

2026

 elderplan®

帶領您到優質綜合醫療。SM



承保證書

長老計劃/白卡受益人計劃
(HMO-POS D-SNP)

2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日

2026 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日

2026 年承保證書：

身為 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 會員所享有的 Medicare 聯邦醫療保險福利、服務和藥物保險

本文件將為您詳細介紹 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間您的 Medicare 健康和藥物承保。這是一份重要的法律文件。請妥善保管。

本文件介紹了您的福利和權利。使用本文件來瞭解：

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

如對本文件有任何疑問，請致電會員服務部 **1-800-353-3765**。（TTY 使用者應致電 **711**）。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。此電話是免費的。

計劃，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)，由 Elderplan, Inc. 提供。（當本承保範圍說明書中出現「我們」或「我們的」時，是指長老計劃。出現「本計劃」或「我們的計劃」時，是指 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。

本文件免費提供西班牙文和中文版本。

本資訊提供其他格式的版本，包括盲文或其他可選形式。若您需要其他格式或語言的計劃資訊，請撥打上述號碼致電會員服務部。

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

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

Elderplan（長老計劃）是一項與 Medicare 聯邦醫療保險及 Medicaid 醫療補助簽有合約的 HMO 計劃。能否在 Elderplan（長老計劃）註冊參保視合約續簽情況而定。任何符合 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分資格的人士均可申請。已參保的會員仍須繼續支付其 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費（若未透過 Medicaid 醫療補助支付）。

Elderplan（長老計劃）已受美國國家品質保障委員會 (NCQA) 核准，作為一種特殊需要計劃 (SNP) 運作，直到 2026 年止。NCQA 的核准依據是一份對 Elderplan（長老計劃）護理模式的審查報告。

H3347_EPC17970_C

2026 年 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 承保範圍說明書 目錄

1

目錄

第 1 章：	會員入門.....	7
第 1 節	您是 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的會員	7
第 2 節	計劃資格要求	10
第 3 節	重要會員資料	13
第 4 節	2026 年重要費用摘要	17
第 5 節	關於月計劃保費的更多資訊	31
第 6 節	及時更新您的計劃會員記錄	34
第 7 節	其他保險如何與我們的計劃配合運作	35
第 2 章：	電話號碼和資源.....	38
第 1 節	Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 承保範圍說明書聯絡 資訊	38
第 2 節	從 Medicare 獲得幫助	48
第 3 節	州健康保險援助計劃 (SHIP)	51
第 4 節	質量改善組織 (QIO)	54
第 5 節	社會保障局	55
第 6 節	Medicaid 醫療補助	57
第 7 節	幫助人們支付處方藥費用的計劃	62
第 8 節	鐵路職工退休委員會 (RRB).....	69

第 3 章：	使用我們的計劃獲得醫療服務.....	70
第 1 節	作為我們計劃的會員如何獲得醫療護理	70
第 2 節	使用我們計劃網絡內的醫療服務提供者獲得醫療服務	74
第 3 節	如何在緊急情況、災難或急需護理時獲得服務	83
第 4 節	如果您直接收到承保服務全部費用的帳單，該如何處理？	87
第 5 節	臨床研究中的醫療服務	88
第 6 節	有關在宗教性非醫療健康護理機構獲得護理的規定	91
第 7 節	對擁有耐用醫療設備的規定	93
第 4 章：	醫療福利表（承保範圍與支付費用）	96
第 1 節	瞭解您為承保服務支付的自付費用	96
第 2 節	醫療福利表顯示您的醫療福利和費用	102
第 3 節	Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 之外承保的服務	221
第 4 節	我們的計劃不承保的服務	224
第 5 章：	使用 D 部分藥物的計劃承保.....	228
第 1 節	我們計劃 D 部分藥物承保的基本規則.....	228
第 2 節	在網絡內藥房或透過我們的計劃的郵購服務配取處方藥	230

2026 年 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃
(HMO-POS D-SNP) 承保範圍說明書
目錄

3

第 3 節	您的藥物必須列於我們的計劃的「藥物清單」上	237
第 4 節	承保範圍受限的藥物	241
第 5 節	如果您的某種藥物未按您希望的方式獲得承保該怎麼辦	243
第 6 節	藥物清單可能會在年內變更	247
第 7 節	我們不予承保的藥物類型	251
第 8 節	如何配藥	254
第 9 節	特殊情況下的 D 部分藥物保險.....	254
第 10 節	藥物安全與用藥管理的計劃	256
第 6 章：	對於 D 部份您須支付的費用.....	261
第 1 節	對於 D 部份您須支付的費用.....	261
第 2 節	Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 會員的藥物付款階段	266
第 3 節	<i>D 部分福利說明</i> 將說明您所處的付款階段....	266
第 4 節	自付額階段	269
第 5 節	初始承保階段	270
第 6 節	災難承保階段	277
第 7 節	您為 D 部分疫苗支付的費用.....	277

第 7 章：	要求我們對承保醫療服務或藥物帳單支付應承擔的費用	282
第 1 節	您要求我們支付承保服務或藥物費用的情況	282
第 2 節	如何要求我們償付或支付您收到的帳單	287
第 3 節	我們會考慮您的付款請求並作出回覆	289
第 8 章：	您的權利與責任	291
第 1 節	我們的計劃必須尊重您的權利與文化敏感性	291
第 2 節	身為我們計劃會員的責任	317
第 9 章：	如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）	319
第 1 節	遇到問題或疑慮該如何處理	319
第 2 節	從何處獲取詳細資訊和個性化協助	320
第 3 節	解決問題的流程	326
第 4 節	處理關於您的 Medicare 福利的問題	327
第 5 節	承保決定和上述指引	327
第 6 部分	醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴	333
第 7 節	D 部分藥物：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴	346

2026 年 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃
(HMO-POS D-SNP) 承保範圍說明書
目錄

5

第 8 節	如果您認為您過快出院，如何要求我們延長住院承保	361
第 9 節	如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務	369
第 10 節	將您的上訴升級至第 3、4 和 5 級	375
第 11 節	如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴	380
第 12 節	處理關於您的 Medicaid 福利的問題	386
第 10 章：	終止我們計劃的會員資格	389
第 1 節	終止您在我們計劃之會員身分	389
第 2 節	您何時能終止計劃會籍？	390
第 3 節	如何終止計劃的會員資格	396
第 4 節	會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、服務和藥物	398
第 5 節	在某些情況下，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 必須終止我們的計劃會員資格	399
第 11 章：	法律通知	402
第 1 節	有關管轄法律的通知	402
第 2 節	有關非歧視的通知	402
第 3 節	有關 Medicare 聯邦醫療保險輔助付費者代位權的通知	403

2026 年 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃
(HMO-POS D-SNP) 承保範圍說明書
目錄

6

第 4 節 有關有限代位權的通知404

第 12 章：定義.....405

第 1 章: 會員入門

第 1 章： 會員入門

第 1 節 您是 **Elderplan** 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的會員

第 1.1 節 您已加入 **Elderplan** 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)，這是一項 **Medicare** 聯邦 醫療保險特殊需求計劃

您同時受到 Medicare 和 Medicaid 承保：

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

第 1 章: 會員入門

您已選擇透過我們的 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 獲得 Medicare 聯邦醫療保險醫療保健和藥物承保。我們的計劃承保所有 A 部分和 B 部分服務。但是，我們的計劃中的費用分攤和醫療服務提供者使用權與傳統的聯邦醫療保險有所不同。

Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 是一項專門的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃（一項 Medicare 「Special Needs Plan」），這表示其福利專為具有特殊醫療保健需求的人士而設計。Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 旨在為擁有 Medicare 聯邦醫療保險且有資格獲得 Medicaid 醫療補助援助的人士提供服務。

由於您從 Medicaid 獲得援助並支付 Medicare A 部分和 B 部分費用分攤（自付扣除金、共付額和共同保險），因此，您無需就 Medicare 服務支付任何費用。Medicaid 還可提供其他福利，承保 Medicare 一般不承保的醫療保健服務。您還可能獲得 Medicare 的「額外補助」以支付 Medicare 聯邦醫療保險藥物費用。Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將幫助您管理所有這些福利，使您獲得健康照護和您有權獲得的所有付款補助。

第 1 章: 會員入門

Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 由非營利組織營運。像所有 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃（聯邦醫療保險優勢計劃）一樣，本 Medicare 聯邦醫療保險特殊需求計劃經 Medicare 聯邦醫療保險認可。我們的計劃還與紐約州 Medicaid 計劃簽有合約以協調您的 Medicaid 福利。我們很榮幸能夠為您提供 Medicare 保險，包括藥物承保。

第 1.2 節 關於「承保證書」的法律資訊

本承保範圍說明書是與您簽署的有關 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 如何承保您的護理服務的合約的一部分。該合約還包括您的參保表、*承保藥物清單*（*處方藥一覽表*）以及我們向您提供的所有關影響您的承保範圍的保險或條件變化的通知。這些通知有時稱為「*附加條款*」或「*修正條款*」。

本合約在您於 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期間參保 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的月份內有效。

Medicare 允許我們對每個曆年提供的計劃進行變更。這意味著我們可在 2026 年 12 月 31 日之後變更 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的費用和福利。我們也可在 2026 年 12 月 31 日之後選擇在您的服務區域停止提供我們的計劃。

第 1 章: 會員入門

Medicare 聯邦醫療保險（Medicare 和 Medicaid 服務中心）和紐約州 Medicaid 醫療補助計劃必須每年核准 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。只要我們選擇繼續提供我們的計劃，且 Medicare 和 紐約州 Medicaid 計劃續批我們的計劃，您就可以每年繼續作為我們計劃的會員獲得 Medicare 的承保。

第 2 節 計劃資格要求

第 2.1 節 符合條件的要求

只要您符合以下所有條件，就有資格成為我們計劃的會員：

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

第 1 章: 會員入門

我們計劃的特殊資格要求

我們的計劃旨在滿足享受某些 Medicaid 福利之人士的需求。（Medicaid 醫療補助是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療費用。）要符合我們計劃的資格，您必須同時符合 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助的資格。

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

第 2.2 節 Medicaid

Medicaid 是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。各州決定哪些計作收入和資產、誰符合資格、承保哪些服務以及服務費用。各州還可在遵循聯邦準則的前提下決定如何營運計劃。

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

- **符合條件的 Medicare 聯邦醫療保險受益人 (QMB)：**幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他費用分攤（如自付額、共同保險和共付費）。（某些 QMB 受保人也符合完整 Medicaid 醫療補助福利的條件 (QMB+)。）

第 1 章: 會員入門

- 符合條件的個人 (QI)：幫助支付 B 部分保費。
- 符合條件的殘疾與個人工作者 (QDWI)：幫助支付 A 部分保費。
- 符合全部福利雙重資格的人士 (FBDE)：幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他費用分攤（如自付額、共同保險和共付費）。這些人士也有權享有完整 Medicaid 醫療補助福利。
- 符合條件的 Medicare 聯邦醫療保險受益人-增強型 (QMB+)：幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他費用分攤（如自付額、共同保險和共付費）。這些人士也有權享有完整 Medicaid 福利。

第 2.3 節 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的服務區域

Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 僅適用於居住在我們計劃服務區域內的人群。為保持我們計劃會員的身份，您必須持續居住在我們計劃的服務區域內。服務區域描述如下。

我們的服務區包含紐約州的以下縣區：布朗士縣、國王縣、拿騷縣、紐約縣、普特南縣、皇后區、裡士滿縣和威徹斯特縣

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

第 1 章: 會員入門

如果您搬離我們計劃的服務區域，則您不能繼續成為本計劃的會員。請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），瞭解我們是否在您所在的新區域提供計劃。搬家後，您將擁有一段特殊投保期，可以轉換至傳統的聯邦醫療保險計劃，或投保您新遷入地區的 Medicare 健康或藥物計劃。

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

第 2.4 節 美國公民或合法居留身份

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

第 3 節 重要會員資料

第 3.1 節 我們的計劃會員卡

當您獲取本計劃承保的服務以及在網絡內藥房取得處方藥時，請務必使用您的會員卡。您還應向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 醫療補助卡。會員卡範例：

第 1 章: 會員入門



成為本計劃的會員後，請勿使用紅白藍 Medicare 卡來獲取承保醫療服務。如果您使用您的 Medicare 卡而不是使用您的 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 會員卡，您可能需要自己支付醫療服務的全部費用。請妥善保管您的 Medicare 聯邦醫療保險卡。如果您需要住院服務、臨終關懷服務或參與 Medicare 批准的臨床研究（也稱為臨床試驗），可能需要出示此卡。

如果您的計劃會員卡損壞、遺失或被盜，請立即致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），我們會為您補發新卡。

第 3.2 節 醫療服務提供者及藥房目錄

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

第 1 章: 會員入門

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

您的計劃還提供服務點 (POS) 選項。服務點 (POS) 選項是一項額外福利，承保由未退出 Medicare 聯邦醫療保險的任何獲得 Medicare 聯邦醫療保險認證的提供者提供的某些服務和福利。如需更多資訊，請查看第 3 章（使用本計劃承保您的醫療服務）瞭解詳細資訊。您可在第 4 章醫療福利表中查看承保服務和福利的詳細資訊。

請在我們的網站 www.elderplan.org 查閱最新醫療服務提供者和供應商名單。

如果您沒有醫療服務提供者與藥房目錄，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）索取副本（電子版或紙本版）。若索取紙本版醫療服務提供者與藥房目錄，我們將在 3 個工作日內將其郵寄給您。

第 1 章: 會員入門

第 3.3 節 藥物清單（處方藥一覽表）

本計劃有一份*承保藥物清單*（亦稱為藥物清單或處方藥一覽表）。其中說明了哪些 D 部分處方藥獲得 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 內的給付承保。此清單上的藥物皆由我們的計劃在醫生和藥劑師的協助下選定。藥物清單必須符合 Medicare 的要求。根據 Medicare 藥物價格談判計劃協商價格的藥物將列入您的藥物清單，除非這些藥物已按照第 5 章第 6 節的規定移除和更換。Medicare 聯邦醫療保險已批准 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 藥物清單。

該藥物清單也可告知您的藥物是否有任何限制承保範圍的規則。

我們將為您提供一份藥物清單。「藥物清單」上載有會員最常用的承保藥物的資訊。但我們還承保「藥物清單」上未列出的其他藥物。如果您的某種藥物不在「藥物清單」上，您應瀏覽我們的網站或致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），確認我們是否承保此藥。若要取得有關承保藥物的完整實時資訊，請瀏覽 www.elderplan.org 或致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

第 1 章: 會員入門

第 4 節 2026 年重要費用摘要

	您 2026 年的費用
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於或低於此金額。詳見第 4.1 節。	對於 D 部分保費，\$0 或 \$22.70
B 部分自付額	B 部分自付額為 \$257。 若您符合 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助資格，則需支付 \$0。 這些是 2025 年的費用分攤金額，在 2026 年可能有變。Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將在變更發佈後儘快提供更新的費用資訊，您可透過 www.elderplan.org 查看。

第 1 章: 會員入門

	您 2026 年的費用
最高自付費用金額 這是您為網絡內和網絡外合計承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。 (有關詳細資訊, 參見第 4 章第 1 節。)	網絡內和網絡外合計 \$9,250 如果您根據 Medicaid 有資格獲得 Medicare 費用分攤協助, 您無需支付任何自費費用, 直至達到承保的 A 部分和 B 部分服務的自付費用金額上限。
主治醫生診室就診	網絡內: 每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險。 若您符合 Medicaid 醫療補助中的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格, 您每次就診需支付 \$0。

第 1 章: 會員入門

	您 2026 年的費用
專科醫生診室就診	網絡內和網絡外 每次就診您需支付 0% 或 20% 的共同保險。 若您符合 Medicaid 醫療補助中的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，您每次就診需支付 \$0。

	您 2026 年的費用
住院	網絡內： 2025 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,676 的自付額。 第 1 至 60 天：每天的共付額為 \$0。 第 61-90 天：每天的共付額為 \$419。 第 91 天及之後：每個終身儲備日的共付額為 \$838。 超出終身儲備日後：您支付所有費用。 需要授權。 如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的費用分攤。

	您 2026 年的費用
住院（續）	若您符合 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助資格，則需支付 \$0。 這些是 2025 年的費用分攤金額，在 2026 年可能有變。Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將在最新費用資訊發佈後儘快將其公佈在 www.elderplan.org。
D 部分藥物承保自付額 (有關詳細資訊，參見第 6 章第 4 節。)	D 部分自付額為 \$615，不包括承保的胰島素產品及大多數成人 D 部分疫苗。

第 1 章: 會員入門

您 2026 年的費用

D 部分 藥物承保

(請參閱第 6 章，包括年度自付額、初始承保和災難承保階段。)

初始承保階段期間：標準零售費用分攤（網絡內）
(最多 90 天供藥量)

***†Ω**

在提供標準費用分攤的網絡內藥房配取一個月藥物份量的費用：

第 1 級：

根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：

對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）：

\$0 的共付額，或

\$1.60 的共付額，或

\$5.10 的共付額，或

25% 的總費用。

您 2026 年的費用

D 部分 藥物承保（續）

對於所有其他藥物：

\$0 的共付額，或

\$4.90 的共付額，或

\$12.65 的共付額，或

25% 的費用。

*標準零售也可提供 60 天的供藥。

初始承保階段的郵購費用分攤（最多 90 天份量的供藥）†Ω：

第 1 級：根據您的「額外補助」等級，您需要支付以下費用：

對於副廠藥（包括被視為副廠藥的原廠藥）：

\$0 的共付額，或

\$1.60 的共付額，或

\$5.10 的共付額，或

25% 的費用。

您 2026 年的費用

D 部分 藥物承保（續）

對於所有其他藥物：

\$0 的共付額，或

\$4.90 的共付額，或

\$12.65 的共付額，或

25% 的費用。

†NDS – 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。

Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤，對於我們計劃承保的每個胰島素產品，一個月份量的藥費不會超過 \$35，即使您沒有支付自付額。

重大傷病承保階段：

在此付款階段期間，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

第 1 章: 會員入門

您的費用可能包括以下內容：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- Medicare 聯邦醫療保險 B 部分每月保費（第 4.2 節）
- D 部分逾期參保罰金（第 4.3 節）
- 按收入每月調整保費（第 4.4 節）
- Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃金額（第 4.5 節）

第 4.1 節 計劃保費

作為我們計劃的會員，您需支付每月計劃保費。2026 年，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的月繳計劃保費為 \$22.70。

如果您已經從該等計劃中的一個獲取幫助，此**承保證書**內有關保費的資訊可能不適用於您。我們已給您寄送一份單獨的文件來說明您的藥物承保，該插頁稱為**取得支付處方藥物額外補助者的承保證書附則**（也稱為「**低收入補助附則**」或「**LIS 附則**」）。如果您沒有收到此插頁，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），並索取 **LIS 附則**。

第 1 章: 會員入門

在某些情況下，我們的計劃保費可能更少。

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

Medicare B 部分和 D 部分保費針對收入不同的人士有所不同。如果您對這些保費有疑問，請查看您的《2026 年 Medicare 與您》(*Medicare & You 2026*) 手冊，2026 年 *Medicare 費用* 一節。從 Medicare 聯邦醫療保險網站 (www.Medicare.gov/medicare-and-you) 下載副本，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 訂購印刷版。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

第 4.2 節 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分每月保費

許多會員需要支付其他 Medicare 聯邦醫療保險保費

除支付月計劃保費之外，部分會員需要支付其他 Medicare 保費。如上面第 2 節中所述，為符合我們計劃的資格，您必須保持您的 Medicaid 資格並加入 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。對於大多數 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 會員，Medicaid 會支付您的 A 部分保費（如果您沒有自動符合資格）和 B 部分保費。

第 1 章: 會員入門

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

第 4.3 節 D 部分逾期參保罰金

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

如果符合以下條件，則**無需**支付 D 部分延遲參保罰金：

- 您取得 **Medicare** 的「額外補助」來協助支付您的藥物費用。
- 您失去有信譽度保險的時間未達連續 63 天。

第 1 章: 會員入門

- 您已透過前僱主、工會、TRICARE 或退伍軍人健康管理局 (VA) 等其他來源獲得了有信譽度的藥物承保。您的保險公司或人力資源部門將會告知每年您的藥物保險是否為有信譽度的保險。您可能透過該計劃的信件或新聞通訊獲取此資訊。請保留此資訊，您在之後加入 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃時可能會用到。
 - 註：任何信件或通知必須註明您擁有過有信譽度的處方藥承保，其預計支付的金額和 Medicare 的標準藥物計劃一樣多。
 - 註：處方藥折扣卡、義診、藥物折扣網站不屬於可替代處方藥承保。

D 部分延遲註冊罰款的金額由 Medicare 決定。獎勵規則如下：

- 首先，請計算您在符合參保資格後，延誤了多少個全月才加入 Medicare 聯邦醫療保險藥物計劃。或者，計算您有多少個全月未擁有任何有信譽度的藥物保險（如果保險中斷了 63 天以上）。該罰款是您未擁有任何有信譽度保險的期間，每個月計算 1%。例如，您有 14 個月沒有保險，則罰款百分比為 14%。
- 然後，Medicare 確定上一年全國 Medicare 藥物計劃的平均每月計劃保費金額（國家基本受益人保費）。對 2025 年而言，此平均保費金額為 \$36.78。此金額在 2026 年可能會有變更。

第 1 章: 會員入門

- 將罰金比例和國家基本受益人保費相乘，再四捨五入至 10 美分，即可算出您的月繳罰金。在本例中，用 14% 乘以 \$36.78，得到 \$5.15。四捨五入為 \$5.20。此金額將追加到須支付 D 部分延遲參保罰金之人士的月計劃保費中。

關於此月繳 D 部分延遲註冊罰款，有以下三點重要注意事項：

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

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

第 1 章: 會員入門

第 4.4 節 按收入每月調整保費

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

如果您必須支付額外 IRMAA，社會保障局，而非您的 Medicare 計劃，會寄信給您告知此額外金額。這筆額外的金額將會從您的社會保障局、鐵路職工退休委員會、人事管理局福利支票扣繳，無論您通常支付我們的計劃保費的方式為何，除非您的每月福利不足以支付該筆額外金額。如果您的福利支票不足以支付該筆額外金額，您將會收到 Medicare 的賬單。您必須向政府支付額外的 IRMAA。它不能與您的月計劃保費一同支付。如果您不支付這筆額外 IRMAA，您將從我們的計劃退保並失去處方藥保險。

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

第 1 章: 會員入門

第 4.5 節 Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃金額

如果您參加 Medicare 處方付款計劃，您每個月將支付我們的計劃保費（如果您有），並且您會收到來自您的健康或醫療機構的帳單您的處方藥的藥物計劃（而不是向藥房付款）。您的每月賬單基於您所有處方藥的待繳費用，加上上個月的差額費用，再除以當年剩餘的月數計算得出。

第 2 章第 7 節詳細介紹了 Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃。如果您不同意按此付款選項收取的金額，可按照第 9 章中的步驟提出投訴或上訴。

第 5 節 關於月計劃保費的更多資訊

第 5.1 節 如何支付我們的計劃保費

您可以使用 3 種方式支付計劃保費。

選項 1：用支票支付

如果您的每月計劃保費並非由 Medicaid 醫療補助支付，Elderplan（長老計劃）將會每月向您寄送賬單。請在收到賬單當月 25 號前，將賬單副本連同收款人為 Elderplan（長老計劃）的支票或匯票放入隨附預付郵資的信封內一併寄回。如不記得預付郵資的信封放在何處，可向會員服務部另行索取或將您的付款寄至以下地址：

第 1 章: 會員入門

Elderplan, Inc.
Premium Payment Unit
P.O. Box 71401
Philadelphia, PA 19176

請勿寄送現金。我們只接受支票或匯票。

選項 2：您可以每月使用信用卡或電子資金轉帳 (EFT) 支付計劃保費。

您可以每月在銀行帳戶中扣除計劃保費，也可以使用信用卡繳納。有關如何用這種方式支付每月計劃保費的詳細資訊，請聯絡會員服務部。我們很樂意幫助您安排。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

選項 3：從您的月繳社會保險支票中扣除我們的計劃保費

您可以在您的每月社會保障金支票中扣除計劃保費。有關如何用這種方式支付每月計劃保費的詳細資訊，請聯絡會員服務部。我們很樂意幫助您安排。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）

變更支付保費的方式。如果您決定更改支付保費的方式，新付款方法需要 3 個月才可生效。在我們處理您的新支付方式時，您仍有責任確保按時支付計劃保費。若要變更您的付款方式，請聯絡會員服務部（會員服務部電話號碼印在本文件封底）。

第 1 章: 會員入門

如果您無法按時支付計劃保費

計劃保費應在每月 25 日之前交到我們的辦公室。如果我們在當月 25 日前未收到您的付款，我們將繼續向您寄送發票，告知您當前的餘額。如果您需要支付 D 部分逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥承保。

如果您按時支付保費有困難，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），瞭解我們能否向您介紹對您支付計劃保費有幫助的方案。

第 5.2 節 我們在一年內不會更改月計劃保費

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

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

第 1 章: 會員入門

第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄

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

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

如果您有以下任何變更，請告知我們：

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

第 1 章: 會員入門

如果任何這些資訊發生變更，請致電會員服務部
1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）告知我們。

如果您搬遷或更改郵寄地址，請務必聯絡社會保障局，這一點也非常重要。致電 1-800-772-1213 聯絡社會安全局（TTY 使用者請致電 1-800-325-0778）。

第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作

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

我們會每年給您發一封信，列出我們所瞭解的任何其他醫療或藥物承保情況。仔細閱讀本資訊。如果資訊正確，您無需採取任何措施。如果資訊不正確，或您享有其他未列出的承保，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。您可能需要將您的計劃會員 ID 號提供給您的其他保險商（在您確認其身份之後），以便按時正確支付您的賬單。

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

第 1 章: 會員入門

以下規則適用於僱主或工會團體健康計劃保險：

- 如果您有退休保險，**Medicare** 聯邦醫療保險先支付。
- 如果您的團體健保計劃保險以您或家庭成員的當前工作為基礎，誰先支付則取決於您的年齡、僱主僱用的員工數以及您是否有基於年齡、殘障或晚期腎病 (ESRD) 的 **Medicare** 聯邦醫療保險：
 - 如果您未滿 65 歲且殘疾，您（或您的家庭成員）仍在工作，並且僱主的員工數多於等於 100 人或多個僱主計劃中至少一家僱主的員工數多於 100 人，則您的團體健康計劃先支付。
 - 如果您已過 65 歲、您（或您的配偶或同居伴侶）仍在工作，並且僱主的員工數多於或等於 20 人，或多個僱主計劃中至少一家僱主的員工數多於 20 人，則您的團體健康計劃先支付。
- 如果您因 ESRD 而有 **Medicare** 聯邦醫療保險，在您符合 **Medicare** 聯邦醫療保險條件後您的團體健保計劃將先支付前 30 個月。

第 1 章: 會員入門

以下類型的保險通常先支付其相關服務的費用：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 責任險（包括汽車保險）
- 煤塵肺補助
- 勞工賠償

對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，Medicaid 醫療補助與 TRICARE 不會先支付。他們只會在 Medicare 聯邦醫療保險和/或僱主團體健康計劃支付之後進行支付。

第 2 章: 電話號碼和資源

第 2 章： 電話號碼和資源

第 1 節 **Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 承保範圍說明書聯絡資訊**

如需賠付、帳單或會員卡相關問題協助，請致電或致函 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 會員服務部。我們將很樂意幫助您。

第 2 章: 電話號碼和資源

會員服務部 – 聯絡資訊	
致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。 會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）也為非英語使用者提供免費的語言口譯服務。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
傳真	718-759-3643
寫信	ELDERPLAN ATTN MEMBER SERVICES 55 WATER STREET, 46th FLOOR NEW YORK, NY 10041
網站	www.elderplan.org

第 2 章: 電話號碼和資源

如何就您的醫療護理請求承保決定或提出上訴

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

醫療護理的承保決定 – 聯絡資訊

致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
傳真	718-759-3643
寫信	ELDERPLAN ATTN MEMBER SERVICES 55 WATER STREET, 46th FLOOR NEW YORK, NY 10041
網站	www.elderplan.org

第 2 章: 電話號碼和資源

就醫療護理進行上訴 – 聯絡資訊

致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天
傳真	718-765-2027
寫信	ELDERPLAN, INC. ATTN: APPEALS & GRIEVANCES 55 WATER STREET, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
網站	www.elderplan.org

第 2 章: 電話號碼和資源

D 部分處方藥的承保決定 – 聯絡資訊

致電	1-866-490-2102 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS CAREMARK COVERAGE DETERMINATIONS P.O. BOX 52000, MC109 PHOENIX, AZ 85072-2000
網站	www.caremark.com

第 2 章: 電話號碼和資源

就 D 部分處方藥進行上訴 – 聯絡資訊

致電	1-866-490-2102 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS CAREMARK STANDARD/EXPEDITED APPEALS P.O. BOX 52000, MC109 PHOENIX, AZ 85072-2000
網站	www.caremark.com

第 2 章: 電話號碼和資源

如何就您的醫療護理提出投訴

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

就醫療護理和 D 部分處方藥進行投訴 – 聯絡資訊

致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	718-765-2027
寫信	ELDERPLAN ATTN: APPEALS & GRIEVANCES 55 WATER STREET, 46 TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
MEDICARE 網站	要向 Medicare 聯邦醫療保險提交您對 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的投訴，請瀏覽 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint 。

第 2 章: 電話號碼和資源

如何要求我們就您獲得的醫療護理或藥物支付我們應承擔的費用

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

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

第 2 章: 電話號碼和資源

付款請求 – 聯絡資訊

致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	718-759-3643
寫信	ELDERPLAN CLAIMS DEPARTMENT P.O. BOX 73111 NEWNAN, GA 30271
網站	www.elderplan.org

第 2 章: 電話號碼和資源

付款請求（處方藥理賠）－ 聯絡資訊

致電	1-866-490-2102 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS CAREMARK MEDICARE PART D CLAIMS PROCESSING PO BOX 52066 PHOENIX, AZ 85072-2066
網站	www.caremark.com

第 2 章: 電話號碼和資源

第 2 節 從 Medicare 獲得幫助

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

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 及 Medicaid 服務中心 (CMS)。該機構與 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃組織（包括我們的計劃在內）簽有合約。

Medicare – 聯絡資訊

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 撥打此號碼是免費的。 服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。
TTY	1-877-486-2048 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。
即時聊天	線上聊天： www.Medicare.gov/talk-to-someone 。
寫信	寫信給 Medicare，地址為 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

第 2 章: 電話號碼和資源

Medicare – 聯絡資訊

網站

www.Medicare.gov

- 取得您所在地區 Medicare 健康和藥物計劃的相關資訊，包括費用和提供的服務。
- 查找參與 Medicare 的醫生或其他醫療保健提供者和供應商。
- 瞭解 Medicare 的承保範圍，包括預防性服務（如
- 篩檢、注射或疫苗以及每年的「健康」檢查）。
- 取得 Medicare 上訴資訊和表格。
- 取得有關計劃、療養院、醫院、醫生、家庭保健機構、透析機構、臨終關懷中心、住院康復機構和長期護理醫院提供的護理品質的資訊。
- 查找有用的網站和電話號碼。

第 2 章: 電話號碼和資源

Medicare – 聯絡資訊

網站（續）

您亦可瀏覽 www.Medicare.gov，向 Medicare 聯邦醫療保險提交您對 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的投訴。

若要向 **Medicare** 提交投訴，請瀏覽 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。Medicare 聯邦醫療保險會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 聯邦醫療保險計劃的品質。

第 2 章: 電話號碼和資源

第 3 節 州健康保險援助計劃 (SHIP)

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的諮詢師，提供免費協助、資訊和有關 Medicare 問題的解答。在紐約州，SHIP 被稱為老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室。

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

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

第 2 章: 電話號碼和資源

老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室 ： (New York SHIP) – 聯絡資訊

致電	1-212-602-4180 (行政區內) 1-800-701-0501 (行政區外) 納蘇縣：(516) 227-8900 服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 4 點 普特南縣：(845) 808-1700 服務時間：週一至週五上午 8:30 到晚上 4:30。 威徹斯特縣：(914) 813-6400 服務時間：週一至週五上午 8:30 至下午 5 點
TTY	711 或 (212) 504-4115 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。

第 2 章: 電話號碼和資源

**老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室
：（New York SHIP）－聯絡資訊**

寫信

NEW YORK CITY

HIICAP

2 LAFAYETTE STREET, 9TH FLOOR
NEW YORK, NY 10007

NASSAU COUNTY

OFFICE OF THE AGING

60 CHARLES LINDBERGH BLVD
UNIONDALE, NY 11553-3691

PUTNAM COUNTY

PUTNAM COUNTY OFFICE FOR SENIOR
RESOURCES

110 OLD ROUTE 6, BUILDING #1
CARMEL, NEW YORK 10512

WESTCHESTER COUNTY

DEPARTMENT OF SENIOR PROGRAMS
& SERVICES

9 SOUTH FIRST AVENUE, 10TH FLOOR
MT. VERNON, NY 10550

網站

<https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>

第 2 章: 電話號碼和資源

第 4 節 質量改善組織 (QIO)

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

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

在以下任何一種情形下，您均應聯絡 Livanta：

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

第 2 章: 電話號碼和資源

Livanta (紐約州品質改進機構) – 聯絡資訊

致電	1-866-815-5440
TTY	1-866-868-2289 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且 僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	LIVANTA BFCC-QIO PROGRAM 10820 GUILFORD ROAD, SUITE 202 ANNAPOLIS JUNCTION, MD 20701
網站	https://livantaqio.com/

第 5 節 社會保障局

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

如果您搬遷或更改郵寄地址，請聯絡社會保障局以告知他們此事。

第 2 章: 電話號碼和資源

社會保障局 – 聯絡資訊

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

第 2 章: 電話號碼和資源

第 6 節 **Medicaid 醫療補助**

Medicaid 醫療補助是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療費用。

參與 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和/或 B 部分但收入和資產有限的人士可獲取紐約州 Medicaid 醫療補助計劃的補助以支付其醫療自付費用。Medicare 聯邦醫療保險費用分攤包括 A 部分和 B 部分保費，在某些情況下，還支付 A 部分和 B 部分的自付額和共同保險。在紐約州，本計劃的名稱為「紐約 Medicaid 醫療補助州計劃」。

有權享受 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和/或 B 部分並符合部分 Medicaid 醫療補助福利的個人一般被稱為雙重資格人士。這些福利有時被稱為 Medicare 聯邦醫療保險節省計劃（MSP）。雙重資格人士可享受某些形式的 Medicaid 醫療補助福利。Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 是一項雙重資格特殊需要計劃，可在您享受紐約州 Medicaid 醫療補助計劃下額外 Medicaid 醫療補助福利的同時，協調您的 Medicare 聯邦醫療保險承保。

此外，Medicaid 醫療補助提供一些其他計劃，幫助 Medicare 聯邦醫療保險受保人支付其 Medicare 聯邦醫療保險費用，比如 Medicare 聯邦醫療保險保費。「Medicare 聯邦醫療保險節省計劃」每年都能幫助收入與資產有限的人士省錢：

第 2 章: 電話號碼和資源

- **符合全部福利雙重資格的人士 (FBDE)：**幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他費用分攤（如自付額、共同保險和共付費）。這些人士也有權享有完整 Medicaid 醫療補助福利。
- **符合條件的 Medicare 聯邦醫療保險受益人 (QMB)：**幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他費用分攤（如自付額、共同保險和共付費）。（某些 QMB 受保人也符合完整 Medicaid 醫療補助福利的條件 (QMB+)）。
- **符合條件的 Medicare 聯邦醫療保險受益人-增強型 (QMB+)：**幫助支付 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保費及其他費用分攤（如自付額、共同保險和共付費）。這些人士也有權享有完整 Medicaid 醫療補助福利。
- **符合條件的個人 (QI)：**幫助支付 B 部分保費。
- **符合條件的殘疾與個人工作者 (QDWI)：**幫助支付 A 部分保費。

若您對從 Medicaid 獲取補助有任何疑問，請聯絡紐約州衛生署（社會服務部）。

第 2 章: 電話號碼和資源

紐約州衛生部（社會服務）（紐約州 Medicaid 醫療補助計劃）- 聯絡資訊

致電	紐約州 Medicaid 計劃：1-800-541-2831 服務時間：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 1 點。 納蘇縣：516-227-8000 服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 4 點 普特南縣 (845) 808-1500 週一至週五，上午 9 點至下午 5 點 威徹斯特縣：914-995-3333 服務時間：週一至週五上午 8:30 至下午 5 點
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。

第 2 章: 電話號碼和資源

紐約州衛生部（社會服務）（紐約州 Medicaid 醫療補助計劃）- 聯絡資訊

寫信

NEW YORK CITY HUMAN
RESOURCE ADMINISTRATION
785 ATLANTIC AVENUE, 1ST FLOOR
BROOKLYN, NY 11238

NASSAU COUNTY DSS
60 CHARLES LINDBERGH BOULEVARD
UNIONDALE, NY 11553

Putnam County DSS
110 Old Route Six
Carmel, New York 10512

WESTCHESTER COUNTY DSS
85 COURT STREET
WHITE PLAINS, NY 10601

網站

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

第 2 章: 電話號碼和資源

獨立消費者倡權網絡 (ICAN) 可以幫助 Medicaid 醫療補助的投保人處理服務或費用問題。他們可以協助您向我們的計劃提交申訴或上訴。

獨立消費者倡權網絡 (ICAN) – 聯絡資訊

致電	1-844-614-8800 服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 6 點。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	ican@cssny.org
網站	https://icannys.org/

第 2 章: 電話號碼和資源

第 7 節 幫助人們支付處方藥費用的計劃

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

Medicare 提供的「額外補助」

若您對「額外補助」存有疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048；
- Social Security Office 請致電 1-800-772-1213，工作時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。TTY 使用者請致電 1-800-325-0778；或
- 紐約州 Medicaid 醫療補助計劃 Medicaid 醫療補助辦公室 1-800-541-2831，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00，週六上午 9:00 至下午 1:00

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

- 請向會員服務部提交以下其中一份文件，證明您符合額外補助的資格。會員服務部地址列於本章開頭：

第 2 章: 電話號碼和資源

- 來自社會安全局的額外補助授予函。一封來自社會安全局 (SSA) 的重要資訊信函，確認您「自動符合額外補助」的資格。
- 療養院居住者 – 藥房將代您提供必要的證明。
- 收到所需文件後，我們將與 Medicare 聯邦醫療保險確認您額外補助中的共付額等級。
- 如果您無法找到證明文件，我們將協助您獲取證明，例如代表您聯絡 Medicare 來確定正確定額手續費等級。
- 當我們收到顯示正確共付額的證據時，我們會更新系統，讓您在下次取得處方藥時支付正確的共付額。如果您多付了共付額，我們會以支票或未來的共付額扣抵方式退還給您。如果藥房沒有收取您的定額手續費，並且您欠他們費用，我們可能會直接向藥房付款。如果州代表您支付了款項，則我們可能會直接向該州付款。如有任何疑問，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

我們的大多數會員有資格獲取並且已經獲取紅藍卡的「額外補助」，用於支付其處方藥計劃費用。

第 2 章: 電話號碼和資源

如果您從州醫藥援助計劃 (SPAP) 中獲取「額外補助」和承保會怎樣？

許多州提供補助，用於支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用。如果您參加州醫藥援助計劃 (SPAP) 或提供 D 部分藥物承保的任何其他計劃（「額外補助」除外），對於承保的原廠藥物，您仍可以獲得 70% 的折扣。本計劃還會在承保缺口階段為原廠藥支付 5% 的費用。本計劃提供的 70% 的折扣和所支付的 5% 的費用，適用於任何 SPAP 或其他保險償付之前的藥物價格。

如果您獲艾滋病 (AIDS) 藥物協助計劃 (ADAP) 的「額外補助」和承保會怎樣？

第 2 章: 電話號碼和資源

AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同樣在 ADAP 處方藥一覽表上的 Medicare D 部分藥物符合透過 ADAP 獲得處方藥費用分攤援助的資格。

註：要獲得在您所在州的 ADAP 的資格，人們必須滿足某些標準，包括州居住證明和 HIV 感染狀況、州規定的低收入（由州定義）以及無保險/保險不足狀況。如果您變更了計劃，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員，以便您繼續獲得補助。如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，致電 ADAP，電話號碼為 1-800-542-2437。服務時間為週一至週五上午 9:00 至下午 5:00。州內 - 免費電話 1-800-542-2437 或 1-844-682-4058 州外 - (518) 459-1641 <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>.

