

2025

承保證書

特選專享計劃(精選服務提供者計劃)
Signature (PPO)



2025年1月1日至2025年12月31日

布朗士、國王郡、拿索郡、紐約郡、皇后區、里奇蒙郡、羅克蘭郡、薩佛郡
與威徹斯特郡

2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日



承保證書：

第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）Healthfirst Signature (PPO) 會員的老人醫療保險（Medicare）醫療福利與服務及處方配藥承保

本文件詳細說明 2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，您的老人醫療保險的醫療護理與處方配藥承保。本手冊是重要法律文件。請妥善保存。

若對本文件有問題，請聯絡會員服務部，電話是 1-833-350-2910。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-888-542-3821。聯絡時間為每週七天，上午 8 時至晚上 8 時（10 月至 3 月），以及週一至週五上午 8 時至晚上 8 時（4 月至 9 月）。這是免費電話。

本計劃，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃），是由第一保健健保計劃有限公司提供。當承保證書提到「我們」、「我方」或「我們的」，即代表第一保健健保計劃有限公司。而提到「計劃」或「我們的計劃」，即代表第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）。

本文件有西班牙文及中文版本供免費索取。

本資訊提供不同格式的版本，包括大字版。如果您需要以其他形式或語言提供計劃資料，請用上列電話號碼致電會員服務部。

福利、保費、自付扣除金與／或定額手續費／共同保險在 2026 年 1 月 1 日可能會更動。

處方藥一覽表、藥房網絡與／或服務提供者網絡可能會隨時更動。必要時您會收到通知。我們會在至少 30 天前通知受影響的註冊參加者，說明變更內容。

本文件說明您的福利和權利。使用本文件以瞭解：

- 您的計劃保費和分攤費用；
- 您的醫療和處方藥福利；
- 如果對服務或治療感到不滿意，如何提出投訴；
- 如果您需要進一步協助，如何聯絡我們；以及，
- 其他老人醫療保險法律要求的保護措施。

2025 年承保證書

目錄

第一章：會員入門	7
第 1 節 引言	8
第 2 節 如何才能符合資格成為計劃會員？	9
第 3 節 您會收到的重要會員資料	10
第 4 節 您的第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）每月費用	11
第 5 節 關於您每月保費的更多資訊	14
第 6 節 請隨時更新您的計劃會員記錄	16
第 7 節 其他保險如何與本計劃一起使用	16
第二章：重要電話號碼與資源	18
第 1 節 第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）聯絡窗口（如何與我們聯絡，包括如何聯絡會員服務部）	19
第 2 節 老人醫療保險（如何直接向老人醫療保險計劃求助與索取資訊）	24
第 3 節 州健康保險協助計劃（免費幫助、資訊與老人醫療保險問題解答）	25
第 4 節 品質改進組織	28
第 5 節 社會安全局	28
第 6 節 醫療補助	29
第 7 節 幫助人們支付處方藥費用的計劃資訊	31
第 8 節 如何聯絡鐵路退休委員會	34
第 9 節 您是否擁有團體保險或僱主提供的其他醫療保險？	34
第三章：將計劃用於您的醫療服務	35
第 1 節 瞭解作為我們計劃的會員，應如何取得醫療護理	36
第 2 節 使用網絡內及網絡外的醫療服務提供者來取得醫療護理	37
第 3 節 在需要急診或緊急護理時或在災難發生期間如何取得服務	41
第 4 節 如果您直接收到承保服務全額費用的賬單怎麼辦？	43
第 5 節 如果您參加臨床試驗研究，您的醫療服務如何承保？	44
第 6 節 在宗教性非醫療健康護理機構獲得護理的規定	46

第 7 節 關於長期使用的醫療器材所有權的規定	46
第四章：醫療福利圖表（承保範圍與您需要支付的費用）	49
第 1 節 瞭解您需要為承保服務支付的自付費用	50
第 2 節 使用醫療福利圖表瞭解承保範圍與您要支付的費用	51
第 3 節 本計劃不予承保的服務有哪些？	122
第五章：使用本計劃對 D 部分處方藥物的承保	125
第 1 節 引言	126
第 2 節 到網絡藥房或透過計劃的郵購服務按處方領藥	126
第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物目錄」	129
第 4 節 某些藥物有承保限制	131
第 5 節 如果您的藥物沒有獲得您所希望的承保怎麼辦？	132
第 6 節 如果您有其中一種藥物的承保有所更動該怎麼辦？	135
第 7 節 本計劃不承保哪些類別的藥物？	137
第 8 節 按處方領藥	138
第 9 節 特殊情況下 D 部分藥物的承保	138
第 10 節 藥物安全計劃與用藥管理	140
第六章：您需要為 D 部分處方藥物支付多少費用	142
第 1 節 引言	143
第 2 節 您為某藥物支付多少費用取決於您取得藥物時處於哪個藥物付款階段	145
第 3 節 我們寄送報告給您說明藥物的付款及您位在哪個付款階段	145
第 4 節 在自付扣除金階段，您支付您的第四層級和第五層級藥物的全額費用	147
第 5 節 在初始承保階段，本計劃支付您的藥物費用中所應分攤的部分，您則支付您 分攤的部分	147
第 6 節 在重大傷病保險階段，您無需支付承保的 D 部分藥物費用	152
第 7 節 D 部分疫苗。您支付的費用視取得方式和地點而定	152
第七章：要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物賬單中我們應該分攤的部分	154
第 1 節 有幾種情況您應該要求我們支付您的承保服務或藥物的分攤費用	155

第 2 節	如何要求我們將費用付還給您或支付您收到的賬單	157
第 3 節	我們會考慮您的付款要求並決定同意或拒絕	159
第八章：	您的權利與責任	160
第 1 節	我們的計劃必須尊重您作為本計劃會員的權利和文化敏感度	161
第 2 節	作為計劃會員您有一些責任	167
第九章：	如果您有問題或者需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時該怎麼做	169
第 1 節	引言	170
第 2 節	哪裡能夠獲得更多資訊與個人化協助	170
第 3 節	您應該使用哪一種程序來處理您的問題？	171
第 4 節	承保決定與上訴的基礎指南	172
第 5 節	您的醫療護理：如何要求做出承保決定或對承保決定提出上訴	174
第 6 節	您的 D 部分處方藥物：如何要求作出承保決定或提出上訴	181
第 7 節	如果您認為醫生太早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期限	189
第 8 節	如果您認為承保太早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務	193
第 9 節	將您的上訴轉交至第三層級以上	197
第 10 節	如何就醫療品質、等待時間、客戶服務及其他疑慮提出投訴	199
第十章：	終止您在本計劃的會員資格	203
第 1 節	終止您在本計劃的會員資格簡介	204
第 2 節	您何時可以終止在本計劃的會員資格？	204
第 3 節	如何終止您在我們計劃的會員資格？	206
第 4 節	直到您的會員資格終止之前，您都必須透過我們的計劃取得您的醫療用品、 服務與處方藥物	207
第 5 節	某些情況下，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）必須終止您的 會員資格	207
第十一章：	法律通知	209
第 1 節	關於管轄法規的通知	210
第 2 節	有關反對歧視的通知	210
第 3 節	有關老人醫療保險第二付款方代位權利的通知	210

第十二章：重要用語定義	211
-------------------	-----

第一章： 如何開始作一名會員

第 1 節 引言

第 1.1 節 您目前註冊參加的是第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃），這是老人醫療保險精選服務提供者計劃

您獲得老人醫療保險的承保，並且選擇透過我們的計劃——第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）獲取您的醫療護理服務與處方配藥承保。我們必須承保所有 A 部分和 B 部分服務。不過，本計劃的分攤費用和參加計劃的醫療服務提供者與傳統老人醫療保險不同。

第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）是老人醫療保險 Medicare Advantage 的 PPO 計劃（PPO 代表精選服務提供者組織）。像所有的老人醫療保險健保計劃一樣，此項老人醫療保險精選服務提供者計劃已經得到老人醫療保險核准並由一家私營公司運營。

本計劃的承保符合合格醫療承保（Qualified Health Coverage，簡稱 QHC）的條件，且符合病人保護與可負擔健保法案（Affordable Care Act，簡稱 ACA）有關個人分攤責任的規定。詳情請瀏覽美國國稅局（IRS）網站：www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families。

第 1.2 節 這份承保證書文件有什麼內容？

本承保證書文件說明如何獲得您的醫療護理和處方藥物。承保證書說明您的權利和責任、承保範圍、計劃會員支付的費用，以及您對決定或治療不滿意時提出投訴的方式。

承保與承保服務這兩個用語指的是您作為第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）會員而可以使用的醫療護理、服務及處方藥。

重要的是您要瞭解本計劃有些甚麼規則以及您能夠得到那些服務。我們鼓勵您抽出一點時間，將本承保證書文件翻閱一遍。

如果您感到困惑、有疑慮或純粹有疑問，請聯絡會員服務部。

第 1.3 節 有關本承保證書的法律資訊

本承保證書是我們與您針對第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）如何承保您的護理所簽訂合約的一部分。此合約的其他部分包括您的註冊表格、承保藥物目錄（處方藥一覽表），以及我們寄給您的任何通知，說明承保範圍之更動或是影響承保範圍的條件。這些通知有時候也稱作「附加條款」或「修正條款」。

在 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日之間，該合約在您註冊參加第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的月份有效。

每一日曆年度，老人醫療保險容許我們對我們所提供的計劃作出更動。這就是說，2025 年 12 月 31 日之後我們可以更動第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的費用與福利。2025 年 12 月 31 日之後，我們還可以選擇停止提供該計劃、或者在其他服務地區提供該計劃。

老人醫療保險（聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，簡稱 CMS））必須每年核准第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）。只要我們選擇繼續提供本項計劃並且老人醫療保險再次核准本計劃，您作為我們計劃的會員，每年都可以繼續享有老人醫療保險的承保。

第 2 節 如何才能符合資格成為計劃會員？

第 2.1 節 您的資格規定

只要符合下列規定，您就有資格成為會員：

- 您享有老人醫療保險 A 部份與老人醫療保險 B 部份
- 一以及—您居住在我們的服務地區內（下方第 2.2 節將說明我們的服務地區）。被監禁者不被視為居住在服務地區內，即便監禁者實際上位在該地區。
- 一以及—您是美國公民或具美國合法居留身份。

第 2.2 節 第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的計劃服務地區

第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）只能為居住在我們計劃服務地區的個人提供。如要保留我們計劃的會員資格，您必須持續在計劃的服務地區居住。服務地區說明如下：

我們的服務地區包括紐約州的這些郡區：布朗士、國王郡（布碌崙）、拿索郡、紐約郡（曼哈頓）、皇后區、里奇蒙郡、羅克蘭郡、薩佛郡與威徹斯特郡。

如果您打算遷出服務地區，就不能繼續保有計劃會員身份。請致電會員服務部，瞭解我們在您的新地區是否有計劃。如果您搬遷，您將會有一個特別註冊期，容許您轉回到傳統老人醫療保險或註冊參加您的新地點提供的老人醫療保險健保計劃或藥物計劃。

同時，很重要的是如果您搬遷或更改您的通信地址，您要給社會安全局打電話。您可以在第二章第 5 節找到社會安全局的電話號碼與聯絡資訊。

第 2.3 節 美國公民或合法居留者

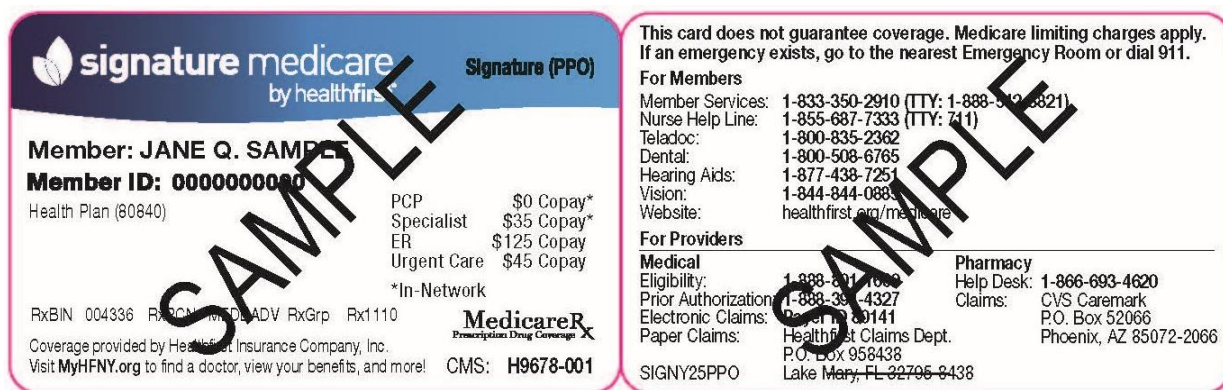
老人醫療保險健保計劃的會員必須是美國公民或能夠在美國合法居留者。如果您因為這一原因不符合資格保留會員身份，老人醫療保險（聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心）

會通知第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）。如果您不符合此項規定，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）必須讓您退出計劃。

第 3 節 您會收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

在擁有計劃會員身份期間，只要是取得本計劃承保的服務，或是從網絡藥房取得處方藥，您都必須使用會員卡。如果適用，您也應該向醫療服務提供者出示您的醫療補助白卡。以下向您展示的是您的會員卡樣本：



當您是本計劃的會員時，請勿使用您的老人醫療保險紅藍卡取得承保的醫療服務。如果您使用的是老人醫療保險紅藍卡，而不是使用我們的第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）會員卡，您可能必須自行負擔醫療服務的所有費用。請妥善保存您的老人醫療保險紅藍卡。倘若您需要醫院服務、安寧照護服務，或參與經老人醫療保險核准的臨床研究（也稱為臨床實驗），您可能會被要求出示卡片。

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，我們會給您寄來新卡。

第 3.2 節 醫療服務提供者／藥房名錄

醫療服務提供者／藥房名錄 HFMedicareMaterials.org 中列出我們目前的網絡內服務提供者和長期使用的醫療器材的供應商。網絡內服務提供者是指與我們簽有協議並接受我們的付款及任何計劃分攤費用作為全額付款的醫生和其他醫療護理專業人員、醫療團體、長期使用之醫療器材的供應商、醫院及其他醫療護理設施。

作為本計劃的會員，您可以選擇從網絡外的服務提供者接受護理。本計劃對網絡內或網絡外提供者所提供的服務皆予以承保，只要這些服務皆屬於承保福利且是醫療上所必需。但

若您使用的是網絡外的提供者，該承保服務的分攤費用可能比較高。請參閱第三章（*將本計劃的承保用於您的醫療護理服務*）以瞭解更具體的資訊。

在 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) 上的 *醫療服務提供者／藥房名錄* 列出我們的網絡藥房。**網絡藥房** 指同意為我們的計劃會員調劑承保處方藥物的所有藥房。您可以用 *醫療服務提供者／藥房名錄* 來搜尋您所想要使用的網絡藥房。有關您何時可以使用不在計劃網絡中的藥房的資訊，請參閱第五章第 2.5 節。

服務提供者、供應商與藥房的最新名錄亦可在我們的網站上找到，網址是 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org)。

如果您沒有 *醫療服務提供者／藥房名錄*，可向會員服務部索取一份（電子版或紙本）。索取的印刷版 *醫療服務提供者／藥房名錄* 將於三個業務日內郵寄給您。您亦可在我們的網站 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) 找到此項資訊。

第 3.3 節 本計劃的承保藥物一覽表（「處方藥一覽表」）

本計劃有一份「承保藥物一覽表」（又叫「處方藥一覽表」）。我們將其簡稱為「藥物目錄」。它告訴您第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）所包含的 D 部分福利承保的 D 部分處方藥物。本目錄上的藥物是由我們計劃的醫生與藥劑師團隊選出來的。此目錄必須符合老人醫療保險的規定。老人醫療保險已經核准第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的藥物目錄。

藥物目錄還會告訴您是否由甚麼規定會限制對您的藥物的承保。

我們會依您的請求提供一份藥物目錄。如要取得哪些藥物獲得承保的最新完整資訊，可瀏覽本計劃的網站 [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org) 或致電會員服務部。

第 4 節 您的第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）每月費用

您的費用可能包括下列項目：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- 每月老人醫療保險 B 部分保費（第 4.2 節）
- D 部分延緩註冊罰款（第 4.3 節）
- 根據收入情況調整後的每月金額（第 4.4 節）
- 老人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

您無需另外向第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）支付月費。

第 4.2 節 每月老人醫療保險 B 部分保費

許多會員必須支付老人醫療保險其他保費

您必須繼續支付老人醫療保險的保費，才能保有本計劃的會員身份。這包括您的 B 部份保費。也有可能包括 A 部份保費，這會影響未符合 A 部份免保費資格的會員。

第 4.3 節 D 部分延緩註冊罰款

有些會員必須支付 D 部分延緩註冊罰款。如果在您的初始註冊期結束之後，您有連續 63 天以上的時間段沒有 D 部分配藥承保或其他可替代處方配藥承保，您可能要支付 D 部分延緩註冊罰款，這是您必須為 D 部分支付的額外保費。可替代處方配藥承保符合老人醫療保險最低標準的承保，預期平均必須支付至少相當於老人醫療保險標準處方配藥承保。延緩註冊罰款的費用取決於您有多久沒有 D 部分或其他可替代處方配藥承保。只要您有 D 部分承保，您就必須支付這項罰款。

首次註冊第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）時，我們會告訴您罰款金額是多少。

如果符合以下情況，您便不必支付罰款：

- 您獲得老人醫療保險「額外補助」來支付處方配藥。
- 無可替代承保連續天數少於 63 天。
- 您透過其他來源而擁有可替代藥物承保，例如前僱主、工會、軍人醫療保險（TRICARE），或美國退伍軍人健康管理局（VA）。您的保險公司或人力資源部每年都會通知您，說明您的藥物承保是否為可替代承保。此項資訊可能會用信函寄給您，也可能會附在計劃的簡訊中。請保留該資訊，因為如果您之後想要參加老人醫療保險計劃的話，可能會需要用到。
 - **請注意：**任何通知必須明言您有可替代處方配藥承保，預期可支付與老人醫療保險標準處方配藥計劃相當的額度。
 - **請注意：**以下例證不是「可替代」處方配藥承保：處方配藥折扣卡、免費診所及配藥折扣網站。

老人醫療保險裁定罰款金額。運作方式如下：

- 如果您在首次符合 D 部分註冊資格後，有 63 天以上沒有 D 部分或其他可替換處方藥物承保，則該計劃將計算沒有承保的完整月份數。您沒有可替代承保的每一個月須繳 1% 罰款。舉例來說，如果有 14 個月沒有承保，將要支付罰款 14%。
- 然後老人醫療保險便確定前一年全美老人醫療保險配藥計劃的每月計劃保費平均數額。在 2025 年，此一平均保費金額為 \$36.78。
- 如要計算您的每月罰款數額，您可將罰款百分比乘以每月平均保費，然後再四捨五入到最近的 10 美分即可。在這個例子中，罰款是 14% 乘以 \$36.78，即 \$5.14。然後四捨五入得到 \$5.10。此金額會加到**需要支付 D 部分延緩註冊罰款者的每月保費**中。

有關這筆 D 部分每月保費罰款有三個要點要注意：

- 首先，**罰款可能每年都會更動**，因為每月平均保費每年都可能會更動。
- 其次，只要您註冊提供老人醫療保險 D 部分藥物福利的計劃，則即使您更換計劃，**也必須繼續支付每月罰款**。
- 第三，如果您**未滿 65 歲**，且目前正享有老人醫療保險福利，則 D 部分延緩註冊罰款將在您年滿 65 歲時重新設定。年滿 65 歲之後，您的延緩註冊罰款將只會依據您在老人醫療保險初始註冊期之後沒有承保的月份數來確定。

如果您不同意對您徵收的 D 部分延緩註冊罰款，您或您的代表可以要求審查。一般來說，您必須在收到告訴您必須支付延緩註冊罰款的第一封信函上註明的日期之後 **60 天內** 提出審查要求。不過，如果您在參加我們的計劃之前在支付罰款，您可能不再有機會要求對該延緩註冊罰款進行審查。

第 4.4 節 與收入相關的月費調整數額

某些會員可能必須支付額外費用，即與收入相關的 D 部份月費調整數額，也稱為 IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount)。額外費用是利用您自兩年前起在 IRS 退稅表格上申報的修正調整後淨收入計算。如果此金額超過某個金額，您將支付標準保費金額以及額外的 IRMAA。有關根據收入情況您可能需要支付額外金額的更多資訊，請瀏覽 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您必須支付額外數額，社會安全局而不是您的老人醫療保險計劃會給您寄一封信告訴您額外數額是多少。無論您通常如何支付計劃保費，額外數額都將由您的社會安全局、鐵路退休委員會或聯邦人事管理署福利支票中留扣，除非您的每月福利不夠支付所欠的數額。如果您的福利支票不夠支付該額外數額，您會收到老人醫療保險的賬單。**您必須向政府支付該項額外的數額。該數額不能與您的每月計劃保費一起支付。如果沒有支付該項額外金額，您將會從本計劃退保並失去處方配藥承保。**

如果您不同意支付額外金額，您可以要求社會安全局對該裁決進行審查。如要瞭解如何提出此項要求，請聯絡社會安全局，電話號碼是 1-800-772-1213（聽力語言殘障服務專線 TTY 1-800-325-0778）。

第 4.5 節 老人醫療保險處方藥付款計劃金額

若您正在參加老人醫療保險處方藥付款計劃，您將每月支付您的計劃保費（如果您有計劃保費），而且會從您的健保或藥物計劃收到處方藥賬單（而非向藥房付款）。您的每月賬單是根據您取得任何處方藥而積欠的金額，加上上個月的餘額，除以該年度剩餘月份數來計算。

第二章第 7 節將詳細說明老人醫療保險處方藥付款計劃。如果您不同意此付款方式的賬單金額，您可以按照第九章的步驟提出投訴或上訴。

第 5 節 關於您每月保費的更多資訊

第 5.1 節 如果您支付 D 部分延緩註冊罰款，有幾種方式可以支付罰款

支付罰款的方式有四種。您可以致電會員服務部要求更改支付罰款的方式，或獲取更多資訊或幫助您更換其他付款選擇。

選項 1：以支票支付

您的付款期限是收到賬單之後月份的第一天。您可以用支票來支付並郵寄至下列地址：

Healthfirst Insurance Company, Inc.
Healthfirst Signature (PPO)
LB 8418
P.O. Box 95000
Philadelphia, PA 19195-0001

支票收款人請寫「Healthfirst Insurance Company, Inc.」。並附上您的會員號碼以供參考。支票收款人請勿寫「Medicare」、「CMS」或「HHS」。

選項 2：您可以用您的支票／儲蓄賬戶或您的信用卡或扣賬卡在網上支付

亦可造訪 zh.healthfirst.org/payments，用您的支票賬戶或儲蓄賬戶、信用卡、扣賬卡將款項一次付清或啟用自動週期性付款（將在每一付款週期自動從您的賬戶或信用卡／扣賬卡扣款）。如果您選擇自動付款，該金額會在您設定的第一次自動付款月份的同樣時間從您的賬戶中提取。如要瞭解詳情或需要幫助在網上支付您的賬單，請用本手冊封面的電話號碼聯絡會員服務部。

選項 3：您可以透過電話，使用信用卡或扣賬卡付款

您也可以透過電話，使用您的信用卡或扣賬卡支付賬單。若要透過電話支付您的賬單，請致電會員服務部，電話號碼是 1-833-350-2910（聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-888-542-3821），服務時間為上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月為每週七天；4 月至 9 月為週一至週五。電話聯絡之前，請務必準備好您的會員卡和信用卡／扣賬卡。關於透過電話支付您的賬單，若您需要詳細資訊或協助，請用本手冊封底的電話號碼聯絡會員服務部。

選項 4：從每個月的社會安全福利支票中，扣繳您的 D 部分延緩註冊罰款

更改您 D 部分支付延緩註冊罰款的方式

如果您決定變更支付 D 部份延緩註冊罰款的方式，則新的付費方式最多需要三個月的時間才能生效。在我們處理新付費方式要求的期間，您必須負責準時支付您的 D 部份延緩註冊罰款。若要更改您的付款方式，請聯絡會員服務部，電話號碼在本手冊封底。

如果在支付 D 部分延緩註冊罰款時遇到困難，該怎么做

您的 D 部分延緩註冊罰款必須在下一個月的第一天之前，交到我們的辦公室。如果您必須支付 D 部分延緩註冊罰款，則必須在下一個月的第一天之前，交到我們的辦公室。

您若積欠 D 部分延緩註冊罰款但無法繳納，請與會員服務部聯絡，看看我們是否能指引您參加可協助您支付費用的計劃。

第 5.2 節 我們是否可以在年度內更動您的每月計劃保費？

不可以。年度之內我們按規定不能更改計劃每月保費的收費金額。如果每月計劃保費下一年要更動，我們會在九月份告訴您，更動則會在 1 月 1 日開始生效。

但是，在某些情況下，您可以停止支付延緩註冊罰款（若有欠繳），或是需要開始支付延緩註冊罰款。如果年度之內您符合資格獲得「額外補助」計劃或者失去「額外補助」計劃的資格，這種情況便有可能發生。

- 如果您目前要支付 D 部分延緩註冊罰款，但是您在年度期間變得符合額外補助的資格，您就能夠停止支付該罰款。
- 如果您失去「額外補助」，而您曾連續 63 天或以上沒有 D 部分或可替代處方配藥承保，則可能需要支付延緩註冊罰款。

您可以在第二章第 7 節找到有關「額外補助」計劃的詳細資訊。

第 6 節 請隨時更新您的計劃會員記錄

您的會員記錄資料來自您的申請表格，包括您的地址與電話號碼。其顯示您的具體計劃承保範圍，包括您的主治醫生／醫療團體／獨立醫生協會。獨立醫生協會（IPA）是由獨立醫療執業者所組織並擁有的協會。

本計劃網絡內的醫生、醫院、藥房及其他服務提供者需要有關於您的正確資訊。**這些網絡服務提供者用您的會員記錄來瞭解您哪些服務與藥物獲得承保以及您的分攤費用數額是多少。**由於這一原因，幫助我們隨時更新您的會員記錄十分重要。

如有這些變動，請告訴我們：

- 您更改了姓名、地址、或電話號碼
- 您擁有的任何其他醫療保險承保（例如您的僱主、配偶或同居伴侶的僱主、工傷補償或醫療補助等）的變動
- 如果您有諸如汽車事故索償等任何責任索償
- 如果您住進安養院
- 如果您在計劃服務地區之外或網絡之外的醫院或急診室接受護理
- 如果您的指定責任人（例如照顧者）有變動
- 如果您參加臨床試驗研究。（**請注意：**您無須告知我們您打算參加的臨床研究的計劃，但我們鼓勵您這麼做。）

如果有任何此類資訊變更，請通知我們，您可以致電會員服務部或造訪我們的會員網站：zh.MyHFNY.org。

同時，很重要的是如果您搬遷或更改您的通信地址，您應該與社會安全局聯絡。您可以在第二章第 5 節找到社會安全局的電話號碼與聯絡資訊。

第 7 節 其他保險如何與本計劃一起使用

其他保險

老人醫療保險規定我們必須彙集您所有其他任何醫療保險或配藥保險承保的資訊。這是因為我們必須將您所有的任何其他承保與您在本計劃下的福利進行協調。這稱為**協調福利**。

每年一次我們會寄給您一封信列出我們所知您的其他任何醫療保險或配藥保險承保。請仔細閱讀此資訊。如果準確無誤，您無需採取任何行動。如果資訊有誤，或者如果您有其他

承保沒有列出，請致電會員服務部。您可能需要把計劃會員卡號碼告知您的其他保險公司（在您確認對方的身份之後），以便您的賬單能夠正確並及時支付。

如果您有其他保險（比如僱主團體醫療保險），老人醫療保險訂有相關規則來判斷要由我們的計劃或是您的其他保險應該先付款。首先付款的保險稱作「主要付款方」（primary payer），最多支付至其保險限額。第二位付款的稱作「次要付款方」（secondary payer），只需支付主要付款方未予承保的費用。次要付款方可能不會支付所有未予承保的費用。如果您有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。

以下規定使用於僱主或工會團體保健計劃的承保：

- 如果您有退休承保，由老人醫療保險首先付款。
- 如果您的團體保健計劃保險是來自於您或家人目前的工作，則誰先付款取決於您的年齡、您的僱主所僱用的人數以及您享有老人醫療保險是基於年齡、身心障礙或患有末期腎病（ESRD）：
 - 如果您年齡未滿 65 歲但身有殘障，而您或您的家人仍然工作，如果僱主有 100 名或 100 名以上僱員或者多僱主計劃中有至少一個僱主有 100 名以上僱員，則您的團體保健計劃先付。
 - 如果您已經年滿 65 歲，而您或您的配偶或同居伴侶仍然工作，如果僱主有 20 名或 20 名以上僱員或者多僱主計劃中有至少一個僱主有 20 名以上僱員，則您的團體保健計劃先付。
- 如果您是因為患有末期腎病才享有老人醫療保險，在您開始符合老人醫療保險的資格後最初 30 個月應由您的團體保健計劃先付。

以下這些類別的承保一般應該先付與其類別相關的服務：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 責任險（包括汽車保險）
- 礦工黑肺福利
- 工傷補償

醫療補助與軍人醫療保險（TRICARE）永遠不會先支付老人醫療保險承保的服務。它們只能在老人醫療保險、僱主團體保健計劃與／或 Medigap 老人醫療保險補缺保險付款之後才付。

第二章： 重要電話號碼與資源

第 1 節 第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）聯絡窗口 （如何與我們聯絡，包括如何聯絡會員服務部）

如何聯絡我們計劃的會員服務部

如需協助申報費用、賬單或有關於會員卡的問題，請致電或寫信給第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）會員服務部。我們會很樂意幫助您。

聯絡方式	會員服務部 — 聯絡資訊
致電	1-833-350-2910 這是免費撥打的電話號碼。 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五 會員服務部還可為不講英語的人士提供免費口譯服務。
聽力語言殘障服務專線（TTY）	1-888-542-3821 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五
寫信	Healthfirst Medicare Plan Member Services P.O. Box 5165 New York, NY 10274-5165
網站	zh.healthfirst.org/signature-plan-ppo

要求就您的醫療護理作出承保決定時如何與我們聯絡

承保決定是我們就有關您的福利與承保或我們有關為您的醫療服務支付多少費用作出的決定。有關要求對您的醫療護理作出承保決定的詳細資訊，請參閱第九章（如果您有問題或者需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時該怎麼做）。

如果您對我們的承保決定程序有疑問，可給我們來電。

聯絡方式	醫療護理承保決定 — 聯絡資訊
致電	1-888-394-4327 這是免費撥打的電話號碼。 週一至週五，上午 8:30 至下午 5:30

聯絡方式	醫療護理承保決定 — 聯絡資訊
聽力語言殘障 服務專線 (TTY)	1-888-542-3821 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 週一至週五，上午 8:30 至下午 5:30
寫信	Healthfirst Medicare Plan Provider Services Intake Department P.O. Box 5166 New York, NY 10274-5166
網站	zh.healthfirst.org/medicare-coverage

要求就您的醫療護理提出上訴時如何與我們聯絡

上訴是要求我們對我們作出的決定進行審查並作出更改的正式途徑。有關要求就您的醫療護理提出上訴的詳細資訊，請參閱第九章（如果您有問題或者需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時該怎麼做）。

聯絡方式	醫療護理上訴 — 聯絡資訊
致電	標準上訴：1-833-350-2910 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五 急件（快速）上訴：1-877-779-2959 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五 可免費致電上述電話號碼。
聽力語言殘障 服務專線 (TTY)	1-888-542-3821 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五
寫信	Healthfirst Medicare Plan Appeals and Grievances Unit P.O. Box 5166 New York, NY 10274-5166
網站	zh.healthfirst.org/medicare-coverage

要求就您的醫療護理提出投訴時如何與我們聯絡

您可以對我們或我們的其中一位或多位網絡服務提供者提出投訴，包括有關您的護理品質的投訴。此類投訴不涉及承保或付款糾紛。有關要求就您的醫療護理提出投訴的詳細資訊，請參閱第九章（如果您有問題或者需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時該怎麼做）。

聯絡方式	醫療護理投訴 — 聯絡資訊
致電	標準投訴：1-833-350-2910 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五 急件（快速）投訴：1-877-779-2959 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五 可免費致電上述電話號碼。
聽力語言殘障 服務專線 (TTY)	1-888-542-3821 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五
寫信	Healthfirst Medicare Plan Appeals and Grievances Unit P.O. BOX 5166 New York, NY 10274-5166
老人醫療保險 的網站	您可以直接向老人醫療保險提出對第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的投訴。如要在網路上向老人醫療保險提出投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

要求就您的 D 部份處方藥物作出承保決定或上訴時如何與我們聯絡

承保決定是我們就有關您的福利與承保，或我們有關為您的 D 部份處方藥物支付多少費用作出的決定。上訴是要求我們更改已作出之承保決定的正式途徑。有關要求對您

的 D 部分處方配藥作出承保決定的詳細資訊，請參閱第九章（如果您有問題或者需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時該怎麼做）。

聯絡方式	D 部份處方配藥的承保決定及上訴 — 聯絡資訊
致電	1-833-350-2910 這是免費撥打的電話號碼。 服務時間每週七天，每天 24 小時
聽力語言殘障 服務專線 (TTY)	711 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 服務時間每週七天，每天 24 小時
傳真	1-855-633-7673
寫信	CVS Caremark Part D Services MC109 P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
網站	zh.healthfirst.org/medicare-coverage

您針對 D 部分處方配藥提出投訴時如何與我們聯絡

您可以對我們或我們的其中一間或多間網絡藥房提出投訴，包括有關您的護理品質的投訴。此類投訴不涉及承保或付款糾紛。（如果您的問題與計劃的承保範圍或付款相關，您應該查閱上文有關上訴的章節。）有關針對您的 D 部分處方配藥提出投訴的詳細資訊，請參閱第九章（如果您有問題或者需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時該怎麼做）。

聯絡方式	有關 D 部份處方配藥的投訴 — 聯絡資訊
致電	1-833-350-2910 這是免費撥打的電話號碼。 每週七天，每天 24 小時。
聽力語言殘障 服務專線 (TTY)	711 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 每週七天，每天 24 小時。
傳真	1-866-217-3353

聯絡方式	有關 D 部份處方配藥的投訴 — 聯絡資訊
寫信	CVS Caremark Medicare Part D Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
網站	您可以直接向老人醫療保險提出對第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的投訴。如要在網路上向老人醫療保險提出投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

怎樣要求我們支付您已接受的醫療護理或藥物費用中我們的分攤份額

若您收到賬單或是已經支付服務費用（例如醫療服務提供者或藥房賬單），但您認為應該由我們支付，則您可能必須要求我們償付或是支付醫療服務提供者或藥房賬單。請參閱第七章（要求我們支付您收到的承保醫療服務或藥物賬單中我們應該分攤的部分）。

請注意：如果您給我們寄來付款要求而我們拒絕您的要求的任何部分，您可對我們的裁定提出上訴。詳情請參閱第九章（如果您有問題或者需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時該怎么做）。

聯絡方式	付款要求 — C 部分醫療賬單聯絡資訊
致電	1-833-350-2910 這是免費撥打的電話號碼。 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五
聽力語言殘障 服務專線 (TTY)	1-888-542-3821 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五
寫信	Healthfirst Medicare Plan Claims Department P.O. Box 5165 New York, NY 10274-5165
網站	zh.healthfirst.org/medicare

聯絡方式	付款要求—D 部分處方配藥賬單聯絡資訊
致電	1-833-350-2910 這是免費撥打的電話號碼。 服務時間每週七天，每天 24 小時。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 服務時間每週七天，每天 24 小時。
寫信	CVS Caremark Paper Claims Department – RxClaim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
網站	zh.healthfirst.org/medicare

第 2 節 老人醫療保險

（如何直接向老人醫療保險計劃求助與索取資訊）

老人醫療保險是專為 65 歲以上的老人、年齡未滿 65 歲但有身心障礙的人士以及患有末期腎病（永久腎臟衰竭，需要腎臟透析或移植）的人士提供的聯邦健康保險計劃。

負責管理老人醫療保險的聯邦機構是聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，有時候也稱作 CMS）。該機構與包括我們在內的老人醫療保險 Medicare Advantage 機構簽有合約。

聯絡方式	老人醫療保險 — 聯絡資訊
致電	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 這是免費撥打的電話號碼。 每週七天，每天 24 小時。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	1-877-486-2048 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。

