理的质量并帮助改进。Livanta（纽约州质量改进机构）是一个独立的组织。它与我们的计划无关。



在以下任何一种情形下，您均应联系 Livanta（纽约州质量改进机构）：

- 您要对所获护理的质量提出投诉。
- 您认为您的住院承保结束得太早。
- 您认为您的居家护理、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务的承保结束得太早。

| 方法   | Livanta — 纽约州质量改进机构                                                                        |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-866-815-5440<br>工作日：上午 9 点至下午 5 点。周末与节假日：上午 11 点至下午 3 点。                                 |
| 听障专线 | 1-866-868-2289<br>拨打此号码要求使用专用电话设备，并且仅面向听力或语言有障碍的人士。                                        |
| 写信   | Livanta BFCC-QIO Program<br>10820 Guilford Road, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701 |
| 网站   | <a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>                                 |

## 第 5 节 社会保障局

社会保障局负责确定资格以及处理 Medicare 注册事宜。年满 65 岁、残障或患有晚期肾病并满足某些条件的美国公民和合法永久性居民符合 Medicare 计划的条件。如果您已获得社会保险支票，您则自动注册加入 Medicare。如果您未获得社会保险支票，则您必须注册参保 Medicare 计划。社会保障局处理 Medicare 的注册过程。要申请 Medicare，您必须致电社会保障局或访问您当地的社会保障办事处。

社会保障局也负责裁定是否因高收入而需要为 D 部分药物保险支付额外的金额。如果您收到社会保障局寄给您的信函，告知您需要支付额外的金额，而您对该笔金额有疑问或您的收入因改变人生的事件而减少，您可以致电社会保障局要求重新考量。

如果您搬迁或更改邮寄地址，请联系社会保障局更改相关信息，这一点非常重要。

| 方法   | 社会保障局 — 联系信息                                                                                      |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-800-772-1213<br>拨打此号码是免费的。<br>服务时间：周一至周五上午 7:00 到晚上 7:00。<br>您可以使用社会保障局的自动电话服务随时获取记录的信息及进行某些业务。 |
| 听障专线 | 1-800-325-0778<br>拨打此号码要求使用专用电话设备，并且仅面向听力或语言有障碍的人士。<br>拨打此号码是免费的。<br>服务时间：周一至周五上午 7:00 到晚上 7:00。  |
| 网站   | <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>                                                      |

## 第 6 节

### Medicaid

（联邦与州的联合计划，帮助某些收入和资产有限的人士支付医疗费用）

Medicaid 是一项联邦与州政府的联合计划，旨在帮助某些收入和资产有限的人士支付医疗费用。某些 Medicare 受益人也符合 Medicaid 的资格。

此外，Medicaid 提供一些其他计划，帮助 Medicare 受益人支付其 Medicare 费用，如 Medicare 保费。“Medicare 节省计划”每年都能帮助收入与资产有限的人士省钱：

- **符合条件的 Medicare 受益人 (QMB)：**帮助支付 Medicare A 部分和 B 部分保费及其他分摊费用（如自付额、共同保险和共付额）。（某些 QMB 受益人也符合享受完整 Medicaid 福利的条件 (QMB+)。）
- **特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：**帮助支付 B 部分保费。（某些 SLMB 受益人也符合享受完整 Medicaid (SLMB+) 福利的条件。）
- **符合条件的个人 (QI)：**帮助支付 B 部分保费。
- **符合条件的残疾个人工作者 (QDWI)：**帮助支付 A 部分保费。

若要了解更多关于 Medicaid 及其计划的信息，请联系纽约卫生部

| 方法   | 纽约卫生署 — 联系信息                                                                                         |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-800-541-2831<br>周一至周五，上午 8:30 至下午 4:45                                                             |
| 听障专线 | 711                                                                                                  |
| 写信   | New York State Department of Health<br>Corning Tower, Empire State Plaza<br>Albany, NY 12237         |
| 网站   | <a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> |

## 第 7 节 与协助支付处方药的计划有关的信息

### Medicare 的“额外补助”计划

Medicare 提供“额外补助”来为收入与资产有限之人士支付处方药的费用。资产包含您的储蓄与股票，但不包含您的住宅或汽车。如果您符合资格，您可以取得协助来支付任何 Medicare 药物计划月缴保费、年度自付额，以及处方药共付额。此“额外补助”同时也可计入您的自付费用中。

收入与资产有限的人士将可能符合“额外补助”资格。部分人士将自动符合“额外补助”资格，无需经过申请。Medicare 将寄送一封信函给自动符合“额外补助”资格的人士。

您可能可以取得“额外补助”来支付您的处方药保费与费用。要了解自己是否符合获得“额外补助”的资格，请致电：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听障人士可致电 1-877-486-2048，服务时间为每周七天，每天 24 小时；
- 社会保障办事处，电话 1-800-772-1213，服务时间：上午 7 点至晚上 7 点，周一至周五。听障人士可致电 1-800-325-0778（提出申请）；或
- 所在州的 Medicaid 办公室（提出申请）（联系信息请参见本章第 6 节）。

如果您认为您符合“额外补助”资格，且您认为您目前在药房购买处方药时支付的分摊费用金额有误，我们的计划设有一个程序，可允许您请求协助来取得正确共付额等级的证明，或如果您已有证明，则可允许您将此证明提供给我们。

- 如果您在取得现有的最佳证明上需要协助，请拨打您 ID 卡背面的电话号码致电会员服务部。
- 当我们收到表明您共付额等级的证明时，我们将会更新系统，让您下次在药房取得处方药时可以支付正确的共付额。如果您多付了共付额，我们将会向您报销。我们会给您一张包含您多付金额的支票，或者我们将会用该金额抵消未来的共付额。

**第 2 章 重要的电话号码和资源**

---

如果该药房尚未向您收取共付额，并将您的共付额视作您所欠下的款项，则我们可能会直接向该药房付款。如果州代表您支付了款项，则我们可能会直接向该州付款。如果您有疑问，请联系会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

**Medicare 承保缺口折扣计划**

Medicare 承保缺口折扣计划提供原厂药制造商折扣给达到承保缺口且尚未接受“额外补助”的 D 部分会员。对于原厂药，制造商提供的 70% 折扣不包括缺口阶段药物的配药费。会员须为原厂药支付 25% 的议定价格和部分配药费。

如果您达到了承保缺口，则当您的药房就处方药向您收费时我们将自动适用该折扣，而您的 D 部分福利说明（D 部分 EOB）将会显示任何已提供的折扣。您支付的金额和制造商折扣的金额皆如同已由您支付一般计入您的自付费用，并使您通过承保缺口。由计划支付的金额 (5%) 并不计入您的自付费用。

您也将取得副厂药的部分承保。如果您达到了承保缺口，则计划将支付 75% 的副厂药价格，而您将支付剩下的 25% 价格。对于副厂药，由计划支付的金额 (75%) 并不计入您的自付费用。只有您支付的金额有计算在内，并使您通过承保缺口。此外，配药费也作为药物费用的一部分计入。

Medicare 承保缺口折扣计划于全国范围提供。由于 Bright Advantage Assist (HMO) 在承保缺口阶段提供了额外的缺口承保，因此您的自付费用有时可能会低于此处所述的费用。有关您承保缺口阶段的更多承保信息，请查阅第 6 章第 6 节。

如果您正在使用药物的可用折扣或对 Medicare 承保缺口折扣计划的大体情况有任何疑问，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

**如果您获州政府医药补助计划 (SPAP) 承保会怎样？**

如果您参加州政府医药补助计划 (SPAP) 或提供 D 部分药物承保的任何其他计划（“额外补助”除外），对于承保的原厂药，您仍可以获得 70% 的折扣。本计划还会在承保缺口阶段为原厂药支付 5% 的费用。本计划提供的 70% 的折扣和所支付的 5% 的费用，适用于任何 SPAP 或其他保险偿付之前的药物价格。

**如果您获 AIDS 药物协助计划 (ADAP) 承保会怎样？****什么是 AIDS 药物协助计划 (ADAP)？**

AIDS 药物协助计划 (ADAP) 可以帮助符合 ADAP 资格的 HIV/AIDS 患者获取挽救生命 HIV 药物。同样受 ADAP 承保的 Medicare D 部分处方药有资格通过“HIV 无保险者护理计划” (HIV Uninsured Care Programs) 获得处方药分摊费用补助。注：如要符合参加所在州的 ADAP 的资格，您必须满足特定条件，包括能够提供所在州的居住证明和 HIV 患病状况证明、符合州规定的低收入标准的证明，以及未获承保/承保不足的证明。

如果您现在正在参加 ADAP，则它可继续就 ADAP 处方药一览表上的药物为您提供 Medicare D 部分处方药分摊费用补助。为确保您继续获得此项补助，如果您的 Medicare D 部分计划名称或保单编号发生任何变化，请通知您当地负责参保事宜的 ADAP 工作人员。

如需了解有关资格标准、承保药物或如何参加该计划的信息，请联系“HIV 无保险者护理计划”(HIV Uninsured Care Programs)。

您所在州的 AIDS 药物协助计划列示如下。

| 方法   | HIV 无保险者护理计划 (HIV Uninsured Care Programs)                                                                                           |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-800-542-2437 (州内)<br>518-459-1641 (州外)<br>周一至周五，上午 9 点至下午 5 点                                                                      |
| 听障专线 | 711                                                                                                                                  |
| 写信   | HIV Uninsured Care Programs Empire Station<br>P.O. Box 2052<br>Albany, NY 12220                                                      |
| 网站   | <a href="http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/">www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/</a> |

如果您取得 Medicare 的“额外补助”来协助支付您的处方药费用，将怎样？您是否可以取得折扣？

不能。如果您取得了“额外补助”，则您已经在承保缺口期间取得了处方药费用的承保。

当您认为自己应该获得折扣时但没有获得，应该怎么办？

如果您认为您已达到承保缺口，但在您支付原厂药时仍未取得折扣，您应检查下次的 *D 部分福利说明* (D 部分 EOB) 通知。如果折扣并未显示在您的 *D 部分福利说明* 上，您应联系我们，以确定您的处方药记录是否正确且有及时更新。如果我们不同意您有被拖欠折扣，您可以提出上诉。您可通过州健康保险援助计划 (SHIP) (电话号码列于本章第 3 节) 或随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获得提出上诉方面的协助。听障人士可致电 1-877-486-2048。

## 州政府医药补助计划

很多州都设有州政府医药补助计划，以根据财务需求、年龄、身体状况或残障程度协助某些人士支付处方药费用。每个州向计划会员提供药物承保的规则各不相同。

## 第 2 章 重要的电话号码和资源

在纽约州，州政府医药补助计划为纽约州长者药物保险 (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC)。

| 方法   | 纽约州长者药物保险 (EPIC)                                                                                           |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-800-332-3742                                                                                             |
| 听障专线 | 711                                                                                                        |
| 写信   | EPIC<br>P.O. Box 15018<br>Albany, NY 12212                                                                 |
| 网站   | <a href="http://www.health.state.ny.us/nysdoh/epic/faq.htm">www.health.state.ny.us/nysdoh/epic/faq.htm</a> |

## 第 8 节 如何联系铁路职工退休委员会

铁路职工退休委员会是独立的联邦机构，管理国家铁路工作人员及其家庭成员的综合福利计划。如果对于您通过铁路职工退休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委员会获取 Medicare 福利，当您搬迁或更改邮寄地址时请通知其更改相关信息，这一点非常重要。

| 方法   | 铁路职工退休委员会 — 联系信息                                                                                                                                                                        |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-877-772-5772<br>拨打此号码是免费的。<br><br>按“0”可接通铁路职工退休委员会 (RRB) 代表，其服务时间为周一至周五的上午 9:00 至下午 3:30（周三除外，该天的服务时间为上午 9:00 至中午 12:00）。<br><br>按“1”则会接通 RRB 自动应答服务热线，您可以利用此专线查询一些信息记录，服务时间包括周末与节假日。 |
| 听障专线 | 1-312-751-4701<br>拨打此号码要求使用专用电话设备，并且仅面向听力或语言有障碍的人士。<br>拨打该电话不是免费的。                                                                                                                      |
| 网站   | <a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>                                                                                                                                                  |

---

## 第 9 节 您是否有“团体保险”或雇主提供的其他健康保险？

---

如果您（或您的配偶）因本计划而从您的（或您配偶的）雇主处或退休人士团体处获得福利，在您有任何疑问时，请致电雇主/工会福利管理员或会员服务部。您可以咨询有关您的（您配偶的）雇主或退休人士健康福利、保费或注册期的问题。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）您也可以致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；听障专线：1-877-486-2048），咨询与您在本计划下享有的 Medicare 承保范围有关的问题。

如果您有通过您的（或您配偶的）雇主或退休人士团体取得其他处方药保险，请联系**该团体的福利管理员**。该名福利管理员将可协助您确定您目前的处方药保险是否适合我们的计划。

## 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

|              |                                            |           |
|--------------|--------------------------------------------|-----------|
| <b>第 1 节</b> | <b>作为我们计划的会员，来获得医疗护理的承保需要了解的事项 .....</b>   | <b>41</b> |
| 第 1.1 节      | 什么是“网络内提供者”和“承保服务”？ .....                  | 41        |
| 第 1.2 节      | 获得本计划所承保医疗护理的基本规定 .....                    | 41        |
| <b>第 2 节</b> | <b>使用本计划网络内的提供者获得医疗护理 .....</b>            | <b>42</b> |
| 第 2.1 节      | 您可选择一个主治医生 (PCP) 来提供和监管您的医疗护理 .....        | 42        |
| 第 2.2 节      | 您不需要经过您的 PCP 事先批准即可获得哪些种类的医疗护理？ .....      | 43        |
| 第 2.3 节      | 如何从专科医生和其他网络内提供者处获得护理 .....                | 43        |
| 第 2.4 节      | 如何从网络外提供者处获得护理 .....                       | 44        |
| <b>第 3 节</b> | <b>如何在需要紧急医疗或急症治疗护理时或在灾难期间获得承保服务 .....</b> | <b>45</b> |
| 第 3.1 节      | 在发生紧急医疗情况时获得护理 .....                       | 45        |
| 第 3.2 节      | 获得急症治疗服务 .....                             | 46        |
| 第 3.3 节      | 灾难期间获取护理 .....                             | 46        |
| <b>第 4 节</b> | <b>如果您直接收到承保服务全部费用的账单，该如何处理？ .....</b>     | <b>47</b> |
| 第 4.1 节      | 您可以要求我们支付我们对承保服务应承担的费用 .....               | 47        |
| 第 4.2 节      | 如果我们的计划不承保服务，您必须支付全部费用 .....               | 47        |
| <b>第 5 节</b> | <b>参加“临床研究”时，您的医疗服务如何获得承保？ .....</b>       | <b>47</b> |
| 第 5.1 节      | 什么是“临床研究”？ .....                           | 47        |
| 第 5.2 节      | 参与临床研究时，如何分摊费用？ .....                      | 48        |
| <b>第 6 节</b> | <b>有关在“宗教性非医疗保健机构”获得承保护理的规定 .....</b>      | <b>49</b> |
| 第 6.1 节      | 什么是“宗教性非医疗保健机构”？ .....                     | 49        |
| 第 6.2 节      | 从宗教性非医疗保健机构接受护理 .....                      | 49        |
| <b>第 7 节</b> | <b>对拥有耐用医疗设备的规定 .....</b>                  | <b>50</b> |
| 第 7.1 节      | 根据我们的计划，您是否能在一定次数的付款后拥有耐用医疗设备？ .....       | 50        |
| <b>第 8 节</b> | <b>对氧气设备、用品和维修的规定 .....</b>                | <b>50</b> |
| 第 8.1 节      | 您在氧气方面享有哪些福利？ .....                        | 50        |
| 第 8.2 节      | 您的分摊费用是多少？ 36 个月后会变化吗？ .....               | 51        |
| 第 8.3 节      | 如果您退出该计划并返回至 Original Medicare，将会如何？ ..... | 51        |

## 第 1 节 作为我们计划的会员，来获得医疗护理的承保需要了解的事项

本章介绍有关使用本计划承保您的医疗护理所需要了解的事项。其中提供了一些术语的定义，并介绍了要让本计划承保您的医疗、服务和其他医疗护理，您需要遵守的一些规定。

有关我们计划所承保医疗护理以及获得此护理时您应支付的费用详情，请参见第 4 章（*医疗福利表，承保范围与支付费用*）中的福利表。

### 第 1.1 节 什么是“网络内提供者”和“承保服务”？

以下提供了一些定义，可帮助您了解作为本计划的会员，您如何获得为您承保的护理和服务：

- **“提供者”** 是经州许可的，提供医疗服务和护理的医生以及其他医疗保健专业人员。“提供者”一词还包含医院以及其他医疗保健机构。
- **“网络内提供者”** 是指与我们达成协议，接受我们的付款以及您的分摊费用金额作为完整付款的医生以及其他医疗保健专业人员、医疗团体、医院以及其他医疗保健机构。我们已安排这些提供者参与本计划的会员提供承保服务。对于为您提供护理，我们的网络内提供者会直接向我们开出账单。接受网络内提供者的服务时，您只需为他们提供的服务支付您的分摊费用。
- **“承保服务”** 包括本计划所承保的所有医疗护理、医疗保健服务、用品和设备。会在第 4 章中的福利表中列出您的医疗护理承保服务。

### 第 1.2 节 获得本计划所承保医疗护理的基本规定

作为一个 Medicare 保健计划，Bright Advantage Assist (HMO) 必须承保 Original Medicare 所承保的所有服务，且必须遵守 Original Medicare 的承保规定。

只要符合以下条件，Bright Advantage Assist (HMO) 通常会承保您的医疗护理：

- 您所接受的护理包含在本计划的医疗福利表中（该表在本手册第 4 章中）。
- 您所接受的护理被视为属于医疗必需的护理。“医疗必需”表示服务、用品或药品是预防、诊断或治疗您的疾病所需要的，且符合可接受的医疗实践标准。
- 您有一个网络内主治医生 (PCP) 来为您提供和监管护理。作为我们计划的会员，您必须选择一个网络内 PCP（有关详细信息，请参见本章中的第 2.1 节）。
  - 紧急医疗护理或急症治疗服务不需要从您的 PCP 处转诊。

**第 3 章 使用本计划承保您的医疗服务**

- **您必须从网络内提供者获得护理**（有关详细信息，请参见本章中的第 2 节）。在大多数情况下，您从网络外提供者（不在我们计划网络内的提供者）处接受的护理将无法获得承保。

以下三项例外：

- 本计划会对您从网络外提供者处获得的紧急医疗护理或急症治疗服务进行承保。有关详细信息以及紧急医疗护理或急症治疗服务的含义，请参见本章中的第 3 节。
- 如果您需要 Medicare 要求我们计划承保的医疗护理，但我们网络内的提供者无法提供此护理，您可以从网络外提供者处获得此护理。从网络外提供者处寻求非紧急或非急症护理前，您必须先获得事先授权。在此情况下，您所支付的费用将与从网络内提供者处获得护理时支付的费用相同。有关获得批准以向网络外医生求诊的信息，请参见本章中的第 2.4 节。
- 本计划承保当您暂时离开本计划的服务区域时，在 Medicare 认证的透析机构获得的肾透析服务。

---

**第 2 节 使用本计划网络内的提供者获得医疗护理**

---

|                |                                      |
|----------------|--------------------------------------|
| <b>第 2.1 节</b> | <b>您可选择一位主治医生 (PCP) 来提供和监管您的医疗护理</b> |
|----------------|--------------------------------------|

什么是“PCP”？PCP 会为您做什么？

- 什么是 PCP？  
主治医生 (PCP) 是协助您管理整体健康的网络内提供者，其中可能涉及预防性护理、新症状查因或者帮助您管理多种慢性疾病。
- 哪些类型的提供者可以担任 PCP？  
PCP 可以由专攻以下学科领域的医生（拥有 MD 或 DO 学位的持照医生）、医生助理或执业护士（NP、APN、FNP、DNP、APRN）担任：家庭医学、内科医学、老年医学、儿科医学或全科医学。
- PCP 的职责是什么？  
PCP 是您绝大部分医疗与健康护理需求的第一联系人。此类提供者将协助您获得护理、指导、治疗和支持，以便您维持最佳健康状态，无论您的既存病症如何。您的 PCP 是您的健康顾问，通过与您密切合作来帮助您实现健康护理目标。

前往其他网络内提供者处就诊并不需要您获得 PCP 转诊；但是，在选择专科医生或者寻求其他护理之前，我们强烈建议您先咨询您的 PCP。对于需要授权的服务，您的 PCP 可协助您完成此流程。

## 如何选择您的 PCP?

请务必抽出时间慎重选择您的 PCP，因为此人士将针对您的健康护理需求与您开展密切合作。如果您当前的 PCP 不在我们的网络内，Bright Health 可协助您找到一名满足您需求的 PCP。

如果在寻找和选择 PCP 方面需要协助，请访问我们的网站 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](https://brighthouseplan.com/medicare-advantage)，或者拨打您 ID 卡背面的电话号码致电会员服务部。（会员服务部电话号码也印在本手册封底）。

## 更改您的 PCP

您可以随时因任何原因更改您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能会脱离我们计划的提供者网络，这样您将需要寻找新的 PCP。

若要更换您的 PCP，您可以在我们的网站 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](https://brighthouseplan.com/medicare-advantage) 上找到新的 PCP，然后拨打您 ID 卡背面的会员服务部电话申请更换 PCP。（会员服务部电话号码也印在本手册封底）。在收到您的请求后，指定的新 PCP 将立即生效。

更换您的 PCP 后，可能会导致您只能接受经该 PCP 转诊的特定专科医生或医院（例如子网络、专科医生、实验室、放射科）的服务。

|                |                                        |
|----------------|----------------------------------------|
| <b>第 2.2 节</b> | <b>您不需要经过您的 PCP 事先批准即可获得哪些种类的医疗护理？</b> |
|----------------|----------------------------------------|

Bright Health 不要求医疗护理获得 PCP 转诊。

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| <b>第 2.3 节</b> | <b>如何从专科医生和其他网络内提供者处获得护理</b> |
|----------------|------------------------------|

专科医生是指为一种特定疾病或身体特定部位提供医疗保健服务的医生。有许多种类的专科医生。以下是一些例子：

- 肿瘤医生，负责治疗癌症患者。
- 心内科医生，负责治疗心脏有问题的患者。
- 骨科医生，负责骨头、关节或肌肉有某些问题的患者。

您无需 PCP 的转诊也可前往网络内专科医生处就诊；但是，我们始终建议您在前往专科医生处看诊之前先向 PCP 寻求指导和建议。

专科医生提供的某些服务可能需要获得事先授权。如有需要，您、您的 PCP 或者您的专科医生可以申请事先授权。请参阅本手册第 4 章第 2.1 节，详细了解哪些服务需要事先授权。

### 第 3 章 使用本计划承保您的医疗服务

若在寻找网络内专科提供者方面需要协助，请联系您的 PCP，访问我们的网站 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage)，或者致电您 ID 卡背面的会员服务部电话。（会员服务部电话号码也印在本手册封底）。

#### 如果专科医生或其他网络内提供者离开我们的计划，该如何处理？

我们可能会在一年当中对您计划内的医院、医生和专科医生（提供者）进行更改。提供者离开计划的原因有很多，但如果您的医生或专科医生离开了您的计划，您拥有以下权利并受到以下保护：

- 尽管我们的提供者网络可能会在一年当中发生变更，但 Medicare 要求我们必须让您不间断地获得由合格的医生和专科医生提供的服务。
- 我们将尽力至少提前 30 天把您的提供者要离开计划的消息告诉您，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以继续管理您的医疗保健需求。
- 如果您正在接受医学治疗，您有权要求且我们将与您合作以确保您正在接受的医疗必需治疗不被中断。
- 如果您认为我们没有向您提供一位合格的提供者以取代您之前的提供者，或者认为您的护理没有得到恰当管理，您有权对我们的决定提出上诉。
- 如果您发现您的医生或专科医生打算离开计划，请与我们联系，以便我们协助您找到新的提供者来管理您的护理。

如需其他协助，请致电 (844)221-7736，服务时间为当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）。听障专线：711。

#### 第 2.4 节 如何从网络外提供者处获得护理

若无事先授权，任何不被视作紧急情况的网络外护理或者服务区外急症护理不受承保。如需获取事先授权，您或您的医生可联系会员服务部寻求帮助。

本计划也承保当您暂时离开本计划的服务区域时，在 Medicare 认证的透析机构获得的肾透析服务。

如果您需要 Medicare 要求我们计划承保的医疗护理，但我们网络内的提供者无法提供此护理，我们将向适当的网络外提供者提供授权。您需要支付的费用将与从网络内提供者处获得护理时支付的费用相同。

## 第 3 节 如何在需要紧急医疗或急症治疗护理时或在灾难期间获得承保服务

### 第 3.1 节 在发生紧急医疗情况时获得护理

什么是“紧急医疗情况”？发生紧急医疗情况时您应该做什么？

“紧急医疗情况”是指您或任何其他具有一般健康和医学常识的人认为您的生理症状需要立即进行医疗处理以防发生生命危险、截肢或肢体残障的情况。医疗症状可以是疾病、损伤、剧痛或快速恶化的病情。

如果您发生紧急医疗情况，请：

- **尽快寻求帮助。**拨打 911 求救或前往最近的急诊室或医院。如果需要，请叫救护车。您不需要经过您的 PCP 批准或先从您的 PCP 处转诊。
- **请务必尽快向我们的计划通知您的紧急情况。**我们需要跟进您的紧急医疗护理。您或其他人应致电（通常在 48 小时内）说明您的紧急医疗护理情况。电话：(844)221-7736，服务时间：当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）。

在发生紧急医疗情况时承保哪些护理？

在有需要时，您可以从全球任何地点获得承保的紧急医疗护理。如果以任何其他方式前往急诊室会危及您的健康，我们的计划会承保救护车服务。有关详细信息，请参见本手册第 4 章中的医疗福利表。

您在全世界任何地方接受的紧急医疗护理均获承保。有关详细信息，请参见本手册第 4 章中的医疗福利表。

如果您发生紧急情况，我们会与为您提供紧急医疗的医生交流，让其帮助管理和跟进您的护理。为您提供紧急医疗的医生将决定您的状况什么时候稳定，并结束紧急医疗情况。

在紧急情况结束后，您有权接受后续护理，以确保您的状况持续稳定。您的后续护理将受到我们计划的承保。如果您接受了网络外提供者提供的紧急医疗护理，我们会在您的生理状况和环境允许的情况下，立即安排网络内提供者接管您的护理工作。

如果不是紧急医疗情况，该如何处理？

有时，可能难以判断自己是否发生了紧急医疗情况。例如，您可能要求紧急医疗护理，认为您的健康状况非常危险，但医生可能会说这根本不是紧急医疗情况。如果结果发现这不是紧急情况，只要您有理由认为自己的健康状况非常危险，我们就会为您的护理承保。

**第 3 章 使用本计划承保您的医疗服务**

但是，在医生说这不是紧急情况后，我们就不会再承保其他护理，除非您通过以下两种方法之一获得其他护理：

- 您到网络内提供者处获得其他护理。
- — 或者 — 您所接受的其他护理被视为“急症治疗服务”，且您遵守针对获得该急症治疗服务的相关规定（有关详细信息，请参见下文第 3.2 节）。

**第 3.2 节 获得急症治疗服务****什么是“急症治疗服务”？**

“急症治疗服务”是无法预见的非紧急医疗疾病、伤害或状况，它需要立即进行医疗护理。急症治疗服务可能由网络内提供者提供，或在暂时无法从网络内提供者处获得护理时由网络外提供者提供。无法预见的状况可能（举例）是您无法预见的已知状况突然发作。

**需要急症治疗护理时，如果您在本计划的服务区域内，该如何处理？**

您应始终尝试从网络内提供者处获取急症治疗服务。然而，如果暂时无法从提供者处获得护理，且等至可从网络内提供者处获取护理的做法不合理时，我们将承保您从网络外提供者处获取的急症治疗服务。

如果在寻找最近的网络内急症护理中心方面需要帮助，请前往我们的网站或者拨打您 ID 卡背面的电话号码联系会员服务部。（会员服务部电话号码也印在本手册封底）。

**需要急症治疗护理时，如果您不在本计划的服务区域内，该如何处理？**

如果您不在服务区域内，因此无法从网络内提供者处获得护理，我们的计划将为您从任何提供者处获得的急症治疗服务承保。

我们的计划承保美国境外的全球紧急医疗服务，但对于美国及其属地境外的紧急医疗护理，共付额为 \$90，最高年度承保金额为 \$50,000。您将需要预付服务的费用。您必须向 Bright Health 提交报销申请。如需详细了解如何提交报销申请，请参阅第 7 章。

**第 3.3 节 灾难期间获取护理**

如果您所在州州长、美国卫生与公众服务部部长或美国总统宣布您所在区域处于灾难或紧急状态，您仍有权获取您计划提供的护理。

请访问以下网站：[brighthouseplan.com/medicare-advantage/resource/faq](https://brighthouseplan.com/medicare-advantage/resource/faq)，了解如何在重大伤病期间获取所需护理。

**第 3 章 使用本计划承保您的医疗服务**

通常而言，如果您在灾难期间无法使用网络内提供者，您的计划将允许您从网络外提供者处获取护理，并可享受网络内的分摊费用。如果您在灾难期间无法使用网络内药房，您可在网络外药房配取您的处方药。请参见第 5 章第 2.5 节了解更多信息。

**第 4 节 如果您直接收到承保服务全部费用的账单，该如何处理？****第 4.1 节 您可以要求我们支付我们对承保服务应承担的费用**

如果您为承保服务支付的费用已超过您的分摊费用，或您收到承保医疗服务全部费用的账单，请前往第 7 章（*要求我们对您收到的承保医疗服务或药物账单支付应承担的费用*），以了解该怎么做。

**第 4.2 节 如果我们的计划不承保服务，您必须支付全部费用**

Bright Advantage Assist (HMO) 可承保符合以下条件的所有医疗服务：具有医疗必需性、列在本计划的医疗福利表中（该表在本手册第 4 章中），且是根据计划规则接受的服务。如果接受的服务不是计划承保服务，或是在网络外接受以及未授权的，您将有责任支付本计划不承保的这些服务的全部费用。

如果对我们是否会为您正考虑接受的任何医疗服务或护理支付费用有任何疑问，您有权在接受服务或护理之前询问我们是否会进行承保。您亦有权对此提出书面要求。如果我们说我们不会承保您的服务，您有权对我们不为您的护理承保的决定提出上诉。

有关如何要求我们做出承保范围决定，或对我们已做出的决定提出上诉的详细信息，请查阅第 9 章（*遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）*）。您也可致电会员服务部了解详细信息（电话号码印在本手册封底）。

对于有福利限制的承保服务，在使用完该类型承保服务的福利后，您需要支付所接受的任何服务的全部费用。非承保服务或超出福利限制的服务的费用不计入您在计划中的最高自付费用金额。（有关计划最高自付费用的详细信息，请参阅第 4 章。）如果想要知道您已使用了多少福利限制，您可以致电会员服务部。

**第 5 节 参加“临床研究”时，您的医疗服务如何获得承保？****第 5.1 节 什么是“临床研究”？**

临床研究（也叫做“临床试验”）是医生和科学家测试新类型的医疗护理的方法，例如一种新癌症药品的疗效如何。他们会要求志愿者协助进行研究，以便测试新医疗护理程序或药品。这种研究是研究程序的最后阶段，可帮助医生和科学家了解新方法是否有效和安全。



### 第 3 章 使用本计划承保您的医疗服务

并非所有临床研究都向我们计划中的会员开放。Medicare 首先需要批准研究。如果您参加 Medicare 没有批准的研究，您需要负责支付加入此研究的所有费用。

在 Medicare 批准研究后，研究人员会与您联系并进一步介绍该研究，看看您是否符合进行研究的科学家规定的要求。只要您符合研究要求并且完全了解和接受参与研究的一切后果，您就可以参与研究。

如果您参与 Medicare 批准的研究，Original Medicare 会为您在研究中接受的承保服务支付大部分费用。参与临床研究时，您仍然可以注册我们的计划，并通过我们的计划继续获得剩余的护理（与研究无关的护理）。

如果您想参与 Medicare 批准的临床研究，并不需要经过我们或您的 PCP 批准。临床研究中为您提供护理的提供者不需要属于我们计划的提供者网络。

虽然您不需要经过我们计划的许可即可参与临床研究，但您需要在开始参与临床研究之前告诉我们。

如果您计划参与一项临床研究，请联系会员服务部（电话号码印在本手册封底），告诉他们您将参与临床试验及了解关于计划付费项目的具体详情。

#### 第 5.2 节 参与临床研究时，如何分摊费用？

在您参与 Medicare 批准的临床研究后，您在研究中接受的常规项目和服务将得到承保，它们包括：

- 即使不参与研究，Medicare 也会为您支付的住院食宿。
- 用于研究的手术或其他医疗程序。
- 对新护理的副作用和并发症的治疗。

Original Medicare 会为您在研究中接受的承保服务支付大部分费用。在 Medicare 支付其为这些服务应承担的费用后，我们的计划也会支付部分费用。我们将支付您在 Original Medicare 下分摊的费用和您作为我们计划会员分摊的费用之间的差额。这就是说，参与研究时您为所接受的服务支付的费用将和从我们的计划接受这些服务时相同。

*以下是分摊费用如何运作的例子：*假设您有一个花费 \$100 的化验室检查，是研究的一部分。我们再假设，根据 Original Medicare 的规定，您为这个检查分摊的费用为 \$20，但这个检查在我们的计划福利之下只需 \$10。在这种情况下，Original Medicare 会为检查支付 \$80，我们会支付另外的 \$10。这就是说，您要支付 \$10，金额和您根据我们计划的福利需要支付的金额一样。

您需要提交付款请求，之后我们才会支付我们应承担的费用。在您的付款请求中，您将需要附上 Medicare 服务概要通告，或其他能说明您在研究中接受的服务和所欠费用的凭证。有关提交付款请求的详细信息，请参见第 7 章。

**第 3 章 使用本计划承保您的医疗服务**

参与临床研究时，**Medicare** 和我们的计划均不会支付以下任何费用：

- 通常，Medicare 不会为研究正在测试的新项目或服务支付费用，除非是即使不进行研究，Medicare 也会承保的项目或服务。
- 研究为您或任何参与者免费提供的项目和服务。
- 只用于收集资料而不是直接对您进行医疗保健而提供的项目或服务。例如，在您的治疗状况通常只需一次 CT 扫描时，Medicare 将不会为在研究中进行的每月 CT 扫描支付费用。

**想知道更多信息吗？**

有关参与临床研究的详细信息，您可以阅读 Medicare 网站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 上的“Medicare and Clinical Research Studies”（Medicare 计划和临床研究）刊物。

您也可以随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听障人士可致电 1-877-486-2048。

---

**第 6 节 有关在“宗教性非医疗保健机构”获得承保护理的规定**

---

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| <b>第 6.1 节</b> | <b>什么是“宗教性非医疗保健机构”？</b> |
|----------------|-------------------------|

宗教性非医疗保健机构是为通常在医院或专业护理机构接受护理的状况提供护理的机构。如果在医院或专业护理机构接受护理违反了会员的宗教信仰，取而代之，我们将在宗教性非医疗保健机构提供护理承保。您可以随时因任何原因选择寻求医疗护理。仅会为 A 部分住院服务（非医疗保健服务）提供该福利。Medicare 仅会为宗教性非医疗保健机构提供的非医疗保健服务支付费用。

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| <b>第 6.2 节</b> | <b>从宗教性非医疗保健机构接受护理</b> |
|----------------|------------------------|

若要获得宗教性非医疗保健机构的护理，您必须签署一份法律文件，申明您意识清晰地反对接受“非强制性”的医学治疗。

- “非强制性”医学护理或治疗是指自愿而并非联邦、州或地方法律要求的任何医学护理或治疗。
- “强制性”医学治疗是指非自愿而是联邦、州或地方法律要求的医学护理或治疗。

要获得本计划承保，您从宗教性非医疗保健机构接受的护理必须符合以下条件：

- 提供护理的机构必须经过 Medicare 认证。
- 本计划对所接受服务的承保仅限于护理的非宗教方面。

**第 3 章 使用本计划承保您的医疗服务**

- 如果您从该机构获得的服务在机构中提供，则下列条件适用：
  - 您的医疗状况必须允许您接受住院治疗或专业护理机构护理的承保服务。
  - — 并且 — 您必须在进入该机构之前事先得到本计划的批准，否则您的住院将无法获得承保。

只要您的住院符合 Medicare 承保指南的规定，我们为您承保不限制天数的住院治疗。第 4 章医疗福利表中的“住院治疗”部分介绍了承保限制。

---

**第 7 节 对拥有耐用医疗设备的规定**

---

|                |                                       |
|----------------|---------------------------------------|
| <b>第 7.1 节</b> | <b>根据我们的计划，您是否能在一定次数的付款后拥有耐用医疗设备？</b> |
|----------------|---------------------------------------|

耐用医疗设备 (DME) 包括以下物品：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、语音生成设备、静脉输液泵、雾化器和提供者订购用于家庭的医院病床。某些物品（例如假体）将始终由会员拥有。在本节中，我们将讨论您必须租用的其他类型的 DME。

在 Original Medicare 中，租用某些类型的 DME 的人在为该设备支付 13 个月的共付额后即可拥有该设备。但是，作为 Bright Advantage Assist (HMO) 的会员，无论您在参与计划期间为设备支付多少次共付额，您通常都无法获得所租用 DME 的所有权。即使您在加入本计划之前，已在 Original Medicare 下为 DME 连续支付 12 次，在作为本计划的会员时，无论您为设备支付多少次共付额，也无法获得设备所有权。

**如果您转到 Original Medicare，您已为耐用医疗设备支付的款项会怎样？**

如果您在我们的计划中未获得 DME 的所有权，则在转至 Original Medicare 后，您需要重新为该设备连续支付 13 次费用才能拥有该设备。您在我们计划中支付的款项将不会计入这 13 次连续支付中。

在加入我们计划之前，如果您已在 Original Medicare 下为 DME 支付不足 13 次费用，之前支付的这些款项也不会计入这 13 次连续支付中。在您回到 Original Medicare 后，您需要重新连续支付 13 次费用才能拥有该设备。对于回到 Original Medicare 的这一情况，没有任何例外。

---

**第 8 节 对氧气设备、用品和维修的规定**

---

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| <b>第 8.1 节</b> | <b>您在氧气方面享有哪些福利？</b> |
|----------------|----------------------|

若您符合 Medicare 承保氧气设备的条件，参保后，Bright Advantage Assist (HMO) 将为您承保：

- 氧气设备的租赁

**第 3 章 使用本计划承保您的医疗服务**

---

- 氧气和含氧物质的输送
- 用于输送氧气和含氧物质的管子及相关供氧配件
- 氧气设备的保养与修理

如果您退出 Bright Advantage Assist (HMO) 或者氧气设备不再是医学上需要的，则必须将氧气设备退还给设备的所有者。

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| <b>第 8.2 节</b> | <b>您的分摊费用是多少？36 个月后会变化吗？</b> |
|----------------|------------------------------|

对于 Medicare 承保的氧气设备，您的分摊费用为每月 20% 的共同保险。

参保 36 个月后，您在 Bright Advantage Assist (HMO) 中的分摊费用不会发生变更。

如果您在参保 Bright Advantage Assist (HMO) 之前已为氧气设备承保服务支付 36 个月的租赁费用，则您在 Bright Advantage Assist (HMO) 中的分摊费用为 20% 的共同保险。

|                |                                             |
|----------------|---------------------------------------------|
| <b>第 8.3 节</b> | <b>如果您退出该计划并返回至 Original Medicare，将会如何？</b> |
|----------------|---------------------------------------------|

如果您转回至 Original Medicare，则 36 个月的租赁周期将重新开始，每五年续约一次。例如，即使您在加入 Bright Advantage Assist (HMO) 之前已为氧气设备支付租赁费用长达 36 个月，如果您在加入 Bright Advantage Assist (HMO) 12 个月后再转回至 Original Medicare，则需要为氧气设备承保服务支付全额分摊费用。

同样，如果在参保 Bright Advantage Assist (HMO) 时已支付 36 个月的款项，然后再转回至 Original Medicare，您也需要为氧气设备承保服务支付全额分摊费用。

## 第 4 章

### 医疗福利表 (承保范围与支付费用)

## **第 4 章 医疗福利表（承保范围与支付费用）**

|              |                                                |           |
|--------------|------------------------------------------------|-----------|
| <b>第 1 节</b> | <b>了解您为承保服务支付的自付费用 .....</b>                   | <b>54</b> |
| 第 1.1 节      | 您为承保服务支付的自付费用类型 .....                          | 54        |
| 第 1.2 节      | 您最多需要为 Medicare A 部分和 B 部分的承保医疗服务支付多少费用？ ..... | 54        |
| 第 1.3 节      | 我们的计划不允许提供者向您施加“差额费用” .....                    | 55        |
| <b>第 2 节</b> | <b>使用医疗福利表了解为您承保哪些服务以及您将支付多少费用 .....</b>       | <b>55</b> |
| 第 2.1 节      | 您作为本计划会员的医疗福利和费用 .....                         | 55        |
| <b>第 3 节</b> | <b>哪些服务不能获得本计划承保？ .....</b>                    | <b>89</b> |
| 第 3.1 节      | 我们不承保的服务（排除项目） .....                           | 89        |

## 第 1 节 了解您为承保服务支付的自付费用

本章主要介绍您的承保服务以及您为您的医疗福利支付的费用。其中包括一个医疗福利表，列示了您作为 Bright Advantage Assist (HMO) 会员的承保服务清单，并告知您必须为每项承保服务支付多少费用。在本章后文部分，您可以了解有关不予承保的医疗服务的信息，其中也说明了某些服务的限制。

### 第 1.1 节 您为承保服务支付的自付费用类型

要了解我们在本章中为您提供的支付信息，您需要了解您可能会为承保服务支付的自付费用类型。

- **“共付额”**是指您每次接受特定医疗服务时所支付的固定金额。您需要在接受医疗服务时支付共付额。（第 2 节中的医疗福利表介绍有关您的共付额的详细信息。）
- **“共同保险”**是指您支付特定医疗服务总费用的百分比。您需要在接受医疗服务时支付共同保险。（第 2 节中的医疗福利表介绍有关您的共同保险的详细信息。）