州政府醫藥補助計劃

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

在紐約州，州立醫藥補助計劃為老年人藥房保險計劃 (EPIC)。

長者醫藥保險 (EPIC) 計劃：（紐約州藥物援助計劃）- 聯絡資訊

致電

1-800-332-3742

第 2 章: 電話號碼和資源

	週一至週五，上午 8 點至下午 5 點
TTY	1-800-290-9138 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且 僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	EPIC P.O. BOX 15018 ALBANY NY 12212
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

第 2 章: 電話號碼和資源

Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃

Medicare 處方藥付款計劃是一種付款選項，可與您目前的藥物承保配合使用，透過將自付費用分攤到整個曆年（1 月 – 12 月）來幫助您對我們計劃承保的藥物費用進行管理。任何擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物承保的 Medicare 健康計劃（例如包含藥物承保的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃）的任何人都可以使用此付款選項。此付款選項可能有助於您管理費用，但它不能為您節省或降低藥費。如果您正在參與 Medicare 處方藥支付計劃並繼續使用相同的 D 部分計劃，您的參與將自動續約至 2026 年。對於符合資格的人來說，來自 Medicare 聯邦醫療保險以及來自您所在州的藥物援助計劃 (SPAP) 和愛滋病藥物援助計劃 (ADAP) 的額外補助比參與 Medicare 聯邦醫療保險處方藥付款計劃更有利。要瞭解有關此付款方式的更多資訊，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）或瀏覽 www.Medicare.gov。

第 2 章: 電話號碼和資源

Medicare 處方付款計劃 – 聯絡資訊

致電	866-490-2102 撥打此號碼是免費的。服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。 會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）也為非英語使用者提供免費的語言口譯服務。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。每天 24 小時，每週 7 天
寫信	Caremark CVS P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
網站	Caremark.com

第 2 章: 電話號碼和資源

第 8 節 鐵路職工退休委員會 (RRB)

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

鐵路退休委員會 (RRB) – 聯絡資訊

致電	1-877-772-5772 撥打此號碼是免費的。 按「0」可接通鐵路職工退休委員會 (RRB) 代表，其服務時間為週一至週五的上午 9:00 至下午 3:30（週三除外，該天的服務時間為上午 9:00 至中午 12:00）。 按「1」則會接通 RRB 自動應答服務熱線，您可以利用此專線查詢一些資訊記錄，全天候服務，服務時間包括週末與節假日。
TTY	1-312-751-4701 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 此專線並非免費電話。
網站	https://RRB.gov

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

第 3 章： 使用我們的計劃獲得醫療服務

第 1 節 作為我們計劃的會員如何獲得醫療護理

本章介紹有關使用我們的計劃承保您的醫療護理所需要瞭解的事項。有關我們的計劃所承保醫療護理以及獲得此護理時您應支付的費用的詳情，請參閱第 4 章中的醫療福利表。

第 1.1 節 網絡內醫療服務提供者和承保的服務

- **提供者**是經州許可的，提供醫療服務和護理的醫生以及其他健康護理專業人員。「提供者」一詞還包含醫院以及其他醫療保健機構。
- **網絡內提供者**是指與我們達成協議，接受我們的付款以及您的費用分攤金額作為完整付款的醫生以及其他健康護理專業人員、醫療團體、醫院以及其他健康護理機構。我們安排這些提供者為參與本計劃的會員提供承保服務。對於為您提供的護理，我們的網絡內提供者會直接向我們開出賬單。在向網絡內服務提供者求診時，您無需支付任何費用或只支付您應分擔的承保服務費用。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- **承保的服務**包括本計劃所承保的所有醫療護理、健康護理服務、用品、裝置及處方藥。第 4 章的醫療福利表列明您的承保醫療護理項目。第 5 章將介紹您的處方藥承保服務。

第 1.2 節 獲得我們計劃所承保醫療護理的基本規定

作為一項 Medicare 保健計劃，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 必須承保傳統的聯邦醫療保險所承保的所有服務。請查看第 4 章第 2.1 節瞭解計劃承保的福利。

只要符合以下情況，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 通常會承保您的醫療護理：

- 您所獲得的護理包含在我們計劃的第 4 章**醫療福利表**中。
- 您所接受的護理被視為屬於**醫療必需的護理**。醫療必需表示服務、用品、設備或藥物是預防、診斷或治療您的醫療情況所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
- 您有一個**網絡內主治醫生**來為您提供和監管護理。作為我們計劃的會員，您必須選擇一個網絡內主治醫生（請參閱第 2.1 節）。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- 通常，您前往社區的專科醫生處就診時，不需要獲得您的 PCP 事先批准。但是，您的 PCP 獲取此資訊非常重要，因此我們鼓勵您與您的醫生討論您正在接受的服務和醫療護理。對於某些服務，例如您的 PCP 以外的家庭醫生就診，或經過認證的居家護理，您將需要獲得我們計劃的授權（請查看第 4 章關於需要授權的醫療服務）。您的 PCP 可以說明您取得我們計劃的授權。
- 緊急護理或急症治療服務不需要從您的 PCP 處轉介。您還可以獲得一些其他類型的護理，而無需您的 PCP 事先批准（有關詳細資訊，請查看本章中的第 2.2 節）。
- **您必須接受網絡內醫療服務提供者的護理**（請參閱第 2 節）。在大多數情況下，您從網絡外提供者（不在我們計劃網絡內的醫療服務提供者）處接受的護理將無法獲得承保。這表示您必須向醫療服務提供者全額支付您所獲得服務的費用。以下 3 項例外：
 - 我們的計劃會對您從網絡外提供者處獲得的緊急醫療護理或急症治療服務進行承保。有關詳細資訊以及緊急醫療護理或急症治療服務的含義，請參閱第 3 節。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- 如果您需要 Medicare 聯邦醫療保險要求我們的計劃承保的醫療護理，但我們的網絡內沒有提供這種護理的專科醫生，那麼您可以從網絡外提供者處獲得此護理，費用分攤與您通常為網絡內護理支付的相同。從網絡外提供者處尋求護理前，您的提供者應獲得本計劃的授權。如果在網絡內和網絡外均提供福利，您或您的醫療服務提供者應聯絡該計劃以確認是否需要授權。在此情況下，我們將按您從網絡內服務提供者處獲得護理來承保這些服務。有關獲得批准以向網絡外醫生求診的資訊，請參閱第 2.4 節。
- 我們的計劃承保當您暫時離開計劃的服務區域時，或當您的透析服務提供者暫時不可用或無法營業時，在經 Medicare 認證的透析機構獲得的腎臟透析服務。您為我們的透析計劃支付的費用分攤絕不能超過傳統的聯邦醫療保險的費用分攤。如果您在我們計劃的服務區域之外並從計劃網絡之外的醫療服務提供者處獲得透析，您的費用分攤不能超過您在網絡內支付的費用分攤。但是，如果您常用的網絡內透析服務提供者暫停服務，您選擇在服務區域內從我們計劃網絡外提供者處獲得服務，則您透析的費用分攤可能會更高。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- 根據服務點 (POS) 選項，您可以使用網絡外提供者，從任何未退出 Medicare 聯邦醫療保險且經 Medicare 聯邦醫療保險認證的提供者處獲得有限的承保服務和福利。並非所有服務都在服務點 (POS) 選項的網絡外承保範圍內。有關這些服務的詳細資訊以及如何使用這些服務，請查看第 2.4 節（如何從網絡外提供者處獲得護理）。

第 2 節 使用我們計劃網絡內的醫療服務提供者獲得醫療服務

第 2.1 節 您必須選擇一個主治醫生 (PCP) 來提供和監管您的護理

什麼是 PCP？PCP 會為您做什麼？

- 什麼是 PCP？
 - 當您成為 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的會員時，您必須選擇一名計劃提供者來作為您的 PCP。您的 PCP 是一名符合州要求的醫生，接受過可為您提供基本醫療護理的訓練。您將從您的 PCP 處獲得常規或基礎護理服務，下文將作具體解釋。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- *哪些類型的醫療服務提供者可以擔任 PCP ?*
 - 您可從各類醫生中選擇一名作為 PCP。例如，其中包括同意以主治醫生身份向我們會員提供服務的內科醫生和家庭醫生。
- *初級保健提供者在以我們計劃中的作用*
 - 您的主治醫生將向您提供大部分常規及預防性健康護理服務。
- *PCP 在協調承保服務方面的職責是什麼？*
 - PCP 還負責幫助協調您可能需要的額外醫療保健和服務，如專科醫生諮詢、化驗室和診斷檢查。
「協調」您的服務包含和其他計劃內提供者就您的護理及進展進行核對或諮詢。由於您的 PCP 將會提供並協調您的醫療保健服務，因此您應將所有過去的醫療記錄寄送至 PCP 的辦公室。您的主治醫生保存您的完整醫療記錄，其中包括您在其他醫療服務提供者處接受的所有內科及外科記錄、目前和過往的問題、用藥及服務記錄文件。
- *初級保健提供者在作出關於事先授權的決策或獲取事先授權 (PA)（如適用）時有什麼作用？*
 - 在某些情況下，您的 PCP 將需要獲得我們針對若干類型承保服務或用品的事先授權（事先批准）。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

如何選擇 PCP

當您成為 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的會員時，您必須選擇一名計劃提供者來作為您的 PCP。您的 PCP 是一名符合州要求的醫生，接受過可為您提供基本醫療護理的訓練。參保後，您將從我們的計劃內主治醫生名單中選擇一名 PCP。我們可協助參保者選擇 PCP 或安排約診。如需獲取 Elderplan（長老計劃）的協助，請撥打您會員卡上的會員服務部電話號碼。

如何更換您的主治醫生

您可以隨時因任何原因更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會脫離我們計劃的醫療服務提供者網絡，這樣您需要選擇新的 PCP。

若要更換您的 PCP，請致電會員服務部。當您致電時，請務必告知會員服務部您是去看專科醫生或獲取您的 PCP 管理任何事先授權或核准的其他承保服務。當您更換 PCP 時，會員服務部將會協助確保您可以繼續取得原本專科醫生的護理和其他服務。他們也將會為您確認您所指定的 PCP 是否接受新患者。會員服務部會將新 PCP 的姓名記錄在您的會籍記錄中，並告知您新 PCP 更換的生效日期。所有變更將在收到請求之後立即作出。他們也將郵寄給您一張新的會員卡，註明您新 PCP 的姓名與電話號碼。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

若您的醫療服務提供者脫離了網絡，只要您的提供者接受按計劃費率的付款，且遵守計劃的品質保障及其他政策，並向計劃提供關於護理的醫療資訊，則在符合特定資格條件的情況下，您正在進行的療程或治療可能可以在最長 90 天的過渡期內持續。

第 2.2 節 無需主治醫生轉診即可獲得的醫療護理

您不需要經過您的 PCP 事先批准也可獲得下列服務。

- 常規女性醫療保健，包括乳腺檢查、乳房 X 光篩查（乳腺 X 光檢查）、子宮頸塗片檢查和盆腔檢查，只要是從網絡內提供者處接受這些服務即可。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、乙肝疫苗和肺炎疫苗（只要您從網絡內提供者取得）
- 從網絡內提供者或網絡外提供者處獲得的緊急醫療服務。
- 急需的計劃承保服務需要立即就醫（但不屬於緊急情況），前提是您暫時不在計劃的服務區域範圍內，或者考慮到您的時間、地點和情況從與計劃簽約的網絡醫療服務提供者處獲得此服務不合理。急症治療服務的例子包括無法預見的疾病和傷害，或現有病症意外發作。即使您不在我們計劃的服務範圍內或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診（如年度檢查）也不被認為是急需。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- 當您暫時不在我們計劃的服務區域時，在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎臟透析服務。如果可能，請在離開服務區之前致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），以便我們可以安排您在離開期間接受維持透析。
- 醫療服務提供者專科醫生就診。
- 診斷及/或治療肺結核的公共衛生機構設施。

第 2.3 節 如何從專科醫生和其他網絡內提供者處獲得護理

專科醫生是指為一種特定疾病或身體特定部位提供健康護理服務的醫生。有許多種類的專科醫生。例如：

- 腫瘤科醫生，負責治療癌症患者
- 心內科醫生，負責治療心臟有問題的患者
- 骨科醫生，負責骨頭、關節或肌肉有某些問題的患者
- 如何使用專科醫生和其他網絡內提供者？
 - 您可以在 www.elderplan.org 使用我們的醫療服務提供者與藥房目錄找到專科醫生及其他網絡內提供者。您也可致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- PCP 在將會員轉診至專科醫生和其他提供者時發揮什麼作用（如有）？
 - 對於您看專科醫生的時間，您的 PCP 是提供建議的最佳人選。雖然您可自行選擇計劃內專科醫生，但您的 PCP 會提供建議，協調您的保健需要。
- 如果您需要獲得事先授權，該怎麼做？
 - 一般而言，您需透過主治醫生或專科醫生來獲取事先授權。您的醫生將聯絡本計劃的事先授權部來討論您的服務需求。隨後，本計劃將把所作的裁決告知您和您的醫生。請參閱第 4 章第 2.1 節，瞭解需要事先授權的服務的資訊。
- 對於何種服務，您的 PCP 可能需要本計劃的事先授權？
 - 對於各類服務，您的初級保健提供者都可能需要本計劃的授權。這包括但不限於計劃外機構提供的服務、自選住院。請參閱第 4 章第 2.1 節，瞭解需要事先授權的服務的資訊。

當專科醫生或其他網絡提供者離開我們的計劃時

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- 儘管我們的提供者網絡可能會在一年當中發生變更，但 Medicare 要求我們必須讓您不間斷地獲得由合格的醫生和專科醫生提供的服務。
- 我們將通知您，您的醫療服務提供者將離開我們的計劃，以便您有時間選擇新的提供者。
 - 如果您的初級保健或行為健康醫療服務提供者退出我們的計劃，如果您在過去 3 年內在該醫療服務提供者處就診，我們會通知您。
 - 如果您的任何其他醫療服務提供者退出我們的計劃，若您是被安排給該醫療服務提供者、目前接受這些醫療服務提供者的護理，或在過去 3 個月內曾接受過其護理，我們將會通知您。
- 我們將幫助您選擇新的合格網絡內提供者以獲得持續護理。
- 如果您目前正在接受當前醫療服務提供者提供的治療或療法，您有權要求繼續接受具有醫療必需性的治療或療法。我們會與您合作，讓您可以繼續獲得照護。
- 我們會提供有關可用參保期的資訊，以及您可以變更計劃的選項。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- 當網絡內醫療服務提供者或福利無法提供或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在醫療服務提供者網絡之外安排任何具醫療必要性承保福利，但費用由網絡內醫療服務提供者分擔。如果您正在接受本章第 2.4 節所列醫療服務提供者類型的護理，則其應致電該計劃，瞭解您正在接受的服務是否「需要授權」。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生打算退出我們的計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您選擇新的醫療服務提供者以管理您的護理。
- 如果您認為我們沒有向您提供一位合格的醫療服務提供者以取代您之前的醫療服務提供者，或者認為您的護理沒有得到恰當管理，您有權向 QIO 提出護理品質投訴、向我們的計劃提出護理品質申訴，或提出兩者（請參閱第 9 章）。

第 2.4 節 如何從網絡外提供者處獲得護理

本計劃是一項 HMO-POS 計劃。服務點 (POS) 選項可讓您從獲得 Medicare 聯邦醫療保險認證且未選擇退出 Medicare 聯邦醫療保險的提供者處獲得特定承保服務和福利。在接受服務前先諮詢您的提供者，確認他們沒有退出 Medicare 聯邦醫療保險。網絡外提供者可能選擇不接受我們計劃會員作為患者。如果網絡外提供者拒絕接受我們的計劃，建議您從我們簽約的網絡內提供者處尋求護理。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

如果網絡外提供者向您發出您認為應由我們支付的賬單，請聯絡會員服務部，或將賬單寄送給我們付款。我們將向您的醫生支付我們應承擔的費用，且您的醫生可能會向您收取您應支付的金額（如有）。接受 Medicare 聯邦醫療保險的網絡外提供者的賬單費用不得超過傳統的聯邦醫療保險允許的金額。最好要求網絡外提供者先向我們收取費用，但如果您已經支付了承保服務，我們將向您報銷我們應承擔的費用。如果我們確定這些服務不獲承保或沒有醫療必需性，我們可能會拒絕承保，您將負責支付全部費用。請查看第 4 章，瞭解 POS（網絡外）福利包含的承保服務清單，以及您應承擔的費用。

作為我們計劃的會員，您可以選擇從網絡外提供者處獲得護理，但僅限以下服務：

- 補充性診斷和預防性牙科服務
- 補充性綜合牙科服務
- 精神健康專科服務（個人與團體就診）
- 職能治療服務
- 其他健康護理專業人員服務（例如：執業護士、醫生助理）
- 物理治療及言語/語言病理學服務
- Medicare 聯邦醫療保險承保的足病學服務
- 常規（補充性）足病學服務
- 精神科服務（個人和團體就診）
- 專科醫生服務

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

對於某些類型的服務，您的醫生可能需要經過我們計劃的事先批准（這稱為獲得「事先授權」）。有關「需要授權」的服務的更多資訊，請查看第 4 章第 2.1 節。

註：會員有權從網絡外醫療服務提供者處獲得緊急醫療或急症治療服務。此外，若 ESRD 會員前往計劃服務區域外的地方，且無法獲得已簽約的 ESRD 服務提供者的服務，則計劃必須給付其透析服務。

第 3 節 如何在緊急情況、災難或急需護理時獲得服務

第 3.1 節 在發生緊急醫療情況時獲得護理

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

如果您發生緊急醫療情況，請：

- **儘快尋求幫助。**撥打 911 求救或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不需要經過您的初級保健提供者批准或先從您的初級保健提供者處轉診。您不需要使用網絡內醫生。您可以在任何需要的時候，在美國或其領土，從任何擁有適當州執照的提供者處獲得承保的緊急醫療服務，即使這些提供者並不屬於我們的網絡。
- **請務必盡快向我們的計劃通知您的緊急情況。**我們需要跟進您的緊急護理。您或其他人士應致電（通常在 48 小時內）說明您的緊急護理情況。請致電會員服務部（電話號碼載於您的身份卡上）。

緊急醫療情況下的承保服務

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

此外，我們的計劃可在您需要時提供全球緊急醫療承保/全球急症治療承保/全球緊急載送服務，最高福利金額達 \$50,000。有關詳細資訊，請查看本文件第 4 章中的醫療福利表。

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

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

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

如果不是緊急醫療情況，該如何處理？

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

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

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

第 3.2 節 在急需服務時獲得護理

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

如要尋找提供急症護理服務的網絡內提供者，請查看網站 www.elderplan.org 上「醫療服務提供者與藥房目錄」中的急症護理中心。

如果您不在服務區內，因此無法從網絡內提供者處獲得護理，我們的計劃將為您從任何醫療服務提供者處獲得的急症治療服務承保。

我們計劃承保美國境外的全球急診和緊急護理服務，最高賠付金額達 \$50,000。（請參閱第 4 章的福利表，瞭解詳細資訊。）

第 3.3 節 災難期間獲取護理

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

瀏覽 www.elderplan.org 瞭解如何在災難期間獲得所需護理。

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

第 4 節 如果您直接收到承保服務全部費用的帳單，該如何處理？

如果您為承保的服務進行了付費，**或者**如果您為承保的服務支付的費用已超過我們的計劃費用分攤，或您收到承保的醫療服務全部費用的帳單，可要求我們支付我們應承擔的承保服務費用。有關具體操作方法，請參閱第 7 章。

第 4.1 節 如果我們的計劃不承保服務

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

對於有福利限制的承保的服務，在使用完該類型承保的服務的福利後，您還需要支付所接受的任何服務的全部費用。如果您支付了費用，一旦您的福利上限達到，這些費用將不計入您的網絡內和網絡外的總自付上限。如果想要知道您已使用了多少福利限制，您可以致電會員服務部。

第 5 節 臨床研究中的醫療服務

第 5.1 節 什麼是臨床研究

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

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

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

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

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

第 5.2 節 誰來支付臨床研究的服務費用

當您開始參加 Medicare 核准的臨床研究後，您在研究過程中所接受的例行項目和服務都在傳統的聯邦醫療保險給付範圍內，包括：

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

在 Medicare 支付了其對這些服務的費用分攤後，我們的計劃將支付傳統的聯邦醫療保險費用分攤與您作為計劃會員的網絡內費用分攤之間的差額。這就是說，參與研究時您為所接受的服務支付的費用將和從我們的計劃接受這些服務時相同。但是，您必須提交證明您支付了多少費用分攤的文件。有關提交付款請求的更多資訊，請參閱第 7 章。

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

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

- 通常，Medicare 不會為研究正在測試的新項目或服務支付費用，除非是即使不參與研究，Medicare 也會承保的項目或服務。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

- 只用於收集資料而不是直接對您進行醫療保健而提供的項目或服務。例如，在您的治療狀況通常只需一次 CT 掃描時，Medicare 將不會為在研究中進行的每月 CT 掃描支付費用。
- 由研究贊助商免費為試驗參與者提供的項目和服務。

取得有關參與臨床研究的詳細資訊

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

第 6 節 有關在宗教性非醫療健康護理機構獲得護理的規定

第 6.1 節 宗教非醫療保健機構

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

第 6.2 節 如何從宗教非醫療保健機構獲得護理

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

- **非例外**醫療護理或治療是指**自願而並非**聯邦、州或地方法律要求的任何醫學護理或治療。
- **特例**醫療護理或治療是指會員**非自願**接受，或是聯邦、州或地方法律**強制規定**的任何醫療護理或治療。

要獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療健康護理機構接受的護理必須符合以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 聯邦醫療保險認證。
- 我們的計劃僅承保**非宗教**方面的護理。
- 如果您從該機構獲得的服務在機構中提供，則下列條件適用：
 - 您的病症必須允許您接受住院治療或專業護理機構護理的承保服務。
 - – **並且** – 您必須在進入該機構之前事先得到我們計劃的批准，否則您的住院將無法獲得承保。

Medicare 聯邦醫療保險住院護理承保範圍限制適用。請查看第 4 章第 2.1 節的醫療福利表。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定

第 7.1 節 根據我們的計劃，您不能在一定次數的付款後擁有耐用醫療設備

耐用醫療設備 (DME) 包括氧氣設備與用品、輪椅、助行器、動力床墊系統、拐杖、糖尿病用品、言語產生裝置、IV 輸液泵、霧化器和醫院病床等物品，由提供者訂購供會員在家中使用。會員總是擁有一些 DME 項目，例如義肢。您必須租用的其他類型的 DME。

在傳統的聯邦醫療保險中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的共付額後即可擁有該設備。作為 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的會員，您在參保我們計劃期間，無論為設備支付多少次共付額，通常都不會獲得已租賃 DME 的擁有權。即時您在加入我們的計劃前已透過傳統的聯邦醫療保險為 DME 設備連續支付 12 次費用，您仍無法取得該設備的擁有權。

如果您轉到傳統的聯邦醫療保險，您已為耐用醫療設備支付的費用會怎樣？

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

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

範例 1：在加入我們的計劃之前，您為傳統的聯邦醫療保險下的設備連續付款不超過 12 次。您在傳統的聯邦醫療保險下支付的款項不計算在內。

範例 2：在加入我們的計劃之前，您為傳統的聯邦醫療保險下的設備連續付款不超過 12 次。在我們的計劃中，您沒有獲得項目的所有權。然後，您轉回了傳統的聯邦醫療保險。返回傳統的聯邦醫療保險後，您必須再連續支付 13 次才能擁有該設備。您之前的任何付款（無論是我們的計劃還是傳統的聯邦醫療保險）都不計算在內。

第 7.2 節 氧氣設備、供應和維護規則

若您符合 Medicare 聯邦醫療保險氧氣設備承保的條件，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將為您承保：

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

如您退出 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 或在醫療方面不再需要氧氣設備，必須退還該設備。

第 3 章: 使用我們的計劃獲得醫療服務

如您離開我們的計劃並回到傳統的聯邦醫療保險會發生什麼？

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

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

第 4 章： 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

第 1 節 瞭解您為承保服務支付的自付費用

醫療福利表中列有您的承保服務，並顯示了您作為 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 會員將為每項承保的服務支付的費用。本節還提供了有關未承保的醫療服務的資訊。

第 1.1 節 您需要為承保服務支付的自付費用

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

您可能需要為承保藥物支付的自費費用類型包括：

- **自付額：**是指在本計劃開始支付其應承擔費用前，您必須先為醫療服務支付的金額。（第 1.2 節介紹關於您的計劃自付扣除金的詳細資訊。）（第 1.3 節介紹有關您對於某些特定類型服務的自付扣除金的詳細資訊。）
- **共付額：**您每次接受特定醫療服務時所支付的固定金額。您需要在接受醫療服務時支付共付額。（醫療福利表介紹有關您的定額手續費的詳細資訊。）

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- **共同保險**：指您支付特定醫療服務總費用的百分比。
您需要在接受醫療服務時支付共同保險。（醫療福利表介紹有關您的共同保險的詳細資訊。）

第 1.2 節我們的計劃自付額

您的自付扣除金為 **\$257**。在您支付的費用達到自付額之前，您必須支付承保服務的全部費用。在您支付自付額後，在當日曆年的剩餘時間內，我們將為承保醫療服務支付我們應承擔的費用，您將開始支付您應承擔的費用（您的共付額或您的共同保險）。

這些是 2025 年的費用分攤金額，在 2026 年可能有變。
Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將在變更發佈後儘快提供更新的費用資訊，您可透過
www.elderplan.org 查看。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

網絡內自付額適用於以下服務：

心臟復健服務、強化心臟復健服務、肺病復健服務、適用於症狀性外周動脈疾病 (PAD) 的監督運動療法 (SET) 服務、部分住院服務、密集門診計劃服務、居家保健服務、主治醫生服務、脊椎推拿服務、職能治療服務、專科醫生服務、精神健康專家服務個人和團體治療、足病學服務、其他健康護理專業人員、精神科服務個人和團體治療、物理治療和言語語言病理學服務、其他遠程醫療服務、診斷程序/檢查/化驗服務、放射線治療服務、門診 X 光服務、門診醫院服務、觀察服務、門診手術中心 (ASC) 服務、門診藥物濫用戒除服務個人和團體治療、門診血液服務、地面救護車服務、空中救護車服務、假體/醫療用品、透析服務、腎病教育服務、青光眼篩檢、糖尿病自我管理培訓。

由於我們的會員還從 Medicaid 醫療補助獲得援助，因此您可能無需就自付額支付任何費用。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

第 1.3 節 我們的計劃針對來自網絡內提供者的某些類型的服務配有單獨的扣除額

除了適用於您的所有承保醫療服務我們的計劃自付扣除金，我們還對特定類型的服務收取自付扣除金。

本計劃對某些服務設有自付額：

- 對於急性住院護理，我們為每個受益期設定的自付額為 \$0 或 \$1,676。在您支付的費用達到自付額之前，您必須支付急性科住院服務的全部費用。在您支付的費用達到自付額之後，在曆年的剩餘時間內，我們將為這些服務支付我們應承擔的費用，您也將支付您應承擔的費用（您的共付費或共同保險）。
- 對於精神科住院，我們為每個受益期設定的自付額為 \$0 或 \$1,676。在您支付的費用達到自付額之前，您必須支付精神科住院服務的全部費用。在您支付的費用達到自付額之後，在曆年的剩餘時間內，我們將為這些服務支付我們應承擔的費用，您也將支付您應承擔的費用（您的共付費或共同保險）。由於我們的會員還從 Medicaid 醫療補助獲得援助，因此您可能無需就自付額支付任何費用。

這些是 2025 年的費用分攤金額，在 2026 年可能有變。

Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將在變更發佈後儘快提供更新的費用資訊，您可透過

www.elderplan.org 查看。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

第 1.4 節 您最多需要為 **Medicare A** 部分和 **B** 部分承保的醫療服務支付多少費用？

註：由於我們的會員也從 Medicaid 獲得幫助，因此極少有會員曾達到此綜合自付費用金額上限。如果您根據 Medicaid 醫療補助有資格獲得 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤協助，您無需支付任何自費費用，直至達到承保的 A 部分和 B 部分服務的自付費用金額上限。

Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃對您每年為我們計劃承保的網絡內醫療服務自付的金額有限制。該限制稱為醫療服務的最高自付費用 (MOOP) 金額。**2026 曆年的 MOOP 金額為 \$9,250。**

您為網絡內和網絡外合併承保服務支付的自付額、共付額和共同保險將計入這個合計的最高自付費用金額。您為計劃保費及 D 部分藥物支付的金額不計入合併最高自付費用金額。如果達到最高自付費用總額 \$9,250，您將不需要為該年剩餘時間內承保的 A 部份和 B 部份服務支付任何自付費用。但是，您必須繼續支付計劃保費和 Medicare B 部分保費（除非 Medicaid 或其他第三方為您支付 B 部分保費）。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

第 1.5 節 醫療服務提供者不得向您收取差額費用

作為 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)，您將獲得重要的保障，因為在滿足任何自付額後，當您獲得我們計劃承保的服務時，您只需支付自己的分攤費用金額。醫療服務提供者不可單獨收取其他費用，也叫做**差額費用**。即使我們向提供者支付的費用比提供者對此服務收取的費用少，或者因為有爭議我們沒有支付特定提供者收取的費用，這項保護也適用。

差額收費保障的工作原理如下：

- 如果您的費用分攤為共付額（固定的金額，例如 \$15.00），您只需要為網絡內提供者提供的任何承保的服務支付該金額即可。
- 如果您費用分攤為共同保險（佔總費用的百分比），則您支付的費用絕對不會超過該百分比。但是，您的費用取決於您看的是哪種類型的醫療服務提供者：
 - 如果您從網絡內醫療服務提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以我們計劃的償付費率（該報銷費率由醫療服務提供者與我們計劃簽訂的合約決定）。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 如您從參與 Medicare 的網絡外服務提供者獲取承保的服務，您需支付共同保險金比例乘以參與服務提供者的 Medicare 付款率。（我們的計劃只在特定情況下，例如您獲得轉診或需要緊急醫療或急症治療服務時，才會承保網絡外服務提供者提供的服務。）
- 如您從未參與 Medicare 的網絡外服務提供者獲取承保的服務，則您需支付共同保險金比例乘以未參與服務提供者的 Medicare 付款率。（我們的計劃只在某些情況下承保網絡外提供者提供的服務，例如轉診、緊急醫療或服務區域以外急需服務。）
- 如您認為醫療服務提供者向您收取差額費用，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

第 2 節 醫療福利表顯示您的醫療福利和費用

下頁中的醫療福利表列出 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 承保的服務和您為各項服務支付的自費金額（請參閱第 5 章中的 D 部分藥物保險）。只有在符合以下要求時，醫療福利表中所列的服務才能獲得承保：

- 您的 Medicare 承保的服務必須根據 Medicare 的承保指南進行。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分藥物）必須具有醫療必需性。醫療必需表示服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療情況所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
- 對於新參保者，您的 MA 協調式護理計劃必須提供至少 90 天過渡期，在此期間，對於任何積極治療療程，新 MA 計劃可能不會要求事先授權，即使該療程是由網絡外醫療服務提供者開始的服務。
- 您從網絡內服務提供者處接受護理。您也可從網絡外提供者處獲得護理。您的計劃有一個服務點 (POS) 選項，承保網絡外提供者提供的特定服務和福利。第 3 章提供有關使用網絡內提供者的要求以及何種情況下我們會承保網絡外提供者所提供服務的詳細資訊。
- 您有一個初級保健提供者 (PCP) 來為您提供和監管護理。
- 醫療福利表中列出的某些服務，**只有在**您的醫生或其他網絡提供者事先獲得我們的批准（有時稱為「事先授權」）的情況下才予以承保。醫療福利表中標出「需獲得預先核准」的承保服務。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保範圍的其他重要注意事項：