聯絡方式

老人醫療保險 — 聯絡資訊

網站

www.Medicare.gov

這是為老人醫療保險設置的政府官方網站。該網站為您提供有關老人醫療保險及當前老人醫療保險其他問題的最新資訊。網站上還有有關醫院、安養院、醫生、家庭健康機構與透析設施的資訊。網站上有各種文件，您可以直接使用電腦列印。您亦可找到您所在州的老人醫療保險聯絡方式。

老人醫療保險的網站還提供了有關您的老人醫療保險資格與註冊選擇的詳細資訊以及下列工具：

- **老人醫療保險資格篩選工具：**提供有關老人醫療保險資格狀況的資訊。
- **老人醫療保險計劃搜尋工具：**根據個人具體情況提供有關您所在地區所提供的老人醫療保險處方配藥計劃、老人醫療保險健保計劃及老人醫療保險補缺保險 (Medigap，又稱老人醫療保險輔助保險 (Medicare Supplement Insurance) 等方面的資訊。這些工具為您提供不同的老人醫療保險計劃自付費用等方面的估計。

您亦可使用網站告訴老人醫療保險您對第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的任何投訴：

- **告知老人醫療保險有關您的投訴：**您可以直接向老人醫療保險提出對第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的投訴。如要向老人醫療保險提出投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。老人醫療保險對您的投訴十分重視，會利用該資訊來幫助改進老人醫療保險計劃的品質。

如果您沒有電腦，當地的圖書館或老人中心也許能夠幫助您使用其電腦瀏覽這一網站。或者，您亦可致電老人醫療保險，告訴他們您需要甚麼資訊。他們會在網站上找到相關資訊，並與您一起檢閱。

（您可致電老人醫療保險，電話號碼 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間每週七天，每天 24 小時。聽力語言殘障人士請致電 TTY 1-877-486-2048。）

第 3 節 州健康保險協助計劃

（免費幫助、資訊與老人醫療保險問題解答）

州醫療保險協助計劃（State Health Insurance Assistance Program，簡稱 SHIP）是每一個州的政府計劃，配備訓練有素的專業諮詢人員。在紐約州，SHIP 的名稱是醫療保險資訊諮

詢與協助計劃（Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program，簡稱為 HIICAP）。

HIICAP 是州政府的獨立計劃（未涉及任何保險公司或健保計劃），從聯邦政府取得經費，為享有老人醫療保險福利的人士免費提供當地醫療保險諮詢。

HIICAP 諮詢人員可以協助您了解您的老人醫療保險權益，協助您針對醫療護理或治療提出投訴，並協助處理有關老人醫療保險賬單的問題。HIICAP 諮詢人員也可以為您解答老人醫療保險的問題或解決相關難題，協助您理解您的老人醫療保險計劃的各種選項，並回答您有關如何轉換計劃的問題。

存取 SHIP 和其他資源的方法：

- 請造訪 www.shiphelp.org/（按一下頁面中間的 SHIP LOCATOR）
- 請從清單中選擇您的所在州。您接著會前往一個頁面，內含您所在州屬的專屬電話號碼和資源。

聯絡方式	醫療保險資訊諮詢與協助計劃（簡稱 HIICAP）（紐約 SHIP）— 聯絡資訊
致電	1-800-701-0501 這是免費撥打的電話號碼。 週一至週五，上午 8 時 30 分至下午 5 時。

聯絡方式	醫療保險資訊諮詢與協助計劃（簡稱 HIICAP）（紐約 SHIP）— 聯絡資訊
寫信	拿索郡： Nassau County Department of Senior Citizen Affairs 60 Charles Lindbergh Boulevard, Suite #260 Uniondale, NY 11553-3691 seniors@hhsnassaucountyny.us 紐約市： New York City Department for the Aging Office of Public Affairs 2 Lafayette Street New York, NY 10007 nyc.gov/html/mail/html/maildfta.html 羅克蘭郡： Rockland County Office for the Aging 50 Sanatorium Road, Bldg. B Pomona, NY 10970 http://rocklandgov.com/contact-us/ 薩佛郡： Office for the Aging H. Lee Dennison Building 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099 aging.office@suffolkcountyny.gov 威徹斯特郡： Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550-3414 https://seniorcitizens.westchestergov.com/senior-programs-and-services/contact-us
網站	aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

第 4 節 品質改進組織

每一個州都有一家指定專為老人醫療保險受益人服務的品質改進組織。在紐約州，品質改進組織的名稱是 Livanta。

Livanta 擁有一組由老人醫療保險支付薪資聘用的醫生和其他醫療護理專業人員，負責檢查並改善為享有老人醫療保險人士提供的醫療品質。Livanta 是獨立組織。它與我們的計劃沒有關聯。

您應在以下情況發生時聯絡 Livanta：

- 您要就您接受的醫療護理品質提出投訴。
- 您認為您的醫院住院承保終止太早。
- 您認為您的家庭保健護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施（Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility，簡稱 CORF）服務的承保終止太早。

聯絡方式	Livanta（紐約州品質改進組織）—聯絡資訊
致電	1-866-815-5440 服務時間：週一至週五上午 9:00 至下午 5:00，週六至週日上午 11:00 至下午 3:00，提供 24 小時語音信箱服務。
聽力語言殘障服務專線（TTY）	1-866-868-2289 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	www.livantaqio.com/en/states/new_york

第 5 節 社會安全局

社會安全局負責資格確認及處理老人醫療保險的註冊事宜。年滿 65 歲或以上、或者身有殘障或末期腎病且符合某些條件的美國公民與合法永久居民可符合資格享用老人醫療保險的福利。如果您已經接受社會安全支票便會自動註冊加入老人醫療保險。如果

您還沒有接受社會安全支票，您必須註冊參加老人醫療保險。如要申請參加老人醫療保險，可致電社會安全局或前往當地的社會安全局辦事處。

社會安全局也負責決定誰由於收入較高而必須為他們的 D 部分配藥承保支付額外的數額。如果您收到社會安全局的來信告訴您必須支付額外的數額，而您對該數額有疑問，或者如果您由於人生變故事件導致收入下降，您可以致電社會安全局要求複核。

如果您搬遷或更改您的通信地址，您應該與社會安全局聯絡讓他們知道，這很重要。

聯絡方式	社會安全局 — 聯絡資訊
致電	1-800-772-1213 這是免費撥打的電話號碼。 服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時。 您可以每天 24 小時使用社會安全局的自動電話服務獲取錄音資訊與辦理某些業務。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	1-800-325-0778 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時。
網站	www.ssa.gov

第 6 節 醫療補助

醫療補助是聯邦與州政府的聯合計劃，旨在幫助某些收入與經濟來源有限的人士解決醫療費用問題。某些享有老人醫療保險的人士也同時符合資格享用醫療補助。經由醫療補助提供的計劃，幫助享有老人醫療保險的人支付其老人醫療保險的費用，例如他們的老人醫療保險保費等。這些**老人醫療保險費用減免計劃 (Medicare Savings Program)** 包括：

- **符合資格的老人醫療保險受益人 (QMB)：**幫助您支付老人醫療保險 A 部分和 B 部分保費與其他分攤費用（自付扣除金、共同保險與定額手續費）。（某些享有 QMB 的人士也同時符合資格享用全額醫療補助福利 (QMB+)。）
- **符合資格的人士 (QI)：**幫助支付 B 部分保費。
- **符合條件的殘障工作人士計劃 (Qualified Disabled and Working Individual，簡稱 QDWI)：**幫助支付 A 部分保費。

- **全額福利雙重資格（Full Benefit Dual Eligible，簡稱 FBDE）：**協助支付老人醫療保險 B 部分保費，及在某些情況下支付老人醫療保險 A 部分保費與全額醫療補助福利。

如需瞭解醫療補助及其計劃的詳情，請聯絡紐約州衛生署醫療補助計劃。

聯絡方式	紐約州衛生署醫療補助計劃 — 聯絡資訊
電話／網站	拿索郡： 醫療補助 – 1-516-227-8000 網站：www.nassaucountyny.gov/1923/Medicaid 紐約市： 人力資源管理局（Human Resources Administration，簡稱 HRA） 醫療補助專線 — 1-888-692-6116 或 1-718-557-1399 網站：https://www1.nyc.gov/site/ochia/coverage-care/medicaid.page 羅克蘭郡： 醫療補助單位 – 1-845-364-3040 網站：rocklandgov.com/departments/social-services/eligibility-programs/#medical 薩佛郡： 醫療補助 – 1-631-852-3570 或 1-631-853-8404 網站：www.suffolkcountyny.gov/Departments/Social-Services/Medicaid 威徹斯特郡： 一般資訊／病案管理資訊中心（CMIC） – 1-914-995-5000 或 1-914-995-3333 網站：http://rocklandgov.com/departments/social-services/eligibility-programs/#medical 可免費致電上述電話號碼。

第 7 節 幫助人們支付處方藥費用的計劃資訊

Medicare.gov 網站（<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>）提供有關如何降低處方藥物費用的資訊。對於低收入人士，還有其他援助計劃，說明如下。

老人醫療保險的「額外補助」計劃

老人醫療保險為低收入和擁有極少資源的人士提供支付處方藥費用的「額外補助」。經濟來源包括您的儲蓄與證券等，但不包括您的住房與汽車。如果您符合資格，您將得到補助支付任何老人醫療保險配藥計劃的每月計劃保費、年度自付扣除金與處方配藥定額手續費。「額外補助」亦計入您的配藥自付費用。

如果您自動符合「額外補助」的資格，老人醫療保險將會寄送信函通知您。您不需要申請。如果您未自動符合資格，您可以得到「額外補助」，幫助您支付處方藥保費與藥物費用。如要瞭解您是否符合資格獲得「額外補助」，請致電：

您可以得到「額外補助」，幫助您支付處方藥保費與配藥費用。如要瞭解您是否符合資格獲得「額外補助」，請致電：

- 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048，服務時間每週七天，每天 24 小時；
- 社會安全局辦公室，電話號碼是 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時。聽力語言殘障人士請致電 TTY 1-800-325-0778；或者
- 您所在州的醫療補助辦公室。（聯絡資訊請參閱本章第 6 節）

如果您認為自己符合資格得到「額外補助」，並且認為您在藥房購買處方藥物時所支付的分攤費用金額不正確，我們的計劃有一套程序，讓您申請協助獲得正確定額手續費層級的證明文件，或如果您已經有證明文件，請將該文件提供給我們。

- 您應該用本手冊封底所列的電話號碼，致電會員服務部，向我們提供最佳證據，證明您的定額手續費層級是正確的。此類文件包括（但不限於）醫療補助承保證明或社會安全局核准信函等。您的文件可透過 1-212-801-3250 傳真給我們，或郵寄到下列地址：

Healthfirst Member Services
P.O. Box 5165
New York, NY 10274-5165

- 收到顯示您的定額手續費層級的證據之後，我們會更新我們的系統，讓您下一次到藥房配藥時能夠支付正確的定額手續費。如果您多付了定額手續費，我們會退還給您。我們或者給您寄一張您多付數額的支票，或者用來充抵以後的定額手續費。如果藥房沒有向您收取定額手續費，而是將您的定額手續費記為您的欠帳，我們則可

能會直接向藥房付款。如果一個州政府代表您付款，我們會直接支付給該州政府。如果您有甚麼問題，請聯絡會員服務部。

如果您同時擁有額外補助及州配藥補助計劃（SPAP）的承保，會是什麼情況？

許多州和美國維京群島提供支付處方藥、藥物計劃保費及／或其他藥物費用的援助。如果您也參加州配藥補助計劃（SPAP），則會由老人醫療保險的額外補助先行支付。

如果您同時擁有「額外補助」及愛滋病藥物補助計劃（AIDS Drug Assistance Program，簡稱 ADAP）的承保，會是什麼情況？

什麼是愛滋病藥物補助計劃（ADAP）？

愛滋病藥物補助計劃（ADAP）協助攜帶病毒／患有愛滋病並符合愛滋病藥物補助計劃的人士，獲得能夠拯救其生命的愛滋病藥物。同樣包含在 ADAP 處方藥一覽表的老人醫療保險 D 部分處方藥物，透過 HIV 無保險人士照護計劃(HIV Uninsured Care Programs)，符合資格獲得處方藥費用分攤補助。

請注意：如要符合您所在州愛滋病藥物援助計劃（ADAP）的資格，申請人必須符合某些標準，包括州居住證明以及 HIV 帶原者證明、符合該州規定的低收入以及無保險／保險承保額度不足證明。如果您更動計劃，請通知您當地的 ADAP 註冊工作人員，以便繼續獲得協助。如要瞭解資格條件的標準、承保藥物或如何註冊參加該項計劃，請在週一至週五上午 9 時至下午 5 時，致電愛滋病藥物援助計劃（ADAP）的 HIV 無保險人士照護計劃，電話號碼是 1-800-542-2437，聽力語言殘障服務專線 TTY 使用者請致電 1-844-682-4058。

州配藥補助計劃

許多州都有州配藥補助計劃，根據某些人的財務需要、年齡、醫療狀況或殘障，幫助他們支付處方藥費用。每一個州對於為其會員提供藥物承保都有不同的規定。

在紐約州，州配藥補助計劃便是長者配藥保險（EPIC）。

聯絡方式	長者配藥保險（EPIC）（紐約州配藥補助計劃）— 聯絡資訊
致電	1-800-332-3742 週一至週五，上午 8 時 30 分至下午 5 時 這是免費撥打的電話號碼。
聽力語言殘障服務專線（TTY）	1-800-290-9138 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。

聯絡方式	長者配藥保險（EPIC）（紐約州配藥補助計劃）— 聯絡資訊
寫信	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 電子郵件： nysdohepic@magellanhealth.com
網站	www.health.ny.gov/health_care/epic

老人醫療保險處方藥付款計劃

老人醫療保險處方藥付款計劃（老人醫療保險 Prescription Payment Plan）是一個新付款選項，適用於您目前的藥物承保，它可以透過將藥物費用分散到一整年的月費（1 月至 12 月）來幫助您對其進行管理。此付款選項可幫助您管理費用，但不會節省您的金錢或降低您的藥物費用。老人醫療保險的「額外補助」以及 SPAP 和 ADAP 的幫助，對於符合資格的人而言，比參與老人醫療保險處方付款計劃更有利。無論收入水準如何，所有會員均有資格參加此付款選項，且所有老人醫療保險藥物計劃和附帶藥物承保的老人醫療保險健康計劃都必須提供此付款選項。請聯絡我們或瀏覽 Medicare.gov，以瞭解此付款方式是否適合您。

聯絡方式	老人醫療保險處方藥付款計劃 — 聯絡資訊
致電	1-888-698-0577 這是免費撥打的電話號碼。 服務時間每週七天，每天 24 小時。 會員服務部還可為不講英語的人士提供免費口譯服務。
聽力語言殘障服務專線（TTY）	711 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 服務時間每週七天，每天 24 小時。
寫信	CVS Caremark Part D Services P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
網站	www.caremark.com/mppp

第 8 節 如何聯絡鐵路退休委員會

鐵路退休委員會為獨立聯邦機構，為全國鐵路員工及其家人管理綜合福利計劃。如果您透過鐵路退休委員會獲得老人醫療保險，而您搬家或變更郵寄地址，請務必讓我們知道。如果對於您的鐵路退休委員會福利有疑問，請聯絡該機構。

聯絡方式	鐵路退休委員會 — 聯絡資訊
致電	1-877-772-5772 這是免費撥打的電話號碼。 如果按「0」，您可以在週一、週二、週四和週五上午 9:00 到下午 3:30 以及週三上午 9:00 到中午 12:00 與 RRB 代表聯絡。 如果按「1」，您一天 24 小時均可撥打自動 RRB 協助專線和聽取預錄語音資訊，包括週末和假日。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	1-312-751-4701 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 撥打此電話號碼並非免費。
網站	rrb.gov/

第 9 節 您是否擁有團體保險或僱主提供的其他醫療保險？

如果因為參加本計劃而使您（或配偶或同居伴侶）從您的（或配偶或同居伴侶的）僱主或退休團體獲得福利，如有問題可致電僱主／工會團體福利主管或會員服務部。您亦可詢問有關您的（或配偶或同居伴侶的）僱主或退休保健福利、保費或註冊期。（會員服務部的電話號碼印在本文件封底。）您也可以致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；聽力語言殘障服務專線 TTY 1-877-486-2048），詢問有關您在本計劃中的老人醫療保險承保的問題。

如果您有您的（或配偶或同居伴侶的）僱主或退休團體提供的其他處方配藥承保，請聯絡該團體的福利主管。福利主管能夠幫助您確定您目前的處方配藥承保如何與我們的計劃協調。

第三章：

將計劃用於您的醫療服務

第 1 節 瞭解作為我們計劃的會員，應如何取得醫療護理

本章告訴您使用本計劃獲取您的醫療護理承保應該瞭解的事項。本章定義了一些用語，並說明您必須遵循的規則，以取得本計劃承保的醫療診治、服務、器材、處方藥物，以及其他醫療護理。

如需有關哪些醫療護理獲得計劃承保以及您接受這些護理時應該支付多少費用等詳情，請使用下一章：第四章（醫療福利圖表（承保範圍與您需要支付的費用））的福利圖表。

第 1.1 節 什麼是網絡內服務提供者與承保服務？

- **服務提供者**指的是州政府頒發執照容許提供醫療服務與護理的醫生及其他保健護理專家。服務提供者這一用語也包括醫院與其他保健護理設施。
- **網絡內服務提供者**指的是與我們簽有協議，並同意接受我們的付款及您的分攤費用金額作為全額付款的醫生和其他醫療護理專業人員、醫療團體、醫院及其他醫療護理設施。我們安排這些服務提供者與供應商為我們計劃的會員提供承保服務。我們網絡內的服務提供者會將他們為您提供服務的賬單直接寄給我們。如果您前往網絡內的服務提供者處就診，您只需支付他們的服務收費中您應該負責的分攤費用。
- **承保服務**包括我們計劃承保的所有醫療護理、醫療保健服務、用品器材以及處方藥物。您的醫療護理承保服務列在第四章的福利圖表中。第五章說明您的處方藥物承保服務。

第 1.2 節 醫療護理得到本計劃承保應該遵循的基本規則

作為一項老人醫療保險健保計劃，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）必須承保傳統老人醫療保險承保的所有服務，並且必須遵循傳統老人醫療保險對這些服務的承保規定。

第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）一般都會承保您的醫療護理服務，只要：

- 您所接受的護理包括在計劃的醫療福利圖表中（該圖表列在本文件第四章）。
- 您所接受的護理服務被視為醫療上所必需。醫療上所必需指的是為預防、診斷或治療您的病症所必需並符合醫療實務公認標準的服務、用品、器材或藥物。
- 您接受醫療服務提供者提供的護理，而該服務提供者根據傳統老人醫療保險具有提供服務的資格。作為本計劃的會員，您可以接受網絡內提供者或網絡外提供者的照護（更多資訊請參閱本章第 2 節）。
 - 我們的網絡內的服務提供者名單列於 [醫療服務提供者／藥房名錄 HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org) 中

- 若您使用網絡外的提供者，該承保服務的分攤費用可能比較高。
- 請注意：雖然您可以從網絡外提供者取得護理，但該提供者必須符合參與老人醫療保險的資格。除了急診護理之外，我們不能把費用支付給不符合老人醫療保險參加資格的醫療服務提供者。如果您使用的提供者不符合參與老人醫療保險的資格，您必須負責支付您所接受服務的全額費用。在您接受服務前，請向您的提供者確認他們符合參與老人醫療保險的資格。

第 2 節 使用網絡內及網絡外的醫療服務提供者來取得醫療護理

第 2.1 節 您必須選擇一名主治醫生（PCP）為您提供與監督醫療護理

什麼是主治醫生（PCP），主治醫生為您做什麼？

作為本計劃的會員，您不需要指定網絡內的主治醫生，但我們強烈建議您選擇一名主治醫生並告知我們。您的主治醫生可以協助您保持健康、治療疾病，並與其他醫療護理服務提供者協調您的照護。

下列類型的服務提供者可以擔任主治醫生的角色：

- 普通科醫生
- 內科醫生
- 家庭醫生
- 老年醫學專家
- 醫生助理
- 護理師

關於在您所在地區的主治醫生完整名單，請參照您的醫療服務提供者／藥房名錄或上我們的網站 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org)。

在協調承保服務方面，主治醫生的角色是什麼？

您的主治醫生將為您提供大部分的護理；當您需要更專業的服務時，他們將與其他服務提供者協調您的照護。他們將協助您找到專科醫生，並根據您作為本計劃會員的身份，為您安排可享有的承保服務。主治醫生會協調的一些服務包括：

- X 光；
- 化驗室測試；
- 各種治療；

- 專科醫生的護理；以及
- 醫院住院

「協調」您的服務包括向其他計劃服務提供者諮詢有關您的護理情況，瞭解護理進程等。由於您的主治醫生會提供並協調您的醫療護理，我們建議您將您過去的所有醫療記錄轉交給您的主治醫生診所。

在作出承保決定或取得事前授權方面，主治醫生扮演什麼角色？

在某些情況下，您的主治醫生、其他服務提供者或作為註冊參加者（會員）的您，針對某些類型的服務或檢測可能需要提前獲得核准（稱為「事前授權」）。主治醫生、進行治療的服務提供者或身為會員的您必須負責取得事前授權。需要事前授權的服務與項目列於第四章。在網絡外接受承保服務無需事前授權；不過，如果我們之後裁定您接受的服務為不予承保或非醫療必要，則我們可能拒絕承保，而您將需負擔全部的費用。您或醫生可以致電會員服務部要求看診前承保決定（稱為預先裁決），以確認您要取得的服務獲得承保且為醫療必須（電話號碼請見本手冊封底）。

如何選擇主治醫生？

您可以透過下列方式選擇主治醫生：使用醫療服務提供者／藥房名錄、前往我們的網站 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org)，或向會員服務部尋求協助（電話號碼印在此手冊封底）。

您可以隨時出於任何原因更換您的主治醫生（本節後段有說明），聯絡會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）即可選擇您的主治醫生。

更換您的主治醫生

您隨時可以基於任何原因更換您的主治醫生。同時，您的主治醫生也很可能會退出我們計劃的服務提供者網絡，因此您只能另外找一名網絡內的新主治醫生，否則您將需要為承保服務支付更多費用。

若要更換主治醫生，請在您與新主治醫生約診之前先致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。若您目前正在看專科醫生或正在接受由您的主治醫生所協調的承保服務（例如家庭健康服務和長期使用的醫療器材），請務必在致電時告知會員服務部。他們會確認您所轉換的主治醫生是否接受新病人。會員服務部將更改您的會員紀錄以顯示您新主治醫生的姓名，讓您知道所要求變更之生效日期並回答相關問題。

第 2.2 節 如何獲得專科醫生與其他網絡內服務提供者處的護理

專科醫生是為專科疾病或身體某些部位疾病提供健康護理服務的醫生。專科醫生有很多類別。以下為一些範例：

- 癌症專科醫生，專門為患有癌症的病人提供醫療護理。
- 心臟專科醫生，專為患有心臟病況的病人提供醫療護理。
- 整形外科醫生，專門為患有某些骨骼、關節或肌肉狀況的病人提供醫療護理。

承保服務無需轉診即可取得。我們在「服務提供者名錄」列出了參與我們計劃的服務提供者。您可使用網絡內服務提供者或網絡外服務提供者。不過，如果您使用網絡外服務提供者，則費用可能會比較高。

有些服務需要網絡內服務提供者的事前授權。從網絡外服務提供者處取得護理時，不需要事前授權。但在從網絡外提供者處取得服務之前，您可能會希望與我們確認，您即將取得的服務由我們承保且為醫療上所必需。如果我們之後裁定不予承保該服務或非醫療必要，則我們可能拒絕承保，而且您將需負擔所有費用。請參閱第四章第 2.1 節，瞭解更多有關哪些服務需要事前授權的資訊。

接受服務之前，請先與您的服務提供者確認，他們符合參加老人醫療保險計劃的資格。請注意，我們無法支付退出老人醫療保險計劃的服務提供者。

請參閱第四章（醫療福利圖表，承保範圍與您需要支付的費用），瞭解更多關於您的費用範圍的資訊。

如果一名專科醫生或其他網絡內的服務提供者離開我們的計劃怎麼辦？

年度之內我們可能會對您的計劃網絡的醫院、醫生與專科醫生（醫療護理服務提供者）作出更動。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您享有特定的權利和保障，概括如下：

- 儘管年度之內我們的醫療護理服務提供者網絡可能會變動，但是老人醫療保險規定我們必須有符合資質的醫生與專科醫生不間斷地為您提供服務。
- 我們會通知您，您的服務提供者即將離開我們的計劃，讓您能有足夠的時間選擇新的服務提供者。
 - 如果您的主要護理或行為健康服務提供者離開我們的計劃，我們會通知您在過去三年內是否找過該服務提供者看診。
 - 如果您的任何其他服務提供者離開我們的計劃，我們將會通知您是否指定給該服務提供者、目前接受他們的照護，或是在過去三個月內找過他們看診。
- 我們將協助您挑選符合資格的新的網絡內服務提供者，讓您可以繼續取得護理。
- 如果您目前仍然在接受原有服務提供者的治療或療程，您有權要求，而我們則會與您協力確保，您正在接受的醫療上必需的治療或療程不會中斷。
- 我們將提供您關於不同註冊期間的資訊，以及您可以變更計劃的選項。

- 在無法提供網絡內服務提供者或福利，或不足以滿足您的醫療需求時，我們將安排以網絡內分攤費用提供我們服務提供者網絡以外任何醫療上所必需的承保福利。您在尋求網絡外服務提供者提供非緊急護理之前，須事先獲得計劃授權。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生即將退出您的計劃，請與我們聯絡，以便我們能夠協助您找到新的醫療服務提供者，來管理您的醫療護理。
- 如果您認為我們沒有為您提供符合資格的醫療服務提供者來取代您先前的服務提供者，或者如果您的醫療護理沒有得到適當的管理，您有權向 QIO 提出醫療品質投訴或向計畫提出醫療品質申訴（或兩者皆進行）。請參閱第九章。

第 2.3 節 如何獲得網絡外服務提供者的護理

作為本計劃的會員，您可以選擇從網絡外的服務提供者接受護理。但是請注意，未與我們簽訂合約的醫療服務提供者沒有義務為您治療，除非情況緊急。本計劃對網絡內或網絡外醫療服務提供者所提供的服務皆予以承保，只要這些服務皆屬於承保福利且是醫療上所必需。但若您使用的是網絡外的提供者，該承保服務的分攤費用可能比較高。關於使用網絡外服務提供者，請注意下列其他重要事項：

- 您可以取得網絡外服務提供者的護理；但在大多數情況下，該服務提供者必須符合參加老人醫療保險的資格。除了急診護理之外，我們不能把費用支付給不符合老人醫療保險參加資格的醫療服務提供者。如果為您提供護理的服務提供者不符合參與老人醫療保險的資格，您必須負責支付您所接受服務的全額費用。在您接受服務前，請向您的提供者確認他們符合參與老人醫療保險的資格。
- 當您從網絡外提供者獲得護理服務時，不需要透過轉診或取得事前授權。但在從網絡外提供者處取得服務之前，您可能會想在看診前要求承保決定，以確定您尋求的服務會被承保且為醫療上所必需。（詳見第九章第 4 節瞭解要求承保決定的資訊。）這件事很重要，原因是：
 - 如果沒有就診前的承保決定，若我們之後決定該服務不予承保或其並非醫療上所必需，我們可能會拒絕承保，則您必須負擔全額費用。如果我們說不會承保您的服務，您有權對我們不承保您的護理的決定提出上訴。要瞭解如何提出上訴，請參閱第九章（如果您有問題或需要投訴該怎麼做）。
- 您最好先要求網絡外的服務提供者將賬單寄給本計劃。但如果您已經支付承保服務的費用，我們會將承保服務的費用中應由我們分攤的部分償付給您。或如果網絡外服務提供者把賬單寄給您，但您認為應由我們支付，您可以把賬單寄給我們。有關如果您收到賬單或您需要申請費用償付該怎麼做，詳情請參閱第七章（要求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物賬單中所應分攤的費用）。
- 如果您是因為急診護理、緊急護理服務或區域外的血液透析而使用網絡外服務提供者，您可能不需要支付較高金額的分攤費用。關於這些狀況的詳情請參閱第 3 節。

第 3 節 在需要急診或緊急護理時或在災難發生期間如何取得服務

第 3.1 節 遇到醫療緊急狀況時如何取得護理

什麼是醫療緊急狀況？如遇醫療緊急狀況您應該怎麼辦？

醫療緊急狀況所指情況是，當您（或其他對醫療與保健只有一般知識的任何審慎的外行人）相信您有症狀且必須立即就醫以防止您失去性命（以及，如果您是孕婦，防止失去未出生的小孩）、失去肢體或肢體喪失功能，或是身體功能喪失或嚴重受損。症狀可能是生病、受傷、劇痛或者急劇惡化的病情。

如果您有醫療急診狀況：

- **儘快取得幫助。**致電 911 求助或前往最近的急診室或醫院。如果需要，叫一部救護車。您無需主治醫生核准或轉介。您不必使用網絡內醫生。在需要時您可以隨時取得承保的急診醫療護理，不論在美國或其領土的任何地方，而且擁有適當州執照的任何服務提供者，即使不屬於我們的網絡亦可提供服務。
- **儘快確保我們的計劃得到告知有關您的急診情況。**我們需要對您的急診護理進行跟進治療。您或其他甚麼人應該致電告訴我們有關您的急診的情況，一般應該在 48 小時之內。請致電會員服務部，電話號碼是 1-833-350-2910（聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-888-542-3821），服務時間為上午 8 時至晚上 8 時；服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五。此資訊也列在您的第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）醫療會員卡背面以及本承保證書文件封底。

如果您有醫療急診，哪些費用獲得承保？

如果採用其他交通手段前往急診室可能危及您的健康，我們的計劃會承保救護車服務。我們也承保急診過程中的醫療服務。

為您提供急診服務的醫生會決定您的醫療急診狀況何時結束。

急診結束之後，您有權得到追蹤護理以確保您的狀況繼續保持穩定。您的醫生將繼續為您治療，直到您的醫生聯絡我們，並規劃其他護理。本計劃會承保您的後續護理。

如果由網絡外服務提供者為您提供追蹤護理，您將支付較高的網絡外分攤費用。

如果不是醫療緊急情況怎麼辦？

有些時候很難知道您是否遇到醫學意義上的急診狀況。例如，您可能會前往接受急診護理，認為自己的健康極其危險，而醫生可能會說根本不是急診狀況。如果結果不是急診，只要您合理地認為您的健康處於極大危險之中，我們便會承保您的醫療護理。

然而，若醫生說該服務不是急診，則您支付的分攤費用金額取決於您所接受的護理來自網絡內服務提供者或網絡外服務提供者。若您接受的護理來自網絡內服務提供者，您的分攤費用金額通常會比使用網絡外服務提供者要來得低。

第 3.2 節 在需要緊急護理服務的情況下接受護理

甚麼是緊急護理服務？

如果您暫時不在計劃服務地區內，或根據您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理的情況鑒，需要立即就醫但非急診的計劃承保服務便是急需的服務。急需的服務例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病況意外發作。但是，即使您不在計劃的服務地區內或計劃網絡暫時無法提供服務，醫療上所必需的例行醫療服務提供者門診（例如年度檢查）也不會被視為急需的服務。

如果您在需要緊急護理服務時人在本計劃的服務地區之內怎麼辦？

大多數情況下，若您在本計劃的服務地區使用網絡外的服務提供者，您將支付較高金額的護理分攤費用。

若您需要尋找緊急護理機構，您可以透過下列方式找到最近的網絡內緊急護理中心：使用 *醫療服務提供者／藥房名錄*、前往我們的網站 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org)，或致電會員服務部（電話號碼印在本文件封底）。

如果您在需要緊急護理服務時人在本計劃的服務地區之外怎麼辦？

如果您人在服務地區之外，無法取得網絡內服務提供者處的護理，我們的計劃會承保任何服務提供者以較低的網絡內分攤費用金額為您提供的緊急護理服務。

在下列情況下，我們的計劃也承保美國境外的全球服務：

- 急診醫療護理
- 緊急護理
- 從緊急狀況現場到最近的醫療機構的緊急救護車交通

不承保從其他國家回到美國的交通運輸。預先安排和／或非急需手術不予承保。詳情請參閱本手冊第四章的醫療福利圖表。

如果您暫時不在計劃服務地區，而且需要急診和緊急護理服務，我們的計劃承保美國境外的急診和緊急護理服務。如果您需要美國及其領地境外的急診或緊急護理，您將需先負擔服務費用並向我們申請適當的償付款項。

如為在美國及其領地境外接受的承保且醫療上所必需的急診和緊急護理服務，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）將根據（當地市場）合理收費、匯率轉換（如需要）和適用的福利類別，對醫療上所必需的承保服務裁定償付。您可能需負擔這些承保服務的分攤費用。由於國外服務提供者收取的服務費用，可能高於傳統老人醫療保險會支付的費率，我們對這些服務償付的總額可能會少於您已支付給國外服務提供者的金額。

將以承保服務範圍減去您適用的分攤費用金額來償付您。這代表全額付款。您可能需要負擔超出我們付款金額的部分。如果您選擇接受非承保服務，則您需負擔所有與非承保服務相關的收費。緊急和急診護理的全球承保是老人醫療保險一般不承保的補充福利。

您必須向第一保健提交付款證明，以利償付。請參閱第四章（醫療福利圖表（承保範圍與您需要支付的費用））瞭解更多資訊。如果您已經支付承保服務的費用，我們會將承保服務的費用中應由我們分攤的部分償付給您。您可以連同醫療紀錄和其他必要文件，將帳單寄給我們，作為付款考量。有關如果您收到帳單或您需要申請費用償付該怎麼做，詳情請參閱第七章（要求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物帳單中所應分攤的費用）。

第 3.3 節 遇到災難時接受護理

如果您所在州的州長、美國聯邦衛生部長或者美國總統宣佈您的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍然有權接受您的計劃提供的護理。

請瀏覽下列網站：www.healthfirst.org/medicare，以取得有關如何在災難期間取得所需護理的資訊。

如果您在災難期間無法使用網絡內的服務提供者，您的計劃會允許您以網絡內分攤費用接受網絡外服務提供者提供的護理。災難來臨時如果您無法到我們的網絡藥房配藥，您也許可以到網絡外藥房配購處方藥物。詳情請參見第五章第 2.5 節。

第 4 節 如果您直接收到承保服務全額費用的帳單怎麼辦？

第 4.1 節 您可以要求我們支付所承保服務的分攤費用

如果您為承保服務支付的費用超過了計劃分攤費用，或者如果您收到承保醫療服務的全額帳單，請到第七章（要求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物帳單中我們應該分攤的部分）瞭解應該怎麼做。

第 4.2 節 如果我們的計劃並未承保服務，您必須支付全額費用

第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）承保本文件第四章的醫療福利圖表中列出的所有醫療上必需的服務。如果您接受的服務並未獲得我們計劃承保，您必須負責支付服務的全額費用。

針對有福利限制的承保服務，在您用完該類型的承保服務福利額度後，也必須支付任何服務的全額費用。一旦非補充服務達到福利上限後，超過福利上限的費用將計入您的自付費用最高限額。

第 5 節 如果您參加臨床試驗研究，您的醫療服務如何承保？

第 5.1 節 什麼是臨床試驗研究？

臨床試驗研究（也叫作臨床試驗）是醫生與科技人員測試新的醫療護理的一個途徑，諸如測試一種新的治癌藥物效果如何等等。有些臨床試驗研究獲得老人醫療保險核可。由老人醫療保險核准的臨床試驗研究，通常需要自願者參加研究。

老人醫療保險核准該項研究之後，而您表示有興趣參加，執行研究的工作人員會與您聯絡，對研究作出詳細說明，看您是否符合從事該項研究的科研人員所設定的條件。只要您符合該項研究的條件並完全理解與接受自己參與該項研究所牽涉的事項，您就可以參與該項研究。

如果您參與老人醫療保險核准的研究，傳統老人醫療保險會支付大部分您作為研究的部分所接受的承保服務。如果您告訴我們您參加了合格的臨床試驗，那麼您只需要負責該試驗中的服務的網絡內分攤費用。如果您支付較多的費用，比如，如果您已經支付傳統老人醫療保險分攤費用金額，我們將償還您已支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。不過，您必須提供證明文件，向我們證明您已支付的金額。參加臨床試驗研究期間，您仍然是我們的計劃註冊會員，繼續透過我們的計劃接受其他護理（與臨床試驗無關的護理）。