大部分满足 Medicaid 或符合条件的 Medicare 受益人 (QMB) 计划要求的人都无需支付自付额、共付额或共同保险。请务必向您的提供者出示您的 Medicaid 或 QMB 资格证明（如适用）。如果您认为您被要求支付不合理的费用，请联系会员服务部。

### 第 1.2 节 您最多需要为 Medicare A 部分和 B 部分的承保医疗服务支付多少费用？

由于您参加了 Medicare Advantage 计划，因此对于您每年需要为 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有一定限制（请参见下面第 2 节中的医疗福利表）。该限制称为医疗服务的最高自付费用。

作为 Bright Advantage Assist (HMO) 的会员，您在 2021 年需要为网络内承保的 A 部分和 B 部分服务支付的最高自付费用为 \$6,500。您为网络内承保服务支付的共付额和共同保险都将计入这个最高自付费用。（您为计划保费及 D 部分处方药支付的金额不计入最高自付费用金额。此外，您为某些服务支付的金额也不计入您的最高自付费用。这些服务在医疗福利表中以星号标记。）如果达到 \$6,500 的最高自付费用金额，您将不需要为该年剩余时间内的 A 部分和 B 部分网络内承保服务支付任何自付费用。但是，您必须继续支付您的 Medicare B 部分保费（除非您的 B 部分保费由 Medicaid 或其他第三方为您支付）。

**第 1.3 节 我们的计划不允许提供者向您施加“差额费用”**

作为 Bright Advantage Assist (HMO) 的会员，您获取我们的计划所承保的服务时，只须支付计划的分摊费用，这是对您的重要保障。我们不允许提供者添加其他单独费用，也叫做“差额费用”。即使我们向提供者支付的费用比提供者对此服务收取的费用少，或者因为有争议我们没有支付特定提供者收取的费用，这项保护（即您支付的费用绝不会超过您的分摊费用）也适用。

这项保护的具体适用情况如下。

- 如果您应分摊的费用为共付额（固定的金额，例如 \$15.00），您只需要为网络内提供者提供的任何承保服务支付该金额即可。
- 如果您应分摊的费用为共同保险（占总费用的某个百分比），则您支付的费用绝对不会超过该百分比。但是，您的费用取决于您看的是哪种类型的提供者：
  - 如果您从网络内提供者处获得承保服务，您支付的费用为共同保险百分比乘以本计划的报销率（由提供者与本计划签订的合约决定）。
  - 如果您从参与 Medicare 的网络外提供者处获得承保服务，您支付的费用为共同保险百分比乘以参与的提供者的 Medicare 计划支付率。（请记住，本计划只在特定情况下 [例如转诊时]，才会承保网络外提供者提供的服务。）
  - 如果您从未参与 Medicare 的网络外提供者处获得承保服务，您支付的费用为共同保险百分比乘以计划外提供者的 Medicare 支付率。（请记住，本计划只在特定情况下 [例如转诊时]，才会承保网络外提供者提供的服务。）
- 如您认为提供者向您收取“差额费用”，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

**第 2 节 使用医疗福利表了解为您承保哪些服务以及您将支付多少费用****第 2.1 节 您作为本计划会员的医疗福利和费用**

以下各页上的医疗福利表列出了 Bright Advantage Assist (HMO) 承保的服务，以及您应该为每项服务支付的自付费用。只有在符合以下承保要求时，医疗福利表中所列的服务才能获得承保：

- 您的 Medicare 承保服务必须根据 Medicare 所制定的承保指导方针进行提供。
- 您的服务（包括医疗护理、服务、用品和设备）必须是医疗必需的。“医疗必需”表示服务、用品或药品是预防、诊断或治疗您的疾病所需要的，且符合可接受的医疗实践标准。



**第 4 章 医疗福利表（承保范围与支付费用）**

---

- 您从网络内提供者处接受护理。在大多数情况下，您从网络外提供者处接受的护理将无法获得承保。第 3 章提供有关使用网络内提供者的要求以及何种情况下我们会承保网络外提供者所提供服务的详细信息。
- 只有在您的医生或其他网络内提供者事先经过我们批准（有时称为“事先授权”）时，医疗福利表中所列的某些服务才能获得承保。医疗福利表中以斜体标出需获得预先核准的承保服务。

**承保范围重要注意事项：**

- 像所有的 Medicare 医疗保健计划一样，我们承保 Original Medicare 承保的所有项目。对于这些福利中某些项目，您在我们的计划中需支付比 Original Medicare 更多的费用。除这些项目以外，您可能支付较少的费用。（如要了解承保范围和 Original Medicare 的费用详情，参见 2021 年“*Medicare 与您*”手册。在线访问 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，全天候服务。听障人士可致电 1-877-486-2048。）
- 对于所有在 Original Medicare 下免费承保的预防性服务，我们也免费为您承保这些服务。但是，如果您在接受预防性服务的同时也接受针对现有医疗状况的治疗或监视，您将需要为针对现有医疗状况所接受的护理支付共付额。
- 有时候，Medicare 会在一年中针对新服务增加 Original Medicare 项下的承保。如果 Medicare 在 2021 年中为任何服务增加承保，Medicare 或我们的计划将为这些服务承保。

 您会在福利表中预防性服务的旁边看到这个苹果。

## 医疗福利表

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>腹主动脉瘤筛检</b></p> <p>对有患病风险的人进行一次性超声波筛检。只有当您具有某些风险因素并因此从您的医师、医师助理、执业护士或临床护理专家处取得转诊书时，本计划才承保此筛检。</p>                                                                                                                                                              | <p>符合此预防性筛检资格的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                            |
| <p><b>治疗慢性腰背痛的针灸</b></p> <p>承保服务包括：</p> <p>在下列情况下，可为 Medicare 受益人承保 90 天内最多 12 次就诊：</p> <p><b>对于此福利来说，慢性腰背痛的定义为：</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 持续 12 周或更长时间；</li><li>• 非特异性的，无法找到明确的系统性原因（即与转移性、发炎性、传染性疾病等无关）；</li><li>• 与手术无关；以及</li><li>• 与怀孕无关。</li></ul> <p>对于症状有所好转的患者，还将承保八次额外的就诊。每年不得超过 20 次针灸治疗。如果患者病情没有好转或出现恶化，则必须中止治疗。</p> | <p>如果您从主治医生或专科医生处获得服务，\$0 的共付额或者适用的专业服务分摊费用。请参阅“医生/执业医护人员服务，包括医生诊室就诊”部分了解详情。</p> <p>您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p> |
| <p><b>救护车服务</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 承保的救护车服务包括固定翼救护机、旋翼救护机和地面救护车服务，载送到可提供护理的最近的适当机构（如果接受护理的会员的身体状况无法使用其他交通手段，否则可能会危及患者的健康，或经过本计划授权）。</li></ul>                                                                                                                                                                                 | <p>对于每次 Medicare 承保的地面救护车服务，\$195 的共付额。</p> <p>您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>非紧急交通接送服务需获得事先授权。</i></p>                            |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>救护车服务（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>如果文件证明会员的状况无法使用其他交通手段（否则可能会危及患者的健康）且使用救护车进行载送是医学上需要的，则非紧急情况的救护车载送也是适当的。</li></ul>                                                                                                                                                              | <p>对于每次 Medicare 承保的空中救护车服务，\$225 的共付额。</p> <p>您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>非紧急交通接送服务需获得事先授权。</i></p> |
| <p><b>年度常规体检*</b></p> <p>年度常规体检包括综合体检和慢性疾病状态评估，不含化验室检查、放射线诊断检查或非放射线诊断检查或诊断测试。就诊期间的化验室或诊断检查可能需要支付额外的分摊费用，详情请参见本医疗福利表中对各项服务的说明。年度常规体检每年限一次。</p>                                                                                                                                                               | <p>\$0 的共付额</p>                                                                                               |
| <p> <b>健康年检</b></p> <p>如果您已加入 B 部分 12 个月以上，您可以进行健康年检，以便根据您的健康状况和风险因素，制定或更新个性化的预防计划。每 12 个月承保一次。</p> <p><b>注：</b>您的第一次健康年检不能在参加“欢迎加入 Medicare”预防性诊断后的 12 个月内进行。但是，在已加入 B 部分 12 个月以后，您不必参加“欢迎加入 Medicare”诊断，也可获得健康年检承保。</p> | <p>不需要为健康年检支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                        |
| <p> <b>骨质测量</b></p> <p>对于符合资格的个人（通常，这意味着有骨质流失或骨质疏松患病风险的人），每 24 个月或更频繁（如果属于医疗必需）承保以下服务一次：鉴定骨质、检测骨质流失或鉴定骨骼质量的医疗程序，包括医生对检测结果的解释。</p>                                                                                        | <p>不需要为 Medicare 承保的骨质测量支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                           |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                           | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>乳腺癌筛检（乳房 X 光检查）</b></p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 岁到 39 岁之间，一次基线乳房 X 光检查</li> <li>• 年满 40 岁的女性，每 12 个月一次筛检乳房 X 光检查</li> <li>• 每 24 个月一次临床乳腺检查</li> </ul> | <p>不需要为承保的乳房 X 光检查支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                                                                   |
| <p><b>心脏康复服务</b></p> <p>会为满足特定条件且有医嘱的会员承保包括练习、培训和顾问服务在内的心脏康复服务综合计划。</p> <p>本计划还承保强化心脏康复计划，这些计划通常比心脏康复计划更严格或强度更大。</p>                                                                                                                                                              | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$20 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$50 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> |
| <p> <b>心血管疾病风险降低就诊（对于心血管疾病的</b><br/><b>治疗）</b></p> <p>我们为您承保每年一次的主治医生诊断，帮助您降低心血管疾病的风险。在本次诊断中，您的医生可能会讨论阿司匹林的使用（如果合适）、检查您的血压并给予您关于健康饮食的提示。</p>                                                   | <p>不需要为强化行为治疗心血管疾病预防福利支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                                                               |
| <p> <b>心血管疾病检查</b></p> <p>通过血液检查来检查心血管疾病（或与心血管疾病风险提高相关的异常情况），每 5 年（60 个月）一次。</p>                                                                                                               | <p>不需要为心血管疾病检查（承保每 5 年一次）支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                                                            |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>宫颈癌和阴道癌筛检</b></p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 为所有女性承保：每 24 个月承保一次子宫颈涂片检查和盆腔检查</li> <li>● 如果您患宫颈癌或阴道癌的风险较高，或您处于生育年龄且在过去 3 年内的子宫颈涂片检查结果不正常：每 12 个月一次子宫颈涂片检查</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>不需要为 Medicare 承保的预防性子宫颈涂片检查和盆腔检查支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                                    |
| <p><b>脊椎推拿服务</b></p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 我们只承保人工矫治脊椎以矫正半脱位的服务</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$20 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                           |
| <p> <b>结肠直肠癌筛检</b></p> <p>为年满 50 岁的人承保以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 每 48 个月一次软式乙状直肠内视镜检查（或以钡剂灌肠筛检代替）</li> </ul> <p>每 12 个月提供一次以下服务之一：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 愈创木脂粪便潜血检查 (gFOBT)</li> <li>● 粪便免疫化学检查 (FIT)</li> </ul> <p>每 3 年一次基于 DNA 的结肠直肠癌筛检</p> <p>对于患结肠直肠癌风险较高的人，我们承保以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 每 24 个月一次结肠镜检查（或以钡剂灌肠筛检代替）</li> </ul> <p>对于患结肠直肠癌风险较低的人，我们承保以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 每 10 年（120 个月）一次结肠镜检查，但不在乙状直肠内视镜检查的 48 个月进行该检查</li> <li>● Medicare 承保的钡剂灌肠（预防性服务）</li> </ul> | <p>不需要为 Medicare 承保的这些服务支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><p>对于钡剂灌肠（预防性服务），\$0 的共付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p><b>特定病症福利</b></p> <p>符合参与要求的受益人最高可获得 \$100 的报销额，用以偿付糖尿病相关护理的分摊费用。</p> <p><u>参与要求：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 有效的糖尿病诊断结果</li> <li>• 在计划年度期间前往主治医师或专科医生处完成至少一次就诊</li> <li>• 在计划年度期间完成至少一次视网膜病变扫描检查并与眼科医生讨论检查结果</li> <li>• 在计划年度期间完成至少一次糖化血红蛋白检测</li> </ul> <p><u>糖尿病相关护理：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 来自老年科、心脏科、内分泌科、肾脏科和眼科的专科医生服务</li> <li>• 心脏复健</li> <li>• 职业治疗</li> <li>• 足疗服务</li> <li>• 物理治疗及语言病理学服务</li> </ul> | <p>符合资格的参与者最高可获得 \$100 的报销额，用以偿付糖尿病相关护理的分摊费用。</p> |
| <p><b>牙科服务</b></p> <p>一般情况下，Original Medicare 不会承保预防性牙科服务（例如洗牙、常规牙科检查和牙科 X 光）。我们承保以下服务：</p> <p>每年为所有额外预防性和综合性牙科服务提供最多 \$1,500 的补贴。</p> <p>对于所有网络内承保服务，每年享有一笔补贴。</p> <p>每年为所有额外预防性和综合性牙科服务提供最多 \$1,500 的补贴。</p> <p>对于所有网络内承保服务，每年享有一笔补贴。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 口腔检查*</li> </ul> <p>每年限 2 次口腔检查</p>                                                                                                                                          | <p>\$0 的共付额</p>                                   |

| 为您承保的服务                                                                            | 获得这些服务时您必须支付多少费用                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>牙科服务（续）</b>                                                                     |                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>预防清洁（洗牙）*</li> </ul> 每年限 2 次洗牙              | \$0 的共付额                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>牙科 X 光检查*</li> </ul> 限 2 次 X 光检查            | \$0 的共付额                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>氟化物治疗*</li> </ul> 每年限 1 次氟化物治疗              | \$0 的共付额                           |
| <b>综合性牙科服务</b>                                                                     |                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>非常规服务*</li> </ul>                           | 50% 的共同保险<br>可能需要事先授权。             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>诊断性服务*</li> </ul>                           | \$0 的共付额<br>可能需要事先授权。              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>修复服务*</li> </ul>                            | 30%-50% 的共同保险，视乎服务而定。<br>可能需要事先授权。 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>牙髓治疗*</li> </ul>                            | 50% 的共同保险<br>可能需要事先授权。             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>牙周病治疗*</li> </ul>                           | 50% 的共同保险<br>可能需要事先授权。             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>拔牙*</li> </ul>                              | 50% 的共同保险<br>可能需要事先授权。             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>假牙修复、其他口腔/颌面外科手术、其他服务*</li> </ul> 每年不限次数的服务 | 50% 的共同保险<br>可能需要事先授权。             |
| 注：服务必须由 Liberty Dental 提供者团队中的牙医执行，才能作为本计划的网络内服务予以付款。如需查找 Liberty 提供者，请参阅提供者目录。    |                                    |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>抑郁症筛检</b></p> <p>我们对每年一次的抑郁症筛检承保。必须在可以提供后续治疗和/或转诊的初级医疗机构中完成筛检。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>不需要为年度抑郁症筛检就诊支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                                                    |
| <p> <b>糖尿病筛检</b></p> <p>如果您有以下任何风险因素，我们会为您承保此筛检（包括快速葡萄糖检测）：高血压、胆固醇和甘油三酸酯异常（血脂异常）历史、肥胖或高血糖历史。如果您符合其他要求（例如，超重和有糖尿病家族史），也可以承保检查。</p> <p>根据这些检查的结果，您可能有资格每 12 个月获得最多两次糖尿病筛检承保。</p>                                                                                                                                                            | <p>不需要为 Medicare 承保的糖尿病筛检测试支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                                         |
| <p> <b>糖尿病自我管理培训、糖尿病服务和用品</b></p> <p>适用于患有糖尿病的所有人（胰岛素和非胰岛素使用者）。承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 用于监测您的血糖的用品：血糖监测器、血糖试纸、采血设备和采血针，以及用于检查试纸和血糖仪精确度的血糖质控液。</li> <li>• 对于患有严重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每一自然年可获得一双定制的治疗用鞋（包括与这类鞋子一起提供的鞋垫）和另外两双鞋垫，或一双高帮鞋和三双鞋垫（不包括与这类鞋子一起提供的非定制可拆卸鞋垫）。承保包括试穿。</li> <li>• 在某些情况下，会承保糖尿病自我管理培训。</li> </ul> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> |



| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>耐用医疗设备 (DME) 和相关用品</b></p> <p>（有关“耐用医疗设备”的定义，请参见本手册第 12 章。）</p> <p>承保用品包括但不限于：轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、提供者订购的在家中使用的医院病床、静脉输液泵、语音生成装置、氧气设备、雾化器和助行器。</p> <p>我们可承保 Original Medicare 承保的所有医疗必需的 DME。如果您区域中的供应商没有特定品牌或制造商，您应该询问他们是否可以特地为您预订最新的用品清单可在我们网站 <a href="https://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a> 上找到。</p>                                        | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，20% 的共同保险。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p>                                                                                                                                                                          |
| <p><b>紧急医疗护理</b></p> <p>紧急医疗护理是指以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 由具备提供紧急医疗服务资格的人员提供，及</li><li>• 属评估或稳定紧急病情需要。</li></ul> <p>紧急医疗情况是指您或任何其他具有一般健康和医学常识的人认为您的生理症状需要立即进行医疗处理以防发生生命危险、截肢或肢体残障的情况。医疗症状可以是疾病、损伤、剧痛或快速恶化的病情。</p> <p>在网络外提供的必要紧急医疗服务的分摊费用，与在网络内提供该等服务的费用相同。</p> <p>您在全世界任何地方接受的紧急医疗护理均获承保*。如果您在美国及其属地境外发生紧急情况，您将需要预付服务的费用。您必须向 Bright Health 提交报销申请。如需详细了解如何提交报销申请，请参阅第 7 章。</p> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$90 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p>如果在 24 小时内住院则免除共付额。</p> <p>如果您从网络外医院接受紧急医疗护理且在紧急状况稳定后需要住院治疗，您必须返回网络内医院才能让您的护理继续获得承保，或您必须在本计划授权的网络外医院接受住院治疗且您应支付的费用为您在网络内医院应支付的分摊费用。</p> <p>对于全球范围内的紧急医疗服务，共付额为 \$90，年度福利限额最高为 \$50,000。</p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>保健和健康教育计划</b></p> <p>包括通过网络内健身中心获得 Silver&amp;Fit® 老年人锻炼和保健计划 (Exercise and Healthy Aging Program) 的会员资格。您可以获得以下一项：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健身中心会员：您可前往附近已加入此计划的网络内 Silver&amp;Fit 健身俱乐部或健身中心；或</li> <li>• 家庭健身计划：如果您无法前往健身中心或想在家锻炼，则有多种居家健身套餐供您选择。</li> </ul> <p>每个福利年度您最多可获得 2 个套餐。</p> <p>您还可获取/使用：旨在改善并提高肌肉力量与耐力，并可增强行动力、灵活性、活动范围、平衡能力、敏捷性以及协调性的低强度 Silver&amp;Fit 课程（如有提供）；老年人健康课程（线上或 DVD）；季度新闻通讯；以及网络工具。</p> <p>Silver&amp;Fit 计划由 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供。Silver&amp;Fit 是 ASH 的联邦注册商标。</p> | <p>\$0 的共付额</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                      |
| <p><b>听力服务</b></p> <p>如果是由医生、听力专家或其他合格的提供者提供的，那么由您的提供者提供且旨在确定您是否需要医学治疗的诊断性听力和平衡评估将作为门诊护理受到承保。</p> <p>额外的常规听力检查*<br/>每年限 1 次就诊</p> <p>助听器验配评估*<br/>每年限 1 次就诊</p> <p>助听器*</p> <p>每年为两只耳朵提供最多 \$750 的补贴，用以购买由您的医生或听觉矫正专家开处的助听器。助听器是指人们为了扩大声音而佩戴的电子设备。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>\$0 的共付额</p> <p>\$0 的共付额</p> <p>\$0 的共付额</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>HIV 筛检</b></p> <p>对于要求进行 HIV 筛检或感染 HIV 病毒风险增大的人士，我们承保以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 每 12 个月一次筛检</li> </ul> <p>对于孕妇，我们承保以下服务：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 怀孕期间最多三次筛检</li> </ul>             | <p>符合 Medicare 承保的预防性 HIV 筛检资格的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> |
| <p><b>居家护理机构提供的护理</b></p> <p>在接受居家护理服务之前，必须由医生认证您需要居家护理服务，并且预订由居家护理机构提供的居家护理服务。您必须困居家中，意即离家是很麻烦的事。</p> <p>承保服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 非全日或间断性专业护理和居家护理服务（若要获得居家护理福利承保，您所接受的专业护理和家庭护理服务合计必须少于每天 8 小时，少于每周 35 小时）</li> <li>• 物理治疗、职业治疗与语言治疗</li> <li>• 医疗和社会服务</li> <li>• 医疗设备和用品</li> </ul> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                   |
| <p><b>居家输液治疗</b></p> <p>居家输液治疗涉及在家中经静脉或皮下向人体输注药物或生物制剂。进行居家输液所需的材料包括药物（例如抗病毒药、免疫球蛋白）、设备（例如泵）和用品（例如管子和导管）。</p> <p>承保服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 根据护理计划提供的专业服务（包括看护服务）</li> <li>• 未在耐用医疗设备福利项下获承保的患者培训和教育</li> <li>• 远程监测</li> <li>• 针对符合资格的居家输液治疗服务供应商提供居家输液治疗和居家输注型药物的监测服务</li> </ul>         | <p>“Medicare B 部分处方药”部分说明了居家输液治疗的分摊费用。</p>                                     |

## 为您承保的服务

## 获得这些服务时您必须支付多少费用

### 善终护理

您可以从任何获得 Medicare 认证的善终计划接受护理。如果您的医生和善终护理医疗顾问为您做出绝症预后判断，证明您患有绝症且若您的疾病正常进展，在世剩余时间不超过 6 个月，则您有资格享受善终福利。您的善终护理医生可以是网络内提供者或网络外提供者。

承保服务包括：

- 用于控制症状与减轻疼痛的药品
- 短期临时照顾
- 居家护理

对于善终服务以及受 Medicare A 部分或 B 部分承保且与您的绝症预后相关的服务：Original Medicare（并非我们的计划）将为您善终服务和与您的绝症预后有关的任何 A 部分和 B 部分服务付款。参加善终计划后，您的善终医疗服务提供者会向 Original Medicare 寄送该计划应为您支付的服务的账单。

对于 Medicare A 部分和 B 部分承保但不与您的绝症预后相关的服务：如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保但不与您的绝症预后相关的非急诊、非急诊治疗服务，您使用这些服务的费用取决于您是否使用计划网络内的提供者：

- 如果您获得网络内提供者提供的承保服务，您只需支付网络内服务的计划分摊费用金额
- 如果您获得网络外提供者提供的承保服务，您需要支付按服务收费的 Medicare (Original Medicare) 规定的分摊费用

对于 Bright Advantage Assist (HMO) 承保但 Medicare A 部分或 B 部分不承保的服务：Bright Advantage Assist (HMO) 将继续承保那些 A 部分或 B 部分不承保的计划承保服务，无论它们是否与您的绝症预后相关。您为这些服务支付您的计划分摊费用金额。

在您参与获得 Medicare 认证的善终计划后，您的善终服务以及与您的绝症预后相关的 A 部分和 B 部分服务均由 Original Medicare（而不是 Bright Advantage Assist (HMO)）支付费用。

善终咨询服务作为住院治疗的一部分包括在内。医生服务分摊费用可能适用于门诊咨询。

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>善终护理（续）</b></p> <p>对于计划的 D 部分福利可能承保的药物：善终计划与本计划绝不会同时承保同种药物。如需更多信息，请参见第 5 章第 9.4 节（如果您参加了经 Medicare 认证的善终计划，该如何处理）。</p> <p><b>注：</b>如果您需要非善终护理（与您的绝症预后无关的护理），您应联系我们安排服务。</p> <p>我们的计划承保为没有选择善终福利的绝症患者提供的善终咨询服务（只有一次）。</p>                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p> <b>免疫接种</b></p> <p>承保的 Medicare B 部分服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 肺炎疫苗</li><li>• 流感疫苗，每年秋冬流感季接种一次，如果具有医疗必需性，可接种多次</li><li>• B 型肝炎疫苗（如果您患 B 型肝炎的风险较高或中等）</li><li>• 其他疫苗（如果您有患病风险且疫苗符合 Medicare B 部分的承保规定）</li></ul> <p>我们也承保某些我们 D 部分处方药福利的疫苗。</p> | <p>不需要为肺炎、流感、B 型肝炎疫苗接种支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>可能需要事先授权。</p>                                                                                                                                                                             |
| <p><b>住院治疗</b></p> <p>包括急性住院护理、住院康复、长期护理医院及其他类型的住院服务。住院治疗从您听从医生要求正式住院的那天开始算起。出院的前一天是您住院的最后一天。</p> <p>承保服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 半私人病房（或医疗必需时的私人病房）</li><li>• 包括特殊饮食在内的膳食</li><li>• 常规护理服务</li><li>• 特殊护理病房费用（例如，重症监护病房或冠心病监护病房）</li><li>• 药品和用药</li><li>• 化验室检查</li><li>• X 光及其他放射服务</li></ul>                                | <p>对于 Medicare 承保的医院护理，第 1 至 5 天，每天 \$300 的共付额；第 6 至 90 天，每天 \$0 的共付额。</p> <p>对于 Medicare 承保的额外住院天数，\$0 的共付额。</p> <p>Medicare 医院服务的受益期不适用。（参阅“重要词汇的定义”一章中关于“受益期”的定义。对于住院护理服务，您每次住院，上述分摊费用适用。转入不同的机构类型（例如康复性住院医院或长期护理医院）将被视作新的一次入院。</p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>住院治疗（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>必要的手术及医疗用品</li><li>器械（例如轮椅）的使用</li><li>手术室与康复室费用</li><li>物理治疗、职业治疗与语言治疗</li><li>住院药物滥用戒除服务</li></ul> <p>在某些情况下，承保以下类型的移植：角膜、肾脏、肾脏/胰脏、心脏、肝脏、肺、心肺、骨髓、干细胞以及肠/多器官。如果您需要进行移植，我们将安排 Medicare 批准的移植中心对您的情况进行审查，并决定您是否需要接受移植。做移植手术的医生可能是本地或服务区域外的医生。如果我们在社区护理模式之外提供网络内移植服务，您可以选择在本地进行移植，只要本地移植提供者愿意接受 Original Medicare 价格。如果 Bright Advantage Assist (HMO) 在您的社区移植护理模式之外提供移植服务，且您选择在该偏远位置接受移植，我们会为您和陪伴人员安排或支付适当的住宿和交通费用。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>血液 — 包括储存和管理。全血和浓缩红细胞的承保从您需要的第四品脱血液开始 — 您必须为在一个自然年内获得的前 3 品脱血液支付费用或使用由您或其他人捐献的血液。所有其他血液成分均从使用的第一品脱开始承保。</li><li>医师服务。</li></ul> <p><b>注：</b>如果需要住院，您的提供者必须写医嘱来准许您入院。即使您在医院过夜，您可能仍会被视为“门诊患者”。如果您不确定自己为门诊患者还是住院患者，应询问医院工作人员。</p> | <p>对于每次住院，只要您的住院根据计划规则属于承保范围，我们将为您承保不限天数的住院治疗。</p> <p>您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>如果您在紧急状况稳定后从网络外医院接受经授权的住院治疗，您应支付的费用为您在网络内医院应支付的最高分摊费用。</p> <p>“医院门诊观察”部分说明了门诊观察服务的分摊费用。</p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>住院治疗（续）</b></p> <p>您还可以在 “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!” （您是医院的住院病人还是门诊病人？如果有 Medicare，先问问！）的 Medicare 计划情况说明书中找到详细信息。可从网站 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 查看该说明书，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。听障人士可致电 1-877-486-2048。您可以随时免费致电这些号码。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p><b>住院病人的精神健康护理</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 承保服务包括需要住院的心理保健服务。</li><li>• 患者终身最多可享受 190 天的精神病院住院服务。此 190 天的限制不适用于全科医院精神病学提供的精神保健服务。</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>对于 Medicare 承保的医院护理，第 1 至 5 天，每天 \$300 的共付额；第 6 至 90 天，每天 \$0 的共付额。</p> <p>额外 60 天终身储备日，\$0 的共付额。</p> <p>Medicare 医院服务的受益期用于判定计入 190 天终身上限的承保住院心理保健总天数。（参阅“重要词汇的定义”一章中关于“受益期”的定义。但是，您每次获准住院，上述分摊费用均适用，即使您在同一受益期内多次入院。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。<i>可能需要事先授权。</i></p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>住院：在非承保住院期间，在医院或 SNF 接受的承保服务</b></p> <p>如果您已用完您的住院福利或您的住院不合理和不必要，我们将不会为您的住院承保。但是，在某些情况下，我们将为您在医院或专业护理机构 (SNF) 期间接受的某些服务承保。承保服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 医师服务</li><li>• 诊断检查（例如化验室检查）</li><li>• X 光、镭和同位素治疗，包括技师、材料和服务</li><li>• 外科敷料</li><li>• 夹板、石膏和其他用于减轻骨折与脱臼的设备</li><li>• 更换身体内部器官全部或部分（包括邻近组织）或永久失去功能或不能正常发挥功能的身体内部器官的全部或部分功能的义肢和矫形设备（牙科除外），包括此类设备的更换或修理</li><li>• 腿部、臂部、背部和颈部支架、疝带、假腿、假臂和假眼，包括因破损、磨损、丢失或患者身体状况的改变而需要的调整、修理和更换</li><li>• 物理治疗、语言治疗与职业治疗</li></ul> | <p>当您的住院天数不在承保范围内时，这些服务将按照以下章节所述进行承保：</p> <p>请参阅下文的“医生/执业医护人员服务，包括医生诊所就诊”部分。</p> <p>请参阅下文的“门诊诊断检查与治疗服务和用品”部分。</p> <p>请参阅下文的“门诊诊断检查与治疗服务和用品”部分。</p> <p>请参阅下文的“门诊诊断检查与治疗服务和用品”部分。</p> <p>请参阅下文的“门诊诊断检查与治疗服务和用品”部分。</p> <p>请参阅下文的“假体装置和相关用品”部分。</p> <p>请参阅下文的“假体装置和相关用品”部分。</p> <p>请参阅下文的“门诊康复服务”部分。</p> |



| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>医学营养治疗</b></p> <p>此福利适用于糖尿病患者、肾病患者（不包括透析）或按医嘱接受过肾脏移植的患者。</p> <p>在您接受 Medicare（包括我们的计划、任何其他 Medicare Advantage 计划或 Original Medicare）下的医学营养治疗服务的第一年中，我们会为您承保 3 小时的一对一咨询服务，此后每年 2 小时。如果您的状况、治疗或诊断发生变化，您可以按医嘱接受更长时间的治疗。医生必须对这些服务开具处方，并在您需要在下一个历年继续接受治疗时更新其医嘱。</p>                            | <p>符合 Medicare 承保的医学营养治疗服务资格的会员无需支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>            |
| <p> <b>Medicare 糖尿病预防计划 (MDPP)</b></p> <p>所有 Medicare 健康计划下的合资格 Medicare 受益人均可获得 MDPP 服务承保。</p> <p>MDPP 是一项结构化健康行为改变干预措施，针对改变长期饮食习惯、增加身体活动提供实践性训练，并为克服挑战以坚持减肥和维持健康的生活方式提供解决方案。</p>                                                                                                               | <p>MDPP 福利不需要支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                |
| <p><b>Medicare B 部分处方药</b></p> <p>这些药品由 Original Medicare 计划 B 部分进行承保。我们计划中的会员通过我们的计划接受这些药品的承保。承保药品包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 通常不是由患者自行施用，而是在接受医生、医院门诊或门诊手术中心服务时注射或输液的药品</li><li>• 经过本计划授权使用耐用医疗设备（例如雾化器）施用的药品</li><li>• 血友病患者自行注射的凝血因子</li><li>• 免疫抑制药物（如果您在接受器官移植时已参保 Medicare A 部分）</li><li>• 可注射的骨质疏松症药品（如果您困居家中，经医生认定患有与停经后骨质疏松有关的骨折并且无法自行用药）</li></ul> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，20% 的共同保险。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Medicare B 部分处方药（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 抗原</li><li>• 某些口服抗癌药物和止吐药物</li><li>• 用于家庭透析的某些药品，包括医疗必需的某些肝磷脂解药、局部麻醉剂和促红细胞生成素（例如 Epogen® [爱普根]、Procrit® [普罗克里特]、Epoetin Alfa [阿法依伯汀]、Aranesp® [阿拉内斯普]或 Darbepoetin Alfa [阿法达贝泊汀]）</li><li>• 牛痘免疫球蛋白静脉注射剂（用于在家治疗原发性免疫缺损疾病）</li></ul> <p>我们的 B 部分和 D 部分处方药福利还承保某些疫苗。</p> <p>第 5 章说明了 D 部分处方药福利，包含您必须遵守才能使处方药受保的规则。第 6 章说明了您须为通过我们计划取得之 D 部分处方药支付的费用。</p> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，20% 的共同保险。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> |
| <p> <b>用于促进持续减肥的肥胖症筛检和治疗</b></p> <p>如果您的体重指数不低于 30，我们可承保深入咨询服务，以帮助您减肥。如果这类咨询是您在初级医疗机构中（也就是可以将咨询与全面的预防计划相配合的地方）获得的，也可以承保。</p> <p>咨询您的主治医生或执业医护人员了解详细信息。</p>                                                                                                                                                                                    | <p>不需要为预防性肥胖症筛检和治疗支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                           |
| <p><b>类鸦片药物治疗计划服务</b></p> <p>类鸦片药物滥用失调治疗服务由 Original Medicare 计划 B 部分进行承保。我们计划中的会员通过我们的计划接受这些服务的承保。承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 经 FDA 批准的类鸦片药物激动剂和拮抗剂治疗药物，以及此类药物的配药和施打费用（如适用）</li><li>• 药物滥用咨询</li><li>• 个人和团体治疗</li><li>• 毒性测试</li></ul>                                                                                                                                                                 | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p>                              |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>门诊诊断检查与治疗服务和用品</b></p> <p>承保服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• X 光检查</li> <li>• 放射（镭和同位素）治疗，包括技师、材料和用品</li> <li>• 外科用品，例如敷料</li> <li>• 夹板、石膏和其他用于减轻骨折与脱臼的设备</li> <li>• 化验室检查</li> <li>• 血液 — 包括储存和管理。全血和浓缩红细胞的承保从您需要的第四品脱血液开始 — 您必须为在一个自然年内获得的前 3 品脱血液支付费用或使用由您或其他人捐献的血液。所有其他血液成分均从使用的第一品脱开始承保</li> <li>• 其他门诊诊断检查 — 非放射线诊断服务</li> <li>• 其他门诊诊断检查 — 放射线诊断服务（不包括 X 光）。</li> </ul> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，20% 的共同保险。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，20% 的共同保险。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0-\$200 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>\$50-\$200 的共付额，视乎 Medicare 承保的服务而定。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>医院门诊观察</b></p> <p>观察服务是用来确定您是需要住院还是出院的一种医院门诊服务。</p> <p>医院门诊观察服务如需获得承保，必须符合 Medicare 标准且属于合理且必须的。观察服务仅在按医嘱提供，或由其他经州特许法律和医院工作人员细则授权之个人要求提供以收住病人入院或进行门诊检查时，才获得承保。</p> <p><b>注：</b>除非您的提供者写医嘱准许您作为住院患者入院，否则，您就是门诊患者且必须支付医院门诊服务的分摊费用。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是门诊患者，应询问医院工作人员。</p> <p>您还可以在“Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!”（您是医院的住院病人还是门诊病人？如果有 Medicare，先问问！）的 Medicare 计划情况说明书中找到详细信息。可从网站 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 查看该说明书，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。听障人士可致电 1-877-486-2048。您可以随时免费致电这些号码。</p> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$350 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> |
| <p><b>门诊医院服务</b></p> <p>对于您在医院门诊部诊治疾病或伤害时所接受的具有医疗必要性的服务，我们提供承保。</p> <p>承保服务包括但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 在急诊室提供的服务</li><li>• 在门诊部提供的服务</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>请参阅“紧急医疗护理”部分。</p> <p>请参阅“医生/执业医护人员服务，包括医生诊所就诊”部分。</p>                                |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>门诊医院服务（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 门诊手术或观察服务</li> <li>• 由医院出具账单的化验室和诊断检查</li> <li>• 心理保健，包括部分住院计划中的护理（如果医生证明不这样做就需要住院治疗）</li> <li>• 医院出具账单的 X 光检查及其他放射服务</li> <li>• 医疗用品，例如夹板和石膏</li> <li>• 不能自行服用的某些药品和生物制品</li> </ul> <p><b>注：</b>除非您的提供者写医嘱准许您作为住院患者入院，否则，您就是门诊患者且必须支付医院门诊服务的分摊费用。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是门诊患者，应询问医院工作人员。</p> <p>您还可以在“Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!”（您是医院的住院病人还是门诊病人？如果有 Medicare，先问问！）的 Medicare 计划情况说明书中找到详细信息。可从网站 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 查看该说明书，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。听障人士可致电 1-877-486-2048。您可以随时免费致电这些号码。</p> | <p>请参阅“门诊手术，包括在医院门诊部和门诊手术中心提供的服务”和“医院门诊观察”部分。</p> <p>请参阅“门诊诊断检查与治疗服务和用品”部分。</p> <p>请参阅“门诊心理保健”部分。</p> <p>请参阅“门诊诊断检查与治疗服务和用品”部分。</p> <p>请参阅“门诊诊断检查与治疗服务和用品”部分。</p> <p>请参阅“Medicare B 部分处方药”部分。</p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p data-bbox="196 348 467 384"><b>门诊精神健康护理</b></p> <p data-bbox="196 405 415 441">承保服务包括：</p> <p data-bbox="196 462 943 621">由州颁发执照的精神科医生或医生、临床心理学家、临床社会工作者、临床护理专家、执业护士、医师助理或其他符合 Medicare 要求的心理保健专家在现行州法律允许的情况下提供的心理保健服务。</p> <ul data-bbox="256 642 834 1052" style="list-style-type: none"><li data-bbox="256 642 834 978">● 精神科医生提供的服务</li><li data-bbox="256 999 834 1052">● 由其他心理保健服务提供者提供的服务</li></ul> | <p data-bbox="943 642 1421 726">对于每次 Medicare 承保的个人就诊，\$40 的共付额。</p> <p data-bbox="943 747 1421 831">对于每次 Medicare 承保的团体就诊，\$20 的共付额。</p> <p data-bbox="943 852 1421 936">您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p data-bbox="943 957 1182 993"><i>需要事先授权。</i></p> <p data-bbox="943 1014 1421 1098">对于每次 Medicare 承保的个人就诊，\$40 的共付额。</p> <p data-bbox="943 1119 1421 1203">对于每次 Medicare 承保的团体就诊，\$20 的共付额。</p> <p data-bbox="943 1224 1421 1308">您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p data-bbox="943 1329 1182 1365"><i>需要事先授权。</i></p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                            | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>门诊康复服务</b></p> <p>承保的服务包括：物理治疗、职业治疗和语言治疗。</p> <p>多种门诊环境可提供门诊康复服务，例如，医院门诊部、独立治疗室和综合门诊康复机构 (CORF)。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 物理治疗师或语言治疗师提供的服务</li><li>• 职业治疗师提供的服务</li></ul> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$20 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$20 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p> |
| <p><b>门诊物质滥用戒除服务</b></p> <p>我们会为您承保受 Original Medicare 承保的药物滥用治疗。</p>                                                                                                                              | <p>对于每次 Medicare 承保的个人就诊，\$40 的共付额。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的团体就诊，\$20 的共付额。</p> <p>您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p>                                     |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                              | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>门诊手术，包括在医院门诊部和门诊手术中心提供的服务</b></p> <p><b>注：</b>如果您在医院接受手术，您应该向您的提供者确认您是住院患者还是门诊患者。除非您的提供者写医嘱来准许您作为住院患者入院，否则，您就是门诊患者，而且您必须支付门诊手术的分摊费用。即使您在医院过夜，您可能仍会被视为“门诊患者”。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 医院门诊提供的服务</li><li>● 在门诊手术中心提供的服务</li></ul>                            | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$350 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$225 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p> |
| <p><b>非处方药 (OTC) 借记卡*</b></p> <p>您的非处方药 (OTC) 借记卡每个月将转入 \$30 的补贴，供您在指定地点购买计划批准清单上的个人医疗护理用品。</p> <p>获批准的用品可能包括非处方药，例如维生素、防晒霜、止痛药、咳嗽/感冒药和绷带。您每个月可以获得一笔金额，用以购买获计划批准的用品。这笔资金将在每个月第 1 天（例如 1 月 1 号、2 月 1 号）发放到卡上。任何未使用的资金将在每个月底或退出计划时失效。</p> <p>如要索取合格用品清单或者在寻找网络内零售店方面需要帮助，请联系会员服务部。</p> | <p><b>\$0 的共付额</b></p>                                                                                                                                                        |



| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>部分住院服务</b></p> <p>“部分住院”是提供作为医院门诊服务或由社区精神保健中心提供的积极心理治疗的结构化计划，强度比在医生或治疗师诊所接受的护理强度要高，是住院治疗的一种替代方法。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$55 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p>                                                                                                                                                                |
| <p><b>医生/执业医护人员服务，包括医生诊室就诊</b></p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>由主治医生在医生诊室完成的具有医疗必需性的医疗护理或手术服务</li> <li>在经认证的门诊手术中心、医院门诊部或任何其他地点完成的具有医疗必需性的医疗护理或手术服务</li> <li>专科医生提供的咨询、诊断和治疗</li> <li>由您的专科医生进行的基本听觉和平衡检查（如果您的医生要求进行该检查以了解您是否需要治疗）</li> <li>某些远程医疗服务，包括主治医生服务、专科医生服务、精神健康专家的个人咨询服务、精神科的个人咨询服务。我们还可能为您提供其他远程医疗服务，请向网络内提供者咨询远程医疗服务是否可用，并联系会员服务部来确认其是否可获承保</li> <li>您可以选择通过当面就诊或者远程医疗来获取这些服务。如果您选择通过远程医疗来获取这些服务，则您必须使用可通过远程医疗提供服务的网络内提供者</li> </ul> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>请参阅本表前面所述的“门诊手术”部分，了解门诊手术中心就诊或者医院门诊中的任何适用分摊费用。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$25 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>从符合资格的提供者处获取时，\$0 的共付额。</p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>医生/执业医护人员服务，包括医生诊室就诊（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 会员可通过台式机、平板电脑或移动设备获取远程医疗服务。有关如何获取远程医疗服务的详细说明，请访问我们的网站 (<a href="http://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>)，或者联系会员服务部（电话号码印在本手册封底）</li> <li>• 某些远程医疗服务，包括由医生或执业医生为某些偏远地区或 Medicare 批准的其他地区中的患者提供的咨询、诊断和治疗</li> <li>• 每月在医院或偏远地区特约医院的肾脏透析中心、肾脏透析机构或是会员家里，为在家接受透析治疗的会员进行与晚期肾病相关的远程医疗就诊服务</li> <li>• 诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务</li> <li>• <b>在以下情形下</b>，由医生（例如以电话或视频聊天的方式）对您进行的 5-10 分钟的虚拟检查： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新患者，<b>且</b></li> <li>○ 该虚拟检查与过去 7 天内的诊室就诊无关，<b>且</b></li> <li>○ 该虚拟检查不会引致未来 24 小时内的诊室就诊或最早可预定的约诊</li> </ul> </li> <li>• <b>在以下情形下</b>，医生对您发送来的视频和/或图像进行评估，以及 24 小时内对其做出的解释和跟进： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 您不是新患者，<b>且</b></li> <li>○ 该评估与过去 7 天内的诊室就诊无关，<b>且</b></li> <li>○ 该评估不会引致未来 24 小时内的诊室就诊或最早可预定的约诊</li> </ul> </li> <li>• 您的医生与其他医生通过电话、网络或电子健康记录评估进行的会诊，<b>如果</b>您不是新患者</li> </ul> | <p>您需要支付适用于主治医生或专科医生服务的分摊费用（如上面的“医生/执业医护人员服务，包括医生诊所就诊”部分所述）。</p> <p>您需要支付适用于主治医生或专科医生服务的分摊费用（如上面的“医生/执业医护人员服务，包括医生诊所就诊”部分所述）。</p> <p>您需要支付适用于主治医生或专科医生服务的分摊费用（如上面的“医生/执业医护人员服务，包括医生诊所就诊”部分所述）。</p> <p>您需要支付适用于主治医生或专科医生服务的分摊费用（如上面的“医生/执业医护人员服务，包括医生诊所就诊”部分所述）。</p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                             | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>医生/执业医护人员服务，包括医生诊室就诊（续）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>手术之前由另一位网络内提供者提供第二者意见</li> <li>非常规牙科护理（承保服务仅限于颞部或相关结构的手术、颞骨或面骨重整、拔除牙齿准备做颞部恶性肿瘤的放射治疗，或由医生提供方可获得承保的服务）</li> </ul>                                        | <p>您需要支付适用于主治医生或专科医生服务的分摊费用（如上面的“医生/执业医护人员服务，包括医生诊所就诊”部分所述）。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。<br/><i>需要事先授权。</i></p> |
| <p><b>足疗服务</b></p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>对足部伤害和疾病（例如锤状趾或足跟骨刺）的诊断和医学或外科治疗。</li> <li>为伴有影响下肢的某些医疗状况的会员提供的常规足部护理。</li> </ul>                                                                           | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$25 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。<br/><i>可能需要事先授权。</i></p>                                     |
| <p> <b>前列腺癌筛检</b></p> <p>对于年满 50 岁的男性，承保以下服务（每 12 个月承保一次）：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>直肠指检</li> <li>前列腺特异性抗原 (PSA) 检查</li> </ul> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。<br/><i>需要事先授权。</i></p> <p>不需要为年度 PSA 检查支付共同保险、共付额或自付额。</p>                              |
| <p><b>假体装置和相关用品</b></p> <p>更换全部或部分身体部位或功能的设备（牙科除外）。包括但不限于，结肠造口术袋以及与结肠造口术护理直接相关的用品、起搏器、支架、假肢用鞋、义臂和人造乳房（包括乳房切除术后的手术乳罩）。包括与义肢装置以及义肢装置的修理和/或更换相关的特定用品。还包括在白内障摘除或白内障手术后的一些承保有关详细信息，请参见本节后面部分的“视力保健”。</p>                                 | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，20% 的共同保险。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。<br/><i>可能需要事先授权。</i></p>                                     |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>肺病康复服务</b></p> <p>会为患有中度至非常严重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 且从治疗慢性呼吸道疾病的医生处接受肺病复健医嘱的会员承保综合性肺病复健计划。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                        |
| <p> <b>用于减少酒精滥用的筛检和咨询服务</b></p> <p>我们为滥用酒精但不依赖酒精的 Medicare 受益人（包括孕妇）承保一次酒精滥用筛检。</p> <p>如果您的酒精滥用筛检结果为阳性，您每年可获得由初级医疗环境中符合资格的主治医生或执业医护人员提供的最多 4 次简短的面对面咨询课程。</p>                                                                                                                                                                                                                                              | <p>不需要为 Medicare 承保的用于减少酒精滥用的筛检和咨询等预防性福利支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> |
| <p> <b>用低剂量电脑断层扫描 (LDCT) 进行肺癌筛检</b></p> <p>对于符合资格的个人，每 12 个月承保一次 LDCT。</p> <p><b>合格的会员为：</b>在 55-77 岁之间无肺癌迹象或症状，但烟龄至少 30 年且每天至少吸一包烟，并且目前吸烟或在过去 15 年内戒烟。他们在肺癌筛检咨询和共同做出决策就诊期间因符合 Medicare 对该等就诊的标准而获得由医师或合格的非执业医护人员提供的 LDCT 医嘱。</p> <p><i>就进行首次 LDCT 筛检后的 LDCT 肺癌筛检而言：</i>会员必须获得 LDCT 肺癌筛检的医嘱，该等医嘱可在任何适当就诊期间由医师或合格的非执业医护人员提供。如果医师或合格的非执业医护人员选择为随后的 LDCT 肺癌筛检提供肺癌筛检咨询和共同做出决策就诊，该就诊必须符合 Medicare 对该等就诊的标准。</p> | <p>不需要为 Medicare 承保的咨询和共同做出决策就诊或 LDCT 支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>   |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>性传播感染 (STI) 筛检和用于预防 STI 的咨询</b></p> <p>我们承保衣原体、淋病、梅毒和 B 型肝炎等性传播感染 (STI) 的筛检。若孕妇和 STI 高危人群的主治医生要求其进行检查，我们将为其筛检承保。我们承保每隔 12 个月或在孕期特定时间的这类检查。</p> <p>我们还为面临 STI 高风险的性活跃成人承保每年最多 2 次单独的 20-30 分钟面对面高强度行为咨询课程。如果这些咨询课程是由主治医生提供并且是在初级医疗环境（如医生诊室）进行的，我们只会承保这些作为预防服务的咨询课程。</p>                  | <p>不需要为 Medicare 承保的 STI 筛检和 STI 咨询等预防性福利支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>                                                                                                                                                                        |
| <p><b>治疗肾病的服务</b></p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>教授肾病护理知识并帮助会员对其护理做出知情决定的肾病培训服务。对于患有第四期慢性肾病的会员，在医生转诊后，我们在其一生中最多承保六次肾病培训服务</li> <li>门诊透析治疗（包括暂时离开服务区域时的透析治疗，如第 3 章所述）</li> <li>住院透析治疗（如果您已作为住院患者入院接受特殊护理）</li> <li>自我透析培训（包括为您以及任何帮助您在家进行透析治疗的人提供的培训）</li> <li>家庭透析设备和用品</li> <li>某些家庭支持服务（例如，在必要时由经过培训的透析工作人员到家里，帮助处理紧急情况并对您的透析设备和供水进行检查）</li> </ul> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，20% 的共同保险。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p> <p>这些服务将按照以下章节所述进行承保：请参阅“住院治疗”部分。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>请参阅“耐用医疗设备和相关用品”部分。</p> <p>请参阅“居家护理机构提供的护理”部分。</p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>治疗肾病的服务（续）</b><br>某些药品由您的 Medicare B 部分药品福利进行承保。有关 B 部分药物承保的信息，请前往“Medicare B 部分处方药”一节。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                       |
| <b>专业护理机构 (SNF) 护理</b><br>（有关“专业护理机构护理”的定义，请参见本手册第 12 章。专业护理机构有时被称为“SNF”。）<br>承保服务包括但不限于： <ul style="list-style-type: none"><li>• 半私人病房（或在医疗必需时的私人病房）</li><li>• 包括特殊饮食在内的膳食</li><li>• 专业护理服务</li><li>• 物理治疗、职业治疗与语言治疗</li><li>• 作为您的护理计划组成部分对您施用的药品（其中包括人体中天然存在的物质，例如凝血因子。）</li><li>• 血液 — 包括储存和管理。全血和浓缩红细胞的承保从您需要的第四品脱血液开始 — 您必须为在一个自然年内获得的前 3 品脱血液支付费用或使用由您或其他人捐献的血液。所有其他血液成分均从使用的第一品脱开始承保</li><li>• 一般由 SNF 提供的医疗用品和手术用品</li><li>• 一般由 SNF 提供的化验室检查</li><li>• 一般由 SNF 提供的 X 光及其他放射服务</li><li>• 一般由 SNF 提供的器械（例如轮椅）的使用</li><li>• 医生/执业医护人员服务</li></ul> 通常，您需要从网络中的机构接受 SNF 护理。但是，在下列某些情况下，如果不属于计划提供者的机构接受我们计划的支付金额，您也许可以向该机构支付网络内分摊费用。 <ul style="list-style-type: none"><li>• 在您去医院之前所住的疗养院或连续性护理退休社区（只要它提供专业护理机构护理）。</li><li>• 您出院时您的配偶所住的 SNF。</li></ul> | <p>对于 Medicare 承保的专业护理机构护理，第 1 至 20 天，每天 \$0 的共付额；第 21 至 100 天，每天 \$178 的共付额。</p> <p>对于每次-Medicare 承保的 SNF 住院，自每次住院的第 1 天开始，您需要支付适用的分摊费用。</p> <p>您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p> |

| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>停止吸烟和烟草使用（对戒烟或戒除烟草使用的咨询）</b></p> <p>如果您使用烟草，但没有和烟草相关疾病的迹象或症状：我们会在 12 个月时间内为您承保两次免费的戒烟咨询课程，以作为一项预防服务。每次咨询课程包括最多四次面对面交谈。</p> <p>如果您使用烟草且被诊断出患有烟草相关疾病，或正在使用可能受烟草影响的药品：我们将承保戒烟咨询服务。我们会在 12 个月时间内为您承保两次戒烟咨询课程；但是，您需要支付适用的分摊费用。每次咨询课程包括最多四次面对面交谈。</p>                                                                                                                                      | <p>需要为 Medicare 承保的戒烟和戒除烟草使用等预防性福利支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>可能需要事先授权。</p>           |
| <p><b>监督运动疗法 (SET)</b></p> <p>我们为患有症状性外周动脉疾病 (PAD)，且已从负责 PAD 治疗的医师处获得 PAD 转诊的会员承保 SET。</p> <p>如果符合 SET 计划的要求，最多可承保为期 12 周的 36 次治疗。</p> <p>SET 计划必须：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 持续 30 至 60 分钟的治疗组成，包含为跛行患者提供的 PAD 治疗性运动训练课程</li><li>• 在医院门诊或医师诊室开展</li><li>• 由合格的辅助人员提供，该人员需要确保治疗的益处大于危害，并接受过 PAD 运动疗法的训练</li><li>• 由医师、医师助理或执业护士/临床护理专家直接监督，他们必须接受过基本和高级生命支持技术方面的培训</li></ul> <p>如果医疗保健提供者认为医学上有必要，可以在超出 12 周之外承保 36 次治疗之外的 SET 疗程，并在更长的时间内提供额外 36 次治疗。</p> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$20 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p> <p>可能需要事先授权。</p> |



| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>急症治疗服务</b></p> <p>症治疗服务是为需要即时医疗护理的非紧急、未能预见的疾病、受伤或病情提供的护理。急症治疗服务可能由网络内提供者提供，或在暂时无法从网络内提供者处获得护理时由网络外提供者提供。</p> <p>在网络外提供的必要急症治疗服务的分摊费用，与在网络内提供该等服务的费用相同。</p> <p>承保仅限于美国及其属地。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$30 的共付额。您负责支付这些金额，直至您达到最高自付费用金额为止。</p>                                                                                                                      |
| <p> <b>视力护理</b></p> <p>承保服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 用于对眼部疾病和伤害进行诊断和治疗的门诊医生服务，包括老年黄斑退化的治疗。Original Medicare 不承保针对眼镜/隐形眼镜的常规视力检查（验光）。</li> <li>• 对于青光眼高风险人群，我们将每年承保一次青光眼筛检费用。青光眼高风险人群包括：有青光眼家族史的人、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。</li> <li>• 对于糖尿病患者，每年承保一次糖尿病视网膜病变筛检。</li> <li>• 每次白内障手术（包括植入人工晶状体）后承保一副眼镜或隐形眼镜（如果您接受两次单独的白内障手术，无法在第一次手术后保留福利及在第二次手术后购买两副眼镜。）</li> </ul> <p>常规眼科检查*</p> <p>每年限 1 次就诊</p> <p>注：由 EyeMed 提供的常规眼部检查福利。您必须前往 EyeMed 网络内提供者处获取此福利。如需查找 EyeMed 提供者，请参阅提供者目录。</p> <p>额外的常规眼镜*</p> <p>承保处方眼镜或隐形眼镜。</p> | <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p>可能需要事先授权。</p> <p>\$0 的共付额</p> |



| 为您承保的服务                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 获得这些服务时您必须支付多少费用                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>视力护理（续）</b></p> <p>从网络外获取服务之前，请先拨打 (866) 355-1239 联系 EyeMed 客户服务部。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>如果您已从网络外提供者处获取服务，请拨打上述号码联系 EyeMed 客户服务部来了解如何提交报销申请。</li> <li>所有针对网络外常规视力服务的理赔申请必须提交给 EyeMed。理赔申请表和证明文件应邮寄至：<br/>EyeMed Vision Care, Attn: MVC Claims, P.O. Box 8504, Mason, OH 45040</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>隐形眼镜检查（验配与评估）和隐形眼镜对于隐形眼镜，每隔一年最高 \$130 的补贴。</li> <li>眼镜（镜片和镜框）<br/>每两年限 1 副眼镜（镜片和镜框）。<br/>对于各种镜框或特殊镜框品牌，每隔一年最高 \$130 的补贴。处方眼镜包括单光、带分界线的双光和带分界线的三光镜片。</li> </ul> <p>注：由 EyeMed Vision care 提供的常规眼镜福利。您必须前往 EyeMed Vision Care 网络内提供者处获取此福利。</p> | <p>\$0-\$60 的共付额，视乎服务而定。</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p> <p>\$25 的共付额</p> <p><i>可能需要事先授权。</i></p>             |
| <p> <b>“欢迎加入 Medicare” 预防性诊断</b></p> <p>计划可承保一次“欢迎加入 Medicare”预防性诊断。其中包括健康审查、有关您所需预防性服务（包括某些筛检和注射）的培训和咨询，以及转诊其他护理（如果需要）。</p> <p><b>重要提示：</b> 仅在您加入 Medicare B 部分后的前 12 个月内，我们为您承保“欢迎加入 Medicare”预防性诊断。预约时请告诉医生诊所，您要预约“欢迎加入 Medicare”预防性诊断。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicare 承保的首次参保就诊 EKG 检查（预防性服务）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>不需要为“欢迎加入 Medicare”预防性诊断支付共同保险、共付额或自付额。</p> <p>对于每次 Medicare 承保的服务，\$0 的共付额。</p> <p><i>需要事先授权。</i></p> |

## 第 3 节 哪些服务不能获得本计划承保？

### 第 3.1 节 我们不承保的服务（排除项目）

本节介绍哪些服务被 Medicare 保险“排除在外”，因此也不获本计划承保。如果某项服务被“排除在外”，表示本计划不承保该服务。

下表列出在任何情况下都不予承保或仅在特定情况下才被承保的一些服务和项目。

如果您接受了被排除在外（不承保）的服务，您必需自行行为该服务付费。除了在所列的特殊情况下，我们不会支付下表载列的被排除在外的医疗服务。仅有的例外情况是：如果下表的某项服务在上诉后被裁定为由于您的特殊情况我们应予支付或承保的医疗服务，则我们将支付其费用。（有关对我们做出不承保某项医疗服务的决定提出上诉的信息，请查阅本手册第 9 章第 5.3 节。）

福利表或下表对所有不承保服务或限制予以介绍。

即使您是在紧急医疗机构接受不承保服务，仍不能获得承保，且我们计划也不会为这些服务付款。

| Medicare 不承保的服务                                                               | 任何情况下均不承保 | 仅在特殊情况下承保                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 根据 Original Medicare 的标准被视为不合理和不必要的服务。                                        | ✓         |                                                                                                              |
| 试验性医疗程序和手术、设备及药物。<br>试验性医疗程序和项目是指我们的计划和 Original Medicare 认为得不到医疗界普遍认可的项目和程序。 |           | <p>✓</p> <p>可能因参加 Medicare 批准的临床研究而获 Original Medicare 承保，或由我们的计划承保。</p> <p>（有关临床研究的详细信息，请参见第 3 章第 5 节。）</p> |
| 医院的私人病房。                                                                      |           | <p>✓</p> <p>仅在医疗上有必要时承保。</p>                                                                                 |
| 医院或专业护理机构病房中的私人物品，例如电话或电视。                                                    | ✓         |                                                                                                              |
| 在家中接受的全职护理。                                                                   | ✓         |                                                                                                              |

| Medicare 不承保的服务                             | 任何情况下均不承保 | 仅在特殊情况下承保                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *看护是您不需要专业医疗护理或专业护理机构时在疗养院、善终机构或其他机构中提供的护理。 | ✓         |                                                                                                                                               |
| 包括基本家庭协理在内的家政服务，包括简单家务或简单膳食准备。              | ✓         |                                                                                                                                               |
| 对直系亲属或家庭成员护理收取的费用。                          | ✓         |                                                                                                                                               |
| 整容手术或医疗程序。                                  |           | ✓ <ul style="list-style-type: none"> <li>因意外受伤或是为了改善会员身体畸形部位的功能可获得承保。</li> <li>乳房切除术后进行的乳房重建手术，以及为达到对称效果而对未受影响的一侧乳房进行重建的所有阶段可获得承保。</li> </ul> |
| 常规脊椎推拿护理。                                   |           | ✓ <p>承保人工矫治脊椎以矫正半脱位。</p>                                                                                                                      |
| 常规足部护理。                                     |           | ✓ <p>可根据 Medicare 指引提供某些有限承保，例如若您患有糖尿病。</p>                                                                                                   |
| 送餐到家服务。                                     | ✓         |                                                                                                                                               |
| 矫形鞋。                                        |           | ✓ <p>如果矫形鞋是腿支架的一部分且包括在支架费用中，或将矫形鞋是供患有糖尿病足病的人使用。</p>                                                                                           |
| 足部辅助支撑器。                                    |           | ✓ <p>为患有糖尿病足部疾病的人提供的矫形鞋或治疗用鞋。</p>                                                                                                             |

## 第 4 章 医疗福利表（承保范围与支付费用）

| Medicare 不承保的服务              | 任何情况下均不承保 | 仅在特殊情况下承保                           |
|------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| 放射状角膜切开术、LASIK 手术和其他低视力辅助工具。 |           | ✓<br>为接受白内障手术后的人承保眼科检查和一副眼镜（或隐形眼镜）。 |
| 恢复生育能力手术和或非处方避孕用品。           | ✓         |                                     |
| 针灸。                          |           | ✓                                   |
| 自然疗法服务（使用自然或替代治疗方法）。         | ✓         |                                     |

\*看护是指不需要受训医疗或辅助医疗人员持续看护的个人护理，例如协助沐浴或穿衣等日常生活活动的护理。

## 第 5 章

使用本计划来对您的  
**D** 部分处方药进行承保

## **第 5 章 使用本计划来对您的 D 部分处方药进行承保**

|              |                                              |            |
|--------------|----------------------------------------------|------------|
| <b>第 1 节</b> | <b>简介 .....</b>                              | <b>95</b>  |
| 第 1.1 节      | 本章介绍您 D 部分药物的承保范围 .....                      | 95         |
| 第 1.2 节      | 计划 D 部分药物承保范围的基本规则 .....                     | 96         |
| <b>第 2 节</b> | <b>在网络内药房或通过计划的邮购服务配取处方药 .....</b>           | <b>96</b>  |
| 第 2.1 节      | 如要让您的处方受保，请使用网络内药房 .....                     | 96         |
| 第 2.2 节      | 寻找网络内药房 .....                                | 96         |
| 第 2.3 节      | 使用计划的邮购服务 .....                              | 97         |
| 第 2.4 节      | 如何取得长期药物供应？ .....                            | 98         |
| 第 2.5 节      | 在何种情况下，您可以使用计划网络外的药房？ .....                  | 99         |
| <b>第 3 节</b> | <b>您的药物必须列于计划的“药物清单”上 .....</b>              | <b>100</b> |
| 第 3.1 节      | “药物清单”说明何种 D 部分药物有承保 .....                   | 100        |
| 第 3.2 节      | 药物清单上的药物共有六种“分摊费用等级” .....                   | 101        |
| 第 3.3 节      | 如何得知某种特定的药物是否有列于药物清单上？ .....                 | 101        |
| <b>第 4 节</b> | <b>某些药物具有承保范围限制 .....</b>                    | <b>102</b> |
| 第 4.1 节      | 为何某些药物有限制？ .....                             | 102        |
| 第 4.2 节      | 何种限制？ .....                                  | 102        |
| 第 4.3 节      | 这些限制是否适用于您的药物？ .....                         | 103        |
| <b>第 5 节</b> | <b>如果您药物的承保方式并不是您所想要的，该如何处理？ .....</b>       | <b>103</b> |
| 第 5.1 节      | 如果您药物的承保方式并不是您所想要的，您可以采取一些<br>步骤 .....       | 103        |
| 第 5.2 节      | 如果您的药物未列于药物清单上，或者如果该药受到某些限制，<br>该如何处理？ ..... | 104        |
| 第 5.3 节      | 如果您认为您药物的分摊费用等级过高，该如何处理？ .....               | 106        |
| <b>第 6 节</b> | <b>如果您药物的承保范围更改，该如何处理？ .....</b>             | <b>106</b> |
| 第 6.1 节      | 在一年当中，药物清单可能会有更改 .....                       | 106        |
| 第 6.2 节      | 如果您正在使用的药物，其承保范围受到更改，将会如何？ .....             | 107        |
| <b>第 7 节</b> | <b>哪些药物不能获得本计划承保？ .....</b>                  | <b>108</b> |
| 第 7.1 节      | 我们不承保的药物类型 .....                             | 108        |

|               |                                             |            |
|---------------|---------------------------------------------|------------|
| <b>第 8 节</b>  | <b>配取处方药时，务请出示您的计划会员卡.....</b>              | <b>109</b> |
| 第 8.1 节       | 出示您的会员卡.....                                | 109        |
| 第 8.2 节       | 如果您没有携带会员卡，该如何处理？ .....                     | 110        |
| <b>第 9 节</b>  | <b>特殊情况下的 D 部分药物保险.....</b>                 | <b>110</b> |
| 第 9.1 节       | 如果您目前住在医院或专业护理机构，且该住院由计划承保，<br>该如何处理？ ..... | 110        |
| 第 9.2 节       | 如果您是长期护理 (LTC) 机构的居住者，将如何处理？ .....          | 110        |
| 第 9.3 节       | 如果您还有接受雇主或退休人士团体计划的药物保险，<br>该如何处理？ .....    | 111        |
| 第 9.4 节       | 如果您参加了经 Medicare 认证的善终计划，该如何处理？ .....       | 111        |
| <b>第 10 节</b> | <b>药物安全与用药管理的计划 .....</b>                   | <b>112</b> |
| 第 10.1 节      | 协助会员安全用药的计划.....                            | 112        |
| 第 10.2 节      | 协助会员安全使用类鸦片药物的药物管理计划 (DMP) .....            | 112        |
| 第 10.3 节      | 协助会员管理药物的药物治疗管理 (MTM) 计划 .....              | 113        |

## 您知道有计划可以帮助人们支付他们的药费吗？

有一些计划可以帮助收入有限的人士支付他们的药费。这些计划包括“额外补助”和州政府医药补助计划。有关更多信息，请参见第 2 章第 7 节。

### 您目前是否有取得支付药物上的协助？

若您加入了某些帮助支付您的药费的计划，则本**承保范围说明书**中关于**D 部分处方药费用**的某些信息可能对您不适用。我们将会寄给您一份单独的插页来说明您药物保险，该插页称为“取得额外补助支付处方药之人士的承保范围说明书附则”（也称为“低收入补贴附则”或“LIS 附则”）。如果您尚未收到此插页，请致电会员服务部索要“LIS 附则”。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

---

## 第 1 节                      简介

---

|                                                |
|------------------------------------------------|
| 第 1.1 节                      本章介绍您 D 部分药物的承保范围 |
|------------------------------------------------|

本章说明使用您 D 部分药物承保范围的规则。接下来的章节介绍您需要为 D 部分药物支付的费用（第 6 章，*对于 D 部分处方药您须支付的费用*）。

除了您的 D 部分药物承保范围，Bright Advantage Assist (HMO) 也承保部分计划医疗福利的药物。我们的计划通常通过其 Medicare A 部分福利保险，承保您于受保住院期间在医院或专业护理机构接受的药物。通过承保 Medicare B 部分福利，本计划承保的药物包括某些化疗用药、某些您在门诊时接受的药物注射，以及您在透析机构接受的药物。第 4 章（*医疗福利表，承保范围与支付费用*）介绍了受保医院或专业护理机构住院期间的药物福利与费用以及 B 部分药物的费用。

如果您加入 Medicare 善终计划，您的药物可由 Original Medicare 承保。我们的计划仅承保与您的绝症预后及相关症状无关的 Medicare A 部分、B 部分及 D 部分服务和药物，因此 Medicare 善终计划福利不承保该等服务和药物。如需更多信息，请参见第 9.4 节（*如果您参加了经 Medicare 认证的善终计划，该如何处理*）。有关善终计划保险的信息，请参见第 4 章（*医疗福利表，承保范围与支付费用*）的善终计划章节。

以下章节介绍根据本计划 D 部分福利规则对您药物的承保。第 9 节**特殊情况下的 D 部分药物保险**包括有关 D 部分保险和 Original Medicare 的更多信息。



## 第 1.2 节 计划 D 部分药物承保范围的基本规则

本计划通常将会承保您的药物，只要您遵守以下基本规则：

- 您必须由提供者（医生、牙医或其他处方医生）为您开立处方。
- 您的处方医生必须接受 Medicare，或向 CMS 提交证明文件，证明他或她有资格开立处方，否则您的 D 部分赔付将会遭到拒绝。下次您致电或就诊时应向处方医生询问他们是否符合此条件。若不符合，请注意您的处方医生需花时间提交必要的文书以便处理。
- 您通常须使用网络内药房来配取您的处方药。（请参见第 2 节，*在网络内药房或通过计划的邮购服务配取处方药*。）
- 您的药物必须列于计划的承保药物清单（处方药一览表）（我们简称为“药物清单”）上。（请参见第 3 节，*您的药物必须列于计划的“药物清单”上*。）
- 您的药物必须按医疗上认可的适应症使用。“医疗上认可的适应症”表示一种由食品药品监督管理局批准，或由某些参考书籍支持的药物使用方式。（有关医疗上认可的适应症的详细信息，请参见第 3 节。）

## 第 2 节 在网络内药房或通过计划的邮购服务配取处方药

### 第 2.1 节 如要让您的处方受保，请使用网络内药房

在大多数情况下，您的处方药仅在计划的网络内药房配取时才获承保。（有关我们承保从网络外药房配取的处方药的信息，请参见第 2.5 节。）

网络内药房是和计划签约的药房，用来提供您的承保处方药。“承保药物”一词表示所有计划“药物清单”上承保的 D 部分处方药。

### 第 2.2 节 寻找网络内药房

如何寻找您当地的网络内药房？

如要寻找网络内药房，您可以查看您的药房目录，访问我们的网站 ([brighthouseplan.com/medicare-advantage](https://brighthouseplan.com/medicare-advantage))，或致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

您可以前往我们网络内的任何药房。如果您转至另一间网络内药房，在需要补充您正在使用的药物时，您可以要求提供者开立新的处方，或者要求将您的处方转移至新的网络内药房。

### 如果您使用的药房离开了网络，该如何处理？

如果您使用的药房离开了计划的网络，您将需要寻找一间新的网络内药房。如要寻找您当地的另一间网络内药房，您可以致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）或使用 *药房目录* 来寻求帮助。您也可以通过我们的网站 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](https://brighthouseplan.com/medicare-advantage) 取得此信息。

### 如果您需要专门的药房，该如何处理？

有时处方药必须在专门的药房配取。专门的药房包括：

- 提供居家输液治疗药物的药房。
- 为长期护理 (LTC) 机构居住者提供药物的药房。通常，LTC 机构（如疗养院）拥有自己的药房。如果您入住 LTC 机构，我们必须确保您能够通过我们的网络内 LTC 药房（通常为 LTC 机构使用的药房）接受您的 D 部分福利。如果您在 LTC 机构使用 D 部分福利时遇到困难，请联系会员服务部。
- 为印地安医疗保健服务/部落/城区印地安医疗保健计划提供服务的药房（未在波多黎各提供）。除非是紧急情况，只有美国原住民或阿拉斯加原住民能够使用这些网络内药房。
- 调配受 FDA 限制在某些地点之药物的药房，或是调配需要特殊处理、提供者协调、使用方式教学的药房。（注：这种情况很少发生。）

如要寻找专门的药房，可以查看您的 *药房目录* 或致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

## 第 2.3 节 使用计划的邮购服务

对于某些类型的药物，您可以使用计划的网络内邮购服务配取。通常，您定期使用的、用于治疗慢性或长期疾病的药物可通过邮购服务购买。可通过我们计划的邮购服务购买的药物在我们的药物清单中带有“**邮购**”药物标记。

我们计划的邮购服务允许您订购多达 90 天份的药量。

如要取得订购单及通过邮寄配取处方药的信息，请致电 (844)221-7736 联系会员服务部。

通常，邮购药房的订购会在 14 天内送达。若您的邮购订单延迟，您可以在您的药房获得临时性供药。请拨打 (844)221-7736 联系会员服务部，了解更多信息。

### 药房直接从您医生的诊室收到的新处方。

在以下情况下，药房将自动按照从医疗服务提供者处收到的新处方配药并寄送给您，而不会事先咨询您的意见：

- 您过去使用过本计划的邮购服务，或
- 您注册申请自动配送从医疗服务提供者处直接收到的所有新处方上的药物。您可以立刻或随时继续让您的医生将处方发送给我们，申请自动配送所有新处方上的药物。无需进行特殊的申请。或者，如果您之前取消了自动配送，您可以拨打 (844)221-7736 联系会员服务部来恢复自动配送。

如果您自动收到您不想要的邮寄处方药，而且在药物发运前无人联系您确认您是否想要该药物，则您也许有资格获得退款。

如果您过去使用邮购服务，但现在不希望药房自动配送每个新处方上的药物，请致电会员服务部联系我们，电话：(844)221-7736。

如果您从未使用过我们的邮购服务，和/或决定停止自动配取新处方上的药物，药房将在每次从医疗服务提供者处取得新处方时联系您，以确认您是否希望立即配取并发运药物。这样您将有机会确认药房寄送的药物是否正确（包括规格、份量和剂型），而且在必要时，您可以在自己被收费及药物发运前，取消或延迟药物的寄送。每次药房联系您时，您都应做出回复，以便让他们知道怎么处理新处方并防止耽误药物发运，这一点非常重要。

若决定不按照直接从您的医疗服务提供者处收到的新处方自动配送药物，请致电会员服务部联系我们，电话：(844)221-7736。

重新配取邮购处方药。对于重新配取药物，您可选择参加一项自动重配计划。参加此计划后，当我们的记录显示您即将用完药物时，我们将自动开始处理您的下次药物重配。药房将在每次寄送重配药物前联系您，确定您是否需要更多药物，且如果您有足够药物或您的药物发生变化，您可取消预定的重配药物。如果您选择不使用我们的自动重配计划，请在您认为手上的药物将在 14 天后用完时联系您的药房，以确保邮购的药物可以及时发运给您。

若要退出我们的自动邮购药物重配计划，请致电会员服务部联系我们，电话：(844)221-7736。

这样一来，药房可以在发运药物前联系您确认订单，请务必告知药房联系您的最佳方式。请致电会员服务部向我们提供您的首选联系信息，电话：(844)221-7736。

## 第 2.4 节 如何取得长期药物供应？

当您取得长期药物供应时，您的分摊费用可能会较低。本计划提供了两种就计划药物清单上之“维持”药物，取得长期供应（亦称为“延长供药”）的方法。（维持药物是您定期使用的药物，用于治疗慢性或长期疾病。）您可以通过邮购（请参见第 2.3 节）或前往零售药房的方式订购此类供药。

1. **部分网络内零售药房**可为您提供长期维持药物供应。部分此类零售药房可能会同意较低的长期维持药物供应分摊费用。其他零售药房可能不会同意较低的长期维持药物供应分摊费用。在此情况下，您将须负责支付差价。您的药房目录介绍了哪些网络内药房可提供您长期维持药物供应。您也可致电会员服务部了解详细信息（电话号码印在本手册封底）。
2. 对于某些类型的药物，您可以使用计划的网络内**邮购服务**配取。可通过我们计划的邮购服务购买的药物在我们的药物清单中带有“**邮购**”药物标记。我们计划的邮购服务允许您订购多达 90 天份的药量。有关使用邮购服务的更多信息，请参见第 2.3 节。

### 第 2.5 节 在何种情况下，您可以使用计划网络外的药房？

#### 在某些情况下，您的处方药可能有承保

通常，只有在您无法使用网络内药房时，我们才会承保于网络外药房配取的药物。如果您无法使用网络内药房，在以下情形下，我们可能会承保于网络外药房配取的处方药：

- 您在计划服务区域以外的（美国境内）地点旅行，而您的 D 部分承保药物用完或丢失，或者您生病并需要 D 部分承保药物，但无法使用网络内药房。
- 出于合理原因（例如在驾驶距离内无提供 24 小时/每周 7 天服务的网络内药房），您在服务区域内无法及时取得 D 部分承保药物。
- 您必须及时配取某种 D 部分承保处方药，但该 D 部分承保药物（例如罕用药或其他通常直接由制造商或特定供应商发运的特殊级药物）在可用的网络内零售药房或邮购药房无固定存货。
- 您是急诊室、医疗服务提供者诊所、门诊手术或其他门诊机构的患者，因而无法在网络内药房配取 D 部分药物，并接受由网络外的机构药房配送的 D 部分处方药。
- 您在任何联邦公布的灾难或其他公共卫生紧急状态期间，撤出或以其他方式离开您的居住地且无法合理预计会在网络内药房取得 D 部分承保药物时，获得了您的 D 部分承保药物。

在这些情况下，如果您在网络外药房配取处方药受承保，则您的药物可能被限制在 30 天份量。

在这些情况下，**请先咨询会员服务部**，以确定附近是否有网络内药房。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）您可能需要支付在网络外药房购买药物的费用与网络内药房承保费用之间的差额。

## 如何要求计划报销？

如果您必须使用网络外药房，您通常将需要在配取处方药时支付全额的费用（而非您一般的分摊费用）。您应要求我们报销我们应承担的费用。（第 7 章第 2.1 节介绍如何要求计划偿付。）

## 第 3 节 您的药物必须列于计划的“药物清单”上

### 第 3.1 节 “药物清单”说明何种 D 部分药物有承保

计划有一份“承保药物清单（处方药一览表）”。在本承保范围说明书中，我们将其简称为“药物清单”。

此清单上的药物皆由计划在医生和药剂师团队的协助下选定。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。

药物清单仅列出由 Medicare D 部分承保的药物（D 部分药物于稍早前，在本章第 1.1 节有说明）。

我们通常会承保计划药物清单上的药物，只要您遵守其他在本章所说明的承保规则，且该药用于医疗上认可的适应症。“医学上认可的适应症”表示该药的使用方式符合以下任一项：

- 由美国食品药品监督管理局批准。（这表示食品药品监督管理局已批准该药用于诊断或病况[经处方]。）
- -- 或者 -- 由某些参考信息支持，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 DRUGDEX Information System。

### 药物清单同时包含原厂药与副厂药

副厂药是一种和原厂药具有相同活性成分的处方药。通常，副厂药和原厂药的药效相同，并且费用较低。许多原厂药皆有副厂药可供替代。

### 哪些药物不在药物清单上？

本计划并未承保所有的处方药。

- 在某些情况下，法律并不允许任何 Medicare 计划皆可承保某些类型的药物（更多信息请参见本章 7.1 节）。
- 其他情况则是我们决定不将某种特定的药物包含在药物清单内。

### 第 3.2 节 药物清单上的药物共有六种“分摊费用等级”

计划药物清单上的每种药物皆属于六种分摊费用等级中的一种。通常，分摊费用的等级越高，您药物的费用就越高：

- 第 1 级分摊费用：首选副厂药  
第 1 级属于最低等级，其包括首选副厂药。
- 第 2 级分摊费用：副厂药  
第 2 级包括副厂药。
- 第 3 级分摊费用：首选原厂药  
第 3 级包括首选原厂药和非首选副厂药。
- 第 4 级分摊费用：非首选药物  
第 4 级包括非首选原厂药和非首选副厂药。
- 第 5 级分摊费用：特殊级药  
第 5 级包括非常高昂的原厂药和副厂药，它们可能需要进行特殊处理和/或密切监控。
- 第 6 级分摊费用：特选护理药物  
第 6 级属于最高等级，其包括治疗糖尿病、高血压和高胆固醇等疾病的特选护理副厂药以及 D 部分计划通常不承保的某些药物。

如要了解您的药物属于哪个分摊费用等级，请查询计划的药物清单。

对于每个分摊费用等级，您分别须为药物支付的金额列于第 6 章（*对于 D 部分处方药您须支付的费用*）。

### 第 3.3 节 如何得知某种特定的药物是否有列于药物清单上？

您有三种方法：

1. 查看我们以电子形式提供的最新版药物清单。
2. 您可访问本计划的网站 ([brighthouseplan.com/medicare-advantage](https://brighthouseplan.com/medicare-advantage))。网站上的药物清单将维持在最新的版本。
3. 致电会员服务部，查询某种特定的药物是否有列于计划的药物清单上，或索要一份该清单的副本。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

## 第 4 节 某些药物具有承保范围限制

### 第 4.1 节 为何某些药物有限制？

对于某些处方药，特殊的规则限制了计划如何与何时才可承保。一批医生与药剂师制订了这些规则，来协助我们的会员最有效地使用药物。这些特殊规则也可协助控制药物费用的总额，使您的药物保险更容易负担得起。

通常，我们的规则鼓励您取得适合您的病情且安全、有效的药物。每当有安全且费用较低的药物和较昂贵的药物效果相同时，计划的规则将鼓励您与您的提供者使用费用较低的选择。我们也须遵守 Medicare 对于药物保险和分摊费用的规则与法规。

**如果您的药物有受到限制，这通常表示您或您的提供者将须采取额外的步骤，以便我们承保该药物。**如果您想要我们为您豁免该限制，您将需要利用承保范围决定程序，并要求我们做出例外处理。我们不一定会同意为您豁免该限制。（有关申请例外处理的详细信息，请参见第 9 章第 6.2 节。）

请注意，有时某种药物可能在药物清单上多次出现。这是因为可能会基于不同的因素适用不同的限制或分摊费用，例如您医疗服务提供者开处的药物的规格、份量或剂型（例如，10 mg 与 100 mg；每天一次与每天两次；片剂与液体）。

### 第 4.2 节 何种限制？

我们的计划使用不同类型的限制来协助我们的会员最有效地使用药物。下节将介绍关于我们对某些药物使用的限制类型。

#### 在有副厂药可用时对原厂药进行限制

通常，“副厂药”和原厂药的药效相同，并且费用较低。**大多数情况下，当原厂药有其副厂药可用时，我们的网络内药房将会为您提供副厂药。**当有副厂药可用时，我们通常不会承保原厂药。然而，如果您的提供者以医疗理由告知我们，无论是副厂药还是其他治疗相同疾病的承保药物都不适合您，则我们将会承保该原厂药。（对于原厂药，您应承担的费用可能会较副厂药高。）

#### 事先取得计划批准

对于某些药物，在我们同意为您提供承保前，您或您的提供者需要取得计划的批准。这称为“**事先授权**”。有时候，规定提前取得批准有助于恰当地使用某些药物。如果您并未取得此批准，您的药物可能不会由计划承保。

## 首先尝试不同的药物

此项要求鼓励您在计划承保其他药物之前，先尝试使用价格较低但疗效相同的药物。例如：若药物 A 和药物 B 皆可治疗同一病症，则计划可能要求您先尝试使用药物 A。若药物 A 对您不起效，则本计划将会承保药物 B。这个要求先尝试不同药物的做法称为“阶段治疗”。

## 数量限制

对于某些药物，我们通过限制您每次配取处方药时可获得的药物数量来限制您拥有的药物数量。举例来说，如果某个药物的安全用量通常只有每日一粒，则我们可能会限制您处方的承保范围至不超过每日一粒。

### 第 4.3 节 这些限制是否适用于您的药物？

计划的药物清单包含了上述限制的信息。如要确定这些限制是否适用于您服用（或想要服用）的药物，请查阅药物清单。如需最新信息，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）或访问我们的网站 ([brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage))。

如果您的药物有受到限制，这通常表示您或您的提供者将须采取额外的步骤，以便我们承保该药物。如果您使用的药物有受到限制，您应联系会员服务部，了解您或您的提供者如何取得该药物的承保。如果您想要我们为您豁免该限制，您将需要利用承保范围决定程序，并要求我们做出例外处理。我们不一定会同意为您豁免该限制。（有关申请例外处理的详细信息，请参见第 9 章第 6.2 节。）