- 您同時受到 Medicare 和 Medicaid 承保。Medicare 聯邦醫療保險承保健康護理和處方藥。Medicaid 醫療補助承保您為 Medicare 聯邦醫療保險服務分攤的費用，包括急性住院和精神科住院。Medicaid 還承保 Medicare 不承保的服務，如預防性牙科服務和非緊急載送服務。
- 像所有的 Medicare 保健計劃一樣，我們承保傳統的聯邦醫療保險承保的所有項目。（如要瞭解承保範圍和傳統的聯邦醫療保險的費用詳情，請參閱 2026 年 *Medicare 與您 (Medicare & You 2026)* 手冊。線上瀏覽 www.Medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。）
- 對於在傳統的聯邦醫療保險下免費承保的預防性服務，我們也免費為您承保這些服務。但是，如果您在獲得預防性服務的同時也獲得針對現有病症的治療或監視，您將需要為針對現有病症所接受的護理支付定額手續費。
- 如果 Medicare 在 2026 年中為任何新服務添加承保，Medicare 或我們的計劃將為這些服務承保。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 會協調您的 Medicare 聯邦醫療保險承保範圍 (請查看本節的醫療福利表)。您可能有權享受紐約州 Medicaid 醫療補助計劃下的其他 Medicaid 醫療補助福利。Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 不會為您的 Medicaid 醫療補助福利承保 (請查看第 4 章第 3.1 節)。如對您的 Medicaid 醫療補助福利有疑問, 請致電紐約州衛生署 (社會服務部) HRA Medicaid 熱線 1-888-692-6116, TTY 使用者可致電 711, 服務時間為週一至週五上午 9 點至下午 5 點。
- 如果您處於本計劃中視為仍然符合資格的 3 個月內, 我們將繼續提供所有 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃承保的 Medicare 福利。但是, 在此期間內, Medicare 聯邦醫療保險基本和補充福利的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤不變。

如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格, 只要您遵守上述承保要求, 即無需為醫療福利表中列出的服務付費。

關於罹患慢性病的參保者的重要福利資訊

- 如果您經診斷患有以下慢性病並符合特定標準, 您可能符合獲得慢性病患者特定附加福利的資格。
 - 慢性酒精和其他物質使用障礙 (SUD), 包括但不限於以下各項

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 菸草使用及相關症狀
- 自身免疫性疾病，包括但不限於以下各項：
 - 結節性多動脈炎
 - 風濕性多肌痛症
 - 多肌炎
 - 類風濕性關節炎
 - 全身性紅斑狼瘡
- 癌症
- 癌症包括但不限於：
 - 白血病
 - 何杰金氏淋巴瘤
- 心血管疾病，包括但不限於以下各項：
 - 心律失常
 - 冠狀動脈疾病
 - 周邊血管疾病
 - 慢性靜脈血栓栓塞症
- 慢性心臟衰竭或心臟病，包括但不限於以下各項：
 - 高血壓
- 失智症

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 糖尿病，包括但不限於糖尿病併發症，例如：
 - 糖尿病視網膜病變
 - 糖尿病腎病
 - 糖尿病神經病變
- 糖尿病
- 慢性腸胃疾病，包括但不限於以下各項：
 - 炎症性腸道疾病 (IBD)
 - 克隆氏症
 - 潰瘍性結腸炎
 - 腸易激綜合征 (IBS) ,
 - 腹腔疾病
 - 晚期肝病
 - B 型肝炎
 - C 型肝炎
 - 囊腫纖維化症
- 嚴重的血液疾病，包括但不限於以下各項：
 - 再生障礙性貧血
 - 貧血
 - 血友病
 - 自身免疫性血小板減少性紫癜症

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 骨髓增生異常綜合症
- 鎌狀細胞病 (不包括鎌狀細胞性狀)
- 慢性靜脈血栓栓塞症
- 真性紅血球增多症
- 地中海型貧血
- 血小板減少症
- 原發性巨球蛋白血症
- 原發性血小板增多症
- 血色素沉著症
- HIV/AIDS (艾滋病)
- 慢性肺病, 包括但不限於以下各項:
 - 哮喘
 - 慢性支氣管炎
 - 支氣管炎
 - 肺氣腫
 - 慢性阻塞性肺病 (COPD)
 - 肺纖維化
 - 肺動脈高血壓
- 慢性和致殘性精神健康疾病, 包括但不限於以下各項:
 - 躁鬱症

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 嚴重抑鬱症
- 偏執性障礙
- 精神分裂症
- 精神分裂感情型障礙
- 飲食失調
- 神經功能障礙，包括但不限於以下各項：
 - 阿茲海默症和其他失智症
 - 肌萎縮性脊髓側索硬化症 (ALS)
 - 癲癇
 - 大範圍癱瘓（即偏癱、四肢癱瘓、截癱、單癱）
 - 亨廷頓氏病
 - 多發性硬化
 - 帕金森病
 - 多發性神經病變
 - 椎骨狹窄症
 - 中風相關的神經功能缺損
- 中風
- 器官移植後
- 免疫缺陷和免疫抑制性疾病，包括但不限於以下各項。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 嚴重複合型免疫缺陷 (SCID)
- 常見變異性免疫缺陷 (CVID)
- X 連鎖無丙種球蛋白血症 (XLA)
- 狄喬治氏症候群
- 慢性肉芽腫病 (CGD)
- Wiskott-Aldrich 氏症候群
- 補體缺陷
- 認知障礙相關疾病，包括但不限於以下各項：
 - 阿茲海默症
 - 帕金森氏症
 - 路易體癡呆
 - 額顳葉失智症 (FTD)
 - 血管性癡呆
 - 亨廷頓舞蹈病
 - 朊病毒病
 - 創傷性腦損傷 (TBI)
 - 譫妄
 - 憂鬱症與其他精神疾病
 - 正常壓力腦積水 (NPH)
 - 癲癇

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 睡眠障礙
- 功能性挑戰狀況，包括但不限於以下各項：
 - 多發性硬化
 - 肌肉萎縮症
 - 中風
 - 關節炎，包括但不限於以下各項。
 - 類風濕性關節炎 骨關節炎
- 損害視力、聽力（耳聾）、味覺、觸覺和嗅覺的慢性疾病，包括但不限於以下各項。
 - 年齡相關性黃斑退化 (AMD)
 - 弱視
 - 視神經炎
 - 甲狀腺眼疾 (TED)
 - 尤塞氏綜合症
 - 梅尼爾氏症
 - 耳硬化症
 - 自體免疫性內耳疾病 (AIED)
 - 聽神經瘤
 - 萊姆病
 - 格林-巴利症候群

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 腕隧道症候群
 - 需要持續治療服務才能使個人維持或保留功能的病症，包括但不限於以下各項：
 - 重度憂鬱症
 - 創傷後應激障礙 (PTSD)
 - 重度焦慮症
 - 躁鬱症：
 - 大腦性麻痺
 - 慢性腎病 (CKD)
 - 需要透析的晚期腎病 (ESRD)
 - 超重、肥胖和代謝綜合症
 - 骨質疏鬆症
 - 反射性交感神經失養 (RSD) 症候群
- Elderplan (長老計劃) 為患有某些慢性疾病的會員提供雜貨福利、送餐到家服務、某些公用事業賬單付款，包括網際網路福利和租金/抵押貸款援助。加入本計劃後，會員需要證明自己符合資格。
- 請參閱以下醫療福利表中的*慢性病的特殊補充福利*，瞭解詳細資訊。
- 聯絡我們，具體瞭解您可能資格獲得哪些福利。

 此蘋果顯示醫療福利表中的預防性服務。

醫療福利表

承保服務	您需支付的費用
 腹主動脈瘤篩檢 對有患病風險的人進行一次性超音波篩檢。僅當您具有一些風險因素且已獲得您的醫生、醫生助理、護士執業者或臨床專科護士的轉介時，我們的計劃才會承保該篩查。	網絡內 符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。
針灸服務 (非 Medicare 聯邦醫療保險承保)	網絡內 每次就診無需支付共同保險或共付費。對於以下服務，您每年最多可就診 20 次： • 針灸 • 拔罐/艾灸 • 針壓療法 • 推拿 • 刮痧 • 反射療法 • 紅外線療法

承保服務	您需支付的費用
治療慢性腰背痛的針灸 承保服務包括： 在下列情況下，90 天內最多承保 12 次就診： 對於此福利來說，慢性腰背痛的定義為： • 持續 12 週或更長時間； • 非特異性的，無法找到明確的系統性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性疾病等無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 對於症狀有所好轉的患者，還將承保 8 次額外的就診。每年不得超過 20 次針灸治療。 如果患者病情沒有好轉或出現惡化，則必須中止治療。	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的慢性腰背痛針灸服務支付共同保險、共付額或自付額。

承保服務

您需支付的費用

治療慢性腰背痛的針灸 (續)

醫療服務提供者要求：

醫生（如《社會安全法》（下稱「法案」）第1861(r)(1)節規定）可根據適用的州要求提供針灸服務。

醫生助理 (PA)、執業護士 (NP)/臨床護士專科醫生 (CNS)（查看法案 1861(aa)(5)）以及輔助人員在符合所有適用州要求且符合以下條件時可以提供針灸：

- 擁有針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認證的學校頒發的針灸或中醫學碩士或博士學位；以及
- 獲得目前完整有效和不受限制的許可，在美國的州、地區或聯邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區進行針灸。

根據我們的法規 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 的規定，提供針灸的輔助人員必須受到醫生、PA 或 NP/CNS 的適當監督。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
救護車服務 承保的救護車服務，不論是在緊急或非緊急的情況下，包括固定翼救護機、旋翼救護機和地面救護車服務，載送到可提供護理的最近的適當機構（如果接受護理的會員的身體狀況無法使用其他交通手段，否則可能會危及患者的健康，或經過我們的計劃授權）。如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，則應記錄該會員的狀況無法使用其他交通手段，否則可能會危及個人健康且使用救護車進行載運是醫學上必需的。	網絡內 每次單程載送 0% 或 20% 的共同保險* 非緊急 Medicare 聯邦醫療保險服務 需獲得授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助 下的 Medicare 聯邦醫療保險 費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 年度健康檢查 如果您已加入 B 部分 12 個月以上，您可以進行健康年檢，以便根據您目前的健康狀況和風險因素，制定或更新個性化的預防計劃。每 12 個月承保一次。 註：您不能在參加歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險預防性診斷後的 12 個月內接受您的第一次健康年檢。但是，在已加入 B 部分 12 個月以後，您不必參加歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險診斷，也可獲得健康年檢承保。	網絡內 不需要為健康年檢支付共同保險、共付額或自付額。
 骨質測量 對於符合資格的人（通常，這意味著有骨質流失或骨質疏鬆患病風險的人），每 24 個月或更頻繁（如果屬於醫療必需）承保以下服務一次：鑒定骨質量、檢測骨質流失或鑒定骨骼品質的醫療程序，包括醫師對檢測結果的解釋。	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的骨質測量支付共同保險、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 乳腺癌篩檢 (乳房 X 光檢查) 承保服務包括： • 35 歲到 39 歲之間，一次基本乳房 X 光檢查 • 年滿 40 歲及以上的女性，每 12 個月一次篩檢乳腺照影 • 每 24 個月一次臨床乳腺檢查	網絡內 不需要為承保的乳腺照影篩檢支付共同保險、共付額或自付額。
心臟康復服務 會為滿足特定條件且有醫囑的會員承保包括練習、培訓和諮詢在內的心臟康復服務綜合計劃。 我們的計劃還承保強化心臟康復計劃，這些計劃通常比心臟康復計劃更嚴格或強度更大。	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的心臟復健服務，0% 或 20% 的共同保險。* 需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 心血管疾病風險降低診斷 (對於心血管疾病的治療) 我們為您承保每年一次的主治醫生診斷，幫助您降低心血管疾病的風險。在本次診斷中，您的醫生可能會討論阿司匹靈的使用（如果合適）、檢查您的血壓並給予您確保膳食健康的提示。	網絡內 不需要為強化行為治療心血管疾病預防福利支付共同保險、共付額或自付額。
 心血管疾病篩檢檢測 透過血液檢查來檢查心血管疾病（或與心血管疾病風險提高相關的異常情況），每 5 年（60 個月）一次。	網絡內 不需要為心血管疾病檢查（承保每 5 年一次）支付共同保險、共付額或自付額。
 子宮頸癌和陰道癌篩檢 承保服務包括： ● 為所有女性承保：每 24 個月承保一次子宮頸塗片檢查和盆腔檢查 ● 如果您患宮頸癌或陰道癌的風險較高，或您處於生育年齡且在過去 3 年內的子宮頸抹片檢查結果不正常：每 12 個月一次子宮頸塗片檢查	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的預防性子宮頸塗片檢查和盆腔檢查支付共同保險、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
脊椎推拿服務 承保服務包括： • 我們只承保人工矯治脊椎以矯正半脫位的服務	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的脊椎推拿服務，0% 或 20% 的共同保險* *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 結腸直腸癌篩查 承保以下篩檢： - 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高危患者，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非結腸癌高危患者，在既往接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高危患者，在既往接受過結腸鏡檢查後，每 24 個月承保一次。 - 電腦斷層掃描結腸造影適用於 45 歲及以上非結腸直腸癌高風險患者，且在上次進行電腦斷層掃描結腸造影篩檢的月份之後至少已過 59 個月，或上次進行軟式乙狀結腸鏡檢查或結腸鏡篩檢的月份之後至少已過 47 個月，即可獲得承保。對於結腸直腸癌高風險患者，在上次進行電腦斷層掃描結腸造影篩檢或上次進行結腸鏡篩檢的月份之後至少 23 個月後進行電腦斷層掃描結腸造影篩檢，即可獲得付款。	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的結腸直腸癌篩檢支付共同保險、共付額或自付額。如果醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀直腸內視鏡檢查中發現並切除息肉或其他組織，篩檢檢查將變為診斷檢查。

承保服務	您需支付的費用
 結腸直腸癌篩查 (續) ● 對 45 歲及以上的病患進行柔性乙狀結腸鏡檢查。對於非高危患者，在接受過結腸鏡篩檢後，每 120 個月承保一次。對於高危患者，自上一次軟式乙狀結腸鏡檢查或計算機斷層掃描結腸造影檢查後，每 48 個月承保一次。 ● 對於 45 歲及以上的患者提供糞便隱血檢查。每 12 個月一次 ● 對於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者，提供多目標糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。 ● 對於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者，提供血液生物標記物檢測。每 3 年一次。 ● 結腸直腸癌篩檢測試包括在 Medicare 承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢測試返回陽性結果後進行的後續結腸鏡檢查。	

承保服務	您需支付的費用
 結腸直腸癌篩查 (續) 結腸直腸癌篩查檢測包括計劃中的篩檢軟性乙狀結腸鏡檢查或篩檢結腸鏡檢查，其中涉及組織或其他物質的移除，或其他與篩檢檢查相關、因篩檢檢查而產生，且與篩檢檢查在同一臨床診斷中進行的程序。	

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 一般情況，傳統的聯邦醫療保險不會承保預防性牙科服務（例如洗牙、常規牙科檢查和牙科 X 光檢查）。但是，Medicare 在有限的情況下支付牙科服務費用，特別是當該服務是個人主要醫療條件的具體治療的一個組成部分時。例如，骨折或受傷後的顎部重建、為準備接受涉及顎部的癌症放射治療而進行的拔牙，或器官移植前的口腔檢查。此外，我們還承保： 補充性診斷和預防性牙科服務： • 口腔檢查 • 洗牙（預防治療） • 牙科 X 光檢查 • 其他診斷性牙科服務	綜合牙科服務 網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的綜合牙科福利，0% 或 20% 的共同保險* Medicare 聯邦醫療保險將僅支付您在住院時獲取的某些牙科服務的費用。如果您需要進行緊急或複雜的牙科程序，Medicare 聯邦醫療保險可支付相關住院醫院護理費用。

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續) 補充性綜合牙科服務： ● 修復服務 ● 牙髓治療服務 ● 牙周病治療服務 ● 假牙修復服務 (可摘除義齒) ● 上頷面修復服務 ● 植牙服務 ● 假牙修復服務 (固定義齒) ● 口腔和上頷面手術 ● 附加一般服務	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。 補充性診斷和預防性牙科服務 (網絡內和網絡外合併) 補充性診斷和預防性牙科服務的承保僅限於下列類別中選定的服務代碼。網絡內服務和網絡外服務合計計算。

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	不需要為以下服務支付共同保險、共付額或自付額： 選擇口腔檢查服務代碼： ● 有限口腔檢查：每月 1 次 ● 口腔檢查：每 6 個月 1 次和每 12 個月 1 次 <u>牙科 X 光檢查服務</u>：指定服務代碼包括但不限於 ● 牙科 X 光檢查：每 6 個月 1 次和每 12 個月 1 次 ● 牙科 X 光檢查：每 36 個月 1 次

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	• 全景攝片與頭部測量攝片：每 36 個月 1 次 • 口腔/面部攝影影像：每 6 個月 2 次 • 牙科 X 光檢查：每 12 個月承保 2 次 • 牙科 X 光檢查：指定服務代碼的承保無頻次限制。 <u>預防性服務 (洗牙)：</u> • 洗牙 (預防治療)：每 6 個月 1 次 <u>其他診斷性牙科服務：</u> • 指定服務代碼的承保無頻次限制。

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	補充性綜合牙科服務： 網絡內和網絡外合計 補充性綜合牙科服務的承保範圍僅限於來自以下類別的指定服務代碼。根據美國牙科協會 (ADA) 指引，福利頻次可能限於每顆牙/每一牙弓/每象限 1 次服務。 <u>修復服務</u>：指定服務代碼 ● \$0 的共付額/每 12 個月承保 1 次 ● \$0 的共付額/每 24 個月承保 1 次

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	• \$0 的共付額/每 60 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 12 個月承保 2 次 • \$0 的共付額/終身承保 1 次 • 選定代碼共付額為 \$0，且無頻次限制 牙髓治療服務：指定服務代碼 • \$0 共付額/終生 1 次。 • 選定代碼共付額為 \$0，且無頻次限制。

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	牙周病治療服務： 指定服務代碼： • \$0 的共付額/每 6 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 12 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 24 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 36 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 60 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/終身承保 1 次 • 選定代碼共付額為 \$0，且無頻次限制。

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	<u>假牙修復，可摘除假牙：指定服務代碼</u> • \$0 的共付額/每 12 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 12 個月承保 2 次 • \$0 的共付額/每 12 個月承保 4 次 • \$0 的共付額/每 24 個月承保 1 次 • 選定代碼共付額為 \$0，且無頻次限制。 <u>頤面假體服務：指定服務代碼</u> • \$0 的共付額/每 6 個月承保 1 次

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	• \$0 的共付額/每 12 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 12 個月承保 2 次 • \$0 的共付額/每 2 個月承保 6 次 • 選定代碼共付額為 \$0，且無頻次限制。 <u>植入物服務</u>：指定服務代碼 • \$0 的共付額/每 12 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 24 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 8 個月承保 1 次

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	• \$0 的共付額/終身承保 1 次 • 選定代碼共付額為 \$0，且無頻次限制 <u>假牙修復服務 (固定義齒)</u>：指定服務代碼 • \$0 的共付額/每 60 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 24 個月承保 1 次 • 選定代碼，共付額為 \$0 <u>口腔和上頷面手術</u>：指定服務代碼 • \$0 的共付額/每 6 個月承保 1 次

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	• \$0 的共付額/每 12 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 24 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 60 個月承保 2 次 • \$0 的共付額/終身承保 1 次 • \$0 的共付額/終身承保 2 次 • \$0 的共付額/終身 3 次 • 選定代碼共付額為 \$0，且無頻次限制

承保服務	您需支付的費用
牙科服務 (續)	<u>附加一般服務：指</u> <u>定服務代碼</u> • \$0 的共付額/每 7 天承保 1 次 • \$0 的共付額/每 6 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 12 個月承保 1 次 • \$0 的共付額/每 12 個月承保 2 次 • 選定代碼共付額 為 \$0，且無頻 次限制。 如需詳細瞭解哪些 服務受保，請聯絡 會員服務部。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 憂鬱症篩檢 我們對每年一次的憂鬱症篩查承保。必須在可以提供後續治療和轉診的初級醫療環境中完成篩檢。	網絡內 不需要為年度憂鬱症篩檢就診支付共同保險、共付額或自付額。
 糖尿病篩檢 如果您有任何這些風險因素，我們會為您承保此篩查（包括空腹血糖測試）：高血壓、膽固醇和甘油三酸酯異常（血脂異常）歷史、肥胖或高血糖歷史。如果您符合其他要求（例如，超重和有糖尿病家族史），也可以承保檢查。 您可能有資格在最近的糖尿病篩檢日期後每 12 個月獲得最多 2 次糖尿病篩檢。	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的糖尿病篩檢測試支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。

承保服務	您需支付的費用
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務及用品 適用於患有糖尿病的所有人（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括： ● 監測血糖的用品：血糖監測儀、血糖試紙、採血針裝置和採血針，以及用於檢查試紙和監測儀準確性的血糖控制解決方案。 ● 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病病患：每個日曆年一雙治療性定製鞋（包括隨此類鞋提供的插入物）和 2 對附加插入物，或一雙深鞋和 3 對插入物（不包括隨此類鞋提供的非定制可拆卸鞋墊）。承保包括試穿。 ● 在某些情況下，會承保糖尿病自我管理培訓。	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的糖尿病自我管理培訓、青光眼篩檢、治療用鞋或鞋墊，0% 或 20% 的共同保險。* 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的糖尿病用品，\$0 的共付費。僅限使用指定製造商製造的糖尿病試紙和血糖儀：Abbott Diabetes Care 和 Ascensia Diabetes Care。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務及用品 (續)	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品 (有關耐用醫療設備的定義, 請參閱第 12 章和第 3 章) 承保用品包括但不限於: 輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的在家使用的醫院病床、靜脈注射 (IV) 輸液泵、言語產生裝置、氧氣設備、噴霧器和助行器。 我們可承保傳統的聯邦醫療保險承保的所有醫療必需的 DME。如果您所在區域內的供應商沒有特定品牌或製造商, 則應詢問他們是否可以特地為您預訂。最新的供應商名單可在我們的網站 www.elderplan.org 上找到。	網絡內 對於 Medicare 承保的耐用醫療設備 (DME) 和相關用品, 0% 或 20% 的共同保險。* 僅特定項目需要授權, 譬如但不限於高價值、機動和定製的設備或項目。 對於網絡內藥房提供的 Freestyle Libre 持續血糖監測儀和用品, 您支付 \$0 的共付額。可能需要授權。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品 (續)	對於 Medicare 聯邦醫療保險氧氣設備、用品和維修，每月支付 0% 或 20% 的共同保險。[*] 參保 36 個月後，您的費用分攤不變。 [*]如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
緊急護理 緊急護理是指以下服務：<!--</p--> • 由具備提供緊急醫療服務資格的人員提供，及 • 屬評估或穩定緊急醫療情況需要。 緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行人認為自己出現的症狀需要立即就醫以防發生生命危險（若您是一名孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失的情況。醫療症狀包括疾病、損傷、劇痛或迅速惡化的醫療狀況。 您在網絡外獲得的必要緊急服務的費用分攤與您在網絡內獲得這些服務時的費用分攤相同。 全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保 不需要為全球緊急醫療/緊急載送/急症治療承保支付共同保險或共付額。（最高福利金額為 \$50,000）。	對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險（最多 \$115）* 若您在 24 小時內因相同病症住院，則不需要支付共同保險。 如果您從網絡外醫院獲得緊急醫療護理且在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須去網絡內醫院才能讓您的護理繼續獲得承保，或您必須在我們計劃授權的網絡外醫院接受住院治療且您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
緊急護理 (續)	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。
Flex 卡	不需要為現金 Flex 卡支付共同保險或共付額。 您在 2026 年將獲得用於牙科、視力、聽力和/或健身服務的自付費用補貼為 \$500。 任何未使用的福利金將於該曆年結束時或您退出計劃時到期。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 健康和保健教育計劃 健身福利 (健身房的使用) 會員可免費使用 Silver&Fit® 健康老齡化和鍛煉計劃。根據此計劃,會員可免費使用參與計劃的健身中心。此外,會員可在每個福利年度免費選擇 1 (一) 套家庭健身套件。會員也可使用其他 Silver&Fit 計劃功能,包括數以千計的點播健身影片、透過健康俱樂部舉辦的線上活動,以及專門的教練課程。 Silver&Fit® 免費電話為 1-877-427-4788 (TTY 711),服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 9 點。 免責聲明: Silver&Fit® 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. (American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司) 提供。Silver&Fit® 是 ASH 的商標,經許可在此使用。套件可能會變更。健身中心的參與情況可能會因地點而異,並可能會有所變更。	網絡內 不需要為健身福利支付共同保險或定額手續費。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 健康和保健教育計劃 (續) BrainHQ® 推出的記憶力保健計劃 會員可以使用線上記憶力保健計劃，透過遊戲、拼圖和其他趣味練習來改善大腦機能。會員還可以參加每月一次的大腦健康網路研討會和關於記憶力的線上課程。如需註冊，請瀏覽 elderplan.brainhq.com。BrainHQ® 免費電話 (888-496-1675)，TTY 使用者請致電 711，服務時間為週一至週五上午 10 點至晚上 7 點。	網絡內 不需要為 BrainHQ® 支付共同保險或共付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
聽力服務 當您從醫生、聽力學家或其他合格的提供者那裡獲得診斷性聽力和平衡評估以確定您是否需要醫療時，這些評估將作為門診護理承保。	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的聽力診斷檢查，0% 或 20% 的費用*。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

承保服務	您需支付的費用
聽力服務 (續) 非 Medicare 聯邦醫療保險承保的聽力服務 (每三年一次) : • 例行聽力檢查 • 助聽器, 包括所有類型 • 助聽器驗配/評估	不需要為每三年一次的非 Medicare 聯邦醫療保險承保的常規聽力檢查、助聽器驗配/評估以及助聽器 (所有類型) 支付共同保險、共付額。 每 3 年為兩隻耳朵合共承保最多 \$1,300 的助聽器 (所有類型) 費用。需要醫生或專科醫生授權。
 HIV 篩檢 對於要求進行 HIV 篩查或感染 HIV 病毒風險增大的人士, 我們承保以下服務: • 每 12 個月一次篩檢。 如果您懷孕, 我們將承保: • 懷孕期間最多 3 次篩檢	網絡內 符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩查資格的會員無需支付共同保險、定額手續費或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
居家護理機構提供的護理 在您接受居家護理服務之前，必須由醫生認證您需要居家護理服務，並且預訂由家庭護理機構提供的居家護理服務。您必須困居家中，意即離家是很麻煩的事。 承保服務包括但不限於： ● 非全日或間斷性專業護理和家庭健康助手服務（若要獲得居家健康護理福利承保，您所接受的專業護理和家庭健康助手服務合計必須少於每天 8 小時，少於每週 35 小時） ● 物理治療、職能治療與言語治療 ● 醫療和社會服務 ● 醫療設備和用品	網絡內 不需要為居家護理機構提供的護理服務支付共同保險或共付額。 需要授權。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
居家輸液治療 居家輸液治療包括在家中為患者靜脈或皮下輸注藥物或生物製劑。進行居家輸液所需的組件包括藥物（例如抗病毒藥、免疫球蛋白）、設備（例如幫浦）以及用品（例如管子和導管）。 承保服務包括但不限於： ● 專業服務，包括護理服務，按照我們的護理計劃提供 ● 在耐用醫療設備福利下不承保的患者培訓和教育 ● 遠程監控 ● 針對由符合資格的居家輸液治療供應商提供的居家輸液治療和居家輸注藥物的監測服務	網絡內 對於下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，0% 或 20% 的共同保險*： ● Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥。某些藥物可能需要獲得授權。 ● 耐用醫療設備 (DME) 和相關用品。僅特定項目需要授權，譬如但不限於高價值、機動和定製的設備或項目。 ● 醫療用品。需要授權。

承保服務	您需支付的費用
居家輸液治療 (續)	• 不需要為居家護理機構提供的護理服務支付共同保險或共付額。需要授權。 網絡內和網絡外 對於下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，0% 或 20% 的共同保險 *： • 專科醫生診室就診。 • 其他健康護理專業人員服務。只有直接由執業護士或醫生助理出具賬單的居家訪視需要授權。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
居家輸液治療 (續)	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
臨終關懷護理 如果您的醫生和善終護理醫療顧問為您作出絕症預後判斷，證明您患有絕症且若您的疾病如常進展，在世剩餘時間不超過 6 個月，則您有資格享受臨終關懷福利。您可以從任何經 Medicare 認證臨終關懷計劃中獲得護理。我們的計劃有義務協助您在我們的計劃服務區域內找到經 Medicare 認證的臨終關懷計劃，包括我們擁有、控制或有經濟利益的計劃。您的善終護理醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。 承保服務包括： • 用於控制症狀與減輕疼痛的藥物 • 短期臨時護理 • 居家護理 當您入住臨終關懷醫院時，您有權留在我們的計劃中；如果您繼續參加我們的計劃，您必須繼續支付計劃保費。	網絡內 在您參與獲得 Medicare 認證的善終計劃後，您的善終服務以及與您的絕症預後相關的 A 部分和 B 部分服務均由傳統的聯邦醫療保險（而不是 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)）支付費用。 在您選擇臨終關懷服務前，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將支付一次諮詢就診的費用。

承保服務	您需支付的費用
臨終關懷護理 (續) 針對臨終關懷服務以及與您絕症預後有關的 Medicare A 部分或 B 部分 給付服務：傳統的聯邦醫療保險（並非我們的計劃）將為您臨終關懷護理服務的提供者和與您的末期預後有關的任何 A 部分和 B 部分服務付款。參加善終計劃後，您的善終護理服務醫療服務提供者會向傳統的聯邦醫療保險寄送該計劃應為您支付的服務的賬單。傳統的聯邦醫療保險將向您收取費用分攤。 對於 Medicare A 部分和 B 部分 承保但不與您的絕症預後相關的服務：如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的非急診、非急症治療服務，您使用這些服務的費用取決於您是否使用計劃的網絡內醫療服務提供者，和遵循計劃規則（比如如果要求取得事先授權）。 • 如果您獲得網絡醫療服務提供者提供的承保服務並遵循獲取服務的計劃規則，您只需支付網絡內服務的計劃費用分攤金額	

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
臨終關懷護理 (續) • 如果您獲得網絡外提供者提供的承保服務，您需要支付傳統的聯邦醫療保險下的費用分攤 對於 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 承保，但 Medicare 聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份不承保的服務：Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將繼續承保那些 A 部分或 B 部分不承保的計劃承保服務，無論它們是否與您的絕症預後相關。您需要為這些服務支付我們的計劃費用分攤。 對於我們計劃的 D 部分福利可能承保的藥物：如果這些藥物與您的絕症善終計劃無關，您需要支付分攤費用。如果與您的絕症善終計劃有關，您需要支付傳統的聯邦醫療保險的費用分攤。臨終關懷計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節。	

承保服務	您需支付的費用
臨終關懷護理 (續) 註：如果您需要非臨終關懷護理（與您的末期預後無關的護理），請聯絡我們安排服務。 我們的計劃承保為沒有選擇臨終關懷福利的絕症患者提供的臨終關懷諮詢服務（只有一次）。	

承保服務	您需支付的費用
 免疫接種 承保的 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分服務包括： ● 肺炎疫苗 ● 流感疫苗，每年秋季和冬季流感季接種一次，如果具有醫療必需性，可接種多次 ● B 型肝炎疫苗，如果您有罹患 B 型肝炎的高度或中度風險 ● COVID-19 疫苗 ● 其他疫苗（如果您有患病風險且疫苗符合 Medicare B 部分的承保規則） 我們也承保大部分我們 D 部分藥物福利所涵蓋的其他成人疫苗。如需更多資訊，請參閱第 6 章第 8 節。	網絡內 不需要為肺炎、流感、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗支付共同保險、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
住院醫院護理 包括急性住院護理、住院復健、長期護理住院及其他類型的住院服務。住院治療從您聽從醫生要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。 承保服務包括但不限於： ● 半私人病房（或醫療必需時的私人病房） ● 包括特殊飲食在內的膳食 ● 常規護士護理服務 ● 特殊護理病房費用（例如，重症監護病房或冠心病監護病房） ● 藥物和用藥 ● 化驗 ● X 光及其他放射科服務 ● 必要的手術及醫療用品 ● 器械（例如輪椅）的使用 ● 手術室與康復室費用 ● 物理治療、職能治療與言語語言治療 ● 住院藥物濫用服務	網絡內 在界定的受益期期間，適用按住院標準計算的自付額。 我們的計劃承保 90 天的住院治療。我們的計劃還提供 60 天「終身儲備日」保障。此為我們的「額外」承保天數。如果您的住院天數多於 90 天，則可使用這些額外天數。但當您用完這額外的 60 天後，您的住院護理承保範圍將限制在 90 天。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
住院醫院護理 (續)	受益期從您住進 Medicare 聯邦醫療保險承保的住院醫院或專業護理設施的第一天開始算起。受益期至您連續 60 天不用住院或接受 SNF 護理時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院 (或 SNF)，則會開始一個新的受益期。您享有的受益期的數量沒有限制。

承保服務	您需支付的費用
住院醫院護理 (續)	2025 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,676 的自付額。第 1 至 60 天：每天的共付額為 \$0。第 61-90 天：每天的共付額為 \$419。91 天及以上：每個受益期的第 90 天後，所動用的每個「終身儲備日」的共付額為 \$838 (終身最多 60 天)。超出終身儲備日後：您支付所有費用。 需要授權。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
住院醫院護理 (續)	這些是 2025 年的費用分攤金額，在 2026 年可能有變。Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將在最新費用資訊發佈後儘快將其公佈在 www.elderplan.org 。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
住院醫院護理 (續) 在某些情況下，承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心肺、骨髓、幹細胞以及腸/多器官。如果您需要進行移植，我們將安排 Medicare 批准的移植中心對您的情況進行審查，並決定您是否需要接受移植。移植提供者必須是本地或服務區外提供者。如果我們在社區護理模式之外提供網絡內移植服務，您可以選擇在本地進行移植，只要本地移植提供者願意接受傳統的聯邦醫療保險價格。如果 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 在您的社區移植護理模式之外提供移植服務，且您選擇在該偏遠位置接受移植，我們會為您和陪伴人員安排或支付適當的住宿和交通費用。	如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的費用分攤。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
住院醫院護理 (續) • 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保僅從您需要的第四品脫血液開始。您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。從第一品脫開始，所有其他血液成分均在承保範圍內。 • 醫生服務 註：如果需要住院，您的醫療服務提供者必須寫醫囑來准許您入院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己為門診患者還是住院患者，應詢問醫院工作人員。	

承保服務	您需支付的費用
住院醫院護理 (續) 有關更多資訊，請參閱 Medicare 情況說明書「<i>Medicare 醫院福利</i>」。您可以瀏覽 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取此情況說明書。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。	
精神病院住院服務 • 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。 • 您可獲得的獨立精神病院住院服務承保終身最多為 190 天。 • 從全科醫院獲取精神健康護理時，您享有的受益期的數量沒有限制。從精神病院獲取護理時，您同樣可享有多個受益期。	網絡內 在界定的受益期期間，適用按住院標準計算的自付額。 在每個受益期內，我們計劃承保最多 90 天具有醫療必需性的住院護理。我們的計劃亦承保最多 60 天的額外終身儲備日。每個受益期提供 90 天的住院治療，但受

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
精神病院住院服務 (續)	益人終身僅可使用一次 60 天終身儲備日，用於急性住院或精神病院提供的護理。我們的計劃還承保最多 40 天的額外精神病院護理。該 40 天的額外精神病護理在受益人終身僅提供一次。我們可能不會就患者終身在獨立精神病院接受的總計超過 190 天的住院精神病護理服務付款。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
精神病院住院服務 (續)	受益期從您住進 Medicare 聯邦醫療保險承保的住院醫院或專業護理設施的第一天開始算起。受益期至您連續 60 天不用住院或接受 SNF 護理時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院 (或 SNF)，則會開始一個新的受益期。受益期的數量沒有限制。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
精神病院住院服務 (續)	2025 年，每個受益期的金額為 \$0* 或：\$1,676 的自付額。第 1 至 60 天：每天的共付額為 \$0。第 61-90 天：每天的共付額為 \$419。91 天及以上：每個受益期的第 90 天後，所動用的每個「終身儲備日」的共付額為 \$838 (終身最多 60 天)。超出終身儲備日後：您支付所有費用。 您將為住院期間從醫生和其他醫療服務提供者處接受的精神健康服務支付 Medicare 聯邦醫療保險批准金額的 0% 或 20%。