如果您要參加老人醫療保險核准的任一臨床試驗研究，您無需通知我們或得到我們計劃或您的主治醫生的核准。作為臨床試驗研究的組成部分而提供護理的服務提供者無需屬於我們計劃的醫生網絡。請注意，此並未包括我們的計劃負責的福利，其中包括評估福利的元素、臨床試驗或登記。這些包括依據國家承保裁定（NCD）之規定需要證據收集承保（CED）以及研究性質設備豁免（IDE）的特定福利，並可能需要事前授權並遵守其他計劃規定。

儘管您參加傳統老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃為註冊參保者承保的臨床試驗研究無需得到我們計劃的允許，當您選擇參加老人醫療保險核准的臨床試驗時，建議您事先通知我們。

如果您參與老人醫療保險尚未核准的研究，您將必須負責支付自己參與研究的參與費用。

第 5.2 節 如果您參加臨床試驗研究，誰支付哪些費用？

一旦您參加老人醫療保險核准的臨床試驗研究，傳統老人醫療保險承保您參與該研究所接受的例行項目與服務，包括：

- 即使您不參加研究老人醫療保險本來也會支付的住院期間病房與膳食費用。
- 作為試驗研究組成部分的一次手術或其他醫療程序。
- 新式護理造成副作用與併發症的治療。

老人醫療保險支付這些服務的分攤費用後，我們的計劃會支付傳統老人醫療保險和您作為我們計劃會員的網絡內分攤費用之間的差額。這就是說，您就像從我們的計劃接受這些服務一樣，為您作為研究的部分所接受的服務支付同樣的數額。不過，您必須提交證明文件，證明您已支付的分攤費用金額。有關提交付款要求的詳細資訊，請參閱第七章。

以下例子說明費用分攤如何運作：比如說作為研究試驗的組成部分，您做了一項化驗測試，費用是\$100。再比如說在傳統老人醫療保險您為此項測試的分攤費用是\$20，而根據我們計劃的福利，分攤費用只要\$10。在此案例中，傳統老人醫療保險將為測試支付\$80，而您將依傳統老人醫療保險規定，支付\$20的定額手續費。接著，您將通知您的計劃，表示您已接受合格臨床試驗服務，並提交服務提供者賬單等證明文件給計劃。之後，本計劃將直接支付您\$10。因此，您的淨支付額為\$10，與您根據我們計劃福利支付的金額相同。請注意，為了收到計劃償付的款項，您必須提交服務提供者賬單等證明文件給您的計劃。

在您參加臨時試驗研究期間，老人醫療保險或本計劃均不會支付下列任何費用：

- 一般說來，老人醫療保險不會支付試驗研究所測試的新項目或新服務的費用，除非屬於即使不參與研究老人醫療保險也會承保的項目與服務。
- 僅僅出於收集數據而提供，並非直接用於您的健康護理的項目與服務。例如，如果您的醫療狀況一般只需一次電腦斷層掃描，老人醫療保險便不會支付因為參與研究而進行的每月一次電腦斷層掃描。
- 研究贊助機構通常會免費提供用品和服務給任何參與試驗者。

您是否想要瞭解更多？

您可以在老人醫療保險的網站閱讀或下載出版物「老人醫療保險與臨床試驗研究」(Medicare and Clinical Research Studies)，瞭解參加臨床試驗研究的詳細資訊。（取得出版物請至：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）您也可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間為每週七天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。

第 6 節 在宗教性非醫療健康護理機構獲得護理的規定

第 6.1 節 什麼是宗教性非醫學醫療護理機構？

宗教性非醫療健康護理機構是為通常會在醫院或專業護理設施進行治療的症狀提供護理的設施。如果在醫院或專業護理設施接受護理違背會員的宗教信仰，我們的計劃會為宗教性非醫療健康護理機構的護理提供承保。只有 A 部分住院服務享有這項福利（非醫學醫療護理服務）。

第 6.2 節 接受宗教性非醫學醫療護理機構的護理

如要接受宗教性非醫療健康護理機構所提供的護理服務，您必須簽署一份法律文件說明您意識清晰地反對接受**非強制性**治療。

- **非強制性**治療指的是**自願性**，且聯邦、州或地方法律並未**強制規定**必須提供的任何醫療護理或治療。
- **強制性**治療指的是您**不得不接受**或依據聯邦、州或地方法律**必須**提供的醫療護理或治療。

如要獲得本計劃承保，您所接受的宗教性非醫療健康護理機構護理必須符合下列條件：

- 提供護理的設施必須得到老人醫療保險的認證。
- 我們進行對您所接受服務的承保只限於護理的非宗教方面。
- 如果您在一家設施接受此機構提供給您的服務，則適用下列條件：
 - 您必須有允許您在醫院接受住院治療或專業護理設施的護理的醫療狀況。
 - – 及 – 在住進護理設施之前您必須事前獲得我們計劃的核准，否則您的住院將不予承保。

您獲得核准的住院將與醫院住院護理的情況相同（詳情請參閱第四章的福利圖表）。此福利之承保無限額。

第 7 節 關於長期使用的醫療器材所有權的規定

第 7.1 節 您按照我們計劃之規定，支付長期使用的醫療器材特定次數的款項之後，該器材是否能歸您所有？

長期使用的醫療器材（Durable medical equipment，簡稱 DME）包括例如氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音輸出裝置、靜脈輸注泵、噴

霧器與由服務提供者醫囑在居家使用的醫院床等用品。會員會永遠擁有某些用品，例如義具。在本章節我們要討論的是您必須租賃的其他類別長期使用的醫療器材。

在傳統老人醫療保險，租用某些類別的長期使用的醫療器材的人士為該器材支付了 13 個月的定額手續費之後便可擁有該器材。然而，作為第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的會員，無論您在我們的計劃會員期間租用長期使用的醫療器材支付多少定額手續費，您通常都不會獲得該器材的所有權；即便您在加入我們的計劃之前，在傳統老人醫療保險之下連續為該器材繳交最多 12 次的款項，也無法獲得所有權。在某些有限的情況下，我們會將長期使用的醫療器材的所有權轉讓給您。詳情請致電會員服務部。

如果轉換到傳統老人醫療保險，為長期使用醫療器材所支付的費用會如何？

如果您在我們計劃期間未獲得長期使用醫療器材的所有權，您在轉換至傳統老人醫療保險後必須為該器材重新支付連續 13 個月的定額手續費，方得擁有該器材。您在計劃註冊期間支付的費用不列入計算。

例 1：您已為傳統老人醫療保險的用品連續支付 12 次或以下的款項，之後加入了我們的計劃。您在傳統老人醫療保險支付的費用不列入計算。您將必須向我們的計劃支付 13 次款項，才能擁有該用品。

例 2：您已為傳統老人醫療保險的用品連續支付 12 次或以下的款項，之後加入了我們的計劃。您原本參加我們的計劃，但在我們的計劃期間並未取得所有權。之後您轉回傳統老人醫療保險。在您再次轉回傳統老人醫療保險之後，必須重新連續支付 13 個月款項，才能擁有該用品。所有之前的付款（不論支付給我們的計劃或傳統老人醫療保險），都不列入計算。

第 7.2 節 氧氣設備、用品和保養規定

您有權享受哪些氧氣相關的福利？

若您符合老人醫療保險氧氣設備承保的資格，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）將承保：

- 氧氣設備的租賃
- 輸送氧氣和含氧量
- 輸送氧氣和含氧量的管線和相關氧氣配件
- 氧氣設備的保養和修理

若您退出第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）或在醫療上不再需要氧氣設備，則必須將氧氣設備歸還。

如果您退出計劃並轉回傳統老人醫療保險，會怎麼樣？

傳統老人醫療保險要求氧氣供應商為您提供五年的服務。前 36 個月期間，您租賃該器材。剩餘的 24 個月，供應商提供器材和保養（您仍需負擔氧氣的定額手續費）。五年之後，您可以選擇留在同一家公司，或去另一家公司。此時，五年循環再度開始（即使您留在相同的公司），您需要支付前 36 個月的定額手續費。如果您加入或退出我們的計劃，五年循環就會重新開始。

第四章：

醫療福利圖表

(承保範圍與您需要支付的費用)

第 1 節 瞭解您需要為承保服務支付的自付費用

本章提供醫療福利圖表，為您列出了第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）會員的承保服務，並告訴您每項承保服務必須支付的費用。在本章後段，您可以找到有關不予承保的醫療服務的資訊。也會說明對特定服務的限制。如需瞭解承保牙科服務的其他詳細資訊，包括頻率、限制和不予承保事項，請參閱「**第一保健老人醫療保險牙科福利限制及不予承保事項指南**」。

第 1.1 節 您可能要為承保服務支付的自付費用類型

如要理解我們在本章節提供給您的付款資訊，您需要首先瞭解有關您可能為您的承保服務支付的自付費用類別。

- **自付扣除金（deductible）**是在我們的計劃開始支付分攤費用之前，您必須為您的醫療服務支付的金額。
- **定額手續費**是您每次接受某些醫療服務時支付固定的數額。您在接受醫療服務時要支付一份定額手續費。（第 2 節的醫療福利圖表說明有關定額手續費的詳細資訊。）
- **共同保險**是您按照醫療服務費用總額的百分比支付的費用。您在接受醫療服務時支付共同保險。（第 2 節的醫療福利圖表說明有關共同保險的詳細資訊。）

符合資格申請醫療補助或符合資格的老人醫療保險受益人（Qualified Medicare Beneficiary，簡稱 QMB）計劃的大多數人都永遠不應該支付自付扣除金定額手續費或共同保險。如果適用，務必向您的醫療服務提供者出示您的醫療補助或 QMB 合格證明。若您認為要求您付款的方法不恰當，請聯絡會員服務部。

第 1.2 節 您最多要為老人醫療保險 A 部分與 B 部分承保醫療服務支付多少費用？

在我們的計劃中，您必須為承保的醫療服務所支付的自付額有兩種不同的限額：

- 您的**網絡內自付費用最高限額**為\$5,000。這是您在該日曆年內，針對網絡內服務提供者所提供的老人醫療保險 A 部分與 B 部分承保服務，所需支付的最高金額。您為網絡內服務提供者所提供的承保服務支付的定額手續費和共同保險費用均計入這筆網絡內自付費用最高限額。您為 D 部分處方藥物與網絡外服務提供者的服務支付的金額，不計入網絡內自付費用最高限額。此外，您為某些服務所支付的金額，包括全世界範圍的急診／緊急護理／交通和助聽器，不計入您的網絡內自付費用最高限額。這些服務在醫療福利圖表中用加號（+）標示。若您已為由網絡內服務提供者提供的 A 部分與 B 部分承保服務支付\$5,000，您在今年內使用我們網絡內提供者的服務皆無需支付任何自付費用。但是，您必須繼續支付老人醫療保險 B 部分保費（除非醫療補助或其他第三方為您支付 B 部分保費）。

- 您的**合併自付費用最高限額**為\$8,000。這是您在該日曆年度內，為網絡內及網絡外服務提供者提供的老人醫療保險 A 部分與 B 部分承保服務所需支付的最高金額。您為承保服務所支付的定額手續費與共同保險數額均計入您的合計自付費用最高限額。您為 D 部分處方藥物支付的金額，不能計入您的合計自付費用最高限額。此外，您為某些服務所支付的金額，包括全世界範圍的急診／緊急護理／交通、助聽器以及網絡外牙科服務，不計入您的合計自付費用最高限額。這些服務在醫療福利圖表中用加號（+）標示。若您已經為承保服務支付\$8,000 的自付費用，您會獲得 100% 的承保，並在年度內無需再為 A 部分與 B 部分的承保服務付費。但是，您必須繼續支付老人醫療保險 B 部分保費（除非醫療補助或其他第三方為您支付 B 部分保費）。

第 1.3 節 我們的計劃不允許服務提供者開具承保差額賬單給您

作為第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的會員，您享有一項重要保障，即您接受由網絡內服務提供者所提供的本計劃承保服務時，只需支付本計劃規定的分攤費用金額。我們不容許網絡內服務提供者給您開立「差額賬單」。即使我們支付的金額低於服務提供者所收取的費用，網絡內提供者也不允許給您開立差額賬單。網絡內服務提供者只能向您收取本計劃的分攤費用金額（即定額手續費、共同保險、自付扣除金），不得就承保服務向您收取更多費用。

在某些情況下，網絡外服務提供者可以就承保服務給您開立差額賬單。如果您接受網絡外服務提供者所提供的承保服務，而該服務提供者不接受老人醫療保險指定，您將負擔本計劃的分攤費用，以及我們向提供者支付的金額及老人醫療保險的限額收費之間的任何差額。

**請注意：我們在第十二章對老人醫療保險限額收費的定義：*

老人醫療保險限額收費：限額收費是非參與（網絡外）的醫療服務提供者在老人醫療保險的核准金額之外，可以收取的金額。這些服務提供者接受老人醫療保險，但不接受老人醫療保險核准的醫療護理服務金額作為費用全額。限額收費最高為老人醫療保險核准金額的 15%。

第 2 節 使用醫療福利圖表瞭解承保範圍與您要支付的費用

第 2.1 節 作為我們計劃會員您享有的醫療福利與費用

以下各頁的醫療福利圖表列出第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）承保的服務及您應該為每項服務支付多少自付費用。D 部分處方藥承保範圍在第五章。本章醫療福利圖表中列出的服務只有在下列承保規定全部符合的情況下方可獲得承保：

- 您的老人醫療保險承保服務必須依照老人醫療保險計劃所制定的老人醫療保險承保原則提供。第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）並不承保根據傳統老人醫療保險標準認為既不合理亦無必要的服務。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、器材，以及 B 部分處方配藥）必須為醫療上所必需。醫療上所必需（Medically Necessary）指的是為預防、診斷或治療您的病症所必需並符合醫學實務公認標準的服務、用品或藥物。
- 對於新的註冊參保者，您的 MA 協調護理計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，新的 MA 計劃不得要求對任何正在進行的療程進行事前授權，即使該治療過程是由網絡外服務提供者開始提供的服務。
- 醫療福利圖表中列出的某些服務僅在您的醫生或其他網絡內服務提供者事先取得第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的核准（有時稱作「事前授權」）時，才能獲得作為網絡內服務的承保。
 - 必須在視為網絡內服務予以承保之前獲得核准的承保服務，在醫療福利圖表中以粗體標示。
 - 針對網絡外服務提供者的網絡外服務，您永遠不需要事先核准。

雖然您不需要為網絡外服務取得事先核准，但您或您的醫生可以要求我們提前作出承保決定。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。

有關我們的承保的其他重要事項：

- 針對您的分攤費用等於共同保險之百分比的福利，您支付的金額會取決於您的服務來自哪種類型的醫療服務提供者：
 - 如果您從網絡內的服務提供者處接受承保服務，您支付共同保險的百分比乘以本計劃的費用償還比率（服務提供者與本計劃所簽訂的合約中有規定）。
 - 如果您從網絡外參與老人醫療保險的服務提供者處接受承保服務，您支付共同保險的百分比乘以老人醫療保險給予參與老人醫療保險計劃的服務提供者的付款比率。
 - 如果您從網絡外沒有參與老人醫療保險的服務提供者處接受承保服務，那麼您支付共同保險的百分比乘以老人醫療保險給予沒有參與老人醫療保險計劃的服務提供者的付款比率。可能適用限額收費。
- 像所有老人醫療保險健保計劃一樣，凡是傳統老人醫療保險承保的，我們均予承保。您在我們計劃為某些福利所支付的費用要比在傳統老人醫療保險多。其他一些福利您支付的則較少。（如果您想要瞭解傳統老人醫療保險的承保與費用的更多資訊，請查閱您的 2025 年版老人醫療保險與您（Medicare & You 2025）手冊。）您亦可上網查看該手冊，網址是 www.medicare.gov 或每週七天每天 24 小時隨時致電 1-

800-MEDICARE（1-800-633-4227）索取。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。

- 對於傳統老人醫療保險免費承保的所有預防服務，我們也會承保這些服務不收您任何費用。不過，如果您在接受預防性服務門診的同時，也因為現有的病況接受治療或監測，為治療現有病況而接受的服務須支付定額手續費。
- 如果老人醫療保險在 2025 年期間增加對任何新服務的承保，則老人醫療保險或本計劃會承保這些服務。

 您會在醫療福利圖表中的預防服務旁看到這個蘋果標記。

醫療福利圖表

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 腹部主動脈瘤篩檢 有患病風險的人士進行一次性的超聲波篩檢。只有在您有某些風險因素並且您從您的醫生、醫生助理、護理師或臨床專科護理師處獲得轉介，本計劃才會承保此項篩檢。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	有資格進行此預防性篩查的成員沒有共同保險，共同支付或免賠額。	
慢性下背部疼痛的針灸治療 承保服務包括： 在下列情況下，老人醫療保險受益人可以獲得在 90 天內最高 12 次門診的承保服務： 為獲得此項福利，慢性下背部疼痛定義如下： • 持續 12 週以上； • 原因不明，辨識不出系統性原因（即與轉移、發炎、感染疾病等皆無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。	老人醫療保險承保的針灸治療服務的定額手續費為\$0	老人醫療保險承保的針灸治療服務的定額手續費為\$50

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
慢性下背部疼痛的針灸治療（續） 在證明患者狀況改善後還將包括額外八次就診。每年不得超過 20 種針灸治療。 如果病人症狀未獲得改善或開始退化，則必須停止治療。 服務提供者必要條件： 醫生（根據「社會安全法案」（簡稱「法案」）第 1861(r)(1)條的定義）可根據適用的州政府要求，提供針灸服務。 醫生助理（PA）、執業護士（NP）／臨床專家護理師（CNS）（根據《法案》第 1861(aa)(5)條的定義）及助理人員，若符合所有適用的州政府要求並具備以下條件，則可提供針灸服務 ○ 全美針灸與東方醫學認證委員會（Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine，簡稱 ACAOM）認可之學校的針灸治療或東方醫學碩士或博士級學位；以及，		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
慢性下背部疼痛的針灸治療（續） 目前最新、完整、有效且未受限制的執照，可在美國的州、領地或邦（即波多黎各）或是哥倫比亞特區執行針灸治療。 依據我們的法規 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 規定，提供針灸治療的輔助人員需有醫生、PA 或 NP/CNS 進行適當程度的監督。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
針灸治療（補充） 本計劃亦承保每年針對其他疾病（包括慢性下背痛）的額外 12 次就診。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	補充針灸治療服務的定額手續費為\$0	補充針灸治療服務的定額手續費為\$50

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
救護車服務 不管是急診或是非急診狀況，承保的救護車服務包括固定翼、旋轉翼救護飛機與地面救護車服務，載送至能夠提供護理的最近的適當設施，僅可在會員的醫療狀況不能用其他交通手段（如若使用可能危及病人的健康）的情況下或在本計劃的授權之下提供。 如果承保的救護車服務是針對非急診狀況，應以文件記錄，該會員的狀況不宜使用其他交通方式，否則可能危及該人員的健康，而且使用救護車接送是醫療上所必需，則非緊急救護車接送是適當的做法。 所有網絡內非緊急救護車服務皆需要事前授權。如果交通接駁位於計劃服務區域內，則非緊急救護車服務視為網絡內。如為透過基本救命術（BLS）和高級救命術（ALS）的非緊急交通，請務必在預約門診時，要求您的服務提供者提交醫療必要性表格（Medical Necessity Form，簡稱 MNF）。BLS／ALS 的單趟行程最大距離限制為 50 英里。您的服務提供者可以致電服務提供者服務部索取表格，電話號碼是 1-888-801-1660（週一至週五，上午 8 時至下午 5 時 30 分）。	美國境內的緊急救護車服務單趟的定額手續費為 \$275 美國境內的非緊急救護車服務的定額手續費為 \$275（單趟或雙程）	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
救護車服務（續） 在接受網絡外的非緊急救護車服務之前建議進行預先認定。 如果您住院治療，則無法免除地面或空中救護車接送服務的分攤費用。 全球急診交通 美國和全球（美國境外）承保從緊急狀況現場到最近的醫療設施的緊急救護接送。不承保從其他國家回到美國的交通運輸。 如果您在美國及其領地境外急需獲得護理，您必須先行支付服務費用，再向我們申請適當的費用償付。如為在美國及其領地境外接受的承保且醫療必要的緊急交通接送服務，第一保健將根據當地市場合理收費和匯率轉換（如需要）裁定償付。由於國外服務提供者收取的服務費用，可能高於傳統老人醫療保險會支付的費用，我們對這些服務償付的總額可能會少於您已支付給國外服務提供者的金額。將以承保服務範圍減去您適用分攤費用來償付您。這代表全額付款。請參閱第三章，瞭解其他詳細資訊。		美國境外的緊急接送服務單趟的定額手續費為\$275

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
救護車服務（續） <u>如果您具雙重或多重國籍並已在其他國家投保醫療保險，則您在國家的醫療保險公司將是您的主要醫療保險公司。這表示如果您需要報銷您的急診交通服務，則會由您的主要醫療保險公司先行支付（以其最高承保限額為限），第一保健再行支付（若有您的主要醫療保險公司不予承保的費用）。</u> 若要償付在美國境外的護理，您必須向第一保健提交一份含有明細的付款證明和所接受醫療護理的記錄。如果要求償付的金額超過\$5,000，您亦必須提供載明從美國出發及返美日期的旅行證明。費用償付申請應在接受服務當日起一年內提出。請使用「第一保健老人醫療保險計劃會員費用償付表」，可在 HFMedicareMaterials.org 取得，或是致電會員服務部索取。 全球急診／緊急護理服務（包括交通接送），每年計劃福利承保的最高額度為\$200,000。 +您為全世界的急診交通服務支付的金額不計入您的自付費用最高限額。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
救護車服務（續） 有關如果您收到賬單或您需要申請費用償付該怎麼做，詳情請參閱第七章（要求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物賬單中所應分攤的費用）。		
年度補充體檢 除了「歡迎參加老人醫療保險」門診和年度身心健康門診之外，本計劃亦承保每年一次的年度體檢。該檢查由主治醫生或其他臨床醫生執行，以收集健康資訊並評估不同的身體系統。年度體檢包括比年度健康檢查更為全面的檢查。年度體檢中的服務包括： • 身體系統檢查，如心臟、肺部、頭部和頸部，以及神經系統 • 測量和記錄生命體徵，如血壓、心率和呼吸頻率 • 完成處方藥審查 • 回顧最近的住院情況	年度健康檢查無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 因您的年度補充身體檢查而開立，或在該期間進行的任何化驗、篩檢或流程，均需另行支付此類服務的計劃分攤費用。請參閱本醫療福利圖表中的每項獨立服務。	每年一次身體檢查，\$50 定額手續費 因您的年度補充身體檢查而開立，或在該期間進行的任何化驗、篩檢或流程，均需另行支付此類服務的計劃分攤費用。請參閱本醫療福利圖表中的每項獨立服務。
 年度身心健康門診 如果您擁有 B 部分的時間超過 12 個月，您可以得到一次年度身心健康門診來根據您目前的健康狀況與風險因素制定或更新您的個人的預防計劃。	年度身心健康門診都無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 因您的年度身心健康門診而開立，或在該期間進行的任何化驗、篩檢或流程，均需另行支付此類服務的計劃分攤費用。請參閱本醫療福利圖表中的每項獨立服務。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 年度身心健康門診（續） 此服務每 12 個月承保一次。 請注意： 您的第一次年度身心健康門診不能安排在您的 歡迎參加老人醫療保險 預防性門診之後的 12 個月內。然而，在投保 B 部份滿 12 個月後，您無需先接受 歡迎參加老人醫療保險 門診，即可獲得年度身心健康門診的承保。		
 骨質測量 對於符合條件的人士（一般來說，這裡指的是有骨質流失風險或有骨質疏鬆症風險的人士），下列服務每 24 個月承保一次，如果是醫療上所必需，則時間間隔可以縮短：用來確認骨質狀況、檢測骨質是否流失和確定骨質品質的程序，包括醫生對結果的解讀。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的骨量測量沒有共同保險，共付額或免賠額。	
 乳腺癌篩檢（乳房 X 光造影） 承保服務包括： • 35 歲至 39 歲之間一次基本乳房 X 光造影檢查 • 年滿 40 歲的女性每 12 個月一次乳房 X 光造影檢查	承保的篩檢乳房 X 光造影無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 有關診斷性乳房 X 光造影的分攤費用資訊，請參閱本圖表中的門診診斷測試和治療服務及用品一節。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 乳腺癌篩檢（乳房 X 光造影）（續） 每 24 個月一次臨床乳房檢查		
心臟復健服務 會員如果符合某些條件並有醫生的醫囑，本計劃為其承保包括鍛煉、教育與諮詢在內的綜合心臟復健服務計劃。本計劃還承保通常遠較心臟復健計劃激烈或密集的強化心臟復健計劃。 所有的網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的心臟復健服務的定額手續費為\$0	老人醫療保險承保的心臟復健服務的定額手續費為\$50
 降低心血管疾病門診（心血管疾病治療） 我們每年承保一次主治醫生門診以幫助降低您的心血管疾病風險。在門診期間，您的醫生可能會跟您討論使用阿斯匹林的問題（如適用）、檢查您的血壓並告訴您一些訣竅，確保您能吃的健康。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	對於強化行為療法心血管疾病預防益處，沒有共同保險，共同支付或免賠額。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 心血管疾病測試 為檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險升高相關的異常現象）所做的血液檢測，每五年（60 個月）承保一次。	對於每 5 年一次的心血管疾病檢測，沒有共同保險，共付額或免賠額。	
 子宮頸癌與陰道癌篩檢 承保服務包括： - 對於所有婦女：每 24 個月承保一次子宮頸抹片與骨盆檢查 - 如果您是子宮頸或陰道癌的高風險族群，或是過去 3 年內正值生育年齡且子宮頸抹片異常：每 12 個月一次子宮頸抹片	老人醫療保險承保的預防性 Pap 和骨盆檢查沒有共同保險，共付額或免賠額。	
脊椎正骨服務 承保服務包括： - 為矯正半脫位而進行的人工按摩脊椎 - 脊椎外按摩 - 評估和管理服務 - 物理醫學方法和程序 - X 光 所有的網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保及額外的脊椎護理服務定額手續費為\$20	老人醫療保險承保及額外的脊椎護理服務定額手續費為\$50

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 結腸直腸癌篩檢 承保以下篩檢測試： - 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，且對非高風險病人每 120 個月（10 年）承保一次，或是對先前經軟式乙狀腸鏡檢查之後不具結腸直腸癌高風險的患者，則為每 48 個月；針對先前經腸鏡篩檢或鉍劑檢查之後具高風險的患者，則為每 24 個月一次。 - 年滿 45 歲及以上的患者進行軟式乙狀腸鏡檢查。對於接受大腸鏡篩檢後不具高風險的病人，每 120 個月一次。對於上一次以軟式乙狀腸鏡檢查或鉍劑檢查之後具高風險的患者，每 48 個月一次。 - 年滿 45 歲及以上的患者進行篩檢糞便隱血測試。每 12 個月一次。 - 年滿 45 到 85 歲且未符合高風險標準的病人進行多目標糞便 DNA 檢查。每 3 年一次。 - 年滿 45 到 85 歲且未符合高風險標準的患者進行以血液為基礎的生物標記測試。每 3 年一次。 - 對於高風險且距上次篩檢鉍劑檢查或上次腸鏡篩檢之後 24 個月以內的患者，可以鉍劑取代結腸鏡檢查。	老人醫療保險承保的結腸直腸癌篩檢檢查、診斷檢查或鉍劑灌腸定額手續費為 \$0。	老人醫療保險承保的結腸直腸癌篩檢檢查定額手續費為 \$0 如果您的醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀腸鏡檢查期間發現並移除息肉或其他組織，則篩檢檢查將成為診斷檢查，且需為老人醫療保險承保的診斷性結腸直腸癌篩檢支付 \$60 定額手續費（可能需額外支付設施費的 30% 共同保險）。 老人醫療保險承保的鉍劑灌腸為 50% 共同保險

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 結腸直腸癌篩檢承保（續） 對於非高風險且年滿 45 歲或以上的患者，可以鉍劑取代軟式乙狀腸鏡檢查。在上次篩檢鉍劑或篩檢軟式乙狀腸鏡檢查之後至少 48 個月一次。 結腸直腸癌篩檢測試包括在老人醫療保險承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢測試呈現陽性結果之後的後續結腸鏡篩檢。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
牙科服務 一般來說，傳統老人醫療保險不承保牙科預防服務（例如洗牙、定期牙科檢查與牙科 X 光檢查）。然而，老人醫療保險目前給付數量有限之情況下的牙科服務，尤其是在該服務屬於受益人主要醫療狀況之特定治療的一部分。有些範例包括骨折或受傷之後的下巴重建、拔牙以準備下巴相關癌症的放射治療，或是腎臟移植前的口腔檢查。此外，我們承保：	網絡內 DentaQuest 服務提供者的承保預防性／診斷性與綜合牙科服務定額手續費為\$0	承保的預防性／診斷性牙科服務定額手續費為\$0-\$20 承保的綜合牙科服務定額手續費為\$0 至\$100

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
牙科服務（續） 預防性／診斷服務（承保服務包括但不限於下列項目）： • 例行口腔檢查：每 12 個月 2 次 • 例行洗牙：每 12 個月 2 次 • 塗氟處理治療：每 12 個月治療 2 次 • 牙科 X 光 ◦ 全口腔 X 光片：每 36 個月 1 次 ◦ 口內一根尖 X 光：每 12 個月 1 次 ◦ X 光咬翼片：每 12 個月 1 次 ◦ 全景 X 光：每 36 個月 1 次 綜合服務（承保服務包括但不限於下列項目）： ◦ 補牙（複合材質或汞合金）：每顆牙齒每 24 個月 1 次 ◦ 深層洗牙（牙周病治療）：每象限每 24 個月 1 次 ◦ 根管治療：每顆牙齒終身 1 次 ◦ 牙冠：每顆牙齒每 60 個月一次 ◦ 拔牙：每顆牙齒終身 1 次 ◦ 假牙（全口與／或局部）：每 60 個月 1 次		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
牙科服務（續） ○ 假牙調整：每 12 個月 2 次，同一牙弓（這是您在接受最初的全口與／或局部假牙服務後，容許調整假牙的次數。經過一段時間後假牙可能需要調整，以確保其正確貼合您的口腔）。 本計劃每年為預防性／診斷性及綜合牙科服務支付的最高金額合計為\$1,500。您需負擔任何超出牙科承保限額的金額。 取得牙科福利： 您的第一保健計劃允許網絡內與網絡外牙科承保。若要尋找網絡內牙醫，請使用第一保健網站 HFDocFinder.org 上的「尋找牙醫」工具，或撥打第一保健會員卡背面的電話與會員服務部聯絡。您也可以索取網絡內牙科服務提供者的名單。 急需的牙科服務必須在參與計劃的牙科服務提供者處取得時，才會獲得承保。如果您需要醫療急診，請到急診室就診。「醫療急診」所指情況是，當您（或其他		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
牙科服務（續） 對醫療與藥物只有一般知識的任何審慎的外行人）相信您有症狀必須立即就醫以防止失去性命（以及，如果您是孕婦，則是失去未出生的小孩）、失去肢體，或是喪失肢體功能。症狀可能是生病、受傷、劇痛或者急劇惡化的病情。 請參閱您的《第一保健老人醫療保險牙科福利限制與除外項目指南》，以瞭解有關您的牙科承保範圍、頻率與限制的詳細資訊，網址是 HFMedicareMaterials.org 網絡內牙醫參與 DentaQuest 的網絡。所有其他牙醫都視為網絡外牙醫。 需要事前授權。這是您的醫療服務提供者的責任。 在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。 +您為網絡外牙科服務支付的費用不計入您的自付費用最高限額。		
 憂鬱症篩檢 我們每年承保一次憂鬱症篩檢。該項篩檢必須在可以提供追蹤治療及／或轉介的初級照護環境中進行。	年度憂鬱症篩檢門診都無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們將涵蓋此篩查（包括空腹血糖測試）：高血壓（高血壓），膽固醇異常和甘油三酯水平（血脂異常），肥胖或高血糖（葡萄糖）病史。如果您符合其他規定條件，例如體重過高或家族有糖尿病史，測試或許亦可得到承保。 在您最近一次糖尿病篩檢測試的日期之後，您可能符合每 12 個月接受最多兩次糖尿病篩檢的資格。	老人醫療保險承保的糖尿病篩檢無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。	
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與檢測用品 為所有患有糖尿病的人士（無論是否使用胰島素）而提供。承保服務包括： ○ 糖尿病自我管理培訓在某些條件下獲得承保。 ○ 為有嚴重糖尿病型腳病的糖尿病患者承保：每一日曆年度一雙根據患者具體情況定做的治療用鞋（包括供此類用鞋使用的鞋墊）及外加兩副鞋墊，或一雙高幫鞋加三副鞋墊（不包括專供此類用鞋使用的非定做可以取出的鞋墊）。承保包括適配。	老人醫療保險承保的糖尿病自我管理訓練、採血針、採血裝置、治療鞋、Contour/Contour Next 葡萄糖監測儀和試紙的定額手續費為\$0 醫療例外處理獲准的非 Contour/Contour Next 葡萄糖監測儀和試紙的定額手續費為\$0	老人醫療保險承保的糖尿病自我管理訓練、採血針、採血裝置、治療鞋、Contour/Contour Next 葡萄糖監測儀和試紙的共同保險為 50% 醫療例外處理獲准的非 Contour/Contour Next 葡萄糖監測儀和試紙的共同保險為 50%

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與檢測用品（續） ○ 用來監測您的血糖的用品：血糖監測儀、血糖試紙、刺血裝置或刺血針、用來檢查試紙與監測儀準確性的糖份控制液等。 ○ 會員可藉由醫療保健提供者處方取得糖尿病用品。 ○ 胰島素使用者每 3 個月可獲得最多 300 張試紙和 300 個刺血針。非胰島素使用者每 3 個月可獲得最多 100 張試紙和 100 個刺血針。如果為醫療上必要且經事前授權，可取得額外的糖尿病檢測用品。 我們承保 Ascensia／Bayer 製造的糖尿病檢測用品（Contour 和 Countour Next 產品）。我們僅承保 Contour 和 Contour Next 葡萄糖監測儀和試紙。我們不承保其他葡萄糖監測儀和試紙品牌與製造商，除非您或服務提供者要求醫療例外處理並獲准。如果醫療例外處理獲准，將收取適用的分攤費用。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與檢測用品（續） 無醫療例外處理的非 Contour 和非 Contour Next 葡萄糖監測儀和試紙，或未核准的醫療例外處理將不予承保。 需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
長期使用的醫療器材及相關用品 （如欲瞭解長期使用的醫療器材定義，請參閱本文件第十二章及第三章第 7 節。） 獲得承保的用品包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由服務提供者訂購在居家使用的醫院床、靜脈輸液幫浦、語音輸出裝置、氧氣設備、噴霧器與助行器。 如為醫療上所必需，連續血糖監測儀（CGM）、接收器及其必要的用品與配件也在承保範圍內。 可能僅限於由我們簽約的 DME 供應商特選的 DME 品牌和製造商。我們的網站上提供 DME 供應商的最新名錄，網站是 HFDocFinder.org 。	老人醫療保險承保的連續血糖監測儀及其用品的共同保險為 0%。 老人醫療保險承保的其餘長期使用的醫療器材及相關用品的共同保險為 20% 老人醫療保險承保的氧氣租賃設備每個月共同保險為 20%（36 個月後未變更）	老人醫療保險承保的連續血糖監測儀及其用品的共同保險為 50%。 老人醫療保險承保的其餘長期使用的醫療器材及相關用品的共同保險為 50% 老人醫療保險承保的氧氣租賃設備每個月共同保險為 50%（36 個月後未變更） 如果您使用未參加老人醫療保險的長期使用的醫療器材用品，則可能會產生額外的費用。