## 第 5 节 如果您药物的承保方式并不是您所想要的，该如何处理？

### 第 5.1 节 如果您药物的承保方式并不是您所想要的，您可以采取一些步骤

我们希望您的药物保险很适合您。但是，很有可能您正在使用的处方药或您和您的提供者认为您应该服用的药物不在我们的处方药一览表上，或在我们的处方药一览表上但有限制条件。例如：

- 该药物可能完全没有承保。或者，可能仅承保其副厂药，但您想要使用其未承保的原厂药。
- 药物获承保，但其承保范围有额外的规则或限制。如同第 4 节的说明，有些计划承保的药物有额外的规则来限制其使用。举例来说，在计划承保您希望使用的药物之前，可能要求您先尝试不同的药物，看该药物是否对您有效。或可能限制该药在特定期限内的承保数量（药丸数目等）。在某些情况下，您可能会希望我们为您豁免该限制。



- 药物有承保，但其分摊费用等级使得分摊费用超出您的预期。本计划将承保药物分为六种不同的分摊费用等级。您需要支付的处方药费用，有部分是根据您的药物所属的分摊费用等级而定。

如果您药物的承保方式并不是您所想要的，您可以采取一些步骤。您的选择视问题类型而定：

- 如果您的药物未列于药物清单上，或是如果您的药物受到限制，请参见第 5.2 节，以了解如何处理。
- 如果您的药物所在的分摊费用等级使得您的费用高于您认为其应有的费用，请参见第 5.3 节了解您可以采取哪些措施。

|                |                                           |
|----------------|-------------------------------------------|
| <b>第 5.2 节</b> | <b>如果您的药物未列于药物清单上，或者如果该药受到某些限制，该如何处理？</b> |
|----------------|-------------------------------------------|

如果您的药物未列于药物清单上，或者如果该药受到某些限制，您可以：

- 您可能可以取得该药的临时性供药（仅在某些情况下会员才可取得临时性供药）。这将给予您和您的提供者更换至另一种药物的时间，或提出药物承保请求的时间。
- 可以更换成另一种药物。
- 您可以提出例外处理申请，并要求计划承保该药，或移除该药的限制。

### 您可能可以取得临时性供药

在某些情况下，当您的药物并未列于药物清单上或受到某些限制时，本计划可以向您提供药物的临时性供药。这可给予您一些时间，来和您的提供者就承保范围的更改进行讨论，并思考处理方法。

要获得临时性供药，您必须满足两项要求：

#### 1. 您药物的承保范围更改必须是以下任一类型的更改：

- 您使用的药物不再列于计划的药物清单上。
- 或 -- 您使用的药物目前受到了某些限制（本章第 4 节介绍了关于限制的细节）。

#### 2. 您必须处于下述任一情况：

- 对于新会员或去年参与本计划的会员：

对于新会员，在您成为本计划会员后的前 90 天内，对于去年参与本计划的会员，则在历年的前 90 天内，我们均将承保您药物的临时性供药。临时性供药最多提供 30 天的药量。如果您处方的天数较少，我们将允许多次配药，以提供最高达 30 天

的药量。处方药必须在网络内药房配取。（请注意，长期护理药房可能每次仅提供较小份量的药物以免造成浪费。）

- 对于加入计划超过 90 天，且住在长期护理 (LTC) 机构，并且立即需要药物补给的会员：

我们将承保特定药物一次 31 天的药量，如果您的处方天数少于此数，则会承保少于该天数的药量。这是除了上述临时性供药情况之外的供药。

- 对于护理等级有所变更的会员（入住或离开 LTC 机构），我们不会使用提前重新配药标注来限制其对 D 部分福利的适当和必要的获取，并且将允许该等参保者在入院或出院时重新配药。

如需临时性供药，您可致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

在您取得临时性供药期间，您应和您的提供者讨论，以决定当临时性供药用完时该如何处理。您可以改用计划承保的不同药物，或要求计划为您做出例外处理来承保您目前的药物。下节将详细介绍这些选择。

### 可以更换成另一种药物

首先，和您的提供者讨论。或许有不同的计划承保药物对您有相同的效果。您可以致电会员服务部，要求一份治疗相同病况的承保药物清单。此清单将可协助您的提供者找到适合您的承保药物。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

### 您可以要求例外处理

您和您的提供者可以要求计划为您做出例外处理，并按照您想要的方式来承保该药。如果您的提供者表示您有申请例外处理的医疗理由，则您的提供者可以协助您提出例外处理申请。例如，您可以要求计划承保某项药物，即使该药并未列于计划的药物清单上。或者，您可以要求计划做出例外处理，并在无任何限制下承保该药物。

如果您是现有会员，且您正在服用的药物明年将自处方药一览表中移除，或以相同方式受限，我们将允许您事先为明年提出处方药一览表例外处理申请。我们将会就您的药物告知您任何明年的承保范围更改。您可在明年之前提出例外处理申请，我们将在收到您的申请（或您的处方医师的支持声明）后的 72 小时内做出答复。如果我们批准您的申请，我们将在更改生效之前批准该承保。

如果您和您的提供者想申请例外处理，第 9 章第 6.4 节将介绍该如何处理。其中说明了 Medicare 为确保您的请求得到立即和公平的处理而制定的程序和截止时间。

### 第 5.3 节 如果您认为您药物的分摊费用等级过高，该如何处理？

如果您认为您药物的分摊费用等级过高，您可以：

#### 可以更换成另一种药物

如果您认为您药物的分摊费用等级过高，先和您的提供者讨论。或许有较低分摊费用等级的不同药物对您有相同的效果。您可以致电会员服务部，要求一份治疗相同病况的承保药物清单。此清单将可协助您的提供者找到适合您的承保药物。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

#### 您可以要求例外处理

您和您的提供者可以要求计划为该药就分摊费用等级做出例外处理，使您能够支付较少的费用。如果您的提供者表示您有申请例外处理的医疗理由，则您的提供者可以协助您提出例外处理申请。

如果您和您的提供者想申请例外处理，第 9 章第 6.4 节将介绍该如何处理。其中说明了 Medicare 为确保您的请求得到立即和公平的处理而制定的程序和截止时间。

我们的特殊级药不符合此类例外处理的资格。我们无法降低此等级中药物的分摊费用金额。

## 第 6 节 如果您药物的承保范围更改，该如何处理？

### 第 6.1 节 在一年当中，药物清单可能会有更改

大多数药物承保范围的更改发生在每年开始时（1 月 1 日）。然而，在一年当中，计划可能会对药物清单做出更改。例如，计划可能：

- **添加药物至药物清单，或从中移除药物。**提供新药，包含新的副厂药。政府可能会批准现有药物的新用途。有时，药物会被召回，因此我们决定不承保该药。或者，我们可能会因为发现药物无效，而从清单中移除该药。
- **提高或降低药物的分摊费用等级。**
- **对某项药物添加或移除承保范围限制**（有关承保范围限制的详细信息，请参见本章第 4 节）。
- **以副厂药来替换某项原厂药。**

在更改计划的药物清单之前，我们必须遵守 Medicare 的要求。

## 第 6.2 节 如果您正在使用的药物，其承保范围受到更改，将会如何？

### 关于更改药物承保范围的信息

如果药物清单在年内发生更改，我们会在网站上发布有关更改的信息。我们将定期更新我们的在线药物清单，以纳入上次更新后发生的任何更改。下面我们会说明，如果您正在使用的药物发生更改，您会直接收到通知。您也可致电会员服务部了解详细信息（电话号码印在本手册封底）。

### 您药物承保范围的更改是否会立即影响到您？

今年可能会影响到您的变更：在下列情况中，您将受到当年承保范围更改的影响：

- 副厂药取代了“药物清单”中的原厂药（或者我们更改了原厂药的分摊费用等级或对其增设限制，或是同时更改了原厂药的分摊费用等级并对其增设限制）
  - 如果您正在服用的原厂药被副厂药取代，计划必须至少提前 30 天给予您变更通知，或就该项原厂药给予您 30 天份量的网络内药房重新配药并向您发出变更通知。
  - 收到此变更通知后，您应和您的提供者一起准备转换到副厂药或不同的承保药物。
  - 或者，您和您的处方医师可以要求计划做出例外处理，并继续为您承保该原厂药。有关如何申请例外处理的信息，请参见第 9 章（遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉））。
- 药物清单上的不安全药物和其他药物退出市场
  - 偶尔情况下，某种药物可能会因为被发现不安全而突然被召回，或因其他原因而退出市场。如果发生这种情况，我们会立即将该药自药物清单中移除。如果您正在使用该药，我们会立刻通知您。
  - 您的处方医师也将得知此情况，并可和您一起寻找另一种适合您的病情的药物。
- 药物清单中药物的其他变更
  - 一年之后，我们可能会做出其他变更，并可能会影响您正在使用的药物。例如，我们可能会根据 FDA 的包装警告或 Medicare 认可的新临床指引做出变更。我们必须至少提前 30 天通知您这些变更，或者就您正在使用的药物给予您 30 天的网络内药房重新配药并向您发出变更通知。
  - 收到此变更通知后，您应和您的处方医师一起准备转换到不同的承保药物。

- 或者，您和您的处方医师可以要求我们做出例外处理，并继续为您承保该药。有关如何申请例外处理的信息，请参见第 9 章（*遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）*）。

**药物清单上的药物发生变更不会影响会员正在使用的药物：**对于上述未列出的药物清单变更，如果您正在使用这些药物，那么在明年 1 月 1 日之前（若您仍在计划中），以下类型的变化都不会影响您：

- 如果我们将您药物的分摊费用等级提高。
- 如果我们在您对于该药的使用上，规定了一项新的限制。
- 如果我们将您的药物自药物清单移除。

您正在使用的药物发生任何这些变更（但并非因为药物从市场上退出，副厂药取代了原厂药，或上述章节所列的其他变更），则直到明年的 1 月 1 日为止，该变更将不会影响您的用药或您的分摊费用。在该日期前，您可能不会感到您的付款有任何增加，或您的用药有任何新的限制。对于不会影响您的变更，今年内您不会收到有关直接通知。然而，自明年 1 月 1 日起，这些变更会影响到您，因此请务必检查新福利年度的药物清单，了解药物是否有任何变更。

## 第 7 节 哪些药物不能获得本计划承保？

### 第 7.1 节 我们不承保的药物类型

本节告诉您哪些种类的处方药“被排除在外”。这表示 Medicare 将不会支付这些药物的费用。

如果您接受被排除在外的药物，您必须自行支付费用。我们将不会支付本节所列药物的费用（除非某些不保药物受加强型药物保险承保）。仅有的例外情况是：如果请求的药物在上诉时被发现是未排除在 D 部分之外，且由于您的特殊情况我们应进行支付或承保的药物。（有关对我们做出不承保某种药物的决定提出上诉的信息，请查阅本手册第 9 章第 6.5 节。）

以下列出三项关于 Medicare D 部分药物计划不承保之药物的通用规则：

- 我们计划的 D 部分药物保险无法承保将由 Medicare A 部分或 B 部分承保的药物。
- 我们计划无法承保于美国及其属地境外购买的药物。

- 我们的计划通常无法承保非适应症使用。“非适应症使用”指的是任何非该药标签上由食品药物管理局批准之指示的用途。
  - 通常，“非适应症使用”的承保仅在该用途受到某些参考信息支持的情况下才被允许，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 DRUGDEX Information System。如果该用途并未受到任何这些参考文献的支持，则我们的计划无法承保“非适应症使用”。

并且，根据法律，这些类别的药物不由 Medicare 药物计划承保：（我们的计划通过加强型药物承保范围承保下文所列的某些药物，您可能需要为该加强型药物承保范围支付额外保费。有关详细信息，请参见下文。）

- 非处方药（也称为成药）
- 当药物用来促进生育时
- 当药物用来缓解咳嗽或感冒症状时
- 当药物用作美容目的或促进头发生长时
- 处方维生素与矿物质产品（产前维生素与氟化物制剂除外）
- 当药物用于治疗性功能或勃起功能障碍时
- 当药物用来治疗厌食症、体重减轻或体重增加时
- 制造商试图通过销售条件要求相关测试或监测服务只能自该制造商购买的门诊药物

我们对于 Medicare 处方药计划通常不承保的某些处方药提供额外的承保（加强型药物承保范围）。在加强型药物承保范围内的药物可能有数量限制。请参阅第 6 章第 8.1 节了解更多信息。您在配取此药物时所支付的金额不计入使您符合重大伤病承保阶段资格的药费内。（参见本手册的第 6 章第 7 节了解“重大伤病承保阶段”。）

此外，若您正在接受 Medicare 的“额外补助”，且以此来支付您的处方药费，该“额外补助”计划将不会支付通常不承保的药物的费用。（请参阅计划的药物清单或致电会员服务部，以了解更多信息。会员服务部电话号码印在本手册封底。）然而，若您拥有通过 Medicaid 获得的药物保险，您的州 Medicaid 计划可能会承保部分 Medicare 药物计划通常不承保的处方药。请联系您所在州的 Medicaid 计划，确定可为您提供哪些药物承保。（Medicaid 的电话号码及联系信息列于第 2 章第 6 节。）

---

## 第 8 节 配取处方药时，务请出示您的计划会员卡

---

|                 |
|-----------------|
| 第 8.1 节 出示您的会员卡 |
|-----------------|

配取处方药时，请在您选择的网络内药房出示您的计划会员卡。当您出示计划会员卡时，该网络内药房会自动向计划收取我们就您承保处方药费用应承担的部分。当您领取处方药时，您将需要向该药房支付您应承担的部分。

## 第 8.2 节 如果您没有携带会员卡，该如何处理？

如果您在配取处方药时没有携带计划会员卡，请要求该药房致电本计划以取得必要的信息。

如果该药房无法取得必要的信息，在领取处方药时，您可能将需要支付全额的费用。（您可以在之后要求我们偿付我们应承担的部分。有关如何要求计划偿付的信息，请参见第 7 章第 2.1 节。）

## 第 9 节 特殊情况下的 D 部分药物保险

### 第 9.1 节 如果您目前住在医院或专业护理机构，且该住院由计划承保，该如何处理？

如果您住进医院或专业护理机构，且该住院由计划承保，我们通常将会在住院期间承保您处方药的费用。一旦您离开该医院或专业护理机构，只要您的药物满足我们所有的承保规则，计划就会承保该药。请参见本节前面的部分介绍了取得药物承保的规则。第 6 章（对于 D 部分处方药您须支付的费用）可提供您更多关于药物承保与费用的信息。

**请注意：**当您进入、入住或离开专业护理机构时，您有权享有特殊参保期。在此期间，您可以更换计划或更改您的保险。（第 10 章，终止计划会员资格，介绍您何时可离开我们的计划并加入其他 Medicare 计划。）

### 第 9.2 节 如果您是长期护理 (LTC) 机构的居住者，将如何处理？

通常，长期护理 (LTC) 机构（如疗养院）拥有自己的药房，或有药房为其所有的居住者提供药物。如果您是长期护理机构的居住者，只要该机构的药房在我们的网络内，您即可在该药房取得处方药。

请查阅您的药房目录，以确定您长期护理机构的药房是否在我们的网络内。如果不在我们的网络内，或您需要更多信息，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

#### 如果您是长期护理 (LTC) 机构的居住者且成为本计划的新会员，将如何处理？

如果您需要药物清单外的药物，或该药受到某些限制，本计划将会承保您药物的临时性供药（在您成为会员后的前 90 天内）。总供药量最高为 31 天，如果您的处方天数少于此数，则会承保少于该天数的药量。（请注意，长期护理药房 (LTC) 可能每次仅提供较小份量的药物以免造成浪费。）

如果您已成为计划的会员超过 90 天，并且需要药物清单外的药物，或如果计划对药物承保设有任何限制，我们将承保一次 31 天份量的药物，如果您的处方天数少于此数，则会承保少于该天数的药量。

在您取得临时性供药期间，您应和您的提供者讨论，以决定当临时性供药用完时该如何处理。或许有不同的计划承保药物对您有相同的效果。或者，您和您的提供者可以要求计划为您做出例外处理，并按照您想要的方式来承保该药。如果您和您的提供者想申请例外处理，第 9 章第 6.4 节将介绍该如何处理。

### 第 9.3 节 如果您还有接受雇主或退休人士团体计划的药物保险，该如何处理？

您目前是否有通过您的（或您配偶的）雇主或退休人士团体取得其他处方药保险？如有，请联系**该团体的福利管理员**。该名福利管理员将可协助您确定您目前的处方药保险是否适合我们的计划。

通常，如果您目前有受到雇用，则我们提供给您的处方药保险将会成为您雇主或退休人士团体保险的次要保险。这表示您的团体保险将会先行支付。

#### 关于“有信誉度的保险”的特别注意事项：

每年您的雇主或退休人士团体应寄给您一份通知，告知您下一个历年的处方药保险是否为“有信誉度的”，以及您对于药物保险有哪些选择。

如果来自团体计划的保险是“有信誉度的”，则是指预计须支付的保险通常至少相当于 Medicare 标准处方药保险的处方药保险。

请保留这些关于有信誉度保险的通知，因为您之后可能会需要用到。如果您加入了 Medicare 包含 D 部分药物保险的计划，您可能需要这些通知来显示您有维持有信誉度的保险。如果您并未从您的雇主或退休团体计划取得关于有信誉度保险的通知，您可以通过您雇主或退休计划的福利管理员，或该名雇主或工会取得一份副本。

### 第 9.4 节 如果您参加了经 Medicare 认证的善终计划，该如何处理？

善终计划与本计划绝不会同时承保同种药物。如果您参加了 Medicare 善终计划，并且要求获得抗恶心、通便、止痛药物或抗焦虑药物，而此药因为与您的绝症及相关状况无关而不受您的善终计划承保，则在本计划承保该药物前，本计划必须收到来自处方医师或您的善终服务提供者的通知，声明该药物与您的绝症无关。为防止耽误您收到任何我们计划应承保的无关药物，您在要求药房按处方配药之前，可以要求您的善终服务提供者或处方医生确认我们收到了该药物与您的绝症无关的通知。

在您撤销所选的善终计划或从善终机构中出院后，本计划应承保您的所有药物。当您的 Medicare 善终福利结束时，为了防止耽误您获得药房服务，您应将证明文件带到药房，证明您已撤销善终服务或已出院。请参见本节前面的部分，了解获得 D 部分药物保险的规则。第 6 章（对于 D 部分处方药您须支付的费用）介绍了更多与药物承保及您须支付的费用有关的信息。



## 第 10 节 药物安全与用药管理的计划

### 第 10.1 节 协助会员安全用药的计划

我们将为会员进行用药审核，以确保安全与适当的护理。这些审核对于拥有一名以上处方医师的会员而言特别重要。

我们会在每次您配取处方药时进行审核。我们也会定期审核我们的记录。在进行这些审核时，我们将会寻找潜在的问题，例如：

- 可能的用药错误
- 因为您正使用另一种治疗相同疾病的药物，而可能不必要的药物
- 因为您的年龄或性别而可能不安全或不适合的药物
- 某些共用可能会对您造成伤害的药物组合
- 处方上的药物有您会过敏的成分
- 您正在使用的药物药量（剂量）可能有错误
- 类鸦片止痛药超出安全剂量

如果我们在您的用药上发现可能的问题，我们将会和您的提供者一起更正该问题。

### 第 10.2 节 协助会员安全使用类鸦片药物的药物管理计划 (DMP)

我们设立了一项计划，可以帮助确保会员安全使用他们的处方类鸦片药物和其他经常被滥用的药物。这项计划称为药物管理计划 (DMP)。如果您使用从多个医生或药房处获得的类鸦片药物，我们可能会与您的医生商谈，以确保您对类鸦片药物的使用是适当的，而且在医学上是必要的。在咨询您的医生后，如果我们认为您使用类鸦片或苯二氮类处方药的行为不太安全，我们可能会限制您获取这些药物。限制可能是：

- 要求您从特定药房获得所有类鸦片或苯二氮类处方药
- 要求您从特定医生处获得所有类鸦片或苯二氮类药物的处方
- 限制为您承保的类鸦片药物或苯二氮类药物数量

如果我们认为这些限制中的一项或多项适用于您，我们会提前向您寄送信函。信函中将说明我们认为适用于您的限制条件。此外，您也有机会告诉我们您倾向于使用哪些医生或药房，以及您认为我们应了解的其他任何信息。在您回复后，如果我们决定对这些药物的承保做出限制，我们将向您寄送另一封信函，藉此确认相关限制条件。如果您认为我们做出错误的决定，或您不同意我们认定您有处方药滥用的风险或反对限制条件，您和您的处方医师有权向我们提出上诉。若您选择提出上诉，我们将会审查您的个案，并告知您我们的决定。如果我们仍然拒绝您的任何与药物获取限制相关的请求，我们将自动将您的个案交给我们计划之外的独立审查机构。有关如何提出上诉的信息，请参阅第 9 章。

如果您患有某些疾病（例如癌症），或您正在接受善终服务、安宁疗护或临终关怀，或居住在长期护理机构，则 DMP 可能不适用于您。

### 第 10.3 节 协助会员管理药物的药物治疗管理 (MTM) 计划

我们提供计划来协助有复杂健康需求的会员。

此计划为自愿性且免费提供给会员。一批医生与药剂师为我们制订了此计划。此计划可以帮助确保我们的会员最大程度地从其使用的药物中受益。我们的计划称为“药物治疗管理” (MTM) 计划。

使用多种药物治疗不同疾病且需要支付高额药费的某些会员也许可以通过 MTM 计划获得服务。药剂师或其他医疗专业人士将对您使用的所有药物进行综合审查。您可以谈论药物的最佳使用方式、费用以及您对您的处方药和非处方药存有的任何问题或疑问。您将会收到一份本次讨论的书面摘要。摘要包括一个药物行动计划，提供可做之事的建议，以发挥药物的最大的疗效，并且有空白处供您做笔记或记下任何后续问题。同时，您还可得到一份个人药物清单，其中包括所有您正在使用的药物和用药原因。

最好在健康年检前进行您的药物审核，以便您可以跟医生讨论您的行动计划和药物清单。在就诊时或与您的医生、药剂师及其他医疗保健提供者交谈时，请随身携带您的行动计划和药物清单。另外，前往医院或急诊室时也请带上药物清单（例如，与您的 ID 卡一起）。

如果我们有符合您需求的计划，我们将会自动将您加入该计划，并寄给您相关信息。如果您决定不参与，请通知我们，我们将会为您退出计划。如对这些计划存有任何疑问，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

## 第 6 章

对于 **D** 部分处方药  
您须支付的费用

## **第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用**

|              |                                                       |            |
|--------------|-------------------------------------------------------|------------|
| <b>第 1 节</b> | <b>简介 .....</b>                                       | <b>117</b> |
| 第 1.1 节      | 将本章和其他说明您药物承保范围的资料一起使用 .....                          | 117        |
| 第 1.2 节      | 您为承保药物支付的自付费用类型 .....                                 | 118        |
| <b>第 2 节</b> | <b>您须为药物支付的金额，视您取得该药时的“药物付款阶段”而定 .....</b>            | <b>118</b> |
| 第 2.1 节      | Bright Advantage Assist (HMO) 会员的药物付款阶段有哪些？ .....     | 118        |
| <b>第 3 节</b> | <b>我们会寄一份报告给您，说明您药物的付款与您的付款阶段 .....</b>               | <b>119</b> |
| 第 3.1 节      | 我们寄给您的每月报告称为“D 部分福利说明”<br>（“D 部分 EOB”） .....          | 119        |
| 第 3.2 节      | 协助我们及时更新关于您药物付款的信息 .....                              | 120        |
| <b>第 4 节</b> | <b>在自付额阶段，您支付第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物的全部费用 .....</b> | <b>121</b> |
| 第 4.1 节      | 您将停留在自付额阶段，直到您为第 2、3、4 和 5 级药物<br>支付 \$445 .....      | 121        |
| <b>第 5 节</b> | <b>在初始承保阶段期间，本计划将为您支付其应承担的部分，而您也将支付您应承担的部分 .....</b>  | <b>121</b> |
| 第 5.1 节      | 您须为药物支付的费用视该药本身及您配取处方药的地点而定 .....                     | 121        |
| 第 5.2 节      | 一个月份量药物补给的费用表 .....                                   | 122        |
| 第 5.3 节      | 若您的医生开立的处方药不足一个月份量，您可能无需支付<br>整个月份量的药费 .....          | 123        |
| 第 5.4 节      | 长期（最高 90 天份）药物补给的费用表 .....                            | 124        |
| 第 5.5 节      | 您停留在初始承保阶段，直到您一年内的药物总费用<br>达到 \$4,130 .....           | 125        |
| <b>第 6 节</b> | <b>在承保缺口阶段的期间内，本计划提供了某些药物承保 .....</b>                 | <b>126</b> |
| 第 6.1 节      | 您停留在承保缺口阶段，直到您的自付费用达到 \$6,550 .....                   | 126        |
| 第 6.2 节      | Medicare 如何计算您的处方药自付费用 .....                          | 126        |
| <b>第 7 节</b> | <b>在重大伤病承保阶段期间，本计划将为您支付大部分的药费 .....</b>               | <b>128</b> |
| 第 7.1 节      | 一旦您进入了重大伤病承保阶段，您在该年剩下的时间内将会<br>继续维持在此阶段 .....         | 128        |
| <b>第 8 节</b> | <b>附加福利信息 .....</b>                                   | <b>128</b> |
| 第 8.1 节      | 我们的计划提供附加福利 .....                                     | 128        |

**第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用**

---

|              |                                               |            |
|--------------|-----------------------------------------------|------------|
| <b>第 9 节</b> | <b>您须为 D 部分承保之疫苗接种支付的费用视您如何及于何处取得而定 .....</b> | <b>129</b> |
| 第 9.1 节      | 我们的计划对于 D 部分疫苗药物本身及疫苗接种的费用有分别独立的承保.....       | 129        |
| 第 9.2 节      | 在疫苗接种前，您可能会需要致电会员服务部.....                     | 130        |

## 您知道有计划可以帮助人们支付他们的药费吗？

有一些计划可以帮助收入有限的人士支付他们的药费。这些计划包括“额外补助”和州政府医药补助计划。有关更多信息，请参见第 2 章第 7 节。

### 您目前是否有取得支付药物上的协助？

若您加入了某些帮助支付您的药费的计划，则本承保范围说明书中关于 D 部分处方药费用的某些信息可能对您不适用。我们将会寄给您一份单独的插页来说明您药物保险，该插页称为“取得额外补助支付处方药之人士的承保范围说明书附则”（也称为“低收入补贴附则”或“LIS 附则”）。如果您尚未收到此插页，请致电会员服务部索要“LIS 附则”。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

## 第 1 节 简介

### 第 1.1 节 将本章和其他说明您药物承保范围的资料一起使用

本章将重点介绍对于 D 部分处方药您须支付的费用。为了简单起见，我们在本章中使用“药物”来表示 D 部分处方药。如同第 5 章的说明，并非所有的药物都是 D 部分药物 — 有些药物由 Medicare A 部分或 B 部分承保，有些药物则依法排除在 Medicare 的承保范围外。

要了解我们在本章中为您提供的支付信息，您需要了解承保药物有哪些、哪里可以配取处方药以及取得承保药物需要遵守的规则的基本信息。以下资料将说明这些基本信息：

- **计划的承保药物清单（处方药一览表）。**为了简单起见，我们将其称为“药物清单”。
  - 此“药物清单”说明了为您承保哪些药物。
  - 另外还说明了该药属于六种“分摊费用等级”中的哪一种，以及该药的承保范围是否有任何限制。
  - 如您需要药物清单的副本，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。您也可以在我们的网站 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](https://brighthouseplan.com/medicare-advantage) 上找到此药物清单。网站上的药物清单将维持在最新的版本。
- **本手册第 5 章。**第 5 章为您详细介绍了您的处方药保险，包含您在取得承保药物时需要遵守的规则。第 5 章也将介绍何种类型的处方药未由我们的计划承保。

**本计划的药房目录。**在大多数情况下，您必须使用网络内药房来取得您的承保药物（如需详细信息，请参见第 5 章）。药房目录包含计划网络内药房的清单。并且还为您说明了哪些网络内药房可提供您药物的长期补给（例如配取三月份量的处方药）。

**第 1.2 节 您为承保药物支付的自付费用类型**

要了解我们本章中为您提供的支付信息，您需要了解您可能会为承保服务支付的自付费用类型。您为药物支付的金额称为“分摊费用”，可能需以三种方式支付。

- “自付额”是指在本计划开始支付其应承担费用前，您必须先为药物支付的金额。
- “共付额”表示您每次配取处方药时支付的固定金额。
- “共同保险”表示您每次配取处方药时支付一定比例的药费总额。

**第 2 节 您须为药物支付的金额，视您取得该药时的“药物付款阶段”而定****第 2.1 节 Bright Advantage Assist (HMO) 会员的药物付款阶段有哪些？**

如同下表所示，Bright Advantage Assist (HMO) 在您的处方药保险上具有“药物付款阶段”。您须为药物支付的金额，视您为处方配药或重新配药时所属的阶段而定。切记，无论药物付款阶段如何，您皆须负责支付计划的月缴保费。

## 第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用

| 第 1 阶段<br>年度自付额阶段                                                                                                                              | 第 2 阶段<br>初始承保阶段                                                                                                                                                                                                                                        | 第 3 阶段<br>承保缺口阶段                                                                                                                                                                                                           | 第 4 阶段<br>重大伤病承保阶段                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>在此阶段期间，您需为第 2、3、4 和 5 级药物支付<b>全额药费</b>。您将停留在此阶段，直至您已经就第 2、3、4 和 5 级药物支付 \$445（\$445 是您第 2、3、4 和 5 级药物的自付额）。</p> <p>（如需详细信息，请参见本章第 4 节。）</p> | <p>在此阶段期间，本计划将为第 1 级和第 6 级药物支付其应承担的费用，而<b>您也将支付您应承担的费用</b>。</p> <p>在您（或代表您的其他人）达到您第 2、3、4 和 5 级药物的自付额后，本计划将为第 2、3、4 和 5 级药物支付其应承担的费用，而您也将支付您应承担的费用。</p> <p>您将停留在此阶段，直至您年初至今的<b>“总药费”</b>（您的付款加上任何 D 部分计划的付款）达到 \$4,130。</p> <p>（如需详细信息，请参见本章第 5 节。）</p> | <p>我们的计划在承保缺口阶段期间为第 6 级的所有药物提供承保。您须为第 6 级的药物支付 \$0。对于所有其他等级的药物，您须支付 25% 的原厂药价格（和分配药费），以及 25% 的副厂药价格。</p> <p>您将停留在这个阶段，直到您年初至今的<b>“自付费用”</b>（您的付款）总额达到 \$6,550。此金额与费用计入此金额的规则由 Medicare 规定。</p> <p>（如需详细信息，请参见本章第 6 节。）</p> | <p>在此阶段期间，<b>本计划</b>将在该历年剩下的时间内，支付<b>大部分的药物费用</b>（至 2021 年 12 月 31 日）。</p> <p>（如需详细信息，请参见本章第 7 节。）</p> |

### 第 3 节 我们会寄一份报告给您，说明您药物的付款与您的付款阶段

#### 第 3.1 节 我们寄给您的每月报告称为“D 部分福利说明”（“D 部分 EOB”）

我们的计划将追踪您处方药的费用，以及您在药房为处方配药或重新配药时已支付的款项。藉此，我们将可在您进入下一个药物付款阶段时告知您。特别的是，我们会追踪两种类型的费用：

- 我们会追踪您支付了多少费用。这称为**“自付费用”**金额。
- 我们会追踪您的**“药费总额”**。这包含了您的自付费用或其他人代表您支付的金额，另外再加上计划支付的金额。



**第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用**

当您上个月通过计划配取了一次以上的处方药时，我们的计划将会准备一份称为 *D 部分福利说明*（有时称为“D 部分 EOB”）的书面报告。D 部分 EOB 提供有关您所用药物的详细信息，例如价格上涨以及分摊费用较低的其他可用药物。您应向处方医生咨询这些费用较低的选择。其中包含：

- **该月的相关信息。**此份报告说明了您上个月配取处方药的付款信息。这包含了药费总额、计划支付的金额，以及您和其他人代表您支付的金额。
- **自 1 月 1 日起当年度的全部信息。**这称为“年初至今”信息。该信息显示自年初以来，您药物的药费总额及付款总额。
- **药物价格信息。**该信息会显示每份处方理赔的累计上涨百分比。
- **费用更低的其他可用处方药。**此信息包括每份处方中分摊费用较低的其他可用药物。

**第 3.2 节****协助我们及时更新关于您药物付款的信息**

为了追踪您的药物费用与您为药物支付的款项，我们将利用自药房取得的记录。以下说明您如何协助我们及时更新您的信息，并确保信息正确：

- **配取处方药时，务请出示您的计划会员卡。**为了确保我们了解您所配取的处方药，以及您支付的金额，请在每次配取处方药时出示您的会员卡。
- **请确保我们能获得所需的信息。**有时在您配取处方药时，我们无法自动取得追踪您自付费用所需的信息。为了协助我们追踪您的自付费用，您可以给我们您购买药物的收据副本。（如果您被收取承保药物的费用，您可以要求我们的计划来支付我们应承担的费用。有关如何进行这一步骤的指示，请查阅本手册第 7 章第 2 节。）以下几种情况，为了确保我们拥有您药物花费的完整记录，可以给我们您购药的收据副本：
  - 当您在网络内药房以特殊价格，或使用不属于我们计划福利的折扣卡来购买承保药物时。
  - 当您为制药商患者协助计划所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，或当您在特殊情况下为承保药物支付全额的费用时。
- **请将其他人替您支付的款项信息寄送给我们。**由某些其他的个人与机构所支付的款项也计入您的自付费用中，并可协助您取得重大伤病承保资格。例如，由州政府医药补助计划、AIDS 药物协助计划 (ADAP)、印地安医疗保健服务，以及大多数的慈善机构所支付的款项皆计入您的自付费用中。您应保留这些款项的记录，并寄给我们，以便我们追踪您的费用。

**第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用**

- **请查阅我们寄给您的书面报告。**当您收到 *D 部分福利说明*（“D 部分 EOB”）的邮件时，请仔细检查，确保邮件的信息完整且正确。如果您认为报告缺失了某些信息，或您有任何疑问，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。请务必保留这些报告。这些报告是您药物费用的重要记录。

---

**第 4 节                    在自付额阶段，您支付第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物的全部费用**

---

|                |                                               |
|----------------|-----------------------------------------------|
| <b>第 4.1 节</b> | <b>您将停留在自付额阶段，直到您为第 2、3、4 和 5 级药物支付 \$445</b> |
|----------------|-----------------------------------------------|

自付额阶段是您的药物承保的第一个付款阶段。

您将为第 2、3、4 和 5 级药物支付 \$445 的年度自付额。**您须为第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物支付全部费用**，直至您达到计划的自付额金额。对于所有其他药物，您不必支付任何自付额并将立即开始接受承保。

- 您的“**全部费用**”通常低于药物的正常全价，因为我们的计划针对大多数药物议定了较低的费用。
- “**自付额**”是指在本计划开始支付其应承担费用前，您必须先为您的 D 部分处方药支付的金额。

在为您的第 2 级、第 3 级、第 4 级和第 5 级药物支付 \$445 之后，您即离开自付额阶段并进入下一个药物付款阶段 - 初始承保阶段。

---

**第 5 节                    在初始承保阶段期间，本计划将为您的药物费用支付其应承担的部分，而您也将支付您应承担的部分**

---

|                |                                    |
|----------------|------------------------------------|
| <b>第 5.1 节</b> | <b>您须为药物支付的费用视该药本身及您配取处方药的地点而定</b> |
|----------------|------------------------------------|

在初始承保阶段期间，本计划将为您的承保处方药支付其应承担的部分，而您也将支付您应承担的部分（您的共付额或共同保险金额）。您应承担的费用视该药本身及您配取处方药的地点而定。

**本计划共有六种分摊费用等级**

计划药物清单上的每种药物皆属于六种分摊费用等级中的一种。通常，分摊费用的等级编号越高，您药物的费用就越高：

- 第 1 级分摊费用：首选副厂药  
第 1 级属于最低等级，其包括首选副厂药。
- 第 2 级分摊费用：副厂药  
第 2 级包括副厂药。

**第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用**

- 第 3 级分摊费用：首选原厂药  
第 3 级包括首选原厂药和非首选副厂药。
- 第 4 级分摊费用：非首选药物  
第 4 级包括非首选原厂药和非首选副厂药。
- 第 5 级分摊费用：特殊级药  
第 5 级包括非常高昂的原厂药和副厂药，它们可能需要进行特殊处理和/或密切监控。
- 第 6 级分摊费用：特选护理药物  
第 6 级属于最高等级，其包括治疗糖尿病、高血压和高胆固醇等疾病的特选护理副厂药以及 D 部分计划通常不承保的某些药物。

要了解您的药物属于哪个分摊费用等级，请查询计划的药物清单。

**您的药房选择**

您须为药物支付的金额视您在下列哪个地点取得而定：

- 本计划网络内的零售药房
- 本计划网络外的药房
- 本计划的邮购药房

有关这些药房选择与配取处方药的细节，请参见本手册第 5 章，以及计划的 *药房目录*。

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| <b>第 5.2 节</b> | <b>一个月份量药物补给的费用表</b> |
|----------------|----------------------|

在初始承保阶段期间，您就承保药物应承担的费用将会是共付额或共同保险的其中之一。

- “**共付额**”表示您每次配取处方药时支付的固定金额。
- “**共同保险**”表示您每次配取处方药时支付一定比例的药费总额。

如下表所示，共付额或共同保险的金额视您药物的分摊费用等级而定。请注意：

- 如果您承保药物的费用低于本表所列出的共付额，则您将须支付该笔较低的金額。您须支付的费用为该药的全额费用或共付额两者之一，*以较低者为准*。
- 我们仅在有限的情况下承保网络外药房配取的处方药。有关何时我们承保于网络外药房配取之处方药的信息，请参见第 5 章第 2.5 节。

## 第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用

当您自以下地点取得 D 部分承保处方药一个月份量的补给时，您分别应承担的费用：

|                              | 标准零售分<br>摊费用（网<br>络内）<br>（最多 30 天<br>份量的供药） | 标准邮购分摊<br>费用<br>（最多 30 天<br>份量的供药） | 长期护理 (LTC)<br>分摊费用<br>（最多 31 天份<br>量的供药） | 网络外分摊费用<br>（承保仅限于某<br>些情况；如需详<br>细信息，请参见<br>第 5 章。）<br>（最多 30 天份<br>量的供药） |
|------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>第 1 级分摊费用</b><br>（首选副厂药）  | \$0 的共付额                                    | \$0 的共付额                           | \$0 的共付额                                 | \$0 的共付额                                                                  |
| <b>第 2 级分摊费用</b><br>（副厂药）    | 25% 的共同<br>保险                               | 25% 的共同<br>保险                      | 25% 的共同<br>保险                            | 25% 的共同<br>保险                                                             |
| <b>第 3 级分摊费用</b><br>（首选原厂药）  | 25% 的共同<br>保险                               | 25% 的共同<br>保险                      | 25% 的共同<br>保险                            | 25% 的共同<br>保险                                                             |
| <b>第 4 级分摊费用</b><br>（非首选药物）  | 25% 的共同<br>保险                               | 25% 的共同<br>保险                      | 25% 的共同<br>保险                            | 25% 的共同<br>保险                                                             |
| <b>第 5 级分摊费用</b><br>（特殊级药）   | 25% 的共同<br>保险                               | 25% 的共同<br>保险                      | 25% 的共同<br>保险                            | 25% 的共同<br>保险                                                             |
| <b>第 6 级分摊费用</b><br>（特选护理药物） | \$0 的共付额                                    | \$0 的共付额                           | \$0 的共付额                                 | \$0 的共付额                                                                  |

**第 5.3 节**                      若您的医生开立的处方药不足一个月份量，您可能无需支付整个月份量的药费

通常，您为处方药支付的费用包含一个月份量的承保药物。但您的医生开立的处方药可能少于一个月的份量。您可能会有希望医生开立少于一个月份量的处方药的情况（例如，当首次尝试一种已知有严重副作用的药物时）。如果您的医生开立少于一个月份量的处方药，您将无需就某种药物支付整个月份量的费用。

当您取得的药物少于一个月的份量时，您需就此支付的金额取决于您是否负有支付共同保险（总费用的特定百分比）或共付额（固定的美元金额）的责任。

**第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用**

- 如果您负有支付共同保险的责任，您需按药物总费用的百分比支付。无论处方药是一整个月的份量还是数天的份量，您皆按同一百分比支付。但是，您在获得药物少于一个月份量的情况下的药物总费用相对较少，所以您支付的金额也会较少。
- 如果您负有支付该药物共付额的责任，您的共付额将基于获得药物的天数计算。我们将计算您每日支付的药物费用（每日分摊费用），并乘以您获得药物的天数。
  - 示例如下：假设一个月份量（30 天的份量）药物的共付额是 \$30。也即是说您每日支付的药费是 \$1。如果您获得了 7 天份量的药物，您的共付额将为每日的 \$1 乘以 7 日，总付额为 \$7。

每日分摊费用允许您在须支付整个月份量的药费之前，先确定药物是否对您有效。如果能帮您更好地规划不同处方的补给日期，以便您能少去几次药房，您也可以要求您的医生开立及您的药剂师配发少于一个月份量的某种或多种药物。您支付的费用将取决于您获得供药的天数。

|                |                             |
|----------------|-----------------------------|
| <b>第 5.4 节</b> | <b>长期（最高 90 天份）药物补给的费用表</b> |
|----------------|-----------------------------|

对于某些药物，当您配取处方药时，您可以取得长期供药（也称为“延长供药”）。长期供药的上限为 90 天份量的供药。（有关何处及如何取得长期供药的详细信息，请参见第 5 章第 2.4 节。）

下表显示您在取得长期（最高 90 天份量）药物补给时须支付的费用。

- 请注意：如果您承保药物的费用低于本表所列出的共付额，则您将须支付该笔较低的金額。您须支付的费用为该药的全额费用或共付额两者之一，以较低者为准。

当您取得 D 部分承保处方药长期的补给时，您分别应承担的费用：

| 等级                          | 标准零售分摊费用（网络内）<br>（最多 90 天份量的供药） | 标准邮购分摊费用<br>（最多 90 天份量的供药） |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| <b>第 1 级分摊费用</b><br>（首选副厂药） | \$0 的共付额                        | \$0 的共付额                   |
| <b>第 2 级分摊费用</b><br>（副厂药）   | 25% 的共同保险                       | 25% 的共同保险                  |
| <b>第 3 级分摊费用</b><br>（首选原厂药） | 25% 的共同保险                       | 25% 的共同保险                  |
| <b>第 4 级分摊费用</b><br>（非首选药物） | 25% 的共同保险                       | 25% 的共同保险                  |