承保服務	您需支付的費用
精神病院住院服務 (續)	需要授權。 這些是 2025 年的費用分攤金額，在 2026 年可能有變。Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將在最新費用資訊發佈後儘快將其公佈在 www.elderplan.org。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。*

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
住院：在非承保住院期間在醫院或 SNF 接受的承保服務 如果您已用完住院福利或如果住院時間不合理且不必要，我們將不予承保您的住院費用。在某些情況下，我們將為您在醫院或專業護理機構 (SNF) 期間接受的某些服務承保。承保服務包括但不限於： ● 醫生服務 ● 診斷測試（例如化驗室檢查） ● X 光、鐳射和同位素治療，包括技術員材料和服務 ● 外科敷料 ● 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 ● 更換身體內部器官全部或部分（包括鄰近組織）或永久失去功能或不能正常發揮功能的身體內部器官的全部或部分功能的假體和矯形設備（牙科除外），包括此類設備的更換或修理	對於主治醫生 (PCP) 或專科醫生診所就診，0% 或 20% 的共同保險* 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的化驗服務支付共同保險或共付費。 對於下列每項 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，0% 或 20% 的共同保險*： ● X 光服務。 ● 義肢和醫療用品。需要授權。 ● 每次就診時，職能治療、物理治療或言語/語言病理學服務。需要授權。

承保服務	您需支付的費用
住院：在非承保住院期間在醫院或 SNF 接受的承保服務（續） • 腿部、臂部、背部和頸部支架；疝帶，以及假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況的改變而需要的調整、修理和更換 • 物理治療、言語治療與職能治療	• 放射線診斷服務。僅正電子放射斷層掃描 (PET)、磁共振成像 (MRI)、磁共振血管造影 (MRA) 和 CAT 掃描 (CT) 需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。*

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 醫療營養治療 此福利適用於糖尿病患者、腎病患者（不包括透析）或按醫囑接受過腎臟移植的患者。 在您接受 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃或傳統的聯邦醫療保險）下的醫療營養治療服務的第一年中，我們會為您承保 3 小時的一對一諮詢服務，此後每年 2 小時。若您的病況、治療或診斷發生改變，只要醫師要求，您可能可以接受更長時間的治療。醫生必須對這些服務開具處方，並在您需要在下一個曆年繼續接受治療時更新其醫囑。	網絡內 符合 Medicare 聯邦醫療保險承保的醫學營養治療服務資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。
 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 所有 Medicare 保健計劃下的合資格人員均可獲得 MDPP 服務承保。 MDPP 是一項結構化健康行為改變干預措施，針對改變長期飲食習慣、增加身體活動提供實踐性訓練，並為克服挑戰以堅持減肥和維持健康的生活方式提供解決方案。	網絡內 MDPP 福利不需要支付共同保險、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
Medicare B 部分藥物 這些藥物由傳統的聯邦醫療保險 B 部分進行承保。我們計劃中的會員透過我們的計劃接受這些藥物的承保。承保藥物包括： • 通常不是由患者自行施用，而是在接受醫師、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸液的藥品 • 透過耐用醫療設備（例如醫療必需的胰島素幫浦）提供的胰島素 • 經過我們的計劃授權並使用耐用醫療設備（例如霧化器）施用的其他藥物 • 阿茲海默症藥物 Leqembi®（通用名 lecanemab），以靜脈注射方式給藥。除了藥物費用外，在治療前和/或治療期間您可能需要額外的掃描和檢查，這可能會增加您的整體費用。請諮詢您的醫生，瞭解您在治療中可能需要進行哪些掃描和檢查。	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥，0% 或 20% 的共同保險。* Medicare 聯邦醫療保險 B 部分胰島素藥物最多 \$35。 某些藥物可能需要獲得授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
Medicare B 部分藥物 (續) • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 移植/免疫抑製藥物：如果 Medicare 聯邦醫療保險為您的器官移植支付費用，Medicare 聯邦醫療保險會承保移植藥物治療。您必須在進行承保的移植時擁有 A 部分，且您必須在接受免疫抑製藥物時擁有 B 部分。如果 Medicare B 部分未承保免疫抑制藥物，Medicare D 部分藥物承保範圍將涵蓋這些藥物 • 可注射的骨質疏鬆症藥物（如果您困居家中，經醫生認定患有與停經後骨質疏鬆有關的骨折並且無法自行用藥） • 某些抗原：Medicare 聯邦醫療保險承保抗原，前提是由醫生準備抗原並且由一位經過適當指導的人（可能是您本人，患者）在適當的監督下進行給藥	

承保服務

您需支付的費用

Medicare B 部分藥物 (續)

- 某些口服抗癌藥物：Medicare 聯邦醫療保險承保您使用的某些口服抗癌藥物，前提是同一藥物有注射劑型，或該藥物是一種前體藥（口服形式的藥物，在攝入後分解為注射劑型藥物中的相同活性成分）。隨著新的口服抗癌藥物可用，B 部分可能會承保這些藥物。如果 B 部分不承保它們，則 D 部分會承保。
- 口服止嘔藥物：Medicare 聯邦醫療保險承保您使用的作為抗癌化療方案一部分的口服止嘔藥，前提是這些藥物是在化療前、化療期間或化療後 48 小時內使用，或用作靜脈注射止嘔藥的完全治療替代品
- Medicare B 部分承保的某些口服末期腎病 (ESRD) 藥物
- 晚期腎病 (ESRD) 支付系統下的擬鈣藥物和磷酸鹽結合劑藥物，包括靜脈藥物 Parsabiv® 和口服藥物 Sensipar®

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
Medicare B 部分藥物 (續) • 用於家庭透析的某些藥品，包括醫療必需的某些肝磷脂解藥、局部麻醉劑和促紅細胞生成素 • 促紅細胞生成素：如果您患有晚期腎病 (ESRD) 或需要該藥物來治療與某些其他疾病相關的貧血（例如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera®，或甲氧基聚乙二醇-促紅血球生成素 β），Medicare 將承保促紅血球生成素注射劑 • 免疫球蛋白靜脈注射劑（用於在家治療原發性免疫缺損疾病） • 腸外和腸內營養（靜脈注射和管進食） 我們的 B 部分也承保某些疫苗，D 部分藥物福利則承保大多數成人疫苗。	

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
Medicare B 部分藥物 (續) 第 5 章解釋了我們的 D 部分藥物福利，包括您必須遵守的處方藥承保規則。第 6 章說明了您須為透過我們計劃取得之 D 部分藥物支付的費用。	
 用於促進持續體重下降的肥胖症篩查和治療 如果您的體重指數達到或超過 30，我們可承保深入諮詢服務，以幫助您減肥。如果這類諮詢是您在初級醫療環境中（也就是可以將諮詢與全面的預防計劃相配合的地方）獲得的，也可以承保。諮詢您的主治醫生或執業醫護人員瞭解詳細資訊。	網絡內 不需要為預防性肥胖症篩檢和治療支付共同保險、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
阿片類藥物治療計劃服務 患有類鴉片藥物濫用失調 (OUD) 的計劃會員可透過類鴉片藥物治療計劃 (OTP) 獲得 OUD 治療服務的承保，該計劃包含以下服務： ● 經美國食品藥物管理局 (FDA) 核准的鴉片類藥物促效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。 ● MAT 藥物的配藥和給藥（如適用） ● 藥物濫用諮詢 ● 個人和團體治療 ● 毒性測試 ● 初談活動 ● 定期評估	網絡內 對於鴉片類藥物治療計劃服務，0% 或 20% 的共同保險。* *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
門診診斷測試與治療服務和用品 承保服務包括但不限於： • X 光 • 放射（鐳射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 • 外科用品，例如敷料 • 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 • 化驗室檢查 • 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須為在一個曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保 • 當您的醫生或其他健康護理提供者要求您進行 CT 掃描、MRI、EKG 和 PET 掃描等診斷性非實驗室檢查以治療醫療問題時。 • 其他門診診斷測試	網絡內 不需要為門診血液服務和 Medicare 聯邦醫療保險承保的化驗服務支付共同保險或共付費。 對於下列每項 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，0% 或 20% 的共同保險*： • X 光服務。 • 門診診斷程序/檢查。 • 義肢和醫療用品。需要授權。 • 門診放射線治療服務。

承保服務	您需支付的費用
門診診斷測試與治療服務和用品 (續)	- 放射線診斷服務。僅正電子放射斷層掃描 (PET)、磁共振成像 (MRI)、磁共振血管造影 (MRA) 和 CAT 掃描 (CT) 需要授權。 網絡內和網絡外 對於下列每項 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，0% 或 20% 的共同保險*： - 職能治療、物理治療和/或言語/語言病理學服務。需要授權。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
門診診斷測試與治療服務和用品 (續)	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
醫院門診觀察 觀察服務是用來確定您是需住院還是出院的一種門診醫院服務。 醫院門診觀察服務如需獲得承保，必須符合 Medicare 標準且屬於合理且必須的。觀察服務僅在按醫囑提供，或由其他經州特許法律和醫院工作人員細則授權之人士要求提供以收住病人入院或進行門診檢查時，才獲得承保。 註：除非醫療服務提供者書面同意您作為住院病患入院，否則您就是門診病患，需要支付門診醫院服務的費用分攤金額。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是門診患者，請詢問醫院工作人員。 有關更多資訊，請參閱 Medicare 情況說明書「<i>Medicare 醫院福利</i>」。您可以瀏覽 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取此情況說明書。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的醫院門診觀察服務，0% 或 20% 的費用。* *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
門診醫院服務 我們會為您在醫院門診部診斷或治療疾病或傷害時接受的醫療上需要的服務承保。 承保服務包括但不限於： • 在急診部或門診部接受的服務，例如觀察服務或門診手術 • 由醫院出具賬單的化驗室和診斷測試 • 精神健康護理，包括部分住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療） • 由醫院出具賬單的 X 光檢查及其他放射科服務 • 醫療用品，例如夾板和石膏 • 不能自行服用的某些藥物和生物製品	網絡內 不需要為門診血液服務和 Medicare 聯邦醫療保險承保的化驗服務支付共同保險或共付費。 對於下列每項 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務，0% 或 20% 的共同保險*： • 門診醫院服務。 • 部分住院服務。需要授權。 • 門診診斷程序/檢查。 • X 光服務。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
門診醫院服務 (續) 註：除非醫療服務提供者書面同意您作為住院病患入院，否則您就是門診病患，需要支付門診醫院服務的費用分攤金額。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是門診患者，請詢問醫院工作人員。	• 放射線診斷服務。僅正電子放射斷層掃描 (PET)、磁共振成像 (MRI)、磁共振血管造影 (MRA) 和 CAT 掃描 (CT) 需要授權 • 門診放射線治療服務。 • 義肢和醫療用品。需要授權。 • Medicare B 部分處方藥。某些藥物可能需要獲得授權。

承保服務	您需支付的費用
門診醫院服務 (續)	網絡內和網絡外 對於下列每項 Medicare 聯邦醫療 保險承保的服務， 0% 或 20% 的共同 保險*： ● 每次就診時，職能治療、物理治療或言語/語言病理學服務。需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助 下的 Medicare 聯 邦醫療保險費用分 攤補助資格，則支 付額為 \$0。

承保服務	您需支付的費用
門診精神健康護理 承保服務包括： 由州頒發執照的精神科醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、持照專業顧問 (LPC)、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT)、執業護士 (NP)、醫生助理 (PA) 或其他符合 Medicare 聯邦醫療保險要求的精神健康護理專家在現行州法律允許的情況下提供的精神健康服務。	網絡內和網絡外 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神健康專家服務個人就診和團體就診，0% 或 20% 的共同保險。* 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的精神科服務個人就診和團體就診，0% 或 20% 的共同保險。* *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

承保服務	您需支付的費用
門診復健服務 承保的服務包括：物理治療、職業治療和語言治療。 多種門診環境可提供門診復健服務，例如，醫院門診部、獨立治療室和綜合門診復健機構 (CORF)。	網絡內和網絡外 對於職業治療、物理治療、或言語/語言病理學服務，每次就診支付 0% 或 20% 的共同保險。*需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
門診藥物濫用障礙治療服務 這些計劃為個人和團體提供藥物濫用門診治療。	網絡內 對於門診藥物濫用戒除個人就診和團體就診，0% 或 20% 的共同保險。* *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務 註：如果您在醫院接受手術，您應該諮詢您的醫療服務提供者，瞭解您是住院病患還是門診病患。除非您的提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者，而且您必須支付門診手術的費用分攤。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。	網絡內 對於在醫院門診或門診手術中心進行的門診手術，0% 或 20% 的共同保險。* *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

承保服務	您需支付的費用
非處方 (OTC) 福利 會員會收到一張 OTC 卡，其中含有 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 提供的每個季度可用來購買合資格 OTC 用品的最大金額。OTC 福利必須在該季度內使用。OTC 卡上用剩下的任何餘額都不能結轉至下個季度。 OTC 卡並非銀行卡或信用卡，不能折現，也不能用來購買 B 部分或 D 部分承保的處方藥。其他 OTC 福利： 尼古丁替代療法。（提供的尼古丁替代療法 (NRT) 不會與任何 D 部分 OTC 或處方藥一覽表上的藥物重複。）	每季度您可購買最多 \$660 的符合資格 OTC 用品。OTC 卡上的餘額不能結轉至下個季度。 季度受益期分配如下： ● 第 1 季度（1 月、2 月和 3 月） ● 第 2 季度（4 月、5 月和 6 月） ● 第 3 季度（7 月、8 月和 9 月） ● 第 4 季度（10 月、11 月和 12 月）

承保服務	您需支付的費用
非處方 (OTC) 福利 (續)	對於符合資格的會員，慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 與 OTC 福利相結合。請查看「慢性病特殊補充福利」一節瞭解詳情。 您的 OTC 福利承保在指定藥房和/或零售店購買的 COVID 19 檢測和 Naloxone 鼻腔噴霧劑。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
部分住院服務及強化門診服務 「<i>部分住院</i>」是提供作為醫院門診服務或由社區精神保健中心提供的積極心理治療的結構化計劃，比您在醫生、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或持照專業諮詢師診所接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。 <i>加護門診服務</i>是在醫院門診部、社區精神保健中心、符合聯邦資格的健康中心或鄉村健康診所提供的積極行為（精神）健康治療的結構化計劃，其強度高於您在醫生、治療師、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或持照專業諮詢師診所接受的治療，但低於部分住院治療。	網絡內 對於承保的部分住院服務，0% 或 20% 的共同保險。[*] 需要授權。 [*]如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診 承保服務包括： • 在醫師診所、經認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他地點獲得的醫療上需要的醫療護理或手術服務 • 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 • 由您的初級保健提供者或專科醫師進行的基本聽覺和平衡檢查（如果您的醫生要求進行該檢查以瞭解您是否需要醫學治療） • 在以下情況下，由醫生對您進行 5-10 分鐘的虛擬檢查（例如，透過電話或視訊聊天）： ○ 您不是新患者，並且 ○ 該檢查與過去 7 天內的診室就診無關，並且 ○ 該檢查不會引致未來 24 小時內的診所就診或可預訂的最早約診	網絡內 對於下列服務，每次診所就診 0% 或 20% 的共同保險*： • 主治醫生 (PCP) 服務 網絡內和網絡外 對於下列服務，每次診所就診 0% 或 20% 的共同保險*： • 醫療服務提供者專科醫生服務。 • 其他健康護理專業人員。只有直接由執業護士或醫生助理出具賬單的居家訪視需要授權。

承保服務	您需支付的費用
醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續） - 在以下情況下，醫生對您傳送來的視訊和/或影像進行評估，並在 24 小時內作出解釋和跟進： - 您不是新患者，並且 - 該評估與過去 7 天內的診室就診無關，並且 - 該評估不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診 - 您的醫生與其他醫生透過電話、網絡或電子健康記錄進行的會診 - 手術之前由另一位網絡內提供者提供第二意見 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 還承保： - 某些遠程醫療服務，包括： - 急症治療服務 - 主治醫生服務 - 專科醫生服務	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診 (續)

- 精神健康專家服務 (個人及團體就診)
 - 精神科服務 (個人及團體就診)
 - 門診藥物濫用戒除服務 (個人及團體就診)
- 您可以選擇透過當面就診或者遠程醫療來獲取這些服務。如果您選擇透過遠程醫療來獲取這些服務，則您必須使用可透過遠程醫療提供服務的網絡內提供者。
- 遠程醫療是否可用及具體通訊方式因各醫療服務提供者而異。請致電醫療服務提供者瞭解詳細資訊。
- 每月在醫院或偏遠地區特約醫院的腎臟透析中心、腎臟透析機構或是會員家裡，為在家接受透析治療的會員進行與晚期腎病相關的遠程醫療就診服務

網絡內

不需要為以下遠程醫療服務支付共同保險或定額手續費：

- 主治醫生 (PCP) 服務

對於下列每項遠程醫療服務，0% 或 20% 的共同保險*：

- 急需服務
- 提供者專科醫生服務
- 精神健康專科服務 (個人及團體就診)
- 精神科服務 (個人及團體就診)
- 門診藥物濫用戒除服務 (個

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
	人及團體就診) *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

承保服務	您需支付的費用
醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續） • 無論您身處何地都可給您提供診斷、評估或治療中風症狀的遠程醫療服務 • 為患有藥物使用障礙或共患精神健康障礙的會員提供遠程醫療服務，無論其位置如何 • 遠程醫療服務可用於精神健康障礙的診斷、評估和治療，前提是： ○ 您在首次遠程醫療就診前 6 個月內進行了面對面的就診 ○ 您在接受這些遠程醫療服務時，每 12 個月進行一次面對面就診 ○ 在某些情況下，可以對上述情況進行例外處理 • 由鄉村健康診所和聯邦認證健康中心為精神健康就診提供的遠程醫療服務	

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續） TELADOC 遠程醫療服務 • 您可選擇使用 Teladoc，透過電話、個人電腦（進行安全視訊）或行動裝置（例如平板電腦）從經醫學委員會認證的醫生處獲取一般醫療服務，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。 • 您可以通過 Teladoc 服務透過電話、透過個人電腦的安全視頻或使用如平板電腦等移動設備，隨時隨地獲得經認證的精神科醫生、心理學家或執照治療師的心理健康服務，提供服務的時間為每週 7 天。 • 透過 Teladoc 獲得的服務旨在處理非緊急醫療問題，在發生緊急醫療情況時不得使用。	不需要為 TELADOC 提供的遠程醫療服務支付共同保險或共付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續） • 雖然此服務不可取代主治醫生為您治療常見或慢性病症，但有時如果醫生診室或急症護理中心無法提供服務或未營業，您也可以選擇與虛擬醫生約診。在醫療必需時也可取得處方藥。 ○ 您可致電 Teladoc 瞭解更多福利資訊，電話：1-800-TELADOC (1-800-835-2362)，TTY 1-800-877-8973，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。	

承保服務	您需支付的費用
足病學服務 承保服務包括： • 對足部傷害和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和醫學或外科治療 • 為伴有影響下肢的某些醫療情況的會員提供的常規足部護理 補充性足病學服務包括： • 每年最多 12 次常規足部護理就診	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的足科服務，0% 或 20% 的共同保險。* 不需要為補充性足病學服務支付共同保險或共付費。您每年最多可獲得 12 次常規足部護理就診。 網絡外 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的足科服務，0% 或 20% 的共同保險。*

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
足病學服務 (續)	不需要為補充性足病學服務支付共同保險或共付費。您每年最多可獲得 12 次常規足部護理就診。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

承保服務	您需支付的費用
 HIV 暴露前預防 (PrEP) 如果您沒有感染 HIV，但您的醫生或其他醫療保健人員確定您感染 HIV 的風險較高，我們將承保暴露前預防 (PrEP) 藥物和相關服務。 如果您符合資格，承保的服務包括： ● FDA 核准的口服或注射 PrEP 藥物。如果您要注射藥物，我們也會承保注射費用。 ● 每 12 個月最多 8 次個人諮詢（包括 HIV 風險評估、HIV 風險降低和藥物依從性）。 ● 每 12 個月最多 8 次人類免疫缺陷病毒 (HIV) 篩檢。 一次性乙型肝炎病毒篩檢。	網絡內 不需要為 PrEP 福利支付共同保險金、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 攝護腺癌篩查 對於年滿 50 歲的男性，承保以下服務（每 12 個月承保一次）： ● 數字化直腸檢查 ● 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查	網絡內 不需要為年度 PSA 檢查支付共同保險、共付額或自付額。 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的預防性服務直腸指檢支付共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您需支付的費用
假體和矯形裝置以及相關用品 更換全部或部分身體部位或功能的設備（牙科除外）。包括但不限於假肢和矯形裝置使用的測試、裝配或訓練、結腸造口術袋以及與結腸造口術護理直接相關的用品、起搏器、支架、假肢用鞋、義臂和人造乳房（包括乳房切除術後的手術乳罩）。包括與假體和矯形裝置以及假體和矯形裝置的修理和/或更換相關的特定用品。還包括在白內障摘除或白內障手術後的一些承保 – 有關詳細資訊，請參閱本表後面部分的視力護理。	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的假體裝置和醫療用品，0% 或 20% 的共同保險。* 需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
肺病康復服務 會為患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 且從治療慢性呼吸道疾病的醫生處接受肺病復健醫囑的會員承保綜合性肺病復健計劃。	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的肺病復健服務，0% 或 20% 的共同保險。* 需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。
 酒精濫用篩查及旨在減少酒精濫用的諮詢 我們為濫用酒精但不依賴酒精的受保人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢。 如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年可獲得由初級醫療環境中符合資格的主治醫生或執業醫護人員提供的最多 4 次簡短的面對面諮詢就診。	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您需支付的費用
 用低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 進行肺癌篩查 對於合資格的人群，每 12 個月承保一次 LDCT。 合格的會員為在 50 - 77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但菸齡至少 20 年且每天至少抽一包菸，或目前抽菸或在過去 15 年內戒菸。他們在肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診期間因符合 Medicare 對該等就診的標準而獲得由醫生或合資格的非醫生執業者提供的 LDCT 醫囑。 <i>就進行首次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢而言：</i>會員必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的醫囑，該等醫囑可在任何適當就診期間由醫生或合資格非醫生執業者提供。如果醫師或合資格的非醫生執業者選擇為隨後的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診，該就診必須符合 Medicare 對該等就診的標準。	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的諮詢和共同作出決策就診或 LDCT 支付共同保險、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 C 型肝炎病毒感染篩檢 如果您的初級保健醫生或其他合資格的健康護理提供者開具了丙型肝炎篩檢，並且您符合以下條件之一，我們將承保一次丙型肝炎篩檢： • 由於您使用或曾經使用過非法注射毒品，因此您面臨高風險。 • 您在 1992 年之前接受過輸血。 • 您出生於 1945-1965 年之間。 如果您出生於 1945-1965 年之間，且不被視為高風險，我們會支付一次篩檢費用。如果您屬於高風險族群（例如，自上次丙型肝炎篩檢呈現陰性以來，您一直使用非法注射藥物），我們將承保年度篩檢。	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的丙型肝炎篩檢支付共同保險金、共付額或自付額。

承保服務	您需支付的費用
 篩查性傳播感染 (STI) 和用於預防 STI 的諮詢 我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎等性傳播感染 (STI) 的篩檢。若孕婦和 STI 高危人群的主治醫師要求其進行檢查，我們將為其篩檢承保。我們承保每隔 12 個月或在孕期特定時間的這類檢查。 我們還為面臨 STI 高風險的性活躍人士承保每年最多 2 次單獨的 20-30 分鐘面對面高強度行為諮詢課程。如果這些諮詢課程是由初級保健提供者提供並且是在初級醫療環境（如醫生診所）進行的，我們只承保作為預防性服務的這些諮詢課程。	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的 STI 篩檢和 STI 預防諮詢等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
腎病治療服務 承保服務包括： ● 教授腎病護理知識並幫助會員對其護理作出知情決定的腎病培訓服務。對於患有第四期慢性腎臟疾病的會員，在醫生轉介後，我們在其一生中最多承保 6 次腎臟疾病培訓服務就診 ● 門診透析治療（包括如第 3 章所述暫時離開服務區進行的透析治療，或者當您的透析服務提供者暫時不可用或無法營業時的透析治療） ● 住院透析治療，如果您作為住院病人進入醫院接受特殊護理 ● 自我透析培訓（包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療的人提供的培訓） ● 家庭透析設備和用品 ● 某些家庭支援服務（例如，在必要時由經過培訓的透析工作人員到家裡，幫助處理緊急情況並對您的透析設備和供水進行檢查）	網絡內 對於下列 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務（用於治療腎病），0% 或 20% 的共同保險*： ● 透析服務。 ● 耐用醫療設備 (DME) 和相關用品。僅特定項目需要授權，譬如但不限於高價值、機動和定製的設備或項目。 ● Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥。某些藥物可能需要獲得授權。 ● 腎病教育服務

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
腎病治療服務 (續) 某些透析藥物由您的 Medicare B 部分福利承保。有關 B 部分藥品承保的資訊，參閱本表的 Medicare B 部分藥物 一節。	不需要為居家護理機構提供的護理服務支付共同保險或共付額。需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
專業護理設施 (SNF) 護理 (有關專業護理機構護理的定義, 請參閱第 12 章。) 專業護理設施有時被稱為 SNF。) 承保服務包括但不限於: • 半私人病房 (或在醫療必需時的私人病房) • 包括特殊飲食在內的膳食 • 專業護士護理服務 • 物理治療、職業治療與語言治療 • 作為我們的護理計劃組成部分對您施用的藥品 (其中包括人體中天然存在的物質, 例如凝血因子。) • 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。	網絡內 計劃在每個受益期內承保最長可達 100 天 (事先必須因相關疾病或損傷至少住院 3 天)。 受益期從您住入醫院或 SNF 當天開始, 至您連續 60 天都不用接受任何住院護理 (或 SNF 的專業護理) 時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或專業護理機構, 則會開始一個新的受益期。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
專業護理設施 (SNF) 護理 • 一般由 SNF 提供的醫療用品和手術用品 • 一般由 SNF 提供的化驗室檢查 • 一般由 SNF 提供的 X 光及其他放射科服務 • 一般由 SNF 提供的器械（例如輪椅）的使用 • 醫生/執業醫護人員服務 通常，您需要從網絡中的機構接受專業護理機構 (SNF) 護理。在下列一些特定情況下，您能夠支付網絡內的費用分攤，但使用不由網絡內服務提供者提供的機構，只要該機構接受我們的計劃提供的付款金額。 • 在您去醫院之前所住的療養院或連續性護理退休社區（只要它提供專業護理設施護理） • 您出院時您的配偶或伴侶所住的 SNF	2025 年，在 Medicare 承保住院至少 3 天後，每個受益期的金額為 \$0*，或者：第 1 - 20 天：每天 \$0 的共付額。第 21 至 100 天：每天的共付費為 \$209.50。第 101 天及之後：您支付所有費用。需要授權。 這些是 2025 年的費用分攤金額，在 2026 年可能有變。Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 將在最新費用資訊發佈後儘快將其公佈在 www.elderplan.org。

承保服務	您需支付的費用
專業護理設施 (SNF) 護理	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。
 停止吸菸和菸草使用 (對戒菸或菸草使用的諮詢) 符合以下條件的門診和住院患者可享有吸菸和戒菸諮詢服務： ● 使用菸草，無論是否表現出菸草相關疾病的徵兆或症狀 ● 在諮詢過程中有能力且保持警覺 ● 合資格的醫生或其他 Medicare 認可的從業人員提供諮詢 我們每年承保 2 次戒菸嘗試 (每次嘗試最多包括 4 次中級或密集療程，患者每年最多可獲得 8 次療程。)	網絡內 不需要為 Medicare 聯邦醫療保險承保的戒菸和戒除菸草使用等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
慢性病特殊補充福利 有資格享受慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 的會員將獲得合併的非處方藥承保福利，承保以下內容： • 某些食品雜貨，僅可在指定藥房和/或零售店使用； • 送餐到家的服務可透過線上或電話預訂；以及 • 某些公用事業支出（如網費）。 • 僅可用於接受預付費卡的零售店的租賃/抵押貸款補助。 而不符合慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 資格的會員僅可獲得非處方藥保險。 每季度提供的 OTC 承保金額合計為 \$660。未使用的福利不會結轉至下一期。	不需要為慢性病特殊補充福利支付共同保險或共付費。 此項 SSBCI 福利作為每季 OTC 補貼的一部分與 OTC 福利相結合，可承保某些食品雜貨、送餐到家服務、公用事業支出（包括網費和租賃/抵押貸款補助）。

承保服務	您需支付的費用
慢性病特殊補充福利 (續) 季度受益期分配如下： ● 第 1 季度 (1 月、2 月和 3 月) ● 第 2 季度 (4 月、5 月和 6 月) ● 第 3 季度 (7 月、8 月和 9 月) ● 第 4 季度 (10 月、11 月和 12 月) 如要獲取合資格用品的完整清單以及網絡內特定藥房和/或零售店的清單，請聯絡本計劃。	

承保服務	您需支付的費用
監督運動療法 (SET) SET 承保患有症狀性外周動脈疾病 (PAD) 的會員。 如果符合 SET 計劃的要求，最多可承保 12 週內的 36 次治療。 SET 計劃必須： • 由持續 30 至 60 分鐘的治療組成，包含為跛行患者提供的 PAD 治療性運動訓練課程 • 在醫院門診或醫生診室開展 • 由必要的合格輔助人員提供，以確保福利超過傷害，並接受 PAD 運動療法培訓 • 由醫生、醫生助理或執業護士/臨床護理專家直接監督，他們必須接受過基本和進階生命支援技術方面的訓練 如果醫療服務提供者認為具有具醫療必要性，可以在超出 12 週之外承保 36 次治療之外的 SET 療程，並在更長的時間內提供額外 36 次治療。	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的每次 SET（適用於 PAD）治療，0% 或 20% 的共同保險。*需要授權。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

承保服務	您需支付的費用
載送服務 (Medicare 聯邦醫療保險不承保)	不需要為非 Medicare 聯邦醫療保險承保的載送服務支付共同保險或定額手續費。 承保服務包括每年 24 次前往計劃核准的保健相關地點的單程載送服務 (搭乘計程車、巴士、地鐵或客貨車)。 任何未使用的載送服務不能結轉到下一年。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
急症治療服務 如果您暫時不在我們計劃的服務區域內，或即使您在我們計劃的服務區域內，但考慮到您的時間、地點和情況，從網絡醫療服務提供者獲得此項服務並不合理，則需要立即就醫的計劃承保服務屬於急需服務。我們的計劃必須承保急症治療服務，並且只向您收取網絡內費用分攤。急症治療服務的例子包括無法預見的疾病和傷害，或現有病症意外發作。即使您不在我們計劃的服務範圍內或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診（如年度檢查）也不被認為是急需。 全球緊急醫療/緊急載送服務/急症治療承保 全球緊急救援/緊急載送/緊急保險無需共同保險或共付費用。（最高賠付金額 \$50,000）。	對於每次就診，0% 或 20% 的共同保險（最多 \$40）。* 若您在 24 小時內因相同病症住院，則不需要支付共同保險。 *如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
 視力護理 承保服務包括： • 用於對眼部疾病和傷害進行診斷和治療的門診醫生服務，包括老年性黃斑部病變的治療。傳統的聯邦醫療保險不承保針對眼鏡/隱形眼鏡的常規視力檢查（驗光）。 • 對於青光眼高風險人群，我們將每年承保一次青光眼篩查費用。青光眼高風險人群包括有青光眼家族史的人士、糖尿病患者、年滿 50 歲的非裔美國人，以及年滿 65 歲的西班牙裔美國人。 • 對於糖尿病患者，每年承保一次糖尿病視網膜病變篩檢。 • 每次白內障手術（包括植入人工晶狀體）後承保一副眼鏡或隱形眼鏡。如果您接受 2 次單獨的白內障手術，無法在第一次手術後保留福利及在第二次手術後購買 2 副眼鏡。	網絡內 對於 Medicare 聯邦醫療保險承保的預防性和診斷性眼科檢查（包括糖尿病患者的眼科檢查、青光眼檢查以及黃斑部病變檢查和治療），0% 或 20% 的共同保險*。 對於白內障手術後所需的一副 Medicare 聯邦醫療保險承保的眼鏡或隱形眼鏡，\$0 的共付費。白內障手術後提供的眼鏡不受年度最高金額 (\$350) 的限制。

承保服務	您需支付的費用
 視力護理 (續) 其他承保服務包括： • 每個曆年一次的配鏡例行眼科檢查。 • 眼鏡，包括處方眼鏡或隱形眼鏡 – 每個曆年的年度最高金額限於 \$350。	*如果您符合 Medicaid 醫療補助下的 Medicare 聯邦醫療保險費用分攤補助資格，則支付額為 \$0。 對於每年 1 次常規眼科配鏡檢查，\$0 的共付費。 對於非 Medicare 聯邦醫療保險承保的眼鏡（每個曆年的年度最高金額為 \$350），包括隱形眼鏡或眼鏡（鏡片和鏡架），\$0 的共付費。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

承保服務	您需支付的費用
視力護理 (非 Medicare 承保) 承保服務包括： 如果您被計劃提供者診斷為糖尿病患者，您可能有資格獲得不限數量的糖尿病視網膜病變和糖尿病視網膜篩檢且費用分攤更低。	網絡內 不需要為非 Medicare 聯邦醫療保險承保的服務支付共同保險或定額手續費：糖尿病視網膜病變和糖尿病視網膜篩檢（眼科檢查）。
 歡迎加入 Medicare 預防看診 我們的計劃可承保一次歡迎加入 Medicare 預防性診斷。其中包括健康審查、有關您所需預防性服務（包括某些篩查和注射）的教育和諮詢，以及轉診到其他護理（如果需要）。 重要提示：僅在您加入 Medicare B 部分後的首個 12 個內，我們為您承保「歡迎加入 Medicare」預防就診。進行預約時，請告訴醫生診室的人，您想要預定「歡迎加入 Medicare」預防就診。	網絡內 不需要為歡迎加入 Medicare 聯邦醫療保險預防性診斷支付共同保險、共付額或自付額。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

補充性牙科福利限制和不保項

作為我們計劃的會員，我們的計劃提供牙科福利限制和不保項，包括但不限於：

- 我們的計劃同時提供網絡內和網絡外牙科保險；所有承保服務均支付 \$0 的共付額。
 - 您無需為補充綜合牙科服務支付共付額 (\$0)
 - 您需為補充性診斷和預防牙科服務支付 \$0 的共付額
 - 服務限制依既定的收費標準適用，包括服務類型、數量和頻率
 - 在網絡外獲得的福利受任何網絡內福利最高限額、限制和/或排除項目的限制。
- 如需詳細瞭解您的牙科保險與您計劃的牙科治療和費用之間的關係，您可以要求您的牙醫從 DentaQuest 取得保險估算。如果醫療服務提供者對如何取得此資訊有疑問，他們可撥打您會員卡背面的號碼聯絡 DentaQuest。
- 網絡內牙醫同意以議定費率提供服務。如果您前往網絡內牙醫就診，您不會收到超過承保服務議定費率的賬單（年度最高限額仍然適用）。
 - 如果您在網絡內牙醫處接受了承保的牙科服務，牙醫將代表您提交理賠申請。
- 牙醫可能會要求您簽署一份知情同意書，其中詳細說明了所有建議治療的風險、益處、費用和替代方案。