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
長期使用的醫療器材及相關用品（續） 一般來說，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）會承保本目錄上傳統老人醫療保險承保的任何品牌與廠商生產的長期使用的醫療器材。除非您的醫生告訴我們只有某品牌才切合您的醫療需要，否則我們不會承保其他品牌與廠家的產品。不過，如果您是新參加第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃），並且您所使用的長期使用醫療器材不在我們的目錄上，我們會繼續為您承保該品牌最多 90 天。這 90 天時期過後，您應該與醫生討論哪一種品牌對您來說在醫療上最適當。 如果您（或您的醫療服務提供者）不同意本計劃的承保決定，您或您的醫療護理服務提供者可以提出上訴。如果您不同意您的醫療護理服務提供者有關甚麼產品或品牌最切合您的醫療狀況的決定，您亦可提出上訴。（有關上訴的詳細資訊，請參閱第九章「如果您有問題或者需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時該怎么做」。） 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
急診護理（醫療） 急診護理指的是這樣的一些服務： • 由符合資格提供急診護理的服務提供者提供，並且 • 為評估或穩定急診狀況所必需。 「醫療急診」所指情況是，當您（或其他對醫療與藥物只有一般知識的任何審慎的外行人）相信您有症狀必須立即就醫以防止失去性命（以及，如果您是孕婦，則是失去未出生的小孩）、失去肢體，或是喪失肢體功能。症狀可能是生病、受傷、劇痛或者急劇惡化的病情。 提前安排、預先規劃的治療（包括慢性病透析）及／或非緊急處置不視為急診服務，故不會承保。牙醫提供的服務不視為急診服務，故不會承保。 網絡外提供的必要急診服務分攤費用與網絡內此類服務相同。 全球急診護理 急診護理在美國及全球（美國以外）皆予以承保。以下服務不在承保範圍內：	在美國及全球（美國境外）的承保急診服務定額手續費為\$125 如果您在接受急診護理的 24 小時內被收進美國的醫院，則可以免除定額手續費。 如果您在網絡外的醫院接受急診護理，在急診狀況穩定之後仍需要住院護理的話，您可能要支付住院護理的網絡外分攤費用（請參閱此章中的相關服務），或者，您必須回到網絡內醫院，以便您的護理繼續享有網絡內住院護理分攤費用的承保。	
	在美國及全球（美國境外）的承保急診服務定額手續費為\$125 如果您在接受急診護理的 24 小時內被收進美國的醫院，則可以免除定額手續費。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
急診護理（醫療）（續） • 跟進護理 • 牙醫提供的服務 • 從其他國家返回美國的交通運輸 • 與急診護理無關的費用，例如失去收入、日用品、雜費、非醫院住宿、國外銀行手續費 如果您需要美國及其領地境外的急診或緊急護理，您必須先行支付服務費用，再向我們申請適當的償付款項。如為在美國及其領地境外接受的承保且醫療必要的急診服務，第一保健將根據當地市場合理收費和匯率轉換（如需要）裁定償付。由於國外服務提供者收取的服務費用，可能高於傳統老人醫療保險會支付的費用，我們對這些服務償付的總額可能會少於您已支付給國外服務提供者的金額。將以承保服務範圍減去您適用分攤費用來償付您。這代表全額付款。請參閱第三章，瞭解其他詳細資訊。 <u>如果您具雙重或多重國籍並已在其他國家投保醫療保險，則您所在國家的</u>		如果您在網絡外的醫院接受急診護理，在急診狀況穩定之後仍需要住院護理的話，您可能要支付住院護理的網絡外分攤費用（請參閱此章中的相關服務），或者，您必須回到網絡內醫院，以便您的護理繼續享有網絡內住院護理分攤費用的承保。

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
急診護理（醫療）（續） <u>醫療保險公司將是您的主要醫療保險公司。這表示如果您需要報銷您的急診醫療服務，則會由您的主要醫療保險公司先行支付（以其最高承保限額為限），第一保健再行支付（若有您的主要醫療保險公司不予承保的費用）。若要償付在美國境外的護理，您必須向第一保健提交一份含有明細的付款證明和所接受醫療護理的記錄。如果要求償付的金額超過\$5,000，您亦必須提供載明從美國出發及返美日期的旅行證明。費用償付申請應在接受服務當日起一年內提出。請使用「第一保健老人醫療保險計劃會員費用償付表」，可在 HFMedicareMaterials.org 取得，或是致電會員服務部索取。</u> 全球急診／緊急護理服務（包括交通接送），每年計劃福利承保的最高額度為\$200,000。 +您為全世界的急診護理服務支付的金額不計入您的自付費用最高限額。 有關如果您收到賬單或您需要申請費用償付該怎麼做，詳情請參閱第七章（要求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物賬單中所應分攤的費用）。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
健身福利 所承保的體適能服務包括使用網絡內健身設施與團體課程，以及隨選和直播的居家運動課程。部分家庭健身器材和活動追蹤器屬於 Flex 卡的承保範圍。詳情請參閱此表中的 Flex 卡一列。 下列為不予承保的福利，且不符合償付條件： • 網絡或非網絡設施提供的器材、服裝、維他命，或其他產品或服務 • 網絡外設施的會員資格（包括鄉村俱樂部、減重診所、水療中心、網球俱樂部或其他類似設施） • 任何設施的終身會員資格	使用網絡內的健身設施、團體課程以及隨選和直播的居家運動課程定額手續費為\$0。	
Flex 卡 您的計劃提供每年\$725 的用款額度，可用於牙科、視覺與聽覺服務及用品，運動器材、健身追蹤器和穿戴裝置以及個人緊急回應系統（personal emergency response systems，簡稱 PERS）的自付費用。Flex 卡是為了補充計劃的牙科、眼科與聽力福利；請參考福利表中這些福利的詳細資訊，以瞭解更多。 您的 Flex 卡可用於：	Flex 卡沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
Flex 卡（續） • 眼鏡和網絡外老人醫療保險承保的視力檢查的定額手續費 • 牙科服務：網絡外預防性和綜合服務，以及超出牙科承保限額的承保網絡內牙科服務的牙科服務 • 處方助聽器：透過 NationsHearing® 購買處方助聽器的定額手續費 • 運動器材 • 健身追蹤器和穿戴式裝置 • 個人緊急回應系統（PERS），僅限一台設備和每月服務 運動器材、健身追蹤器和穿戴式裝置、個人緊急回應系統（PERS）僅限於計劃符合規定的物品清單，以及計劃的參與零售和線上服務提供者網絡。若需要第一保健核准項目的完整列表及 Flex 卡使用方法的更多細節，請造訪我們的網站，網站是 zh.healthfirst.org/flex。 該福利以 Flex 卡提供；不能折換成現金。未用完的餘額將在每個日曆年底及您退出第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）時到期。 +您使用 Flex 卡支付的數額不計入您的自付費用最高限額。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
聽覺服務 為確定您是否需要醫療而由您的醫療服務提供者施行的聽覺診斷與平衡能力評估，如果由醫生、聽力檢查師或其他服資質的服務提供者施行，可作為門診護理予以承保。 我們的計劃也承保例行聽力檢查、處方助聽器，以及由 NationsHearing® 醫療服務提供者所提供之處方助聽器配戴評估。 • 例行聽力檢查每日曆年度限一次。 • 處方助聽器適配評估每日曆年度也限一次。 • 處方助聽器每日曆年度限每耳一個助聽器。 處方助聽器購買包括初次適配日起 12 個月內的三（3）次跟進門診。 處方助聽器需取得事前授權。 +您為助聽器服務支付的費用不計入您的自付費用最高限額。	老人醫療保險承保的聽力診斷及平衡評估定額手續費為\$35 例行聽覺檢查的定額手續費為\$0 依據技術等級分級的每個處方助聽器之定額手續費為： 初階：\$0 基本：\$175 中階：\$475 首選：\$775 高階：\$1,075 優質：\$1,475	老人醫療保險承保的聽力診斷及平衡評估定額手續費為\$60
 愛滋病毒篩檢 對於要求進行愛滋病毒測試或愛滋病毒感染風險增高的人士，我們承保：	對於有資格獲得老人醫療保險承保的預防性 HIV 篩查的成員，沒有共同保險，共同支付或免賠額。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 愛滋病病毒（HIV）篩檢（續） - 每 12 個月一次篩檢 對於孕婦，我們承保： - 懷孕期間最多三次篩檢		
家庭健康機構的護理 在接受家庭健康護理機構的護理之前，必須由一名醫生證明您需要家庭健康護理服務並開立由家庭健康護理機構提供家庭護理服務的醫囑。您必須是困居家中，就是說離開家必須要興師動眾。 承保服務包括但不限於： - 非全日制或週期性專業護理與家庭健康助理服務（要獲得家庭保健護理福利承保，您的專業護理與家庭健康助理服務合計必須少於每天 8 小時，少於每週 35 小時。） - 物理治療、職能治療與語言治療 - 醫療與社工服務 - 醫療器材與用品 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的家庭健康機構護理服務定額手續費為\$0	老人醫療保險承保的家庭健康機構護理服務共同保險為 50%
居家輸注治療 居家輸注治療包含在家中對個人進行靜脈或皮下	老人醫療保險承保的居家輸注治療服務的定額手續費為\$0	老人醫療保險承保的居家輸注治療服務的共同保險為 50%

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
居家輸注治療（續） 注射施用藥物或生物製劑。執行居家輸液所需物品包括藥物（例如抗病毒藥物、免疫球蛋白）、設備（例如幫浦），以及用品（例如醫用軟管與導管）。 承保服務包括但不限於： • 包括護理服務在內的專業服務，根據護理計劃提供 • 長期使用的醫療器材福利不承保病患訓練和教育 • 遠距監測 • 居家輸注治療和居家輸注藥物監測服務，是由合格的居家輸注治療供應商提供 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險 B 部份藥物共同保險為 0% 至 20% 可能適用其他分攤費用，請參考長期使用的醫療器材和老人醫療保險的 B 部分藥物。	老人醫療保險 B 部分藥物共同保險為 50% 可能適用其他分攤費用，請參考長期使用的醫療器材和老人醫療保險的 B 部分藥物。
安寧護理 如果您的醫生與安寧照護醫療主任為您作出末期病症預後診斷，證明您的疾病已經到了末期，如果病況發展正常您只有六個月或不足六個月的預期生命，您便符合資格享用安寧照護福利。您可以	如果您註冊參加老人醫療保險認證合格的安寧照護計劃，您的安寧照護服務以及與末期病況預後相關及任何 A 部分與 B 部分服務，由傳統老人醫療保險而不是第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）支付。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
善終護理(續) 在老人醫療保險認證合格的任何安寧照護計劃接受護理。您的計劃有義務協助您找到在計劃的服務範圍內，經由老人醫療保險認證的安寧照護計劃，包含 Medicare Advantage 組織所擁有、控管或享有經濟利益的計劃。您的安寧照護醫生可以是計劃網絡內或計劃網絡外的醫療服務提供者。 承保服務包括： • 控制症狀與減緩疼痛的藥物 • 短期暫托護理 • 居家護理 當您入住善終護理設施時，您有權繼續參加您的計劃；如果選擇繼續參加，您必須繼續支付計劃保費。 <u>對於安寧照護服務以及老人醫療保險 A 部分或 B 部分所承保而且與您的末期病況預後相關的任何服務：</u>傳統老人醫療保險（不是我們的計劃）會為您的安寧照護服務及與您的末期病況預後相關的任何 A 部分與 B 部分服務，向安寧照護提供者支付費用。在您接受安寧照護服務期間，您的安寧照護服務提供者會將傳統老人醫療保險所支付的服務費用賬單寄給傳統老人醫療保險。您會被收取傳統老人醫療保險的分攤費用。 <u>對於老人醫療保險 A 部分或 B 部分承保並與您的末期病況預後無關的任何服務：</u>如果您需要		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
善終護理(續) 老人醫療保險 A 部分或 B 部分承保而與您的末期預後無關的非急診、非緊急護理服務，這些服務的費用取決於您是否使用我們計劃網絡內的服務提供者並遵守計劃規定（例如，是否有取得事前授權的規定）。 • 如果您從網絡內服務提供者處取得承保服務，而且取得服務時遵守計劃規定，您只須支付本計劃網絡內服務的分攤費用金額 • 如果您在網絡外的服務提供者處接受該承保服務，您需要支付的是本計劃網絡外服務的分攤數額 <u>獲得第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）承保但老人醫療保險 A 部分或 B 部分不予承保的服務：無論是否與您的末期病況相關，本計劃承保而 A 部分或 B 部分不予承保的服務，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）將繼續予以承保。這些服務您支付您的計劃分攤費用數額。</u> <u>對於計劃的 D 部分福利可能承保的藥物：如果這些藥物與您的末期安寧照護狀況無關，您需要支付分攤費用。如果與您的末期安寧症狀相關，則您支付傳統老人醫療保險的分攤費用。安寧護理和我們的計劃絕不會同時承保藥物。</u>		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
善終護理(續) 詳情請參閱第五章第 9.4 節（如果您住在老人醫療保險認證的安寧照護設施怎麼辦）。 請注意：如果您需要非善終護理（與您的末期預後沒有關聯的護理），您應該致電會員服務部與我們聯絡，以便安排服務。電話號碼請參閱本手冊封底。		
 免疫接種 老人醫療保險承保的 B 部分服務包括： - 肺炎疫苗 - 流感／流行性感感冒預防針（或疫苗）秋冬每一流感／流行性感感冒季節一次，如為醫療上所必需則可追加施打 - B 型（乙型）肝炎疫苗接種，如果您屬於感染 B 型肝炎的高風險或中等風險族群 - COVID-19 疫苗 - 如果您有患病風險並且符合老人醫療保險 B 部分的承保規定，可承保其他疫苗 我們的 D 部份處方藥福利亦承保大多數成人疫苗。有關其他資訊，請參閱第六章第 7 節。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	肺炎、流感／流行性感感冒、B 型（乙型）肝炎和 COVID-19 疫苗沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
醫院住院護理 包括住院重症護理、住院復健服務、長期護理和其他類型的住院服務。醫院住院護理從您被按照醫囑正式收進醫院的日期開始起算。您出院日期的前一天是您住院的最後一天。 只要是醫療上所必需，承保住院天數沒有限制。 承保服務包括但不限於： • 雙人病房（或在醫療上必需情況下的單人病房） • 膳食，包括特別膳食 • 常規護士護理服務 • 特殊照護病房費用（例如重症加護病房或心臟加護病房） • 藥物與用藥 • 化驗測試 • X 光及其他放射服務 • 必要的外科和醫療用品 • 使用設備器具，例如輪椅 • 手術室與康復病房費用 • 物理治療、職能治療與語言治療	第 1 至 5 日： 從住院日開始，每天定額手續費為\$325 第 6 日之後： 每天定額手續費為\$0 出院當天無需定額手續費。 如果您的急診症狀穩定之後，要到獲得授權的網絡外醫院接受住院護理，您的分攤費用與您在網絡醫院所支付的金額相同。	每次住院 40%共同保險

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
住院治療（續） - 藥物使用症住院矯治服務 - 在特定條件下，承保下列類型的移植：角膜、腎臟、腎臟—胰臟、心臟、肝臟、肺、心／肺、骨髓、幹細胞與腸／多內臟。如果您需要器官移植，我們會安排由老人醫療保險核准的器官移植中心對您的情況進行檢查，以確定您是否確實需要移植。器官移植服務提供者可以是本地或服務地區以外的提供者。如果我們網絡內的器官移植服務超出社區護理模式，只要當地的器官移植服務提供者願意接受傳統老人醫療保險的費率，您可選擇在當地接受器官移植服務或者到本計劃所提供的較遠地點接受服務。如果第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）在某個地點提供的器官移植服務，與社區的器官移植護理模式不同，而您選擇到此一較遠地點接受移植，我們會為您以及一名陪護人員安排適當的住宿與交通或是支付適當的住宿與交通費用。 - 血液 — 包括貯存與管理。所有血液產品的承保均從所使用的第一品脫開始。 - 醫生服務		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
住院治療（續） 請注意：如要住院，您的服務提供者必須開立醫囑讓您住院。即使您已經在醫院留醫一夜，您可能仍然被視為門診病人。如果您不能確定您是住院病人還是門診病人，您應詢問醫院職員。 您亦可在標題為您是醫院住院病人還是門診病人？如果您有老人醫療保險—請詢問！的老人醫療保險說明書中找到詳細資訊。此說明書可上網下載，網址是 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，亦可打電話索取：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。每週七天，每天 24 小時，均可撥打這些免付費電話。 網絡內的非急診住院需要事前授權。對於急診住院，我們鼓勵收住入院的醫生／醫院儘快與第一保健聯絡，以確保病情穩定後予以適當的護理以及計劃出院事宜。在接受網絡外的非緊急服務之前建議進行預先認定。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
精神病院的住院服務 承保服務包括需要住在醫院的心理醫療護理服務。 可為您終身承保最多 190 天的獨立精神病院住院服務（此項終身限制不適用於在綜合醫院精神病專科提供的住院精神健康服務）。 如果在參加我們的計劃之前已經使用 190 天老人醫療保險終身福利的部分天數，則您有權享有本計劃授權福利天數扣除已使用天數的剩餘天數。 網絡內的非急診住院需要事前授權。對於急診住院，我們鼓勵收住入院的醫生／醫院儘快與第一保健聯絡，以確保病情穩定後予以適當的護理以及計劃出院事宜。在接受網絡外的非緊急服務之前建議進行預先認定。	第 1 至 5 日： 從住院日開始，每天定額手續費為\$300 第 6 至 90 日： 每天定額手續費為\$0 在急症綜合醫院的住院服務，請參考上列。 出院當天無需定額手續費。 如果您的急診症狀穩定之後，要到獲得授權的網絡外醫院接受住院護理，您的分攤費用與您在網絡醫院所支付的金額相同。	每次住院 40%共同保險
住院：在不予承保的住院期間，承保在醫院或專業護理設施接受的服務 如果您用完您的住院福利，或者如果醫院住院不合理且沒有必要，我們不會承保您的	每次主治醫生（PCP）門診的定額手續費為\$0 每次專科門診定額手續費為\$35 化驗服務定額手續費為\$0	每次主治醫生（PCP）門診的定額手續費為\$50 每次專科門診定額手續費為\$60 化驗服務定額手續費為\$60

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
住院：在不予承保的住院期間，承保在醫院或專業護理設施接受的服務（續） 醫院住院。然而，在某些情況下，我們會承保您在醫院或專業護理設施（SNF）住院期間所接受的某些服務。承保服務包括但不限於： • 醫生服務 • 診斷測試（例如化驗室測試） • X 光、鐳與同位素放射治療，包括技師、材料與服務 • 手術敷料 • 夾板、石膏及其他用于減輕骨折症狀與脫位的裝置 • 替代全身或部分內部器官（包括連續組織）的全部或部分功能的假肢和矯形裝置（或非牙科裝置），或者永久性不起作用或發生故障的內部器官的全部或部分功能，包括更換或修理此類裝置 • 腿、手臂、背部和頸部支撐；桁架；和假腿、手臂和眼睛，包括由於破損、磨損、丟失或患者身體狀況的變化而需要的調整、修理和更換 • 物理治療、語言治療與職能治療的親自就診或遠程醫療就診	所有老人醫療保險承保的診斷測試服務定額手續費為\$0 診斷放射服務定額手續費為\$100 治療放射服務 20%共同保險 X 光\$0 定額手續費。 醫療與手術用品（例如敷料、夾板、石膏及其他用於減輕骨折症狀與脫位的裝置等）共同保險 20% 義具裝置和 DME 共同保險 0 至 20% 物理治療、言語／語言治療與職能治療每次門診的定額手續費為\$20	所有老人醫療保險承保的診斷測試服務定額手續費為\$60 診斷放射共同保險為 30% 治療放射服務共同保險為 30% X 光的定額手續費為\$60 醫療與手術用品（例如敷料、夾板、石膏及其他用於減輕骨折症狀與脫位的裝置等）共同保險為 50% 義具裝置和長期使用的醫療器材共同保險為 50% 物理治療、言語／語言治療與職能治療每次門診的定額手續費為\$60

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
住院：在不予承保的住院期間，承保在醫院或專業護理設施接受的服務 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
餐點（出院後） 從醫院或專業護理設施出院回家後（住院超過兩天），您的計劃最多承保 84 份配送到府的餐點，最多 28 天。只要是從新的醫院或專業護理機構出院後申請，並在出院回家的 14 天內提出申請的話，您一年內可獲得的 28 天餐點福利沒有次數限制。 網絡內服務皆需要事前授權。必須有醫療服務提供者的申請／處方表。	承保的餐點定額手續費為\$0（出院後） 承保福利必須由 Mom's Meals®或 Homestyle Direct 提供。	
 醫學營養治療 此項福利專為患有糖尿病、腎臟疾病（但無需腎臟透析）以及腎臟移植術後的人士提供，須由您的醫生開立醫囑。 在您以老人醫療保險福利（包括我們的計劃、任何其他老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃或傳統老人醫療保險）	對於有資格享受老人醫療保險承保的醫療營養治療服務的會員，沒有共同保險，共付或免賠額。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 醫學營養治療（續） 接受醫學營養治療服務的第一年，我們承保 3 小時的一對一諮詢服務，此後每年 2 小時。如果您的狀況、治療或診斷改變，如有醫囑，您也許可以接受更多小時的治療。醫生必須開立這些服務的醫囑，而且如果您的治療需要跨入下一個日曆年度，醫生必須每年續延其醫囑。		
 老人醫療保險糖尿病預防計劃（MDPP） 為所有老人醫療保險健保計劃下符合條件的老人醫療保險受益人承保老人醫療保險糖尿病預防計劃服務。 老人醫療保險糖尿病預防計劃是以結構化方式介入改變健康行為，提供長期膳食改變的實務訓練、增加身體活動以及克服保持體重下降並擁有健康生活方式相關挑戰的解決問題策略。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險糖尿病預防計劃福利沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。	
老人醫療保險 B 部分處方藥 這些藥物由傳統老人醫療保險的 B 部分醫療福利承保。我們計劃的成員透過我們的計劃	化療／放射藥物及其他老人醫療保險 B 部分處方藥物的共同保險為 0-20%。 本計劃所承保的一個月用量老人醫療保險 B 部分胰島素產品之共同保	老人醫療保險 B 部分處方藥物共同保險為 50%

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
老人醫療保險 B 部份處方配藥（續） 獲得這些藥物的保險。涵蓋的藥物包括： • 通常不是由病人自行施用而是在接受醫生服務、醫院門診、或門診手術中心服務時注射或滴注的藥物。 • 透過長期使用的醫療器材（例如醫療上必須的胰島素泵）提供胰島素 • 借助長期使用的醫療器材（例如噴霧器等）服用的藥物需第一保健福利使用管理部的事前授權。 • 阿茲海默症藥物 Leqembi®（學名 lecanemab），以靜脈注射方式給藥。除了藥物費用外，您可能在治療前及／或治療期間需要額外的掃描和測試，這些都可能增加您的整體費用。請與您的醫生討論您在治療過程中可能需要進行的掃描和測試 • 如果您有血友病，您自行注射用的凝血因子 • 移植／免疫抑制藥物：如果老人醫療保險支付您的器官移植費用，則會由其承保您的器官移植藥物。您在接受承保移植時必須享有 A 部分，且在接受免疫抑制藥物時必須	險為 20%（最多支付 \$35）。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
老人醫療保險 B 部份處方配藥（續） • 享有 B 部分。請記住，如果 B 部份不承保免疫抑制藥物，則老人醫療保險藥物承保（D 部份）會予以承保 • 可注射骨質疏鬆症藥物，如果您困居家中，經醫生認定是因停經后骨質疏鬆導致骨折，無法自我給藥 • 某些抗原：若抗原是由醫生製備，並由獲得適當指示之人員（可能是您，病人本身）在適當的監督下給予抗原，則老人醫療保險將予以承保 • 特定口服抗癌藥物：若您使用的某些口服抗癌藥物有注射劑型可供選擇，或該藥物是注射劑型藥物的前驅藥（口服形式的藥物，在攝入後會分解為注射劑型藥物中的相同活性成分），則老人醫療保險將承保您口服的該類癌症藥品。隨著新的口服癌症藥物上市，B 部份可能承保這些藥物。如果 B 部份不承保，則 D 部份將予以承保 • 口服防暈藥物：老人醫療保險將承保您作為抗癌化療療程的一部分而使用的口服止嘔藥，前提為這些藥物是在化療前、化療時或化療後 48 小時內使用，或用作靜脈注射止嘔藥的完整治療替代藥物		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
老人醫療保險 B 部份處方配藥（續） • 特定口服末期腎病（ESRD）藥物，前提為該藥物有注射劑型且由 B 部份 ESRD 福利承保 • ESRD 付款系統下的擬鈣劑，包括靜脈注射藥物 Parsabiv® 和口服藥物 Sensipar® • 居家腎臟透析使用的特定藥物，包括肝素、肝素解毒劑（若為醫療上所必需）以及表面麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：若您患有末期腎病（ESRD）或需要此類藥物治療與特定其他病症相關的貧血（例如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera® 或 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta），則老人醫療保險將承保紅細胞生成素 • 居家治療原發性免疫缺陷疾病的靜脈注射免疫球蛋白 • 腸道外和腸道內營養（靜脈和管灌） 以下類別的 B 部分藥可能依漸進式療法的需求而定：α-1 蛋白酶抑制劑、抗癌／抗腫瘤藥物、心血管藥物／抗高血脂藥物（如 PCSK9）、細胞治療、內分泌／代謝藥物、酵素		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
老人醫療保險 B 部份處方配藥（續） 替代療法、基因治療、造血藥物（ESA+ GCSF）／血液調整劑（如 Vyvgart、HemoFactors）、免疫球蛋白、免疫藥物／單株抗體、多發性硬化症／神經病學、重肌無力症／神經病學、VEGF／眼科、骨關節炎、呼吸系統及神經肌肉藥物（如肉毒桿菌素）。 下列連結將帶您前往可能依漸進式療法而定的 B 部分藥物清單： HFMedicareMaterials.org. 我們的 B 部分也承保某些疫苗，D 部分處方藥物福利則承保大多數成人疫苗。 第五章說明 D 部分處方藥福利，包括獲得處方藥承保必須遵循的規則。有關您透過我們的計劃獲取 D 部分處方藥應該支付多少費用的資訊列在第六章。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
護士協助專線 本計劃提供護士協助專線，這是每週七天、每天 24 小時的免付費電話服務，可詢問一般健康相關問題及要求協助	護士協助專線的定額手續費為\$0	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
護士協助專線（續） 取得服務。請撥打會員 ID 卡背面的電話號碼。		
營養諮詢 本計劃承保每年最多六次預防性諮詢及／或風險因素減少門診，必須由州發給執照或證書的臨床醫療專業人員（即醫生、護士、註冊營養師或營養學家）所提供。 可能為個人諮詢或團體諮詢。	營養諮詢的定額手續費為\$0	營養諮詢的定額手續費為\$50
 為促進長期減重效果而進行的肥胖症篩檢與治療 如果您的體重指數超過 30，我們會承保強化諮詢來幫助您減輕體重。如果您在能夠將其與您的全面預防計劃進行協調的主治醫生診所接受此項諮詢，則會得到承保。與您的主治醫生或其他醫生討論，瞭解更多資訊。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	預防性肥胖篩查和治療沒有共同保險、共付額或免賠額。	
鴉片類毒癮治療計劃服務 有鴉片類物質使用障礙（opioid use disorder，簡稱 OUD）的計劃會員，可以透過鴉片類物質治療計劃（Opioid Treatment Program，簡稱 OTP）	老人醫療保險承保之鴉片類藥物治療計劃服務的定額手續費為\$0	老人醫療保險承保的鴉片類藥物治療計劃服務的共同保險為 50%

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
鴉片類毒癮治療計劃服務（續） 獲得治療 OUD 的服務承保，包含下列服務： • 經美國食品與藥物管理局（Food and Drug Administration，簡稱 FDA）核准的類鴉片致效劑及拮抗藥物輔助治療（MAT）藥物。 • MAT 藥物的配發和管理（如適用） • 藥物使用症諮詢 • 個人和團體治療 • 毒理學測試 • 攝取活動 • 定期評估 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
門診診斷測試與治療服務及用品 承保服務包括但不限於： • X 光 • 放射（鐳及同位素）治療，包括技師、材料與用品 • 手術用品，諸如敷料等 • 夾板、石膏及其他用于減輕骨折症狀與脫位的裝置 • 化驗室測試	老人醫療保險承保的 X 光定額手續費為 \$0 老人醫療保險承保的放射線治療服務之共同保險為 20%（適用個別門診就診定額手續費） 老人醫療保險承保的醫療用品的共同保險為 20% 老人醫療保險承保的化驗室測試的定額手續費為 \$0	老人醫療保險承保的 X 光定額手續費為 \$60 老人醫療保險承保的放射線治療服務之共同保險為 30%（適用個別門診就診定額手續費） 老人醫療保險承保的醫療用品的共同保險為 50% 老人醫療保險承保的化驗室測試的定額手續費為 \$60

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
門診診斷測試與治療服務及用品（續） - 血液 — 包括貯存與管理。所有血液產品的承保均從所使用的第一品脫開始。 - 其他門診診斷檢驗（如胃腸內視鏡、肺量計） - 放射診斷（如 MRI、PET 掃描） 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的門診血液服務與產品的定額手續費為\$0 所有老人醫療保險承保的診斷檢測定額手續費為\$0（須分別支付個別門診的定額手續費） 老人醫療保險承保的放射線診斷服務定額手續費為\$100（須分別支付個別門診的定額手續費）	老人醫療保險承保的門診血液服務與產品共同保險為 50% 所有老人醫療保險承保的診斷檢測定額手續費為\$60（須分別支付個別門診的定額手續費） 老人醫療保險承保的放射線診斷服務共同保險為 30%（須分別支付個別門診的定額手續費）
門診醫院觀察 觀察服務是醫院門診服務，用來判斷您是否需要住院或可以出院。 對於要承保的門診醫院觀察服務，其必須符合老人醫療保險標準並被視為是合理且必要。觀察服務僅在醫生或由州許可證法律和醫院工作人員章程授權的其他個人提供的情況下承保，以將患者收住院或開立門診檢查醫囑。 請注意：除非醫療服務提供者以書面醫囑讓您入住醫院，否則您就是門診病人，應支付醫院門診服務的分攤費用金額。即使您已經在醫院留醫一夜，您可能仍然	老人醫療保險承保的門診醫院觀察服務的定額手續費為\$125	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
門診留院觀察（續） 被視為門診病人。如果您不能確定您是否是門診病人，您應該向醫院職員詢問。 您亦可在標題為您是醫院住院病人還是門診病人？如果您有老人醫療保險—請詢問！的老人醫療保險說明書中找到詳細資訊。此說明書可上網下載，網站是： www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，亦可打電話索取：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。每週七天，每天 24 小時，均可撥打這些免付費電話		
醫院門診服務 我們承保您在醫院門診部為診斷與治療疾病或損傷而接受的醫療上必需的服務。 承保服務包括但不限於： • 急診部或門診部的服務，包括觀察服務或門診手術 • 醫院開立賬單的化驗與診斷測試 • 精神健康護理，包括在日間住院計劃的護理，如果醫生證明如果沒有日間住院則必須住院治療。	診斷結腸鏡檢查與食道內視鏡檢查的共同保險為 0% 老人醫療保險承保之其餘門診醫院服務的醫院（或門診設施）費用的共同保險為 20% 如果您在老人醫療保險承保的門診醫院看診期間，接受醫生或其他醫療保健專業人員的服務，這些服務或品項可能會有其他分攤費用。請參考本圖表醫生／醫療從業人員服務的部分，瞭解必要的特定分攤費用。	診斷結腸鏡檢查與食道內視鏡檢查的共同保險為 30% 老人醫療保險承保之其餘門診醫院服務的醫院（或門診設施）費用的共同保險為 30% 如果您在老人醫療保險承保的門診醫院看診期間，接受醫生或其他醫療保健專業人員的服務，這些服務或品項可能會有其他分攤費用。請參考本圖表醫生／醫療從業人員服務的部分，瞭解必要的特定分攤費用。

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
醫院門診服務（續） • 醫院開立賬單的 X 光及其他放射服務 • 諸如夾板與石膏等醫療用品 • 您不能自行給藥的某些藥物與生物製品 請注意：除非醫療服務提供者以書面醫囑讓您入住醫院，否則您就是門診病人，應支付醫院門診服務的分攤費用金額。即使您留院過夜，仍可能將您視為門診病人。如果您不能確定您是否是門診病人，您應該向醫院職員詢問。 您亦可在標題為您是醫院住院病人還是門診病人？如果您有老人醫療保險—請詢問！的老人醫療保險說明書中找到詳細資訊。此說明書可上網下載，網站是： www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，亦可打電話索取：1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。每週七天，每天 24 小時，均可撥打這些免付費電話。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
門診精神健康護理 承保服務包括： 根據適用的州法律，由持有州執照的精神病醫生或醫生、臨床心理醫生、臨床社工、臨床護理專家、有執照的專業諮商師（LPC）、有執照的婚姻與家庭治療師（LMFT）、專業護理師（NP）、醫生助理（PA）、或其他得到老人醫療保險認證合格的精神健康護理專業人員所提供的精神健康服務。 可能需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的門診心理醫療保健服務每次的定額手續費為\$0	老人醫療保險承保的門診精神健康護理服務每次的定額手續費為\$50
門診復健服務 承保服務包括：物理治療、職能治療與語言治療。 門診復健服務可在各種門診環境提供，比如醫院門診部、獨立治療室和綜合門診復健設施（CORF）。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的門診復健服務的定額手續費為\$20	老人醫療保險承保的每次門診復健服務的定額手續費為\$60

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
藥物使用症門診矯治服務 承保的診斷和治療服務包含個人和團體療程。 網絡內服務可能需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的藥物使用症門診矯治服務 每次定額手續費為\$0	老人醫療保險承保的藥物使用症門診矯治服務 每次定額手續費為\$50
門診手術，包括在醫院門診設施與門診手術中心提供的服務 請注意：如果在醫院設施做手術，應該向您的醫療服務提供者確認您是住院病人或門診病人。除非醫療服務提供者開立醫囑要求您入住醫院，否則您就是門診病人，應支付門診手術的分攤費用數額。即使您留院過夜，仍可能將您視為門診病人。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	<u>在醫生診所：</u> 如果由主治醫生執行，則定額手續費為\$0 如果由專科醫生執行，則定額手續費為\$35 <u>在醫院門診部：</u> 診斷性結腸鏡檢查與食道內視鏡檢查的定額手續費為\$0 其餘服務的設施費用共同保險為 20%，加上額外的醫生服務分攤費用（如果由主治醫生執行為\$0；如果由專科醫生執行，定額手續費為\$35） <u>在門診手術中心：</u> 診斷性結腸鏡檢查與食道內視鏡檢查的定額手續費為\$0	<u>在醫生診所：</u> 如果由主治醫生執行，則每次就診的定額手續費為\$50 如果由專科醫生執行，則每次就診得定額手續費為\$60 <u>在醫院門診部：</u> 診斷結腸鏡檢查與食道內視鏡檢查的共同保險為 30% 其餘服務的設施費用的共同保險為 30%，加上額外的醫生服務分攤費用（如果由主治醫生執行，定額手續費為\$50；如果由專科醫生執行，定額手續費為\$60） <u>在門診手術中心：</u> 診斷結腸鏡檢查與食道內視鏡檢查的共同保險為 30%

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
門診手術，包括在醫院門診設施與門診手術中心提供的服務（續）	其餘服務每次就診的定額手續費為\$240 如果您接受手術以外的任何服務或品項，包括但不限於診斷性檢測、治療性服務、義具、矯正裝置、用品或 B 部分藥物，則這些服務或品項可能要另外支付分攤費用。 請參考本圖表門診醫院或醫生服務的部分，瞭解必要的特定分攤費用。	其餘服務每次就診的共同保險為 30% 如果您接受手術以外的任何服務或品項，包括但不限於診斷性檢測、治療性服務、義具、矯正裝置、用品或 B 部分藥物，則這些服務或品項可能要另外支付分攤費用。 請參考本圖表門診醫院或醫生服務的部分，瞭解必要的特定分攤費用。
日間住院服務和密集門診服務 <i>日間住院計劃</i>是在醫院門診服務或社區精神健康中心提供的積極精神科治療的結構化計劃，比您在醫生、治療師、持照婚姻與家庭心理治療師（LMFT）或持照專業諮詢人員診所接受的護理更為密集，是醫院住院的替代方式。 日間治療與連續日間治療計劃（其未提供與住院環境醫療與護理服務相同強度的	老人醫療保險承保的日間住院和密集門診服務的定額手續費為\$0	老人醫療保險承保的日間住院和密集門診服務的共同保險為 30%