## 第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用

| 等级                    | 标准零售分摊费用（网络内）<br>（最多 90 天份量的供药） | 标准邮购分摊费用<br>（最多 90 天份量的供药） |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|
| 第 5 级分摊费用<br>（特殊级药）   | 第 5 级的药物不提供长期供药                 | 第 5 级的药物不提供长期供药            |
| 第 6 级分摊费用<br>（特选护理药物） | \$0 的共付额                        | \$0 的共付额                   |

**第 5.5 节 您停留在初始承保阶段，直到您一年内的药物总费用达到 \$4,130**

您停留在初始承保阶段，直到您为处方配药与重新配药的总金额达到 **\$4,130** 的初始承保阶段上限。

您的药费总额视您支付的金额和任何 D 部分计划支付的金额加总而定：

- 自该年您第一次购药起，**您**为所有已取得的承保药物所支付的金额。（有关 Medicare 如何计算您的自付费用，请参见第 6.2 节。）这包含：
  - 您处于自付额阶段时支付的 \$445。
  - 在初始承保阶段的期间内，您为药物就您应承担的费用所支付的总金额。
- 在初始承保阶段的期间内，**计划**为您的药物，就其应承担的费用所支付的金额。（如果您在 2021 年的任何时候，加入了不同的 D 部分计划，该计划在初始承保阶段支付的金额也计入您的药费总额。）

我们额外承保 Medicare 处方药计划通常不承保的部分处方药。为这些药物支付的款项将不会计入您的初始承保上限或总自付费用。要了解我们的计划承保的药物，请查阅您的处方药一览表。

我们寄给您的 *D 部分福利说明*（D 部分 EOB），可协助您追踪您、本计划和任何第三方在一年内为您的药物支付了多少金额。许多人未在一年内达到 \$4,130 的上限。

如果您达到了 \$4,130，我们会立刻通知您。如果您确实达到了此金额，您将会离开初始承保阶段，进入承保缺口阶段。

---

## 第 6 节 在承保缺口阶段的期间内，本计划提供了某些药物承保

---

|                |                                      |
|----------------|--------------------------------------|
| <b>第 6.1 节</b> | <b>您停留在承保缺口阶段，直到您的自付费用达到 \$6,550</b> |
|----------------|--------------------------------------|

我们的计划在承保缺口阶段期间为第 6 级的所有药物提供承保。您须为第 6 级的药物支付 \$0。对于所有其他等级的药物，您须为原厂药支付 25% 的议定价格（和部分配药费），而须支付的副厂药费用不会超过 25%，如下所述。

当您处于承保缺口阶段时，“Medicare 承保缺口折扣计划”将提供原厂药制造商折扣。您须为原厂药支付 25% 的议定价格和部分配药费。您支付的金额和制造商折扣的金额皆如同已由您支付一般计入您的自付费用，并使您通过承保缺口。

您也将取得副厂药的部分承保。对于副厂药，您需支付的费用不会超过 25%，而计划将支付其余的部分。对于副厂药，由计划支付的金额 (75%) 并不计入您的自付费用。只有您支付的金额有计算在内，并使您通过承保缺口。

您将继续对原厂药支付折扣价，以及不超过 25% 的副厂药费用，直到您的年度自付费用款项达到 Medicare 规定的上限。2021 年的该笔金额为 \$6,550。

Medicare 规定了哪些费用计入及哪些费用不计入您的自付费用。当您达到 \$6,550 的自付费用上限时，您将离开承保缺口阶段，进入重大伤病承保阶段。

|                |                               |
|----------------|-------------------------------|
| <b>第 6.2 节</b> | <b>Medicare 如何计算您的处方药自付费用</b> |
|----------------|-------------------------------|

以下是我们在追踪您药物的自付费用时，必须遵守的 Medicare 规则。

---

### 这些款项皆包含在您的自付费用中

当您计算自付费用时，您可以包含下列款项（只要是用来支付 D 部分承保药物且您遵守于本手册第 5 章说明的药物承保规则）：

- 当您在下列任一药物付款阶段时，您须为药物支付的金额：
  - 自付额阶段
  - 初始承保阶段
  - 承保缺口阶段
- 任何您在加入我们的计划前，作为不同 Medicare 处方药计划的会员，于此自然年内支付的款项。

**第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用**

---

**视由谁支付而定：**

- 如果您是**亲自**支付，则这些款项将包含在您的自付费用中。
- 如果是由**特定的其他个人或机构**代表您支付，这些款项 *也将包含在其中*。这包含了由朋友、亲属、大多数的慈善机构、AIDS 药物协助计划、符合 Medicare 资格的州政府医药补助计划、或印地安医疗保健服务为您的药物所支付的款项。由 Medicare 的“额外补助”计划所支付的款项也包含在其中。
- 某些由“Medicare 承保折扣计划”所支付的款项也包含在其中。制造商为您原厂药所支付的金额也包含在其中。但不包含本计划为您副厂药所支付的金额。

**进入重大伤病承保阶段：**

当您（或代表您支付的人）在历年内已支付共计 \$6,550 的自付费用时，您将会从承保缺口阶段进入重大伤病承保阶段。

---

**这些费用不计入您的自付费用中**

当您计算自付费用时，您**不可以**包含任何以下类型的处方药费用：

- 您支付的月缴保费金额。
- 您在美国及其属地境外购买的药物。
- 不由我们的计划承保的药物。
- 您在网络外药房取得不符合本计划网络外承保要求的药物。
- 由 A 部分或 B 部分承保的处方药。
- 您为我们额外承保而 Medicare 处方药计划通常不承保的药物所支付的款项。
- 您为 Medicare 处方药计划通常不承保之处方药所支付的款项。
- 本计划在承保缺口期间为您的原厂药或副厂药所支付的款项。
- 团体保健计划（包含雇主保健计划）为您药物支付的款项。
- 特定保险计划及政府出资的保健计划（例如：TRICARE、退伍军人管理局）为您药物支付的款项。
- 具有法律义务支付处方药费用的第三方（例如劳工赔偿）为您药物支付的款项。

**在此提醒您：**如果有任何其他机构（例如上述其中之一）为您支付药物部分或全部的自付费用，您必须通知我们的计划。请致电会员服务部通知我们（电话号码印在本手册封底）。

---



**第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用****如何追踪自付费用的总额？**

- 我们将为您提供帮助。我们寄给您的 *D 部分福利说明*（D 部分 EOB）报告包含了目前的自付费用金额（本章第 3 节介绍了此报告）。当您在一年内达到共计 \$6,550 的自付费用时，本报告将会告知您已脱离承保缺口阶段，并进入了重大伤病承保阶段。
- 请确保我们能获得所需的信息。第 3.2 节介绍了您如何协助我们确保您的花费记录完整且有及时更新。

---

**第 7 节                      在重大伤病承保阶段期间，本计划将为您支付大部分的药费**

---

|                |                                     |
|----------------|-------------------------------------|
| <b>第 7.1 节</b> | 一旦您进入了重大伤病承保阶段，您在该年剩下的时间内将会继续维持在此阶段 |
|----------------|-------------------------------------|

当您的自付费用在历年内达到 \$6,550 的上限时，您将会符合重大伤病承保阶段资格。一旦您进入了重大伤病承保阶段，您将会维持在此付款阶段，直到该历年结束。

在此阶段期间，本计划将为您支付大部分的药费。

- 您就承保药物应承担的费用将会是共同保险或共付额两者之一，以金额较大者为准：
  - 可能是一药费 5% 的共同保险
  - 或者是一副厂药或被视作副厂药的药物为 \$3.70，所有其他药物则为 \$9.20。
- 我们的计划将支付其余的费用。

---

**第 8 节                      附加福利信息**

---

|                |             |
|----------------|-------------|
| <b>第 8.1 节</b> | 我们的计划提供附加福利 |
|----------------|-------------|

我们的计划额外承保 D 部分计划通常不承保的以下处方药：

- 特定勃起功能障碍药物
- 叶酸
- 维生素 B12
- 麦角钙化醇

这些药物按照我们药物清单上的第 6 级进行承保。

## 第 9 节 您须为 D 部分承保之疫苗接种支付的费用视您如何及于何处取得而定

### 第 9.1 节 我们的计划对于 D 部分疫苗药物本身及疫苗接种的费用有分别独立的承保

我们的计划为数种 D 部分疫苗提供承保。我们也承保被视作是医疗福利的疫苗。您可以在第 4 章第 2.1 节医疗福利表中查阅更多关于这些疫苗的承保。

我们的 D 部分疫苗接种承保包含了两个部分：

- 承保的第一个部分为**疫苗药物本身**的费用。疫苗属于处方药的一种。
- 承保的第二个部分为**疫苗接种**的费用。（有时将其称为疫苗的“施打”。）

#### 对于 D 部分疫苗接种您须支付多少费用？

对于 D 部分疫苗接种您须支付的费用，视以下三者而定：

1. **疫苗类型**（您接种什么疫苗）。
  - 某些疫苗被视作医疗福利。若要查看此类疫苗的承保范围，请参见第 4 章：*医疗福利表（承保范围与支付费用）*。
  - 其他疫苗则被视作 D 部分药物。您可以在计划的**承保药物清单（处方药一览表）**上找到这些疫苗。
2. **您在何处取得疫苗药物。**
3. **谁为您接种疫苗。**

您取得 D 部分疫苗接种时须支付的金额将视情况而定。例如：

- 有些时候，当您接种疫苗时，您将须支付疫苗药物与疫苗接种的全部费用。您可以要求我们计划偿付我们应承担的费用。
- 在其他时间，当您取得疫苗药物或接种疫苗时，您仅需支付您的分摊费用。

为了方便说明，以下是三种您可能会用来接种 D 部分疫苗的常用方法。切记，在您福利的自付额和承保缺口阶段期间，您须负责所有疫苗的相关费用（包含施打）。

**第 1 种情况：**您在药房购买了 D 部分疫苗，接着在网络内药房接种。（此选项视您的居住地而定。某些州不允许药房施打疫苗。）

- 您将须支付该药房疫苗的共付额，以及疫苗接种的施打费用。
- 我们的计划将支付其余的费用。

**第 6 章 对于 D 部分处方药您须支付的费用**

**第 2 种情况：**您在医生诊所取得 D 部分疫苗接种。

- 当您取得该疫苗接种时，您将须支付包含疫苗与其施打所有的费用。
- 接下来，您可以利用本手册第 7 章（*要求我们对您收到的承保医疗服务或药物账单支付应承担的费用*）所述的程序，要求我们的计划支付应承担的费用。
- 我们将为您报销您支付的金额扣除您通常的疫苗共付额（含施打），再扣除任何该名医生收取之金额和我们通常支付之金额的差额费用。（如果您有接受“额外补助”，我们将向您报销此差额。）

**第 3 种情况：**您在您的药房购买 D 部分疫苗，接着带去您医生的诊所接种疫苗。

- 您将须支付该药房疫苗本身的共付额。
- 当您的医生替您接种疫苗时，您将须支付此服务全部的费用。接下来，您可以利用本手册第 7 章所述的程序，要求我们的计划支付我们应承担的费用。
- 我们将为您报销医生为您施打疫苗的费用，再扣除任何该名医生收取之金额和我们通常支付之金额的差额。（如果您有接受“额外补助”，我们将向您报销此差额。）

**第 9.2 节****在疫苗接种前，您可能会需要致电会员服务部**

疫苗接种的承保规则很复杂。我们随时为您效劳。我们建议您在打算取得疫苗接种时，先致电会员服务部。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

- 我们可以告诉您关于我们的计划如何承保您的疫苗接种，并说明您应承担的费用。
- 我们可以告诉您如何通过使用我们网络内的提供者与药房来减少您的花费。
- 如果您无法使用网络内提供者与药房，我们可以告诉您如何要求我们向您偿付我们应承担的费用。

## 第 7 章

要求我们对您收到的  
承保医疗服务或药物账单  
支付应承担的费用

**第 7 章 要求我们对您收到的承保医疗服务或药物账单支付应承担的费用**

|              |                                                       |            |
|--------------|-------------------------------------------------------|------------|
| <b>第 1 节</b> | <b>要求我们支付我们对您的承保服务或药物应承担的费用的情况 .....</b>              | <b>133</b> |
| 第 1.1 节      | 如果您就您的承保服务或药物支付了计划的分摊费用，<br>或如果您收到了账单，则您可要求我们偿付 ..... | 133        |
| <b>第 2 节</b> | <b>如何要求我们向您退款或就您收到的账单付款 .....</b>                     | <b>135</b> |
| 第 2.1 节      | 向我们发出付款请求的方式及地址 .....                                 | 135        |
| <b>第 3 节</b> | <b>我们将考虑您的付款请求并做出回复 .....</b>                         | <b>136</b> |
| 第 3.1 节      | 我们会核对我们是否应承保有关服务或药品以及我们应支付的<br>金额 .....               | 136        |
| 第 3.2 节      | 如果我们通知您我们不会支付有关医疗护理或药物的全部或<br>部分费用，您可提出上诉 .....       | 136        |
| <b>第 4 节</b> | <b>其他您应保留您的收据并寄送副本给我们的情况 .....</b>                    | <b>136</b> |
| 第 4.1 节      | 在某些情况下，您应寄送收据副本给我们，以便我们追踪您的<br>药物自付费用 .....           | 136        |

---

## 第 1 节 要求我们支付我们对您的承保服务或药物应承担的费用的情况

---

|         |                                             |
|---------|---------------------------------------------|
| 第 1.1 节 | 如果您就您的承保服务或药物支付了计划的分摊费用，或如果您收到了账单，则您可要求我们偿付 |
|---------|---------------------------------------------|

您在获取医疗护理或处方药时，有时可能需立即支付全部费用。而有时，您也可能发现，您已支付的费用超出您预期根据计划的承保规则应支付的费用。在这两种情况下，您均可要求我们的计划向您偿付费用（常称作为您“报销”）。一旦您就我们计划承保的医疗服务或药物所支付的费用超出您应承担的费用，您就有权要求我们的计划偿付费用。

也有时候，您可能会收到提供者就您获得的医疗护理的全部费用发出的账单。在许多情况下，您应将该账单寄给我们，而无需支付费用。我们将核对账单，并决定是否应承保有关服务。如果我们决定承保，我们将直接向提供者付款。

以下是您可能需要我们的计划向您偿付费用，或就您收到的账单付款的一些情况：

### 1. 如果您接受并非我们计划网络内的医疗服务提供者提供的紧急医疗或急症医疗护理

您可接受任何提供者提供的紧急医疗服务，无论该提供者是否在我们的网络内。当接受不在我们网络内的提供者提供的紧急医疗或急症治疗服务时，您仅需负责支付您的分摊费用，而非全部费用。您应要求提供者向计划收取我们应承担的费用。

- 如果您在接受护理时支付了全部费用，您需要我们向您偿付我们应承担的费用。您应将账单及您的付款凭证寄送给我们。
- 有时，您可能会收到提供者要求您付款的账单，而您认为您并不应支付这笔费用。您应将账单及您的付款凭证寄送给我们。
  - 如果我们欠付提供者款项，我们将直接向其付款。
  - 如果您已支付的费用超出您应承担的服务费用，我们将确定您应支付的费用，并向您偿付我们应承担的费用。

### 2. 如果网络内提供者向您发出账单，而您认为您不应支付该笔费用

网络内提供者应始终直接向计划发出账单，且仅要求您支付您应承担的费用。但是，这些提供者有时会犯错，要求您支付超出您应承担费用的金额。

- 您只需要在接受本计划承保的服务时支付自己的分摊费用金额即可。我们不允许提供者添加其他单独费用，也叫做“差额费用”。即使我们向提供者支付的费用比提供者对此服务收取的费用少，或者因为有争议我们没有支付特定提供者收取的费用，这项保护（即您支付的费用绝不会超过您的分摊费用）也适用。有关“差额费用”的详细信息，请查阅第 4 章第 1.3 节。

**第 7 章 要求我们对您收到的承保医疗服务或药物账单支付应承担的费用**

---

- 一旦您收到网络内提供者发出的账单，而您认为其中费用超出您应支付的金额，请将账单寄送给我们。我们将直接联系提供者，解决账单问题。
- 如果您已向网络内提供者支付账单，但您认为支付的金额过多，请将账单及您的付款凭证寄送给我们，并要求我们偿付您所支付的金额与您根据计划应支付的金额之间的差额。

**3. 如果您是以追溯性的方式加入我们的计划**

有时，人们是以追溯性的方式加入计划。（追溯是指参保的第一天已过。参保日期甚至可能已于上一年度开始。）

如果您是以追溯性方式加入我们的计划且在参保日期后已就您的承保服务或药物支付了自付费用，则您可要求我们偿付我们应承担的费用。您将需要向我们提交书面材料，以便处理报销。

有关如何要求我们偿付费用及提出请求期限的更多信息，请致电会员服务部。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

**4. 当您使用网络外药房配取处方药时**

如果您前往网络外药房，并试着使用您的会员卡来配取处方药，该药房可能无法直接向我们提交索赔。当发生这种情况时，您将须支付处方药的全额费用。（我们仅在少数特殊情况下承保网络外药房配取的处方药。详细说明请见第 5 章第 2.5 节。）

请保留您的收据，并在您要求就我们应承担的费用向您偿付时寄送一份副本给我们。

**5. 当您因未携带计划会员卡，而支付全额的处方药费用时**

如果您没有携带计划会员卡，您可以要求该药房致电本计划，或查阅您的计划参保信息。然而，如果该药房无法立即取得所需的参保信息，您可能需要自行支付处方药的全额费用。

请保留您的收据，并在您要求就我们应承担的费用向您偿付时寄送一份副本给我们。

**6. 当您在其他情况下支付处方药的全额费用**

您可能会因为处方药由于某些因素而未承保，而需要支付处方药的全额费用。

- 例如，该药可能未列于计划的承保药物清单（处方药一览表）上；或者可能有某项您不知道或不认为适用于您的要求或限制。如果您决定您需要立即获得药物，您可能需要支付全部药费。
- 请保留您的收据，并在您要求我们向您偿付时寄送一份副本给我们。在某些情况下，我们可能会需要向您的医生取得更多信息，以便就我们应承担的费用向您偿付。

**第 7 章 要求我们对您收到的承保医疗服务或药物账单支付应承担的费用**

以上各种示例均为承保范围决定的类型。这就意味着，如果我们拒绝您的付款请求，您可对我们的决定提出上诉。本手册第 9 章（*遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）*）包含有关如何提出上诉的信息。

**第 2 节 如何要求我们向您退款或就您收到的账单付款****第 2.1 节 向我们发出付款请求的方式及地址**

请将付款请求及您的账单与付款凭证寄送给我们。最好备份您的账单及收据，以便记录。为确保您向我们提供我们做出决定所需的所有信息，您可填写我们的 Medicare 赔付表格，以请求付款。

您并非必须使用该表格，但使用会有助于我们更快地处理信息。

可从我们的网站 ([brighthouseplan.com/medicare-advantage](http://brighthouseplan.com/medicare-advantage)) 下载表格副本或致电会员服务部索取表格。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）

将您的付款请求及任何账单或收据邮寄至以下地址：

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

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

您必须在获得服务、用品或药品之日起 **12 个月内向我们索款**。

如有疑问请联系会员服务部（电话号码印在本手册封底）。如果您不清楚应支付的费用，或您收到账单，但不知道该如何处理这些账单，我们可提供帮助。如果您要向我们提供更多有关已向我们发出的付款请求的信息，也可来电。



---

## 第 3 节 我们将考虑您的付款请求并做出回复

---

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 第 3.1 节 | 我们会核对我们是否应承保有关服务或药品以及我们应支付的金额 |
|---------|-------------------------------|

收到您的付款请求时，如果我们需要任何额外信息，将通知您提供。如果不需要，我们将考虑您的请求，并做出承保范围决定。

- 如果我们决定有关医疗护理或药物获承保，且您遵守了所有获取护理或药物的规则，我们将支付我们应承担的费用。如果您已经为服务或药物付款，我们会以邮寄方式将我们需要承担的费用报销给您。如果您未支付服务或药物费用，我们将直接向提供者邮寄款项。（第 3 章说明了您在获取承保的医疗服务时需遵守的规则。第 5 章说明了您在获取承保的 D 部分处方药时需遵守的规则。）
- 如果我们决定有关医疗护理或药物不获承保，或您未遵守任何规则，我们将不会支付分摊费用。相反，我们将向您发出一封函件，解释我们不寄出您所请求的付款的原因，并说明您有权对该决定提出上诉。

|         |                                       |
|---------|---------------------------------------|
| 第 3.2 节 | 如果我们通知您我们不会支付有关医疗护理或药物的全部或部分费用，您可提出上诉 |
|---------|---------------------------------------|

如果您认为我们在驳回您的付款请求时犯有错误或您不同意我们支付的金额，您可提出上诉。如果您提出上诉，即表明您要求我们更改在驳回您的付款请求时所做出的决定。

有关如何提出上诉的详细信息，请查阅本手册第 9 章（遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉））。上诉程序是一项流程复杂、时限明确的法律程序。如果不熟悉上诉程序，请阅读第 9 章第 4 节，有关内容会对您有所帮助。第 4 节是介绍性章节，说明承保范围决定及上诉的程序，并提供“上诉”等术语的定义。在您阅读完第 4 节后，您可参阅第 9 章了解如何就您的情况进行处理：

- 如果您想要就获得医疗服务费用偿付提出上诉，请参阅第 9 章第 5.3 节。
- 如果您想要就获得药物费用偿付提出上诉，请参阅第 9 章第 6.5 节。

---

## 第 4 节 其他您应保留您的收据并寄送副本给我们的情况

---

|         |                                   |
|---------|-----------------------------------|
| 第 4.1 节 | 在某些情况下，您应寄送收据副本给我们，以便我们追踪您的药物自付费用 |
|---------|-----------------------------------|

某些情况下，您应告知我们您为药物所支付的款项。在这些情况下，您并不是向我们要求付款。而是告知我们您的付款，使我们能够正确地计算您的自付费用。这可帮您更快取得重大伤病承保阶段的资格。

**第 7 章 要求我们对您收到的承保医疗服务或药物账单支付应承担的费用**

---

在以下两种情况下，您应寄送收据副本给我们，以告知我们您为药物所支付的款项：

**1. 当您购买的药物价格低于我们的价格**

当您处于自付额阶段和承保缺口阶段时，有时您可以低于我们的价格购买**网络内药房**的药物。

- 例如，药房可能会对该药提供特别价格。或者，您可能拥有我们福利外的折扣卡，可提供您较低的价格。
- 除非符合特殊条件，您必须在这些情况下使用网络内药房，且您的药物必须列于我们的药物清单上。
- 请保留您的收据，并寄送副本给我们，让我们能够将您的自付费用计入您的重大伤病承保阶段资格。
- **请注意：**如果您处于自付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分摊费用。但是寄送收据副本，可让我们正确地计算您的自付费用，这可能有助于您更快取得重大伤病承保阶段资格。

**2. 当您通过制药商患者协助计划取得药物**

某些会员加入了计划福利外的制药商患者协助计划。如果您通过制药商提供的计划取得任何药物，您可向患者协助计划支付一笔共付额。

- 请保留您的收据，并寄送副本给我们，让我们能够将您的自付费用计入您的重大伤病承保阶段资格。
- **请注意：**因为您是通过患者协助计划，而非通过本计划福利取得药物，我们将不会为这些药费支付任何分摊费用。但是寄送收据副本，可让我们正确地计算您的自付费用，这可能有助于您更快取得重大伤病承保阶段资格。

由于您无法在上述两种情况下要求付款，这些情况不被视为承保范围决定。因此，您无法在不同意我们的决定时提出上诉。

## 第 8 章

### *您的权利与责任*

## 第 8 章 您的权利与责任

|              |                                                     |            |
|--------------|-----------------------------------------------------|------------|
| <b>第 1 节</b> | <b>我们的计划必须尊重您作为会员而享有的权利.....</b>                    | <b>140</b> |
| 第 1.1 节      | 我们必须以适合您的方式提供信息（以除英语外的语言，如盲文、大号字体印刷版或其他可选形式等） ..... | 140        |
| 第 1.2 节      | 我们必须确保您及时获得承保服务和药物.....                             | 141        |
| 第 1.3 节      | 我们必须为您的个人健康信息保密.....                                | 141        |
| 第 1.4 节      | 我们必须向您提供计划、其医疗服务提供者网络以及您的承保服务的相关信息.....             | 142        |
| 第 1.5 节      | 我们必须支持您做出护理决定的权利.....                               | 144        |
| 第 1.6 节      | 您有权投诉和要求我们重新考虑所做出的决定.....                           | 145        |
| 第 1.7 节      | 如果您认为遭受不公平待遇或权利未获尊重，该如何处理？ .....                    | 145        |
| 第 1.8 节      | 如何获得有关您权利的详细信息.....                                 | 146        |
| <b>第 2 节</b> | <b>作为计划会员，您应履行一些责任 .....</b>                        | <b>146</b> |
| 第 2.1 节      | 您的责任有哪些？ .....                                      | 146        |

---

## 第 1 节 我们的计划必须尊重您作为会员而享有的权利

---

|         |                                               |
|---------|-----------------------------------------------|
| 第 1.1 节 | 我们必须以适合您的方式提供信息（以除英语外的语言，如盲文、大号字体印刷版或其他可选形式等） |
|---------|-----------------------------------------------|

如需我们以适合您的方式提供信息，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

我们的计划配有专员及免费的翻译服务，可回答残障会员和不说英语的会员提出的问题。本文件免费提供中文和西班牙文版本。我们也可以盲文、大号字体印刷版或您需要的其他可选形式免费向您提供信息。我们必须以方便您查阅及适合您的形式为您提供计划福利的相关信息。如需我们以适合您的方式提供信息，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

如果您无法从我们的计划获得方便您查阅和适合您的计划信息的方式，请拨打 (844)221-7736 向会员服务部提出申诉。您亦可拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提交投诉，或直接向民权办公室提出投诉。联系信息包含在本承保范围说明书或本邮件中，您也可以联系会员服务部获得更多信息。

|                    |                                                                                                                                                                |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Section 1.1</b> | <b>We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)</b> |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. This document is available for free in Chinese and Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services at (844)221-7736. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

|                    |                                                                                                                                                                         |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Section 1.1</b> | <b>Debemos proporcionar información de forma útil para usted (en otros idiomas que no sean inglés, braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)</b> |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

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

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| <b>第 1.2 节</b> | <b>我们必须确保您及时获得承保服务和药物</b> |
|----------------|---------------------------|

作为计划会员，您有权在计划网络内选择主治医生 (PCP)，来为您提供和安排承保服务（第 3 章载有详细信息）。请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）了解哪些医生当前可接诊新患者。我们不要求您转诊至网络内提供者。

作为计划会员，您有权在合理的时间，从计划网络内的医疗服务提供者处取得预约并获取承保服务。这包括您有权在需要护理时，及时获得专科医生的服务。您也有权在无长时间的延误下，向任何我们的网络内药房为您的处方取得配药或重新配药。

如果您认为自己未在合理时间内获得医疗护理或 D 部分药物，请参见本手册第 9 章第 10 节了解该如何处理。（我们拒绝承保您的医疗护理或药物后，如果您不同意我们的决定，请参见第 9 章第 4 节了解该如何处理。）

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| <b>第 1.3 节</b> | <b>我们必须为您的个人健康信息保密</b> |
|----------------|------------------------|

联邦和州法律保护您医疗记录与个人健康信息的隐私。我们按照此类法律的规定，保护您的个人健康信息。

- 您的“个人健康信息”包括您在加入本计划时提供给我们的个人信息，以及您的医疗记录和其他医疗与健康信息。

## 第 8 章 您的权利与责任

- 保护您隐私的法律赋予您获得信息与控制健康信息如何使用的相关权利。我们会向您发出书面的“隐私政策通知”，其中有相关权利并说明我们如何为您的健康信息保密。

### 我们如何为您的健康信息保密？

- 我们确保未经授权人士不能查看或更改您的记录。
- 在多数情形下，如果我们向任何不为您提供护理或不为您支付护理费用的人士提供您的健康信息，需事先获得您的书面许可。该书面许可可由您亲自给予，或由您授予法定权力来替您做决定的人士给予。
- 在某些例外情况下，我们无需事先获得您的书面许可。法律允许或规定这些例外情况。
  - 例如，我们需向正在检查护理质量的政府机构公开健康信息。
  - 由于您通过 Medicare 加入我们的计划，我们需向 Medicare 提供您的健康信息，包括您的 D 部分处方药信息。如果 Medicare 出于研究或其他目的公开您的信息，将根据联邦法令和法规执行。

### 您可以检阅您记录内的信息，了解其分享给他人的情况

您有权查阅由计划保存的医疗记录，并有权获得记录的副本。我们不会向您收取副本的费用。您也有权要求我们增添或更改您的医疗记录。如果您提出此种要求，我们将与您的医疗服务提供者一起决定是否应做出相关更改。

若您的健康信息因任何非常规目的而与他人共用，您有权了解共用的方式。

如果对于您的个人健康信息的保密存有疑问或疑虑，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

我们有权以遵守 1996 年《健康保险便携性与责任法案》(HIPAA) 的方式使用或披露您的受保护健康信息 (PHI)。我们可出于治疗、支付和医疗保健运作方面的原因在必要时向其他各方披露您的 PHI，包括但不限于 Medicare、其他计划、您的主治医生和其他提供者。

|                |                                           |
|----------------|-------------------------------------------|
| <b>第 1.4 节</b> | <b>我们必须向您提供计划、其医疗服务提供者网络以及您的承保服务的相关信息</b> |
|----------------|-------------------------------------------|

作为 Bright Advantage Assist (HMO) 的会员，您有权向我们索取多种信息。（如上文第 1.1 节所述，您有权获得我们以适合您的方式提供的信息。这包括获得以除英语外的语言，以及大号字体印刷版或其他可选形式提供的信息。）

**第 8 章 您的权利与责任**

---

如果您需要以下任何类型的信息，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）：

- **计划的相关信息。**例如，包括计划财务状况的相关信息。也有会员提出上诉的次数及计划表现评级的相关信息，其中包括计划会员如何对其评级，以及计划与其他 Medicare 保健计划的对比情况。
- **我们网络内提供者的相关信息，包括网络内药房。**
  - 例如，您有权向我们索取关于我们网络内提供者的资格、网络内药房以及我们如何向网络内提供者付款的信息。
  - 有关本计划网络内提供者的清单，请参阅 Bright Health 提供者目录。
  - 有关本计划网络内药房的清单，请参阅 Bright Health 药房目录。
  - 有关我们的提供者或药房的详细信息，可致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）或访问我们的网站 [brighthouseplan.com/medicare-advantage](https://brighthouseplan.com/medicare-advantage)。
- **您的保险及您在使用保险时必须遵循的规则的相关信息。**
  - 在本手册第 3 和第 4 章中，我们介绍了为您承保的医疗服务、对您的保险的限制，以及您在获取承保医疗服务时必须遵循的规则。
  - 有关 D 部分处方药保险的细节，请参见本手册第 5 章与第 6 章，以及计划的 *承保药物清单（处方药一览表）*。这些章节，加上 *承保药物清单（处方药一览表）* 介绍了承保的药物，以及说明您必须遵守的规则与对于特定药物的承保范围限制。
  - 如果对规则或限制存有疑问，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。
- **服务或药品不获承保的原因及您对此可如何处理的相关信息。**
  - 若您的某项医疗服务或 D 部分药物不获承保，或如果您的保险在某方面受到限制，您可要求我们提供书面解释。即使您已经从网络外提供者或药房处获得了医疗服务或药物，您也有权要求我们做出解释。
  - 如果您不满意或不同意我们对为您承保哪些医疗护理或 D 部分药物所做出的决定，您有权要求我们更改决定。您可以通过提出上诉要求我们更改决定。如果您对我们不向您承保某项服务或药品存有异议，请参见本手册第 9 章，了解您该如何处理。该章有在希望我们更改决定时如何提出上诉的详细信息。（第 9 章也介绍了如何对护理质量、等待时间及其他事宜提出投诉。）
  - 如果想要计划就您收到的医疗护理或 D 部分药物支付我们应承担的费用，请参见本手册第 7 章。



### 第 1.5 节 我们必须支持您做出护理决定的权利

#### 您有权了解您的治疗方案及参与决定您的医疗护理

您前往接受医疗护理时，有权向您的医生和其他医疗服务提供者了解完整信息。您的医疗服务提供者必须以您可理解的方式，说明您的病情及治疗选择方案。

您也有权完全参与您的医疗护理决定。为帮助您与医生一起决定哪项治疗方案最适合您，您拥有以下权利：

- **了解您的所有选择方案。**这表明，您有权了解所有针对您的病情建议的所有治疗方案，无论这些方案须支付多少费用或这些方案是否获我们的计划承保。其中也包含了解我们计划所提供之协助会员管理药物与安全用药的计划。
- **了解风险。**您有权了解您的护理中涉及的任何风险。如果任何建议的医疗护理或治疗是研究试验的一部分，医生必须事先向您说明。您完全有权拒绝任何试验性治疗。
- **有权拒绝。**您有权拒绝任何建议的治疗。这包括有权离开医院或其他医疗机构，即使您的医生建议您不要离开。您还有权停止使用药物。当然，如果您拒绝治疗或停止服药，您需对身体因此出现的情况负全部责任。
- **如果被拒绝承保护理，您有权收到解释。**如果医疗服务提供者拒绝您认为应享有的护理，您有权要求我们做出解释。如想获得解释，您需要我们做出承保范围决定。本手册第 9 章有如何要求计划做出承保范围决定的信息。

#### 您有权说明在您无法自行做出医疗决定时的处理方式

有时，有些人可能会因为事故或重病而无法自行做出医疗护理决定。您有权说明出现这种情况时希望采取的处理方式。这表明，*您可酌情*：

- 填写书面表格，赋予某人合法权利，以在您不能自行决定时，**代您做出医疗决定。**
- **向您的医生提供书面指示**，说明您希望他们在您无法自行决定的情况下，如何处理您的医疗护理。

这些情况下，您可以用来事先做出指示的法律文件称为“**预立医疗指示**”。预先医疗指示有多种类型及多种名称。“**生前预嘱**”和“**医疗护理授权书**”是常见的预先医疗指示。

如果您想使用“预先医疗指示”来进行说明，程序如下：

- **获取表格。**如果想做出预先医疗指示，可从您的律师、社会工作者或某些办公用品商店获取表格。有时，您可从向公众提供 Medicare 信息的机构索取预先医疗指示表格。

**第 8 章 您的权利与责任**

- **填好表格并签名。**无论从何处获取此表格，均请切记该表格属于法律文件。您应考虑请一位律师帮您编制该文件。
- **将副本交给适当人士。**您应将表格副本交给您的医生以及您在表格中列出的在您不便时代您做决定的人士。您也可将副本交给亲朋好友。请务必在家中保留一份副本。

如果您事先知晓即将住院，且曾签署预先医疗指示，**请将副本带至医院。**

- 如果您获准住院，医院会询问您是否已签署预先医疗指示表格以及是否携带。
- 如果您尚未签署预先医疗指示表格，医院可提供表格并询问您是否希望签署。

**请记住，是否愿意签署预立医疗指示（包括住院时是否愿意签署）是您的自由。**依据法律，任何人均不得根据您是否已签署预先医疗指示，而拒绝为您提供护理服务或歧视您。

**如果未遵从您的指示，该如何处理？**

如果您已签署预立医疗指示，但认为医生或医院未遵从其中的指示，您可向纽约卫生部医疗系统管理局提出投诉，电话：1-212-417-5927。

**第 1.6 节 您有权投诉和要求我们重新考虑所做出的决定**

如果您对承保服务或护理存有任何疑问或疑虑，请查阅本手册第 9 章了解该如何处理。该章节为您详述了如何处理各类问题和投诉。为解决问题或疑虑而需采取的措施可视情况而定。您可能需要我们的计划为您做出承保范围决定、向我们提出上诉以更改某项承保范围决定，或提出投诉。无论您是要求承保范围决定、提出上诉或投诉 — **我们均需公平对待您。**

您有权了解其他会员过去向我们计划所提出的上诉及投诉的概况。如需获得此信息，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

**第 1.7 节 如果您认为遭受不公平待遇或权利未获尊重，该如何处理？****如果遭受歧视，请致电民权办公室**

如果认为因种族、残障、宗教、性别、健康程度、族群、教条（信仰）、年龄或原国籍问题而遭受不公平待遇或权利未获尊重，应致电 1-800-368-1019（听障专线 1-800-537-7697），联系卫生与公众服务部**民权办公室**，或致电您当地的民权办公室。

**是否属于其他问题？**

若认为遭受不公平待遇或权利未获尊重，**但并非遭受歧视**，您可通过以下方式寻求帮助：

- 您可**致电会员服务部**（电话号码印在本手册封底）。

**第 8 章 您的权利与责任**

- 可**致电州健康保险援助计划**。有关该机构的详细信息及联系方式，请查阅第 2 章第 3 节。
- 您可随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) **联系 Medicare**。听障人士可致电 1-877-486-2048。

**第 1.8 节 如何获得有关您权利的详细信息**

您可通过多种途径了解有关您权利的详细信息：

- 您可**致电会员服务部**（电话号码印在本手册封底）。
- 您可**致电 SHIP**。有关该机构的详细信息及联系方式，请查阅第 2 章第 3 节。
- 您可联系 **Medicare**。
  - 您可访问 Medicare 网站，阅读或下载刊物《Medicare Rights & Protections》（Medicare 权利与保障）。（刊物载于：[www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)。）
  - 或者，可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服务）。听障人士可致电 1-877-486-2048。

**第 2 节 作为计划会员，您应履行一些责任****第 2.1 节 您的责任有哪些？**

以下是作为计划会员所需执行的事项。如存有任何疑问，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。我们将随时随地为您提供帮助。

- **熟悉您的承保服务及您获得此类承保服务所必须遵守的规则。**阅读本*承保范围说明书*，了解为您承保的服务，以及获得承保服务所需遵守的规则。
  - 第 3 章及第 4 章介绍了有关您的医疗服务的详细信息，包括哪些服务承保、哪些不承保、应遵守的规则，以及您支付的费用。
  - 第 5 章与第 6 章详细介绍了您的 D 部分处方药保险。
- 如果除我们的计划外，您还加入了其他健康保险或处方药保险，您需将此情况告知我们。请致电会员服务部通知我们（电话号码印在本手册封底）。
  - 我们需遵从 Medicare 制定的规则，确保您在获得我们计划所提供的承保服务时，可使用您当时享有的所有保险。由于这涉及将您通过我们计划获得的健康及药品福利与您可享有的任何其他福利相协调，因此称为“**福利协调**”。我们将帮助您协调各项福利。（有关福利协调的详细信息，请查阅第 1 章第 10 节。）

**第 8 章 您的权利与责任**

---

- **将您加入我们计划的情况告知您的医生及其他医疗服务提供者。**获取您的医疗护理或 D 部分处方药时，务请出示您的计划会员卡。
- 通过向您的医生及其他提供者提供信息、询问问题和跟进您的护理情况，帮助其为您提供服务。
  - 与您的医生及其他健康提供者合作，使其可为您提供最佳护理，且您应尽量了解您的健康状况，并在您的医生及其他健康提供者需要了解您及您的健康情况时，向他们提供相关信息。遵从您与医生议定的治疗方案及指示。
  - 确保您的医生了解您所使用的药品，包括非处方药、维生素和补品。
  - 若存有任何疑问，请务必提出。您的医生及其他医疗服务提供者会以您能理解的方式向您做出解释。如果您提出某问题后，不能理解其回答，应再次询问。
- **请体谅他人。**我们希望所有会员均能尊重其他患者的权利。也希望您在行事时，遵循您医生诊室、医院及其他办公室的工作程序，保证其正常工作。
- **支付应付的费用。**作为计划会员，您承担以下费用：
  - 要继续成为我们计划的会员，您必须支付计划保费。
  - 为符合我们计划的条件，您必须同时加入 Medicare A 部分和 B 部分。部分计划会员必须支付 Medicare A 部分保费。大多数计划会员必须支付 Medicare B 部分保费，以保持计划会员资格。
  - 对于一些由计划承保的医疗服务或药物，您在获取服务或药物时必须支付应承担的费用。这将属于共付额（固定金额）或共同保险（某百分比的总费用）。第 4 章有您就医疗服务所须支付的费用。第 6 章介绍了您必须为 D 部分处方药支付的费用。
  - 如果您获取任何并非由我们计划或您可能加入的其他保险所承保的医疗服务或药物，则必须支付全部费用。
    - 如果您不同意我们拒绝承保某项服务或药物的决定，则可提出上诉。有关如何提出上诉的详细信息，请参见本手册第 9 章。
- 如果您需要支付逾期参保罚金，则您必须支付该罚金才可维持您的处方药保险。
- 如果您因年收入而须支付额外的 D 部分金额，您必须直接向政府支付该笔额外的金额，才可维持本计划的会员资格。
- **通知我们搬迁的消息。**如要搬迁，请务必立即通知我们。请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。

**第 8 章 您的权利与责任**

---

- **如果您搬离了我们计划的服务区域，则您无法继续作为我们计划的会员。**（有关我们的服务区域，请参见第 1 章。）我们可帮助您确认您将前往的地点是否处于我们的服务区域之外。如果您将离开我们的服务区域，您将有一段特殊参保期，您可以在这段时间内加入您新区域内提供的任何 Medicare 计划。我们可以告诉您我们是否在您的新区域中拥有计划。
  - **如果您前往的地点处于我们的服务区域之内，** 仍需通知我们您的搬迁情况，以便我们更新您的会员记录及获得您的联系信息。
  - 如果您搬迁，同请务必通知社会保障局（或铁路职工退休委员会）。这些组织的电话号码及联系信息列于第 2 章。
- **如有任何问题或疑虑，请致电会员服务部寻求帮助。** 我们也欢迎您提出任何改进我们计划的建议。
  - 会员服务部的电话号码和服务时间印在本手册封底。
  - 如需了解我们的联系方式的更多信息，包括我们的邮寄地址，请参见第 2 章。