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 當您去看網絡外牙醫時，通常牙醫將代表您提交賠付申請。如果他們沒有提交，您可以直接按照以下指示提交：
 - 提交理賠必須包含以下資訊：
 - 完整的會員姓名和會員 ID 號
 - 完整的提供者的姓名和地址
 - 以相應的 ADA 代碼提供的牙科服務的清單
 - 以逐項收據形式提供的付款證明，其中列明付款情況，且患者餘額為零
 - 在服務日期後 365 天內郵寄所有要求的理賠資訊至：
 - DentaQuest Claims
PO Box 2906
Milwaukee, WI 53201-2906
 - 或傳真至 262-834-3589
 - 付款將發送至您的帳戶中所列的地址。如需更新您的地址或獲取提交理賠方面的協助，請聯絡會員服務部。
 - 牙科理賠在 30 天內支付，支票付款將附有付款說明 (EOP)。
- 計劃牙科保險的其他限制或不保項為：
 - 僅用於美容目的之手術（牙齒漂白/美白、鑲面、牙齦整形）、口腔正畸、間隙保持、銷售稅、未能按時前往約診的收費、牙科案例管理、與 COVID 篩檢、檢測和疫苗接種相關的牙科費用以及報告未指明的程序

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 與非承保服務一起提供、為非承保服務準備或作為非承保服務的結果而提供的服務或用品
- 與承保生效日期前開始的任何牙科程序相關的牙科費用
- 與先天性缺陷相關的服務
- 與非承保服務相關的任何費用均由您承擔

第 3 節 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 之外承保的服務

下述服務不獲 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 承保，但卻可透過 Medicaid 獲得：

有些 Medicaid 醫療輔助服務未獲得 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 承保。您可以使用 Medicaid 醫療補助福利卡從接受 Medicaid 醫療補助的任何醫療服務提供者處獲得這些服務。如果您對是否是 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 或 Medicaid 醫療補助承保的福利有任何疑問，請致電會員服務部，電話：1-800-353-3765 (TTY 711)。使用您的 Medicaid 醫療補助福利卡可獲得的一些 Medicaid 醫療補助承保服務包括：

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

Elderplan (長老計劃) 不承保的 Medicaid 醫療補助服務

- 送餐到家或聚餐服務
- 社交型日間護理
- 社會及環境支援
- 療養院護理 (住宿型健康護理機構)
- 居家護理
 - 護理
 - 家庭健康助手
 - 物理治療 (PT)
 - 職能治療 (OT)
 - 言語病理學 (SP)
 - 醫務社會服務
- 成人日間健康護理
- 個人護理
- DME — 包含醫療/手術用品、經腸道及非經腸道之配方、以及助聽器電池、義肢、矯具和鞋類。腸內配方僅限於鼻飼、空腸造口術或胃造口管進食，或先天性代謝缺陷治療
- 個人緊急應答系統
- 非緊急載送服務
- 足病學
- 牙科
- 驗光/眼鏡

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 醫生或其他持照專業人士開處的門診復健服務將作為具有醫療必需性的服務獲得承保（就診次數不限），其中包括物理治療 (PT)、職能治療 (OT) 和言語治療 (ST)。
- 聽力學/助聽器
- 呼吸治療
- 營養
- 私人護士
- 消費者主導個人援助服務

由 Medicaid 醫療補助按服務收費承保的服務

- 住院服務
- 門診醫院服務
- 醫生服務，包括在診室、診所、機構或家中提供的服務（包括擔任「醫生助護」的執業護士和醫生助理）。
- 化驗服務
- 放射線及放射性同位素診斷服務
- 緊急載送
- 農村健康診所服務
- 慢性腎透析
- 精神健康服務
- 酒精及藥物濫用服務
- OPWDD 服務

第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

- 家庭计划服务
- 處方藥及非處方藥、混合處方藥
- 其他所有「第十九條州立計劃」(Title XIX State Plan) 中所列出之服務

第 4 節 我們的計劃不承保的服務

本節介紹哪些服務被 Medicare 聯邦醫療保險保險排除在外。

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

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

福利表或下表對所有不承保服務或限制予以介紹。

Medicare 聯邦醫療保險 不承保的服務	僅在特殊情況下承保
整容手術或醫療程序	因意外受傷或是為了改善會員身體畸形部位的功能可獲得承保 乳房切除術後進行的乳房重建手術，以及為達到對稱效果而對未受影響的一側乳房進行重建的所有階段可獲得承保
監護性照護 看護是指不需要受訓醫療或輔助醫療人員持續看護的個人護理，例如協助沐浴或穿衣等日常生活活動的護理	任何情況下均不承保
實驗性質的醫療程序和手術、設備和藥物 實驗性質的程序和項目是指經傳統的聯邦醫療保險判定，未普遍為醫學界接受的項目和程序。	可能因參加 Medicare 聯邦醫療保險批准的臨床研究而獲傳統的聯邦醫療保險承保，或由我們的計劃承保 (有關臨床研究的詳細資訊，請前往第 3 章第 5 節)
對直系親屬或家庭成員護理收取的費用	任何情況下均不承保

Medicare 聯邦醫療保險 僅在特殊情況下承保 不承保的服務	
在家中接受的全職護理	任何情況下均不承保
送餐到家服務	任何情況下均不承保
家政服務包括基本的家庭協助，包括簡單的家務或便餐準備	任何情況下均不承保
矯形鞋或足部支撐裝置	屬於腿支架的一部分的鞋子，並且包含在支架費用中。為患有糖尿病足部疾病的人提供的矯形鞋或治療用鞋。
醫院或專業護理機構病房中的私人物品，例如電話或電視	任何情況下均不承保
醫院的私人病房	僅在有醫療必需性時承保
恢復生育能力手術和或非處方避孕用品	任何情況下均不承保
常規脊椎推拿護理	為矯正半脫位的人工矯治脊椎可獲得承保
放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力輔助工具	每次植入人工水晶體的白內障手術後，都會覆蓋一副標準鏡架的眼鏡（或一副隱形眼鏡）。

2026 年 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃
(HMO-POS D-SNP) 承保範圍說明書
第 4 章: 醫療福利表 (承保範圍與支付費用)

227

Medicare 聯邦醫療保險 僅在特殊情況下承保 不承保的服務	
---	--

根據傳統的聯邦醫療保險標準，視為不合理和不必要的服務	任何情況下均不承保
----------------------------	-----------

第 5 章： 使用 D 部分藥物的計劃承保

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

我們的大多數會員有資格獲取並且正在獲取「Medicare 提供的「額外補助」，用於支付其處方藥計劃費用。因為您加入了額外補助計劃，本**承保證書**中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可能對您不適用。我們向您寄送一份稱作**取得支付處方藥物額外補助者的承保證書附則**（也被稱為「低收入補助附則」或「LIS 附則」）的單獨插頁，以告知您相關的藥物承保。如果您沒有收到此插頁，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），並索取 *LIS 附則*。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）

第 1 節 我們計劃 D 部分藥物承保的基本規則

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

除 Medicare 承保的藥物之外，您的 Medicaid 福利承保一些處方藥。

有關紐約州 Medicaid 藥房計劃的更多資訊，請瀏覽：

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm

紐約市居民可致電紐約州 Medicaid 醫療補助計劃：
1-800-541-2831，服務時間週一至週五上午 8 點至晚上 8
點、週六上午 9 點至下午 1 點。

我們的計劃通常將會承保您的藥物，只要您遵守以下規則：

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

第 5 章: 使用 D 部分藥物的計劃承保

第 2 節 在網絡內藥房或透過我們的計劃的郵購服務配取處方藥

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

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

第 2.1 節 網絡內藥房

尋找您當地的網絡藥房

若要尋找網絡藥房，您可以查閱醫療服務提供者與藥房目錄，瀏覽我們的網站 (www.elderplan.org)，和/或致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

您可以前往我們網絡內的任何藥房。

如果您的藥房退出網絡

如果您使用的藥房退出我們計劃的網絡，您需要尋找新的網絡藥房。若要尋找您所在地區的其他藥房，可致電 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），向會員服務部尋求幫助，或使用醫療服務提供者與藥房目錄。您也可以透過我們的網站 www.elderplan.org 取得此資訊。

專業藥房

有些處方藥必須在專門的藥房配取。專門的藥房包括：

- 提供居家輸液治療藥物的藥房。請參閱您的「醫療服務提供者與藥房目錄」，查找您所在區域的家庭輸液藥房提供者。如需更多資訊，請致電會員服務部，電話 1-800-353-3765。
- 為長期護理 (LTC) 機構居住者提供藥物的藥房。通常，LTC 機構（如療養院）擁有自己的藥房。如果您在 LTC 機構難以獲得 D 部分藥物，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。
- 為印地安醫療保健服務/部落/城區印地安醫療保健計劃提供服務的藥房（未在波多黎各提供）。除非是緊急情況，只有美國原住民或阿拉斯加原住民能夠使用這些網絡內藥房。
- 調配受 FDA 限制在某些地點之藥物的藥房，或是調配需要特殊處理、提供者協調、使用方式教學的藥房。若要尋找專科藥房，請瀏覽您的醫療服務提供者與藥房目錄 www.elderplan.org，或致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

第 2.2 節 我們計劃的郵購服務

對於某些種類的藥物，您可以使用我們計劃的網絡郵購服務。通常，您定期服用的藥物、慢性或長期病情的藥物可透過郵購服務購買。不可透過我們計劃的郵購服務購買的藥物在我們的藥物清單中帶有「NM」標記。

我們計劃的郵購服務可讓您訂購**最多 90 天的藥量**。

如要取得訂購單及透過郵購配取處方藥的資訊，請瀏覽 www.elderplan.org 或聯絡會員服務部。如果您使用計劃網絡外的郵購藥房，您的處方藥將不受保。

通常，郵購藥房訂單將於不超過 5-7 工作日送遞給您。然而，有時郵購服務可能會有延誤。如果您的醫生指示您開始服藥，您可從醫生處取得另一份處方並從當地藥房取得 30 天份量的藥物。您需要為您收到的郵購藥房處方藥以及您從當地藥房取得的 30 天份量的處方藥支付適用的費用分攤。請聯絡會員服務部更新您的聯絡方式，以便藥房在寄送藥物前聯絡您確認訂單。

藥房直接從您醫生的診室收到的新處方。

若符合以下任一情況，藥房會自動配送從醫療服務提供者處取得的新處方，不會先跟您確認：

- 您過去曾使用本計劃的郵購服務，或

- 您登記為自動交付直接從醫療服務提供者處收到的所有新處方。若要申請自動配送所有新處方上的藥物，可隨時登入您的 [Caremark.com](https://www.caremark.com) 帳戶，或致電 CVS/Caremark：1-866-490-2102，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 711。

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

如果您過去使用過郵購服務，並且不希望藥房自動配取並寄送每個新處方上的藥物，可隨時登入您的 [Caremark.com](https://www.caremark.com) 帳戶，或致電 CVS/Caremark：1-866-490-2102，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 711。

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

若要選擇不接受自動按照直接從您醫療服務提供者的診室收到的新處方配取並郵寄的藥物，可隨時登入您的 [Caremark.com](https://www.caremark.com) 帳戶，或致電 CVS/Caremark：1-866-490-2102，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 711。

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

如果您選擇不使用我們的自動續購計劃，但仍希望郵購藥房向您寄送處方藥，在您目前的處方用完前 29 天內聯絡您的藥房。這將確保您的郵購藥物及時送達。

若要選擇不接受自動準備郵購續配的自動續配計劃，可隨時登入您的 [Caremark.com](https://www.caremark.com) 帳戶，或致電 CVS/Caremark：1-866-490-2102，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 711。

如果您自動收到您不想要的郵寄處方藥，您可能也有資格獲得退款。

第 2.3 節 如何取得長期供藥

當您取得長期藥物供應時，您的費用分攤可能會較低。我們的計劃提供了 2 種就計劃藥物清單上之「維持」藥物，取得長期供應（亦稱為「延長供應量」）的方法。（維持藥物是您定期使用的藥物，用於治療慢性或長期疾病。）

1. 部分網絡內零售藥房可為您提供長期維持藥物供應。您的提供者和藥房名錄 www.elderplan.org 會告訴您在我們網絡中的哪些藥房可以為您提供長效藥物的長期用量。您還可以致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請撥打 711）以瞭解更多資訊。
2. 您還可以透過我們的郵購計劃收到維持藥物。要瞭解更多資訊，請參閱第 2.3 節。

第 2.4 節 使用不在我們計劃網絡中的藥房

通常，只有在您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保於網絡外藥房配取的處方藥。我們在服務區域之外還設有網絡藥房，您可以作為我們計劃的成員在那裡配處方藥。請先致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），瞭解附近是否有網絡藥房。

我們僅在以下情況下承保在網絡外藥房配藥的處方：

- 因為緊急醫療情況而配取處方藥。

第 5 章: 使用 D 部分藥物的計劃承保

- 如果在網絡外藥房配取的處方藥與緊急醫療情況或急症治療護理有關，我們將予以承保。在此情況下，您將會需要在配取處方藥時支付全額的費用（而不是僅支付您的共付額/共同保險）。您可以向我們發出付款請求。當您給我們發出付款請求後，我們將審核您的請求，並決定是否應承保有關藥物。這被稱為作出「承保決定」。如果我們決定承保，我們將支付我們應承擔的藥物費用。如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。本手冊第 9 章（遇到問題或想投訴時該如何處理 [承保決定、上訴、投訴]）包含有關如何提出上訴的資訊。
- 在旅途中或離開計劃服務區時取得承保：

如果您有定期服用的處方藥，當您要去旅行時，請務必在出發前先檢查您的藥物供應量。可能的話，請攜帶所有您將會需要的藥物。您可事先透過我們的網絡內郵購藥房服務，或可長期供藥的郵購藥房服務訂購處方藥。您在計劃服務區以外的美國境內地點旅行，且突然生病、丟失或用完處方藥，在您遵循本文件所述的所有其他承保規則且網絡內藥房不可用的情況下，我們將承保在網絡外藥房配取的處方藥。在這些情況下，請先洽詢會員服務部，以確定附近是否有網絡內藥房。

我們還將承保您在網絡外藥房購買的處方藥，只要符合下列其中一項：

 - 因為在合理行駛距離內無提供 24 小時服務的網絡內藥房，您在服務區內無法及時取得承保藥物。

- 您想要及時配取某種承保處方藥，但該承保藥物（例如罕用藥或其他通常直接由製造商或特定供應商發運的特殊級藥物）在可使用的網絡內或郵購藥房中通常沒有庫存。

在這些情況下，請先洽詢會員服務部，以確定附近是否有網絡內藥房。（會員服務部電話號碼印在本手冊封底。）您可能需要支付在網絡外藥房購買藥物的費用與網絡內藥房承保費用之間的差額。

如果您使用網絡外藥房，一般您需要在配取處方藥時支付全額的費用（而非您的正常費用分攤）。您應要求我們報銷我們應承擔的費用。（有關如何要求我們的計劃向您退款的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。）您可能需要支付在網絡外藥房購買藥物的費用與網絡內藥房承保費用之間的差額。

第 3 節 您的藥物必須列於我們的計劃的「藥物清單」上

第 3.1 節 藥物清單說明何種 D 部分藥物有承保

我們的計劃有一份**承保藥物清單**（處方藥一覽表）。在本**承保範圍說明書**中，我們將其稱為「**藥物清單**」。

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

藥物清單只顯示由 Medicare D 部分承保的藥物。除 Medicare 承保的藥物之外，您的 Medicaid 福利承保一些處方藥。

有關紐約州 Medicaid 藥房計劃的更多資訊，請瀏覽：
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm

紐約市居民可致電紐約州 Medicaid 醫療補助計劃：
1-800-541-2831，服務時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點、週六上午 9 點至下午 1 點。

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

- FDA 核准用於所開處方的診斷或病症，或
- 由某些參考資料提供支持，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 Micromedex DRUGDEX Information System。

參閱第 12 章瞭解藥物清單中可能包含的藥物類型的定義。

不在藥物清單上的藥物

我們的計劃不承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律並不允許任何 Medicare 計劃承保某些類型的藥物。（有關更多資訊，請參閱第 7 節。）
- 還有一些情況則是，我們決定不將某種特定的藥物包含在「藥物清單」內。
- 在某些情況下，您可能可以獲得不在我們藥物清單上的藥物。（如需更多資訊，參見第 9 章。）

第 3.2 節 如何得知某種特定的藥物是否有列於藥物清單上

要瞭解您服用的藥物是否在我們的藥物清單上，您有以下選擇：

- 查看我們以電子形式提供的最新版藥物清單。（「藥物清單」上載有會員最常用的承保藥物的資訊。我們還承保「藥物清單」上未列出的其他藥物。如果某種藥物未列出，請瀏覽我們的網站或致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），確認我們是否承保此藥。）
- 請瀏覽我們計劃的網站(www.elderplan.org)。網站上的「藥物清單」將維持在最新的版本。
- 致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），查詢某種特定的藥物是否有列於我們計劃的藥物清單上，或索要一份該清單的副本。
- 使用我們計劃的「即時福利工具」(www.caremark.com) 在藥物清單上搜尋藥物，以估算您需要支付的費用，並查看藥物清單上是否有可以治療相同疾病的替代藥物。您也可以致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

第 4 節 承保範圍受限的藥物

第 4.1 節 為何某些藥物有限制

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

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

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

第 4.2 節 限制類型

如果您的藥物有受到限制，這通常表示您或您的醫療服務提供者將須採取額外的步驟，以使我們承保該藥物。致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），瞭解您或您的醫療服務提供者如何取得該藥物的承保。如果您希望我們免除您的限制，您需要使用承保範圍裁決程序，要求我們進行例外處理。我們不一定會同意為您豁免該限制。（請參閱第 9 章。）

事先取得計劃核准

對於某些藥物，在我們同意為您提供承保前，您或您的醫療服務提供者需要根據特定標準取得我們計劃的批准。這稱為**事先授權**。這是為了確保用藥安全，並有助於指導某些藥物的適當使用。如果您並未取得此批准，您的藥物可能不會由我們的計劃承保。請致電會員服務部 1-800-353-3765

（TTY 使用者請致電 711）或瀏覽我們的網站
www.elderplan.org 獲取我們計劃的事先授權標準。

首先嘗試不同的藥物

此要求鼓勵您先嘗試價格便宜且療效相同的藥物，然後我們的計劃才會承保其他藥物。例如，若藥物 A 和藥物 B 皆可治療同一醫療情況，且藥物 A 的費用較低，則我們的計劃可能要求您先嘗試使用藥物 A。如果藥物 A 沒有效果，那麼我們的計劃會承保藥物 B。先嘗試不同藥物的這一要求稱為**階段療法**。請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）或瀏覽我們的網站 www.elderplan.org 獲取我們計劃的階段療法標準。

數量限制

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

第 5 節 如果您的某種藥物未按您希望的方式獲得承保 該怎麼辦

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

- 該藥物可能完全沒有承保。同一種藥物的一般藥物可能在承保範圍內，但您想要的原廠藥物卻不在承保範圍內。

- 藥物獲承保，但其承保範圍有額外的規則或限制。

如果您的藥物未列於藥物清單上或受到限制，您有以下選項：

- 您可能可以取得該藥物的臨時性供藥。
- 您可以更換成另一種藥物。
- 您可以申請**例外處理**，並要求我們計劃將藥物納入承保範圍或取消藥物限制。

您可能可以取得臨時性供藥

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

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

- 如果您是**新會員**，在您成為我們計劃會員後的前 **90 天**內，我們承保您藥物的臨時性供藥。
- 如果您去年加入我們的計劃，我們將在該日曆年的前 **90 天**內承保您的藥物的臨時供應量。

第 5 章: 使用 D 部分藥物的計劃承保

- 臨時性供藥最多提供 30 天的份量。如果您處方的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最高達 30 天份的供藥。處方藥必須在網絡內藥房配取。（注意，長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的藥物以免造成浪費。）
- 對於已經加入我們計劃超過 90 天，且住在長期護理機構的會員，需要馬上提供：我們將承保一次為期 31 天用量的特殊藥品緊急供應，或者，如果您的處方上寫明的供給期限更短，則供給也更短。這是除了上述臨時性供藥之外的供藥。
- 若您從門診（居所）、醫院或其他長期護理 (LTC) 機構轉至一家 LTC 機構，我們將為不在我們處方藥一覽表上或有承保限制或使用上限的各種藥物承保 31 天的過渡期臨時性供藥（如果您的處方所寫天數少於此數）。
- 若您從 LTC 機構或醫院出院，並返回門診環境（居所），我們將在您出院後為不在我們處方藥一覽表上或有承保限制或使用上限的各種藥物承保 30 天的臨時性供藥（如果您的處方所寫天數少於此數）。請注意，我們的過渡期政策僅適用於「D 部分藥物」和在網絡內藥房配取的藥物。

有關臨時性供藥的問題，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

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

選項 1. 可以更換成另一種藥物

諮詢您的醫療服務提供者，瞭解我們的計劃是否承保對您有相同效果的不同藥物。可致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者致電 711）索取可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。

選項 2. 您可以要求例外處理

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

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

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

第 6 節 藥物清單可能會在年內變更

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

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

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

關於變更藥物承保範圍的資訊

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

在本計劃年度內對您有影響的藥物承保的變更

- 將新藥物加入藥物清單，並立即移除或更改藥物清單上的類似藥物。
 - 我們可能會立即將類似藥物從「藥物清單」中移除，將類似藥物移至其他費用分攤層級、增設限制，或兩者兼有。該新版藥物將具有相同或更少的限制。
 - 只有當我們添加品牌藥的新仿製藥版本或添加已在藥物清單中的原始生物產品的某些新生物仿製藥版本時，我們才會立即進行這些更改。
 - 即使您在服用我們正在刪除或變更的藥物，我們也可能會立即進行這些變更並稍後通知您。如果您在我們進行變更時在服用類似藥物，我們將告訴您我們所做的任何具體變更。
- 將藥物加入藥物清單中，並刪除或更改藥物清單上的類似藥物。
 - 在將某一藥物的另一版本加入藥物清單時，我們可能會從藥物清單移除類似藥物並將其移至不同的分攤費用等級、增設限制或者同時作出這兩種變更。我們添加的藥物版本將是，具有相同或更低的費用分攤等級，具有相同或更少的限制。

第 5 章: 使用 D 部分藥物的計劃承保

- 只有當我們添加原廠藥的新副廠藥版本或添加已在藥品清單中的原始生物產品的某些新生物仿製藥版本時，我們才會進行這些更改。
- 我們將在進行更改之前至少 30 天告訴您，或告訴您有關變更的資訊，並承保您正在服用的藥物版本的 30 天藥量。
- 移除藥物清單上的不安全藥物和其他退出市場的藥物。
 - 有時某種藥物可能因被認為不安全或因其他原因下市。如果發生這種情況，我們可能會立即將該藥自藥物清單中移除。如果您正在服用該藥物，我們會在變更後告知您。
- 對藥物清單上的藥物作出其他變更。
 - 我們可能會在年初進行其他變更，而這些變更可能會影響您正在服用的藥物。例如，我們基於 FDA 包裝警告或 Medicare 認可的新的臨床指南。
 - 我們將在做出這些更改之前至少 30 天告訴您，或告訴您有關變更的資訊，並承保您正在服用的藥物的額外 30 天的費用。

第 5 章: 使用 D 部分藥物的計劃承保

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

在本計劃年度內對您沒有影響的藥物清單變更

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

通常，在當前計劃年度內不會影響您的變更包括：

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

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

第 5 章: 使用 D 部分藥物的計劃承保

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

第 7 節 我們不予承保的藥物類型

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

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

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

- 我們計劃的 D 部分藥物保險無法承保而將由 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物。
- 我們計劃無法承保於美國及其屬地境外購買的藥物。
- 我們的計劃不承保用途未經某些參考資料（例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 DRUGDEX Information System）支持的*非適應症*藥物使用。*非適應症*使用指的是任何非該藥標籤上由 FDA 批准之指示的用途。

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

有關紐約州 Medicaid 藥房計劃的更多資訊，請瀏覽：

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm。

紐約市居民可致電紐約州 Medicaid 醫療補助計劃：
1-800-541-2831，服務時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點、週六上午 9 點至下午 1 點。

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

如果您從 **Medicare** 取得「額外補助」來協助支付處方藥費用，「額外補助」不會支付通常不在承包範圍內的藥物費用。請瀏覽我們計劃的藥物清單或致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），瞭解更多資訊。若您擁有透過 **Medicaid** 獲得的藥物保險，您的州 **Medicaid** 計劃可能會承保部分 **Medicare** 藥物計劃通常不承保的藥物。聯絡您所在州的 **Medicaid** 計劃，確定可為您提供哪些藥物承保。（**Medicaid** 的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 6 節。）

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

第 5 章: 使用 D 部分藥物的計劃承保

第 8 節 如何配藥

配取處方藥時，請在您選擇的網絡內藥房出示您的會員卡上的我們的計劃會員資訊。網絡藥房會自動將我們應分攤的藥費帳單寄給我們的計劃。當您領取處方藥時，您將需要向該藥房支付您應承擔的部分。

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

如果該藥房無法取得必要的資訊，在領取處方藥時，您可能將需要支付全額的費用。您可以在之後要求我們退還我們應付的費用分攤。有關如何要求我們計劃償付的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險

第 9.1 節 在我們計劃承保的醫院或專業護理機構住院

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

第 9.2 節 作為長期護理（LTC）機構的居住者

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

請查閱您的醫療服務提供者與藥房名錄 www.elderplan.org，以確認您 LTC 機構的藥房或其使用的藥房是否在我們的網絡內。如果不是，或者您需要更多資訊或協助，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。如果您入住 LTC 機構，我們必須確保您能夠透過我們的網絡內 LTC 藥房接受您的 D 部分福利。

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

第 9.3 節 如果您入住 Medicare 認證的臨終關懷機構

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

在您撤銷所選的臨終關懷計劃或從臨終關懷機構中出院後，本計劃將如本文件所述承保您的藥物。當您的 Medicare 聯邦醫療保險臨終關懷福利結束時，為了不耽誤您獲得藥房服務，請您將證明文件帶到藥房，證明您已撤銷臨終關懷服務或已出院。

第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃

我們會進行藥物使用審核，以確保我們的會員獲得安全和適當的護理。

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

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

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的提供者一起更正該問題。

第 10.1 節 藥物管理計劃（DMP）協助會員安全使用類鴉片藥物

我們設有計劃，幫助確保會員安全使用處方鴉片類藥物和其他經常被濫用的藥物。這項計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您從數個處方醫生或藥方領取鴉片類藥物，或者最近發生鴉片使用過量情事，我們可能會聯絡您的處方醫生，以確保您的鴉片類用藥適量且具有醫療必要性。與您的醫生合作，如果我們確定您使用處方鴉片類藥物或苯二氮卓藥物可能不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們讓您加入我們的 DMP，則限制可能有：

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

如果我們計劃限制您獲得這些藥物的方式或您獲取的藥量，我們將提前向您寄送信函。信函將告知您我們是否限制這些藥物的承保，或您是否需要從特定處方醫生或藥房取得這些藥物的處方。您有機會告訴我們您傾向於使用哪些處方醫生或藥房，以及您希望我們瞭解的任何其他重要資訊。在您回覆後，如果我們決定對這些藥物的承保作出限制，我們將向您寄送另一封信函，藉此確認相關限制條件。如果您認為我們作出錯誤的決定，或您不同意我們的決定或限制條件，您和您的處方醫生有權提出上訴。若您提出上訴，我們將會審查您的個案，並給予您新的裁決。如果我們繼續否決您的藥物使用限制相關申請，我們將自動將您的案件傳送至計劃外的獨立審查方。有關如何提起上訴的資訊，請參閱第 9 章。

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

第 10.2 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃

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

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

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

第 5 章: 使用 D 部分藥物的計劃承保

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動將您加入該計劃，並寄給您相關資訊。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會安排您退出計劃。如對本計劃有疑問，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

第 6 章： 對於 D 部份您須支付的費用

第 1 節 對於 D 部份您須支付的費用

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

如需瞭解支付資訊，您需要先瞭解承保藥物有哪些、哪裡可以配取處方藥以及取得承保藥物需要遵守的規則。第 5 章解釋了這些規則。當您使用我們計劃的「即時福利工具」來查找藥物承保範圍 (www.caremark.com) 時，所顯示的費用是您應支付的自付費用的估計值。您亦可致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），獲取「即時福利工具」提供的資訊。

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

由於您符合 Medicaid 參加資格，因此有資格獲取並且正在獲取 Medicare 的「額外補助」，用於支付您的處方藥計劃費用。因為您獲得了「額外補助」，本**承保證書**中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可能對您不適用。我們向您寄送一份稱作**取得支付處方藥物額外補助者的承保證書附則**（也被稱為「低收入補助附則」或「LIS 附則」）的單獨插頁，以告知您相關的藥物承保。如果您沒有收到此插頁，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），並索取 *LIS 附則*。

第 1.1 節 您為承保藥物支付的自付費用類型

對於承保的 D 部分藥物，您可能需要支付 3 種不同類型的自付費用：

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

第 1.2 節 Medicare 如何計算您的自付費用

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

這些款項皆包含在您的自付費用中

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

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

進入災難承保階段：

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

這些費用不計入您的自付費用中

您的自付費用不包含以下任何類型的付款：

- 您的計劃月費
- 您在美國及其屬地境外購買的藥物
- 我們計劃未承保的藥物
- 您在網絡外藥房取得不符合我們計劃網絡外承保要求的藥物
- 非 D 部分藥物，包含由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及其他由 Medicare 聯邦醫療保險排除在承保範圍外的藥物
- 您為 Medicare 藥物計劃通常不承保之藥物所支付的款項
- 特定保險計劃及政府出資的保健計劃（例如 TRICARE、退伍軍人健康管理局 (VA)）為您藥物支付的款項

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

- 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項
- 製造商折扣計劃下由藥物製造商支付的款項

在此提醒您：如果以上列出的任何機構為您支付了部分或藥物全部自付費用，您需要致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）通知我們的計劃。

跟蹤您的自付費用總額

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

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

第 2 節 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 會員的藥物付款階段

Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 分為 **3 個藥物付款階段**。您為每張處方支付的費用取決於您配藥或重新配藥時所處的階段。本章將詳細介紹每個階段。階段包括：

- 階段 1：年度自付額階段
- 階段 2：初始承保階段
- 階段 3：重大傷病承保階段

第 3 節 *D 部分福利說明*將說明您所處的付款階段

我們的計劃將追蹤您的處方藥費用，以及您在藥房取得處方藥時支付的款項。藉此，我們將可在您進入下一個藥物付款階段時告知您。我們追蹤兩種類型的費用：

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

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

- **藥物總費用**：這是為您的 D 部分承保藥物支付的所有費用的總和。該金額包含了我們的計劃支付的費用、您支付的費用，以及其他計劃或機構為您的 D 部分承保藥物支付的費用。

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

- **該月的相關資訊**。此份報告說明了您上個月配取處方藥的付款細節。這包含了藥費總額、我們計劃支付的金額，以及您和其他人代表您支付的金額。
- **自 1 月 1 日起當年度的全部資訊**。該資訊顯示自年初以來，藥物的藥費總額及付款總額。
- **藥物價格資訊**。這會顯示總藥價，以及每個相同數量的處方索賠的首次配藥後的價格變化資訊。
- **費用更低的其他可用處方藥**。這會顯示每項處方藥索賠中具有較低費用分攤的其他可用藥物的資訊，若適用

第 3.1 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

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

- **每次配取處方藥時，務請出示您的計劃會員卡**。這有助於確保我們瞭解您配藥的處方和您支付的費用。

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

- **請確保我們能獲得所需的資訊。**有時您可能會支付處方藥的全部費用。在這種情況下，我們無法自動取得追蹤您的自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，您可以給我們您購買藥物的收據副本。**何時您應該向我們提供藥物收據副本的範例：**
 - 當您在網絡內藥房以特殊價格，或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡來購買承保藥物時。
 - 當您為製藥商患者協助計劃提供的藥物支付共付額時。
 - 當您在網絡外藥房購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額的費用時。
 - 如果您被收取承保藥物的費用，您可以要求我們的計劃來支付我們應承擔的費用。有關如何進行這一步驟的指示，請查閱第 7 章第 2 節。
- **請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。**由某些其他的個人與機構所支付的款項也計入您的自付費用中。例如，由州藥品援助計劃、愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)、印地安醫療保健服務，以及慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。請保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

- 請查閱我們寄給您的書面報告。當您收到 *D 部分福利說明* 時，請仔細檢查，確保資訊完整且正確。如果您認為缺少某些內容或有任何疑問，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。請務必保留這些報告。

第 4 節 自付額階段

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

請參見單獨插頁「*LIS 附則*」，查看關於自付額金額的資訊。

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

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

在支付 \$615 藥費後，您會離開「自負額階段」，進入「初始保險階段」。

第 5 節 初始承保階段

第 5.1 節 您須為藥物支付的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定

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

您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

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

有關這些藥房的選擇及按處方配藥的詳情，請參閱第 5 章及我們計劃的醫療服務提供者/藥房名錄 www.elderplan.org。

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

第 5.2 節 一個月承保藥物供應的費用

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

一個月承保的 D 部分藥物供應的費用

等級	標準零售網絡內費用分攤 (最多 30 天份量的供藥) Ω	長期護理 (LTC) 費用分攤 (最多 31 天份量的供藥) Ω	網絡外費用分攤 (承保僅限於某些情況；如需詳細資訊，請參閱第 5 章。) (最多 30 天份量的供藥) Ω
對於副廠藥 (包括視為副廠藥的原廠藥)	取決於您的「額外補助」 您支付：\$0 的共付額或 \$1.60 的共付額或 \$5.10 的共付額或 25% 的費用。	取決於您的「額外補助」 您支付：\$0 的共付額或 \$1.60 的共付額或 \$5.10 的共付額或 25% 的費用。	取決於您的「額外補助」 您支付：\$0 的共付額或 \$1.60 的共付額或 \$5.10 的共付額或 25% 的費用。

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

等級	標準零售網絡內費用分攤	長期護理 (LTC) 費用分攤	網絡外費用分攤
	(最多 30 天份量的供藥) Ω	(最多 31 天份量的供藥) Ω	(最多 30 天份量的供藥) Ω
所有其他藥物	根據您的「額外補助」，您支付：\$0 共付額或 \$4.90 共付額或 \$12.65 共付額或費用的 25%	根據您的「額外補助」，您支付：\$0 共付額或 \$4.90 共付額或 \$12.65 共付額或費用的 25%	根據您的「額外補助」，您支付：\$0 共付額或 \$4.90 共付額或 \$12.65 共付額或費用的 25%

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

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

有關 D 部分疫苗費用分攤的更多資訊，請參閱第 8 節。

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

通常，您為藥物支付的費用包含一個月份量的供藥。有時，您或您的醫生可能希望您的供藥少於一個月（例如，當您第一次嘗試藥物時）。如果能幫您更好地規劃補給日期，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月份的供應量。

如果您接受的某些藥物的供應不足一個月，您將無需按整月支付費用。

- 如果您負有支付共同保險的責任，您需按藥物總費用的特定百分比支付。由於共同保險視藥物總費用而定，為此藥費總費用相對較少，您的費用也會較少。
- 如果您負有支付該藥物共付額的責任，您只需按您獲得藥物的天數支付，而不是按整個月支付。我們計算您每天為藥物支付的金額（「每日費用分攤費率」），並將其乘以您獲得藥物的天數。

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

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

您為長期（最多 90 天）承保的 D 部分藥物供應支付的費用

等級	標準零售費用分攤 （網絡內） （最多 90 天份量的 供藥）*†Ω	郵購費用分攤 （最多 90 天的供應 量）*†Ω
對於副廠藥 （包括視為副 廠藥的原廠 藥）	取決於您的「額外 補助」 您支付：\$0 的共付 額或 \$1.60 的共付額 或 \$5.10 的共付額或 25% 的費用。	取決於您的「額外 補助」 您支付：\$0 的共付 額或 \$1.60 的共付額 或 \$5.10 的共付額或 25% 的費用。
所有其他藥物	取決於您的「額外 補助」 您支付：\$0 的共付 額或 4.90 的共付額 或 \$12.65 的共付額 或 25% 的費用	取決於您的「額外 補助」 您支付：\$0 的共付 額或 4.90 的共付額 或 \$12.65 的共付額 或 25% 的費用

*標準零售也可提供 60 天的供藥

等級	標準零售費用分攤 (網絡內) (最多 90 天份量的 供藥) *†Ω	郵購費用分攤 (最多 90 天的供應 量) *†Ω
----	---	---------------------------------