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
日間住院服務和密集門診服務（續） 醫療人員監督精神科治療）不予承保。 <i>密集門診服務</i>是在醫院門診部、社區精神健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供的積極行為（精神）健康治療結構化計劃，比您在醫生、治療師、持照婚姻與家庭心理治療師（LMFT）或持照專業諮詢人員診所接受的護理更為密集，但其強度低於日間住院。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
個人緊急回應系統（personal emergency response system，簡稱 PERS） PERS 在緊急狀況時能確保您獲得協助。此為醫療警示服務，內建居家緊急狀況回應與通訊裝置，專為通知適當的緊急情況（例如跌倒情況）人員而設計。 若有 Flex 卡，PERS 為一項承保福利。必須使用網絡內服務提供者。 前往 zh.healthfirst.org/flex 瞭解關於如何取得這項福利的詳細資訊。	PERS 沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。詳情請參閱此表中的 Flex 卡一列。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
醫生／護理師服務，包括醫生診所門診 承保服務包括： - 在以上診所、認證合格的門診手術中心、醫院門診部或任何其他地點施行的醫療上所必需的醫療或手術服務 - 專科醫生諮詢、診斷與治療 - 您的主治醫生或專科醫生施行的基本聽覺與平衡檢查，如果您的醫生要求作此檢查以瞭解您是否需要進行治療。 - 某些額外的遠程醫療服務，包括主治醫生服務、某些專科醫生服務，以及精神健康專科服務的個別面談 - 您可以選擇透過親自就診或遠程醫療接受這些服務。若您選擇以遠程醫療來獲得其中一項服務，您必須使用提供遠程醫療服務的網絡內服務提供者，或是由第一保健指定的廠商。 - 遠程醫療服務可透過電話或視訊通話進行 - 聯繫您當地的服務提供者，詢問他們是否提供遠程醫療服務及／或進行預約，或致電 Teladoc（800-Teladoc）	在醫生診所： 主治醫生服務定額手續費為\$0 專科醫生服務定額手續費為\$35 在醫生診所接受的診斷性和放射服務須支付另外的分攤費用。 在門診手術中心： 診斷性結腸鏡檢查與食道內視鏡檢查的定額手續費為\$0 其餘服務每次就診的定額手續費為\$240 在醫院門診部和診所： 主治醫生服務定額手續費為\$0 專科醫生服務的定額手續費為\$35（可能要支付額外的20%設施費共同保險） 在醫院門診部和診所接受的診斷性和放射服務可能要支付額外的分攤費用。	在醫生診所： 主治醫生服務定額手續費為\$50 專科醫生服務定額手續費為\$60 在醫生診所接受的診斷性和放射服務須支付另外的分攤費用。 在門診手術中心： 診斷性結腸鏡檢查與食道內視鏡檢查的共同保險為30% 其餘服務每次就診的共同保險為30% 在醫院門診部和診所： 主治醫生服務定額手續費為\$50 專科醫生服務定額手續費為\$60（可能要支付額外的30%設施費共同保險） 在醫院門診部和診所接受的診斷性和放射服務可能要支付額外的分攤費用。

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
醫生／護理師服務，包括醫生診所門診（續） 在醫院或重症醫院的腎臟透析中心、腎臟透析設施或會員家中，為居家透析的會員提供每月一次與末期腎病相關門診的遠程醫療服務 診斷、評估或治療中風症狀的遠程醫療服務，不論您的所在位置 ○ 提供給患有物質濫用障礙或併發心理疾病的會員之遠程醫療服務，不論其所在位置 ○ 診斷、評估和治療心理疾病的遠程醫療服務，如果： ▪ 首次遠程醫療門診前六個月內，有親自就診 ▪ 接受這些遠程醫療服務的同時，每 12 個月有親自就診 ▪ 某些情況下可對上述情形進行例外處理 ○ 由偏鄉健康診所和聯邦認證合格的健康中心提供的心理健康門診遠程醫療服務 ○ 向您的醫生線上報到（例如以電話或視訊通話）5 到 10 分鐘，如果：	遠程醫療服務： 由網絡內服務提供者提供的個人精神健康遠程醫療服務為\$0 由 Teladoc 提供的個人精神健康遠程醫療服務，定額手續費為\$0 由主治醫生提供的其他遠程醫療服務，定額手續費為\$0 由專科醫生提供的遠程醫療服務，定額手續費為\$35 由 Teladoc 提供的其他遠程醫療服務，定額手續費為\$0	遠程醫療服務： 個人精神健康遠程醫療服務定額手續費為\$50 由主治醫生提供的其他遠程醫療服務，定額手續費為\$50 由專科醫生提供的遠程醫療服務，定額手續費為\$60

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
醫生／護理師服務，包括醫生診所門診（續） ○ 您不是新病患，而且 ○ 此報到與過去七天的門診無關，而且 ○ 此報到無法讓您在 24 小時內前往門診看診，或預約到最早的門診 ● 評估您傳送給醫生的影片及／或影像，以及在 24 小時內由醫生解讀並進行後續追蹤，如果： ○ 您不是新病患，而且 ○ 此評估與過去七天的門診無關，而且 ○ 此評估無法讓您得到在 24 小時內，或在最短時間內預約得到的門診 ● 如果您不是初診病人，可透過電話、網際網路，或電子健康記錄向您的醫生協同其他醫生諮詢 ● 手術之前由另外一名網絡內服務提供者提供第二者意見 ● 非例行牙科護理（涵蓋服務僅限於下頷或相關結構的手術，設定頷骨或面部骨骼的骨折，拔牙以準備頷骨以進行腫瘤性癌症的放射治療，或者在以下時提供的服務由醫生提供）		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
醫生／護理師服務，包括醫生診所門診（續） 網絡內服務可能需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
足科服務 承保服務包括： - 足部傷害與疾病（諸如錘狀趾和跟刺等）的診斷與診療或手術治療。 - 具有某些影響下肢的醫療狀況的會員之例行足部護理 我們也承保老人醫療保險不承保的額外 12 次附加例行腳科護理就診。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。 +您為例行腳科服務支付的費用不計入您的自付費用最高限額。	老人醫療保險承保的腳科服務和例行足部護理的定額手續費為\$35 在門診手術中心或門診醫院環境中進行的足部手術服務，須支付不同的分攤費用。詳情請參見這些章節。	老人醫療保險承保的腳科服務及例行足部護理定額手續費為\$60 在門診手術中心或門診醫院環境中進行的足部手術服務，適用不同的分攤費用。詳情請參見這些章節。
 前列腺癌篩檢 對於年滿 50 歲或 50 歲以上的男性，承保服務包括下列各項，每 12 個月一次： - 肛門指檢 - 前列腺抗原（PSA）測試	年度肛門指檢或 PSA 測試皆無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
義具、矯形裝置與相關用品 用以取代全部或部分身體部位或功能的裝置（牙齒除外）。這些項目包括但不限於義具和矯形裝置的測試、適配或使用培訓；以及：結腸造口袋和與結腸造口護理、起搏器、支架、假肢用鞋、假肢和義乳（包括乳房切除術後的外科胸罩）直接相關的用品。包括與義具和矯形裝置相關的特定用品，以及義具和矯形裝置的修復與／或替換。還包括白內障摘除術或白內障手術後的一些保險——有關更多詳細資訊，請參閱本節後面的視力保健。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的義具裝置與醫療用品的共同保險為 20%	老人醫療保險承保的義具裝置與醫療用品的共同保險為 50%
肺部復健服務 會員如有中度至極度嚴重慢性障礙性肺病（COPD）並有負責治療其慢性呼吸道疾病的醫生開立醫囑進行肺部復健治療，本計劃會承保肺部復健的綜合方案。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的肺部復健服務的定額手續費為\$15	老人醫療保險承保的肺部復健服務的定額手續費為\$60

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
零售醫療診所 零售醫療診所為會員提供不用預約的護理服務，服務時間包括晚上和週末。零售商店中的保健診所不包括緊急護理中心。承保服務包括但不限於輕度急性疾病診斷與治療。 若要知道參與網絡的醫療服務提供者的位置或承保的服務，請聯絡會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。	零售醫療診所每次門診的定額手續費為\$15	零售商店中的保健診所每次門診為\$60
 為減少酒精濫用而進行的篩檢和諮詢 我們為享有老人醫療保險，有酒精濫用情況但並非酗酒成癮的成年人（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是陽性，則每年可以得到最多四次由合格的主治醫生或其他醫生在初級照護環境提供的簡短面對面諮詢（如果您在諮詢期間神志清楚，能夠集中注意力）。	為降低酒精錯誤使用而提供的老人醫療保險承保的篩檢與諮詢預防福利沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。	
 低劑量電腦斷層（LDCT）肺癌篩檢 對於符合資格的人士，LDCT 每 12 個月承保一次。	老人醫療保險承保的諮詢與醫療決策諮詢會診或低劑量數控掃描沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 低劑量電腦斷層掃描（LDCT）肺癌篩檢（續） 符合資格的註冊會員為：介於 50 至 77 歲，沒有肺癌症狀或徵兆，但是有每年至少 20 包菸的吸菸史，或者目前仍然抽菸或最近 15 年內才戒菸，在肺癌篩檢諮詢期間收到書面醫囑進行低劑量電腦斷層掃描，而且進行符合老人醫療保險規定的醫病共同決策門診，並且由一名醫生或合格的非醫生醫療從業人員提供。 對於初次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：會員必須收到進行低劑量數控掃描肺癌篩檢的書面醫囑，該篩檢可以在任何適當的醫生或符合資質的非醫生類醫療從業人員門診期間施行。如果醫生或合格的非醫生身份的醫療從業人員選擇提供一次肺癌篩檢諮詢，並為後續低劑量電腦掃描肺癌篩檢提供醫病共同決策門診，該門診必須符合老人醫療保險有關此類門診的標準。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 性傳染病（STI）篩檢與諮詢以預防性傳染病 我們承保衣原體、淋病、梅毒與 B 型肝炎等性傳染病（STI）篩檢。這些篩檢為孕婦與某些性傳染病風險增高的人士承保，但測試須由主治醫生提出。這些測試我們每 12 個月或者在懷孕期間的某些時候承保一次。 我們還為性傳染病風險增高的性活躍成年人承保最多二次感染而進行的諮詢等預防福利兩次 20 至 30 分鐘的個人面對面行為深入諮詢。我們只能將這些諮詢作為預防服務予以承保，這些服務只能由主治醫生提供並且在諸如主治醫生診所等主治場合提供。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。	老人醫療保險承保的性傳染病篩檢與性傳染病諮詢預防福利沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。	
治療腎臟疾病的服務 承保服務包括： 腎病教育宣導服務進行腎臟護理方面的宣導，幫助會員在作出有關自己護理的決定時能夠胸有成竹。為患有第四期慢性腎病的會員提供，須由醫生轉介，我們承保終身最多六次	腎病教育服務定額手續費為 \$0 老人醫療保險承保的門診和住院透析治療的共同保險為 20% 有關家用血液透析儀器及用品，請參閱長期使用的醫療器材部分。	腎臟病教育服務共同保險為 50% 老人醫療保險承保的門診和住院透析治療的共同保險為 50% 有關家用血液透析儀器及用品，請參閱長期使用的醫療器材部分。

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
治療腎臟疾病的服務（續） 腎病教育宣導服務 - 門診透析治療（包括第三章說明的暫時離開服務地區期間的透析治療，或此服務的提供者暫時無法抽空前來或無法聯絡） - 住院透析治療（如果您入住醫院進行特別護理） - 自行透析訓練（包括對您及協助您在家中進行透析治療的人士的訓練） - 居家透析設備與用品 - 某些家庭支持服務（例如在必要情況下由經過訓練的透析人員前往檢查您的居家透析情況、幫助處理緊急情況、以及檢查您的透析設備與供水） 老人醫療保險 B 部分藥物福利會承保某些透析藥物。有關 B 部分藥物的承保資訊，請前往老人醫療保險 B 部分處方藥一節。 網絡內服務可能需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
專業護理設施（SNF）護理 （有關專業護理機構護理的定義，請參閱本文件第 12 章。專業護理設施有時稱為 SNF。） 不需要預先入住醫院。 每次入住專業護理設施的護理最長可承保 100 天（如為醫療上所必需）。 承保服務包括但不限於： • 雙人病房（或在醫療上必需情況下的單人病房） • 膳食，包括特殊膳食 • 專業護士護理服務 • 物理治療、職能治療與語言治療 • 按照您的護理計劃為您施用的藥物（包括天然存在於人體的物質，例如凝血因子等。） • 血液 — 包括貯存與管理。所有血液產品的承保均從所使用的第一品脫開始。 • 通常由專業護理設施提供的醫療與手術用品 • 一般由專業護理設施提供的化驗室測試 • 一般由專業護理設施提供的 X 光及其他放射服務 • 使用一般由專業護理設施提供的設備器具（例如輪椅） • 醫生／護理師服務 一般說來，您必須到計劃網絡的設施接受專業護理設施的護理。	第 1 至第 20 日： 每天定額手續費為\$10 第 21 至 100 日： 每天定額手續費為\$214	每次住院 50%共同保險

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
專業護理設施（SNF）護理（續） 但是，在下文所示的某些條件下，如果網絡外的專業護理設施接受我們計劃的付款數額，您也可向該專業護理設施支付網絡內的費用分攤數額。 • 您到醫院去之前所住的安養院或持續護理退休之家（只要該設施提供專業護理設施服務）。 • 您離開醫院時您的配偶或家庭伴侶所住的專業護理設施。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
 抽菸與菸草使用戒除（透過諮詢停止吸菸或使用菸草） 如果您使用菸草，但沒有菸草相關的病徵或症狀：我們承保 12 個月期間內兩次戒菸諮詢，視為預防性服務而您無需付費。每輪嘗試戒煙諮詢包括最多四次面對面門診。 如果您使用菸草而且被診斷出有菸草相關的疾病或正在服用可能會受到菸草影響的藥物：我們承保戒菸諮詢服務。我們在 12 個月內承保兩次戒菸諮詢，	老人醫療保險承保的戒菸預防福利無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 抽菸與菸草使用戒除（透過諮詢停止吸菸或使用菸草）（續） 但您將支付適用的分攤費用。每輪嘗試戒煙諮詢包括最多四次面對面門診。		
監督運動治療（SET） 為患有症狀性外周動脈疾病（PAD）的會員承保 SET 在 12 個星期的時段承保最多 36 次鍛煉，但是必須滿足 SET 計劃的規定。 SET 計劃必須： • 每次運動持續 30 到 60 分鐘，為腿腳不便的會員針對周邊動脈疾病（PAD）提供的治療型運動訓練計劃 • 在醫院門診場合或在醫生診所進行 • 由符合資質、能夠確保利大於弊並經過周邊動脈疾病鍛煉方面培訓的輔助人員提供 • 在醫生、醫生助理或護理師／臨床專科護理師（必須受過基礎與高級生命支持技術訓練）直接監督下施行 如果有醫療護理服務提供者認為是醫療上所必需，SET 可以在 12 週 36 次鍛煉之外	老人醫療保險承保的受監督的運動治療（SET）的定額手續費為\$15	老人醫療保險承保的受監督的運動治療（SET）的定額手續費為\$60

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
監督運動治療（SET）（續） 額外延長時間增加 36 次承保。 網絡內服務皆需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
緊急護理服務 如果您暫時不在計劃服務地區內，或即使您在計劃服務地區內，但考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理，則需要立即就醫但非急診的計劃承保服務即為緊急護理服務。您的計劃必須承保急需的服務，且僅向您收取網絡內的分攤費用。急需的服務例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病況意外發作。但是，即使您不在計劃的服務地區內或計劃網絡暫時無法提供服務，醫療上所必需的例行醫療服務提供者門診（例如年度檢查）也不會被視為急需的服務。牙醫提供的服務不在急需服務的承保範圍內。	美國與全球（美國境外）承保的緊急護理服務的定額手續費為\$45	

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
緊急護理服務（續） 網絡外提供的必需緊急服務的分攤費用與網絡內相同。 全球緊急護理 在美國及全球（美國境外）的緊急護理皆予以承保。牙醫提供的服務不在承保範圍內。 如果您在美國及其領地境外急需獲得護理，您必須先行支付服務費用，再向我們申請適當的費用償付。如為在美國及其領地境外接受的承保且醫療必要的緊急護理服務，第一保健將根據當地市場合理收費和匯率轉換（如需要）裁定償付。由於國外服務提供者收取的服務費用，可能高於傳統老人醫療保險會支付的費用，我們對這些服務償付的總額可能會少於您已支付給國外服務提供者的金額。將以承保服務範圍減去您適用分攤費用來償付您。這代表全額付款。請參閱第三章，瞭解其他詳細資訊。 <u>如果您具雙重或多重國籍並已在其他國家投保醫療保險，則您所在國家的醫療保險公司將是您的主要醫療保險公司。這就是說</u>		美國與全球（美國境外）承保的緊急護理服務的定額手續費為\$45

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
緊急護理服務（續） <u>如果您需要報銷您的緊急醫療護理服務，則會由您的主要醫療保險公司先行支付（以其最高承保限額為限），第一保健再行支付（若有您的主要醫療保險公司不予承保的費用）。</u> 若要償付在美國境外的護理，您必須向第一保健提交一份含有明細的付款證明和所接受醫療護理的記錄。如果要求償付的金額超過\$5,000，您亦必須提供載明從美國出發及返美日期的旅行證明。費用償付申請應在接受服務當日起一年內提出。請使用「第一保健老人醫療保險計劃會員費用償付表」，可在 HFMedicareMaterials.org 取得，或是致電會員服務部索取。 全球急診／緊急護理服務（包括交通接送），每年計劃福利承保的最高額度為\$200,000。 +您為全世界之緊急護理服務支付的金額不計入您的自付費用最高限額。 有關如果您收到賬單或您需要申請費用償付該怎麼做，詳情請參閱第七章（要求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物賬單中所應分攤的費用）。		

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 視覺護理 承保服務包括： - 為進行眼睛疾病與狀況的診斷與治療而接受的門診醫生服務，包括與年齡相關的眼瞼肌肉退化的治療。傳統老人醫療保險不承保為配置眼鏡／隱形眼鏡而進行的例行眼睛檢查（眼睛屈光度檢查）。 - 對於糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次。 - 對於青光眼高風險人士，我們承保每年一次青光眼篩檢。青光眼高風險人士包括：有青光眼家族病史的人士、患有糖尿病的人士、50 歲以上的非裔美國人與 65 歲以上的西班牙裔美國人 - 每次白內障手術之後承保一副眼鏡或隱形眼鏡，包括眼內鏡片的植入。（如果您分開兩次進行白內障手術，您不可將第一次手術後的福利保留到第二次手術後一次購買兩副眼鏡。） 我們的計劃還承保： - 傳統老人醫療保險不予承保的眼鏡／隱形眼鏡例行眼睛檢查（眼睛屈光度檢查）（每年限一次）	老人醫療保險承保之眼睛受傷與疾病診斷與治療的門診服務定額手續費為\$0；高級影像／放射服務可適用額外的定額手續費。 糖尿病性視網膜病變篩檢的\$0 定額手續費 青光眼篩檢定額手續費為\$0 白內障手術之後獲得老人醫療保險承保的眼鏡定額手續費為\$0 驗配眼鏡／隱形眼鏡的定期眼科檢查\$0 定額手續費 第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）每日曆年度為承保的眼鏡（眼鏡或隱形眼鏡），提供\$250 用款額度。每日曆年度超過\$250 的部分需由您支付。	老人醫療保險承保之眼睛受傷與疾病診斷與治療的門診服務定額手續費為\$60；高級影像／放射服務可適用額外的定額手續費。 糖尿病性視網膜病變篩檢的定額手續費為\$60 青光眼篩檢的共同保險為 50%

為您承保的服務	接受這些承保服務時您需支付多少	
	網絡內	網絡外
 視覺護理（續） - 隱性眼鏡驗配（每日曆年度限一次） - 一副眼鏡或隱形眼鏡，每日曆年度限驗配一次，最高福利利用款額度為\$250 您必須使用參與網絡的 EyeMed 服務提供者進行視覺護理。 網絡內服務可能需要事前授權。在接受網絡外服務之前建議進行預先認定。		
 歡迎參加老人醫療保險預防門診 本計劃承保歡迎參加老人醫療保險的單次預防性門診。該項門診包括檢查您的健康情況、以及針對您需要的預防性服務（包括某些篩檢與注射（或疫苗））提供教育與諮詢，以及若有需要，轉介至其他護理。 重要事項：我們僅在您投保老人醫療保險 B 部份的前 12 個月內承保歡迎參加老人醫療保險的預防性門診，預約時請告知醫生診所您欲安排歡迎參加老人醫療保險的預防性門診。	歡迎參加老人醫療保險預防門診無需支付共同保險、定額手續費或自付扣除金。 因您的歡迎參加老人醫療保險預防性門診而開立，或在該期間進行的任何化驗、篩檢或流程，均需另行支付此類服務的計劃分攤費用。請參閱本醫療福利圖表中的每項獨立服務。	

第 2.2 節 使用本計劃可供選擇的訪客／旅客福利來獲得護理

當您持續不在我們計劃的服務地區超過六個月，依規定我們需將您退出計劃。不過，您的計劃包含訪客／旅行福利。這項補充福利適用於所有短居在佛羅里達州最多 12 個月內的會員。它可以讓您以網絡內的分攤費用，在佛羅里達州獲得由有資格參與老人醫療保險的供應商提供的老人醫療保險承保服務，並以網絡內的分攤費用，從參與 DentaQuest、EyeMed 和 NationsHearing 的供應商獲得相應的補充牙科、視覺和聽力計劃承保服務。在使用訪客／旅客福利時，若需協助尋找服務提供者，請聯絡會員服務部。

必要條件

- 在您接受服務前，請向您的提供者確認他們符合參與老人醫療保險的資格。如果為您提供護理的服務提供者不符合參與老人醫療保險的資格，您必須負責支付您所接受服務的全額費用。
- 您最好先要求網絡外的服務提供者將賬單寄給本計劃。但如果您已經支付承保服務的費用，我們會將承保服務的費用中應由我們分攤的部分償付給您。或如果網絡外服務提供者把賬單寄給您，但您認為應由我們支付，您可以把賬單寄給我們。
- 您必須授權您在佛羅里達的提供者從您的主治醫生處索取醫療紀錄，也必須進一步授權他們將您的醫療紀錄寄回給您的主治醫生，以確保您的護理連貫性。

在尋求補充（非老人醫療保險所承保）視覺服務（如例行眼科檢查或眼鏡）、聽力服務（如例行聽力檢查或助聽器）或牙科服務時，請注意：

- 當您在佛羅里達州使用訪客／旅客福利獲得補充視覺、聽力和牙科服務時，請使用參與 EyeMed、NationsHearing 和 DentaQuest 的服務提供者以支付網絡內的分攤費用。
- 您僅得分別在佛羅里達州使用參與 EyeMed 和 NationsHearing 的服務提供者提供視覺和聽力服務。
- 您可以使用佛羅里達州未參加 DentaQuest 網絡的牙科服務提供者；但是，您將支付網絡外分攤費用。

如果您在佛羅里達，只要您的永久居住地仍在本計劃的服務地區內，您就可以繼續參與我們的計劃（最多 12 個月）。如果您在 12 個月內未返回本計劃的服務地區，我們將會讓您退出本計劃。

第 3 節 本計劃不予承保的服務有哪些？

第 3.1 節 我們未承保的服務（不予承保事項）

本節告訴您哪些服務排除在老人醫療保險承保範圍之外，因此不能得到本計劃的承保。如果一項服務被「排除在外」，就意味著本計劃不承保該項服務。

以下圖表列出的是在任何情況下均不予承保或在某些特別情況下才會予以承保的服務與項目。

如果您接受被排除（不予承保）的服務，您必須自行支付費用，下方列出的特定情況除外。即使您是在急診設施接受這些服務，排除在外的服務仍不予承保，我們的計劃不會為這些服務付款。

唯一的例外是該服務經過上訴和裁定，因為您的特定情形，經上訴裁定為我們應該支付或承保的醫療服務。（有關對我們所作不承保某項醫療服務的決定提出上訴，詳情請到本文件第九章第 5.3 節查看。）

不予承保的服務或對於服務的限制在福利圖表或下文圖表中均有說明。如欲瞭解牙科福利限制和不予承保事項，請在 [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org) 參考「第一保健老人醫療保險牙科福利限制及不予承保事項指南」。

即使您是在急診設施接受這些服務，排除在外的服務仍然不能予以承保，我們的計劃不會為這些服務付款。

老人醫療保險不予承保的服務	在任何情況下均不予承保	只有在某些特別情況下才予以承保
整容手術或程序		- 意外受傷的個案或為改善身體殘障部分之功能時則有承保。 - 乳房切除手術後進行的乳房重建手術，以及為了達到對稱效果對未受影響的一側進行手術重建的所有階段均獲得承保。
起居照顧護理 起居照顧護理是無需受過專業訓練的醫務人員或緊急醫療人員持續關注的個人護理	在任何情況下均不予承保	

老人醫療保險不予承保的服務	在任何情況下均不予承保	只有在某些特別情況下才予以承保
服務，諸如幫助您沐浴穿衣等日常活動的照顧護理。		
試驗性醫療與手術程序、器材與藥物。 實驗性程序與項目是傳統老人醫療保險認定為醫療界一般不接受的項目和程序。		- 可能作為老人醫療保險核准的臨床試驗研究得到傳統老人醫療保險或我們的計劃的承保 （有關臨床試驗研究的詳細資訊請參閱第三章第 5 節。）
直系親屬或家庭成員收取的護理費用。	在任何情況下均不予承保	
在您家中提供全職護士護理。	在任何情況下均不予承保	
送餐到府服務		從醫院或專業護理設施出院後有限的承保範圍。請參閱上方出院後餐點的章節。
家政服務包括基本家事協助，例如簡單家務或準備簡單的餐飲。	在任何情況下均不予承保	
不孕症治療服務		不孕症治療服務只有在治療疾病或傷害的合理且必要情況下，才屬於承保範圍。
自然療法服務（使用自然或替代治療）。	在任何情況下均不予承保	
非例行性牙科護理		- 需要治療疾病或損傷的牙科護理可以視為住院或門診護理予以承保。 - 承保的服務已條列在 HFMedicareMaterials.org 網站上的「第一保健老人醫療保險牙科福利限

老人醫療保險不予承保的服務	在任何情況下均不予承保	只有在某些特別情況下才予以承保
		制及不予承保的事項指南」中。
足部矯形或支撐裝置		- 鞋子若為腿支撐架的一部分，則包含在支架的費用中。 - 糖尿病足患者使用的矯形鞋或治療用鞋，且其提供者／供應商在網絡內並參與老人醫療保險或接受指派
在醫院或專業護理設施的病房內的個人用品諸如電話、電視等。	在任何情況下均不予承保	
醫院單人病房。		只在醫療上必需的情況下予以承保。
結紮逆轉手術	在任何情況下均不予承保	
角膜切除、LASIK 激光角膜手術及其他弱視輔助器材。	在任何情況下均不予承保	
根據傳統老人醫療保險的標準認為既不合理亦無必要的服務	在任何情況下均不予承保	

第五章：

使用本計劃對 **D** 部份處方藥物的承保

第 1 節 引言

本章節說明使用您的 D 部分藥物承保應遵循的規則。如欲瞭解老人醫療保險 B 部分藥物福利和安寧照護藥物福利，請參閱第四章。

第 1.1 節 本計劃 D 部分藥物承保的基本規則

只要您遵循以下這些基本規則，本計劃一般都會承保您的藥物：

- 您必須有醫療服務提供者（醫生、牙醫或其他開立處方的醫生）為您開立處方，且必須符合適用州法律。
- 開立處方的醫生未在老人醫療保險不予承保或禁止收費名錄上。
- 您一般必須到網絡內的藥房方調劑您的處方。（請參閱本章第 2 節。）或您可以透過計劃的郵購服務配取您的處方藥。
- 您的藥物必須已經列入本計劃的「承保藥物目錄」（又稱處方藥一覽表（Formulary），我們將其簡稱為藥物目錄）。（請參閱本章第 3 節。）
- 您的藥物的用途必須有醫學上所接受的引證。醫學上接受的適應症是指藥物的用途得到美國食品與藥物管理局（FDA）核准或得到某些參考的支持。（有關藥物用途為醫學上所接受的引證，詳細資訊請參閱本章第 3 節。）
- 您的藥物可能需要獲得核准，我們才會承保。（有關您承保限制的更多資訊，請參閱本章第 4 節。）

第 2 節 到網絡藥房或透過計劃的郵購服務按處方領藥

第 2.1 節 使用網絡內的藥房

大多數情況下，您唯有到計劃的網絡藥房按處方領藥方可獲得承保。（有關我們何時才會承保在網絡外藥房領取的處方藥，詳情請參閱第 2.5 節。）

網絡藥房是與本計劃簽有合約，為您提供承保處方藥物的藥房。「承保藥物」意指在計劃的藥物目錄上所有 D 部份處方藥物。

第 2.2 節 網絡藥房

如何尋找您所在地區的網絡藥房？

若要尋找網絡藥房，您可以瀏覽我們的網站（[HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org)）查閱「醫療服務提供者／藥房名錄」，或致電會員服務部。

您可以到我們任何一間網絡藥房。

如果您使用的藥房退出網絡怎麼辦？

如果您使用的藥房退出本計劃的網絡，您只能再找一家網絡內的藥房。如要在您的住家附近尋找另一家網絡藥房，可向會員服務部求助或使用您的「醫療服務提供者／藥房名錄」。您亦可在我們的網站 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) 找到此項資訊。

如果您需要特殊藥房怎麼辦？

某些處方必須到特殊藥房配藥。特殊藥房包括：

- 提供家庭輸液治療用藥的藥房。
- 為居住在長期護理（LTC）設施人士提供用藥的藥房。一般來說，LTC 設施（例如安養院）都有自己的藥房。如果您在長期護理設施無法順利取得您的 D 部分福利，請聯絡會員服務部。
- 為印地安保健服務／部落／城市印地安保健計劃（波多黎各沒有提供）服務的藥房。除急診之外，只有美國原住民或阿拉斯加原住民才能使用我們網絡內的這些藥房。
- 配發某些受到聯邦食品與藥物管理總署限制、需要以特殊方式處理、需要服務提供者協調或對其使用需要教育指導的藥物的藥房。若要查找特殊藥房，請至 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) 查閱您的「醫療服務提供者／藥房名錄」或致電會員服務部。

第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務

您可以使用計劃的網絡郵購服務來取得特定種類的藥物。一般來說，透過郵購提供的藥物都是您定期服用以治療慢性或長期症狀的藥物。無法透過計劃郵購服務取得的藥物，會在藥物目錄上標註 **NM**，代表**不提供郵購**。

本計劃的郵購服務規定您一次必須訂購**至少 30 天藥量**，**最多不超過 90 天藥量**。

若要索取郵購表格及取得透過郵購按處方領藥的資訊，請瀏覽 [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org) 或致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

一般來說，郵購藥房訂購的藥物會在 10 天內送達。如果郵購藥房預計您的郵購處方藥會嚴重延遲送達，我們的郵購藥房將與您的網絡藥房合作，為您臨時供應郵購的處方藥。如果您的藥物沒有在 10 天之內送到，您可與會員服務部聯絡。

藥房直接從您的醫生診所收到的新處方。

藥房從醫療護理服務提供者那裡收到處方之後，會與您聯絡，確認需要立即領藥或

日後再領。藥房每次與您聯絡，請您務必要有回應，讓他們知道是否該寄送、暫緩或取消新處方。

續配郵購處方。如需續配藥物，您可以選擇登記自動續配計劃。在此計劃中，只要我們的記錄顯示您的藥物已經快要用完，我們就會自動開始處理下一次續配。每次寄出續配藥物之前，藥房都會與您聯絡，確認您需要更多藥物，如果您還有足夠的藥物或者您更換藥物，可以取消原先安排的續配。

如果您選擇不使用我們的自動續配計劃，但仍希望郵購藥房為您寄送處方藥的話，請在目前處方藥用畢的 15 天前和您的藥房聯絡。這將確保您的訂單會準時出貨。

若要選擇退出自動準備郵購續配的計劃，致電會員服務部與我們聯絡（電話號碼請參閱本文件背面）。

如果收到郵購的自動續配藥物但您並不想要，您可能符合退費的條件。

第 2.4 節 如何獲得藥物的長期藥量？

當您取得長期藥量時，您的分攤費用可能比較低。本計劃提供兩種途徑，讓您可以獲得列入本計劃藥物目錄中維持藥物的長期藥量（亦稱「增加藥量」）。（維持藥物是您為治療慢性或長期病況而定期服用的藥物。）

1. 您在 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) 的「醫療服務提供者／藥房名錄」會告訴您我們網絡內哪些藥房能給您長期藥量的維持用藥。詳情您亦可致電會員服務部瞭解。
2. 您還可以透過郵購計劃收到維持藥物。詳情請參見第 2.3 節。

第 2.5 節 您何時可以使用不在本計劃網絡內的藥房？

您的處方藥物在某些情況下可以得到承保

一般來說，只有在您無法到網絡藥房配藥的情況下我們才能承保在網絡之外藥房購買的藥物。為了幫助您，我們在服務地區之外也有網絡藥房，作為我們計劃的會員，您可以到這些藥房購買處方藥物。**請先與會員服務部確認**，瞭解附近是否有網絡藥房。您按照規定可能必須支付您在網絡外藥房為該藥物支付的費用與您在網絡內藥房應該支付的費用之間的差額。

以下是我們會承保在網絡外藥房按處方領藥的情況：

- 例 1：您在服務地區以外的地方旅行，而且您用完或遺失 D 部分承保藥物，或者您生病了並且需要 D 部分承保藥物，而且您無法前往網絡內藥房。
- 例 2：您在服務地區之內不能及時獲得 D 部分承保藥物，因為在合理的開車距離之內沒有網絡藥房提供每週七天每天 24 小時的服務。

- 例 3：您必須及時按處方領取 D 部分承保藥物，但是該特定的 D 部分承保藥物（例如藥廠或特殊廠商直接出貨的特殊藥物）在可到達的網絡零售藥房或郵購藥房一般沒有存貨。
- 例 4：您在急診部、醫療服務提供者的診間、門診手術或其他門診環境就診時，由屬於網絡外機構的藥房為您配發提供 D 部分承保藥物。
- 例 5：在任何聯邦認定的災難或其他公共衛生緊急警報期間，我們的會員被疏散或撤離住所，而且會員透過網絡內藥房獲取 D 部分承保藥物不合情理。

如何要求本計劃付還費用？

如果必須使用網絡外藥房，則按處方領藥時您通常必須支付處方藥物的全額費用（而不是平常的分攤費用）。您可以要求我們將分攤費用償付給您。（第七章第 2 節說明如何要求本計劃將費用償付給您。）

第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物目錄」

第 3.1 節 「藥物目錄」告訴您哪些 D 部分藥物獲得承保

本計劃有一份「承保藥物一覽表」（又叫「處方藥一覽表」）。在本承保證書中，我們將其簡稱為藥物目錄。

本目錄上的藥物是由我們計劃的醫生與藥劑師團隊選出來的。該目錄符合老人醫療保險的規定並經老人醫療保險核准。

「藥物目錄」上的藥物僅限老人醫療保險 D 部分承保的藥物。

本計劃「藥物目錄」上的一種藥物，只要您遵循本章節所說明的其他承保規定，並且藥物的使用有醫學上所接受的引證，我們一般都會予以承保。醫學上接受的引證是指藥物的使用得到：

- 經美國食品與藥物管理局核准，用於其開具處方的診斷或病況，或
- 獲得某些參考資料的支持，例如美國醫院處方集服務藥物資訊（American Hospital Formulary Service Drug Information）或 Micromedex DRUGDEX 藥品索引系統。

藥物目錄包括原廠藥、副廠藥和生物製劑（可能包括生物仿製藥）。

原廠藥是以註冊商標名稱販售的處方藥物，該註冊商標由藥廠擁有。比典型藥物（例如，以蛋白質為基底的藥物）更加複雜的原廠藥，稱為生物製劑。在藥物目錄上，當我們提到藥物時，可能表示藥物或生物製劑。

副廠藥是與原廠藥有相同的有效成份的處方藥物。生物製劑也有替代品，稱為生物仿製藥。一般而言，副廠藥和生物仿製藥的效用和原廠藥或原始生物製劑一樣，而且通常比較便宜。許多原廠藥都有副廠藥替代品，某些原始生物製劑也有生物仿製藥替代品。有些生物仿製藥是可替換的生物仿製藥，而取決於所在州法律，不需要新的處方即可在藥局做為原始生物製劑的替代品，就像副廠藥可以取代原廠藥一樣。