## 第 9 章

*遇到问题或想投诉时该如何处理  
(承保范围决定、上诉、投诉)*

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

|                        |                                                          |            |
|------------------------|----------------------------------------------------------|------------|
| <b>第 1 节</b>           | <b>简介 .....</b>                                          | <b>152</b> |
| 第 1.1 节                | 遇到问题或疑虑该如何处理 .....                                       | 152        |
| 第 1.2 节                | 关于法律术语 .....                                             | 152        |
| <b>第 2 节</b>           | <b>您可向与我们无关的政府机构求助 .....</b>                             | <b>152</b> |
| 第 2.1 节                | 从何处获取详细信息和个性化协助 .....                                    | 152        |
| <b>第 3 节</b>           | <b>如需解决问题，应采取何种程序？ .....</b>                             | <b>153</b> |
| 第 3.1 节                | 是否应采取承保范围决定和上诉程序？或采取投诉程序？ .....                          | 153        |
| <b>承保范围决定和上诉 .....</b> |                                                          | <b>154</b> |
| <b>第 4 节</b>           | <b>承保范围决定和上诉基准指引 .....</b>                               | <b>154</b> |
| 第 4.1 节                | 要求承保范围决定和提出上诉：总体情况介绍 .....                               | 154        |
| 第 4.2 节                | 要求做出承保范围决定或提出上诉时，该如何寻求帮助 .....                           | 155        |
| 第 4.3 节                | 本章哪一节有关于您的情况的详细信息？ .....                                 | 155        |
| <b>第 5 节</b>           | <b>您的医疗护理：如何要求承保范围决定或提出上诉 .....</b>                      | <b>156</b> |
| 第 5.1 节                | 本节描述了在对于获取医疗护理保险存有疑问或希望我们偿付<br>就您的护理应承担的费用时，您该如何处理 ..... | 156        |
| 第 5.2 节                | 步骤说明：如何要求承保范围决定（如何要求我们的计划批准或<br>提供您希望获得的医疗护理保险） .....    | 157        |
| 第 5.3 节                | 步骤说明：如何提出第 1 级上诉（如何要求审核我们的计划<br>做出的医疗护理承保范围决定） .....     | 160        |
| 第 5.4 节                | 步骤说明：如何进行第 2 级上诉 .....                                   | 163        |
| 第 5.5 节                | 如果要求我们就您已收到的医疗护理账单向您支付我们应承担的<br>费用，该如何处理？ .....          | 164        |
| <b>第 6 节</b>           | <b>您的 D 部分处方药：如何要求承保范围决定或提出上诉 .....</b>                  | <b>165</b> |
| 第 6.1 节                | 本节描述了在对于获取 D 部分药物存有疑问或希望我们偿付<br>D 部分药物时，您该如何处理 .....     | 165        |
| 第 6.2 节                | 什么是“例外处理”？ .....                                         | 167        |
| 第 6.3 节                | 请求例外处理须知 .....                                           | 168        |
| 第 6.4 节                | 步骤说明：如何要求承保范围决定（包含例外处理） .....                            | 169        |
| 第 6.5 节                | 步骤说明：如何提出第 1 级上诉（如何要求审核我们的计划<br>做出的承保范围决定） .....         | 172        |
| 第 6.6 节                | 步骤说明：如何提出第 2 级上诉 .....                                   | 174        |

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

|                  |                                                     |            |
|------------------|-----------------------------------------------------|------------|
| <b>第 7 节</b>     | <b>如果您认为医生过快让您出院，如何要求我们延长住院承保 .....</b>             | <b>176</b> |
| 第 7.1 节          | 您住院期间，将收到 Medicare 发出的书面通知，告知您的权利.....              | 176        |
| 第 7.2 节          | 步骤说明：如何提出第 1 级上诉更改出院日期.....                         | 177        |
| 第 7.3 节          | 步骤说明：如何提出第 2 级上诉更改出院日期.....                         | 180        |
| 第 7.4 节          | 错过提出第 1 级上诉的截止时间该如何处理？ .....                        | 181        |
| <b>第 8 节</b>     | <b>如果您认为您的保险终止过快，如何要求我们继续承保某些<br/>医疗服务 .....</b>    | <b>183</b> |
| 第 8.1 节          | 本节仅涉及三项服务：居家护理、专业护理机构护理和综合<br>门诊复健机构 (CORF) 服务..... | 183        |
| 第 8.2 节          | 您的保险即将终止时，我们将提前通知您.....                             | 183        |
| 第 8.3 节          | 步骤说明：如何提出第 1 级上诉，要求我们的计划延长<br>护理承保.....             | 184        |
| 第 8.4 节          | 步骤说明：如何提出第 2 级上诉，要求我们的计划延长<br>护理承保.....             | 186        |
| 第 8.5 节          | 错过提出第 1 级上诉的截止时间该如何处理？ .....                        | 187        |
| <b>第 9 节</b>     | <b>将您的上诉升级至第 3 级及以上.....</b>                        | <b>189</b> |
| 第 9.1 节          | 医疗服务请求的第 3、4 及 5 级上诉.....                           | 189        |
| 第 9.2 节          | D 部分药物请求的第 3、4 及 5 级上诉.....                         | 190        |
| <b>提出投诉.....</b> |                                                     | <b>191</b> |
| <b>第 10 节</b>    | <b>如何就护理质量、等待时间、顾客服务或其他事宜提出投诉 .....</b>             | <b>191</b> |
| 第 10.1 节         | 投诉程序处理哪些类型的问题？ .....                                | 191        |
| 第 10.2 节         | “提出投诉”的正式名称为“提出申诉” .....                            | 193        |
| 第 10.3 节         | 步骤说明：提出投诉.....                                      | 193        |
| 第 10.4 节         | 您也可向质量改进机构提出护理质量方面的投诉.....                          | 195        |
| 第 10.5 节         | 您也可将您的投诉告知 Medicare.....                            | 195        |



---

## 第 1 节 简介

---

|                      |
|----------------------|
| 第 1.1 节 遇到问题或疑虑该如何处理 |
|----------------------|

本章列述了处理问题及疑虑的两种程序：

- 就某些问题而言，您需采用**承保范围决定和上诉程序**。
- 就其他问题而言，您需采用**提出投诉的程序**。

此类程序已获 Medicare 批准。为保证公平并即时处理您的问题，每一程序配有一套规则、手续及截止日期，您与我们均须遵守。

您采用何种程序？这取决于您的问题类型。第 3 节内的指引有助于您确定应采用的正确程序。

|                |
|----------------|
| 第 1.2 节 关于法律术语 |
|----------------|

本章中所列的某些规则、程序及各类截止日期存在若干技术性法律术语。许多术语对于大多数人而言较为陌生且难以理解。

为使文字通俗易懂，本章在阐述法律规则及程序时采用更通俗的词汇取代若干法律术语。例如，本章通常使用“提出投诉”而非“提出申诉”，使用“承保范围决定”而非“机构裁决”、“承保范围裁决”和“风险裁决”，以及使用“独立审核机构”而非“独立审核实体”。本章中也尽量减少了对缩写词的使用。

不过，了解描述您所处情形的正确法律术语可能对您有所帮助，甚至非常重要。处理问题和针对所处情形寻求适当的帮助或信息时，若了解应使用的正确术语，您就能够更清晰、更准确地交流表达。为帮助您了解应使用的术语，我们在提供处理特殊情形的详细信息时会对法律术语加以阐述。

---

## 第 2 节 您可向与我们无关的政府机构求助

---

|                         |
|-------------------------|
| 第 2.1 节 从何处获取详细信息和个性化协助 |
|-------------------------|

有时，您可能会弄不清如何开始或完成问题处理程序。在您感觉不适或身体疲乏时，尤为如此。而在其他时候您可能不知道下一步该怎么办。

### 向独立政府机构求助

我们可随时向您提供协助。但在某些情况下，您也可能希望获得某位与我们无关人士的帮助或指引。您可随时联系您的**州健康保险援助计划 (SHIP)**。该政府计划在各州均设有若干名训练有素的顾问。该计划与我们的计划、任何保险公司或保健计划均无关。该计划的

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

---

顾问可帮助您了解您在处理问题时应采取的程序。他们也能回复您提出的问题、给予您更多信息并提供有关处理方法的指引。

SHIP 顾问服务免费。电话号码列于本手册的第 2 章第 3 节。

**您也可从 Medicare 获得帮助和信息**

有关处理问题的更多信息和帮助，也可联系 Medicare。您可通过两种方式直接从 Medicare 获取信息：

- 您可致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服务）。听障人士可致电 1-877-486-2048。
- 您可访问 Medicare 网站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。

---

**第 3 节 如需解决问题，应采取何种程序？**

---

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>第 3.1 节 是否应采取承保范围决定和上诉程序？或采取投诉程序？</b> |
|------------------------------------------|

如果对此存有疑问或疑虑，您只需阅读本章中适用于您所处情形的部分。随附的指引将有所帮助。

---

如要确定本章的哪部分内容将会有助于您解决问题或疑虑，请参见以下内容

**您的问题或疑虑是否与您的福利或保险有关？**

（这包括有关特定医疗护理或处方药是否获承保、承保的方式等问题，以及与医疗护理或处方药付款有关的问题。）

**是的。**我的问题与福利或保险有关。

请查阅本章的下一节，**第 4 节“承保范围决定和上诉基准指引”**。

**不是。**我的问题与福利或承保范围无关。

向前跳至本章末尾的**第 10 节：“如何就护理质量、等待时间、顾客服务或其他事宜提出投诉”**

---

## 承保范围决定和上诉

### 第 4 节 承保范围决定和上诉基准指引

#### 第 4.1 节 要求承保范围决定和提出上诉：总体情况介绍

承保范围决定和上诉的程序处理与您的医疗服务与处方药福利及承保范围有关的问题，包括与付款有关的问题。您可利用该程序处理诸如某服务或药品是否获承保以及承保方式等事宜。

#### 要求承保范围决定

承保范围决定是指我们针对您的福利和承保范围，或我们就您的医疗服务或药物支付的金额所做出的决定。例如，您的计划网络内医生在您从其处获取医疗护理时或您的网络内医生将您转诊至专科医生时做出（有利的）承保范围决定。如果您的医生不确定我们是否会承保某特定医疗服务或拒绝提供您认为所需的医疗护理时，您或您的医生也可联系我们，要求进行承保范围决定。换句话说，如需在获得某项医疗服务之前了解我们对此是否承保，您可要求我们为您做出承保范围决定。

我们就为您承保的服务或药品以及支付的费用做出承保范围决定。在某些情况下，我们可能决定不承保某服务或药品，或就您而言，Medicare 不再承保这些服务或药品。如果您不同意该项承保范围决定，可提出上诉。

#### 提出上诉

如果我们做出一项承保范围决定，而您对此并不满意，可就该决定“上诉”。上诉是指要求我们审核并更改我们已做出的承保范围决定的正式方式。

您首次对决定提出的上诉称为第 1 级上诉。在这一级上诉时，我们将审核已做出的承保范围决定，以核查我们是否恰当遵循所有规则行事。您的上诉不是由做出原始不利裁决的审核员处理。我们完成审核后，将告诉您我们的决定。在某些情况下，您可以申请加急或“快速承保范围决定”或对承保范围决定快速上诉，我们将在后文讨论这些情况。

如果我们完全或部分拒绝您的第 1 级上诉，您可继续第 2 级上诉。第 2 级上诉由与我们计划无关的独立审核机构处理。（在某些情况下，您的个案将自动发送至独立审核机构进行第 2 级上诉。在其他情况下，您需要要求进行第 2 级上诉。）如果仍不满第 2 级上诉做出的决定，还可继续提出其他级别的上诉。

**第 4.2 节 要求做出承保范围决定或提出上诉时，该如何寻求帮助**

是否需要帮助？以下是一些您在决定要求任何类别的承保范围决定或对决定提出上诉时，可能希望采取的途径：

- 您可致电会员服务部联系我们（电话号码印在本手册封底）。
- 您可从州健康保险援助计划处取得帮助（请参阅本章第 2 节）。
- 您的医生可代表您提出请求。
  - 您的医生可代表您就医疗护理或 B 部分处方药提出承保范围决定或第 1 级上诉。如果您的上诉在第 1 级被拒绝，则该上诉将会自动转交至第 2 级。要在第 2 级后提出任何上诉，您的医生必须被委任为您的代表。
  - 对于 D 部分处方药，您的医生或其他处方医生可代表您要求承保范围决定或第 1 或 2 级上诉。要在第 2 级后提出任何上诉，您的医生或其他处方医生必须被委任为您的代表。
- 您可要求某人代表您行事。如果您愿意，可指定任何其他人士作为您的“代表”代您要求承保范围决定或提出上诉。
  - 您可能已根据州法律合法授权某人士，使其担任您的代表。
  - 如果您希望您的朋友、亲属、医生或其他提供者，或其他人士担任您的代表，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）并索取“代表委任”表格。（该表格也可在 Medicare 网站 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 上获取。）此表格可授予该人士代您行事的权力。表格必须经您和您希望代您行事的人士签署。您必须向我们提交一份经签署的表格。
- 您也有权聘请律师代您行事。您可联系您的私人律师，或通过当地律师协会或其他转介服务获取律师姓名。如果您符合条件，某些团体也会为您提供免费法律服务。但您并非必须聘请律师才能要求任何类别的承保范围决定或针对某项决定提出上诉。

**第 4.3 节 本章哪一节有关于您的情况的详细信息？**

涉及承保范围决定和上诉的情况共有三种。由于每种情况的规则和截止日期各有不同，我们分别在不同章节详述了不同情况：

- 本章第 5 节：“您的医疗护理：如何要求承保范围决定或提出上诉”
- 本章第 6 节：“您的 D 部分处方药：如何要求承保范围决定或提出上诉”
- 本章第 7 节：“如果您认为医生过快让您出院，如何要求我们延长住院承保”

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- **本章第 8 节：**“如果您认为您的保险终止过快，如何要求我们继续承保某些医疗服务”（*仅适用于下列服务：居家护理、专业护理机构护理和综合门诊康复机构 [CORF] 服务*）

如果您仍不确定应采用哪一节内容，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。您也可向州健康保险援助计划（该计划的电话号码在本手册第 2 章第 3 节）等政府机构寻求帮助或信息。

---

**第 5 节 您的医疗护理：如何要求承保范围决定或提出上诉**

---



您是否已阅读本章第 4 节（*承保范围决定和上诉“基准”指引*）？如果尚未阅读，请在开始本节之前先阅读该节内容。

|                |                                                       |
|----------------|-------------------------------------------------------|
| <b>第 5.1 节</b> | <b>本节描述了在对于获取医疗护理保险存有疑问或希望我们偿付就您的护理应承担的费用时，您该如何处理</b> |
|----------------|-------------------------------------------------------|

本节列述了您的医疗护理和服务福利的相关信息。本手册第 4 章对这些福利进行了描述：*医疗福利表（承保范围与支付费用）*。为使文字通俗易懂，我们在本节下文中一般提述“医疗护理保险”或“医疗护理”，而非每次赘述“医疗护理或治疗或服务”。“医疗护理”一词指的是医疗用品、医疗服务以及 Medicare B 部分处方药。在某些情况下，申请 B 部分处方药时适用的规则有所不同。出现这类情况时，我们将说明 B 部分处方药适用的规则与医疗用品及服务适用的规则之间的差异。

本节描述了您处于以下任一种情况（共五种）时，该如何处理：

1. 您未获得您想要的某种医疗护理，而您认为此种护理属于我们计划的承保范围。
2. 我们的计划不批准您的医生或其他医疗机构要向您提供的医疗服务，而您认为此种护理属于我们计划的承保范围。
3. 您已得到医疗护理，且您认为这些医疗护理属于我们的计划承保范围，但我们却表示将不支付此种护理费用。
4. 您已获得您认为应由计划承保的医疗护理，并已就此付款，且欲要求我们的计划就该项护理向您报销费用。
5. 您获知您所接受的我们之前认可的某种医疗护理的承保范围将缩小或停止，而您认为减少或停止此种护理会损害您的健康。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

注：如果即将终止的保险属于医院护理、居家护理、专业护理机构护理，或综合门诊康复机构 (CORF) 服务保险，您需阅读本章的某个独立章节，因为此类别的护理适用特殊规则。在此类情况下应阅读以下章节：

- 第 9 章第 7 节：“如果您认为医生过快让您出院，如何要求我们延长住院承保”。
- 第 9 章第 8 节：如果您认为您的保险终止过快，如何要求我们继续承保某些医疗服务。本节仅涉及三项服务：居家护理、专业护理机构护理和综合门诊康复机构 (CORF) 服务。

有关获悉一直在接受的医疗服务将终止的所有其他情况，请参见本节（第 5 节），以了解如何处理。

您处于以下哪种情形？

| 您所处的情形：                         | 您可处理的方式：                                                     |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 如果想要了解我们是否承保您所需的医疗护理。           | 您可要求我们为您做出承保范围决定。<br>请查阅本章的下一节， <b>第 5.2 节</b> 。             |
| 如果我们已告知您，我们不会以您所希望的方式承保或支付医疗服务。 | 您可提出 <b>上诉</b> 。（这就意味着您要求我们重新考虑。）<br>向前跳至本章 <b>第 5.3 节</b> 。 |
| 如果您想要求我们偿付您已获得且付款的医疗护理的费用。      | 您可向我们寄送账单。<br>向前跳至本章 <b>第 5.5 节</b> 。                        |

|                |                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------|
| <b>第 5.2 节</b> | <b>步骤说明：如何要求承保范围决定（如何要求我们的计划批准或提供您希望获得的医疗护理保险）</b> |
|----------------|----------------------------------------------------|

| 法律术语                        |
|-----------------------------|
| 如果承保范围决定涉及您的医疗护理，则称为“机构裁决”。 |

**第 1 步：**要求我们的计划就您请求的医疗护理做出承保范围决定。如果您的健康状况需要快速回复，您应要求我们做出“快速承保范围决定”。

| 法律术语                |
|---------------------|
| “快速承保范围决定”称为“加急裁定”。 |

### 如何申请承保您所需的医疗护理

- 首先，致电、寄函或传真至我们的计划提出申请，请求我们授权或承保您希望获得的医疗护理。您、您的医生或代表均可提出此请求。
- 有关我们的详细联系信息，请查阅第 2 章第 1 节，并查找 *要求就您的医疗护理做出承保范围决定时，如何联系我们* 一节。

### 通常，我们会在标准截止日期前对您做出决定

除非我们同意采用“快速”截止日期，否则，我们均会采用“标准”截止日期，对您做出决定。**标准承保范围决定**指我们将在收到您就医疗用品或服务提出的申请后 **14 天内** 给您答复。如果您针对 **Medicare B 部分** 处方药提出申请，我们将在收到您的申请后 **72 小时内** 给您答复。

- 但对于您就医疗用品或服务提出的申请，如果您要求延长长时间，或者我们需要获取可能有利于您的信息（如来自网络外提供者的医疗记录），**答复时间可再延长至多 14 日**。如果我们决定延长做出决定的时间，将书面通知您。如果您就 Medicare B 部分处方药提出申请，我们将不可延长做出决定的时间。
- 如果您认为我们不应延长长时间，可针对我们延长长时间的决定提出“快速投诉”。您提出快速投诉后，我们会在 24 小时内给您答复。（投诉程序与承保范围决定和上诉程序有所不同。有关提出包括快速投诉在内的投诉程序，详细信息请参见本章第 10 节。）

### 如果您的健康状况需要，可要求我们做出“快速承保范围决定”

- **快速承保范围决定**指我们将在收到您就医疗用品或服务提出的申请后 **72 小时内** 做出答复。如果您针对 **Medicare B 部分** 处方药提出申请，我们将在 **24 小时内** 答复。
  - 但对于您就医疗用品或服务提出的申请，如果我们发现缺少可能有利于您的某些信息（如来自网络外提供者的医疗记录），或您尚需时日获取信息以供我们进行审查，**则可再延长至多 14 日**。如果我们决定延长长时间，将书面通知您。如果您就 Medicare B 部分处方药提出申请，我们将不可延长做出决定的时间。
  - 如果您认为我们不应延长长时间，可针对我们延长长时间的决定提出“快速投诉”。（有关提出包括快速投诉在内的投诉程序，详细信息请参见本章第 10 节。）我们在做出决定后会尽快通知您。
- **要获得快速承保范围决定，您必须满足两项要求：**
  - 只有在请求有关您尚未接受的医疗护理的承保范围时，方可获得快速承保范围决定。（如果您的请求与已接受医疗护理的付款有关，则无法申请快速承保范围决定。）
  - 只有当采用标准截止日期会严重损害您的健康或伤害您的行动能力时，方可取得快速承保范围决定。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 如果您的医生告知我们您的健康状况需要“快速承保范围决定”，我们即同意对您做出快速承保范围决定。
- 如果您自行要求快速承保范围决定（未获得医生支持），我们将判断您的健康状况是否需要我们对您做出快速承保范围决定。
  - 如果我们认为您的医疗状况不符合快速承保范围决定的要求，我们将发函拒绝（我们将采用标准截止日期）。
  - 此信函将告知您，如果您的医生要求快速承保范围决定，我们将自动做出快速承保范围决定。
  - 此信函也会告知您如何就我们未按您的请求做出快速承保范围决定，而做出标准承保范围决定的事提出“快速投诉”。（有关提出包括快速投诉在内的投诉程序，详细信息请参见本章第 10 节。）

**第 2 步：我们将考虑您的医疗护理保险请求，并给予答复。*****“快速承保范围决定”的截止日期***

- 通常情况下，在就医疗用品或服务提出申请时，我们对于快速承保范围决定的答复时间为 **72 小时以内**。如果您针对 Medicare B 部分处方药提出申请，我们将在 **24 小时内** 答复。
  - 如上所述，我们在某些情况下可延长至多 14 天的时间。如果我们决定延长做出承保范围决定的时间，将书面通知您。如果您就 Medicare B 部分处方药提出申请，我们将不可延长做出决定的时间。
  - 如果您认为我们不应延长时间，可针对我们延长时间的决定提出“快速投诉”。您提出快速投诉后，我们会在 24 小时内给您答复。（有关提出包括快速投诉在内的投诉程序，详细信息请参见本章第 10 节。）
  - 如果我们未在 72 小时内（或未在延长期结束前）给您答复，或如果我们未在 24 小时内对您就 B 部分处方药提出的申请给出答复，您有权提出上诉。下文第 5.3 节将介绍如何提出上诉。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发出详细的书面声明说明拒绝的原因。

***“标准承保范围决定”的截止日期***

- 通常情况下，在就医疗用品或服务提出申请时，我们对于标准承保范围决定的答复时间为收到您申请后的 **14 天以内**。如果您针对 Medicare B 部分处方药提出申请，我们将在收到您的申请后 **72 小时内** 给您答复。
  - 如果您针对医疗用品或服务提出申请，某些情况下我们可再延长至多 14 天（“延长期”）给出答复。如果我们决定延长做出承保范围决定的时间，将书面通知您。如果您就 Medicare B 部分处方药提出申请，我们将不可延长做出决定的时间。



**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 如果您认为我们不应延长长时间，可针对我们延长长时间的决定提出“快速投诉”。您提出快速投诉后，我们会在 24 小时内给您答复。（有关提出包括快速投诉在内的投诉程序，详细信息请参见本章第 10 节。）
- 如果我们未在 14 天内（或未在延长期结束前）给您答复，或如果我们未在 72 小时内对您就 B 部分处方药提出的申请给出答复，您有权提出上诉。下文第 5.3 节将介绍如何提出上诉。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发出书面声明说明拒绝的原因。

**第 3 步：如果我们拒绝您的医疗护理保险请求，由您决定是否提出上诉。**

- 如果我们拒绝您的请求，您有权提出上诉，要求我们重新考虑并（或许）更改该决定。提出上诉意味着再次尝试获得所需医疗护理保险。
- 如果您决定上诉，即表明您进入第 1 级上诉程序（请参见下文第 5.3 节）。

|                |                                                   |
|----------------|---------------------------------------------------|
| <b>第 5.3 节</b> | <b>步骤说明：如何提出第 1 级上诉（如何要求审核我们的计划做出的医疗护理承保范围决定）</b> |
|----------------|---------------------------------------------------|

**法律术语**

就医疗护理承保范围决定向计划提出上诉称为计划“重新考虑”。

**第 1 步：您联系我们并提出上诉。**如果您的健康状况需要快速回复，您必须要求“快速上诉”。

**如何操作**

- 要开始上诉，您、您的医生或您的代表必须联系我们。有关适用于任何上诉相关目的的详细联系信息，请查阅第 2 章第 1 节，并查找“当您就您的医疗护理进行上诉时，*如何联系我们*”一节。
- 如果您要求标准上诉，请提交请求，以书面形式提出标准上诉。
  - 如果您需要您的医生以外的人士代您就我们的决定提出上诉，您的上诉必须随附一份授权该人士代表您的“代表委任”表格。如需获得表格，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）并索取“代表委任”表格。此表格也可在 Medicare 网站 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 上获取。虽然我们可在没有表格的情况下接受上诉请求，但是我们在未收到表格之前无法开始或完成审核。如果我们在收到您的上诉请求后 44 天内未收到该表格（这是我们就您的上诉做出决定的截止期限），您的上诉请求将被驳回。如果发生此情况，我们将向您发出书面通知，就您要求独立审核机构对我们驳回您的上诉的决定进行审核的权利做出解释。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 如果您要求快速上诉，可通过书面形式或拨打第 2 章第 1 节（就您的医疗护理进行上诉时，如何联系我们）中所示的电话号码，提出上诉。
- 您必须在自我们向您发出书面通知，对您的承保范围决定请求做出答复之日起 **60 天内提出上诉请求**。如果您错过此截止期限，并能提供充分理由，请在提出上诉时说明延误上诉的原因。我们可为您延长上诉申请时限。错过截止期限的充分理由可能包括：您患有使您无法联系我们的重病或我们向您提供的有关上诉请求截止期限的信息是错误或不完整的。
- 您可索取一份有关您医疗决定的资料，并添加更多资料支持您的上诉。
  - 您有权向我们索取一份有关您上诉的资料。
  - 如果您愿意，您与您的医生可向我们提供其他信息，支持您的上诉。

**如果您的健康状况需要，请要求“快速上诉”（您可通过致电我们提出请求）**

|             |
|-------------|
| <b>法律术语</b> |
|-------------|

|                    |
|--------------------|
| “快速上诉”也称为“加急重新考虑”。 |
|--------------------|

- 如果您就我们对您尚未接受的护理承保做出的决定提出上诉，您和/或您的医生将需决定您是否需要“快速上诉”。
- 获得“快速上诉”的要求及程序与获得“快速承保范围决定”的要求及程序相同。如欲要求快速上诉，请遵循要求快速承保范围决定的指示。（相关指示载于本节上文。）
- 如果您的医生告知我们您的健康状况需要“快速上诉”，我们将对您做出快速上诉。

## **第 2 步：我们将考虑您的上诉，并给予答复。**

- 我们的计划审核您的上诉时，我们会谨慎考虑有关您的医疗护理保险请求的全部信息。我们将核实拒绝您的请求时是否遵守所有规则。
- 必要时，我们将收集更多信息。我们可能会联系您或您的医生以了解详细信息。

### **“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**接到您的上诉后 72 小时内**给您答复。如果您的健康状况需要，我们会尽快给予答复。
  - 但对于您就医疗用品或服务提出的申请，如果您要求延长时间，或者我们需要收集可能有利于您的更多信息，**则可再延长至多 14 天**。如果我们决定延长做出决定的时间，将书面通知您。如果您就 Medicare B 部分处方药提出申请，我们将不可延长做出决定的时间。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 如果我们在 72 小时内未给您答复（或若在延长期结束时增加延长时间），我们需自动将您的请求提交至上诉程序的第 2 级，由独立审核机构进行审核。本节随后将介绍此机构，并介绍上诉程序第 2 级的情况。
- **如果我们批准您的部分或全部请求**，必须在收到您上诉后的 72 小时内，批准或提供我们已同意提供的保险。
- **如果我们拒绝您的部分或全部请求**，我们将会自动将您的上诉发送至独立审核机构进行第 2 级上诉。

**“标准上诉”的截止日期**

- 对于您就医疗用品或服务提出的申请，如果我们采用标准截止日期，且如果您的上诉与您尚未接受的服务之保险有关，我们必须在收到您的上诉后 **30 天内** 给您答复。如果您针对您尚未接受的 Medicare B 部分处方药提出请求，我们将在收到您的上诉后 **7 天内** 给您答复。如果您的健康状况需要，我们将尽快做出决定。
  - 但对于您就医疗用品或服务提出的申请，如果您要求延长时间，或者我们需要收集可能有利于您的更多信息，**则可再延长至多 14 天**。如果我们决定延长做出决定的时间，将书面通知您。如果您就 Medicare B 部分处方药提出申请，我们将不可延长做出决定的时间。
  - 如果您认为我们不应延长时间，可针对我们延长时间的决定提出“快速投诉”。您提出快速投诉后，我们会在 24 小时内给您答复。（有关提出包括快速投诉在内的投诉程序，详细信息请参见本章第 10 节。）
  - 如果我们未在上述相应的截止日期之前给您答复（或对于您就医疗用品或服务提出的请求，未在延长期结束前给您答复），我们需自动将您的请求提交至上诉程序的第 2 级，由独立审核机构进行审核。本节随后将介绍此审核机构，并介绍上诉程序第 2 级的情况。
- **如果我们批准您的部分或全部请求**，则必须在 30 日内（对于您就医疗用品或服务提出的请求）或 **7 日内**（对于您就 Medicare B 部分处方药提出的请求）批准或提供我们已同意提供的保险。
- **如果我们拒绝您的部分或全部请求**，我们将会自动将您的上诉发送至独立审核机构进行第 2 级上诉。

**第 3 步：**如果我们的计划部分或完全拒绝您的上诉，您的个案将自动发送至下一级上诉程序。

- 为确保我们在拒绝您的上诉时遵守所有规则，我们需将您的上诉发送至“独立审核机构”。这样，即表示您的上诉即将进入下一级上诉程序，即第 2 级。

**第 5.4 节 步骤说明：如何进行第 2 级上诉**

如果我们拒绝您的第 1 级上诉，您的个案将自动发送至下一级上诉程序。第 2 级上诉期间，**独立审核机构**将审核我们对第一次上诉做出的裁决。该机构将决定是否应更改我们做出的决定。

**法律术语**

“独立审核机构”的正式名称为“**独立审核实体**”。有时将其称为“**IRE**”。

**第 1 步：独立审核机构审核您的上诉。**

- **独立审核机构是 Medicare 聘请的一个独立机构。**该机构与我们无关，且并非政府机构。该机构为 Medicare 选择的一家公司，处理独立审核机构的工作。Medicare 监督其工作。
- 我们将向该机构发送有关您的上诉的资料。该资料称为您的“**个案文件**”。您有权向我们索取一份**个案文件**。
- 您有权向独立审核机构提供其他信息，支持您的上诉。
- 独立审核机构的审核员将仔细查阅上诉的所有相关信息。

**如果您的第 1 级上诉为“快速上诉”，您的第 2 级上诉也将为“快速上诉”**

- 如果我们计划的第 1 级上诉为快速上诉，您将自动获得第 2 级的快速上诉。审核机构必须在收到您的第 2 级上诉后 **72 小时内**给您答复。
- 但对于您就医疗用品或服务提出的申请，如果独立审核机构需要收集可能有利于您的更多信息，则可再**延长至多 14 天**。如果您就 Medicare B 部分处方药提出申请，独立审核机构将不可延长做出决定的时间。

**如果您的第 1 级上诉为“标准上诉”，您的第 2 级上诉也将为“标准上诉”**

- 如果我们计划的第 1 级上诉为标准上诉，您将自动获得第 2 级的标准上诉。如果您就医疗用品或服务提出申请，审核机构必须在收到您的第 2 级上诉后 **30 天内**给您答复。如果您就 Medicare B 部分处方药提出申请，审核机构必须在收到您的第 2 级上诉后 **7 天内**给您答复。
- 但对于您就医疗用品或服务提出的申请，如果独立审核机构需要收集可能有利于您的更多信息，则可再**延长至多 14 天**。如果您就 Medicare B 部分处方药提出申请，独立审核机构将不可延长做出决定的时间。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）****第 2 步：独立审核机构给您答复。**

独立审核机构将以书面形式告知您他们的决定，并说明原因。

- 对于您就医疗用品或服务提出的申请，如果审核机构批准您的部分或全部请求，我们必须在收到审核机构的决定后 72 小时内批准医疗护理保险，或在我们收到审核机构的决定后 14 天内（标准申请）或 72 小时内（加急申请）提供服务。
- 对于您就 Medicare B 部分处方药提出的申请，如果审核机构批准您的部分或全部请求，我们必须在收到审核机构的裁决后 72 小时内（适用于标准申请，从收到裁决之时算起）或 24 小时内（适用于加急申请，从收到裁决之时算起）批准或提供相应的 B 部分处方药。
- 如果该机构部分或完全拒绝您的上诉，表明他们同意我们的决定，即您的医疗护理保险的请求（或部分请求）应不予批准。（这称为“支持决定”。也称为“驳回上诉”。）
  - 如果独立审核机构“支持决定”，您有权提出第 3 级上诉。然而，要再次提出第 3 级上诉，您请求的医疗护理保险的价值必须达到某个最低金额。如果您请求的保险的价值过低，您不能再次提出上诉，这就意味着第 2 级的决定即为最终决定。您从独立审核机构获得的书面通知将告知您，如何确定满足继续上诉程序条件的金额。

**第 3 步：如果您的个案符合要求，请选择是否希望进一步上诉。**

- 上诉程序中，第 2 级后仍有三个级别（共五个上诉级别）。
- 如果第 2 级上诉遭到驳回，且您符合继续上诉的要求，则必须决定是否希望继续第 3 级，提出第三次上诉。有关如何处理的详细信息，请查阅第 2 级上诉后收到的书面通知。
- 第 3 级上诉由行政法官或仲裁员处理。本章第 9 节将介绍上诉程序第 3、4 和 5 级的详细信息。

**第 5.5 节                      如果要求我们就您已收到的医疗护理账单向您支付我们应承担的费用，该如何处理？**

如果您想要求我们支付医疗护理的费用，请先细阅本手册第 7 章：*要求我们对您收到的承保医疗服务或药物账单支付应承担的费用*。第 7 章描述了您可能要求我们就某个医疗服务提供者向您发出的账单给予报销或做出支付的一些情况。其中也介绍了应如何向我们寄送要求我们付款的书面材料。

**要求报销即要求我们做出承保范围决定**

如果您向我们寄送要求报销的书面材料，即为要求我们做出承保范围决定（有关承保范围决定的详细信息，请参见本章第 4.1 节）。为做出此承保范围决定，我们将核查您已付款

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

的医疗护理是否为承保服务（请参见第 4 章：*医疗福利表（承保范围与支付费用）*）。我们也将核查您是否遵守所有使用医疗护理保险的规则（有关规则在本手册第 3 章：*使用本计划承保您的医疗服务*中提供）。

**我们将批准或拒绝您的请求**

- 如果您已付款的医疗护理获承保且您遵守所有规则，我们将在接到您请求后 60 天内向您寄出我们就您的医疗护理应承担的费用付款。或者，如果您尚未就服务做出支付，我们将直接向提供者寄出付款。我们寄出付款即表明 *批准* 您的承保范围决定请求。）
- 如果有关医疗护理未获承保，或您未遵守所有规则，我们将不会寄出付款。相反，我们将向您发出一封函件，说明我们将不会就服务做出支付并详细解释原因。（如果我们驳回您的付款请求，即表明 *拒绝* 您的承保范围决定请求）。

**您要求付款但我们拒绝支付时，该如何处理？**

如果您不同意我们驳回您的请求的裁决，可提出上诉。如果您提出上诉，即表明您要求我们更改在驳回您的付款请求时所做出的承保范围决定。

**如要提出此项上诉，请遵循第 5.3 节所述的上诉程序。**请查阅该节内容以了解各步骤指示。遵循此类指示时，请注意：

- 如果您针对费用报销提出上诉，我们必须在收到您的上诉后 60 天内给您答复。（如果您要求我们偿付您已接受并自行做出支付的医疗护理之费用，不允许要求快速上诉。）
- 如果独立审核机构推翻我们拒绝付款的决定，我们必须在 30 天内向您或提供者寄出您所请求的付款。如果第 2 级之后的任何一级上诉程序中批准了您的上诉，我们必须在 60 天内向您或提供者寄出您所请求的付款。

**第 6 节 您的 D 部分处方药：如何要求承保范围决定或提出上诉**

您是否已阅读本章第 4 节（*承保范围决定和上诉“基准”指引*）？如果尚未阅读，请在开始本节之前先阅读该节内容。

|                |                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------|
| <b>第 6.1 节</b> | <b>本节描述了在对于获取 D 部分药物存有疑问或希望我们偿付 D 部分药物时，您该如何处理</b> |
|----------------|----------------------------------------------------|

作为我们计划会员，您的福利包含多种处方药的承保。请参考我们计划的 *承保药物清单（处方药一览表）*。该药必须用于医疗上认可的适应症才可承保。（“医疗上认可的适应症”表示一种由食品药物管理局批准，或由某些参考书籍支持的药物使用方式。有关医疗上认可的适应症的详细信息，请参见第 5 章第 3 节。）

- 本节仅和您的 **D 部分药物** 有关。为使文字通俗易懂，我们在本节下文中提述为“药物”，而非每次赘述“承保门诊处方药”或“D 部分药物”。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 有关我们对于 D 部分药物、承保药物清单（处方药一览表）、承保范围的规则与限制，以及费用信息的定义，请参见第 5 章（使用本计划来对您的 D 部分处方药进行承保）与第 6 章（对于 D 部分处方药您须支付的费用）。

**D 部分承保范围决定与上诉**

承保范围决定是指我们针对您的福利和承保范围，或我们就您的药物支付的金额所做出的决定，详见本章第 4 节。

**法律术语**

有关 D 部分药物的初始承保范围决定被称为“承保范围决定”。

以下是您要求我们对于您 D 部分药物做出承保范围决定的示例：

- 您要求我们做出例外处理，包含：
  - 要求我们承保不在计划承保药物清单（处方药一览表）上的 D 部分药物
  - 要求我们豁免药物的计划承保范围限制（例如您可以取得的药物数量限制）
  - 要求对于较高分摊费用等级的承保药物支付较低的分摊费用金额
- 您向我们询问某种药物是否有为您承保，以及您是否满意任何适用的承保范围规则。（例如，当您的药物列于计划的承保药物清单（处方药一览表）上，但我们要求您在我们为您承保前，先取得我们的批准。）
  - 请注意：**如果您的药房告知您，您的处方无法按上方指示配药，药房会向您发送一份书面通知，说明如何联系我们要求进行承保范围决定。
- 您要求我们支付您已购买的处方药。这是一项对于付款之承保范围决定的要求。

如果您不同意我们做出的承保范围决定，可对此提出上诉。

本节介绍如何要求承保范围决定，以及如何提出上诉。请利用下表来协助您决定符合您情形的部分为何：

**您处于以下哪种情形？**

| 您所处的情形：                                | 您可处理的方式：                                      |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 如果您需要未包含在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。 | 您要求我们做出例外处理。（这是一种承保范围决定的类型。）<br>请参见本章第 6.2 节。 |

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

| 您所处的情形：                                                    | 您可处理的方式：                                               |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 如果您想要我们承保我们药物清单上的药物，并且您认为对于您需要的药物，您满足所有的计划规则或限制（例如事先取得批准）。 | 您可要求我们为您做出承保范围决定。<br>向前跳至本章 <b>第 6.4 节</b> 。           |
| 如果您想要求我们偿付您已取得并付款的药物。                                      | 您可要求我们做出偿付。（这是一种承保范围决定的类型。）<br>向前跳至本章 <b>第 6.4 节</b> 。 |
| 如果我们已告知您，我们将不会依照您想要的承保或支付方式来承保或支付某种药物。                     | 您可提出上诉。（这就意味着您要求我们重新考虑。）<br>向前跳至本章 <b>第 6.5 节</b> 。    |

**第 6.2 节 什么是“例外处理”？**

如果某种药物的承保方式并不是您所想要的，您可以要求我们做出“例外处理”。这是一种承保范围决定的类型。和其他类型的承保范围决定类似，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。

当您申请例外处理时，您的医生或其他处方医生将需就为何您需要批准例外处理说明医疗理由。接着，我们将会考虑您的要求。以下为您或您的医生或其他处方医生可以要求我们做出例外处理的三种示例：

1. 为您承保不在**承保药物清单（处方药一览表）**上的**D 部分药物**。（我们简称为“药物清单”。）

**法律术语**

要求承保未包含在药物清单上的药物有时称为要求“**处方药一览表例外处理**”。

- 如果我们同意做出例外处理，并承保未包含在药物清单的药物，您将需要支付第 4 级药物的分摊费用金额。您无法就该药物您应支付的共付额或共同保险申请例外处理。

2. 为承保药物移除承保范围的限制。某些我们**承保药物清单（处方药一览表）**上的药物具有额外的规则或限制（如需更多信息，请查阅第 5 章，并查找第 4 节）。

**法律术语**

要求免除针对某些药物承保的限制有时称为要求“**处方药一览表例外处理**”。



## 第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）

- 某些药物承保范围的额外规则与限制包含：
    - 需要使用副厂药而非原厂药。
    - 在我们同意为您承保该药物前，事先取得计划的批准。（此步骤有时称为“事先授权”。）
    - 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。（此步骤有时称为“阶段治疗”。）
    - 数量限制。对于某些药物，您可以取得的数量将受到限制。
  - 如果我们同意做出例外处理并为您豁免限制，您可以就该药物您应支付的共付额或共同保险申请例外处理。
3. 将药物的承保范围更改至较低的分摊费用等级。我们药物清单上的每种药物皆属于六种分摊费用等级的其中一种。通常，分摊费用的等级编号越低，您需要支付的药物分摊费用就越少。

## 法律术语

要求对承保的非首选药物支付较低的金額有时称为要求“等级例外处理”。

- 如果我们的药物清单中包含可用于治疗您的疾病，且分摊费用等级低于您的药物的替代药物，您可以要求我们按照适用于该替代药物的分摊费用来承保您的药物。这将可降低您就该药物应承担的费用。
- 对于任何属于第 5 级（特殊级药）的药物，您无法要求我们更改分摊费用等级。
- 如果我们批准您的等级例外处理申请，并且您不可使用的替代药物的较低分摊费用等级有多个，那么您通常将支付最低的费用。