†NDS – 非延長天數供藥。某些特殊藥物每次配藥最多提供 30 天份量的供藥。

Ω – 無論 B 部分和 D 部分藥物的費用分攤如何，即使您沒有支付自付額，對於我們計劃承保的每種胰島素產品，一個月份量的供藥費用也不會超過 \$35。

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

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

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

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

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

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

第 6 節 災難承保階段

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

- 在此付款階段期間，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

第 7 節 您為 D 部分疫苗支付的費用

關於您支付疫苗費用的重要資訊 - 某些疫苗被視作醫療福利，由 B 部分進行承保。其他疫苗則被視作 D 部分藥物。您可以在我們計劃的藥物清單中找到這些疫苗。即使您沒有支付自付額，我們的計劃也免費為您承保大多數成人 D 部分疫苗。請瀏覽我們計劃的藥物清單或致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），瞭解特定疫苗的承保範圍和費用分攤詳情。

我們對 D 部分疫苗的承保範圍分為 2 部分：

- 第一部分是**疫苗本身**的費用。

- 第二部分是給您接種疫苗的費用。（有時將其稱為疫苗的注射。）

您為 D 部分疫苗支付的費用，視以下三者而定：

1. 是否接種某種疫苗由被稱為預防接種諮詢委員會 (ACIP) 的組織建議。
 - 大多數成人 D 部分疫苗接種都是 ACIP 推薦的，並且無需付費。
2. 您在何處取得疫苗。
 - 疫苗藥物可由藥房配發或由醫生診室提供。
3. 誰為您接種疫苗？
 - 藥劑師或其他提供者可以在藥房為您接種疫苗。或者，提供者也可以在醫生的診室接種疫苗。

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

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

以下是您可能接種 D 部分疫苗的 3 個範例。

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

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

第 2 種情形： 您在醫生的診所接種 D 部分疫苗。

- 當您接種疫苗時，您可能需要支付疫苗本身的全部費用以及提供者為您施打疫苗的費用。
- 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，我們將為您全額報銷您支付的金額。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您支付的金額扣除您通常的疫苗共同保險或共付額（含施打），再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您有接受「額外補助」，我們將為您償付此差額。）。

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

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您不需要為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您向藥房支付疫苗本身的共同保險或共付額。
- 當您的醫生替您接種疫苗時，您可能需要支付此服務全部的費用。
- 接下來，您可以利用第 7 章的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。

第 6 章: 對於 D 部份您須支付的費用

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，我們將為您全額報銷您支付的金額。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您支付的金額扣除您通常的疫苗施打共同保險或共付額，再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您有接受「額外補助」，我們將為您償付此差額。）

第 7 章: 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單 支付應承擔的費用

第 7 章：

要求我們對承保醫療服務或藥物帳單支付應 承擔的費用

第 1 節 您要求我們支付承保服務或藥物費用的情況

我們的網絡提供者會將您的承保的服務和藥物的帳單直接寄給我們的計劃。如果您收到了您所接受的醫療護理或藥物的全部費用帳單，將此帳單寄送給我們以便我們可以支付它。在您給我們寄送賬單時，我們將核對賬單，並決定是否應承保有關服務和藥物。如果我們決定承保，我們將直接向醫療服務提供者付款。

如果您已經支付了 **Medicare** 服務或計劃承保的專案，您可以要求我們的計劃償付（償付通常被稱為給您報銷）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務或藥物所支付的費用超出您應承擔的費用，您就有權要求我們的計劃償付費用。您獲得費用償付可能有截止日期。請參見本章第 2 節。在您給我們寄送您已經支付的帳單時，我們將核對帳單，並決定是否應承保有關服務或藥物。如果我們裁定應給付，將針對服務或藥物退款給您。

第 7 章: 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單 支付應承擔的費用

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

您可能需要要求我們的計劃償還您或支付您收到的賬單的情況示例：

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

- 您可接受任何提供者提供的緊急醫療服務或急症治療服務，無論該提供者是否在我們的網絡內。在這些情況下，您應要求醫療服務提供者向我們的計劃收取費用。
- 如果您在接受護理時支付了全部費用，您可要求我們向您償付我們應承擔的費用。將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
- 您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為不應由您支付的款項。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。

第 7 章: 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單 支付應承擔的費用

- 如果我們欠付醫療服務提供者款項，我們將直接向其付款。
- 如果您已經支付了超過您應負擔的服務費用，我們將確定您應支付的費用，並向您償付我們應分擔的費用。

2. 如果網絡提供者向您發出帳單，而您認為您不應支付該筆費用

網絡內提供者應始終直接向我們計劃收費。但有時他們會出錯要求您支付高於您的費用分攤部分。

- 您只需要在接受承保服務時支付自己的費用分攤金額即可。我們不允許醫療服務提供者新增其他收費，也叫做**差額收費**。即使我們向提供者支付的費用比提供者對此服務收取的費用少，或者因為有爭議我們沒有支付特定提供者收取的費用，這項使您支付的費用絕不會超過您的費用分攤金額的保護也適用。我們不允許提供者向您收取承保服務的費用。我們直接向我們的醫療服務提供者付款，並保障您不支付任何費用。即使我們向醫療服務提供者支付的費用少於醫療服務提供者對此服務收取的費用，這項規定也適用。
- 無論您何時收到網絡內提供者發出的賬單，如果您認為其費用超出您應支付的金額，請將賬單寄送給我們。我們將直接聯絡提供者，解決賬單問題。

第 7 章: 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單 支付應承擔的費用

- 如果您已經支付網絡內提供者的賬單，但覺得支付的金額過高，請將賬單與任何付款憑證寄送給我們。要求我們向您償付您所支付的金額與根據我們的計劃您應付的金額之間的差額。

3. 如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃

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

如果您是以追溯性方式加入我們的計劃且在參保日期後已就您的承保服務或藥物支付了自付費用，則您可要求我們償付我們應承擔的費用。您需要向我們提交書面文件（如收據和帳單），以便我們處理報銷。

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

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

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

第 7 章: 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單 支付應承擔的費用

5. 如因未攜帶計劃會員資格卡而支付處方的總費用

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

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

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用

您可能會因為處方藥由於某些因素未受承保，而需要支付處方藥的全額費用。

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

第 7 章: 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單 支付應承擔的費用

當您給我們傳送付款請求後，我們將審核您的請求，並決定是否應承保有關服務或藥物。這被稱為作出**承保決定**。如果我們決定承保，我們將向您償付我們應承擔的服務或藥物費用。如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的決定提出上訴。第 9 章包含有關如何提出上訴的資訊。

第 2 節 如何要求我們償付或支付您收到的帳單

您可以透過向我們寄送書面請求來要求我們償付您的費用。如果寄送書面請求，請將您的帳單與任何付款憑證一同寄送給我們。最好備份您的帳單及收據，以便記錄。您必須於收到此服務、用品或藥物起 **365 天內**，向我們提出申請。

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

- 您並非必須使用該表格，但使用會有助於我們更快地處理資訊。
- 可從我們的網站 (www.elderplan.org) 下載表格副本或致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）索取表格。

**第 7 章: 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單
支付應承擔的費用**

醫療賠付（服務或專案）

將您的付款請求及任何賬單或付款收據郵寄至以下地址：

ELDERPLAN, INC.
CLAIMS DEPARTMENT
P.O. BOX 73111
NEWNAN, GA 30271

D 部分處方藥理賠

您必須在獲得藥物之日起 3 年內向我們提交理賠要求。

將您的付款請求及任何賬單或收據郵寄至以下地址：

CVS CAREMARK
MEDICARE PART D CLAIMS PROCESSING
P.O. BOX 52066
PHOENIX, AZ 85072-2066

第 7 章: 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單 支付應承擔的費用

第 3 節 我們會考慮您的付款請求並作出回覆

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

- 如果我們決定該醫療護理或藥物獲承保，且您遵守了所有規則，我們將支付我們應承擔的服務或藥物費用。如果您已經為服務或藥物付款，我們會以郵寄方式將我們需要承擔的費用退款給您。如果您支付了藥物的全部費用，您可能無法獲得全額報銷（例如，如果您在網絡外藥房取得藥物，或您為藥物支付的現金價格高於我們的議定價格）。如果您未支付服務或藥物費用，我們將直接向醫療服務提供者郵寄款項。
- 如果我們決定有關醫療護理或藥物不獲承保，或您未遵守任何規則，我們將不會支付護理或藥物的費用分攤。我們將向您發出一封信函，解釋我們不寄出相關款項的原因，並說明您有權對該裁決提出上訴。

第 7 章: 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單 支付應承擔的費用

第 3.1 節 如果我們通知您我們不會支付有關醫療護理或 藥物的全部或部分費用，您可提出上訴

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

第 8 章: 您的權利與責任

第 8 章： 您的權利與責任

第 1 節 我們的計劃必須尊重您的權利與文化敏感性

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

您的計劃必須確保所有服務（包括臨床和非臨床服務）都以符合文化要求的方式提供，並且所有參與者都可以使用，包括英語水平有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化背景和種族背景的參與者。計劃如何滿足這些無障礙要求的示例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接。

我們的計劃提供免費口譯服務，可以回答非英語會員的問題。為了您的方便，本文檔以大字體印刷，並以西班牙文和中文免費提供。如果您需要，我們還可以免費為您提供盲文、大字體信息或其他格式。我們需要以適合您的可獲取格式向您提供有關計劃福利的信息。要以適合您的方式從我們這裡獲取信息，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

我們的計劃需要讓女性參保者可以選擇直接訪問網絡內的女性健康專家，以獲得女性常規和預防性醫療保健服務。

第 8 章: 您的權利與責任

如果計劃網絡中的專業提供者無法提供服務，則計劃有責任找到網絡之外的專業提供者，他們將為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內費用分攤。如果您發現自己處於計劃網絡中沒有涵蓋您需要的服務的專家的情況下，請致電計劃以獲取有關在網絡內分攤費用的情況下獲取該服務的信息。

如果您在以適合您的格式從我們的計劃中獲取信息、向女性健康護理專家求診或尋找網絡專家時遇到任何問題，請致電會員服務部 1-877-353-3765，TTY 711，服務時間：每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點，向 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 聯邦醫療保險提出投訴或直接致電民權辦公室 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

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

第 8 章: 您的權利與責任

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. This document is in large print and available for free in Spanish and Chinese. We can also give you materials in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-353-3765 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services. If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

第 8 章: 您的權利與責任

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Elderplan for Medicaid

Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) by calling Member Services at 1-800-353-3765, TTY 711, 8 A.M. to 8 P.M., 7 days a week.

You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

第 8 章: 您的權利與責任

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está en letra grande y está disponible de forma gratuita en español y chino. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para miembros al 1-800-353-3765, TTY 711.

Se requiere que nuestro plan brinde a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindaran la atención necesaria. En este caso, solo pagara el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre donde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

第 8 章: 您的權利與責任

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, presente una queja a Servicios para Miembros de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) llamando al 1-800-353-3765, TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Usted también puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

第 1.2 節 我們必須確保您即時取得承保服務與藥物

您有權在我們的計劃網絡內選擇初級保健提供者 (PCP)，來提供和安排您的承保的服務。您也有權選擇女性健康專科醫師（例如婦科醫師），無須透過轉診。我們不要求您透過轉診去網絡內提供者處就診。

您有權在合理的時間內，從我們的計劃網絡內的提供者處取得預約並獲取承保的服務。這包括您有權在需要護理時，及時獲得專科醫生的服務。您也有權在無長時間的延誤下，向任何我們的網絡內藥房為您的處方取得配藥或重新配藥。

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

第 8 章: 您的權利與責任

第 1.3 節 我們必須為您的個人健康資訊保密

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

- 您的個人健康資訊包括您在加入本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。
- 您享有資訊與控制健康資訊如何使用的相關權利。我們會向您發出書面的*隱私條例通知*，其中有相關權利並說明我們如何為您的健康資訊保密。

我們如何保護您健康資訊的隱私？

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

第 8 章: 您的權利與責任

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

您可以檢閱您記錄內的資訊，瞭解其分享給他人的情況

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

若您的健康資訊因任何非常規目的而與他人共用，您有權瞭解共用的方式。

如果您對您的個人健康資訊隱私有疑問或顧慮，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

第 8 章: 您的權利與責任

Elderplan, Inc. 隱私條例通知

生效日期：9/1/2020

本通知說明與您相關的健康資訊的使用和披露方式以及您如何獲取相關資訊。請仔細閱讀本通告。

本通知概述 Elderplan Inc.（「計劃」）、其員工、醫療工作人員及其他醫療專業人員的隱私規則。我們可能會為了本通知內所述的目的，包括為了計劃的管理活動，互相分享關於您的受保護健康資訊（「PHI」或「健康資訊」）。

計劃致力於對會員的受保護健康資訊（「PHI」）保密。PHI 是指：(1) 識別您的身份（或可合理用於識別您的身份）的資訊；以及 (2) 與您的身體或精神健康或狀況、向您提供醫療護理或該等護理的支付相關的資訊。

我們的義務

- 法律要求我們對您的 PHI 保密並確保其安全。
- 如果發生可能會損害您資訊的隱私權及安全性的違規事項，我們會立即通知您。
- 我們必須履行本通知所述的義務及隱私條例，並向您提供本通知的副本。
- 我們不會在本通知所述範圍以外使用或披露您的資訊，除非您書面同意我們這麼做。如果您同意我們這麼做，您也可以隨時改變您的決定。如果您改變您的決定，請書面通知我們。

第 8 章: 您的權利與責任

我們會如何使用和披露健康資訊

以下類別說明了我們可能使用及披露健康資訊的不同方式。下面並未列出某個類別中允許的每一種使用或披露，但各個類別提供了法律允許的使用和披露的範例。

付款。我們可能會使用和披露健康資訊流程，並支付由您或醫生、醫院及其他醫療服務提供者針對為您提供的服務提交給我們的理賠要求。例如，其他付款目的可能包括使用健康資訊確定福利資格、福利協調、保費收取及醫療必需性。我們亦可能為付款目的或為偵測或預防健康護理詐欺或濫用，與向您或曾向您提供保險的另一健保計劃分享您的資訊。

健康護理營運。我們可能為健康護理營運（即營運計劃中涉及的管理活動）而使用和披露健康資訊。例如，我們可能會使用健康資訊來營運和管理有關提供和管理您的健康護理承保或解決申訴的業務活動。

治療。我們可能會與您的醫療服務提供者（藥房、醫生、醫院等）分享您的健康資訊，幫助他們為您提供服務。例如，如果您住院，我們可能會披露由您的醫生傳送給我們的資訊。

預約提醒、替代治療方案以及健康相關福利和服務。為了聯絡您，我們可能會使用和披露健康資訊，以提醒您跟我們或您的醫療服務提供者有預約/約診。我們可能還會為了告訴您治療方案、替代方案、健康相關福利或您可能感興趣的服務而使用和披露健康資訊。

第 8 章: 您的權利與責任

透過向我們提供某些資訊，您明確同意計劃及其業務合作夥伴可使用某些資訊（例如您的家庭/工作/行動電話號碼和電子郵件），就諸如跟進預約、收取欠款和其他營運事務之類的事務聯絡您。您同意，可透過您提供的資訊以及透過使用預錄/人工語音訊息和使用自動/預測撥號系統聯絡您。

參與您的護理或為您接受的護理付款的個人。我們可能向參與您的醫療護理或幫助支付您的護理費用的個人（如家人或朋友）披露健康資訊。我們可能還會向其透露您的位置或總體狀況，或向協助救災工作的實體披露該等資訊。在上述情況下，我們只會分享與此人參與您的醫療護理或相關醫療付款直接有關的健康資訊。

個人代表。我們可能會向您的個人代表（如有）披露您的健康資訊。個人代表具有代表您對您的健康護理或醫療付款做出決定的法定權力。例如，我們可能會向永久授權書的受託人或者您的法定監護人披露您的健康資訊。

研究。在某些情況下，作為一個展開研究的組織，我們可能會為了研究目的而使用和披露健康資訊。例如，一項研究專案可能涉及比較接受一種藥物或治療的所有會員與針對相同病症接受另一種藥物或治療的會員的健康和恢復狀況。為研究目的而使用或披露健康資訊之前，我們將對專案展開一項特殊的批准流程。此流程會評估提議的研究專案及其健康資訊的用途，並在研究的益處與健康資訊的機密性之間取得平衡。我們還會允許研究人員查看記錄，幫助他們識別可參加其研究專案的會員或為其他相似目的。

第 8 章: 您的權利與責任

籌款活動。為了籌款支援計劃和正在與我們展開聯合籌款專案的其他非營利實體，我們可能會使用或披露您的人口統計資訊（如姓名、地址、電話號碼和其他聯絡資訊）、為您提供健康護理的日期、您的健康護理狀態、為您提供服務的部門和醫生以及您的治療結果資訊來聯絡您。我們還可能向相關基金會或業務合作夥伴披露您的健康資訊，以便他們聯絡您為我們籌款。如果我們確實為籌款目的使用或披露您的健康資訊，您將被告知您有權選擇不接收未來的籌款通訊。

特殊情況

除上述之外，我們可能在以下特殊情況下使用和披露健康資訊。我們必須滿足法律規定的眾多條件才能出於這些目的披露您的資訊。若要瞭解更多資訊，請瀏覽：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。

法律要求。我們將根據國際、聯邦、州或當地法律的要求披露健康資訊。

解除對健康或安全的嚴重威脅。為了阻止或減輕對您、公眾或他人的健康和安全的嚴重威脅，在必要時我們可能會使用或披露健康資訊。但是，我們只會向我們認為能夠幫助阻止威脅的人披露。

第 8 章: 您的權利與責任

業務合作夥伴。我們可能會向代表我們提供服務的業務合作夥伴披露該等服務所需的健康資訊。例如，我們可能會使用另一家公司代表我們進行收費服務。根據與我們簽訂的合約，我們的業務合作夥伴有責任對您的資訊保密並且不得使用或披露我們與其的合約所載之外的任何資訊。

出於器官和組織捐贈目的。如果您是器官捐贈者，必要時我們可能會向處器官勸募或器官、眼睛或組織移植的組織或器官捐贈銀行披露健康資訊，以促進器官或組織捐贈和移植。

軍人和退伍軍人。如果您是軍人，我們可能會根據軍事指揮當局的要求披露健康資訊。如果您是外國軍隊的成員，我們還可能向適當的外國軍事當局披露健康資訊。

勞工賠償。我們可能會根據有關勞工補償或類似計劃的法律之授權，或在遵守該等法律所必需的範圍內披露健康資訊。這些計劃為工作相關的傷病提供福利。

第 8 章: 您的權利與責任

公共衛生風險。我們可能會為公共衛生活動披露健康資訊。這些活動一般包括預防或控制疾病、受傷或殘障；報告出生和死亡情況；報告兒童虐待或忽視；報告對藥物的反應或產品問題；通知人們其所用產品的召回；追蹤某些產品和監視其使用和有效性；如法律授權，通知可能暴露於某種疾病或可能有接觸或傳播某種疾病或病症的風險的人；以及在有關工作場所疾病或受傷的某些有限情況下對我們的設施進行醫學監察。如果我們認為某位會員受到虐待、忽視或家庭暴力，我們還可能向適當政府機構披露健康資訊；但是，我們將僅在該會員同意或法律要求或授權我們時披露此資訊。

衛生監管活動。我們可能會向健康監管機構披露健康資訊以用於法律授權的活動。這些監管活動包括對設施和醫療服務提供者的稽核、調查、檢查和發證等。政府有必要透過這些活動來監管健康護理體系、政府計劃以及對民權法的遵循情況。

訴訟及法律訴訟。我們可能會披露健康資訊，以回應法院或行政命令，或回應傳訊、調查請求或其他涉及法律訴訟的其他人的合法程序，但前提是已盡力告知您有關該請求的資訊或獲得保護所請求資訊的命令。

第 8 章: 您的權利與責任

執法。在執法官員要求時，我們可能會如下披露健康資訊：
(1) 回應法院命令、傳訊、令狀、傳喚或類似程序；(2) 披露有限資訊以識別或找到疑犯、逃犯、重要證人或失蹤者；(3) 關於犯罪行為的受害者，如果在某些有限的情況下，我們無法獲得該人士的同意；(4) 關於我們認為可能因犯罪行為導致的死亡；(5) 關於在我們的辦公場所進行的犯罪行為的證據；以及 (6) 在緊急情況下報告犯罪活動、犯罪活動或受害者的位置、或犯罪人員的身份、描述或定位。

驗屍官、法醫和葬禮承辦人。我們可能會向驗屍官或法醫披露健康資訊。在某些情況下，這可能是必需的，例如為了確定死因。我們還可能向葬禮承辦人披露履行其職責所必需的健康資訊。

國家安全和情報活動。我們可能會向授權的聯邦官員披露健康資訊以進行法律授權的情報、反情報及其他國家安全活動。

總統和他人的安保服務。我們可能會向授權的聯邦官員披露健康資訊，以便他們為總統、其他授權人員或外國領導人提供保護或展開特殊調查。

囚犯或拘留人員。對於身處懲教所或被執法人員拘留的囚犯，我們可能會向適當的懲教所或執法人員披露健康資訊。僅在以下目的有必要時才會進行披露：(1) 懲教所為您提供健康護理；(2) 保障您或他人的健康和 safety；或 (3) 為了懲教所的安全。

第 8 章: 您的權利與責任

其他的使用及披露限制：某些種類的健康資訊，包括但不限於與酒精和藥物濫用、精神健康治療、基因有關的資訊以及機密 HIV 相關資訊，在披露前需要書面授權並且根據紐約州法律或其他聯邦法律需遵守單獨的特殊隱私保護，以使此通知的部分內容不適用。

對於遺傳資訊，我們將不會出於核保目的使用或分享您的遺傳資訊。

如果本通知中的上述健康資訊使用或分享方式受到適用於我們的其他法律的禁止或其他限制，我們的政策是遵循更嚴格的法律所做的規定。

需要書面授權的使用和披露

在上述之外的情況下，我們在使用或披露關於您的個人資訊之前將請求您的書面授權。例如，在以下情況中，我們將獲得您的授權：

- 1) 出於與您的福利計劃無關的行銷目的；
- 2) 披露任何心理治療記錄之前；
- 3) 與出售您的健康資訊有關，以及
- 4) 出於法律規定的其他目的。例如，州法律還要求我們在使用或披露與 HIV/AIDS（艾滋病）、藥物濫用或精神健康資訊有關的資訊之前取得您的書面授權。

您有權撤銷任何該等授權，但是在某些情況下，例如我們已根據您的授權採取行動，則無法撤銷授權。

第 8 章: 您的權利與責任

您的權利

對於我們保存的關於您的健康資訊，您有以下權利且受某些限制的約束 – 所有申請必須以書面形式提出：

申請限制的權利。您有權申請限制我們為治療、付款或醫療護理營運使用或披露的健康資訊。您有權申請限制我們向參與您的護理或護理費用支付的人員（如家人或朋友）披露的關於您健康資訊。*我們不一定會同意您的申請，如果您的申請影響對您的治療，我們可能會予以拒絕。*如果我們同意您的申請，我們將遵守您的申請，除非在某些緊急治療情況下我們需要使用該資訊。

申請保密通訊的權利。如果您明確表示披露您的全部或部分健康資訊可能會對您造成危害，您有權請求我們以平常通訊方式之外的某種方式或在某個位置與您通訊。例如，您可以要求我們只透過向郵政信箱（而不是您的家庭地址）傳送郵件來聯絡您，或者您可能希望使用其他電話號碼來接聽電話。您的申請必須採用書面形式，並指定您希望採用的聯絡方式或地點。

第 8 章: 您的權利與責任

檢查和複製的權利。 您有權檢查和收到我們的記錄中用於作出關於您的參保、護理或護理費用支付的決定的健康資訊，包括電子健康記錄中保存的資訊。如果您想查閱這些記錄或獲得這些記錄的副本，必須提出書面要求。我們可能會收取影印及郵寄這些記錄的合理成本費。我們可能會拒絕您對特定資訊的存取。若是如此，我們將向您提供書面解釋。我們還將解釋您可以如何對該決定提出上訴。

請注意，記錄的紙質或電子副本可能需要您付費。

修正的權利。 如果您認為我們保存的健康資訊不正確或不完整，您可要求我們進行修正。只要資訊由我們或為我們保存，您就有權申請修正。您必須告訴我們您的申請理由。

我們可能會拒絕您修正記錄的申請。如果您的申請不是書面形式或未包含支持申請的理由，我們可能會拒絕申請。如果您要求我們修正如下所述的資訊，我們也可能會予以拒絕：

- 我們並未建立的資訊；
- 並不屬於用以作出關於您的決定的記錄；
- 並不屬於允許您檢查和獲取副本的資訊；或
- 準確且完整的資訊。

第 8 章: 您的權利與責任

獲得披露資訊清單的權利。 您有權申請我們在六年間披露的健康資訊的清單。該披露資訊清單將僅包括並非為治療、付款、健康護理營運、向您、依照授權、或為本通知中所述的「特殊情況」作出的披露。您有權免費獲得一份披露資訊清單。十二個月內的後續申請可能需付費。

獲得本通知紙質副本的權利。 您有權收到一份本通知的紙質副本。您可隨時要求我們提供本通知的副本。即使您已同意以電子方式接收本通知，您仍有權獲得紙質副本。您可隨時透過計劃網站 <https://elderplan.org/> 獲得一份本通知的副本。

如何行使您的權利

要行使本通知中所述的任何權利（除獲得本通知紙質副本之外），您必須聯絡計劃。

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 WATER STREET, NY 10041
1-800-353-3765
TTY : 711

洩露通知

我們將按照法律要求維護您的健康資訊的隱私和安全。如果您的任何健康資訊洩露（如法律所定義），我們將在發現資訊洩露後的 60 天內通知您，除非執法機構要求延遲通知。

第 8 章: 您的權利與責任

電子健康資訊交換

本計劃將參加與其他醫療服務提供者、健康資訊交換網絡和保健計劃的各種健康資訊電子交換系統。本計劃維護的健康資訊可能出於治療、付款或健康護理營運目的被其他醫療服務提供者、健康資訊交換網絡和健保計劃使用。此外，本計劃可能出於治療、付款或健康護理營運的目的，但僅在您同意的情況下使用由其他醫療服務提供者、健康資訊交換網絡和健保計劃維護的健康資訊。

通知變更

對於我們已掌握的以及未來收到的任何健康資訊，我們保留變更本通知和使修改或變更的通知生效的權利。新通知可在我們的網站上獲得，若您申請索取，我們會將新通告郵寄給您。通知將在第一頁左上角註明生效日期。

投訴和問題

如果您認為自己的隱私權受到侵犯，則可以向我們投訴。若向我們提出投訴，請透過下述地址聯絡隱私事務官。所有投訴必須以書面方式提出。

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 WATER STREET
NEW YORK, NY 10041

第 8 章: 您的權利與責任

您還可以向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，方法是：寫信至 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 、 致 電 1-877-696-6775 ， 或 瀏 覽 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ 。

我們不會因您行使投訴權而對您實施報復。

如果您對此通知有任何疑問，請聯絡 1-855-395-9169 (TTY: 711)

第 1.4 節 我們必須為您提供本計畫、本計畫網路內醫療服務提供者以及給付服務的相關資訊

作為 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要索取下列任何類型的資訊，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）：

- 計劃的相關資訊。例如，包括我們計劃財務狀況的相關資訊。

第 8 章: 您的權利與責任

- **我們網絡內提供者和藥房的相關資訊。** 您有權索取關於我們網絡內提供者的資格、網絡內藥房以及我們如何向網絡內提供者付款的資訊。
- **您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。** 第 3 章與第 4 章提供了關於醫療服務的資訊。第 5 章與第 6 章提供有關 D 部分藥物承保的資訊。
- **服務或藥物不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。** 第 9 章介紹關於要求我們就某種醫療服務或 D 部分藥物不獲承保的原因或您的保險受到限制的情況作出書面解釋的資訊。第 9 章還提供了關於要求我們變更我們所作的決定（也稱為上訴）的資訊。

第 1.5 節 您有權瞭解您的治療方案及參與決定您的護理

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

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

- **瞭解您的所有選擇方案。** 您有權瞭解所有針對您的病情建議的所有治療方案，無論這些方案須支付多少費用或這些方案是否獲我們的計劃承保。其中也包含瞭解我們計劃所提供之協助會員管理藥物與安全用藥的計劃。

第 8 章: 您的權利與責任

- **瞭解風險。** 您有權瞭解您的護理中涉及的任何風險。如果任何建議的醫療護理或治療是研究試驗的一部分，醫生必須事先向您說明。您完全有權拒絕任何試驗性治療。
- **拒絕的權利。** 您有權拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。您有權停止服藥。如果您拒絕治療或停止服藥，您需對身體因此出現的情況負全部責任。

您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式

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

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

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

第 8 章: 您的權利與責任

如何設定預立醫療指示來說明：

- **獲取表格。** 您可向您的律師、社會工作者或某些辦公用品商店索取預立醫療指示表格。有時，您可從向公眾提供 Medicare 聯邦醫療保險資訊的機構索取預先指示表格。您也可以致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）索取表格。
- **填寫表格並簽名。** 無論從何處獲取此表格，該表格都屬於法律文件。考慮請一位律師幫您編製該文件。
- **將表格的副本交給合適的人員。** 交一份表格副本給您的醫生，交一份給您在表格中指定為在您無法作出決定時代您作決定的人士。您還可將副本交給您的親友。請在家中保留一份副本。

如果您事先獲知自己即將住院，且已簽署預立醫療指示，請隨身攜帶副本前往醫院。

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

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

第 8 章: 您的權利與責任

如果未遵循您的指示

如您簽署預先指示，但您認為醫生或醫院未遵守當中的指示，您可向紐約州衛生署醫院投訴熱線（電話 1-800-804-5447）或專業醫療行為辦公室醫生投訴熱線（電話 1-800-663-6114）提出投訴。

第 1.6 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定

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

第 1.7 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重

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

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

- 請致電我們計劃的會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）
- 致電您當地的 SHIP，電話：1-212-602-4180（行政區內），1-800-701-0501（行政區外）。

第 8 章: 您的權利與責任

- 致電 **Medicare**，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 使用者致電 1-877-486-2048)。或者，您可致電紐約州衛生署 (社會服務部) HRA Medicaid 幫助熱線，電話是 1-888-692-6116 (TTY 711)，服務時間為週一至週五早上 9 點至下午 5 點。
- 或者，您可致電獨立承保人維權網絡 (ICAN)，電話：1-844-614-8800 (TTY 711)，服務時間為週一至週五早上 8 點至下午 6 點。

第 1.8 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊

從以下管道獲取有關您權利的更多資訊：

- 致電會員服務部 1-800-353-3765 (TTY 使用者請撥打 711)
- 致電您當地的 **SHIP**，電話：1-212-602-4180 (行政區內)，1-800-701-0501 (行政區外)。
- 聯絡 **Medicare**
 - 瀏覽 www.Medicare.gov，閱讀刊物「您的 *Medicare* 權利及保護」(網站：Medicare 聯邦醫療保險權利與保護)
 - 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 使用者請致電 1-877-486-2048)

第 8 章: 您的權利與責任

第 2 節 身為我們計劃會員的責任

以下是作為我們的計劃會員所需執行的事項。如有任何疑問，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

- 熟悉您的承保的服務及您獲得此類承保的服務所必須遵守的規則。閱讀本**承保證書**，瞭解為您承保的服務，以及獲得承保的服務所需遵守的規則。
 - 第 3 章和第 4 章詳細介紹了醫療服務。
 - 第 5 章和第 6 章詳細介紹了 D 部分藥物承保。
- 除我們的計劃外，如果您有任何其他健康保險承保或藥物承保，您必須知會我們。第 1 章介紹了關於協調這些福利的資訊。
- 將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他保健服務提供者。獲取您的醫療護理或 D 部分藥物時，務請出示我們計劃的會員卡。
- 透過向您的醫生及其他醫療服務提供者提供資訊、詢問問題和跟進您的護理情況，幫助其為您提供服務。
 - 為了幫助您獲得最佳護理，請將您的健康問題告知您的醫生和其他醫療服務提供者。遵從您與醫生議定的治療方案及指示。
 - 確保您的醫生瞭解您使用的所有藥物，包括非處方藥、維生素和補品。

第 8 章: 您的權利與責任

- 如果您有疑問，請務必提出，並確保獲得您能理解的回答。
- **請體諒他人。**我們希望會員均能尊重其他患者的權利。也希望您在行事時，遵循您醫生診所、醫院及其他辦公室的工作程序，保證其正常工作。
- **支付您的欠款。**作為計劃會員，您負責支付以下費用：
 - 您必須支付我們的計劃保費。
 - 您必須繼續支付 Medicare 保費才能繼續成為我們計劃的會員。
 - 對於我們的計劃承保的大部分藥物，您在獲取藥物時必須支付應分攤的費用。
- **如果您前往的地點處於我們計劃的服務區之內，您需通知我們您的搬遷情況，以便我們更新您的會籍記錄及獲得您的聯絡資訊。**
- **如果您搬離我們計劃的服務區域，則您無法繼續作為我們計劃的會員。**
- **如果您搬遷，請務必通知社會保障局（或鐵路職工退休委員會）。**

第 9 章: 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第 9 章：

如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第 1 節 遇到問題或疑慮該如何處理

本章列述了處理問題及疑慮的程序。用於處理您的問題的程序視以下兩者而定：

1. 您的問題與 **Medicare** 聯邦醫療保險還是 **Medicaid** 醫療補助承保的福利有關。如果您希望有人幫助您決定是使用 **Medicare** 聯邦醫療保險程序還是使用 **Medicaid** 醫療補助程序，或兩者，請聯絡會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。
2. 您遇到的問題類型：
 - 就某些問題而言，您需採用**承保決定和上訴程序**。
 - 對於其他問題，您需採用**提出投訴的程序**，也叫申訴。

兩個過程已獲 **Medicare** 批准。每個程序都有一套規則、手續及截止日期，您與我們均須遵守。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

本章中的資訊將幫助您確定要使用的正確流程和要執行的操作。

第 1.1 節 法律術語

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

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

第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助

我們可隨時向您提供協助。即使您想要對我們對待您的方式提出投訴，我們也必須尊重您提出投訴的權利。如需協助，請隨時致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。在某些情況下，您可能希望獲得某位與我們無關人士的幫助或指引。可提供協助的兩個機構是：

州健康保險援助計劃 (SHIP)。

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

SHIP 顧問服務免費。本文件第 2 章第 3 節中列有電話號碼和網站 URL。

Medicare 聯邦醫療保險

您亦可聯絡 Medicare 尋求幫助：

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- 請您瀏覽 www.Medicare.gov。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

您可從 Medicaid 醫療補助獲得幫助和資訊

方式	紐約州衛生署 (社會服務部) – 聯絡資訊
致電	HRA Medicaid 醫療補助熱線：1-888-692-6116 紐約市：718-557-1399 服務時間：週一至週五上午 9 點至下午 5 點 納蘇縣：(516) 227-8000 服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 4 點 Putnam 縣 (845) 808-1500 週一至週五，上午 9 點至下午 5 點 威徹斯特縣：914-995-3333 服務時間：週一至週五上午 8:30 至下午 5 點
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

方式	紐約州衛生署 (社會服務部) – 聯絡資訊
寫信	New York City Human Resources Administration 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 Putnam County DSS 110 Old Route Six Cente, Carmel, New York 10512-2110 Westchester County Department of Social Services 85 Court Street White Plains, NY 10601
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

您可從紐約州品質改進機構獲得幫助

方式	Livanta (紐約州品質改進機構) – 聯絡資訊
致電	1-866-815-5440 週一至週五上午 9 點至下午 5 點；及 提供 24 小時語音信箱服務。
TTY	1-866-868-2289 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	http://www.livantaqio.com/

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

獨立消費者倡權網絡 (ICAN) 可以幫助 Medicaid 醫療補助的投保人處理服務或費用問題。他們可以協助您向我們的計劃提交申訴或上訴。ICAN 還可協助人們獲取關於療養院的資訊並解決療養院與居住者或其家庭之間的問題。