關於可能列入藥物目錄的藥物類型定義，請參閱第 12 章。

哪些藥物不在「藥物目錄」上？

本計劃不是所有的處方藥物都予以承保。

- 某些情況下，法律不容許任何老人醫療保險計劃承保某些類別的藥物（更多資訊請參閱本章第 7.1 節）。
- 其他情況則是我們決定不將特定藥物列入藥物目錄中。在某些情況下，您可能可以取得不在藥物目錄上的藥物。如要瞭解詳細資訊，請參閱第九章。

第 3.2 節 藥物目錄上的藥物分為五個費用分攤層級（cost-sharing tiers）

本計劃「藥物目錄」上的每一種藥物都屬於五個費用分攤層級之一。一般來說，費用分攤層級越高，您為該藥物支付的費用也越高：

- **分攤費用第 1 層級：首選副廠藥**
第一層級是費用最低的層級。「處方藥一覽表」上的大部分副廠藥都屬於這一層級。副廠藥含有與原廠藥同樣的活性成份，同樣安全有效。
- **分攤費用第 2 層級：副廠藥**
這是分攤費用第二低的層級，包括副廠藥產品。「處方藥一覽表」上額外的副廠藥都包括在這一層級。副廠藥含有與原廠藥同樣的活性成份，同樣安全有效。
- **分攤費用第 3 層級：優惠原廠藥和非優惠副廠藥**
這是中等費用層級，包括優惠原廠藥和某些非優惠副廠藥。
- **分攤費用第 4 層級：非首選藥物**
這是費用較高的層級，包括非首選藥物。
- **分攤費用第 5 層級：特殊藥物**
特殊層級是費用最高的層級。特殊層級藥物都是相當昂貴或獨一無二的處方藥，可能需要特別的處理和／或密切監控。特殊級藥物可以是原廠藥或副廠藥。

如要瞭解您的藥物在哪一個費用分攤層級，請查閱本計劃的「藥物目錄」。

第六章（您需要為 D 部分處方藥物支付多少費用）說明您需要為每個分攤費用層級的藥物支付多少費用。

第 3.3 節 如何瞭解特定藥物是否在「藥物目錄」上？

您有三種途徑可以選擇：

1. 瀏覽計劃的網站 [HFMedicareMaterials.org](https://www.HFMedicareMaterials.org)。網站上的「藥物目錄」永遠都會是最新的。
2. 致電會員服務部詢問某一種特定藥物是否在本計劃的「藥物目錄」上或者索取一份目錄。
3. 使用本計劃的「即時福利工具」（zh.member.healthfirst.org 或致電會員服務部）。您可以利用此工具搜尋藥物目錄上的藥物，看看您將支付的預估金額，以及藥物目錄上是否有治療相同病況的替代藥物。

第 4 節 某些藥物有承保限制

第 4.1 節 為什麼有些藥物有限制？

對於有些藥物，有特別的規定對本計劃如何及何時可以予以承保作出限制。由醫生與藥劑師組成的小組制定了這些規則，以鼓勵您和您的服務提供者以最有效的方式使用藥物。如要瞭解這些限制是否有哪一項適用於您服用的藥物或想要服用的藥物，請查看「藥物目錄」。

如果有安全、費用較低的藥物能夠與價格較高的藥物有同樣療效，本計劃的規則會鼓勵您和您的服務提供者選用價格較低的藥物。

請注意，有時候某種藥物可能會在藥物目錄上出現多次。這是因為相同的藥物可能因為您的醫療護理服務提供者開立的處方藥的藥效、藥量或劑型而有所不同，而且不同版本藥物可能適用不同的限制或分攤費用（例如，10mg 與 100mg；每天一次與每天兩次；錠劑與水劑）。

第 4.2 節 有哪些種類的限制？

以下章節詳細告訴您有關我們用於某些藥物的限制的種類。

如果您的藥物有限制，一般意味著您或您的醫療服務提供者必須採取額外的步驟才能讓我們承保該藥物。請聯絡會員服務部，瞭解您或您的醫療服務提供者需要怎麼做才能讓該藥物獲得承保。如果您想要我們免除您的限制，您必須使用承保決定程序要求我們作出例外處理。我們可能會也可能不會同意為您豁免該限制。（請參閱第九章）。

獲得本計劃的事前核准

某些藥物，您或您的醫療服務提供者需要事前獲得本計劃的核准，我們才能同意為您承保該藥物。這稱作**事前授權**。這麼做是為了確保藥物安全並有助於引導適當使用某些藥物。如果您不獲取此項核准，您的藥物可能無法得到本計劃的承保。

先嘗試不同的藥物

此項規定鼓勵您在本計劃承保另一項藥物之前，先試用價格較低但通常同樣有療效的藥物。例如，如果 A 藥物與 B 藥物均可用於治療同一種症狀，本計劃可能會規定您先試用 A 藥物。如果 A 藥物對您無效，計劃就會承保 B 藥物。此項先嘗試其他藥物的規定稱為**循序用藥**。

數量限制

針對某些藥物，我們會限制按處方領藥一次可以拿到多少數量的藥物。例如，如果某一種藥物一般認為每天只服用一片是安全劑量，我們則會限制對您的處方承保為每天不超過一片。

第 5 節 如果您的藥物沒有獲得您所希望的承保怎麼辦？

第 5.1 節 如果您的藥物之承保方式與期望不符，您可以採取的措施

若有以下狀況，像是您正在服用、或您和您的服務提供者認為您應該服用，卻不在我們的處方藥一覽表上的處方藥物；或者雖然在處方藥一覽表上，但是有限制時，例如：

- 該藥物也許根本就不予承保。或者也許一種藥物的副廠藥版本獲得承保而您想要服用的原廠藥不予承保。
- 該藥物雖然獲得承保，但是對該藥物的承保有額外的規則或限制，如第 4 節所述。
- 該藥物雖然得到承保，但是其分攤費用層級使您的分攤費用比預期更高。
- 如果您的藥物沒有獲得您所希望的承保您可以採取有些措施。如果您的藥物不在「藥物目錄」上或者如果您的藥物有限制，請到第 5.2 節瞭解您可以怎麼做。
- 如果您的藥物所在的費用分攤層次讓您的費用比您認為應該支付的費用昂貴太多，請到第 5.3 節瞭解您可以怎麼做。

第 5.2 節 如果您的藥物不在「藥物目錄」上或者有某些限制，該怎麼辦？

如果您的藥物不在「藥物目錄」上或者受到限制，可以選擇採取下列做法：

- 您可能可以獲得藥物的臨時藥量。

- 您可以改用其他藥物。
- 您可以要求作出**例外處理**，要求本計劃承保該藥物或移除對藥物的限制。

您可能可以獲得臨時藥量

某些情況下，計劃必須提供您已經在服用的藥物之臨時藥量。臨時藥量讓您有時間與您的醫療服務提供者討論更動情況。

若要符合取得臨時藥量的條件，您已經在服用的藥物必須已經不在計劃的藥物目錄上，或是目前受到某些條件的限制。

- 如果您是**新會員**，我們只能在您成為本計劃會員的最初 **90 天**期間承保藥物的臨時藥量。
- 如果您去年已參加計劃，我們會在**本日曆年度**的最初 **90 天**期間承保藥物的臨時藥量。
- 此臨時用量最多為 **30 天份**。如果您的處方開具的天數較少，我們會容許多次配藥，以便達到最多 **30 天**的藥量。處方必須在網絡內藥房配藥。（請注意，長期護理藥房可能會配給較少的藥量以避免浪費。）
- **參加本計劃已超過 90 天並且住在長期護理設施，且立即需要用藥的會員：**
我們會承保特定一種藥物 **31 天份**的緊急用藥量，或者如果您的處方給藥天數較少，則供應較少的藥量。這是在上述臨時藥量之外增加的承保。
- 如果您目前是會員且您的護理層級有所更動（例如從醫院返回居家場合），但您需要的藥物未列入我們的處方藥一覽表，或是您取得藥物的能力受到限制：

我們會承保在網絡藥房領取的一次性最多 **30 天**（如果您住在長期護理設施（LTC）則為 **31 天**）的臨時藥量。在此期間，如果您用完臨時用藥，如果您希望繼續獲得該藥物的承保，您應該使用本計劃的例外處理程序。

若對臨時藥量有疑問，請致電會員服務部。

在您使用藥物的臨時藏量期間，您應該與醫療服務提供者討論，決定臨時藥量用完之後要怎麼做。您有兩個選項：

1) 您可以更換成其他藥物

與您的醫療服務提供者討論，是否有計劃承保的不同藥物對您同樣具有療效。您可以致電會員服務部索取治療同樣症狀的承保藥物目錄。該目錄能幫助您的醫療服務提供者尋找對您來說一樣有效的承保藥物。

2) 您可以要求例外處理

您與您的醫療服務提供者可以要求本計劃進行例外處理，以您希望的方式承保該藥物。

如果醫療服務提供者說您有合理的醫學原因可以要求我們例外處理，醫療服務提供者可以幫助您申請例外處理。例如，即使一種藥物不在「藥物目錄」上，您也可以要求本計劃承保該藥物；或者您可以要求本計劃作出例外處理，不加限制地承保您的藥物。

如果您目前是會員而所服用的某種藥物明年會從處方藥一覽表上移除或是受到某些限制，我們會在新年開始之前告訴您任何變更內容。您可以在明年之前要求例外處理，我們會在收到您要求（或您的處方醫生的支持證言）後 72 小時內回覆您。如果我們核准您的要求，就會在更動生效前授權承保。

如果您和醫療服務提供者要求例外處理，第九章第 6.4 節會告訴您該怎么做。該章節說明老人醫療保險為確保您的要求能夠得到及時而公平的處理而設定的程序與截止日期。

第 5.3 節 如果您覺得您的藥物分攤費用層級太高，可以怎么做？

如果您的藥物所在的費用分攤層次您認為太高，您可以採取的措施如下：

您可以更換為其他藥物

如果您認為您的藥物所在的費用分攤層級太高，請與醫療服務提供者溝通。可能會有列入較低費用分攤層級的其他藥物對您同樣有效。請致電會員服務部，索取治療相同症狀的承保藥物目錄。該目錄能幫助您的醫療服務提供者尋找對您來說一樣有效的承保藥物。

您可以要求例外處理

您和服務提供者可以要求計劃對該藥物分攤費用層級例外處理，讓您為該藥物支付較少的費用。如果您的醫療服務提供者說您在醫學上有理由要求我們作出例外處理，您的醫療服務提供者可以幫助您要求對規定作出例外處理。

如果您和您的醫療服務提供者希望提出例外處理要求，第九章第 6.4 節會告訴您怎么做。該章節說明老人醫療保險為確保您的要求能夠得到及時而公平的處理而設定的程序與截止日期。

第 5 層級藥物：特殊藥物不符合條件進行此類例外處理。我們不會降低這一層級藥物的分攤費用數額。

第 6 節 如果您有其中一種藥物的承保有所更動該怎麼辦？

第 6.1 節 藥物目錄在年度之內可能會更動

藥物承保的大多數更動發生在每年的開始（1 月 1 日）。但是在年度之內，本計劃仍然可能對藥物目錄作出某些更動。例如，本計劃可能會：

- 增刪「藥物目錄」上的藥物。
- 將某個藥物移至較高或較低的費用分攤層級。
- 增刪某藥物的承保限制。
- 以副廠藥代替原廠藥。
- 以生物製劑的可替換生物仿製藥取代原始生物製劑。

我們必須遵循老人醫療保險的規定才能更動本計劃的藥物目錄。

有關本章所討論的藥物類型定義，請參閱第十二章。

第 6.2 節 如果您正在服用的某種藥物承保有所更動，會發生什麼情況？

關於藥物承保更動的資訊

如果藥物目錄發生更動，我們會在網站上張貼這些更動的相關資訊。我們會定期更新線上藥物目錄。本節說明我們可能對藥物目錄進行哪些類型變更，以及如果您正在使用的藥物發生變更，您會在何時會收到直接通知。

在本計劃年度內我們可能會對藥物目錄做出的對您有所影響的變更

- 在藥物目錄中加入新藥物，並立即移除或變更藥物目錄中的同類藥物。
 - 我們在將新版本的藥物加入藥物目錄時，可能會立即從藥物目錄中移除同類藥物、將同類藥物移至不同的費用分攤層級、新增新的限制，或兩者皆有。新版藥物將出現在相同或較低的費用分攤層級，具有的限制則相同或較少。
 - 只有當我們新增原廠藥的新版本副廠藥，或新增已經在藥物目錄上的原廠生物製劑的特定生物仿製藥版本時，才會立即進行這些變更。
 - 即使您正在使用我們將移除或變更的藥物，我們仍可能會立即做出這些變更，並在稍後告知您。若您在我們做出更動的時候正在服用同類藥物，我們會告知您我們所做的任何具體更動。
- 在事先通知的情況下，將藥物加入藥物目錄，以及移除或變更藥物目錄上的同類藥物。

- 我們在將另一版本的藥物加入藥物目錄時，可能會從藥物目錄中移除同類藥物、將同類藥物移至不同的費用分攤層級、增加新限制，或兩者皆有。我們新增的藥物版本將出現在相同或較低的費用分攤層級，而且限制相同或更少。
- 只有當我們新增原廠藥的新版本副廠藥，或新增已經在藥物目錄上的原廠生物製劑的特定生物仿製藥版本時，才會進行這些變更。
- 我們將在進行變更前至少 30 天告知您，或我們會告知您變更事宜並為您承保正在使用之藥物的 30 天藥量。
- **移除不安全藥物與藥物目錄上已經撤出市場的其他藥物。**
 - 有時，一種藥物可能會因為被認為不安全，或出於其他原因而撤出市場。如果發生這種情況，我們可能會立即從「藥物目錄」移除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們將在做出變更後通知您。
- **對藥物目錄上的藥物進行其他更動。**
 - 年度開始後，我們可能會做出其他會影響您目前使用之藥物的更動。例如，我們也根據 FDA 的盒裝警告或老人醫療保險認可的新臨床指導原則來做出更動。
 - 我們將在進行這些變更前至少 30 天告知您，或我們會告知您變更事宜並為您承保正在使用之藥物的額外 30 天藥量。

如果我們對您正在使用的任何藥物作出上述任何變更，請與為您開具處方的醫生討論最合適的選項，包括改用不同的藥物來治療您的病況，或要求做出承保決定以符合您正在使用之藥物的任何新限制。您或為您開具處方的醫生可以要求我們例外處理，以繼續承保您一直使用的藥物或藥物版本。如需瞭解如何要求承保決定（包括例外處理）的詳細資訊，請參閱第九章。

在目前計劃年度期間對您沒有影響的藥物目錄的變更

我們可能會對藥物目錄做出上述未提到的某些變更。在這些情況下，如果做出更動時您正在服用該藥物，該更動將不適用於您；不過，如果您留在原本的計劃，則這些變更有可能從下一個計劃年度的 1 月 1 日起對您產生影響。

一般而言，在目前計劃年度對您沒有影響的更動為：

- 我們將您的藥物挪到較高的分攤費用層級。
- 我們對您使用藥物增加新的限制。
- 我們從藥物目錄上移除您的藥物。

如果任何這些更動發生在您正在服用的藥物（除了因為撤出市場、副廠藥代替原廠藥，或上方章節提及的其他更動），該項更動在明年 1 月 1 日之前，不會影響到您的用藥或您所支付的分攤費用。

在目前計劃年度期間，我們不會直接告知您這些類型的更動。您需要檢查下一個計劃年度的藥物目錄（在開放註冊期間可存取目錄時），查看您正在服用的藥物是否有任何更動會在下個計劃年度期間對您造成影響。

第 7 節 本計劃不承保哪些類別的藥物？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節告訴您哪些類別的處方藥物被排除在外。這代表老人醫療保險不會支付這些藥物的費用。

如果您購買不獲承保的藥物，您必須自行支付費用。如果您上訴且我們發現所申請的藥物在 D 部分並非不予承保，我們會支付該藥物費用或予以承保。（如欲瞭解對決定提出上訴，請參閱第九章）

關於老人醫療保險藥物計劃不予承保的 D 部分藥物，以下是三項總則：

- 我們計劃的 D 部分藥物承保不能承保本應由老人醫療保險 A 部分或 B 部分承保的藥物。
- 我們的計劃不能承保在美國境外或其領地以外購買的藥物。
- 本計劃無法承保在藥品仿單標示外的藥物使用，若該用途未獲得特定參考資料（例如美國醫院處方集服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 藥品索引系統）支持「藥品仿單標示外使用」（Off-label use）是指使用藥物的方式，與經美國食品與藥物管理局核准的藥品仿單上註明的不同。

此外，法律規定，老人醫療保險藥物計劃不承保以下類別的藥物：

- 非處方藥物（亦稱為自選藥物）。
- 用於增進生育能力的藥物。
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物。
- 用於美容或促進頭髮生長的藥物。
- 處方維他命與礦物質產品，產前服用的礦物質與氟化物製劑除外。
- 用於治療性功能障礙與勃起障礙的藥物。
- 用於降低食慾、減重或增重的藥物。
- 門診藥物，在購買藥物時藥廠附帶銷售條件，要求單獨向廠商購買相關的測試與監測服務。

如果您正在獲得「額外補助」以支付您的處方藥物費用，「額外補助」計劃將不會支付通常不予承保的藥物費用。不過，如果您透過醫療補助獲得藥物承保，您的州醫療補助計劃可能承保某些老人醫療保險藥物計劃一般未承保的處方藥物。請聯絡所在州的醫療補助計劃，確定您可以得到哪些藥物承保。（您可以在第二章第 6 節找到醫療補助的電話號碼與聯絡資訊。）

第 8 節 按處方領藥

第 8.1 節 提供您的會員資料

按處方領藥時，請向您選擇的網絡藥房提供您的計劃會員資料，相關資料可在會員卡上找到。網絡藥房會自動向我們收取您的藥物費用中應由我們分攤的部分。在前去取藥時，您必須把您應該分攤的部分藥物費用支付給藥房。

第 8.2 節 如果您無法提供會員資訊，該怎麼辦？

如果按處方領藥時您並攜帶自己的計劃會員資訊，您或藥房可致電本計劃，以取得必要的資訊，或您可以要求藥房查詢您的計劃註冊資訊。

如果藥房無法獲取必要的資訊，您取藥時可能必須支付處方配藥的全部費用。（您可以之後要求我們償付給您所應分攤的費用。有關如何要求本計劃償付費用的資訊請參閱第七章第 2 節。）

第 9 節 特殊情況下 D 部分藥物的承保

第 9.1 節 如果您獲得本計劃的承保在醫院或專業護理設施住院，該怎麼做？

如果您獲得本計劃承保住進醫院或專業護理設施，我們一般會承保您留住期間的處方藥物費用。一旦您離開醫院或專業護理設施，只要您的處方藥物符合本章所述的所有承保規定，本計劃仍然會承保該藥物。

第 9.2 節 如果您住在長期護理（LTC）設施，該怎麼做？

一般來說，長期護理設施（LTC）（例如安養院）都有自己的藥房，又或是利用為所有住民供應藥物的藥房。如果您住在 LTC 設施，可以透過該設施的藥房部或其所使用的藥房領藥，只要該藥房在我們的網絡內。

如要瞭解您的 LTC 設施藥房部或是其所使用的藥房是否在我們的網絡內，請在 [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) 查找您的「醫療服務提供者／藥房名錄」。如果不在網絡內，或者如果

您需要瞭解詳情或取得協助，請聯絡會員服務部。如果您住在 LTC 設施，我們必須確保您能夠經由我們的 LTC 藥房網絡定期收到您的 D 部分福利。

如果您住在長期護理（LTC）設施，而且需要的藥物不在我們的藥物目錄上或是受到某種限制，該怎麼做？

請參考第 5.2 節，瞭解臨時或緊急用藥量。

第 9.3 節 如果您同時獲得雇主或退休團體計劃的藥物承保，該怎麼做？

如果您目前有您的（或配偶或同居伴侶的）僱主或退休團體提供的其他處方配藥承保，請聯絡該團體的福利主管。他們能夠協助您確定目前的處方配藥承保如何與我們的計劃搭配使用。

一般來說，如果您擁有員工或退休團體承保，您從我們這裡獲得的藥物承保相對於您的團體承保將處於次要位置。這意味著您的團體承保將最先付款。

有關可替代承保的特別說明：

每一年您的雇主或退休團體計劃必須寄通知給您，說明您下一年度的處方藥承保是否屬於可替代承保。

如果該團體的承保是可替代承保，表示其藥物承保平均可支付至少相當於老人醫療保險的標準處方配藥承保的金額。

請妥善保存此可替代承保通知，因為之後可能會用到。如果您註冊參加一項提供 D 部分藥物承保的老人醫療保險計劃，您可能需要這些通知來證明您一直保有「可替代承保」。如果您沒有收到可替代承保通知，請向雇主或退休團體的福利管理人員或雇主或工會索取。

第 9.4 節 如果您參加老人醫療保險認證的安寧照護，該怎麼做？

安寧照護設施和我們的計劃並不會同時承保相同的藥物。如果您註冊進入老人醫療保險認證合格的安寧照護設施並需要特定藥物（例如止嘔藥、輕瀉藥、鎮痛藥或抗焦慮症藥物），而這些藥物由於與您的末期病症及其相關病況不相關而不能獲得善終護理設施的承保，則本計劃必須收到處方醫生或您的善終護理服務提供者的通知，說明該藥物不相關聯，本計劃才能承保該藥物。為了避免您取得應該由我們計劃承保的任何藥物時有所延誤，請要求您的安寧照護服務提供者或開立處方者，在您按處方領藥之前通知您。

如果您撤銷安寧照護選擇或者從安寧照護設施出院，我們的計劃應承保您的藥物，如本文件所述。您的老人醫療保險安寧照護福利終止之後，為避免在任何藥房有任何延誤，去藥房時請攜帶證明文件，以便確認您已經撤銷或出院。

第 10 節 藥物安全計劃與用藥管理

第 10.1 節 幫助會員安全用藥的計劃

我們對會員實行藥物使用審查以幫助確保他們獲得安全而適當的護理。

您配一次處方藥物我們都會進行一次審查。我們還定期審查我們的記錄。在審查過程中，我們會注意下列各種潛在問題：

- 可能的用藥錯誤
- 可能不是必要的藥物，因為您已經在服用另一種治療相同症狀的類似藥物
- 由於您的年齡與性別，藥物可能不安全或不適當。
- 某些藥物同時使用可能對您有害。
- 處方藥物含有會讓您過敏的成分
- 您所服用藥物數量（劑量）的可能錯誤
- 不安全的鴉片類止痛藥量

如果我們發現了您的用藥有問題，我們將會與您的醫療服務提供者共同設法糾正這些問題。

第 10.2 節 幫助會員安全使用其鴉片類藥物的藥物管理計劃（DMP）

我們有一項計劃能幫助確保會員安全使用其鴉片類處方藥物或其他經常被濫用的藥物。此項計劃稱為藥物管理計劃（Drug Management Program，簡稱 DMP）。如果您使用從多個開具處方的醫生或藥房取得的鴉片類藥物，或最近鴉片類藥物服用過量，我們可能會跟為您開具處方的醫生討論，確保您使用鴉片類藥物為適當而且是醫療上所必需。我們會與為您開具處方的醫生合作，如果確定您使用處方鴉片類或苯二氮平類藥物可能不安全，則可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們將您納入 DMP，相關限制可能包括：

- 規定您必須向某家藥房取得所有鴉片類或苯二氮平類藥物處方
- 規定您必須由單一醫生開立所有鴉片類或苯二氮平類藥物處方
- 限制我們為您承保的鴉片類或苯二氮平類藥量

如果我們打算限制您取得這些藥物的方式，或您可以取得的藥量，我們會事先寄送信函給您。此信函會告訴您，我們是否限制您對於這些藥物的承保，或者您只能從特定的處方醫生或藥房取得這些藥物的處方籤。您有機會告訴我們您偏好使用哪些開具處方的醫生或藥房，以及任何您認為我們必須知道的其他資訊。在您有機會回應後，如果我們決定限制這些藥物的承保，我們會寄送另一封信函給您，確認相關限制。如果您認為我們做錯了，或

者您不同意我們的裁決或不同意這樣的限制，您與開立處方的人有權上訴。如果您上訴，我們會對您的案子進行審查，給您新的決定。關於我們對您取用藥物實施限制，如果您提出相關請求但依然全部被駁回，我們會自動將您的個案傳送至計劃外的獨立審查人員。有關如何要求上訴，詳情請參見第九章。

如果您有某些病況（例如有癌症相關的疼痛或鎌狀細胞疾病），或者您正在接受善終護理、緩和或臨終照護，或是住在長期護理設施，就不會將您納入 DMP。

第 10.3 節 幫助會員管理其服用藥物的藥物治療管理（MTM）計劃

我們有一項計劃能夠幫助我們的會員解決複雜的保健需求。我們的計劃稱作藥物治療管理（Medication Therapy Management，簡稱 MTM）計劃。這項計劃可免費自願參加。由藥劑師和醫生組成的團隊為我們制定這項計劃，協助確保我們的會員透過所服用的藥物獲得最大利益。

一些患有特定慢性疾病且服用的藥物超過特定藥物費用金額，或參加 DMP 計劃來幫助自己安全使用鴉片類藥物的會員，可能可以透過 MTM 計劃獲得服務。如果您符合本計劃的資格，一名藥劑師或其他醫療專業人員會對您的所有藥物進行全面檢查。檢查期間，您可以討論您的藥物、您的費用，以及有關您的處方藥物與自選藥物的疑慮或問題。您會取得書面摘要，上面有建議待辦事項，其中包含您應該採取的步驟，以利透過藥物獲得最好的結果。您還會收到藥物清單，其中包括您正在服用的所有藥物、用量，以及服用時間和原因。此外，MTM 計劃的會員會收到安全丟棄屬於管制物質的處方藥物的資訊。

建議您與醫生討論您的建議待辦清單和藥物清單。去看醫生或與您的醫生、藥劑師及其他醫療保健服務提供者談話的時候，請攜帶您的摘要。除此之外，請隨時更新您的藥物清單並隨身攜帶（例如，和您的會員 ID 卡放在一起），萬一您去醫院或急診室時可以派上用場。

如果我們有一項計劃符合您的需求，我們會自動將您註冊加入該計劃並給您寄送資料。如果您決定不參加，請通知我們，我們會讓您退出計劃。如果您對本計劃有任何問題，請聯絡會員服務部。

第六章：

第六章 您應該為您的 **D** 部份處方藥物
支付多少費用

您目前是否尋求協助以便支付您的藥物費用？

如果您已經參加某項計劃以協助您支付藥物費用，本承保證書中有關 D 部分處方藥費用的資訊可能不適用於您的情況。我們另外寄了單份插頁給您，稱作獲得「額外補助」支付處方藥費用人士的承保證書附加條款（Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs）（亦稱為「低收入補貼附加條款」或「低收入附加條款」），說明您的藥物承保情況。如果您沒有該插頁，請致電會員服務部索取低收入附加條款。

第 1 節 引言

第 1.1 節 將本章節與說明您的藥物承保的其他資料一起使用

本章節集中說明您需要為 D 部分處方藥物支付多少費用。為簡便起見，我們在本章節用藥物來指稱 D 部分處方藥物。如第五章所說明，並非所有藥物都是 D 部分藥物—有些藥物應由老人醫療保險 A 部分或 B 部分承保，還有一些藥物依據法律規定老人醫療保險不予承保。

如要瞭解付款資訊，您需要瞭解哪些藥物獲得承保、到哪裡去領取處方藥，及取得您的承保藥物時應該遵循哪些規定。第五章第 1 節到第 4 節說明這些規定。當您使用本計劃的「即時福利工具」查詢藥物承保時（請參閱第五章第 3.3 節），所顯示的費用是「即時」提供，意指您在工具中所看到的費用，即時反映您預期支付的自付費用估計。您也可以致電會員服務部以取得「即時福利工具」所提供的資訊。

第 1.2 節 您可能要為承保藥物支付的自付費用類別

D 部分藥物有不同類型的自付費用。您為一種藥物支付的金額稱為**分攤費用**，要求您支付分攤費用的方式有三種。

- **自付扣除金**是在我們的計劃開始支付分攤費用之前，您必須首先為您的藥物支付的金額。
- **定額手續費**是每次按處方領藥時支付的固定金額。
- **共同保險**是每次按處方領藥時您支付的總費用之百分比。

第 1.3 節 老人醫療保險如何計算您的自付費用

哪些計入自付費用，哪些不計入自付費用，老人醫療保險均有規定。我們必須遵循以下的規則，來追蹤您的自付費用。

這些付款計入您的自付費用

您的自付費用包含下列款項（只要是為 D 部分承保藥物支付的費用而且您遵守第五章說明藥物承保規定）：

- 您在以下藥物付款階段為藥物支付的金額：
 - 自付扣除金階段
 - 初始承保階段
- 參加我們的計劃之前本日曆年度作為其他老人醫療保險處方配藥計劃的會員所支付的數額。

甚麼人付款大有關係：

- 如果您自己付款，這些付款均計入您的自付費用。
- 如果是**特定個人或機構**代表您付款，這些付款 *也*計入您的自付費用。這包括朋友或親屬、大多數慈善機構、愛滋病援助計劃、得到老人醫療保險認證符合資格的州配藥補助計劃、僱主或工會健保計劃或印第安保健服務為您的藥物支付的金額。老人醫療保險「額外補助」計劃的付款也計入。

進入災難承保階段：

當您（或代表您付款的其他人）在日曆年度之內總共支付了\$2,000 的自付費用之後，您將從初始承保階段進入到重大傷病保險階段。

這些付款不能計入您的自付費用

您的自付費用**不包含**以下任一類型的付款：

- 在美國及其領地以外購買的藥物
- 本計劃不予承保的藥物
- 您在網絡外藥房購買不符合本計劃有關網絡外承保規定的藥物
- 由 A 部分或 B 部分承保的處方藥物
- 您為本計劃額外承保但老人醫療保險處方藥計劃一般不予承保的藥物所支付的費用
- 您為老人醫療保險處方配藥計劃一般不予承保的處方藥物支付的款項
- 由退伍軍人健康管理局（VA）為您支付的藥物費用
- 負有支付處方配藥費用法律責任的第三方（例如工傷賠償等）為您的藥物支付的款項

- 藥物製造商根據製藥廠商折扣計劃所支付的款項

*提醒：*如果任何其他機構，例如以上所列，支付您的部分或全部藥物自付費用，則您必須致電會員服務部告訴本計劃。

您如何追蹤您的自付費用總額？

- **我們會幫助您。**您收到的 D 部份福利解說（EOB）報告包括目前的自付費用金額。如果您達到\$2,000 這一數額，本報告會通知您已離開初始承保階段，並進入重大傷病保險階段。
- **確保我們有必要的資訊。**第 3.2 節告知您應該怎麼做來幫助確保我們有關您的付款記錄完整並符合最新情況。

第 2 節 您為某藥物支付多少費用取決於您取得藥物時處於哪個藥物付款階段

第 2.1 節 第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）會員有哪些藥物付款階段？

在第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃），您的處方配藥承保有三個**藥物付款階段**。您要支付多少費用，取決於您在按處方領藥或續配處方藥時位在哪個階段。各階段詳情請參閱本章第 4 節至第 6 節。各階段分別為：

第一階段：年度自付扣除金階段

第二階段：初始承保階段

第三階段：災難承保階段

第 3 節 我們寄送報告給您說明藥物的付款及您位在哪個付款階段

第 3.1 節 我們會寄給您名為「D 部份福利解說」（D 部份 EOB）的每月摘要

我們的計劃追蹤記錄您的處方配藥費用及您在藥房調劑處方或增配藥物時所支付的金額。這樣，我們能夠告訴您甚麼時候您從一個付款階段進入下一個付款階段。特別是我們要追蹤記錄兩類費用：

- 我們追蹤記錄您支付了多少。這稱作您的**自付費用**。這包括您在獲得 D 部份承保藥物時支付的費用、家人或朋友為您的藥物支付的任何費用、以及透過老人醫療保險、僱主或工會健保計劃、印第安人保健服務、愛滋病藥物補助計劃、慈善機構和大多數州配藥補助計劃（SPAP）為您的藥物支付的任何額外補助。

- 我們追蹤記錄您的**配藥費用總額**。這指的是為您的 D 部份藥物支付的所有付款。其中包括計劃支付的費用、您支付的費用，以及其他計劃或機構為您承保的 D 部份藥物所支付的費用。

如果您在上個月透過本計劃按一份或多份處方領藥，我們將寄送一份「D 部分福利解說」給您。D 部份福利解說包括：

- **該月份的資訊**。該報告告訴您前一個月您的處方配藥付款詳情。報告會顯示總的配藥費用、本計劃支付了多少及您與其他人代表您支付了多少。
- **從 1 月 1 日至今本年度的總額**。這稱作「年度至今」資訊。顯示自年度開始以來，藥物合計費用及您支付的藥物費用總額。
- **藥物價格資訊**。本資訊將顯示藥物總價，以及自首次按處方領藥以來，每次相同藥量處方申報的漲價資訊。
- **費用較低的可用替代處方藥**。這將包括其他可用藥物的資訊，這些藥物的每次處方申報分攤費用較低，如適用。

第 3.2 節 幫助我們更新您的藥物付款資訊

我們用從藥房獲得的記錄追蹤您的藥物費用及您為藥物所支付的數額。以下告訴您如何能夠幫助我們保持您的資訊正確並符合最新情況：

- **每次領取處方藥物時，請出示您的會員卡**。這有助於讓我們知道您正在領取的處方藥及支付的費用。
- **確保我們有必要的資訊**。有時候您可能會支付處方藥物全額費用。在這些情況下，我們不會自動得到所需的訊息要，而是要追蹤您的自付費用。為了幫助我們追蹤您的自付費用，請提供我們您的收據影本。以下是您應該將藥物收據影本提供給我們的例子：
 - 如果您在網絡內藥房特價或使用不屬於本計劃福利的折扣卡購買一種承保藥物。
 - 如果您支付藥物製造商病人援助計劃所提供藥物的定額手續費。
 - 任何時候您在網絡外藥房購買承保藥物或在特殊情況下為承保藥物支付了全額費用。
 - 如果您收到某承保藥物的賬單，您可以要求我們的計劃支付我們的分攤費用。如欲瞭解如何進行，請參閱第七章第 2 節。
- **請將其他人為您付款的資訊寄給我們**。其他某些人士或機構支付的費用也計入您的自付費用。例如，州配藥補助計劃、愛滋病藥物補助計劃（ADAP）、印第安保健

服務，及慈善機構所支付者均可計入您的自付費用數額。請留存這些付款記錄並寄給我們，以便追蹤您的費用。

- **查看我們寄給您的書面報告。**如果我們給您寄來 *D 部分福利解說*，請核對一下，確保資訊完整無誤。如果您認為有所遺漏或者如果您有任何問題，請聯絡我們的會員服務部。請務必保存這些報告。

第 4 節 在自付扣除金階段，您支付您的第四層級和第五層級藥物的全額費用

自付扣除金階段是您的藥物承保的第一個付款階段。自付扣除金不適用於承保的胰島素藥品與大部分的成人 D 部分疫苗，包括帶狀疱疹、破傷風與旅遊疫苗。您將為第四層級和第五層級藥物支付 \$590 的年度自付扣除金。您必須支付第 4 層級和第 5 層級藥物的全額費用，直到您達到本計劃的自付扣除金限額。對於其餘藥物，您將無需支付任何自付扣除金。由於我們的計劃針對網絡藥房的大多數藥物商談了較低的費用，全額費用通常比藥物正常原價更低。

在您為第四層級和第五層級藥物支付 \$590 之後，您便離開自付扣除金階段，並進入初始承保階段。

第 5 節 在初始承保階段，本計劃支付您的藥物費用中所應分攤的部分，您則支付您分攤的部分

第 5.1 節 您要支付的藥物費用，取決於藥物本身及領取處方藥的地點

在初始承保階段，本計劃與您分別支付承保處方藥物費用中各自分攤的部分（您的定額手續費或共同保險金額）。您分攤費用的多少取決於藥物品種以及在甚麼地方配藥。

本計劃有五個費用分攤層級

本計劃「藥物目錄」上的每一種藥物都屬於五個費用分攤層級之一。一般來說，費用分攤層級的數字越高，您支付的藥物費用也越高：

- **分攤費用第 1 層級：首選副廠藥**
第一層級是費用最低的層級。「處方藥一覽表」上的大部分副廠藥都屬於這一層級。副廠藥含有與原廠藥同樣的活性成份，同樣安全有效。
- **分攤費用第 2 層級：副廠藥**
這是分攤費用第二低的層級，包括副廠藥產品。「處方藥一覽表」上額外的副廠藥都包括在這一層級。副廠藥含有與原廠藥同樣的活性成份，同樣安全有效。