## 第 6.3 节

## 请求例外处理须知

## 您的医生必须告诉我们医疗理由

您的医生或其他处方医生必须向我们提供一份声明，其中说明申请例外处理的医疗理由。对于快速决定，当您要求例外处理时，请附上此则来自您医生或其他处方医生的医疗信息。

通常，我们的药物清单对于特定病症的治疗皆包含了一种以上的药物。这些不同的药物称为“替代”药物。如果某种替代药物和您所要求的药物具有相同的效果，并且不会造成更多的副作用或其他健康上的问题，我们通常将不会批准您的例外处理要求。如果您向我们要求等级例外处理，我们一般不会批准您的例外处理请求，除非较低分摊费用等级的所有替代药物均无法对您产生相同的效果，或者可能会造成不良反应或其他伤害。

## 我们可批准或拒绝您的请求

- 如果我们批准了您的例外处理要求，我们的批准通常至计划年度结束前皆为有效。只要您的医生继续为您开立该药物，并且该药物对于治疗您的病症仍然安全与有效，上述有效期限即成立。
- 如果我们拒绝您的例外处理要求，您可通过提出上诉要求审核我们的决定。下文第 6.5 节将介绍如何提出上诉。

下一节将介绍如何要求承保范围决定（包括例外处理）。

### 第 6.4 节 步骤说明：如何要求承保范围决定（包含例外处理）

**第 1 步：**您要求我们对您需要的药物或付款做出承保范围决定。如果您的健康状况需要快速回复，您必须要求我们做出“快速承保范围决定”。如果您要求我们偿付您已购买的药物，您无法要求快速承保范围决定。

#### 如何操作

- **申请您想要的承保范围决定的类型。**首先，致电、寄函或传真给我们提出申请。您、您的代表或医生（或其他处方医生）均可提出此请求。我们的网站亦提供了承保范围决定程序。有关我们的详细联系信息，请查阅第 2 章第 1 节，并查找*要求就您的 D 部分处方药做出承保范围决定时，如何联系我们*一节。或者，如果您要求我们偿付药物，请查阅*“如要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，应将请求递交至何处”*一节。
- **您或您的医生或代表您行事的人士**可以要求承保范围决定。本章第 4 节介绍了如何向他人发出书面许可，让其担任您的代表。您可要求某律师代表您行事。
- **如果您想要求我们报销您的药费**，请先阅读本手册第 7 章：*要求我们对您收到的承保医疗服务或药物账单支付应承担的费用*。第 7 章描述了您可能需要我们给予报销的一些情况。其中也介绍了应如何向我们寄送要求我们就您已支付的药物，偿付我们应承担费用的书面材料。
- **如果您请求例外处理，请提供“支持声明”。**您的医生或其他处方医生必须提供要求做出药物例外处理的医疗理由。（我们称之为“支持声明”。）您的医生或其他处方医生可以将声明传真或邮寄给我们。您的医生或其他处方医生也可以先通过电话告诉我们，之后再将书面声明传真或邮寄给我们。有关例外处理要求的详细信息，请参见第 6.2 节与 6.3 节。
- **我们必须接受任何的书面申请**，包括使用 CMS 承保范围决定申请表范本或我们计划的表格（可在我们的网站获取）提交的申请。

## 法律术语

“快速承保范围决定”称为“加急承保范围裁定”。

**如果您的健康状况需要，可要求我们做出“快速承保范围决定”**

- 除非我们同意采用“快速”截止日期，否则，我们均会采用“标准”截止日期，对您做出决定。标准承保范围决定指我们将在收到您医生的声明后 72 小时内给您答复。快速承保范围决定指我们将在收到您医生的声明后 24 小时内做出答复。
- **要获得快速承保范围决定，您必须满足两项要求：**
  - 只有在请求与您尚未接受的药物有关的情况下，才可取得快速承保范围决定。（如果您要求我们偿付您已购买药物费用，则不能取得快速承保范围决定。）
  - 只有当采用标准截止日期会严重损害您的健康或伤害您的行动能力时，方可取得快速承保范围决定。
- 如果您的医生或其他处方医生告知我们您的健康状况需要“快速承保范围决定”，我们即同意对您做出快速承保范围决定。
- 如果您自行要求快速承保范围决定（未获得医生或其他处方医生支持），我们将判断您的健康状况是否需要我们对您做出快速承保范围决定。
  - 如果我们认为您的医疗状况不符合快速承保范围决定的要求，我们将发函拒绝（我们将采用标准截止日期）。
  - 此信函将告知您，如果您的医生或其他处方医生要求快速承保范围决定，我们将自动做出快速承保范围决定。
  - 此信函也会告知您如何就我们未按您的请求做出快速承保范围决定，而做出标准承保范围决定的事提出投诉。其中介绍如何提出“快速”投诉（表示我们会在收到投诉的 24 小时内对您的投诉给予答复）。（投诉程序与承保范围决定和上诉程序有所不同。有关提出投诉程序的详细信息，请参见本章第 10 节。）

**第 2 步：我们将考虑您的要求，并给予答复。**

**“快速承保范围决定”的截止日期**

- 如果我们采用快速截止日期，则必须在接到您的上诉后 **24 小时内** 给您答复。
  - 通常，这代表在我们收到您要求后的 24 小时内。如果您要求例外处理，我们会在收到支持您要求的医生声明后 24 小时内给予答复。如果您的健康状况需要，我们将尽快给予答复。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

---

- 如果我们未能遵守此截止期限，我们需自动将您的请求提交至上诉程序的第 2 级，由独立审核机构进行审核。本节随后将介绍此审核机构，并介绍上诉程序第 2 级的情况。
- 如果我们批准您的部分或全部请求，必须在收到您的请求或医生支持您的请求之声明后的 24 小时内，提供我们已同意提供的保险。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发出书面声明说明拒绝的原因以及如何提出上诉。

**对于您尚未取得之药物的“标准承保范围决定”截止期限**

- 如果我们采用标准截止期限，则必须在 **72 小时内** 给您答复。
  - 通常，这代表在我们收到您要求后的 72 小时内。如果您要求例外处理，我们会在收到支持您要求的医生声明后 72 小时内给予答复。如果您的健康状况需要，我们将尽快给予答复。
  - 如果我们未能遵守此截止期限，我们需自动将您的请求提交至上诉程序的第 2 级，由独立审核机构进行审核。本节随后将介绍此审核机构，并介绍上诉程序第 2 级的情况。
- 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，我们必须在收到您的请求或支持您请求的医生声明后的 **72 小时内**，提供我们已同意提供的保险。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发出书面声明说明拒绝的原因以及如何提出上诉。

**有关您已购买药物之付款的“标准承保范围决定”截止期限**

- 我们必须在收到您的请求后 **14 天内** 给您答复。
  - 如果我们未能遵守此截止期限，我们需自动将您的请求提交至上诉程序的第 2 级，由独立审核机构进行审核。本节随后将介绍此审核机构，并介绍上诉程序第 2 级的情况。
- 如果我们批准您的部分或全部请求，必须在收到您请求后的 14 日内，向您做出付款。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发出书面声明说明拒绝的原因以及如何提出上诉。

**第 3 步：如果我们拒绝您的承保范围请求，由您决定是否提出上诉。**

- 如果我们拒绝，您有权提出上诉。提出上诉表示要求我们重新考虑（并可能更改）我们已作的决定。

|                |                                               |
|----------------|-----------------------------------------------|
| <b>第 6.5 节</b> | <b>步骤说明：如何提出第 1 级上诉（如何要求审核我们的计划做出的承保范围决定）</b> |
|----------------|-----------------------------------------------|

**法律术语**

就 D 部分药物承保范围决定对计划提出上诉称为计划“**重新裁决**”。

**第 1 步：**您联系我们并提出第 1 级上诉。如果您的健康状况需要快速回复，您必须要求“快速上诉”。

**如何操作**

- 要开始上诉，您（或者您的代表、您的医生或其他处方医生）必须联系我们。
  - 有关适用于任何上诉相关目的的详细联系信息，请查阅第 2 章第 1 节，并查找“*当您对 D 部分处方药进行上诉时，如何联系我们*”一节。
- 如果您要求标准上诉，请以书面形式提出上诉。
- 如果您要求快速上诉，可通过书面形式或拨打第 2 章第 1 节（*当您对 D 部分处方药进行上诉时，如何联系我们*）中所示的电话号码，提出上诉。
- 我们必须接受任何的书面申请，包括使用 CMS 承保范围决定申请表范本（可在我们的网站获取）提交的申请。
- 您必须在自我们向您发出书面通知，对您的承保范围决定请求做出答复之日起 **60 天内提出上诉请求**。如果您错过此截止期限，并能提供充分理由，我们可给予您更多时间提出上诉。错过截止期限的充分理由可能包括：您患有使您无法联系我们的重病或我们向您提供的有关上诉请求截止期限的信息是错误或不完整的。
- 您可索取一份有关您上诉的资料，并添加更多资料。
  - 您有权向我们索取一份有关您上诉的资料。
  - 如果您愿意，您与您的医生或其他处方医生可向我们提供其他信息，支持您的上诉。

**法律术语**

“快速上诉”也称为“加急重新裁决”。

**如果您的健康状况需要快速回复，您必须要求“快速上诉”**

- 如果您就我们计划对您尚未接受的药物做出的决定提出上诉，您和您的医生或其他处方医生将需决定您是否需要“快速上诉”。
- 获得“快速上诉”的要求与获得本章第 6.4 节中的“快速承保范围决定”的要求及程序相同。

**第 2 步：我们将考虑您的上诉，并给予答复。**

- 我们审核您的上诉时，我们会谨慎考虑有关您的保险请求的全部信息。我们将核实拒绝您的请求时是否遵守所有规则。我们可能会联系您或您的医生或其他处方医生以了解详细信息。

**“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**接到您的上诉后 72 小时内**给您答复。如果您的健康状况需要，我们会尽快给予答复。
  - 如果我们在 72 小时内未给您答复，我们需自动将您的请求提交至上诉程序的第 2 级，由独立机构进行审核。本节随后将介绍此审核机构，并介绍上诉程序第 2 级的情况。
- 如果我们批准您的部分或全部请求，必须在收到您上诉后的 72 小时内，提供我们已同意提供的保险。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发出书面声明说明拒绝的原因以及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**接到您就您尚未获得的药物提出的上诉后 7 日内**给您答复。如果您尚未获得药物且您的健康状况需要，我们将尽快做出决定。如果您认为您的健康状况需要如此，您应该要求“快速上诉”。
  - 如果我们未能在 7 天内给您答复，我们需自动将您的请求提交至上诉程序的第 2 级，由独立审核机构进行审核。本节随后将介绍此审核机构，并介绍上诉程序第 2 级的情况。

- 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，我们必须视您的健康需要尽快提供我们已同意提供的保险，但不晚于在我们收到您上诉后的 7 日。
  - 如果我们批准偿付您已购买之药物的请求，我们需要在收到您上诉请求后的 30 日内向您付款。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发出书面声明说明拒绝的原因以及如何对我们的决定提出上诉。
- 如果我们批准偿付您已购买的药物的请求，我们必须在收到您上诉后 14 天内给您答复。
  - 如果我们未能在 14 天内给您答复，我们需自动将您的请求提交至上诉程序的第 2 级，由独立审核机构进行审核。本节随后将介绍此审核机构，并介绍上诉程序第 2 级的情况。
- 如果我们批准您的部分或全部请求，必须在收到您请求后的 30 日内，向您做出付款。
- 如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您发出书面声明，说明拒绝的原因以及您可如何就我们的决定提出上诉。

**第 3 步：**如果我们拒绝您的上诉，您可决定是否继续上诉程序，并提出另一个上诉。

- 如果我们拒绝您的上诉，您接下来将可选择接受此决定，或是继续提出另一个上诉。
- 如果您决定上诉，即表明您进入第 2 级上诉程序（请参见下文）。

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| <b>第 6.6 节</b> | <b>步骤说明：如何提出第 2 级上诉</b> |
|----------------|-------------------------|

如果我们拒绝您的上诉，您接下来将可选择接受此决定，或是继续提出另一个上诉。若您决定进行第 2 级上诉，**独立审核机构**将审核我们在拒绝您的第一次上诉时做出的决定。该机构将决定是否应更改我们做出的决定。

|             |
|-------------|
| <b>法律术语</b> |
|-------------|

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| “独立审核机构”的正式名称为“ <b>独立审核实体</b> ”。有时将其称为“ <b>IRE</b> ”。 |
|-------------------------------------------------------|

**第 1 步：要提出第 2 级上诉，您（或您的代表或医生或其他处方医生）必须联系独立审核机构，要求审核您的个案。**

- 如果我们拒绝您的第 1 级上诉，我们寄给您的书面通知将包含**如何向独立审核机构提出第 2 级上诉的指示**。这些指示将说明可以提出此第 2 级上诉的人士、您须遵守的截止日期，以及如何联系审核机构。
- 当您提出上诉至独立审核机构时，我们将发送您上诉的相关信息（我们持有的）至此机构。该资料称为您的“个案文件”。**您有权向我们索取一份个案文件。**
- 您有权向独立审核机构提供其他信息，支持您的上诉。

**第 2 步：独立审核机构对您的上诉进行审核，并给您答复。**

- 独立审核机构是 **Medicare** 聘请的一个独立机构。该机构与我们无关，且并非政府机构。该机构为 Medicare 选择的一家公司，负责审核我们就您的 D 部分福利做出的决定。
- 独立审核机构的审核员将仔细查阅上诉的所有相关信息。该机构将以书面形式告知您他们的决定，并说明原因。

### **第 2 级“快速上诉”的截止日期**

- 如果您的健康状况需要快速回复，您必须对独立审核机构要求“快速上诉”。
- 若审核机构同意您的“快速上诉”，则审核机构必须在收到您的第 2 级上诉后 **72 小时内**给您答复。
- 如果独立审核机构批准您的**部分或全部请求**，我们必须在收到审核机构的决定后 **24 小时内**提供由该审核机构批准的**药物承保**。

### **第 2 级“标准上诉”的截止日期**

- 如果您提出第 2 级标准上诉，且该上诉针对的是您尚未获得的药物，审核机构必须在收到您的第 2 级上诉后 **7 天内**给您答复。如果我们批准偿付您已购买之药物的请求，审核机构必须在收到您的请求后 14 天内，就您的第 2 级上诉给您答复。
  - 如果独立审核机构同意您**部分或全部**的请求 —
    - 如果独立审核机构批准了您的承保请求，我们必须在收到审核机构的决定后 **72 小时内**提供由该审核机构批准的**药物承保**。
    - 如果独立审核机构批准偿付您已购买之药物的请求，我们需要在收到审核机构决定后的 **30 天内**向您付款。



### 如果审核机构拒绝您的上诉会如何？

如果该机构拒绝您的上诉，即表示他们与我们意见一致，不批准您的请求。（这称为“支持决定”。也称为“驳回上诉”。）

如果独立审核机构“支持决定”，您有权提出第 3 级上诉。然而，要再次提出第 3 级上诉，您请求的药物保险的价值必须达到某最低金额。如果您请求的药物保险的价值过低，您不能再次提出上诉，且第 2 级的决定即为最终决定。您从独立审核机构获得的通知将告知您，请求的保险价值是否满足继续上诉程序的要求。

### 第 3 步：如果您请求的保险价值符合要求，请选择是否希望进一步上诉。

- 上诉程序中，第 2 级后仍有三个级别（共五个上诉级别）。
- 如果第 2 级上诉遭到驳回，且您符合继续上诉的要求，则必须决定是否希望继续第 3 级，提出第三次上诉。如果您决定提出第三次上诉，有关如何处理的详细信息，请查阅第二次上诉后收到的书面通知。
- 第 3 级上诉由行政法官或仲裁员处理。本章第 9 节将介绍上诉程序第 3、4 和 5 级的详细信息。

## 第 7 节 如果您认为医生过快让您出院，如何要求我们延长住院承保

您入院时，有权获得诊断及治疗伤病需要的所有承保医院服务。有关我们对您医院护理的保险的详细信息，包括此保险的任何限制，请参见本手册第 4 章：*医疗福利表（承保范围与支付费用）*。

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

- 离开医院的日期称为“出院日期”。
- 您的出院日期确定后，您的医生或医务人员会告知您。
- 如果您认为他们过快让您出院，可要求延长住院时间，您的请求将获考虑。本节将介绍如何提出要求。

### 第 7.1 节 您住院期间，将收到 Medicare 发出的书面通知，告知您的权利

您在承保住院期间，将收到一份书面通知，名为*关于您所享权利的 Medicare 重要信息 (An Important Message from Medicare about Your Rights)*。参与 Medicare 的任何人均会在入院时收到一份该通知。医院的相关人员（如个案工作者或护士）必须在您入院后的两天时间内给予您通知。如果您未获得通知，请向医院员工索取。如果您需要帮助，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。您也可以随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听障人士可致电 1-877-486-2048。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）****1. 请仔细阅读此通知，如不理解，请询问。**通知将介绍您作为住院患者所享有的权利，包括：

- 您有权在住院期间及出院后，按医生指示接受 Medicare 承保服务。这包括了解服务内容、付款方及获取服务的地点。
- 您有权参与任何有关您住院的决定，并有权了解费用由谁承担。
- 向何处报告您对医院护理质量存有的任何疑虑。
- 如果您认为医院过快让您出院，您有权就您的出院决定提出上诉。

**法律术语**

Medicare 发出的书面通知告知您如何“**请求立即审核**”。请求立即审核是要求推迟出院日期，以便获得较长医院护理承保的正式、合法途径。（下文第 7.2 节将介绍如何请求立即审核。）

**2. 您将需要签署该书面通知，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需要签署该通知。（本章第 4 节介绍了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权利的信息。通知并不会指定您的出院日期（您的医生或医务人员将告知您出院日期）。签署通知**不代表**您同意某出院日期。

**3. 请保留通知副本，以便在需要时随时了解有关提出上诉（或报告对护理质量的疑虑）的信息。**

- 如果您在出院前两天以上时间签署通知，则会在计划出院前再收到一份通知。
- 如要提前查阅该通知的副本，请随时致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。听障人士可致电 1-877-486-2048。您还可以在网上查阅该通知，网址：[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)。

**第 7.2 节****步骤说明：如何提出第 1 级上诉更改出院日期**

如果您希望我们延长对住院服务的承保，您需采用上诉程序提出请求。提出前，请先了解必要事项及截止期限。

- **遵循程序。**下文将介绍上诉程序前两级的各项步骤。
- **遵守截止期限。**截止期限至关重要。请务必了解并遵守适用于必要事项的截止期限。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- **需要时请寻求帮助。**如果存有疑问或需要帮助，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。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（请参见本章第 2 节）。

**第 1 级上诉期间，质量改进机构审核您的上诉。**该机构将核实从医疗角度而言，您的计划出院日期是否适当。

**第 1 步：联系您所在州的质量改进机构，要求“快速审核”您的出院日期。您必须尽快行动。**

**什么是质量改进机构？**

- 该机构是由联邦政府资助的医生及其他医疗护理专业人员组成的团体。这些专家并不属于我们的计划。该机构由 Medicare 出资，检查 Medicare 受益人获得的护理的质量并帮助改进。这包括审核 Medicare 受益人的出院日期。

**如何联系该机构？**

- 您收到的书面通知里（关于您所享权利的 *Medicare 重要信息*）有该机构的联系方式。（您也可在本手册第 2 章第 4 节中查阅您所在州的质量改进机构的名称、地址和电话号码。）

**尽快行动：**

- 如要提出上诉，必须在出院前联系质量改进机构，不得迟于出院当日的午夜。（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，可在等待质量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，您可能须支付计划出院日期后的所有医院护理费用。
- 如果您错过联系质量改进机构的截止期限，但仍想要提出上诉，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，请参见第 7.4 节。

**要求“快速审核”：**

- 您必须要求质量改进机构“快速审核”您的出院时间。要求“快速审核”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**

“快速审核”也称为“立即审核”或“加急审核”。

**第 2 步：质量改进机构将对您的个案进行独立审核。****审核有哪些流程？**

- 质量改进机构的保健专业人员（我们将其简称为“审核员”）会询问您（或您的代表）认为应延长服务保险的理由。您无须准备任何书面材料，但如果您愿意，也可准备。
- 审核员也会查看您的医疗信息，与您的医生交谈并审核医院及我们向其提供的信息。
- 审核员向我们通知您的上诉后的第二天中午，您也会收到书面通知，其中指定计划出院日期，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**

该书面说明称为“详细出院通知”。您可随时致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 查看本通知的样本。（听障人士可致电 1-877-486-2048。）或者您可以在线上查阅通知范本，网址：

[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html)

**第 3 步：质量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。****如果批准会如何？**

- 如果审核机构 *批准* 您的上诉，我们必须继续提供您的承保住院服务，时间视医疗必需性而定。
- 您必须继续支付应承担的费用（如自付额或共付额，如适用）。此外，您的承保医院服务可能受到限制。（请参见本手册第 4 章）。

**如果拒绝会如何？**

- 如果审核机构 *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，我们对您住院服务的承保将在质量改进机构对您的上诉给予答复后次日中午结束。
- 如果审核机构 *拒绝* 您的上诉且您决定住院，则对于质量改进机构给予答复后次日中午以后的医院护理，您可能须支付全部费用。

**第 4 步：如果您的第 1 级上诉遭到拒绝，请决定是否希望再次提出上诉。**

- 如果质量改进机构驳回您的上诉，而您在计划出院日期后继续住院，可再次提出上诉。再次提出上诉指进入上诉程序的“第 2 级”。

**第 7.3 节 步骤说明：如何提出第 2 级上诉更改出院日期**

如果质量改进机构驳回您的上诉，而您在计划出院日期后继续住院，届时您可提出第 2 级上诉。第 2 级上诉期间，您要求质量改进机构再次审核他们对您的第一次上诉做出的决定。如果质量改进机构驳回您的第 2 级上诉，您可能须支付计划出院日期后的全部费用。

以下为上诉程序第 2 级的步骤：

**第 1 步：您再次联系质量改进机构，要求再次审核。**

- 您必须在质量改进机构拒绝您的第 1 级上诉后 **60 天内**要求进行此审核。只有在您于护理承保终止之日后继续住院的情况下，方可要求进行此审核。

**第 2 步：质量改进机构会第二次审核您的情况。**

- 质量改进机构的审核员将再次仔细查阅上诉的所有相关信息。

**第 3 步：质量改进机构审核员将在收到您第二次审核请求的 14 天内就您的上诉做出决定，并通知您。**

**如果审核机构批准：**

- 对于您自第一次上诉遭质量改进机构驳回后次日中午起获得的医院护理，我们必须报销应承担的费用。我们必须继续提供住院护理保险，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。

**如果审核机构拒绝：**

- 即表明同意他们对您的第 1 级上诉做出的决定，且不会更改。这称为“支持决定”。
- 您收到的通知将以书面形式说明，如果您希望继续审核程序该如何。其中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裁判员处理。

**第 4 步：如遭到拒绝，您需要决定是否继续第 3 级上诉。**

- 上诉程序中，第 2 级后仍有三个级别（共五个上诉级别）。如果审核机构驳回您的第 2 级上诉，您可选择接受决定或继续第 3 级，再次上诉。第 3 级上诉由行政法官或裁判员审核。
- 本章第 9 节将介绍上诉程序第 3、4 和 5 级的详细信息。

**第 7.4 节 错过提出第 1 级上诉的截止时间该如何处理？****您可向我们提出上诉**

按照上文第 7.2 节所述，您必须尽快行动，联系质量改进机构，开始关于出院的第一次上诉。（“尽快”指在出院前，且不迟于您的计划出院日期，以较早者为准。）若您错过联系该机构的截止期限，可采用另一种方式提出上诉。

如果采用其他上诉方式，*前两级上诉会有所不同*。

**步骤说明：如何提出第 1 级替代上诉**

如果您错过联系质量改进机构的截止期限，可向我们提出上诉，要求“快速审核”。快速审核指采用快速截止期限，而非标准截止期限的上诉。

**法律术语**

“快速审核”（或“快速上诉”）也称为“加急上诉”。

**第 1 步：联系我们要求“快速审核”。**

- 有关我们的详细联系信息，请查阅第 2 章第 1 节，并查找“*当您就您的医疗护理进行上诉时，如何联系我们*”一节。
- 务必要求“快速审核”**。这表示您要求我们采用“快速”截止期限而非“标准”截止期限给予答复。

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

- 此审核期间，我们将查看所有住院相关信息。我们将核实从医疗角度看，您的计划出院日期是否适当。我们将核实关于您何时出院的决定是否公平，及是否遵循所有规则。
- 在此情况下，我们将使用“快速”截止期限而非标准截止期限给予您审核答复。

**第 3 步：我们将在您要求“快速审核”（“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，并将继续提供承保住院服务，时间视医疗必需性而定。这也表示，我们同意对您自我们提出承保终止之日起所接受的护理，报销我们应承担的费用。（您必须支付您应承担的费用，且会受到承保限制。）

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 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。自我们提出终止承保之日起，您的住院服务保险即告终止。
  - 如果您在计划出院日期后继续住院，则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，您的个案将自动发送至下一级上诉程序。**

- 为确保我们在拒绝您的快速上诉时遵守所有规则，我们需将您的上诉发送至“独立审核机构”。这样，即表示您的上诉即将自动进入下一级上诉程序，即第 2 级。

**步骤说明：第 2 级替代上诉流程**

第 2 级上诉期间，独立审核机构将审核我们在拒绝您的“快速上诉”时做出的决定。该机构将决定是否应更改我们做出的决定。

**法律术语**

“独立审核机构”的正式名称为“独立审核实体”。有时将其称为“IRE”。

**第 1 步：我们会自动将您的个案转交独立审核机构。**

- 我们需在告知您我们拒绝您的第一次上诉后 24 小时内，将您的第 2 级上诉资料发送至独立审核机构。（如果您认为我们未遵守该截止日期或其他截止日期，可提出投诉。投诉程序与上诉程序有所不同。本章第 10 节介绍了如何提出投诉。）

**第 2 步：独立审核机构会“快速审核”您的上诉。审核员会在 72 小时内给予答复。**

- 独立审核机构是 Medicare 聘请的一个独立机构。该机构与我们的计划无关，且并非政府机构。该机构为 Medicare 选择的一家公司，处理独立审核机构的工作。Medicare 监督其工作。
- 独立审核机构的审核员将仔细查阅您就出院问题所提出上诉的所有相关信息。
- 如果该机构批准您的上诉，我们必须报销（偿付）对您自计划出院日期起获得的医院护理应承担的费用。我们也须继续执行计划对您的住院服务的承保，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，或会限制我们报销的金额或延续承保服务的时间。
- 如果该机构拒绝您的上诉，即表示他们与我们意见一致，认为您的计划出院日期从医疗角度看属适当。
  - 您从独立审核机构收到的通知将以书面形式说明，如果您希望继续审核程序该如何。其中将向您详细介绍如何继续第 3 级上诉，此上诉由行政法官或审裁员处理。

**第 3 步：如果独立审核机构驳回您的上诉，您可选择是否希望进一步上诉。**

- 上诉程序中，第 2 级后仍有三个级别（共五个上诉级别）。如果审核员拒绝您的第 2 级上诉，请决定接受其决定或继续第 3 级，提出第三次上诉。
- 本章第 9 节将介绍上诉程序第 3、4 和 5 级的详细信息。

**第 8 节 如果您认为您的保险终止过快，如何要求我们继续承保某些医疗服务****第 8.1 节 本节仅涉及三项服务：居家护理、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**居家护理服务**。
- 您作为专业护理机构内的患者而在接受的**专业护理机构护理**。（如要了解“专业护理机构”的定义，请参见第 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**康复护理**。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。（有关此类机构的详细信息，请参见第 12 章，*重要词汇的定义*。）

如果您正在接受上述任何类型的护理，只要诊断和治疗伤病需要此护理，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详细信息，包括您应承担的费用及任何适用的承保限制，请参见本手册第 4 章：*医疗福利表（承保范围与支付费用）*。

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。您的护理保险终止时，*我们将停止支付我们对您护理的分摊费用*。

如果您认为我们过快终止您的护理保险，**可对我们的决定提出上诉**。本节将介绍如何要求上诉。

**第 8.2 节 您的保险即将终止时，我们将提前通知您**

1. **您将收到一份书面通知**。您将至少在我们计划即将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改变有关何时终止您护理的决定，并延长承保时间，该如何处理。



**法律术语**

告知您处理方法时，书面通知会说明如何请求“快速上诉”。请求快速跟踪上诉是要我们改变对何时终止护理做出的承保范围决定的正式、合法途径。（下文第 8.3 节将介绍如何请求快速跟踪上诉。）

书面通知称为“**Medicare 不承保通知**”。

**2. 您将需要签署该书面通知，以表示您已收到通知。**

- 您或代表您行事的人士需要签署该通知。（第 4 节介绍了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保险何时终止的信息。**并不表示您同意**计划有关护理终止时间的决定。

**第 8.3 节                      步骤说明：如何提出第 1 级上诉，要求我们的计划延长护理承保**

如果您希望我们延长护理承保，您需采用上诉程序提出请求。提出前，请先了解必要事项及截止日期。

- **遵循程序。**下文将介绍上诉程序前两级的各项步骤。
- **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。我们计划也必须遵守某些截止日期。（如果您认为我们未遵守截止日期，可提出投诉。本章第 10 节介绍了如何提出投诉。）
- **需要时请寻求帮助。**如果存有疑问或需要帮助，请致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。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（请参见本章第 2 节）。

如果您及时提出第 1 级上诉，质量改进机构将审核您的上诉，并判断是否要更改我们的计划做出的决定。

**第 1 步：提出第 1 级上诉：联系您所在州的质量改进机构，要求审核。您必须尽快行动。**

**什么是质量改进机构？**

- 该机构是一个由联邦政府资助的医生及其他医疗护理专家团体。这些专家并不属于我们的计划。他们会检查 Medicare 受益人所获护理的质量，并审核计划对何时终止承保某种医疗护理做出的决定。

**如何联系该机构？**

- 您收到的书面通知里有该机构的联系方式。（您也可在本手册第 2 章第 4 节中查阅您所在州的质量改进机构的名称、地址和电话号码。）

### 您应提出何种要求？

- 向该机构提出“快速跟踪上诉”（独立审核），要求审核我们终止为您承保医疗服务从医疗角度看是否适当。

### 联系该机构的截止日期。

- 您必须联系质量改进机构开始上诉，时间不得晚于“Medicare 不承保通知”上所述有效期的前一天中午。
- 如果您错过联系质量改进机构的截止日期，但仍想要提出上诉，则必须直接向我们提出上诉。有关其他上诉方式的详细信息，请参见第 8.5 节。

## 第 2 步：质量改进机构将对您的个案进行独立审核。

### 审核有哪些流程？

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

#### 法律术语

该通知说明称为“不承保之详细说明”。

## 第 3 步：审核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。

### 如果审核员批准您的上诉会如何？

- 如果审核员批准您的上诉，我们必须继续提供您的承保服务，时间视医疗必需性而定。
- 您必须继续支付应承担的费用（如自付额或共付额，如适用）。此外，您的承保服务可能受到限制（请参见本手册第 4 章）。

### 如果审核员拒绝您的上诉会如何？

- 如果审核员拒绝您的上诉，您的保险将于我们之前通知的日期终止。我们将于通知所列之日终止支付就此护理应承担的费用。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 如果您决定在保险终止之日后继续接受居家护理、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，则须自行承担全部护理费用。

**第 4 步：如果您的第 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程序的“第 1 级”。如果审核员拒绝您的第 1 级上诉，且您选择在护理保险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上诉程序的“第 2 级”。

**第 8.4 节 步骤说明：如何提出第 2 级上诉，要求我们的计划延长护理承保**

如果质量改进机构驳回您的上诉，且您选择在护理保险终止后继续接受护理，可提出第 2 级上诉。第 2 级上诉期间，您要求质量改进机构再次审核他们对您的第一次上诉做出的决定。如果质量改进机构驳回您的第 2 级上诉，您可能须支付我们提出承保终止之日后的居家护理、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。

以下为上诉程序第 2 级的步骤：

**第 1 步：您再次联系质量改进机构，要求再次审核。**

- 您必须在质量改进机构拒绝您的第 1 级上诉后 **60 天内**要求进行此审核。只有在您于护理保险终止之日后继续接受护理的情况下，方可要求进行此审核。

**第 2 步：质量改进机构会第二次审核您的情况。**

- 质量改进机构的审核员将再次仔细查阅上诉的所有相关信息。

**第 3 步：审核员将在收到您上诉请求的 14 天内就您的上诉做出决定，并通知您。*****如果审核机构批准您的上诉会如何？***

- 我们必须对您自我们提出承保终止之日起所接受的护理，**报销我们应承担的费用。我们必须继续提供护理保险**，时间视医疗必需性而定。
- 您必须继续支付您应承担的费用，且会受到承保限制。

***如果审核机构拒绝会如何？***

- 即表明同意我们对您的第 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，如果您希望继续审核程序该如何。其中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裁判员处理。

**第 4 步：如遭到拒绝，您需要决定是否希望再次提出上诉。**

- 第 2 级后仍有三个级别，共五个上诉级别。如果审核员驳回您的第 2 级上诉，您可选择接受决定或继续第 3 级，再次上诉。第 3 级上诉由行政法官或仲裁员审核。
- 本章第 9 节将介绍上诉程序第 3、4 和 5 级的详细信息。

**第 8.5 节 错过提出第 1 级上诉的截止时间该如何处理？****您可向我们提出上诉**

按照上文第 8.3 节所述，您必须尽快行动，联系质量改进机构，开始第一次上诉（最多一到两天内）。若您错过联系该机构的截止期限，可采用另一种方式提出上诉。如果采用其他上诉方式，*前两级上诉会有所不同*。

**步骤说明：如何提出第 1 级替代上诉**

如果您错过联系质量改进机构的截止期限，可向我们提出上诉，要求“快速审核”。快速审核指采用快速截止期限，而非标准截止期限的上诉。

以下为第 1 级替代上诉的步骤：

**法律术语**

“快速审核”（或“快速上诉”）也称为“加急上诉”。

**第 1 步：联系我们要求“快速审核”。**

- 有关我们的详细联系信息，请查阅第 2 章第 1 节，并查找“*当您就您的医疗护理进行上诉时，如何联系我们*”一节。
- **务必要求“快速审核”**。这表示您要求我们采用“快速”截止期限而非“标准”截止期限给予答复。

**第 2 步：我们将“快速审核”我们对何时终止您的服务承保做出的决定。**

- 此审核期间，我们将再次查看有关您的个案的所有信息。我们将核查在设定计划终止承保您正在接受的服务的日期时是否遵守了所有规则。
- 我们将使用“快速”截止期限而非标准截止期限给予您审核答复。

**第 3 步：**我们将在您要求“快速审核”（“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，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，我们同意对您自我们提出承保终止之日起所接受的护理，报销我们应承担的费用。（您必须支付您应承担的费用，且会受到承保限制。）
- 如果我们拒绝您的快速上诉，您的保险将于我们之前通知的日期终止，该日期后我们不会支付任何的分摊费用。
- 如果您在我们告知保险终止之日后继续接受居家护理、专业护理机构护理或综合门诊康复机构 (CORF) 服务，则须自行承担全部护理费用。

**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程序。

- 为确保我们在拒绝您的快速上诉时遵守所有规则，我们需将您的上诉发送至“独立审核机构”。这样，即表示您的上诉即将自动进入下一级上诉程序，即第 2 级。

**步骤说明：第 2 级替代上诉流程**

第 2 级上诉期间，独立审核机构将审核我们在拒绝您的“快速上诉”时做出的决定。该机构将决定是否应更改我们做出的决定。

**法律术语**

“独立审核机构”的正式名称为“独立审核实体”。有时将其称为“IRE”。

**第 1 步：**我们会自动将您的个案转交独立审核机构。

- 我们需在告知您我们拒绝您的第一次上诉后 24 小时内，将您的第 2 级上诉资料发送至独立审核机构。（如果您认为我们未遵守该截止日期或其他截止日期，可提出投诉。投诉程序与上诉程序有所不同。本章第 10 节介绍了如何提出投诉。）

**第 2 步：**独立审核机构会“快速审核”您的上诉。审核员会在 72 小时内给予答复。

- 独立审核机构是 Medicare 聘请的一个独立机构。该机构与我们的计划无关，且并非政府机构。该机构为 Medicare 选择的一家公司，处理独立审核机构的工作。Medicare 监督其工作。
- 独立审核机构的审核员将仔细查阅上诉的所有相关信息。
- 如果该机构批准您的上诉，我们必须对您自我们提出承保终止之日起所接受的护理，报销（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，或会限制我们报销的金额或延续承保服务的时间。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 如果该机构 **拒绝**您的上诉，即表示同意我们的计划对您第一次上诉所做出的决定，且不会更改。
  - 您从独立审核机构收到的通知将以书面形式说明，如果您希望继续审核程序该如何。其中将向您详细介绍如何继续第 3 级上诉。

**第 3 步：如果独立审核机构驳回您的上诉，您可选择是否希望进一步上诉。**

- 第 2 级后仍有三个级别，共五个上诉级别。如果审核员拒绝您的第 2 级上诉，您可选择接受决定或继续第 3 级，再次上诉。第 3 级上诉由行政法官或仲裁员审核。
- 本章第 9 节将介绍上诉程序第 3、4 和 5 级的详细信息。

**第 9 节 将您的上诉升级至第 3 级及以上****第 9.1 节 医疗服务请求的第 3、4 及 5 级上诉**

本节适用于已提出第 1 级上诉及第 2 级上诉，但均遭到驳回的情况。

如果您上诉的事项或医疗服务价值达至某最低水准，则可继续提出其他级别的上诉。如果价值低于最低水准，则不能进一步上诉。如果价值足够高，您收到的第 2 级上诉回复函件将提供联系人及如何要求第 3 级上诉方面的信息。

大多数上诉情况下，后三级上诉的程序大致相同。以下为负责审核各级上诉的人士。

**第 3 级上诉：** 为联邦政府效力的法官（称为行政法官）或仲裁员将审核您的上诉并给予答复。

- 如果行政法官或仲裁员同意您的上诉，上诉程序 **可能会也可能不会结束** — 我们将决定是否将此决定上诉至第 4 级。与第 2 级决定（独立审核机构）不同，我们有权对您胜诉的第 3 级决定提出上诉。
  - 如果我们决定不对裁决提出上诉，则必须在接到行政法官或仲裁员的裁决后 60 日内为您批准或提供服务。
  - 如果我们决定对决定提出上诉，将向您发出第 4 级上诉请求及任何随附文件的副本。我们可等待接到第 4 级上诉决定后，再批准或提供存在争议的服务。
- 如果行政法官或仲裁员拒绝您的上诉，上诉程序 **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，上诉程序则告结束。
  - 如果您不愿接受决定，则可继续下一级审核程序。如果行政法官或仲裁员拒绝您的上诉，您接到的通知将说明如决定继续上诉则应如何处理。

**第 4 级上诉：** Medicare 上诉委员会（下称委员会）将审核您的上诉并给予答复。该委员会是联邦政府的一部分。

- 如果获得批准，或委员会拒绝我们要求审核您胜诉的第 3 级上诉裁决的请求，上诉程序 *可能会也 可能不会结束* — 我们将决定是否将该裁决上诉至第 5 级。与第 2 级决定（独立审核机构）不同，如果用品或医疗服务价值达到金额要求，我们有权对您胜诉的第 4 级决定提出上诉。
  - 如果我们决定 *不对* 裁决提出上诉，则必须在接到委员会的裁决后 60 日内为您批准或提供服务。
  - 如果我们决定对决定提出上诉，我们将以书面形式通知您。
- 如果遭到拒绝或委员会拒绝审核请求，上诉程序 *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，上诉程序则告结束。
  - 如果您不愿接受决定，您或许可以继续下一级审核程序。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第 5 级。如果规则允许您继续上诉，书面通知也会提供联系人及如选择继续上诉该如何处理的信息。

**第 5 级上诉：** 一位联邦地方法院的法官将审核您的上诉。

- 这是上诉程序的最后一步。

## 第 9.2 节 D 部分药物请求的第 3、4 及 5 级上诉

本节适用于已提出第 1 级上诉及第 2 级上诉，但均遭到驳回的情况。

如果您上诉的药物价值达至一定的金额，则可继续提出其他级别的上诉。如果金额低于此金额，则不能进一步上诉。您收到的第 2 级上诉回复函件将提供联系人及如何要求第 3 级上诉方面的信息。

大多数上诉情况下，后三级上诉的程序大致相同。以下为负责审核各级上诉的人士。

**第 3 级上诉：** 为联邦政府效力的法官（称为行政法官）或审裁员将审核您的上诉并给予答复。

- 如果批准，则上诉程序结束。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（快速上诉为 24 小时）批准或提供行政法官或审裁员所批准的 **药物承保**，或不晚于 30 日进行付款。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 如果遭到拒绝，上诉程序 *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，上诉程序则告结束。
  - 如果您不愿接受决定，则可继续下一级审核程序。如果行政法官或审裁员拒绝您的上诉，您接到的通知将说明如决定继续上诉则应如何处理。

**第 4 级上诉：** Medicare 上诉委员会（下称委员会）将审核您的上诉并给予答复。该委员会是联邦政府的一部分。

- 如果批准，则上诉程序结束。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（快速上诉为 24 小时）批准或提供委员会所批准的药物承保，或不晚于 30 日进行付款。**
- 如果遭到拒绝，上诉程序 *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，上诉程序则告结束。
  - 如果您不愿接受决定，您或许可以继续下一级审核程序。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第 5 级。如果规则允许您继续上诉，书面通知也会提供联系人及如选择继续上诉该如何处理的信息。