方式	獨立消費者倡權網絡 (ICAN) – 聯絡資訊
致電	1-844-614-8800 服務時間：上午 8 點至下午 6 點 週一至週五
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	ican@cssny.org
網站	http://icannys.org

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 3 節 解決問題的流程

由於您加入了 Medicare 並從 Medicaid 獲取協助，您可以使用不同的程序處理您的問題或投訴。您使用的過程取決於問題與 Medicare 福利還是 Medicaid 福利有關。如果您的問題與 Medicare 承保的福利有關，請使用 Medicare 過程。如果您的問題與 Medicaid 承保的福利有關，請使用 Medicaid 過程。如果您希望有人幫助您決定是使用 Medicare 聯邦醫療保險程序還是使用 Medicaid 醫療補助程序，請聯絡會員服務部 1-800-353-3765 (TTY 使用者請致電 711)。

Medicare 聯邦醫療保險程序和 Medicaid 醫療補助程序在本章的不同部分描述。要瞭解您應閱讀哪個部分，請使用下表。

您的問題與 Medicare 聯邦醫療保險福利還是 Medicaid 醫療補助福利有關？

我的問題與 **Medicare** 聯邦醫療保險福利有關。

前往第 4 節處理關於您的 **Medicare** 福利的問題。

我的問題與 **Medicaid** 醫療補助承保範圍有關。

請參閱第 12 節處理關於您的 **Medicaid** 福利的問題。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 4 節 處理關於您的 **Medicare** 福利的問題

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

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

是。

請參閱第 5 節，承保決定和上訴指引。

否。

前往第 11 節，如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴。

承保範圍裁決和上訴

第 5 節 承保決定和上述指引

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

在獲得服務之前要求承保決定

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

在有限的情況下，承保決定的請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。何時將駁回請求的範例包括：如果請求不完整、有人代表您提出請求但並未合法授權該請求或您要求撤銷請求。如果我們駁回承保決定請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

提出上訴

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

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

在有限的情況下，第 1 級上訴請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。何時將駁回請求的範例包括：如果請求不完整、有人代表您提出請求但並未合法授權該請求或您要求撤銷請求。如果我們駁回第 1 級上訴請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

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

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 第 7 節進一步介紹了 D 部分上訴。

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

第 5.1 節 獲取有關請求承保決定或提出上訴的幫助

以下是一些您在決定要求作出任何類別的承保決定或對決定提出上訴時可採取的途徑：

- 致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請撥打 711）
- 可向您的州立健康保險援助計劃取得免費協助
- 您的醫生可代表您提出請求。如果您的醫生幫助您請求第 2 級以上的上訴，他們需要被指定為您的代表。請致電客戶服務部並索取代表任命表格（該表格也可在 www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或瀏覽我們的網站 www.elderplan.org 獲取）
 - 就醫療照護而言，您的醫醫可代表您就醫療護理提出承保決定或第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒絕，則該上訴將會自動轉交至第 2 級。
 - 對於 D 部分藥物，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫生可以申請第 2 級上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- **您可要求某人士代表您行事。** 您可以指名其他人士擔任您的「代理商」，以代您提出承保決定要求或上訴。
 - 如果您希望您的朋友、親屬或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部 1-800-353-3765 (TTY 使用者請撥打 711) 並索取代表委任表格。(此表格也可在 www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.elderplan.org 上獲取) 該表格給予該人士許可，代您行事。表格必須經您和您希望代您行事的人士簽署。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
 - 我們可以接受沒有表格的代表提出的上訴請求，但在收到表格之前我們無法完成審核。如果我們在就您的上訴作出決定的截止日期之前未收到該表格，您的上訴申請將被駁回。如果發生此情況，我們將向您發出書面通知，就您要求獨立審查組織對我們駁回您的上訴的決定進行審查的權利作出解釋。
- **您也有權聘請律師。** 您可聯絡您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些團體會為您提供免費法律服務。但**您並非必須聘請律師**才能要求任何類別的承保決定或針對某項決定提出上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第 5.2 節 不同情況下的規則和截止日期

有 4 種不同的情況涉及承保決定和上訴。每種情況都設有不同的規定和截止日期。我們針對以下每種情況提供詳細資訊：

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

如果您不確定哪些資訊適用於您，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。您亦可從 SHIP 取得協助或資訊。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 6 部分 醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

第 6.1 節 在對於獲取醫療護理保險存有疑問或希望我們償付就您的護理應承擔的費用時，您該如何處理

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

本節介紹了您處於以下 5 種情況中的任何一種時，您可以採取的行動：

1. 您沒有取得您想要的某些醫療護理，而您認為我們計劃承保該護理。**要求作出承保決定。第 6.2 節。**
2. 我們的計劃不批准您的醫生或其他醫療服務提供者要向您提供的醫療護理，而您認為此種護理屬於我們計劃承保的範圍。**要求作出承保決定。第 6.2 節。**
3. 您已得到醫療護理，且您認為這些醫療護理或服務屬於我們計劃承保的範圍，但我們卻表示不支付此種護理費用。**提出上訴。第 6.3 節。**
4. 您已獲得您認為我們的計劃應承保的醫療護理，並已就此付款，且欲要求我們的計劃就該項護理向您償付費用。**向我們寄送賬單。第 6.5 節。**

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

5. 您獲知您所接受的我們之前認可的某種醫療護理的承保範圍將縮小或停止，而您認為減少或停止此種護理會損害您的健康。提出上訴。第 6.3 節。

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

第 6.2 節 如何要求承保決定

法律術語：

涉及您的醫療護理的承保決定稱為**機構裁定**。

快速承保決定稱為**加急裁決**。

第 1 步：判斷您需要的是標準承保決定還是快速承保決定。

如果項目或服務須遵守我們的事先授權規定，標準承保決定通常會在 7 個曆日內作出；所有其他醫療項目和服務則在 14 個曆日內作出；B 部分藥物則在 72 小時內作出。對於醫療服務，快速承保決定通常在 72 小時內作出；或者，對於 B 部分藥物，該決定通常在 24 小時內作出。只有當採用標準截止日期會嚴重損害您的健康或傷害您恢復功能的能力時，方可取得快速承保決定。

如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保決定，我們即同意對您作出快速承保決定。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

如果您自行要求快速承保決定（未獲得醫生支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們將致函給您：

- 說明我們將使用標準截止日期。
- 告知如果您的醫生要求快速承保決定，我們將自動為您提供快速承保決定。
- 說明您可以針對我們為您做出標準承保決定而不是您申請的快速承保決定而提起快速投訴。

第 2 步：要求我們的計劃作出承保決定或快速承保決定。

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 3 步：我們將考慮您的醫療護理保險請求，並給予答覆。

對於標準承保決定，我們採用標準截止日期。

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

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

對於快速承保決定，我們採用加急期限。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

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

- 但是, 如果您要求延長時間, 或者我們需收集可能有利於您的更多資訊, 則可再延長至多 14 個曆日。如果我們需要更多時間, 會以書面形式通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出申請, 我們將不可延長作出裁決的時間。
- 如果您認為我們不應延長時間, 可提出「快速投訴」。(有關投訴的資訊, 請參閱第 11 節。) 我們在作出決定後會儘快通知您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求, 我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因。

第 4 步: 如果我們拒絕您的醫療護理承保請求, 您可提出上訴。

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 6.3 節 如何提出第 1 級上訴

法律術語：

就醫療護理承保決定向我們的計劃提出上訴稱為計劃重新考慮。

快速上訴稱為加急重審。

第 1 步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

對於 B 部分藥物，「標準上訴」通常在 30 個曆日或 7 個曆日內提出。快速上訴通常在 72 小時內作出答覆。

- 如果您就我們對護理保險作出的裁決提出上訴，您和/或您的醫生將需決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速上訴，我們將給予您快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 6.2 節中的快速承保決定的要求及程序相同。

第 2 步：對我們的計劃提出上訴或快速上訴

- 如果您要求進行標準上訴，請以書面形式提交標準上訴 第 2 章有聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，可以書面形式或致電我們提出上訴。第 2 章中載有聯絡資訊。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 您必須在自我們向您發出書面通知，對您的承保決定請求作出答覆之日起 **65 個曆日內提出上訴請求**。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可給予您更多時間提出上訴。充分理由示例可能包括：您罹患使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴申請截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- 您可索取一份有關您的醫療決定的資訊。您與您的醫生可添加更多資訊來支持您的上訴。

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

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

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出回覆。
 - 如果您要求更多時間，或若我們需要收集更多有利於您的資訊，如果您的申請是針對醫療用品或服務，我們可延長至多 **14 個曆日**。如果我們需要更多時間，會以書面形式通知您。如果您的申請涉及 B 部分藥物，我們將無法延長時間。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果我們在 72 小時內未給您答覆 (或若在延期結束時增加延長時間)，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審核。第 6.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們的答覆是核准您的部份或全部要求，我們必須在收到上訴後 72 小時內核准或提供給付。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將會向您寄送我們的書面裁決，並自動將您的上訴轉至獨立審核機構進行第 2 級上訴。獨立審查機構將在收到您的上訴時以書面形式通知您。

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您上訴後的 **30 個日曆天**內給您答覆。如果您的申請涉及您尚未獲得的 B 部分藥物，我們會在收到您的上訴後 **7 個曆日**內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
 - 但是，對於您就醫療項目或服務提出的請求，如果您要求延長時間，或者我們需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 **14 個曆日**。如果我們需要更多時間，會以書面形式通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。
 - 如果您認為我們不應延長時間，可提出「快速投訴」。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（有關投訴的資訊，請參閱第 11 節。）

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果我們在截止日期之前 (或延期結束時) 未給您答覆, 我們會將您的請求提交至第 2 級上訴, 由獨立審查組織進行審查。第 6.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部請求, 就必須在 30 個日曆日 (如果您提出關於醫療項目或服務的請求) 或 7 個日曆日內 (如果您提出關於 B 部分藥物的請求) 授權或提供保險。
- 如果我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴, 我們會自動將您的上訴寄至獨立審查組織進行第 2 級上訴。

第 6.4 節 第 2 級上訴程序

法律術語：

獨立審查組織的正式名稱為**獨立審核實體**。有時稱為 **IRE**。

獨立審核機構是 **Medicare** 聯邦醫療保險聘請的一個外部獨立機構。它與我們無關, 也不是政府機構。該機構將決定我們作出的決定是否正確, 或是否應進行變更。**Medicare** 聯邦醫療保險監督其工作。

第 1 步：獨立審核機構審核您的上訴。

- 我們將向該機構傳送有關您的上訴的資訊。該資料稱為您的**個案檔案**。您有權向我們索取一份個案檔案副本。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，支援您的上訴。
- 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

如果您的第 1 級上訴為快速上訴，您也將獲得第 2 級的快速上訴。

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

如果您的第 1 級上訴為標準上訴，您的第 2 級上訴也將為標準上訴。

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 2 步: 獨立審核機構給您答覆。

獨立審核機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

- 如果獨立審查組織同意您針對醫療用品或服務的部分或全部申請，我們必須在 **72 小時**內授權醫療護理承保，或者在我們獲得獨立審查組織對**標準申請**的決定後 14 個日曆日內提供服務。對於**加急申請**，我們將在收到獨立審核機構的裁決起 **72 小時**內答覆。
- 如果獨立審核機構同意部分或全部 **B 部分藥物**請求，我們必須在收到獨立審核機構針對**標準申請**的裁決後 **72 小時**內授權或提供 **B 部分藥物**。對於**加急申請**，我們將在收到獨立審核機構的裁決起 **24 小時**內答覆。
- 如果獨立審查機構部分或完全拒絕您的上訴，表明他們同意我們計劃的決定，即您的醫療護理保險的請求（或部分請求）應不予批准。（這稱為**維持原決定**，或稱為**駁回上訴**。）在此情況下，獨立審查組織將向您寄送一封信函：
 - 解釋該裁決。
 - 如果護理承保範圍的價值達到某個最低金額，則會通知您有權進行第 3 級上訴。您從獨立審核機構獲得的書面通知將說明繼續上訴程序必須達到的金額。
 - 告訴您如何提出第 3 級上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 3 步: 如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有 3 個級別（共 5 個上訴級別）。如果您希望進行第 3 級上訴，有關如何提出上訴的詳細資訊，請查閱第 2 級上訴後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。第 10 節介紹了第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序。

第 6.5 節 如果您要求我們償還您醫療費用帳單中我們應承擔的費用

我們無法直接為您報銷 **Medicaid** 醫療補助服務或項目的費用。如果您收到 Medicaid-給付服務和項目超過您的共付額的帳單，請寄給我們。不應自行支付帳單。我們將直接聯絡提供者並解決問題。如果您確實支付了帳單，並且您遵守了獲得服務或用品的規則，則可以從該健康護理提供者那裡獲得退款。

要求報銷即要求我們作出承保決定

如果您向我們寄送要求報銷的書面文件，即為要求我們作出承保決定。為作出此決定，我們將核查您已付款的醫療護理是否承保。我們也將核查您是否遵守使用醫療護理承保的規則。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

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

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

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

- 我們必須在收到您上訴後的 60 個日曆天內給您答覆。如果您要求我們償付您已接受並作出支付的醫療護理之費用，則不允許要求快速上訴。
- 如果獨立審核機構認定我們應支付該等費用，我們必須在 30 個曆日內向您或醫療服務提供者寄出付款。如果您的上訴在第 2 級之後的任何上訴程序階段得到同意的答覆，我們將必須在 60 個日曆天內將您要求給付的款項寄給您或醫療服務提供者。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 7 節 D 部分藥物：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

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

您的福利包含多種處方藥的承保。該藥必須用於醫學上認可的適應症才可承保。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請前往第 5 章。）如需關於 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請參閱第 5 和第 6 章。本節僅和您的 **D 部分藥物有關**。為使文字通俗易懂，我們在本節下文中提述為 *藥物*，而非每次贅述 *承保門診處方藥* 或 *D 部分藥物*。我們還使用「藥物清單」而非 *承保藥物清單* 或 *處方藥一覽表* 一詞。

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

D 部分承保決定與上訴

法律術語：

有關 D 部分藥物的初始承保決定被稱為**承保裁決**。

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

- 請求承保未列於我們計劃藥物清單上的 D 部分藥物。
要求例外處理。第 7.2 節
- 要求豁免藥物的我們計劃承保範圍限制（例如對您可以獲得的藥物數量的限制）**要求例外處理。第 7.2 節**
- 要求獲得藥物的預先核准。**要求作出承保決定。第 7.4 節**
- 支付您已購買的處方藥的費用。**要求我們作出償付。第 7.4 節**

如果您不同意該項承保裁決，可提出上訴。

本節介紹如何要求承保決定，以及如何提出上訴請求。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 7.2 節 請求例外處理

法律術語：

請求承保未列於藥物清單上的藥物屬於**處方藥一覽表例外情況**。

要求免除針對某些藥物承保的限制有時稱為**處方藥一覽表例外情況**。

要求對承保的非首選藥物支付較低的金額稱為**等級例外處理**。

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

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

1. **承保未列於我們藥物清單上的 D 部分藥物。** 如果我們同意承保未列於藥物清單的藥物，您需要支付適用於我們所有藥物的費用分攤金額。您無法就該藥物您應支付的費用分攤申請例外處理。
2. **為承保藥物移除限制。** 第 5 章描述了我們藥物清單上的某些藥物適用的額外規則或限制。

第 7.3 節 請求例外處理須知

您的醫生必須告訴我們醫療理由

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

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

我們可核准或拒絕您的請求

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 7.4 節 如何要求承保決定 (包含例外處理)

法律術語：

快速承保決定也叫做加急承保決定。

第 1 步：判斷您需要的是標準承保決定還是快速承保決定。

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

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

- 您必須是在請求一種您尚未獲得的藥物。（您無法就償付已購買藥物的費用要求快速承保範圍裁決。）
- 採用標準截止日期會嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力。
- 如果您的醫生或其他處方醫生告知我們您的健康狀況需要「快速承保決定」，我們將自動對您作出快速承保決定。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果您自行要求快速承保決定 (未獲取醫生或處方醫生的支援)，我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們將致函給您：
 - 說明我們將使用標準截止日期。
 - 說明如果您的醫師或其他處方藥劑師提出快速承保決定的要求，我們會自動提供您快速承保決定。
 - 告訴您如何就我們未按您的請求作出標準承保決定，而作出快速承保決定的事提出「快速投訴」。我們將在收到投訴後的 24 小時內給您答復。

第 2 步： 請求標準承保範圍裁決或快速承保範圍裁決。

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

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

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

第 3 步：我們將考慮您的請求，並給予答覆。

快速承保決定的截止日期

- 我們通常必須在收到您請求後的 **24 小時內** 給您答覆。
 - 對於例外處理，我們將在收到您醫師的支援聲明後 24 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出回覆。
 - 如果我們未能遵守此截止日期，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們批准您的部分或全部請求，我們必須在收到您的申請或醫生支援您的申請之聲明後的 24 小時內，提供我們已同意提供的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

關於您尚未獲得之藥物的標準承保決定的截止日期

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

與您已購藥物之給付有關的「標準承保決定」期限

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個曆日內** 給您答覆。
 - 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們批准您的部分或全部請求，必須在收到您請求後的 14 個曆日內向您作出付款。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，你可提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權提出上訴，要求我們重新考慮這項決定。這意味著再次要求獲得您想要的藥物承保。如果您提出上訴，即表示您進入第 1 級上訴程序。

第 7.5 節 如何提出第 1 級上訴

法律術語：

就 D 部分藥物承保決定向我們的計劃提出上訴稱為計劃「重新裁決」。

快速上訴也叫做加急重新決定。

第 1 步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

標準上訴通常在 7 個曆日內作出答覆。快速上訴通常在 72 小時內作出答覆。如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求快速上訴。

- 如果您就我們計劃對您尚未接受的藥物作出的裁決提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫生將需決定您是否需要快速上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 獲得「快速上訴」的要求與獲得本章第 7.4 節中的「快速承保決定」的要求及程序相同。

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

- 對於標準上訴，提交書面請求或致電我們。第 2 章中載有聯絡資訊。
- 要獲得快速上訴，請以書面形式提交您的上訴或致電我們的電話 (1-866-490-2102)。第 2 章中載有聯絡資訊。
- 我們必須接受任何的書面申請，包括使用 *CMS 承保範圍重新裁決申請表* 範本（可在我們的網站 www.elderplan.org 獲取）提交的申請。請提供您的姓名、聯繫資訊以及您的索賠資訊，以協助我們處理您的請求。
- 您必須在自我們向您發出書面通知，對您的承保決定請求作出答覆之日起 **65 個曆日內提出上訴請求**。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可給予您更多時間提出上訴。充分理由示例可能包括：您罹患使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴申請截止期限的資訊是錯誤或不完整的。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 您可索取一份有關您上訴的資訊，並添加更多資訊。
您與您的醫生可添加更多資訊來支持您的上訴。

第 3 步：我們將考慮您的上訴並給予答覆。

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

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出回覆。
 - 如果我們在 72 小時內未給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。第 7.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們批准您的部分或全部請求，必須在收到您上訴後的 72 小時內，提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及您如何對我們的裁決提出上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

關於您未獲得之藥物的標準上訴的截止日期

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

對於您已購買藥物的付款的「標準上訴」截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 14 個日曆日內給您答覆。
 - 如果我們未能遵守此截止日期，我們應將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們批准您的部分或全部請求，必須在收到您請求後的 30 個日曆日內向您作出付款。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 4 步：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否繼續上訴程序，並提出另一個上訴。

- 如果您再次決定上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序。

第 7.6 節 如何提出第 2 級上訴

法律術語

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

獨立審核機構是 **Medicare** 聯邦醫療保險聘請的一個外部獨立機構。它與我們無關，也不是政府機構。該機構將決定我們作出的決定是否正確，或是否應進行變更。**Medicare** 聯邦醫療保險監督其工作。

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

- 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含如何向獨立審核機構提出第 2 級上訴的指示。這些指示將說明可以提出此第 2 級上訴的人士、您須遵守的截止日期，以及如何聯絡獨立審查組織。
- 您必須在我們傳送告知我們對承保決定的答覆的書面通知之日起 **65 個行事曆日**內。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果我們在適用期限內未完成審核，或根據我們的藥物管理計劃作出關於**風險**確定的不利裁決，我們將自動將您的請求轉交獨立審核實體。
- 我們會將您的上訴資訊寄送給獨立審核機構。該資料稱為您的**個案檔案**。您有權向我們索取一份個案檔案副本。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，支援您的上訴。

第 2 步：獨立審核機構審核您的上訴。

- 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

快速上訴的截止日期

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

標準上訴的截止日期

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 3 步: 獨立審核機構給您答覆。

對於快速上訴:

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

對於標準上訴:

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

如果獨立審查組織拒絕您的上訴怎麼辦？

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

- 解釋該裁決。
- 如果藥物承保範圍的價值達到某個最低金額，則會通知您有權進行第 3 級上訴。如果您請求的藥物保險的價值過低，您不能再次提出上訴，且第 2 級的決定即為最終決定。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

- 告知您滿足繼續上訴程序要求所需的價值。

第 4 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有 3 個級別（共 5 個上訴級別）。
- 如果您想繼續進行第 3 級上訴，請查看第 2 級上訴決定後收到的書面通知，其中詳述了如何進行此級別上訴。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。第 10 節介紹了第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序。

第 8 節 如果您認為您過快出院，如何要求我們延長住院承保

您入院時，有權獲得診斷及治療傷病需要的所有承保醫院服務。

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

- 離開醫院的日期稱為**出院日期**。
- 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員將告知您。
- 如果您認為他們過快讓您出院，可要求延長住院時間，您的請求將獲考慮。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

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

您在入院後的 2 個日曆日內，會收到一份名「*關於您所享權利的 Medicare 重要資訊*」的書面通知。**Medicare** 聯邦醫療保險的每位參保人均會收到一份該通知。如果您沒收到醫院的相關人員（如個案工作者或護士）給予的通知，請向任何醫院員工索取。如果需要協助，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。（TTY 使用者可致電 1-877-486-2048）。

1. 請仔細閱讀此通知，如不理解，請詢問。該通知告知：

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

2. 您必須簽署該書面通知，以表示您已收到並理解您的權利。

- 您或代表您行事的人士需要簽署該通知。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 簽署通知僅表示您已獲得有關您權利的資訊。通知並不會指定您的出院日期。簽署通知不代表您同意出院日期。

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

- 如果您在通知上簽名的時間早於出院日期前 2 個曆日，您將在排定出院前再拿到一份通知。
- 如需提前查看此通知的副本，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您亦可瀏覽 www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 8.2 節 如何提出第 1 級上訴更改出院日期

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

- 遵循程序
- 遵守截止日期
- 需要時請尋求幫助。若您有任何疑問或需要幫助，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。或致電您所在州的健康保險援助計劃 (SHIP) 獲取個人化幫助。SHIP 聯絡資訊可在第 2 章第 3 節找到。

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

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

如何聯絡該機構？

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

儘快行動：

- 如要提出上訴，您必須在出院前聯絡質量改善組織，且不得遲於出院當日的午夜。
 - 如果您遵守此截止日期，則在等待質量改善組織作出決定時，在超過出院日期的情況下可繼續住院，而無需付費。
 - 如果您未在截止日期前完成，請與我們聯絡。如果您決定在計劃的出院日期後繼續住院，您可能須支付計劃的出院日期後的所有醫院護理費用。
- 在您請求立即審核您的出院日期後，質量改善組織會聯絡我們。聯絡我們後次日中午，我們將向您發出詳細出院通知。本通知指定計劃出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。
- 您可以致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取詳細出院通知樣本。（TTY 用戶請撥打 1-877-486-2048。）您亦可瀏覽 www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 線上獲取通知樣本。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 2 步: 品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

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

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

如果核准會如何?

- 如果獨立審查組織*批准*, 我們必須繼續提供您的承保住院醫院服務, 時間視醫療必要性而定。
- 您必須繼續支付應承擔的費用 (如自付扣除金或共付額, 如適用)。此外, 您的承保醫院服務可能受到限制。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

如果拒絕會如何？

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

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果質量改善組織**否決**了您的上訴，**並且**您在計劃的出院日期之後繼續住院接受護理，您可以提出進一步上訴。繼續上訴意味著您將轉入 **2 級**上訴程序。

第 8.3 節 如何提出第 2 級上訴更改出院日期

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

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 2 步: 品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 質量改善組織的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

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

如果獨立審核機構批准：

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

如果獨立審核機構拒絕：

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

第 4 步: 如遭到拒絕，您需要決定是否希望繼續第 3 級上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有 3 個級別（共 5 個上訴級別）。如果您想繼續進行第 3 級上訴，請查看第 2 級上訴決定後收到的書面通知，其中詳述了如何進行此級別上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 10 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 9 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

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

如果我們決定是時候該終止對您承保任何一種護理（共 3 種），我們需要提前通知您。您的照護承保終止時，我們將終止為您的照護費用分攤。

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

第 9.1 節 我們會提前告知您承保何時結束

法律術語：

Medicare 聯邦醫療保險不承保通知。其中告知您如何申請快速通道上訴。請求加急行動上訴是要求我們改變對何時終止護理作出的承保決定的正式、合法途徑。

1. 在我們計劃即將終止承保您的護理至少 2 個曆日之前，您會收到書面通知。該通知告知：

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

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

第 9.2 節 如何提出第 1 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

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

- 遵循程序
- 遵守截止日期
- 需要時請尋求幫助。若您有任何疑問或需要幫助，請致電會員服務部 1-800-353-3765 (TTY 使用者請致電 711)。或致電您所在州的健康保險援助計劃 (SHIP) 獲取個人化幫助。SHIP 聯絡資訊可在第 2 章第 3 節找到。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。這將決定從醫療上而言，您的護理的結束日期是否適當。質量改善組織是一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療護理專家組成的團體，以核查和改進 Medicare 受保人獲得的護理品質。這包括審核計劃對何時終止承保某種醫療護理作出的決定。這些專家並不屬於我們的計劃。

第 1 步：提出第 1 級上訴：聯絡品質改進機構，提出快速上訴。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

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

儘快行動：

- 您必須聯絡品質改進機構開始上訴，時間不得晚於「*Medicare 聯邦醫療保險不承保通知*」上所述生效日期的前一天中午。
- 如果您錯過了截止日期並且希望提出上訴，您仍然擁有上訴權利。使用 Medicare 不予承保通知上的聯絡資訊聯絡質量改善組織。您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 2 步: 品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

法律術語：

詳細不承保說明。提供終止承保詳細原因的通知。

審核有哪些流程？

- 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您無需準備任何書面材料，但如果您願意，亦可準備。
- 獨立審核機構也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核我們的計劃向其提供的資訊。
- 在審核員告知我們您的上訴的當日結束前，您會收到我們的詳細不承保說明，其中會詳細解釋我們終止為您服務承保的原因。

第 3 步：審核員會在獲取所有必要資訊後的一天時間內，告知您它的決定。

如果審核員核准會如何？

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

如果審核員拒絕會如何？

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

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

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

第 9.3 節 如何提出第 2 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

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

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

- 您必須在品質改進機構拒絕您的第 1 級上訴後 **60 個曆日內** 要求進行此審核。僅有在您的護理承保終止日期之後您仍繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴（承保決定、上訴、投訴）

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 質量改善組織的審核員將再次仔細查閱您上訴的所有相關資訊。

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

如果獨立審核機構批准呢？

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

如果獨立審核機構拒絕呢？

- 即表明同意我們對您的第 1 級上訴作出的決定。
- 您收到的通知將以書面形式說明，如果您想繼續審核程序該如何做。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由行政法官或審裁員處理。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否希望再次提出上訴。

- 第 2 級上訴後仍有 3 個級別（共 5 個上訴級別）。如果您想繼續進行第 3 級上訴，請查看第 2 級上訴決定後收到的書面通知，其中詳述了如何進行此級別上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 10 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 10 節 將您的上訴升級至第 3、4 和 5 級

第 10.1 節 醫療服務請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

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

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

第 3 級上訴

為聯邦政府效力的行政法官或審裁員將審核您的上訴並給予答覆。

- 如果行政法官或審裁員核准您的上訴，上訴程序 **可能或可能不會結束**。與第 2 級上訴裁決不同，我們有權對您勝訴的第 3 級裁決提出上訴。如果我們決定上訴，則將繼續第 4 級上訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果我們決定不上訴，在收到行政法官或代理審裁員的決定後 60 個日曆日內，我們必須授權或為您提供服務。
- 如果我們決定對裁決提出上訴，我們將向您寄送一份第 4 級上訴申請以及任何隨附文件。我們可等待接到第 4 級上訴決定後，再核准或提供存在爭議的醫療護理。
- 如果行政法官或審裁員拒絕您的上訴，上訴程序 **可能或可能不會結束**。
 - 如果您決定接受您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
 - 如果您不願接受裁決，則可繼續下一級審核程序。您將從收到的通知中獲知針對 4 級上訴需要採取什麼措施。

第 4 級上訴

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

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

第 5 級上訴

一位聯邦地方法院的法官將審核您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定 *批准* 或 *拒絕* 您的請求。這是最終決定。聯邦地方法院之後再無更高級別的上訴程序。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 10.2 節 D 部分藥物請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

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

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

第 3 級上訴

為聯邦政府效力的行政法官或審裁員將審核您的上訴並給予答覆。

- 如果核准，則上訴程序結束。我們必須在收到到該裁定後的 72 小時內（加急上訴為 24 小時）授權或提供行政法官或律師裁決人所核准的藥物承保，或不晚於 30 個日曆日進行付款。
- 如果行政法官或審裁員拒絕您的上訴，上訴程序 *可能或可能不會結束*。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 如果您不願接受裁決，則可繼續下一級審核程序。您將從收到的通知中獲知針對 4 級上訴需要採取什麼措施。

第 4 級上訴

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

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

第 5 級上訴

一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定**批准或拒絕**您的請求。這是最終決定。聯邦地方法院之後再無更高級別的上訴程序。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

投訴

第 11 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴

第 11.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

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

投訴	範例
您的醫療護理品質	• 您是否對所獲醫療護理品質（包括住院護理服務）感到不滿意？
尊重您的隱私	• 是否有人未尊重您的隱私權或分享關於您的保密資訊？
未受到尊重、顧客服務不佳或其他不良行為	• 是否有人對您無禮或不尊重？ • 您是否不滿意我們的會員服務？ • 您是否覺得自己被迫退出我們的計劃？

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

投訴	範例
等待時間	• 經常很難約到醫生或等很久才能約到？ • 我們的醫生、藥劑師或其他醫療專業人員曾經讓您等太久？或者我們計劃的會員服務部或其他職員曾讓您等太久？ ○ 例如在電話中、候診室或健診室或者取處方等候太久。
清潔度	• 您是否對某所診所、醫院或醫生診室的清潔度或條件感到不滿？
我們為您提供的資訊	• 我們是否未能給您提供必要的通知？ • 我們的書面資訊是否難以理解？

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

投訴	範例
時間安排 (這類投訴都與我們是否及時作出承保決定及處理上訴有關)	如果您已要求我們作出承保決定或已提出上訴，同時，您認為我們未迅速回應您的要求，您可就我們的緩慢行動提出投訴。範例如下： ● 您已經要求我們快速承保決定或快速上訴，而我們對您說無法做到時，您可提出投訴。 ● 如果您認為我們未遵守承保決定或上訴的截止日期規定，此時您可提出投訴。 ● 您認為我們沒有按時為您承保或報銷某些已獲批准的醫療用品或服務或藥物，您可以提出投訴。 ● 您認為我們未能在要求的截止日期之前將您的個案轉交獨立審核機構，您可提出投訴。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 11.2 節 如何提出投訴

法律術語：

投訴也稱為申訴。

提出投訴也稱為提出申訴。

採用投訴程式稱為採用提出申訴的程式。

快速投訴也稱為加急申訴。

第 1 步：請立即致電或寫信聯絡我們。

- 通常第一步是致電會員服務部 1-800-353-3765 (TTY 使用者請致電 711)。如需採取任何行動，會員服務部將會告知您。
- 如果不願致電 (或已致電，但並不滿意)，可書面列明投訴事項後寄送給我們。若您寄送書面投訴，我們也相應以書面回復。
- 我們計劃接受口頭或書面申訴。您必須在導致發生該申訴問題的事件或意外後的 60 個曆日內提出申訴。一旦我們收到您的申訴，我們將調查您提出的問題，包括獲得任何其他必要資訊，全面審查您的申訴。在某些情況下，您可能想要提出快速 (「加急」) 申訴。您可能會提出快速申訴的情況是您想要投訴以下情況之一：

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

- 我們延長針對您的服務請求或上訴作出決定的時間；或者
- 如果您因我們拒絕您「快速承保範圍決定」或「快速上訴」的請求而提出投訴，我們將自動將其定為「快速」投訴（僅限您尚未接受之 D 部分藥物）。如果提出「快速」投訴，即表示我們會在 24 小時內給予答覆。
- 提出投訴的**截止日期**為從您出現想要投訴的問題之日起 60 個曆日內。

第 2 步：我們將調查您的投訴並給予答覆。

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

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 11.3 節 您也可向質量改善組織提出護理品質方面的投訴

當您的投訴涉及護理品質時，您有兩種選擇：

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

或

- 您可同時向品質改進機構和我們提出投訴。

第 11.4 節 您可將您的投訴告訴 Medicare

您可直接向 Medicare 提出有關 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/my/medicare-complaint。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

關於您的 Medicaid 給付的問題

第 12 節 處理關於您的 Medicaid 福利的問題

Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 不承保您的 Medicaid 醫療補助福利。若需就 Medicaid 醫療補助理賠提出上訴，請聯絡紐約州衛生署社會服務部辦公室；聯絡資訊請查看下文。

方式	紐約州衛生署（社會服務部）－聯絡資訊
致電	HRA Medicaid 醫療補助熱線：1-888-692-6116 紐約市：718-557-1399 服務時間：週一至週五上午 9 點至下午 5 點 納蘇縣：(516) 227-8000 服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 4 點 Putnam 縣 (845) 808-1500 週一至週五，上午 9 點至下午 5 點 威徹斯特縣：914-995-3333 服務時間：週一至週五上午 8:30 至下午 5 點

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

方式	紐約州衛生署 (社會服務部) – 聯絡資訊
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	New York City Human Resources Administration 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 Putnam County DSS 110 Old Route Six Cente, Carmel, New York 10512-2110 Westchester County Department of Social Services 85 Court Street White Plains, NY 10601
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

第 9 章: 如果您有問題或想投訴 (承保決定、上訴、投訴)

獨立消費者倡權網絡 (ICAN) 可以幫助 Medicaid 醫療補助的投保人處理服務或費用問題。他們可以協助您向我們的計劃提交申訴或上訴。ICAN 還可協助人們獲取關於療養院的資訊並解決療養院與居住者或其家庭之間的問題。

方式	獨立消費者倡權網絡 (ICAN) – 聯絡資訊
致電	1-844-614-8800 服務時間：上午 8 點至下午 6 點 週一至週五
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	ican@cssny.org
網站	http://icannys.org

第 10 章： 終止我們計劃的會員資格

第 1 節 終止您在我們計劃之會員身分

終止在 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 享有的會員資格可為自願性（您自己的選擇）或非自願性（並非您自己的選擇）：

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

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

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

第 2 節 您何時能終止計劃會籍？

第 2.1 節 由於您享有 **Medicare** 聯邦醫療保險和 **Medicaid** 醫療補助，因此您可以終止會籍

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

- 附帶單獨 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃的傳統聯邦醫療保險，
- 不附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的傳統的聯邦醫療保險（如果選擇此選項且獲得「額外補助」，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。），或
- 在一項計劃中為您提供 Medicare 聯邦醫療保險和大多數或全部 Medicaid 醫療補助福利和服務的整合式 D-SNP 計劃（如符合資格）。

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

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

- 有關您的 Medicaid 醫療補助計劃選項，請致電紐約州 Medicaid 醫療補助計劃 Medicaid 醫療補助辦公室：1-800-541-2831，服務時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點、週六上午 9 點至下午 1 點。
- 在開放投保期內提供其他 Medicare 健康計劃選項。第 2.2 節詳細介紹了開放註冊期。
- 您的會員資格通常將在我們收到您更改計劃的請求後下個月第一天終止。您參保的新計劃也將於這一天開始。