- **分攤費用第 3 層級：首選原廠藥和非首選副廠藥**

這是您的中等費用層級，包括首選原廠藥和部分非首選副廠藥。在此層級中，您為每種承保的胰島素產品的每月藥量最多支付\$35。

- **分攤費用第 4 層級：非優惠藥物**

這是較高的費用層級且包括非優惠藥物。您為此層級的每種承保胰島素產品之每月藥量最多支付\$35。

- **分攤費用第 5 層級：特殊藥物**

特殊層級是費用最高的層級。特殊層級藥物都是相當昂貴或獨一無二的處方藥，可能需要特別的處理和／或密切監控。專用藥物可以是品牌藥或副廠藥。在此層級中，您為每種承保的胰島素產品的每月藥量最多支付\$35。

如要瞭解您的藥物在哪一個費用分攤層級，請查閱本計劃的「藥物目錄」。

您的藥房選擇

一種藥物您要支付多少費用取決於您的藥物是否取自於：

- 網絡內的零售藥房
- 不在本計劃網絡內的藥房。我們只有在有限的情況下才會承保在網絡外藥房購買的處方藥物。有關我們何時承保在網絡外藥房領取的處方藥，請參閱第五章第 2.5 節。
- 本計劃的郵購藥房。

如需更多有關這些藥房選擇及領取處方藥的資訊，請參閱第五章及本計劃的「醫療服務提供者／藥房名錄」[HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org)。

第 5.2 節 藥物單月藥量費用表

在初始承保階段，您的承保藥物分攤費用會是定額手續費或共同保險。

如下表所示，定額手續費或共同保險金額，取決於分攤費用層級。

有時候，藥物費用比您的定額手續費更低。在此情況下，您支付該藥物的較低價格，而不是支付定額手續費。

當您領取一個月藥量的 D 部分承保處方藥物時，您的分攤費用為：

	標準零售 分攤費用（網 絡內） （最多 30 天 藥量）	郵購分攤費用 （最多 30 天 藥量）	長期護理 （LTC）分攤 費用 （最多 31 天 藥量）	網絡外分攤費 用 （承保侷限於 某些情形；詳 情請參閱第五 章。） （最多 30 天 用量）
分攤費用第一層 級： （首選副廠藥）	\$0 定額手續費	\$0 定額手續費	\$0 定額手續費	\$0 定額手續費
分攤費用第二層 級： （副廠藥）	\$15 定額手續 費	\$15 定額手續 費	\$15 定額手續 費	\$15 定額手續 費
分攤費用第三層 級： （優惠原廠藥與非 優惠副廠藥）	\$47 定額手續 費	\$47 定額手續 費	\$47 定額手續 費	\$47 定額手續 費
分攤費用第四層 級： （非首選藥物）	50%共同保險	50%共同保險	50%共同保險	50%共同保險
分攤費用第五層 級： （特殊藥物）	25%共同保險	25%共同保險	25%共同保險	25%共同保險

對於承保的每種胰島素產品，無論其費用分攤層級為何，即便您尚未支付自付扣除金，您為一個月用量所支付的金額都不會高於\$35。

關於 D 部份疫苗分攤費用的更多資訊，請參閱本章第 8 節。

第 5.3 節 如果您的醫生開立處方的藥量不足一個月，您可能不需要支付整個月藥量的費用

一般來說，您支付的處方藥物金額涵蓋整個月的藥量。有時候，您或醫生可能想讓您服用少於一個月的藥量（例如，如果您是第一次試用某一藥物）。如果這能有助於您規劃不同處方續配日期，您也可以要求您的醫生開立不足一個月藥量的處方，並要求藥劑師配發不足一個月的藥量。

如果您收到某藥物的藥量不足一個月，則您無需支付整個月藥量的費用。

- 如果您必須為藥物支付共同保險，您須支付藥物費用總額的 *百分比*。由於共同保險是根據藥物費用總額，因為藥物費用總額較低，您的費用也會比較低。
- 如果您必須負擔藥物的定額手續費，則您只需支付所收到藥物的服用天數之費用而不是整個月。我們會計算您每天要為您的藥物支付多少金額（每天分攤費用比率），然後乘以您所收到藥物的天數。

第 5.4 節 下列圖表顯示您對一種藥物（最多 90 天）的長期藥量應支付的費用

對於某些藥物，您可以取得長期藥量（又稱作增加藥量）。長期最多可達 90 天藥量。

下表顯示取得藥物長期藥量應支付的費用。

- 有時候，藥物費用比您的定額手續費更低。在此情況下，您支付該藥物的較低價格，而不是支付定額手續費。

獲得長期藥量的 D 部分承保處方藥物時，您應分攤的部分費用：

	標準零售分攤費用（網絡內） （最多 90 天用量）	郵購分攤費用 （最多 90 天用量）
分攤費用第 1 層級： （首選副廠藥）	\$0 定額手續費	\$0 定額手續費
分攤費用第 2 層級： （副廠藥）	\$15 定額手續費	\$15 定額手續費
分攤費用第 3 層級： （優惠原廠藥與非優惠副廠藥）	\$47 定額手續費	\$47 定額手續費
分攤費用第 4 層級： （非首選藥物）	50% 共同保險	50% 共同保險
分攤費用第 5 層級： （特殊藥物）	第 5 層級不提供長期用量的藥物。	第 5 層級不提供長期用量的藥物。

對於承保的每種胰島素產品，無論其費用分攤層級為何，即便您尚未支付您的自付扣除金，您為最多兩個月用量所支付的費用不會超過\$70，最多三個月用量所支付的費用不會超過\$105。

第 5.5 節 您的初始承保階段一直持續到您的年度自付費用達到\$2,000 為止

您維持在初始承保階段直到年度自付費用達到\$2,000 為止。接著您就會進入重大傷病保險階段。

我們寄給您的 *D 部分福利解說* 將幫助您追蹤您本人、本計劃以及代表您支付的任何第三方在年度內花費了多少藥物費用。並非所有會員在一年之內都會達到\$2,000 的自付費用限額。

如果您達到此金額，我們會通知您。如果您達到這一數額，您將離開初始承保階段進入災難承保階段。請參閱第 1.3 節，瞭解老人醫療保險如何計算您的自付費用。

第 6 節 在重大傷病保險階段，您無需支付承保的 D 部分藥物費用

當您的自付費用達到日曆年度的 \$2,000 限額，便進入災難承保階段。進入災難承保階段之後，直到年度結束您將一直處於該付款階段。

- 在這一付款階段，您無需為 D 部份承保藥物支付任何費用。

第 7 節 D 部分疫苗。您支付的費用視取得方式和地點而定

關於您支付疫苗費用的重要消息 — 某些疫苗被視為醫療福利，且屬於 B 部分承保範圍。其他疫苗則被視為 D 部分藥物。您可以在計劃的「藥物目錄」中找到這些疫苗。即使您尚未支付自付扣除金，我們的計劃仍為大多數成人 D 部分疫苗承保。請參閱計劃的藥物目錄或聯絡會員服務部瞭解部份疫苗的承保內容與分攤費用。

我們的 D 部分疫苗接種承保分兩個部分：

- 承保的第一部分是**疫苗本身**的費用。
- 承保的第二部分是**疫苗接種**的費用。（這有時候也稱作疫苗的施打。）

您需為 D 部分疫苗接種支付的費用取決於三項因素：

1. **稱為免疫接種諮詢委員會（Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP）的組織是否建議成人接種疫苗。**
 - ACIP 建議接種大部分的 D 部分疫苗，且您無須支付費用。
2. **您在何處接種疫苗。**
 - 可由藥房發配疫苗或由醫生的診所提供。
3. **誰為您施打疫苗。**
 - 藥劑師或另一個服務提供者可在藥房進行疫苗接種，或是其他服務提供者在醫生的診間進行接種。

接種 D 部分疫苗時支付的費用，會視情況和您處於的**藥物付款階段**而有所不同。

- 有時當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身和服務提供者為您施打疫苗的全額費用。您可以要求我們將我們的分攤數額付還給您。對於大部分的 D 部分成人疫苗，此意指您將得到所支付金額的全額補償。
- 在其他時候，當您接種疫苗時，只需要支付 D 部分福利下的分攤費用。對於大部分的 D 部分成人疫苗，您將無須支付。

下列是您可能接種 D 部分疫苗的三種例子。

情形 1： 您在網絡藥房接種 D 部分疫苗。（您是否有此選擇取決於您居住的地點。有些州不允許藥房接種特定疫苗。）

- 對於大部分的 D 部分成人疫苗，您將無須支付。
- 對於其他的 D 部份疫苗，您必須支付給藥房疫苗本身的共同保險或定額手續費，其中包括為您接種疫苗的費用。
- 我們的計劃支付其餘的費用。

情形 2： 您在醫生診所接種 D 部分疫苗。

- 接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身的全部費用，以及服務提供者為您接種疫苗的費用。
- 然後您可以利用第七章說明的程序，要求我們的計劃支付應分攤的費用。
- 對於大部分的 D 部分成人疫苗，您將得到所支付金額的全額補償。對於其他 D 部分的疫苗，您獲得償付的金額，是您所支付的金額扣除任何疫苗的共同保險或定額手續費（包括施打）。

情形 3： 您在網絡內藥房購買 D 部分疫苗本身，然後拿到醫生診所讓他們為您接種。

- 對於大部分的 D 部分成人疫苗，您將無須支付疫苗本身的費用。
- 對於其他的 D 部份疫苗，您必須支付給藥房疫苗本身的共同保險或定額手續費。
- 在您的醫生給您注射疫苗時，您可能必須支付該服務的全部費用。
- 然後您可以利用第七章說明的程序，要求我們的計劃支付我們分攤的費用。
- 對於大部分的 D 部分成人疫苗，您將得到所支付金額的全額補償。對於其他 D 部分的疫苗，您獲得償付的金額，是您所支付的金額扣除任何疫苗施打共同保險。

第七章：

要求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物賬單中我們應該分攤的份額

第 1 節 有幾種情況您應該要求我們支付您的承保服務或藥物的分攤費用

有時候，在接受醫療護理或領取處方藥物時，您可能需要支付全部費用。其他時候，您可能發現您支付了超過本計劃承保規定應該支付的金額，或者您可能收到醫療服務提供者的賬單。無論哪種情況，您都可以要求我們將費用付還給您（通常將付還費用給您稱為償付費用）。如果您支付的費用超過了本計劃所承保的醫療護理或藥物的分攤費用，您有權得到我們計劃的償還。可能會有您必須遵守的截止日期，才能獲得償付費用。請參閱本章第 2 節。

也可能有時候，您會收到醫療服務提供者針對您已接受的醫療服務寄來全額費用賬單，或是金額可能比此份文件所述的分攤費用更高。請試著先與服務提供者處理該賬單。如果無法解決，請將賬單寄給我們，而不是支付賬單。我們會查看該賬單，決定該項服務是否應該獲得承保。如果我們認定應該承保，我們會直接向服務提供者付款。如果我們決定不支付，我們會通知服務提供者。您絕不應支付超過計劃所允許的分攤費用。如果是簽約的服務提供者，您仍有權接受治療。

此處舉例說明您可能應該要求我們計劃付還您的費用或支付您所收到賬單的一些情形：

1. 當您已經接受我們計劃網絡外的服務提供者提供的醫療護理

如果您已接受我們計劃網絡之外的服務提供者提供的護理，您只要負責支付您的分攤費用。（使用網絡外服務提供者所產生的分攤費用可能會比網絡內服務提供者更高。）請要求服務提供者向本計劃收取我們應分攤的部分費用。

- 急診服務提供者依法必須提供急診護理。您只需負擔您分攤的急診或緊急護理服務費用。如果您在接受護理的時候自行支付全額費用，請要求我們將分攤費用付還給您。請將賬單連同您支付費用的任何文件一起寄給我們。
- 有的時候您可能收到服務提供者寄來的賬單要求支付您認為並沒有虧欠的款項。請將賬單連同您已經支付任何費用的任何文件一起寄給我們。
 - 如果服務提供者尚有款項沒有收到，我們會直接支付給服務提供者。
 - 如果您已經為該項服務支付的數額超過您的分攤費用，我們會裁定您欠款多少，將我們的分攤費用數額付還給您。
- 請注意：雖然您可以從網絡外提供者取得護理，但該提供者必須符合參與老人醫療保險的資格。除了急診護理之外，我們不能把費用支付給不符合老人醫療保險參加資格的醫療服務提供者。如果服務提供者不符合資格參加老人醫療保險，您必須負責支付所接受服務的全額費用。

2. 如果網絡內的服務提供者給您寄來賬單要求支付您認為您不應支付的款項

網絡內的服務提供者應總是直接向本計劃收取費用，並只要求您支付您的分攤費用。但是有時候他們也會出錯，而要求您支付超過您分攤的費用。

- 您獲得承保服務時，只需支付您的分攤費用金額。我們不容許服務提供者另外增加額外收費，例如「承保差額賬單」之類。即使我們向服務提供者支付的某些服務的付款少於該服務提供者收取的金額，或者即使發生糾紛而我們的計劃不向服務提供者支付某些收費，此項保護（您永遠不應支付超過您的分攤費用金額）仍然適用。
- 無論何時如果您收到網絡內的服務提供者給您寄來賬單要求支付超過您應該支付的數額，您都應該將賬單寄給我們。我們會直接與服務提供者聯絡解決賬單問題。
- 如果您已經向網絡內的服務提供者支付了賬單但是您覺得自己支付了太多，請將賬單連同您作出的任何付款的文件寄給我們，要求我們將您所支付的數額與根據本計劃規定您應該支付的數額之間的差額付還給您。

3. 如果您回溯註冊參加我們的計劃

有時候有人在本計劃的註冊屬於回溯註冊。（意思是他們註冊的第一天已經過去了。註冊日期甚至可能是在去年。）

如果您是回溯註冊參加我們的計劃，而您在自己的註冊日期之後支付了您的任何承保服務或藥物的費用，您可以要求我們將所應分攤的費用付還給您。您需要提交收據和賬單等書面資料，好讓我們處理費用償付事宜。

4. 如果您到網絡之外的藥房配取處方藥物

如果您到網絡外的藥房，則該藥房不一定能夠直接向我們申報費用。如果發生這樣的情況，您將不得不支付處方藥物的全部費用。

請保留收據將影本寄給我們，要求我們將我們應該分攤的費用付還給您。請記得我們僅在甚少的情況下承保網絡外的藥房。請參閱第五章第 2.5 節，參閱此類情形的討論。我們可能不會償付您在網絡外藥房支付的藥費與我們在網絡內藥房支付的藥費之間的差額。

5. 如果您因為沒有攜帶計劃會員卡而須支付處方配藥的全部費用

如果您的計劃會員卡沒有帶在身邊，可讓藥房致電本計劃或查看您的及註冊資訊。不過，如果藥房無法瞭解得到他們立刻需要的註冊資訊，您可能需要自行支付處方配藥的全部費用。

請保留收據將影本寄給我們，要求我們將我們應該分攤的費用付還給您。如果您支付的現金價格高於我們協商的處方藥價格，我們不會退還您支付的全額費用。

6. 當您在其他情況下支付處方藥物的全額費用

您可能會因為您發現一種藥物由於某種原因不能獲得承保而支付全部費用。

- 例如，該藥物可能沒有列入本計劃的藥物目錄；或者該藥物可能帶有您所不知道或您認為不應該適用於您的規定或限制。如果您決定立即購買該藥物，您可能需要支付全部費用。
- 請保留收據將影印件寄給我們，要求我們將費用付還給您。某些情況下我們可能需要從您的醫生哪裡獲取詳細資訊以便將我們的分攤費用付還給您。

7. 當您支付在美國境外提供的急診或緊急醫療護理服務之全額費用。

- 如果您需要美國及其領地境外的急診或緊急護理，您將需先負擔服務費用並向我們申請適當的償付款項。如為在美國及其領地境外接受的承保且醫療上所必需的急診和緊急護理服務，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）將根據（當地市場）合理收費、匯率轉換（如需要）和適用的福利類別，對醫療上所必需的承保服務裁定償付。您可能需負擔這些承保服務的分攤費用。由於國外服務提供者收取的服務費用，可能高於傳統老人醫療保險會支付的費率，我們對這些服務償付的總額可能會少於您已支付給國外服務提供者的金額。將以承保的服務範圍減去您適用的分攤費用金額償付您。這代表全額付款。您可能需要負擔超出我們付款金額的部分。如果您選擇接受非承保服務，則您需負擔所有與非承保服務相關的收費。老人醫療保險通常不予承保此補充福利。您必須向第一保健提交付款證明，以利償付。請參閱第四章（*醫療福利圖表（承保範圍與您需要支付的費用）*）瞭解更多資訊。如果您已經支付承保服務的費用，我們會將承保服務的費用中應由我們分攤的部分償付給您。您可以將賬單連同醫療紀錄和其他必要證明文件寄給我們，作為付款考量。第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）不會承保您在其他國家急診護理中接受的任何 D 部分處方藥物。請參閱第七章第 2 節（*如何將您的付款要求寄送給我們以及寄到何處*）。

上列所有例證都是不同類別的承保裁決。這就是說，如果我們拒絕您的付款要求，您可以對我們的決定提出上訴。本文件第九章說明如何提出上訴。

第 2 節 如何要求我們將費用付還給您或支付您收到的賬單

您可以寄送書面申請，要求我們將費用付還給您。若您寄送書面申請，請提供您的賬單及您已支付任何費用的證明文件。將您的賬單與收據影印留底是個好主意。請務必在接受服務、品項或藥物日期之後的一年內，向我們提交申報。

為了確保您提供我們做出決定需要的所有資訊，您可以填寫我們的第一保健老人醫療保險計劃會員費用償付表提出付款要求。

- 您不一定要使用該表格，但是該表格能夠幫助我們的計劃更快處理資訊。我們需要下列資料來進行裁決：
 - 您要求償付費用的理由、
 - 您的會員 ID、
 - 您的會員 ID 卡所示的姓名、
 - 您的電話號碼、
 - 您接受的護理或服務的細節（包含日期與描述）、
 - 服務提供者的聯絡資訊，
 - 以及您支付的金額。
 - 載有付款證明的支持文件
 - 必須清晰可讀
 - 任何支持文件的每頁上方均需註明您的會員 ID 號碼
 - 請寄送影本，切勿提供正本。
- 您可以從我們的網站（[HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org)）下載表格，或致電會員服務部索取。

如果是要求償付承保的醫療服務，請將您的付款要求連同任何賬單或收據寄到我們的這個地址：

Healthfirst Member Services Department
C/O Performance Support Team
P.O. Box 5165
New York, NY 10274-5165

如果是要求償付承保的 D 部分藥物，請將您的付款要求連同任何賬單或收據寄到我們的這個地址：

Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

您的原始藥房收據必須包含：

- 病人姓名
- 處方號碼
- 醫藥 NDC 號碼
- 配藥日期
- 公制數量
- 總收費

- 您的處方給藥天數（您可能需要向您的藥劑師詢問「給藥天數」資訊）
- 藥房名稱與地址或藥房的藥劑師協會號碼（NABP 號碼）

請務必在接受服務、品項或藥物日期之後的一年內，向我們提交申報。

如果您有任何問題，請聯絡會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。如果您收到賬單，但不知道該如何處理，我們可以幫助您。如果希望為您已經寄給我們的付款要求提供更多資料，您亦可致電。

第 3 節 我們會考慮您的付款要求並決定同意或拒絕

第 3.1 節 我們確認是否應該承保該服務或藥物以及應該支付多少費用

收到您的付款要求之後，我們會告訴您是否需要您提供任何額外資料。如果不需要額外資料，我們將審查您的要求並決定是否付款及支付多少。

- 如果我們決定該醫療護理或藥物應該承保，而且您已遵守所有規定，我們會支付我們分攤的費用。我們分攤的費用可能不是您支付的全額（例如，如果您在網絡外藥房取得藥物，或者您為藥物支付的現金價格高於我們協商的價格）。如果您已經支付服務或藥物的費用，我們會將分攤的費用以郵寄方式償付給您。如果您還沒有支付服務或藥物的費用，付款直接寄給服務提供者。
- 如果我們裁定該醫療護理或藥物不予承保，或者您沒有遵循所有的規定，我們便不會支付我們的分攤費用。我們會寄信給您說明為什麼我們沒有付款，並告知您有權對該裁決提出上訴。

第 3.2 節 如果我們告訴您，我們不會支付該醫療護理或藥物的部分或全部費用，您可以提出上訴

如果您認為我們決定拒絕您的付款要求是錯誤做法，或者認為我們支付的金額有誤，您可以提出上訴。如果您提出上訴，就意味著您要求我們更改我們所作拒絕您的付款要求的決定。上訴程序是一項法律程序，有詳細的手續與重要的截止日期。如欲瞭解如何提出此上訴，請前往本文件第九章。

第八章： 您的權利與責任

第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為本計劃會員的權利和文化敏感度

第 1.1 節 我們必須以您能夠使用且符合您的文化敏感度的方式提供資訊（英語之外的語言、大字版或其他替代格式等）

Your 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 a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

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 the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services at 1-833-350-2910, TTY users should call 1-888-542-3821. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios de carácter médico y no médico se proporcionen teniendo en cuenta la diversidad cultural y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con conocimientos limitados de inglés, capacidad de lectura limitada, discapacidad auditiva o personas de diverso origen cultural o étnico. Algunas de las formas en que el plan cumple con el requisito de accesibilidad a los servicios incluyen, entre otras, servicios de traducción e interpretación, mensajes de teletipo o TTY (aparato telegráfico que permite transmitir directamente un mensaje por texto).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en letra de mayor tamaño o en otros formatos alternativos si lo necesita, sin costo. Tenemos la obligación de brindarle la información sobre los beneficios del plan de una manera

que sea accesible y adecuada para usted. Para recibir información de una manera conveniente y efectiva, llame a Servicios a los Miembros.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecerles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en el cuidado de la salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios de cuidado médico de rutina y preventivo para la mujer.

Si no contamos con proveedores disponibles dentro de la red para una especialidad, el plan debe buscar proveedores fuera de la red para esa especialidad que le proporcionen el cuidado que usted necesita. En este caso, usted pagará solamente el costo compartido correspondiente a un servicio dentro de la red. Si no encuentra especialistas dentro de la red del plan que ofrezcan el servicio que usted necesita, llame al plan para que le proporcionen información dónde obtener este servicio con costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para programar una consulta con un especialista en el cuidado de la salud de la mujer o para encontrar un especialista dentro de la red, puede llamar para presentar una queja formal ante 1-833-350-2910, TTY 1-888-867-4132. También puede presentar un reclamo ante Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de derechos civiles 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

您的計劃必須確保所有服務（臨床及非臨床服務）均以符合文化傳統的方式提供，並且所有註冊會員（包括英語能力有限的會員、閱讀能力有限的會員、聽力殘障的會員或有多元文化與種族背景的會員）均可獲得所有服務。計劃能如何滿足使用要求的例子包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）的連接。

我們的計劃有免費口譯服務，能夠解答不講英語的會員所提出的疑問。如果您有需要，大字印本或其他形式為您提供資訊。我們必須以您能夠使用的恰當形式為您提供計劃福利的資訊。如要以適合您的方式獲得我們提供的資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃必須為女性註冊會員提供直接看網絡內女性健康專科醫生的選項，讓其獲得女性常規與預防醫療護理服務。

如果計劃的網絡內沒有專科服務提供者，計劃有責任尋找網絡外專科服務提供者來為您提供必要的醫療護理。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃網絡內沒有專科醫生能提供您所需要的服務，請致電計劃，獲得有關如何以網絡內分攤費用獲得此項服務的資訊。

如果您在以您能夠使用的恰當形式獲得我們計劃提供的資訊、看女性健康專科醫生或尋找網絡內專科醫生方面有困難，請致電提出申訴，1-833-350-2910，TTY 1-888-542-3821。您也可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）向聯邦老人醫療保險提出投訴，或者直接致電 1-800-368-1019 或聽力語言殘障服務專線 TTY 1-800-537-7697 向民權辦公室提出投訴。

第 1.2 節 我們必須確保您能夠及時獲得承保服務與藥物

您有權選擇為您提供護理的服務提供者。

您有權在合理的時間範圍預約到您的服務提供者處就診並獲得承保服務。包括在需要專科護理時有權獲得專科醫生的及時服務。您也有權在我們網絡內任何藥房不經過長時間的拖延而獲得處方藥物或增配處方藥。

如果您認為自己沒有在合理的時間範圍內得到您的醫療護理或 D 部分藥物，本手冊第九章會告訴您怎麼做。

第 1.3 節 我們必須保護您個人的健康資料的隱私權

聯邦與州均有法律保護您的醫療記錄與個人健康資訊的隱私權。我們根據這些法律規定保護您的個人健康資料。

- 您的個人健康資訊包括您在註冊參加本計劃時給我們的個人資料及您的醫療記錄與其他醫療與健康資料。
- 您擁有與您的資訊相關的權利，亦有權控制您的健康資訊運用方式。我們為您提供一份書面通知，名稱叫做**有關隱私權保護實施辦法的通知**，告知您有關這些權利的資料，並解釋我們如何保護您的健康資料的隱私權。

我們如何保護您的健康資料的隱私權？

- 我們會確保沒有得到授權的人士不會看到或修改您的記錄。
- 除了下方提到的情形，如果我們有意將您的健康資訊提供給任何不是為您提供護理或支付您的護理費用者，依規定我們必須先取得您或您已賦予法律權力代您決定的人之書面同意。
- 某些例外情況下按照規定我們則無需首先得到您的書面許可。這些例外情況得到法律許可或者是法律所規定。
 - 按照規定，我們必須向檢查醫療品質的政府機構提供健康資訊。
 - 因為您是透過老人醫療保險成為我們計劃的會員，所以我們必須向老人醫療保險提供您的健康資訊，包括有關您的 D 部分處方藥的資訊。如果老人醫療保險將您的資訊釋出供研究或其他用途，必須遵循聯邦法令與法規辦理；一般而言，這件事會要求不得分享可辨識您唯一身份的資訊。

您可以看到自己記錄中的資訊，瞭解您的資訊與他人分享的情況

您有權查看本計劃所存您的醫療記錄，並獲得該記錄的複本。我們可以向您收取製作副本的費用。您也有權要求我們增加或修正您的醫療記錄。如果您要求我們更新或更正，我們會與您的醫療護理服務提供者討論決定是否應該作出更動。

您有權瞭解您的健康資訊如何因非常規的目的與他方分享。

如果您對個人健康資訊的隱私權有問題或疑慮，請致電會員服務部。

您可以要求我們以特定的方式聯絡您（例如家庭或辦公室電話），或將郵件寄送到不同地址。我們會考量所有合理要求，而且如果您表示我們拒絕您的要求會使您陷入危險，那麼我們一定會「同意」您的要求。

您可以要求我們不要在治療、付款或我們的運作期間使用或共享某些健康資訊。我們並不是必然同意您的要求，如果您的要求會影響您的護理，我們可以「拒絕」。但如果您告知我們如果不同意您的要求，您會有危險，那麼我們一定會接受您的要求。

第 1.4 節 我們必須為您提供有關本計劃、其醫療服務提供者網絡及您的承保服務等方面的資訊

作為第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要下列任何資訊，請致電會員服務部：

- **關於本計劃的資料。**其中包括，例如，有關本計劃財務狀況的資料。
- **關於我們網絡內醫療服務提供者和藥房的資訊。**您有權取得有關我們網絡內服務提供者與藥房的資格資訊，以及我們如何向網絡內服務提供者付款的資訊。
- **有關您的承保與您在使用您的承保時應該遵循的規定的資料。**第三章和第四章提供有關醫療服務的資訊。第五章和第六章提供有關 D 部分處方藥承保的資訊。
- **有關某些項目不予承保的原因以及對此您可以怎麼處理的資訊。**有關要求書面說明某項醫療服務或 D 部分藥物不予承保的原因，或您的承保是否有限制，請參閱第九章提供的資訊。第九章亦包含要求我們變更決定（也稱為上訴）的資訊。

第 1.5 節 我們必須支持您對個人護理的決定權

您有權瞭解自己有哪些治療選擇並參與決定自己的醫療護理

您有權從您的醫生及其他醫療護理服務提供者得到完整的資訊。您的服務提供者必須以任何您能夠理解的方式解釋您的醫療狀況及您的治療選擇。

您也有權全面參與有關您的醫療護理的決定。為了幫助您與醫生一起做出對您最好的治療決定，您的權利包括下列各項：

- **瞭解您的所有選擇。** 您有權被告知可治療您的症狀之所有推薦治療選項，無論這些選項的費用高低或者是否獲得我們計劃的承保。這也包括被告知我們計劃所提供的幫助會員管理用藥及安全使用藥物的計劃。
- **瞭解有關的風險。** 您有權被告知您的護理可能涉及的任何風險。如果任何建議您採用的醫療護理或治療是研究試驗的一部分，您必須提前被告知。您永遠可以選擇拒絕任何試驗性治療。
- **說「不」的權利。** 您有權拒絕任何建議採取的治療。這包括您有權離開醫院或其他醫療設施，即使您的醫生建議您不要離開亦無妨。您也有權停止服藥。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您必須對因此給您的身體帶來的後果負完全的責任。

您有權指示在您無法為自己做出醫療決定時應該怎麼處理。

有時候人們會由於事故或重病的原因不能自行做出醫療護理方面的決定。您有權說出如果您處於此類狀況您希望怎麼辦。就是說，*如果您希望*，您可以：

- 您可以填寫書面表格授予某位人士法律權利，使其在您不能自行作出決定的時候代表您做出決定。
- 給您的醫生書面指示，告知如果您無法自行做出決定的話，您希望醫生如何處理您的醫療護理。

在這些情況下，您可以用來提前作出指示的法律文件稱作**事前醫療指示（advance directive）**。事前醫療指示有不同的類型與名稱。**醫療意願書**與**醫療護理授權書**的文件便是事前醫療指示之範例。

如果您希望使用事前醫療指示提供您的指示，您應該這樣做：

- **取得表格。** 您可以向您的律師、社工或是某些辦公用品商店索取事前醫療指示表格。有些時候，您可以向專為人們提供老人醫療保險資料的機構索取事前醫療指示表格。您亦可聯絡會員服務部索取該表格。
- **填表並簽名。** 無論您透過何種渠道得到該表格，請記住這是一份法律文書。您應該考慮由一位律師來幫助您準備。
- **將備份交給適當的人。** 您應該提供表格副本給醫生，以及您在表格上指定在您無法做出決定時為您做決定的人士。您亦可給您最親近的朋友或家人一份副本。請在家中留存一份。

如果您提前知道自己將要住院，並且您已經簽署過事前醫療指示，您應該隨身帶一份去醫院。

- 醫院會問您是否簽過事前醫療指示，事前醫療指示是否帶在身邊。
- 如果您沒有簽過事前醫療指示表格，醫院有現成的表格，他們會問您是否願意簽署一份。

請不要忘記，是否要填寫事前醫療指示（包括在醫院時是否簽署）完全由您自己決定。根據法律規定，無論甚麼人均不得因為您是否簽署過事前醫療指示而拒絕為您提供護理或對您實行歧視。

如果您的指示沒有得到執行怎麼辦？

如果您簽署過事前醫療指示，而您認為醫生或醫院沒有按照其中的指示辦理，您可向紐約州衛生署投訴：

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

第 1.6 節 您有權投訴並要求我們重新考慮所做的決定

如果您有任何問題、疑慮或投訴，以及需要要求承保或提出上訴，本文件第九章說明您可以怎麼做。不管您做什麼（要求做出承保決定、提出上訴或提出投訴），我們都必須公平對待您。

第 1.7 節 如果您認為自己受到不公平對待或是您的權利未獲得尊重，該怎麼辦？

如果涉及歧視，請致電民權辦公室

如果您認為自己因為人種、殘障、宗教、性別、健康狀況、種族、信仰、年齡、性傾向或原國籍，受到不公平對待或者您的權利不受到尊重，您應該致電（美國）衛生部民權辦公室，電話號碼 1-800-368-1019 或聽力語言殘障服務專線 TTY 1-800-537-7697，或致電您當地的民權辦公室。

是否涉及其他事項？

如果您認為自己受到不公平對待或您的權利不受到尊重，而事情無關歧視，您可以獲得幫助來處理該問題：

- 您可以致電會員服務部。
- 您可以致電州醫療保險協助計劃（SHIP）。如欲瞭解更多，請前往第二章第 3 節。

- 或者，您可以致電老人醫療保險，電話號碼是 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間是每週七天，每天 24 小時（聽力語言殘障服務專線 TTY 1-877-486-2048）。

第 1.8 節 如何獲得有關您的權利的詳細資訊

有好幾個地方可以獲取有關您的權利的更多資料：

- 您可以致電會員服務部。
- 您可以致電州醫療保險協助計劃（SHIP）。如欲瞭解更多，請前往第二章第 3 節。
- 您可以聯絡老人醫療保險。
 - 您可以瀏覽老人醫療保險的網站，閱讀或下載出版物「老人醫療保險權利與保障」（Medicare Rights & Protections）。（該出版物請至以下網站取得：<https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>。）
 - 或者，您可以致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間是每週七天，每天 24 小時（聽力語言殘障服務專線 TTY 1-877-486-2048）。

第 2 節 作為計劃會員您有一些責任

作為本計劃的會員，您需要做到事情列舉如下。如果您有任何疑問，請致電會員服務部。

- 熟悉您作為會員獲得的承保服務及接受這些承保服務時必須遵循的規則。利用本承保證書來瞭解您的承保範圍，以及取得承保服務必須遵守的規定。
 - 第三章和第四章提供您的醫療服務的詳細資訊。
 - 第五章和第六章詳細說明您的 D 部分處方藥物承保。
- 除了我們的計劃之外，如果您有其他醫療保險承保或處方配藥承保，您必須告訴我們。第一章說明如何協調這些福利。
- 告訴您的醫生與其他醫療護理服務提供者您已經註冊參加我們的計劃。每當您接受醫療護理或取得 D 部分處方藥物時，都要出示您的計劃會員卡。
- 向醫生提供資訊、提出問題，並完成您的護理，以便協助您的醫生與其他服務提供者來幫助您。
 - 將您的健康問題告知醫生及其他健康服務提供者，幫助您獲得最好的護理。執行您與您的醫生商定的治療計劃與指示。
 - 請確保您的醫生知道您正在服用的所有藥物，包括自選藥物、維他命與健康補充品。

- **要能夠體諒。**我們期待我們的所有會員都能尊重其他病人的權利。我們也期待您能夠行事的方式能夠幫助您醫生的診所、醫院及其他設施順利運行。
- **支付您應該支付的費用。**作為計劃的一名會員，您有責任支付這些費用：
 - 您必須繼續支付您的老人醫療保險 B 部份的保費，才能繼續維持計劃會員的身份。
 - 對於本計劃承保的大部分醫療服務或藥物，在接受服務或購買藥物時您必須支付您的分攤費用。
 - 如果按照規定您必須支付延緩註冊罰款，您必須支付該項罰款才能保留您的處方配藥承保。
 - 如果您因為年收入必須依規定支付 D 部分的額外金額，您必須持續將金額直接支付給政府，才能繼續維持本計劃的會員身份。
- **如果您在我們計劃的服務地區之內搬遷，必須讓我們知道，**這樣才能隨時更新您的會員記錄，掌握您的聯絡方式。
- **如果您遷出我們計劃的服務地區，您就不能再繼續作我們計劃的會員。**如果您有什麼問題或疑慮，請致電會員服務部求助。
- **如果您搬遷，也一定要通知社會安全局（或鐵路退休委員會）。**

第九章：

如果您有問題或者要投訴（承保決定、上訴、投訴等）怎麼辦？

第 1 節 引言

第 1.1 節 如果您有問題或疑慮，該怎麼做？

本章節說明處理問題與疑慮的兩類程序：

- 對於某些問題，您需要使用**承保決定與上訴程序**。
- 對於其他問題，您需要使用**投訴程序**，也稱為申訴。

這兩類程序都已經得到老人醫療保險核准。每一種程序都有一套規則、步驟與時限，這些我們與您都必須遵循。

第 3 節的指南將協助您確認適用的程序，以及您該怎麼做。

第 1.2 節 法律用語怎麼辦？

本章節說明一些規則、程序與不同類型的截止日期的法律用語。這些用語有許多對於大多數人來說都很陌生，可能難於理解。為了讓事情更簡單易懂，本章：

- 使用比較簡單的字詞取代某些法律用語。例如，本章一般會說提出投訴（**making a complaint**）而非提出申訴（**filing a grievance**）；承保決定（**coverage decision**）而非機構裁決（**organization determination**）或承保裁決（**coverage determination**）或風險認定（**at-risk determination**）；獨立審查機構（**Independent Review Organization**）而非獨立審查實體（**Independent Review Entity**）。
- 其中還儘量少用縮略語。