**第 5 级上诉：** 一位联邦地方法院的法官将审核您的上诉。

- 这是上诉程序的最后一步。

## 提出投诉

### 第 10 节 如何就护理质量、等待时间、顾客服务或其他事宜提出投诉



如果您对福利、保险或付款的相关决定存有疑问，本节并不适用。相反，您需采取承保范围决定和上诉程序。请参见本章第 4 节。

#### 第 10.1 节 投诉程序处理哪些类型的问题？

本节将介绍如何利用该程序提出投诉。投诉程序仅适用于若干类型的问题。这包括护理质量、等待时间及您获得的顾客服务的相关问题。以下为投诉程序所处理的各种问题示例。



## 第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）

如果您有这类问题，请“提出投诉”

| 投诉                  | 示例                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您的医疗护理质量            | <ul style="list-style-type: none"> <li>您是否对所获医疗护理质量（包括住院护理服务）感到不满意？</li> </ul>                                                                                                                                           |
| 尊重您的隐私              | <ul style="list-style-type: none"> <li>您是否认为有人未尊重您的隐私，或个人共用信息未获得保密？</li> </ul>                                                                                                                                           |
| 未受到尊重、顾客服务不佳或其他不良行为 | <ul style="list-style-type: none"> <li>是否有人对您无礼或不尊重？</li> <li>您是否不满意我们会员服务部对待您的方式？</li> <li>您是否觉得自己被迫退出计划？</li> </ul>                                                                                                    |
| 等待时间                | <ul style="list-style-type: none"> <li>经常很难约到医生或等很久才能约到？</li> <li>我们的医生、药剂师或其他医疗专业人员曾经让您等太久？或者计划的会员服务部或其他职员曾让您等太久？               <ul style="list-style-type: none"> <li>例如在电话中、候诊室、取处方或检查室曾经等候太久。</li> </ul> </li> </ul> |
| 清洁度                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>您是否对某所诊所、医院或医生办公室的清洁度或条件感到不满？</li> </ul>                                                                                                                                          |
| 我们为您提供的信息           | <ul style="list-style-type: none"> <li>您是否认为我们未按规定提供通知？</li> <li>您是否认为我们提供的书面信息难以理解？</li> </ul>                                                                                                                          |

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

| 投诉                                                   | 示例                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>及时性</b><br/>（这类投诉都与我们是是否及时做出承保范围决定及处理上诉有关）</p> | <p>本章第 4-9 节介绍了有关要求承保范围决定和提出上诉的程序。如果您要求我们做出承保范围决定或希望提出上诉，请利用这些章节的程序，而不要使用投诉程序。</p> <p>但是，如果您已要求我们做出决定或已提出上诉，同时，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：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 如果您已经要求我们为您提供“快速承保范围决定”或“快速上诉”，而我们对您说无法做到时，您可提出投诉。</li> <li>• 如果您认为我们无法在截止日期之前对您做出承保范围决定，或无法回应您提出的上诉，此时您可提出投诉。</li> <li>• 如果我们做出的承保范围决定经过审核，确定我们必须为您承担或报销部分医疗服务费用，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。</li> <li>• 如果我们未准时让您知道我们的决定，我们需将您的个案转交独立审核机构。如果我们无法在要求的截止期限内做到，您可提出投诉。</li> </ul> |

**第 10.2 节 “提出投诉” 的正式名称为 “提出申诉”**

| 法律术语                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 本节所谓的“投诉”也称为“申诉”。</li> <li>• “提出投诉”也称为“提出申诉”。</li> <li>• “采用投诉程序”也称为“采用提出申诉的程序”。</li> </ul> |

**第 10.3 节 步骤说明：提出投诉****第 1 步：请立即致电或写信联系我们。**

- 一般情况下，请先致电会员服务部。如需采取任何行动，会员服务部将会告知您。请联系会员服务部，电话：(844)221-7736（听障专线：711），服务时间为当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）。

**第 9 章 遇到问题或想投诉时该如何处理（承保范围决定、上诉、投诉）**

- 如果不愿致电（或已致电，但并不满意），可书面列明投诉事项后寄送给我们。如果您进行书面投诉，我们也会以书面形式回复您的投诉。
- 您可以在事件或事故发生后的 60 天内以书面形式将您的投诉提交至以下地址：Bright Health Medicare Advantage - Appeals & Grievances, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943。您也可以将该投诉传真给我们（传真号码：1-800-894-7742）或者致电会员服务部（电话号码位于您 ID 卡背面）。您或您指定的人士（例如担任您代表的亲属、朋友、律师、倡导者、医生或任何其他人士）可提出投诉。您指定的人士将是您的“授权代表”。如需了解如何指定您的代表，您可以拨打您 ID 卡背面的电话号码致电会员服务部。
- 我们必须根据您的健康状况允许尽快处理您的投诉，但不迟于收到投诉后的第 30 天。如果您要求延期，或我们需要更多额外信息并且延期对您有利，我们可能会延长最多 14 天。如果我们延长做出决定的时限，我们会以书面形式通知您。
- 如果您的投诉与种族、肤色、国籍、年龄、身体残障或性别引起的歧视有关，您可以就此歧视行为提出申诉，方式是拨打您 ID 卡背面的电话号码或者寄信至我们的地址：Bright Health, PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943。
- 不论是致电或写信，都应立即联系会员服务部。您必须在出现希望投诉的问题后 60 日内提出投诉。
- 如果您因我们拒绝您“快速承保范围决定”或“快速上诉”的请求而提出投诉，我们将自动将其定为“快速投诉”。如果提出“快速投诉”，即表示我们会在 24 小时内给予答复。

**法律术语**

本节所谓的“快速投诉”也称为“加急申诉”。

**第 2 步：我们将调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的当时立即给予答复。如果您的健康状况需要，我们会尽快答复。
- 大多数投诉在 30 日内答复。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，我们可延迟 14 天（共 44 天）答复您的投诉。如果我们决定延长时间，将书面通知您。
- 如果我们不认同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。我们的回复包括给予相关答复的理由。不论是否认同投诉，均必须回复。

**第 10.4 节 您也可向质量改进机构提出护理质量方面的投诉**

您可以通过以上各步程序，就您所获护理的质量提出投诉。

当您对 *护理质量* 提出投诉时，也有两种选择：

- **您可向质量改进机构提出投诉。** 如果您愿意，可直接向该机构对您所获护理的质量提出投诉（不向我们投诉）。
  - 质量改进机构是一个由联邦政府资助的执业医师及其他医疗护理专家团体，以核查和改进提供给 Medicare 患者的护理。
  - 如需查找您所在州的质量改进机构的名称、地址和电话号码，请查阅本手册第 2 章第 4 节。如果您向该机构提出投诉，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。** 如您愿意，您可向我们和质量改进机构对您所获护理的质量提出投诉。

**第 10.5 节 您也可将您的投诉告知 Medicare**

您可直接向 Medicare 提出有关 Bright Advantage Assist (HMO) 的投诉。要向 Medicare 提交投诉，请访问 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://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协助改进 Medicare 计划的质量。

如果您有任何其他反馈或顾虑，或感到计划不能解决您的问题，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。听障/语障人士可致电 1-877-486-2048。

## 第 10 章

### 终止计划会员资格

## 第 10 章 终止计划会员资格

|         |                                                                 |     |
|---------|-----------------------------------------------------------------|-----|
| 第 1 节   | 简介 .....                                                        | 198 |
| 第 1.1 节 | 本章主要介绍计划会员资格终止的情况 .....                                         | 198 |
| 第 2 节   | 您何时能终止计划会员资格? .....                                             | 198 |
| 第 2.1 节 | 您可在年度参保期期间终止您的会员资格 .....                                        | 198 |
| 第 2.2 节 | 您可在 Medicare Advantage 开放参保期终止会员资格 .....                        | 199 |
| 第 2.3 节 | 在某些情况下, 您可在特殊参保期终止会员资格 .....                                    | 199 |
| 第 2.4 节 | 如何获得有关何时可终止会员资格的更多信息? .....                                     | 200 |
| 第 3 节   | 如何终止计划会员资格? .....                                               | 201 |
| 第 3.1 节 | 您通常可通过参加另一项计划终止会员资格 .....                                       | 201 |
| 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 .....                               | 202 |
| 第 4.1 节 | 会员资格终止前, 您一直是我们的计划的会员 .....                                     | 202 |
| 第 5 节   | 在特定情况下, <b>Bright Advantage Assist (HMO)</b> 必须终止您的计划会员资格 ..... | 202 |
| 第 5.1 节 | 我们何时必须终止您的计划会员资格? .....                                         | 202 |
| 第 5.2 节 | 我们不能因您健康的任何相关原因要求您退出计划 .....                                    | 203 |
| 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 .....                                   | 203 |

## 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

终止在 Bright Advantage Assist (HMO) 享有的会员资格可为**自愿性**（您自己的选择）或**非自愿性**（并非您自己的选择）：

- 您可**自愿**退出我们的计划。
  - 一年之中仅在若干时期或在特定情况下，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。
  - 自愿终止会员的程序会因您选择的新保险类型而有所不同。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少。第 5 节将介绍我们必须终止您会员资格的情况。

如要退出我们的计划，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 您何时能终止计划会员资格？

一年中，您仅可在几个时期（称为**参保期**）终止计划会员资格。所有会员均有机会在年度**参保期**及 Medicare Advantage 开放**参保期**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 您可在年度参保期期间终止您的会员资格

您可在**年度参保期**（也称为“年度开放参保期”）终止会员计划。此时您应审核您的健康状况和药品保险，决定来年的保险。

- **何时是年度参保期？** 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- **您可在年度参保期转至哪些类型的计划？** 您可选择来年继续当前的保险或更改保险。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 保健计划。（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。
  - **一 或 一 不附带**单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。
    - 如果您取得 Medicare 的“额外补助”来协助支付您的处方药费用：如果您转至 Original Medicare 且未参加单独的 Medicare 处方药计划，则 Medicare 可能会将您纳入一项药物计划，除非您选择退出自动参保。

**第 10 章 终止计划会员资格**

**注：**如果您退出 Medicare 处方药计划，且连续 63 天或更长时间未参与任何有信誉度的处方药保险，则当您之后加入 Medicare 处方药计划时，可能需要支付 D 部分逾期参保罚金。（一般而言，“有信誉度”的保险是指预计须支付的保险通常至少相当于 Medicare 标准处方药保险的药物保险。）如需逾期参保罚金的详细信息，请参见第 1 章第 5 节。

- **您的会员资格何时终止？**您的会员资格将于 1 月 1 日新计划保险开始时终止。

|                |                                           |
|----------------|-------------------------------------------|
| <b>第 2.2 节</b> | <b>您可在 Medicare Advantage 开放参保期终止会员资格</b> |
|----------------|-------------------------------------------|

您可在 Medicare Advantage 开放参保期对您的健康保险做出一项更改。

- **Medicare Advantage 年度开放参保期是什么时候？**每年 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **您可在 Medicare Advantage 年度开放参保期转至哪些类型的计划？**在这段时间中，您可以：
  - 转至另一项 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 获得保险。如果您选择在此期间转至 Original Medicare，您当时还可加入一项单独的 Medicare 处方药计划。
- **您的会员资格何时终止？**您的会员资格将在您参与了其他 Medicare Advantage 计划或我们收到您转至 Original Medicare 计划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，您的药品计划会员资格将在药品计划收到您的参保请求后下个月第一天开始。

|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| <b>第 2.3 节</b> | <b>在某些情况下，您可在特殊参保期终止会员资格</b> |
|----------------|------------------------------|

在某些情况下，Bright Advantage Assist (HMO) 会员有权在一年中其他时间终止其会员资格。这称为“特殊参保期”。

- **特殊参保期适合哪些人？**如果您符合以下任意一种情况，您可能在特殊参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本计划、致电 Medicare 或访问其网站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):
  - 一般情况下，当您迁移至其他地区时。
  - 如果您享有 Medicaid。
  - 如果您有资格获得支付 Medicare 处方药的“额外补助”。
  - 我们违反了与您签订的合约。
  - 您居住在疗养院或长期护理 (LTC) 医院等机构接受护理。
  - 如果您参与老人综合护理计划 (PACE)。



**第 10 章 终止计划会员资格**

- 注：如果您已参加药物管理计划，您可能无法更改计划。第 5 章第 10 节详细介绍了药物管理计划。
- **何时是特殊参保期？** 参保期因您的状况而有所不同。
- **您该如何处理？** 如要查询您是否符合特殊参保期的条件，请致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。听障人士可致电 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 健康保险及处方药保险。这意味着您可选择以下任意类型的计划：
  - 另一项 Medicare 保健计划。（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。
  - 一 或 一 不附带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。
    - 如果您取得 Medicare 的“额外补助”来协助支付您的处方药费用：如果您转至 Original Medicare 且未参加单独的 Medicare 处方药计划，则 Medicare 可能会将您纳入一项药物计划，除非您选择退出自动参保。
- 注：如果您退出 Medicare 处方药保险，且连续 63 天或更长时间未参与任何有信誉度的处方药保险，则当您之后加入 Medicare 处方药计划时，可能需要支付逾期参保罚金。（一般而言，“有信誉度”的保险是指预计须支付的保险通常至少相当于 Medicare 标准处方药保险的药物保险。）如需逾期参保罚金的详细信息，请参见第 1 章第 5 节。
- **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详细了解何时可终止会员资格：

- 您可致电会员服务部（电话号码印在本手册封底）。
- 您可在 **“2021 年 Medicare 与您”** 手册中查阅相关信息。
  - Medicare 的每位会员每年秋季均会收到一份 **“Medicare 与您”** 手册。Medicare 的新会员会在第一次注册后一个月内收到。
  - 您也可从 Medicare 网站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 下载一份手册。或者，可致电 Medicare 的下列号码，预订一份印刷手册。
- 您可随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。听障人士可致电 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，只需在参保期参加另一项 Medicare 计划（请参见本章第 2 节了解参保期）。但是，如果您希望从我们的计划转至没有 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：

- 您可向我们发出书面请求。如果您需要如何请求的详细信息，请联系会员服务部（电话号码印在本手册封底）。
- -- 或 -- 您可随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。听障人士可致电 1-877-486-2048。

**注：**如果您退出 Medicare 处方药保险，且连续 63 天或更长时间未参与任何有信誉度的处方药保险，则当您之后加入 Medicare 处方药计划时，可能需要支付逾期参保罚金。（一般而言，“有信誉度”的保险是指预计须支付的保险通常至少相当于 Medicare 标准处方药保险的药物保险。）如需逾期参保罚金的详细信息，请参见第 1 章第 5 节。

下表将介绍如何终止计划会员资格。

| 如果您希望从我们的计划转至：                                                                                                                                                                                                                                                           | 您应该：                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 另一项 Medicare 保健计划。</li></ul>                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• 参加新的 Medicare 保健计划。您的新计划保险开始时，您将自动退出 Bright Advantage Assist (HMO)。</li></ul>                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 附带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。</li></ul>                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• 参加新的 Medicare 处方药计划。您的新计划保险开始时，您将自动退出 Bright Advantage Assist (HMO)。</li></ul>                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 不附带单独 Medicare 处方药计划的 Original Medicare。<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>注：</b>如果您退出 Medicare 处方药计划，且连续 63 天或更长时间未参与任何有信誉度的处方药保险，则当您之后加入 Medicare 处方药计划时，可能需要支付逾期参保罚金。如需逾期参保罚金的详细信息，请参见第 1 章第 5 节。</li></ul></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>向我们寄送书面退保请求。</b>如果您需要如何请求的详细信息，请联系会员服务部（电话号码印在本手册封底）。</li><li>• 您可随时致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 <b>Medicare</b>，要求退保。听障人士可致电 1-877-486-2048。</li><li>• 您的 Original Medicare 保险开始时，您将退出 Bright Advantage Assist (HMO)。</li></ul> |

---

## 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

---

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 第 4.1 节 | 会员资格终止前，您一直是我们的计划的会员 |
|---------|----------------------|

如果您退出 Bright Advantage Assist (HMO)，可能需要等待一段时间会员资格才能终止，新的 Medicare 保险才能生效。（请参见第 2 节，了解新保险开始的时间。）在此期间，您必须继续通过我们的计划获取医疗护理和处方药。

- 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（包含通过邮购药房服务）配取时才有承保。
- 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承保，直至您出院（即便您在新健康保险开始后出院）。

---

## 第 5 节 在特定情况下，Bright Advantage Assist (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？ |
|---------|-------------------|

如发生以下任何情况，Bright Advantage Assist (HMO) 必须终止您的计划会员资格：

- 不再拥有 Medicare A 部分和 B 部分。
- 如果您离开我们的服务地区。
- 如果您离开我们的服务地区超过六个月。
  - 如果您迁移或进行长途旅行，需致电会员服务部，确定迁移或旅行目的地是否在我们的计划地区内。（会员服务部电话号码印在本手册封底。）
- 您被捕入狱。
- 您不是美国公民或在美国非法居留。
- 如果您在关于拥有其他处方药保险方面上说谎或是隐瞒。
- 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。（除非事先获得 Medicare 许可，否则我们不能让您退出计划。）
- 您的行为持续干扰及阻碍我们为您与计划其他会员提供医疗护理。（除非事先获得 Medicare 许可，否则我们不能让您退出计划。）

**第 10 章 终止计划会员资格**

- 您让其他人使用您的会员卡获得医疗护理。（除非事先获得 Medicare 许可，否则我们不能让您退出计划。）
  - 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。
- 如果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 个月的宽限期来支付计划保费。
- 如果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 会将您自我们的计划退保，且您将会丧失处方药保险。

**如何获得详细信息？**

如果您存有任何疑问或希望详细了解我们何时可终止您的会员资格：

- 您可以致电**会员服务部**了解详细信息（电话号码印在本手册封底）。

|                |                               |
|----------------|-------------------------------|
| <b>第 5.2 节</b> | <b>我们不能因您健康的任何相关原因要求您退出计划</b> |
|----------------|-------------------------------|

Bright Advantage Assist (HMO) 不能因任何与您的健康有关的原因要求您退出计划。

**如果发生此情况，该如何？**

如果您认为被要求退出我们的计划是出于健康相关原因，应致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare。听障人士可致电 1-877-486-2048。您可以随时拨打这个电话。

|                |                               |
|----------------|-------------------------------|
| <b>第 5.3 节</b> | <b>如果我们终止您的计划会员资格，您有权提出投诉</b> |
|----------------|-------------------------------|

如果我们终止您的计划会员资格，必须书面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 .....                           | 206 |
| 第 2 节 | 有关非歧视的通知.....                             | 206 |
| 第 3 节 | 有关以 <b>Medicare</b> 作为次要付费者的代位求偿权通知 ..... | 206 |

---

## 第 1 节 有关管辖法律的通知

---

许多法律均适用于本“承保范围说明书”，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 与 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 有关非歧视的通知

---

我们的计划必须遵守保护您不遭受歧视或不公平待遇的法律。**我们不会**因种族、族群、原国籍、肤色、宗教、性别、性别认同、年龄、身心残障、健康状况、索赔经历、病史、基因信息、可保性证明或在服务区域内的地理位置而歧视任何人。所有提供 Medicare Advantage 计划的机构，如我们的计划，必须遵守有关反对歧视的联邦法律，包括 1964 年《民权法》第六条、1973 年《康复法》、1975 年《年龄歧视法》、《美国残疾人法》、《平价医疗法案》第 1557 条、适用于联邦资助机构的所有其他法律及因任何其他原因适用的任何其他法律与规则。

如需关于歧视或不公平待遇的详细信息或对此存有疑问，请致电 1-800-368-1019（听障专线 1-800-537-7697），联系卫生与公众服务部民权办公室，或致电您当地的民权办公室。

如果您身体残障，需要护理帮助，请致电会员服务部联系我们（电话号码印在本手册封底）。若您想针对无障碍通道等问题进行投诉，可联系会员服务部。

---

## 第 3 节 有关以 Medicare 作为次要付费者的代位求偿权通知

---

我们有权利和责任为那些并非以 Medicare 作为主要付费者的承保 Medicare 服务募集资金。根据 CMS 法规 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 节，Bright Advantage Assist (HMO) 作为一个 Medicare Advantage 组织，将行使部长依据 42 CFR 第 411 部分 B 至 D 中的 CMS 法规所行使的相同追讨权，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

**门诊手术中心** — 门诊手术中心是一个为无需住院但预计呆在中心的时间不超过 24 小时的患者提供门诊外科服务的独家经营实体。

**年度参保期** — 每年秋季允许会员变更其保健或药物计划或转至 Original Medicare 的固定时间。年度参保期自 10 月 15 日至 12 月 7 日。

**上诉** — 上诉指您在拒绝医疗护理服务承保请求，或支付您已获得的服务费用的决定存有异议时，采取的措施。如果您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应能获得的事项或服务支付费用，您可要求上诉。第 9 章介绍了上诉，包括提出上诉所涉及的程序。

**差额费用** — 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分摊费用。作为 Bright Advantage Assist (HMO) 的会员，您获取我们的计划所承保的服务时，只须支付计划的分摊费用。我们不允许提供者收取“差额费用”，或以其他方式向您收取超出计划所载的应付分摊费用的款项。

**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。受益期至您出院时结束。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。

**原厂药** — 由原先研发该药物的制药公司所制造和销售的处方药。原厂药和其副厂药具有相同活性成份的配方。然而，副厂药是由其他药物制造商制造和销售，通常仅在原厂药的专利过期后才有提供。

**重大伤病承保阶段** — 在承保年度期间内，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 \$6,550 后，您可支付较低药物共付额或共同保险的 D 部分药物福利阶段。

**Medicare 与 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。

**共同保险** — 在您支付任何自付额后，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%）。

**投诉** — “提出投诉”的正式名称为“提出申诉”。投诉程序仅适用于若干类型的问题。这包括护理质量、等待时间及您获得的顾客服务的相关问题。有关“申诉”的详情，亦请参见此定义列表。

**综合门诊康复机构 (CORF)** — 主要提供伤病康复服务的机构，并提供各种服务，包括物理治疗、社会或心理服务、呼吸治疗、职业治疗、语言病理学服务及家庭环境评估服务。

## 第 12 章 重要词汇的定义

---

**共付额** — 可能需要您就医疗服务或用品（如医生看诊、医院门诊就医或处方药）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 或 \$20。

**分摊费用** — 分摊费用指会员获得服务或药物时须支付的费用。（这是除计划月缴保费之外的费用。）分摊费用包括以下三种付款的任意组合：(1) 计划在承保服务或药物前征收的自付额；(2) 计划要求在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固定“共同保险”，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“每日分摊费用”。

**分摊费用等级** — 承保药物清单上的每种药物皆属于 6 种分摊费用等级的其中一种。通常，分摊费用的等级越高，您药物的费用就越高。

**承保范围决定** — 关于为您开立之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（若有）的决定。通常，如果您携带处方至药房，而该药房告知您该处方不由您的计划承保，这并不是承保范围决定。您需要致电或写信给您的计划，才可要求对于承保范围做出正式的决定。承保范围决定在本手册中称为“承保范围决定”。第 9 章介绍了如何要求我们做出承保范围决定。

**承保药物** — 我们的计划承保的所有处方药的总称。

**承保服务** — 我们的计划承保的所有医疗护理服务及用品的总称。

**有信誉度的处方药保险** — 预计须支付的保险通常至少相当于 Medicare 标准处方药保险的处方药保险（例如雇主或团体提供）。符合 Medicare 资格时拥有此类保险的人士，如果决定稍后参加 Medicare 处方药保险，一般可保留该保险，而无需支付罚金。

**看护** — 看护是您不需要专业医疗护理或专业护理机构时在疗养院、善终机构或其他机构中提供的护理。看护是指可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可自行完成的医疗相关护理，如使用滴眼液。Medicare 不会为看护付款。

**每日分摊费用** — 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“每日分摊费用”。每日分摊费用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，您的计划中一个月份量为 30 天的份量，那么您的“每日分摊费用”为每日 \$1。这意味着您配药时需要为每日的供药支付 \$1。

**自付额** — 在我们的计划开始支付其所分担您承保医疗护理或处方药的费用前，您必须支付的金额。

**退出或退保** — 终止计划会员资格的程序。退保可为自愿（自己选择）或非自愿（并非自己选择）。

**第 12 章 重要词汇的定义**

---

**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。配药费所涵盖的成本，包含诸如药剂师准备与包装处方药的时间等成本。

**耐用医疗设备 (DME)** — 您的医生出于医疗原因而订购的特定医疗设备。例如助行器、轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、静脉输液泵、语音生成设备、氧气设备、雾化器或提供者订购用于家庭的医院病床。

**紧急医疗情况** — 紧急医疗情况是指您或任何其他具有一般健康和医学常识的人认为您的生理症状需要立即进行医疗处理以防发生生命危险、截肢或肢体残障的情况。医疗症状可以是疾病、损伤、剧痛或快速恶化的病情。

**紧急医疗护理** — 承保以下服务：1) 由具备提供紧急服务资格的提供者提供；及 2) 属治疗、评估或稳定紧急病情需要。

**承保范围说明书 (EOC) 及披露信息** — 本文件连同您的参保表及任何其他附件、附则或所选的其他可选保险，这些内容均用于介绍您的保险、我们的责任、您的权利及您作为计划会员的责任。

**例外处理** — 一种承保范围决定的类型，当其受到批准后，将可允许您取得您计划赞助人的处方药一览表之外的药物（处方药一览表例外处理），或是以更低的分摊费用等级取得非首选药物（等级例外处理）。如果计划赞助人要求您在取得您所要求的药物前先尝试另一种药物，或者当计划限制了您所要求之药物的数量或剂量时（处方药一览表例外处理），您也可以请求例外处理。

**额外补助** — 一项 Medicare 计划，专门帮助收入及资产有限的人士，支付 Medicare 处方药计划费用（如保费、自付额和共同保险）。

**副厂药** — 一种由美国食品药品监督管理局 (FDA) 批准的处方药，具有和原厂药相同的活性成份。通常，“副厂药”和原厂药的药效相同，并且费用较低。

**申诉** — 您对我们或药房提出的一种投诉，包括有关护理质量的投诉。该类型的投诉不涉及承保或付款争议。

**居家护理** — 居家护理可提供不需要持牌护士或治疗师技能的服务，如协助个人护理（例如沐浴、如厕、穿衣或进行规定性练习）。居家护理无需护理许可，也不提供治疗。

**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。我们的计划必须为您提供您所在地理区域的善终服务清单。若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的服务以及补充福利。善终服务将根据您的状况提供特殊治疗。

**住院** — 当您被正式批准如愿接受专业医疗服务时住院。即使您在医院过夜，您可能仍会被视为“门诊患者”。

## 第 12 章 重要词汇的定义

---

**按收入每月调整保费 (IRMAA)** — 如果您 IRS 纳税申报单上的调整后总收入从 2 年前起就一直超过了一定金额，那么您将需要支付标准保费以及按收入每月调整保费，也即 IRMAA。IRMAA 是额外收取的费用，将追加到您的保费中。受影响的 Medicare 受益人不超过 5%，所以大部分人无需支付更高的保费。

**初始承保范围限制** — 初始承保阶段的最大承保范围限制。

**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 \$4,130 前的阶段。

**首次参保期** — 您第一次有资格参加 Medicare 的时间，在此期间内，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，您的首次参保期为七个月，从您年满 65 岁当月的前三个月开始计算（包括您年满 65 岁的当月），直至年满 65 岁当月的后三个月。

**机构性特殊需求计划 (SNP)** — 一项特殊需求计划，接受持续居住（或预计持续居住）在长期护理 (LTC) 机构达 90 天以上之符合资格的个人参加。这些 LTC 机构可能包含：专业护理机构 (SNF)、护理机构 (NF)、(SNF/NF)、心智功能迟缓中度照护机构 (ICF/MR) 和/或精神科住院机构。为长期护理机构之 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长期护理机构签订合约（或由该计划所有并营运）。

**机构性等效特殊需求计划 (SNP)** — 一项机构性特殊需求计划，接受居住在社区之符合资格的人士参加，但需要具有机构水准的护理（由州政府评估）。该评估必须使用相同之相应的州政府护理水准评估工具来进行，并由非提供该计划之机构的单位执行。此类的特殊需求计划在必要时，可能会限制居住在签有合约之辅助生活机构 (ALF) 的个人参保，以确保提供统一的专门护理。

**承保药物清单（处方药一览表或“药物清单”）** — 一份计划承保之处方药的清单。此清单上的药物皆由计划在医生和药剂师的协助下选定。该清单同时包含原厂药与副厂药。

**低收入补贴 (LIS)** — 请参见“额外补助”。

**最高自付费用** — 自然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费用。您就计划保费和 Medicare A 部分和 B 部分保费支付的金额不计入最高自付费用金额。请参见第 4 章第 1.2 节了解最高自付费用金额的详细信息。

**Medicaid（医疗辅助）** — 一项联邦与州的联合计划，旨在帮助某些收入及资产有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 资格，便可获承保大多数医疗保健费用。有关如何联系您所在州的 Medicaid 的信息，请参见第 2 章第 6 节。

**医学上认可的适应症** — 一种由美国食品药品监督管理局批准，或由某些参考书籍支持的药物使用方式。有关医疗上认可的适应症的详细信息，请参见第 5 章第 3 节。

**第 12 章 重要词汇的定义**

---

**医疗必需** — 预防、诊断或治疗您的病情所需且符合良好医疗实践标准的服务、用品或药品。

**Medicare** — 适用于 65 岁或以上人士、部分 65 岁以下特定残障人士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。享有 Medicare 的人士可通过 Original Medicare、Medicare Cost Plan、老人综合护理 (PACE) 计划或 Medicare Advantage 计划获得其 Medicare 健康保险。

**Medicare Advantage 开放参保期** — 每年允许 Medicare Advantage 计划的会员撤销其计划参保并转至其他 Medicare Advantage 计划或通过 Original Medicare 获得保险的固定时间。如果您选择在此期间转至 Original Medicare，您当时还可加入一项单独的 Medicare 处方药计划。Medicare Advantage 开放参保期为 1 月 1 日至 3 月 31 日，同时还包括个人第一次有资格参加 Medicare 后的 3 个月内。

**Medicare Advantage (MA) 计划** — 有时称为 Medicare C 部分，由一间与 Medicare 签约的私营公司提供的计划，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（处方药保险）。这些计划也称为**附带处方药保险的 Medicare Advantage 计划**。拥有 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 Advantage 保健计划。

**Medicare Cost Plan** — Medicare Cost Plan 是一项由健康维护组织 (HMO) 或竞争医疗计划 (CMP) 根据法案第 1876(h) 条下的费用报销合同经营的计划。

**Medicare 承保折扣计划** — 一项为大多数承保之 D 部分原厂药提供折扣的计划，适用于达到承保折扣且尚未接受“额外补助”的 D 部分会员。折扣根据联邦政府和某些药物制造商之间的协议决定。因此，大多数（但非全部）的原厂药皆有折扣。

**Medicare 承保的服务** — Medicare A 部分和 B 部分承保的服务。所有 Medicare 医疗保健计划，包括我们的计划，必须承保 Medicare A 部分和 B 部分所承保的所有服务。

**Medicare 保健计划** — Medicare 保健计划是由与 Medicare 签约的私营公司提供的，为参与计划的人士提供 Medicare 保健计划 A 部分和 B 部分福利。此术语包括所有 Medicare Advantage 计划、Medicare Cost Plan、示范/试点计划和老人综合护理计划 (PACE)。

**Medicare 处方药保险（Medicare D 部分）** — 帮助支付门诊处方药、疫苗、生物制剂及 Medicare A 部分或 B 部分不承保的部分用品费用的保险。

**“Medigap”（Medicare 补充保险）保单** — 由私营保险公司销售，用于填补 Original Medicare “缺口”的 Medicare 补充保险。Medigap 保单仅适用于 Original Medicare。（Medicare Advantage 计划并非 Medigap 保单。）

**第 12 章 重要词汇的定义**

---

**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参保经 Medicare 与 Medicaid 服务中心 (CMS) 确认的人士。

**会员服务部** — 我们计划内部的一个部门，负责解答有关会员资格、福利、申诉及上诉的问题。请参见第 2 章了解如何联系会员服务部。

**网络** — 与我们签有协议向我们的会员提供承保服务，并接受我们付款和任何计划分摊费用以当作全额支付的医生和其他医疗保健专业人员、医疗团体、医院及其他医疗保健机构或提供者。（请参见第 1 章第 3.2 节）

**网络内药房** — 网络内药房是一间能够让我们计划的会员取得其处方药福利的药房。我们将其称为“网络内药房”，是因为这些药房和我们的计划签有合约。在大多数情况下，您的处方药仅在我们的网络内药房配取时才获承保。

**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 及州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定，以我们的付款作为全额付款，且在有些情况下，为会员协定并提供承保服务，所以我们称之为“网络内提供者”。我们向网络内提供者付款的依据是其与提供者签订的协定，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”。

**机构裁决** — 在 Medicare Advantage 计划对是否承保事项或服务，或您须为承保事项或服务支付多少费用做出裁决时，则是做出了机构裁决。机构裁决在本手册中称为“承保范围决定”。第 9 章介绍了如何要求我们做出承保范围决定。

**Original Medicare（“传统 Medicare”或“按服务收费的 Medicare”）** — Original Medicare 由政府提供，并非 Medicare Advantage 计划及处方药计划等私人健康保险计划。在 Original Medicare 计划下，可通过向医生、医院及其他医疗服务提供者支付国会指定的费用，获承保 Medicare 服务。您可向接受 Medicare 的任何医生、医院或其他医疗服务提供者求诊。您必须支付自付额。Medicare 支付应承担的 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），在全美均有提供。

**网络外药房** — 未和我们计划签约来协调或提供承保药物给我们计划会员的药房。正如本“承保范围说明书”所述，大多数您从网络外药房取得的药物并未由我们计划承保，除非符合某些条件。

**网络外提供者或网络外机构** — 我们并未安排其向我们计划的会员协调安排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雇用、拥有或经营，或未签订向您提供承保服务的合约。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。

**自付费用** — 请参见上文“分摊费用”定义。会员支付所接受服务或药物一部分费用的分摊费用要求也称为会员“自付”费用要求。

**第 12 章 重要词汇的定义**

---

**PACE 计划** — PACE（老人综合护理计划）计划包括为身体虚弱人士提供的医疗、社会 and 长期护理 (LTC) 服务，帮助人们在获得所需的高质量护理的同时，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 计划的人士可通过计划获得 Medicare 和 Medicaid 福利。

**C 部分** — 请参见“**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。（特定的承保药物清单，请参见您的处方药一览表。）某些类别的药物由国会特别排除在 D 部分承保药物之外。

**D 部分逾期参保罚金** — 当您首次有资格加入 D 部分计划后连续 63 天或更长时间未参与任何有信誉度的保险（此类保险的预计须支付的金额平均至少相当于 Medicare 标准处方药保险）时，将会追加到您 Medicare 药物保险之月缴保费的一笔金额。只要您拥有 Medicare 药物保险计划，您就需要支付这笔较高的金额。存在一些例外情况。例如，如果您接受 Medicare 的“额外补助”来支付处方药计划费用，则您将无需支付逾期参保罚金。

**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，签约的提供者同意依指定费用为计划会员提供治疗。PPO 计划必须包含所有计划福利，无论这些福利是从网络内或是网络外提供者处获得。计划福利是从网络外提供者处获得时，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设有年度限额，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设有更高的限额。

**保费** — 定期支付给 Medicare、保险公司或医疗护理计划用于健康或处方药保险的费用。

**主治医生 (PCP)** — 您的主治医生是您针对大多数健康问题首先看诊的医生或其他提供者。主治医生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服务提供者讨论您的护理情况，并将您转诊至上述医生和医疗服务提供者。在许多 Medicare 保健计划中，您到任何其他医疗服务提供者处就诊之前，必须到您的主治医生处就诊。请参见第 3 章第 2.1 节了解关于主治医生的信息。

**事先授权** — 获得服务或某些药物（无论是否在处方药一览表内）的事先批准。有些网络内医疗服务仅在您的医生或其他网络内提供者取得我们计划的“事先授权”时才获承保。第 4 章福利表中列有需获得事先授权的承保服务。只有在您的医生或其他网络内提供者取得我们的“事先授权”时，某些药物才能获得承保。处方药一览表中标有需获得事先授权的承保服务。

**第 12 章 重要词汇的定义**

---

**假体和矫具** — 这些是您的医生或其他医疗保健提供者要求您使用的医疗器械。承保项目包括但不限于手臂、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器械，包括造口术用品以及肠内和肠外营养治疗。

**质量改进机构 (QIO)** — 是一个由联邦政府资助的执业医师及其他医疗护理专家团队，以核查和改进提供给 Medicare 患者的护理。有关您所在州质量改进机构的联系信息，请参见第 2 章第 4 节。

**数量限制** — 一种管理工具，目的是出于质量、安全或利用之原因限制指定药物的使用。限制可能是我们每处方或指定期间内承保的药物数量。

**康复服务** — 该等服务包括物理治疗、语言治疗和职业治疗。

**服务区域** — 保健计划接受会员（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取常规（非紧急）服务的地区。如果您永久搬离计划的服务地区，计划可能会将您除名。

**专业护理机构 (SNF) 护理** — 专业护理机构内持续、每天提供的专业护理和康复服务。专业疗养护理的示例包括：仅可由注册护士或医生提供的物理治疗或静脉注射。

**特殊参保期** — 允许会员变更其健康或药物计划或转回 Original Medicare 的固定时间。您可能适合特殊参保期的情况包括：如果您搬迁至我们计划服务区域以外的地点、如果您取得处方药费用的“额外补助”、如果您住入疗养院或如果我们违反了与您签订的合约。

**特殊需求计划** — 一项特殊类型的 Medicare Advantage 计划，为特定人群提供更有针对性的健康护理，如同时拥有 Medicare 和 Medicaid 计划的人士、居住在疗养院的人士或患有某些慢性病的人士。

**阶段治疗** — 一个应用工具，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。

**社安补助金 (SSI)** — 社会保障局向收入与资源有限的残障人士、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福利。

**急症治疗服务** — 急症治疗服务是为需要即时医疗护理的非紧急、未预见疾病、受伤或病情提供的护理。急症治疗服务可能由网络内提供者提供，或在暂时无法从网络内提供者处获得护理时由网络外提供者提供。





## 非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（如大字体印刷版本）的书面信息；和
- 协助阅读 Bright Health 网站。

如需寻求帮助来获得这些服务，请致电 **1-844-221-7736**。

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

P.O. Box 853943

Richardson, TX 75085-3943

电话： **1-844-202-2154**

电子邮件： OAG@brighthouseplan.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：

- 线上： <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- 如需投诉表格，请浏览 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 电话： 免费 **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)
- 邮寄地址： U.S Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

如果需要帮助来提出投诉，请致电 **1-844-202-2154**。您必须在发现问题后 60 天内提交投诉。

## 语言协助和其他格式

本信息有其他格式，如大字体印刷版本。如需索取其他格式，请致电 **1-844-221-7736**。

|              |                                                                                                                                                                         |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| English      | ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (844) 221-7736.                         |
| Spanish (US) | ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (844) 221-7736.                                            |
| Chinese (S)  | 注意：如果您使用的语言并非英语，则可获得免费的语言协助服务请拨打电话 (844) 221-7736。                                                                                                                      |
| Arabic       | انتباه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فخدمات المساعدة اللغوية متاحة من أجلك، دون تكلفة. بالرقم (844) 221-7736.                                                      |
| Bengali      | মনোযোগ দিন: আপনি যদি ইংরাজী ব্যতীত অন্য কোনও ভাষায় কথা বলেন তাহলে ভাষা সহায়তা সংক্রান্ত পরিষেবাগুলি নিখরচায় আপনার জন্য উপলব্ধ। (844) 221-7736 নম্বরে কল করুন।        |
| French       | ATTENTION : Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez (844) 221-7736.    |
| German       | ACHTUNG: Falls Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, steht Ihnen eine kostenfreie fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie die (844) 221-7736. |
| Greek        | ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε κάποια γλώσσα διαφορετική από τα Αγγλικά, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε το (844) 221-7736.                                 |
| Italian      | ATTENZIONE: se parla una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiama il numero (844) 221-7736.                     |
| Japanese     | ご注意: 英語以外の言語を話される場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。(844) 221-7736 までお電話ください。                                                                                                    |
| Korean       | 주의: 영어가 아닌 다른 언어를 사용할 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 연락하십시오(844) 221-7736으로                                                                                              |
| Polish       | UWAGA: Jeśli nie mówisz po angielsku, możesz skorzystać z darmowych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod numer (844) 221-7736.                                            |
| Portuguese   | ATENÇÃO: Se falar um idioma que não o inglês, estão disponíveis serviços gratuitos de assistência de idioma para si. Contacte o número (844) 221-7736.                  |
| Russian      | ВНИМАНИЕ: если вы не говорите на английском языке, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните по телефону (844) 221-7736.             |
| Tagalog      | PAALALA: Kung nagsasalita ka ng isang wika bukod sa Ingles, magagamit mo ang mga serbisyong tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (844) 221-7736.                |
| Urdu         | دھیان دیں: اگر آپ انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بولتے ہیں تو، آپ کے لئے زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ (844) 221-7736 پر کال کریں۔                             |
| Vietnamese   | CHÚ Ý: Nếu bạn nói một thứ tiếng nào khác ngoài tiếng Anh, bạn sẽ được cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Gọi số (844) 221-7736.                                 |







**Bright Advantage Assist (HMO) 会员服务部**

| 方法   | 会员服务部 — 联系信息                                                                                                                      |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | (844)221-7736<br>拨打此号码是免费的。<br>当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）<br>会员服务部还为不说英语的人士提供免费的翻译服务。 |
| 听障专线 | 711<br>拨打此号码是免费的。<br>当地时间上午 8 点至晚上 8 点（10 月 1 日至 3 月 31 日期间，每周七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期间，周一至周五）                                       |
| 传真   | 1-800-325-8115                                                                                                                    |
| 写信   | Bright Health Medicare Advantage<br>Member Services<br>P.O. Box 853959<br>Richardson, TX 75085-3959                               |
| 网站   | <a href="http://brighthouseplan.com/medicare-advantage">brighthouseplan.com/medicare-advantage</a>                                |

**纽约健康保险信息、咨询及援助 (HIICAP)**

纽约健康保险信息、咨询及援助计划 (HIICAP) 是一个由联邦政府出资为 Medicare 受益人提供本地免费健康保险咨询的州计划。

| 方法   | 纽约健康保险信息、咨询及援助 (HIICAP) — 联系信息                                                             |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 致电   | 1-800-701-0501                                                                             |
| 听障专线 | 711                                                                                        |
| 写信   | New York State Office for the Aging<br>2 Empire State Plaza<br>Albany, New York 12223-1251 |
| 网站   | <a href="http://www.aging.ny.gov/HealthBenefits/">www.aging.ny.gov/HealthBenefits/</a>     |

**PRA 披露声明**根据 1995 年的“文书削减法案”(Paperwork Reduction Act)，任何人皆无须对信息收集做出回应，除非其显示了有效的 OMB 控制号码。此信息收集的有效 OMB 控制号码为 0938-1051。若您有任何意见或有改善此表格的建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。