第 2.2 節 您可在開放註冊期終止會員資格

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

- 開放參保期從 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- 選擇繼續使用當前的保險或變更來年的保險。如果您決定變更為新計劃，可選擇以下任何類型的計劃：
 - 其他 Medicare 保健計劃，（包含或不包含藥物保險）。
 - 附帶單獨 Medicare 藥物計劃的傳統的聯邦醫療保險
 - 不附帶單獨 Medicare 藥物計劃的傳統的聯邦醫療保險。

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

- 在一項計劃中為您提供 Medicare 聯邦醫療保險和大多數或全部 Medicaid 醫療補助福利和服務的整合式 D-SNP 計劃（如符合資格）。

您從 Medicare 獲得「額外補助」來支付處方藥費：如果您轉至傳統的聯邦醫療保險並且未參保單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會將您加入藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

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

- 當新計劃的保險在 1 月 1 日開始時，您在我們計劃的會籍將終止。

第 2.3 節 您可在 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放參保期終止會籍

您可在 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放參保期對您的健康保險作出一項變更。

- Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放參保期為 1 月 1 日至 3 月 31 日，對於新參保 MA 計劃的 Medicare 受益人，還包括從 A 部分和 B 部分生效的當月至生效第三個月的最後一天。

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

- 在 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放參保期期間，您可以：
 - 切換到另一個 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃，無論是否有藥物承保。
 - 從我們的計劃退保並透過傳統的聯邦醫療保險獲得保險。如果您在此期間轉至傳統的聯邦醫療保險，您同時還可加入一項單獨的 Medicare 藥物計劃。
- 您的會員資格將在您加入其他 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃或我們收到您轉至傳統的聯邦醫療保險計劃的請求後下個月第一天終止。如果您同時選擇加入某個 Medicare 藥物計劃，您在該藥物計劃的會員資格將於其收到您的參保請求後下個月第一天開始。

第 2.4 節 在某些情況下，您可在特殊參保期期間終止您的會籍

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

如果您符合以下任意一種情況，您可能**有資格在特殊參保期終止您的會籍**。以下僅舉例說明。如欲獲取完整清單，您可聯絡我們的計劃，致電 Medicare 或瀏覽 www.Medicare.gov。

- 通常在您搬遷至
- 如果您享有 Medicaid 醫療補助

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

- 如果您有資格獲得「額外補助」來支付 Medicare 藥物保險費用
- 如果我們違反與您簽署的合約
- 如果您在療養院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理
- 如果您參與全包式長者護理計劃 (PACE)
- **註：**如果您已加入藥物管理計劃，您可能只符合某些特殊參保期資格。第 5 章第 10 節可提供有關藥物管理計劃的更多資訊。
- **註：**第 2.1 節詳細介紹了適用於 Medicaid 醫療補助受益人的特殊參保期。

參保期視您的情況而有所不同。

如需查詢您是否符合特殊參保期的資格，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。如果您因特殊情況符合資格終止會員資格，您可選擇同時更改 Medicare 健康承保範圍以及藥物承保。您可以選擇：

- 其他 Medicare 保健計劃（包含或不包含藥物保險），
- 附帶單獨 Medicare 藥物計劃的傳統的聯邦醫療保險，
- 不附帶單獨 Medicare 藥物計劃的傳統的聯邦醫療保險。

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

- 在一項計劃中為您提供 Medicare 聯邦醫療保險和大多數或全部 Medicaid 醫療補助福利和服務的整合式 D-SNP 計劃（如符合資格）。

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

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

您的會員資格通常會在收到您的變更我們的計劃申請後的當月第一天終止。

註：第 2.1 節和第 2.2 節詳細為您介紹擁有 Medicaid 醫療補助及額外補助之人士的特殊參保期。

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

第 2.5 節 獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊

如果您對終止會員資格有疑問，您可以：

- 致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請撥打 711）
- 在 *2026 年 Medicare 與您 (Medicare & You 2026)* 手冊中查閱資訊。
- 致電 Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）

第 3 節 如何終止計劃的會員資格

下表將介紹如何在我們的計劃中終止您的會員資格。

要從我們的計劃轉至：	採取的措施：
另一項 Medicare 保健計劃	• 參加新的 Medicare 聯邦醫療保險健保計劃。 • 您的新計劃保險開始時，您將自動退出 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。

要從我們的計劃轉至：	採取的措施：
附帶單獨 Medicare 藥物計劃的傳統的聯邦醫療保險	• 加入新的 Medicare 藥物計劃。 • 您的新藥物計劃保險開始時，您將自動退出 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。
不附帶單獨 Medicare 藥物計劃的傳統的聯邦醫療保險	• 向我們發出退保的書面申請。請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）以取得有關如何操作的更多資訊。 • 您亦可致電 Medicare，1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 申請退保。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。 • 您的傳統的聯邦醫療保險開始時，您將退出 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)。

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

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

如對您的 Medicaid 醫療補助福利有任何疑問，請致電紐約州 Medicaid 醫療補助計劃 1-800-541-2831，服務時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點、週六上午 9 點至下午 1 點。詢問加入其他計劃或轉回傳統的聯邦醫療保險對您獲取 Medicaid 承保有哪些影響。

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

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

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

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

第 5 節 在某些情況下，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 必須終止我們的計劃會員資格

如發生以下任何情況，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 必須終止我們的計劃中您的會員資格：

- 不再擁有 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分
- 如果您不再符合 Medicaid 的資格要求。如第 1 章第 2.1 節所述，我們的計劃適用於同時符合 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助資格的人士。
 - 如果我們發現您不再擁有 Medicaid 醫療補助，則我們會因您失去 Medicaid 醫療補助而向您發送退保通知。此通知將在 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 得知您失去 Medicaid 醫療補助後的 10 天內發出。
 - 您將在 90 個曆日內（自您失去 Medicaid 醫療補助之日算起）繼續被視為符合 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 計劃的資格。
 - 在 90 天結束時，若您仍未重獲 Medicaid 醫療補助，則我們將讓您退出 Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 計劃。
- 如果您未支付醫療超額收入（若適用）
- 如果您搬離我們的服務區。

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

- 如果您離開我們的服務地區超過 6 個月。
 - 如果您搬離或進行長途旅行，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711），以便確定搬離或旅行目的地是否在我們的計劃區域內。
- 如果您被捕入獄
- 您不再是美國公民或在美國非法居留
- 您在關於擁有其他藥物保險方面上說謊或是隱瞞
- 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
- 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃其他會員提供醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
- 您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
 - 如果我們因此終止您的會籍，Medicare 聯邦醫療保險可能會讓監察長調查您的個案。
- 如果您因為收入的關係而需要支付額外的 D 部份金額，但您並未支付該金額，則 Medicare 會將您自我們的計劃退保。

第 10 章: 終止我們計劃的會員資格

如果您存有任何疑問或希望獲得我們何時可終止您會員資格之詳細資訊，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。

第 5.1 節 我們不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃

Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 不允許因任何健康相關原因要求您退出我們的計劃。

如果發生此情況，該怎麼辦？

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

第 5.2 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

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

第 11 章: 法律通知

第 11 章： 法律通知

第 1 節 有關管轄法律的通知

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

第 2 節 有關非歧視的通知

我們不會因種族、族群、民族起源、膚色、宗教、性別、年齡、精神或身體殘障、健康狀況、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或服務區內的地理位置而**歧視**任何人。所有提供 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《康復法》、1975 年《年齡歧視法案》、《美國殘疾人法》、《平價醫療法案》第 1557 章、適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

第 11 章: 法律通知

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此有任何疑問，請致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)，聯絡衛生與公眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。您也可瀏覽 www.HHS.gov/ocr/index.html，查閱美國衛生與公眾服務部民權辦公室發佈的資訊。

如果您是殘障人士且需要關於接受照護的幫助，請致電會員服務部 1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711）。如果您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

第 3 節 有關 Medicare 聯邦醫療保險輔助付費者代位權的通知

我們有權利和責任為那些並非以 Medicare 作為主要付費者的 Medicare 承保服務收款。根據 CMS 法規 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 節，Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP)，作為一個 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃組織，將行使秘書依據 42 CFR 第 411 部分 B 至 D 中的 CMS 法規所行使的相同恢復權，而且本節中設立的法規取代任何州法律。

第 11 章: 法律通知

第 4 節 有關有限代位權的通知

根據聯邦法律，Elderplan（長老計劃）保留本合約下的有限代位權。這表示，如果 (1) 您因第三方（即並未簽署合約的人士或公司）的行為或不作為受傷，(2) 您起訴，及 (3) 您從該方（或第三方的保險公司）收到款項用於解決您的訴訟或由於您在法院或仲裁或替代形式的爭議解決中贏得訴訟，則 Elderplan（長老計劃）有權追討其對您的醫療護理支付的費用，包括但不限於醫院費用、醫生費用、護士收費、居家保健服務、檢查、藥物和其他相關費用。如果您因受傷起訴任何第三方，您同意會通知 Elderplan（長老計劃）。

Elderplan（長老計劃）保留向您提出申索的權利，以便在您從您起訴的第三方處獲得的任何款項中追討 Elderplan（長老計劃）招致的相關醫療費用的成本。不論 Elderplan（長老計劃）是否提出申索，您同意利用您從第三方處獲得的任何款項，償付 Elderplan（長老計劃）因受傷提供予您的醫療護理和服務的成本。

第 12 章: 定義

第 12 章： 定義

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

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

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

受益期 – 我們的計劃及傳統的聯邦醫療保險衡量您使用醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的方式。受益期從您住進醫院或專業護理設施的那天開始算起。受益期到您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 的專業護理）之時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或專業護理設施，則會開始一個新的受益期。您必須支付每個受益期的住院自付額。受益期的數量沒有限制。

第 12 章: 定義

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

生物仿製藥 – 與原始生物製品非常相似但不相同的生物藥物。生物仿製藥的安全性和有效性與原研生物製品相當。一些生物仿製藥可以替代藥房的原始生物製品，而無需新處方（參閱「**可互換的生物仿製藥**」）。

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

災難承保階段 – 在承保年度期間內，您（或其他符合資格代表您行事的人士）就 D 部分承保藥物已支付 \$2,100 後開始的 D 部分藥物福利階段。在此付款階段期間，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

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

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

第 12 章: 定義

共同保險 – 在您支付任何自付額後，可能需要您就服務或處方藥支付應承擔費用的金額，以百分比表示（例如 20%）。

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

綜合門診復健機構 (CORF) – 主要提供傷病復健服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療、語言病理學服務及家庭環境評估服務。

共付費 – 可能需要您就醫療服務或用品（如醫生看診、醫院門診就醫或處方藥）支付應承擔費用的金額。共付費是一個固定金額（例如 \$10），而非百分比。

費用分擔 — 費用分擔指會員獲取藥物或服務時須支付的金額。（這是除我們計劃月繳保費之外的費用。）分攤費用包括以下 3 種付款的任意組合：(1) 計劃在承保服務或藥物前徵收的自付額；(2) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何固定共付費；或 (3) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何共同保險，服務或藥物總費用的百分比。

第 12 章: 定義

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

承保藥物 – 我們的計劃承保的所有藥物的總稱。

承保的服務 – 我們的計畫承保的所有健康護理服務及用品的術語。

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

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

第 12 章: 定義

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

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

退出或退保 – 終止計劃會籍的程序。

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

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

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

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

第 12 章: 定義

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

緊急護理 – 承保以下服務：1) 由具備提供緊急服務資格的提供者提供；及 2) 屬治療、評估或穩定緊急病情需要。

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

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

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

第 12 章: 定義

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

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

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

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

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

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

第 12 章: 定義

初始承保階段 – 這是一年中您的自付費用達到自付費用限額前的階段。

首次參保期 – 您第一次有資格參加 Medicare 的時間，在此期間內，您可登記加入 Medicare A 部分和 B 部分。如果您年滿 65 歲時有資格參加 Medicare，您的首次參保期為 7 個月，從您年滿 65 歲當月的前 3 個月開始計算（包括您年滿 65 歲的當月），直至年滿 65 歲當月的後 3 個月。

整合的 D-SNP – D-SNP，針對同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的某些群體，在單一健康計劃下承保 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 服務。這些人士也被稱為全額福利雙重資格人士。

機構特殊需求計劃 (I-SNP) – I-SNP 僅限符合 MA 資格者參保，這些人居住在社區但需要機構提供的護理水準，或在某些長期機構連續居住（或預計居住）至少 90 天。I-SNP 包括以下類型的計劃：機構等效 SNP (IE-SNP)、混合機構 SNP (HI-SNP) 和設施型機構 SNP (FI-SNP)。

機構等效特殊需求計劃 (IE-SNP) – IE-SNP 僅限符合 MA 資格者參保，這些人居住在社區但需要機構提供護理水準。

可互換的生物仿製藥 – 無需新處方即可在藥房用於替代原始生物仿製產品的生物仿製藥，因為它滿足與自動替代潛力相關的附加要求。藥房的自動取代須遵守州法律。

第 12 章: 定義

承保藥物清單（處方藥一覽表或藥物清單） – 一份由我們的計劃承保之處方藥的清單。

低收入補貼 (LIS) – 請參閱「額外補助」。

製造商折扣計劃 – 藥品製造商為承保的 D 部分品牌藥和生物製劑支付我們的計劃全部費用的一部分的計劃。折扣根據聯邦政府和藥物製造商之間的協議決定。

最高公平價格 - Medicare 為選定藥物協商的價格。

最高自付費用 – 日曆年內您就承保 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。您就我們的計劃保費和 Medicare A 部分和 B 部分保費支付的金額不計入自掏腰包金額上限。如果您根據 Medicaid 有資格獲得 Medicare 費用分攤補助，您無需支付任何自費費用，直至達到承保的 A 部分和 B 部分服務的自付費用金額上限。（註：由於我們的會員也從 Medicaid 獲得幫助，因此極少有會員曾達到此自付費用金額上限。）

Medicaid（或醫療輔助） – 一項聯邦與州的聯合計劃，旨在幫助某些收入及資產有限的人士支付醫療費用。州 Medicaid 計劃因州而異，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格，便可獲承保大多數醫療保健費用。

醫學上認可的適應症 – 一種由 FDA 核准或由某些參考書籍支持的藥物使用方式，例如美國醫院藥典服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

第 12 章: 定義

Medically Necessary – 預防、診斷或治療您的病情所需且符合良好醫療實踐標準的服務、用品或藥品。

Medicare – 適用於 65 歲或以上人士、部分未滿 65 歲但身患特定殘障的人士及患有晚期腎病的人士（一般指患有永久性腎衰竭，須進行透析或腎臟移植的人士）的聯邦健康保險計劃。

Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放註冊期 – 從 1 月 1 日到 3 月 31 日，Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃會員可於此期間退出計劃註冊並切換到其他 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃，或透過傳統的聯邦醫療保險獲得承保。如果您選擇在此期間轉至傳統的聯邦醫療保險，屆時您還可加入另一項 Medicare 聯邦醫療保險處方藥計劃。Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃開放註冊期也可在人們首次符合 Medicare 資格後的 3 個月時間內提供。

第 12 章: 定義

Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃（聯邦醫療保險優勢計劃，MA 計劃） - 有時稱為 Medicare 聯邦醫療保險 C 部分，由一間與 Medicare 聯邦醫療保險簽約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分福利。Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃可為 i) HMO，ii) PPO，iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃或 iv) Medicare 聯邦醫療保險醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃。除了從這類計劃中選擇一項，Medicare 聯邦醫療保險優勢 HMO 或 PPO 計劃也可以是一項特殊需要計劃 (SNP)。大部分情況下，Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃還提供 D 部分 Medicare 計劃（處方藥保險）。這些計劃也稱為**附帶處方藥承保的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃**。

Medicare 承保服務 – Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 保健計劃均必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。「Medicare 承保服務」一詞不包括 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力服務。

Medicare 保健計劃 – Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽約的私營公司提供的，為參與我們計劃的人士提供 Medicare A 部份和 B 部份福利。此術語包括所有 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃、Medicare 聯邦醫療保險實惠計劃、特殊需求計劃、演示/試點計劃和老人綜合護理計劃 (PACE)。

第 12 章: 定義

Medicare 處方藥承保 (Medicare D 部分) – 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑及 Medicare A 部分或 B 部分不承保的部分用品費用的保險。

藥物治療管理 (MTM) 計劃 – 一項針對複雜健康需求的 Medicare D 部分計劃，面向符合特定要求或加入藥物管理計劃的人士。MTM 服務通常包括與藥劑師或醫療保健提供者討論以審核藥物。

Medigap (Medicare 聯邦醫療保險補充保險) 保單 – 由私營保險公司銷售，用於填補傳統的聯邦醫療保險「缺口」的 Medicare 聯邦醫療保險補充保險。Medigap 政策僅適用於傳統的聯邦醫療保險。(Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃並非 Medigap 政策。)

會員 (我們計劃的會員或計劃會員) – 享有 Medicare、有資格獲得承保的服務、已參加我們的計劃、且其參保經 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認的人士。

會員服務部 – 我們計劃內部的一個部門，負責解答有關會籍、福利、申訴及上訴的問題。

網絡內藥房 – 與我們的計劃簽訂合約，能夠讓我們計劃的會員取得其處方藥福利的藥房。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡藥房配取時才獲承保。

第 12 章: 定義

網絡內提供者 – 提供者是醫生、其他醫療護理專業人員、醫院及 Medicare 及州許可或認可提供健康護理服務的其他醫療護理機構的統稱。**網絡內提供者**與我們的計劃簽訂協定，以我們的付款作為全額付款，且在有些情況下，為會員協定並提供承保服務。網絡提供者亦稱為**計劃提供者**。

開放參保期 – 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日，會員可以變更保健或藥物計劃或轉至傳統的聯邦醫療保險。

機構裁決 – 我們的計劃就是否承保項目或服務，或您須為承保事項或服務支付多少費用作出的決定。機構裁決在本文件中稱為承保決定。

原生物製品 – 一種已獲得 FDA 核准的生物製品，可作為生產生物仿製藥的製造商的比較產品。它也稱為參考產品。

傳統的聯邦醫療保險（傳統 Medicare 或按服務收費 Medicare） – 傳統的聯邦醫療保險由政府提供，並非 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃及處方藥計劃等私人健康保險計劃。在傳統的聯邦醫療保險下，可透過向醫生、醫院及其他醫療服務提供者支付國會指定的費用，獲承保 Medicare 聯邦醫療保險服務。您可向接受 Medicare 聯邦醫療保險的任何醫生、醫院或其他醫療服務提供者求診。您必須支付自付額。Medicare 聯邦醫療保險支付應承擔的 Medicare 聯邦醫療保險批准費用，而您支付您應承擔的費用。傳統的聯邦醫療保險分為 2 部分：A 部分（住院保險）和 B 部分（醫療保險），在全美均有提供。

第 12 章: 定義

網絡外藥房 – 未和我們計劃簽約來協調或提供承保藥物給我們計劃會員的藥房。大部分您透過網絡外藥房獲得的藥物並未得到我們計劃的承保，除非符合某些條件。

網絡外提供者或網絡外機構 – 未和我們計劃簽約來協調或提供承保的服務的提供者或機構。網絡外醫療服務提供者並非由我們的計劃雇用、擁有或經營的醫療服務提供者。

自付費用 – 請參閱上文費用分攤的定義。會員支付所接受服務或藥物一部分費用的費用分攤要求也稱為會員自付費用要求。

自付費用限額 – 您的 D 部分藥物自付費用的最高金額。

PACE 計劃 – PACE（老人綜合護理計劃）計劃包括為身體虛弱人士提供的醫療、社會和長期服務和支援 (LTSS)，幫助人們盡可能長久地在其社區內獨立生活（而非住入療養院）。參加 PACE 計劃的人透過我們計劃獲得 Medicare 和 Medicaid 福利。

C 部分 – 請參閱 Medicare 聯邦醫療保險優勢 (MA) 計劃。

D 部分 – 自願性 Medicare 聯邦醫療保險處方藥福利計劃。

D 部份藥物 – 可由 D 部份承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部份藥物。某些類別的藥物已被國會排除在 D 部分的承保範圍之外。每個計劃必須承保某些類別的 D 部分藥物。

第 12 章: 定義

D 部分延遲參保罰金 – 在您第一次有資格加入 D 部分計劃之後，當您連續 63 天或更長時間未參與任何可替代承保（預計須支付的保險通常至少相當於標準 Medicare 藥物保險的保險）時，將會追加到您 Medicare 藥物保險之月繳計劃保費的一筆金額。如果您失去「額外補助」，並且在連續 63 天或以上的期間內沒有 D 部分或其他可信藥物承保，您可能受到延遲註冊罰款。

首選提供者組織 (PPO) 計劃 – 首選提供者組織計劃是一項擁有簽約提供者網絡的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃，簽約的提供者同意依指定費用為計劃會員提供治療。首選提供者組織 (PPO) 計劃必須承保所有計劃福利，無論這些福利是從網絡內或是網絡外提供者處獲得。計劃福利是從網絡外提供者處獲得時，會員費用分攤通常較高。PPO 計劃對您從網絡內（首選）提供者處獲得服務的自付費用具有年度限制，而對從網絡內（首選）和網絡外（非首選）提供者處獲得服務的總合併自付費用具有更高限制。

保費 – 定期支付給 Medicare、保險公司或醫療護理計劃用於健康或處方藥承保的費用。

預防性服務 – 預防疾病或在治療效果最佳的早期階段發現疾病的健康照護（例如，預防性服務包括子宮頸抹片檢查、流感疫苗注射和乳房 X 光篩查）。

第 12 章: 定義

初級保健提供者 (PCP) – 您第一次針對大多數健康問題所看訪的醫生或其他服務提供者。在許多 Medicare 保健計劃中，您到任何其他醫療保健提供者處就診之前，必須到您的主治醫師處就診。

事先授權 – 根據特定標準預先核准獲得服務或特定藥物。第 4 章醫療福利表中列有需獲得事先授權的承保服務。處方藥一覽表中標有需獲得事先授權的承保藥物，我們的網站上也公佈了相關標準。

假體和矯具 – 醫療器械，包括但不限於手臂、後背和頸部的支架；假肢；義眼；以及更換內部身體部位或功能所需的器械，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

品質改善組織 (QIO) – 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團隊，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。

數量限制 – 一種管理工具，目的是出於品質、安全或利用之原因限制藥物的使用。限制可能是我們每處方或指定期間內承保的藥物數量。

「即時福利工具」 – 參保者可以查詢完整、準確、及時、臨床適用、特定處方藥一覽表和福利資訊的入口網站或電腦應用程式。這包括費用分攤金額、作為適用於同樣健康狀況的指定藥物的替代處方藥一覽表藥物，以及適用於替代藥物的承保範圍限制（事先授權、階段治療、數量限制）。

第 12 章: 定義

轉診 – 您的主治醫生出具的書面醫囑，要求您去看專科醫生或獲得某些醫療服務。如果沒有轉診，我們的計劃可能不會支付專科醫生的服務費用。

康復服務 – 該等服務包括住院康復護理、物理治療（門診）、言語和語言治療以及職業治療。

選定藥物 – D 部分承保的藥物，且 Medicare 已協商最高公平價格。

服務區 – 加入特定健康計劃必須居住的地理區域。對於限制所用醫生和醫院的計劃，它還通常是指您可獲取常規（非緊急）服務的地區。如果您永久搬離我們計劃的服務區域，計劃必須將您退保。

專業護理機構 (SNF) 護理 – 專業護理機構內持續、每天提供的專業護理和康復服務。護理的示例包括：僅可由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

特殊需求計劃 – 一項特殊類型的 Medicare 聯邦醫療保險優勢計劃，為特定人群提供更有針對性的健康護理，如同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士、居住在療養院的人士或患有某些慢性病的人士。

分步治療 – 一個應用工具，要求您在我們承保您的醫生最初開的處方藥之前，先嘗試使用其他藥物來治療。

第 12 章: 定義

社安補助金 (SSI) – 社會安全局向收入與資產有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的老人補助的月度福利。SSI 福利與社會保障福利不同。

急需服務 – 如果您暫時不在我們計劃的服務區域內，或即使您在我們計劃的服務區域內，但考慮到您的時間、地點和情況，從網絡醫療服務提供者獲得此項服務並不合理，則需要立即就醫的計劃承保服務屬於急需服務。急症治療服務的例子包括無法預見的疾病和傷害，或現有病症意外發作。即使您不在我們計劃的服務範圍內或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診（如年度檢查）也不被認為是急需。

Elderplan 長老計劃/白卡受益人計劃 (HMO-POS D-SNP) 會員服務

方式	會員服務部 – 聯絡資訊
致電	1-800-353-3765 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。 會員服務部（1-800-353-3765（TTY 使用者請致電 711））還為不說英語的人士提供免費的口譯服務。
TTY	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
傳真	718-759-3643
寫信	ELDERPLAN, INC. ATTN: MEMBER SERVICES 55 WATER STREET NEW YORK, NY 10041
網站	www.elderplan.org

長者健康保險資訊、諮詢與協助計劃 (HIICAP) 辦公室， (New York SHIP)

老年人健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 辦公室是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。

方法	聯絡資訊
致電	1-212-602-4180（行政區內） 1-800-701-0501（行政區外） 納蘇縣：(516) 227-8900 服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 4 點 普特南縣：(845) 808-1700 服務時間：週一至週五上午 8:30 到晚上 4:30。 威徹斯特縣：(914) 813-6400 服務時間：週一至週五上午 8:30 至下午 5 點
TTY	711 或 (212) 504-4115 <i>撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且 僅面向聽力或語言有障礙的人士。</i>

方法	聯絡資訊
寫信	NEW YORK CITY HIICAP 2 LAFAYETTE STREET, 9TH FLOOR NEW YORK, NY 10007 NASSAU COUNTY OFFICE OF THE AGING 60 CHARLES LINDBERGH BLVD UNIONDALE, NY 11553-3691 PUTNAM COUNTY PUTNAM COUNTY OFFICE FOR SENIOR RESOURCES 110 OLD ROUTE 6, BUILDING #1 CARMEL, NEW YORK 10512 WESTCHESTER COUNTY DEPARTMENT OF SENIOR PROGRAMS & SERVICES 9 SOUTH FIRST AVENUE, 10TH FLOOR MT. VERNON, NY 10550
網站	https://aging.ny.gov/ health-insurance-information-counseling-and- assistance-programs

PRA 披露聲明 根據 1995 年的「文書削減法案」，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1051。若您有任何意見或有改善此表格的建議，寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Elderplan, Inc.
反歧視通知 – 歧視是違法行為

Elderplan/HomeFirst（長老計劃/第一家）遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Elderplan, Inc. 不會因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別將人拒之門外或給予差別待遇。Elderplan/HomeFirst（長老計劃/第一家）：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式（大號字體印刷版、音訊、可存取電子格式及其他格式）的書面資訊
- 向母語並非英語的人士提供免費語言服務，比如：
 - 合格的口譯員
 - 用其他語言書寫的資訊

若您需要這些服務，請聯絡民權協調員。若您認為 Elderplan/HomeFirst（長老計劃/第一家）因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可向以下人員或機構提出申訴：

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street, 46th Floor
New York NY 10041

電話：1-877-326-9978，TTY 711
傳真：1-718-759-3643

您可親自或透過郵件、電話或傳真的方式提出申訴。若您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可為您提供幫助。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019，1-800-537-7697 (TDD)

投訴表格可在以下網址獲取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

English: Elderplan, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak a non-English language or require interpretation assistance, language assistance services and appropriate auxiliary aids are available to you free of charge. If you need these services or have questions about our plan, call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Spanish: Elderplan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla en un idioma que no es inglés o requiere asistencia de interpretación, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística y las ayudas auxiliares adecuadas de forma gratuita. Si necesita estos servicios o tiene preguntas sobre nuestro plan, llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Chinese: Elderplan, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障情況或性別而歧視任何人。請注意：如果您說英語以外的語言或需要口譯協助，我們將免費為您提供語言協助服務和適當的輔助工具。如果您需要這些服務或對我們的計劃有疑問，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

Albanian: Elderplan, Inc. u përmbahet ligjeve të zbatueshme federale për të drejtat civile, ndaj nuk ju diskriminon në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, moshës, aftësive të kufizuara ose seksit. VËMENDJE: Nëse flisni një gjuhë tjetër që nuk është anglisht ose nëse keni nevojë për shërbime përkthimi, për ju ofrohen falas shërbime të ndihmës gjuhësore dhe mjete ndihmëse të përshtatshme. Nëse keni nevojë për këto shërbime ose nëse keni pyetje rreth planit tonë, telefononi 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Arabic

لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل Elderplan Inc. تمتثل للقومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في الترجمة الفورية، فإن خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات المعنية المناسبة متاحة لك مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات أو كانت لديك أسئلة حول خطتنا، فاتصل بالرقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Bengali: Elderplan, Inc. প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীগত উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। লক্ষ্য করুন: যদি আপনি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন বা দোভাষী সহায়তার প্রয়োজন হয়, আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং প্রয়োজনীয় সহায়ক উপকরণ উপলব্ধ আছে। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয় বা আমাদের পরিকল্পনা সম্পর্কে প্রশ্ন থাকে তবে 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে ফোন করুন।

French: Elderplan, Inc. se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne fait aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe. ATTENTION : Si vous parlez une langue autre que l'anglais ou si vous avez besoin d'une assistance d'interprétation, des services d'assistance linguistique et des aides auxiliaires appropriées sont à votre disposition gratuitement. Si vous avez besoin de ces services ou si vous avez des questions sur notre régime d'assurance maladie, appelez le 1-800-353-3765 (TTY : 711).

German: Elderplan, Inc. hält alle geltenden Bundesbürgerrechtsgesetze ein und diskriminiert nicht aufgrund von Ethnie, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht. HINWEIS: Wenn Sie eine andere als die englische Sprache sprechen oder einen Dolmetscher benötigen, stehen Ihnen Sprachassistentendienste und geeignete Hilfsmittel kostenlos zur Verfügung. Falls Sie solche Dienste benötigen oder Fragen zu unserem Plan haben, rufen Sie uns bitte unter der Nummer +1-800-353-3765 (TTY: 711) an.

Greek: Η Elderplan, Inc. συμμορφώνεται με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς νόμους περί πολιτικών δικαιωμάτων και δεν κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, την ηλικία, την αναπηρία ή το φύλο. ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα αγγλικά ή χρειάζεστε τη βοήθεια διερμηνείας, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης και κατάλληλα βοηθητικά μέσα. Εάν χρειάζεστε αυτές τις υπηρεσίες ή έχετε ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμά μας, καλέστε στο 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Haitian Creole: Elderplan, Inc. konfòme l avèk lwa Federal sou dwa sivil ki aplikab yo epi li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, orijin nasyonal, laj, andikap oswa sèks. ATANSYON: Si ou pale yon lang ki pa Angle oswa ou bezwen asistans entèprèt, sèvis asistans lang ak èd oksilyè ki apwopriye yo disponib pou ou gratis. Si ou bezwen sèvis sa yo oswa ou gen kesyon sou plan nou an, rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Hindi: Elderplan, Inc. लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, उम्र, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है। ध्यान दें: यदि आप एक गैर-अंग्रेज़ी भाषा बोलते हैं या आपको भाषांतरण सहायता की आवश्यकता है, तो भाषा सहायता सेवाएँ और उपयुक्त सहायक उपकरण आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है या हमारी योजना के बारे में प्रश्न हैं, तो 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Elderplan, Inc. è conforme a tutte le leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non pone in essere discriminazioni sulla base di razza, colore, origine nazionale, età, disabilità o sesso. ATTENZIONE: Se parla una lingua diversa dall'inglese o ha bisogno dell'assistenza di un interprete, può usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica e di appositi supporti ausiliari. Se necessita di questi servizi o ha domande sul nostro piano, chiami il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Japanese: Elderplan, Inc. は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害、性別に基づいて差別しません。注意：英語以外の言語を話す場合や通訳のサポートが必要な場合は、言語サポートサービスと適切な補助器具を無料でご利用いただけます。これらのサービスが必要な場合、または当社のプランについてご質問がある場合は、1-800-353-3765 (TTY: 711) までお電話ください。

Korean: Elderplan, Inc.는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. 주의: 영어 이외의 언어를 구사하거나 통역 지원이 필요한 경우 언어 지원 서비스 및 적절한 보조 장치를 무료로 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스가 필요하거나 플랜에 대해 질문이 있는 경우 1-800-353-3765 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Polish: Elderplan, Inc. przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność ani płeć. UWAGA: Jeśli mówisz w języku innym niż angielski lub potrzebujesz pomocy tłumacza, możesz bezpłatnie skorzystać z usług pomocy językowej i odpowiednich narzędzi pomocniczych. Jeśli potrzebujesz tych usług lub masz pytania dotyczące naszego planu, zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Portuguese: A Elderplan, Inc. cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. ATENÇÃO: Se fala uma língua diferente do inglês ou necessita de assistência de interpretação, estão disponíveis gratuitamente serviços de assistência linguística e recursos auxiliares apropriados. Se precisar destes serviços ou tiver dúvidas sobre o nosso plano, ligue para 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Punjabi: Elderplan, Inc. ਲਾਗੂ ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਪਾਹਜਤਾ, ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਉਚਿਤ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਸਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ 1-800-353-3765 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian: Компания Elderplan, Inc. соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. ВНИМАНИЕ: Если вы не говорите на английском языке или вам нужна помощь переводчика, вам будут бесплатно предоставлены услуги языковой помощи и соответствующие вспомогательные средства. Если вам нужны такие услуги или у вас есть вопросы о нашем плане, позвоните по номеру 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Tagalog: Sumusunod ang Elderplan, Inc. sa naaangkop na mga batas sa Pederal na mga karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian. ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng wikang hindi Ingles o nangangailangan ng tulong sa interpretasyon, ang mga serbisyo ng tulong sa wika at naaangkop na mga pantulong na tulong ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito o may mga tanong tungkol sa aming plano, tawagan ang 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Urdu

Elderplan/HomeFirst قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومیت، عمر، معنوری، یا جنس کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتا۔ توجہ: اگر آپ غیر انگریزی زبان بولتے ہیں یا تشریح میں مدد کی ضرورت ہے تو، زبان کی مدد کی خدمات اور مناسب معاون امداد آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اگر آپ کو ان خدمات کی ضرورت ہے یا ہمارے منصوبے کے بارے میں سوالات ہیں تو، (TTY: 711) 1-800-353-3765 پر کال کریں۔

Vietnamese: Elderplan, Inc. tuân thủ luật dân quyền Liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu quý vị nói ngôn ngữ không phải tiếng Anh hoặc cần được hỗ trợ thông dịch thì chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các phương tiện phụ trợ phù hợp miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị cần những dịch vụ này hoặc có thắc mắc về chương trình của chúng tôi, hãy gọi số 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Yiddish

Elderplan, Inc. פאָלגט די אָנווענדלעכע פעדעראלע ציווילע רעכט געזעצן און דיסקרימינירט נישט אויף דער באַזע פון ראַסע, קאָליר, נאַציאָנאַלער אָפּשטאַם, עלטער, דיסאַביליטי, אָדער געשלעכט. ופּמערקזאַמקייט: אויב איר רעדט אַ נישט-ענגלישע שפּראַך אָדער דאַרפֿט הילף מיט איבערזעצונג, זענען שפּראַך הילף באַדינונגען און פּאַסיק הילפּסמיטלען בנימצא פאַר אײַך אָן קײן אָפּצאַל. אויב איר דאַרפֿט די סערוויסעס אדער האָט פּראָגעס וועגן אונדזער פּלאַן, רופֿט אָן 1-800-353-3765 (TTY: 711)

如需更多資訊，請致電我們的免費電話

1-800-353-3765

早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

聽障/語障人士可致電

711

瀏覽我們的網站

Elderplan.org

Elderplan（長老計劃）是一項與 Medicare 聯邦醫療保險及 Medicaid 醫療補助簽有合約的 HMO 計劃。能否在 Elderplan（長老計劃）註冊參保視合約續簽情況而定。任何符合 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分資格的人士均可申請。已參保的會員仍須繼續支付其 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費（若未透過 Medicaid 醫療補助支付）。