不過，如果您能夠瞭解正確法律用語，還是會大有幫助，而且有時還相當重要。知道使用哪個用語有助提高溝通的準確度，以便針對相關情況獲得正確的協助或資訊。為了幫助您瞭解應該使用哪些用語，在詳細說明如何處理具體情況時我們也提供了法律用語。

第 2 節 哪裡能夠獲得更多資訊與個人化協助

我們隨時會幫助您。即使您要投訴我們提供的治療，我們有義務尊重您投訴的權利。因此，您應該一律聯繫顧客服務部，以取得幫助。但是在有些情況下，您也許會希望得到與我們沒有關聯的其他人士的幫助或指導。下方是兩個可以協助您的實體。

州醫療保險協助計劃（SHIP）

各州皆有政府計劃，並備有訓練有素的諮詢人員。此項計劃與我們的計劃或任何保險公司或保健計劃均無關聯。此項計劃的諮詢人員能夠幫助您瞭解採取哪一種步驟來處理您的問題。他們還能夠回答您的問題，並且指導您怎麼做。

SHIP 諮詢人員的服務不收費用。您可以在本文件第二章第 3 節找到電話號碼和網站網站。

Medicare 老人醫療保險

您也可以聯絡老人醫療保險尋求協助。若要聯絡老人醫療保險：

- 您可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間每週七天每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。
- 您也可以瀏覽老人醫療保險的網站（www.medicare.gov）。

第 3 節 您應該使用哪一種程序來處理您的問題？

如果您有問題或疑慮，您只需閱讀本章節適用於您的情況的部分即可。以下的指南將會幫助您。

您的問題或疑慮是否與您的福利或承保有關？

這包括醫療護理（醫療器材、服務和／或 B 部分處方藥物）是否獲得承保、其承保方式，及有關醫療護理或處方藥物付款的問題。

可以。

請到本章第 4 節「承保決定與上訴的基本規則指南」。

否。

請跳到本章最後的第 10 節：如何針對醫療品質、等待時間、客戶服務或其他疑慮提出投訴。

承保決定與上訴

第 4 節 承保決定與上訴的基礎指南

第 4.1 節 要求做出承保決定及提出上訴：概略情況

承保決定與上訴處理與您的醫療服務（服務、用品與 B 部分處方藥，包括付款）福利和承保相關的問題。為簡便起見，我們通常將提及的醫療器材和服務，以及老人醫療保險 B 部分處方藥物稱為**醫療護理**。對於某情況是否獲得承保及其承保的方式等問題，您可以使用承保決定與上訴的程序。

在接受福利之前要求承保決定

承保決定是我們就有關您的福利與承保或我們有關為您的醫療護理支付多少費用作出的決定。例如，如果您的網絡醫生將您轉介至不在網絡內的專科醫生時，除非您的網絡醫生可以出示您收到此專科醫生的標準拒絕通知，或是**承保證書**清楚註明該轉介的服務是絕對不會承保的，否則此轉介視為有利的承保決定。如果您的醫生不能確定我們是否會承保特定的醫療服務，或者拒絕提供您認為自己需要的醫療護理服務，您或您的醫生亦可與我們聯絡要求做出承保決定。換句話說，如果您在接受醫療護理之前想要知道我們是否會承保該項服務，您可以要求我們為您做出承保決定。少數情況下，我們不受理承保決定要求，這表示我們不會審查該要求。要求不受理的例子包括：提出的要求不完整、有人代表您提出要求但無法律授權這麼做，或是您要求撤銷要求。如果我們不受理某個承保決定要求，會寄送通知給您，說明不受理該請求的原因，以及如何要求對不受理的結果進行審查。

每當我們要決定為您承保哪些項目以及我們要支付多少費用，便會針對您的情況做承保決定。有些情況下，我們可能會決定不承保某項醫療護理或者老人醫療保險已經不再為您承保。如果不同意該承保決定，您可以提出上訴。

提出上訴

如果我們做出承保決定而您不滿意，不論是在接受福利之前或之後做出該決定，您可以對該決定提出**上訴**。上訴是要求我們對我們作出的決定進行審查並作出更改的正式途徑。稍後會在下文討論的某些情況裡，您可以要求加快或**快速上訴**承保決定。您的上訴會由與做出原本決定不同的其他審查人員來處理。

如果您是第一次對某項決定提出上訴，這稱為第一層級上訴。在此上訴中，我們會審查自己做出的承保決定，以確定是否正確遵守規定。完成審查之後我們會給您一個決定。

少數情況下我們會不受理第一層級上訴，表示我們不會審查該上訴要求。要求不受理的例子包括：提出的要求不完整、有人代表您提出要求但無法律授權這麼做，或是您要求撤銷要求。如果我們不受理第一層級上訴要求，我們會寄送通知給您，說明該要求不受理的原因，以及如何要求不受理的案件進行審查。

如果我們拒絕您部分或全部的第一層級上訴，則您的上訴會自動進入第二層級上訴，由我們沒有關聯的獨立審查機構辦理。

- 您無需採取任何行動，即可發起第二層級上訴。根據老人醫療保險的規則要求，若我們不完全同意您的第一層級上訴，我們會自動將您的醫療護理上訴轉入第二層級。
- 有關醫療護理第二層級上訴的詳細資料，請參閱本章第 5.4 節。
- D 部份上訴將於本章第 6 節詳細討論。

如果您對第二層級上訴的決定不滿意，您可以繼續進行更高層級的上訴（本章第 9 節說明第三、第四及第五層級上訴程序）。

第 4.2 節 要求做出承保決定或提出上訴時如何尋求協助

如果您決定要求做出任何類型的承保決定或對決定提出上訴，可利用以下資源：

- 您可以致電會員服務部。
- 您可以向您的州醫療保險協助計劃免費取得協助。
- 您的醫生可以代您提出要求。如果您的醫生幫您提出第二層級以上的上訴，必須指定他們作為您的代表。請致電會員服務部，索取指定代表表格。（該表格亦可在老人醫療保險的網站下載，網站是 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或從我們的網站取得：HFMedicareMaterials.org。）
 - 如為醫療護理或 B 部分處方藥物，您的醫生可以代表您請求做出承保決定或提出第一層級上訴。如果您的上訴在第一層級遭到拒絕，將自動轉至第二層級。
 - 如為 D 部分處方藥物，您的醫生或其他開立處方者可以代表您請求做出承保決定要求或提出第一層級上訴。如果第一層級上訴遭到拒絕，您的醫生或開立處方者可以提出第二層級上訴。
- 您可以讓別人代表您行事。如果您希望，您可以指定別人作為您的代表來要求做出承保決定或提出上訴。
 - 如果您想要由朋友、親屬或其他人士作為您的代表，請致電會員服務部索取指定代表表格。（該表格亦可在老人醫療保險的網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 HFMedicareMaterials.org 下載。）透過該表格您可以授權別人代您行事。表格必須由您及您想要指定代表您行事的人簽名。您必須將簽好名的表格給我們一份。
 - 雖然我們可以接受沒有附上指定代表表格的上訴要求，但是我們必須收到該表格才能完成審查。如果我們在對您的上訴作出決定的截止日期前未收到該表

格，則您的上訴將被駁回。如果發生這種情況，我們會寄送一份書面通知給您，說明您有權要求行政聽證辦公室對於我們駁回您的上訴之決定進行審查。

- **您亦有權聘請律師。** 您可以聯絡您自己的律師，也可以透過當地的律師協會或其他仲介服務機構聘請律師。如果您符合資格，有一些團體還能為您提供免費法律服務。不過，您並不是一定要聘請律師來要求做出任何類型的承保決定或對決定提出上訴。

第 4.3 節 本章哪一節提供與您的情況相關的詳細資訊？

有四種不同情況與承保決定和上訴有關。由於每一種情況都有不同的規則與截止日期，我們會在不同的章節分別詳細說明：

- **本章第 5 節：** 您的醫療護理：如何要求作出承保決定或提出上訴
- **本章第 6 節：** 您的 D 部分處方藥：如何要求作出承保決定或提出上訴
- **本章第 7 節：** 如果您認為醫生太早讓您出院，如何要求我們承保更長的醫院住院期限
- **本章第 8 節：** 如果您認為您的承保太早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務（*僅適用於這些服務：*家庭保健護理、專業護理設施護理，以及綜合門診復健設施（CORF）服務）

如果您不確定應該使用哪一章節，請致電會員服務部。您亦可向政府機構（例如 SHIP）求助或索取資訊。

第 5 節 您的醫療護理：如何要求做出承保決定或對承保決定提出上訴

第 5.1 節 本節告訴您，如果您無法取得醫療護理服務承保，或者如果您希望我們付還我們與您分攤的護理費用，應該怎麼做

本節講的是關於您的醫療護理的福利。本文件第四章說明這些福利：*醫療福利圖表（承保範圍與您需要支付的費用）*。在某些情況下，要求提供 B 部分處方藥物必須遵守不同的規定。在那些情況下，我們會說明為何 B 部分處方藥物的規定不同於醫療器材和服務的規定。

本節會告訴您如果您處於下列五種情境應該怎麼辦：

1. 您沒有得到您想要的某些醫療護理，而您認為這應該是我們計劃承保的。**要求做出承保決定。第 5.2 節。**

2. 我們的計劃不核准您的醫生或其他醫療服務提供者想要為您提供的醫療護理，而您認為該項護理應該獲得本計劃承保。**要求做出承保決定。第 5.2 節。**
3. 您已接受您認為本計劃應該承保的醫療護理，而我們已經表示不會支付該項護理的費用。**提出上訴。第 5.3 節。**
4. 您已接受您認為本計劃應該承保的醫療護理並且付款，而您要求我們的計劃償付該項護理的費用給您。**將賬單寄給我們。第 5.5 節。**
5. 您被告知您正在接受的某項我們先前已經核准的醫療護理的承保將會縮減或終止，而您認為縮減或終止該項護理將損害您的健康。**提出上訴。第 5.3 節。**

請注意：如果即將終止的承保是醫院護理、家庭保健護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施（CORF）服務，則您需要閱讀本章的第 7 節和第 8 節。這些護理類型適用特殊規定。

第 5.2 節 循序漸進：如何要求做出承保決定

法律用語

如果承保決定涉及您的醫療護理，則稱作**機構裁決**。

快速承保決定也稱作**加快認定**。

第一步：決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

B 部份藥物的標準承保決定通常會在 14 日曆日或 72 小時內決定。**醫療服務的快速承保決定**通常會在 72 小時內決定，**B 部分藥物**則通常在 24 小時內決定。若要得到快速承保決定，您必須符合兩個條件：

- 您**只能**要求承保醫療用品和／或服務（而不能要求支付您已經取得的用品和／或服務）。
- **唯有**使用標準期限可能**嚴重損害您的健康**或使您**無法發揮身體功能**時，您才能得到快速承保決定。
- 如果您的醫生告訴我們您的健康需要快速承保決定，我們會自動同意給您快速承保決定。
- 如果您自行要求快速承保決定，缺少醫生的支持，我們會確定您的健康狀況是否需要快速承保決定。如果我們未核准快速承保決定，我們會寄送信函給您：
 - 說明我們會使用標準期限。
 - 說明如果您的醫生要求快速承保決定，我們會自動給您快速承保決定。

- 說明對於我們決定給您標準承保決定而不是您要求的快速承保決定，您可以提出快速投訴。

第二步：要求我們的計劃做出承保決定或快速承保決定。

- 首先您要給我們的計劃來電、寫信或發傳真要求我們為您想要的醫療護理給予授權或提供承保。您、或您的醫生、或您的代表都可以做這件事。聯絡資訊請參閱第二章。

第三步：我們會對您的醫療護理承保要求進行審查並作出答覆。

對於標準承保決定，我們採用標準期限。

這表示收到您的醫療器材或服務要求後，我們會在 14 個日曆日內答覆您。如果您的要求有關老人醫療保險 B 部分處方藥物，我們會在收到要求後 72 小時內答覆您。

- 不過，如果您需要更多時間處理，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，且您的要求與醫療器材或服務有關，我們可以延長最多 14 個日曆日的時間。如果我們需要更多天的時間，我們會書面通知您。如果您的要求是針對老人醫療保險 B 部分處方藥，我們無法延長決定時間。
- 如果您認為我們不應該花費更多天的時間，您可以提出「快速投訴」。我們一做決定就會答覆您的投訴。（提出投訴的程序有別於承保決定和上訴程序。有關投訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）

對於快速承保決定，我們使用加快時程表。

快速承保決定意味著，如果您的要求與醫療項目或服務有關，我們會在 72 小時之內給予回覆。如果您的要求有關老人醫療保險 B 部分處方藥物，我們會在 24 小時內作出回覆。

- 不過，如果您需要更多時間處理，或如果我們需要更多可能有利於您的資訊，我們可能要多花費 14 個日曆日的時間。如果我們需要更多天的時間，我們會書面通知您。如果您的要求是針對老人醫療保險 B 部分處方藥，我們無法延長決定時間。
- 如果您認為我們不應該花費更多天的時間，您可以提出「快速投訴」。（投訴相關資訊，請參閱本章第 10 節。）我們作出裁決之後會立即電話通知您。
- 如果我們不同意您的部分或全部要求，我們會給您寄一份書面說明，解釋我們為什麼不同意。

第四步：如果我們不同意您的醫療護理承保要求，您可以上訴。

- 如果我們不同意，您有權提出上訴，要求我們重新考慮此決定。這表示再次要求我們承保您想要的醫療護理。如果您提出上訴，即表示您要進入第一層級上訴程序。

第 5.3 節 循序漸進：如何提出第一層級上訴

法律用語

針對醫療護理承保決定向本計劃提出上訴稱作計劃**複核**。

快速上訴也稱作**加快複核**。

第一步：決定您需要標準上訴或快速上訴。

B 部份藥物的標準上訴通常是在 **30 個日曆日**或 **7 個日曆日**內提出。快速上訴通常在 **72 小時**內提出。

- 如果您的上訴是有關我們對您尚未接受的護理提供承保所作的決定，您和／或您的醫生必須決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們您的健康需要快速上訴，我們會給予您快速上訴。
- 取得快速上訴的必要條件與本章第 5.2 節的取得快速承保決定的必要條件相同。

第二步：要求本計劃處理上訴或快速上訴

- 如果您要求標準上訴，請以書面方式提交您的標準上訴。亦可打電話給我們來提出上訴。聯絡資訊請參閱第二章。
- 如果您要求快速上訴，請以書面形式或電話聯絡我們提出上訴。聯絡資訊請參閱第二章。
- 從我們寄發書面通知，告訴您我們的承保決定答覆的日期開始，請您務必在 **65 個日曆日**內提出上訴要求。如果您錯過期限而且有正當理由，請在提出上訴時說明延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間來提出上訴。正當理由可能包括因重病無法與我們聯絡，或是我們提供給您的上訴相關截止日期資訊有誤或不完整。
- 您可以索取有關您的醫療決定的資訊副本。您和醫生可以提供更多資訊來支持您的上訴。

第三步：我們會考慮您的上訴並作出答覆。

- 在我們的計劃審查您的上訴時，我們會仔細查閱所有資訊。我們會檢查確定我們在拒絕您的要求時是否遵循了所有的規則。
- 如有需要我們會收集更多資訊，也可能聯絡您或您的醫生。

快速上訴的時限

- 如為快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後的 72 小時**內答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快給您答覆。

- 不過，如果您需要更多時間處理，或者如果我們需要更多可能有助於您的資訊，且您的要求與醫療器材或服務有關，**我們可以延長最多 14 個日曆日的時間**。如果我們需要更多天的時間，我們會書面通知您。如果您的要求是針對老人醫療保險 B 部分處方藥，我們無法延長時間。
- 如果沒有在 72 小時之內（或是如果我們延長時間，則在延長時間結束時）給您答覆，我們必須將您的要求自動傳送至上訴程序的第二層級，由獨立審查機構審查。第 5.4 節說明第二層級上訴程序。
- 如果我們的答覆是部分或全部同意您的要求，我們必須在收到您的上訴後 72 小時之內授權或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們駁回您的部分或全部要求，我們會將決定以書面方式寄送給您，並自動將您的上訴轉交給獨立審查機構，進行第二層級上訴。獨立審查機構收到您的上訴後，會以書面方式通知您。

標準上訴時限

- 如為標準上訴，我們必須在收到上訴後 **30 個日曆日內**答覆您。如果您要求的是尚未取得的老人醫療保險 B 部分處方藥物，我們會在收到上訴後 **7 個日曆日內**會答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快給您裁決。
 - 不過，如果您需要更多時間處理，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，且您的要求與醫療器材或服務有關，**我們可以延長最多 14 個日曆日的時間**。如果我們需要更多天的時間，我們會書面通知您。如果您的要求是針對老人醫療保險 B 部分處方藥，我們無法延長決定時間。
 - 如果您認為我們不應該花費更長的天數，您可以提出快速投訴。如果您提出快速投訴，我們會在 24 小時之內給您回覆。（投訴相關資訊，請參閱本章第 10 節。）
 - 如果沒有在最後期限前（或在延長時間結束時）給您答覆，我們會把您的要求送至第二層級上訴，由獨立審查機構審查上訴。第 5.4 節說明第二層級上訴程序。
- 如果我們的答覆是部分或全部同意您的要求，而若您要求的是醫療器材或服務，則我們必須在 30 個日曆日內授權或提供承保，或者若您要求的是老人醫療保險 B 部分處方藥物，則在 **7 個日曆日內**授權或提供承保。
- 如果我們的計劃拒絕部分或全部的要求，我們會將您的上訴自動送至獨立審查機構進行第二層級上訴。

第 5.4 節 循序漸進：第二層級上訴如何進行

法律用語

獨立審查機構的正式名稱是**獨立審查實體**。有時稱為 **IRE**。

獨立審查機構是由老人醫療保險聘用的**獨立機構**。該機構與我們沒有關聯，也不是政府機構。該機構會決定我們做出的決定是否正確或是否應該變更。老人醫療保險監管該機構的運作。

第一步：獨立審查機構審查您的上訴。

- 我們會將您的有關上訴資料轉給該機構。該資訊稱作您的**卷宗**。您有權要求我們提供您的卷宗副本。
- 您有權向該獨立審查機構提供額外的資訊來支持您的上訴。
- 獨立審查機構的審查人員會仔細審查所有上訴相關資訊。

如果您在第一層級上訴中獲准快速上訴，您在第二層級也會獲准快速上訴

- 針對快速上訴，審查機構在收到上訴之後，必須在 72 小時內對您的第二層級上訴給予答覆。
- 不過，如果您要求的是醫療器材或服務，而該獨立審查機構需要收集更多可能對您有利的資訊，則可以**延長最多 14 個日曆日的時間**。如果您要求的是老人醫療保險 B 部分處方藥物，則該獨立審查機構無法延長決定時間。

如果您在第一層級上訴中使用的是標準上訴，您在第二層級也會使用「標準上訴」。

- 針對標準上訴，如果您的要求是關於醫療項目或服務，審查機構在收到您的上訴之後必須在 **30 個日曆日之內**對您的第二層級上訴作出答覆。如果您要求的是老人醫療保險 B 部分處方藥物，則審查機構在收到上訴之後，必須在 **7 個日曆日內**答覆您的第二層級上訴。
- 不過，如果您要求的是醫療器材或服務，而該獨立審查機構需要收集更多可能對您有利的資訊，則可以**延長最多 14 個日曆日的時間**。如果您要求的是老人醫療保險 B 部分處方藥物，則該獨立審查機構無法延長決定時間。

第二步：獨立審查機構會給您答覆。

獨立審查機構會以書面形式通知您他們的決定，並說明做出該決定的理由。

- 如果該審查機構部分或全部同意您的醫療器材或服務要求，我們必須在收到該審查機構的標準上訴決定後 72 小時內授權該醫療護理承保，或在 14 個日曆日內提供該項服務。如為加快要求，自收到審查機構決定當日起，我們會在 72 個小時內提供該項服務。

- 如果該審查機構同意部分或全部的老人醫療保險 B 部分處方藥物要求，我們必須在收到該審查機構的標準要求決定後 **72 小時內**，授權或提供 B 部分處方藥物。如為**加快要求**，自收到審查機構決定當日起，我們會在 **24 個小時內**提供該項服務。
- 如果此組織拒絕您的部分或全部上訴，這表示他們同意我們的意見，認為不應核准您的醫療護理承保要求（或部分要求）。（這稱作維持原決定，也稱作駁回上訴）。在此情況中，獨立審查機構會寄信函給您：
 - 說明該機構的決定
 - 通知您有權提出第三層級上訴，前提是該醫療護理承保的金額價值達到最低限額。獨立審查機構寄送給您的書面通知中，會說明必須達到多少金額才能繼續上訴。
 - 告訴您如何提出第三層級上訴。

第三步：如果您的案子符合條件，您可以選擇是否繼續上訴。

- 上訴程序在第二層級之後還有另外三個層級（共有五個層級）。如果您希望進入第三層級上訴，在您第二層級上訴之後收到的書面通知內，包含如何進行此上訴的詳細資訊。
- 第三層級的上訴由行政法官或司法裁判員處理。本章第 9 節說明第三、第四與第五層級上訴程序。

第 5.5 節 如果您要求我們的計劃向您支付您所收到的醫療護理賬單中我們的分攤份額怎麼辦？

第七章說明當您何時可以要求我們償付費用或支付您收到的服務提供者賬單。該章節還告訴您如何將書面材料寄給我們要求我們付款。

要求償還費用就是要求我們的計劃作出承保決定

如果您將書面資料寄給我們並要求償付，就是要求承保決定。為了做出此決定，我們會核查您已支付費用的醫療護理是否屬於承保服務。我們也會核查，確定您在使用醫療護理承保時，是否遵守所有規定。

- 如果我們同意您的要求：若醫療護理獲得承保，而且您遵守所有規定，我們通常會在收到您申請後的 30 個日曆日內將費用付還給您，最遲不會超過 60 個日曆日。如果您尚未支付醫療服務費用，我們會直接支付款項給服務提供者。
- 如果我們拒絕您的要求：如果該醫療護理不予承保，或者您沒有遵循所有的規定，我們則不會寄出付款。相反的，我們會寄給您一封信，說明我們不會為該項醫療服務付款及原因。

如果您不同意我們對您的要求予以拒絕的決定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，就意味著您要求我們更改我們所作拒絕您的付款要求的承保決定。

如要提出此項上訴，請按我們在本章第 5.3 節所說明的上訴程序辦理。如為費用償付相關上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 60 個日曆日內答覆您。如果您要求我們付還您已接受並自行付款的醫療護理費用，則您不能要求快速上訴。
- 如果獨立審查機構決定我們應該支付，則我們必須在 30 個日曆日內，把款項支付給您或服務提供者。如果在第二層級之後上訴程序的任何階段對您的要求的回答是同意，我們必須在 60 個日曆日之內將您所要求的付款寄給您或服務提供者。

第 6 節 您的 D 部分處方藥物：如何要求作出承保決定或提出上訴

第 6.1 節 如果您無法取得 D 部分藥物，或者如果您希望我們付還 D 部分藥物費用，應該怎麼做

您的福利包括許多處方藥物的承保。如要獲得承保，該藥物必須用於醫學上接受的適應症。（有關醫學上接受的適應症，詳細資訊請參閱第五章。）如欲瞭解更多 D 部分藥物、規定、限制以及費用的資訊，請參閱第五章和第六章。本節只討論您的 D 部分藥物。為簡化說明，在本章節其餘部分我們一般會說藥物而不是重複敘述承保門診處方藥物或 D 部分藥物。我們也用藥物目錄一詞，而不是承保藥物目錄或處方藥一覽表。

- 如果您不知道某項藥物有否承保或者您是否符合規定，您可以詢問我們。某些藥物必須先獲得我們的核准才能予以承保。
- 如果您的藥房告表示您無法按處方領藥，藥房會給您書面通知，說明如何與我們聯絡要求做出承保決定。

D 部分承保決定和上訴

法律用語

有關您的 D 部分藥物初始承保決定稱作**承保裁決**。

承保決定是我們針對您的福利與承保做出的決定，或是我們會為您的藥物支付多少費用的決定。如果您處於下列情形，本節說明您應該怎麼做：

- 要求承保本計劃承保藥物目錄上未包含的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求我們免除本計劃對某藥物的承保限制（比如限制您能取得的藥量、事前授權或先嘗試其他藥物的要求）**要求例外處理。第 6.2 節**

- 要求對較高分攤費用層級的承保藥物支付較低的分攤費用金額**要求例外處理**。第 6.2 節
- 要求預先核准某藥物。**要求做出承保決定**。第 6.4 節
- 為您已購買的處方藥物支付費用。**要求我們把費用付還給您**。第 6.4 節

如果不同意我們作出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

本章節告訴您如何要求作出承保決定及如何要求上訴。

第 6.2 節 什麼是例外處理？

法律用語

要求承保藥物目錄上沒有的藥物，有時候稱作要求**處方藥一覽表例外處理**。

要求取消對一種藥物的承保限制有時候又稱作**對處方藥一覽表作出例外處理**。

要求為承保的非首選藥物支付較低的價格，有時候稱為**要求分級例外處理**。

如果一種藥物沒有按照您希望的那樣獲得承保，您可以要求本計劃作出**例外處理**。「例外處理」是一種承保決定。

要求我們考慮您的例外處理要求，您的醫生或其他開立處方者必須說明需要核准您的例外處理的醫學理由。以下舉例說明您或醫生或其他開立處方者可以要求我們做的三種例外處理：

1. **為您承保本計劃藥物目錄上不包含的一種 D 部分藥物**。如果我們同意承保不包括在藥物目錄上的藥物，您必須支付適用於第 4 層級藥物（非優惠藥物）的分攤費用金額。您不能要求對我們規定您要支付藥物分攤費用再作例外處理。
2. **取消對某種承保藥物的限制**。第五章說明適用於藥物目錄上某些藥物的額外規定或限制。如果我們同意例外處理並免除對您的限制，您可以要求針對我們規定您要支付的藥物分攤費用金額進行例外處理。
3. **將某種藥物的承保更改到較低的分攤費用層級**。本計劃藥物目錄上的每一種藥物分別屬於五個費用分攤層級之一。一般來說，分攤費用層級的數字越低，您為該藥物支付的費用也越少。
 - 如果我們的藥物目錄包括用於治療您的病況的替代藥物，而這些藥物的費用分攤層級低於您的藥物，您可以要求我們以適用於替代藥物的分攤費用金額來支付您的藥物。
 - 如果您服用的藥物是生物藥品，您可以要求我們以較低的分攤費用金額承保您的藥物。這將是包含用於治療您的病況的生物藥品替代品的最低層級。

- 如果您服用的藥物是原廠藥，您可以要求我們以適用於最低層級的分攤金額來承保您的藥物，該最低層級包含用於治療您病情的原廠藥替代品。
- 如果您服用的藥物是副廠藥，您可以要求我們以適用於最低層級分攤費用金額來承保您的藥物，該層級包含用於治療您病情的原廠藥或副廠藥替代品。
- 您不能要求我們更改分攤費用第五層級（特殊藥物層級）中任何藥物的分攤費用層級。
- 如果我們核准您的分級例外處理要求，而且超過一個較低的分攤費用層級包含您無法服用的替代藥物，您通常只需支付最低金額。

第 6.3 節 要求例外處理應知道的重要事項

您的醫生必須告訴我們醫學上的理由

您的醫生或其他開具處方者必須給我們一份書面證言，說明要求作出例外處理的醫學理由。對於快速裁決，在要求作出例外處理時應附上您的醫生或其他開具處方者的此項醫學資訊。

通常情況下，我們的「藥物目錄」所含能夠治療同一種症狀的藥物往往不止一種。這多種不同的可能性稱為**替代藥物**。如果一種替代藥物向您所要求的藥物一樣有效，並且不會造成更多的副作用或其他健康問題，我們一般便不會核准您的例外處理要求。如果您要求我們對藥物層級進行例外處理，除非較低分攤費用層級的其他藥物對您均無成效或可能產生不良反應或造成其他傷害，否則我們一般不會核准您的額外處理要求。

我們的計劃可對您的要求作出同意或否決的決定

- 如果我們核准您的例外處理要求，我們的核准通常會一直到計劃年度結束都有效。只要您的醫生繼續為您開具該藥物的處方，而且該藥物對治療您的症狀繼續安全有效，該核准便繼續有效。
- 如果我們拒絕您的要求，您可以提出上訴，要求再次審查。

第 6.4 節 循序漸進：如何要求作出承保決定，包括例外處理

法律用語

快速承保裁決也稱作**加快承保裁決**。

第一步：決定您需要標準承保決定或快速承保決定。

收到您的醫生的聲明後，我們會在 **72 小時**內做出**標準承保決定**。收到您的醫生的聲明後，我們會在 **24 小時**內做出**快速承保決定**。

如果您的健康情況需要，請要求我們給予快速承保決定。如要得到快速承保決定，您必須符合兩個條件：

- 您所要求的必須是您尚未接受的藥物。（要求我們償付您已購買的藥物費用一事，無法要求快速承保決定。）
- 使用標準期限可能會嚴重傷害您的健康或影響身體功能運作。
- 如果您的醫生或其他開立處方者告訴我們您的健康需要快速承保決定，我們會自動同意給您快速承保決定。
- 如果您自行要求快速承保決定，缺少醫生或開立處方者的支持，我們必須確定您的健康狀況是否需要給予快速承保決定。如果我們未核准快速承保決定，我們會寄送信函給您：
 - 說明我們會使用標準期限。
 - 說明如果您的醫生或開立處方者要求快速承保決定，我們會自動給您快速承保決定。
 - 告訴您可以如何針對我們決定給您標準承保決定一事提出快速投訴，而不是您要求的快速承保決定。我們會在收到後 **24 小時**內答覆您的投訴。

第二步：要求標準承保決定或快速承保決定。

首先您要給我們的計劃來電、寫信或發傳真要求我們為您想要的醫療護理給予授權或提供承保。您也可以透過我們的網站進行承保裁決程序。我們必須接受任何書面要求，包括以**聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心模型承保認定要求表格**提交的要求。該表格可在我們的網站 [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org) 下載。聯絡資訊請參閱第二章。若要協助我們處理您的要求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊，以及指出要上訴哪個被駁回申報的資訊。

您、您的醫生（或其他開立處方者）或您的代表都可以做這件事。您也可以讓律師代表您行事。本章第四節告訴您如何給予別人許可來作為您的代表。

- 若您申請作出例外處理，請提供支持聲明，即例外處理的醫療原因。您的醫生或其他開立處方者可將聲明傳真或郵寄給我們。或者如有必要，您的醫生或其他開具處方者亦可先在電話上告訴我們，然後再傳真或郵寄簽好名的證言。

第三步：我們會考慮您的要求並給您答覆。

快速承保裁決的時限

- 我們通常必須在收到要求後的 **24 個小時**內給您答覆。

- 對於例外項目，我們會在收到您的醫生的支持聲明後的 24 小時內給您答覆。
如果您的健康狀況需要，我們會更快給您答覆。
- 如果我們未遵守該期限，我們必須將您的要求送交上訴程序的第二層級，由獨立審查機構審查。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的要求和醫生支持相關要求的聲明之後 24 小時之內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們不同意您的部分或全部要求，我們會給您寄一份書面說明，解釋我們為什麼不同意。我們也會告訴您如何提出上訴。

有關您尚未取得的藥物之標準承保決定期限

- 我們通常必須在收到要求後的 72 個小時內給您答覆。
 - 如為例外項目，我們會在收到您的醫生的支持聲明後的 72 小時內給您答覆。
如果您的健康狀況需要，我們會更快給您答覆。
 - 如果我們未遵守該期限，我們必須將您的要求送交上訴程序的第二層級，由獨立審查機構審查。
- 如果我們的答覆是同意部分或全部要求，我們必須在收到您的要求或醫生支持相關要求的聲明後，於 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們不同意您的部分或全部要求，我們會給您寄一份書面說明，解釋我們為什麼不同意。我們也會告訴您如何提出上訴。

有關您已經購買的藥物付款問題之標準承保決定期限

- 我們會在收到您的要求之後 14 個日曆日之內給您答覆。
 - 如果我們未遵守該期限，我們必須將您的要求送交上訴程序的第二層級，由獨立審查機構審查。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，也必須在收到您的要求之後 14 個日曆日之內向您付款。
- 如果我們不同意您的部分或全部要求，我們會給您寄一份書面說明，解釋我們為什麼不同意。我們也會告訴您如何提出上訴。

第四步：如果我們駁回您的承保要求，您可以提出上訴。

- 如果我們不同意，您有權提出上訴，要求我們重新考慮此決定。這表示再次要求您希望獲得的藥物承保。如果您提出上訴，即表示您要進入第一層級上訴程序。

第 6.5 節 循序漸進：如何提出第一層級上訴

法律用語

向本計劃提出有關 D 部分藥物承保決定的上訴稱作計劃重新認定。
快速上訴也稱作加快重新認定。

第一步：決定您需要標準上訴或快速上訴。

標準上訴通常在 7 個日曆日內提出。快速上訴通常在 72 小時內提出。若是您的健康情況需要，請要求快速上訴。

- 如果您的上訴是有關我們對您尚未獲得的藥物提供承保決定，則您和醫生或其他開立處方者將需要確定您是否需要快速上訴。
- 取得快速上訴的必要條件與本章第 6.4 節的取得快速承保決定的必要條件相同。

第二步：您、您的代表，或您的醫生或其他開立處方者，必須與我們聯絡，為您提出第一層級的上訴。如果您的健康情況需要快速回應，務必要求快速上訴。

- 如為標準上訴，請提交書面要求或打電話給我們。聯絡資訊請見第二章。
- 如為快速上訴，可提交書面上訴或或打電話給我們，電話號碼是 1-877-779-2959。聯絡資訊請參閱第二章。
- 我們必須接受任何書面要求，包括以聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心模型重新裁定要求表格提交的要求，該表格可在我們的網站 [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org) 下載。請務必包含您的姓名、聯絡資訊，以及申報相關資訊，以便協助我們處理您的要求。
- 從我們寄發書面通知，告訴您我們的承保決定答覆的日期開始，請您務必在 **65 個日曆日內提出上訴要求**。如果您錯過期限而且有正當理由，請在提出上訴時說明延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間來提出上訴。正當理由可能包括因重病無法與我們聯絡，或是我們提供給您的上訴相關截止日期資訊有誤或不完整。
- 您可以要求取得您的上訴資訊的複本，並且可以增加資訊。您和醫生可以提供更多資訊來支持您的上訴。

第三步：我們會考慮您的上訴並作出答覆。

- 在我們審查您的上訴時，我們會再次仔細地查閱有關您的承保要求的資訊。我們會檢查確定我們在拒絕您的要求時是否遵循了所有的規則。如果需要更多資訊，我們可能會與您或您的醫生或其他開具處方者聯絡。

快速上訴的時限

- 如為快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後的 72 小時內**答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快給您答覆。
 - 如果不能在 72 小時之內給您答覆，我們必須將您的要求送交上訴程序的第二層級，由獨立審查機構進行審查。第 6.6 節說明了第二層級上訴的程序。
- 如果我們的答覆是**同意部分或全部的要求**，我們必須在收到您的上訴後，於 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是**駁回部分或全部要求**，我們會寄書面聲明給您，說明我們駁回的原因以及您可以如何對我們的決定提出上訴。

有關您尚未獲得的藥物之標準上訴期限

- 如為標準上訴，我們必須在收到要求後的**7 個日曆日內**給您答覆。如果您尚未獲得該藥物，而您的健康狀況需要我們儘快裁決，我們會更快作出裁決。
 - 如果我們未在 7 個日曆日內作出決定，我們必須將您的要求送交上訴程序的第二層級，由獨立審查機構審查。第 6.6 節說明第二層級上訴程序。
- 如果我們的答覆是**同意部分或全部要求**，由於您的健康情況需要，我們必須儘速提供承保，不晚於收到上訴後的**7 個日曆日**。
- 如果我們的答覆是**駁回部分或全部要求**，我們會寄書面聲明給您，說明我們駁回的原因以及您可以如何對我們的決定提出上訴。

已購買之藥物款項的標準上訴的期限

- 我們會在收到您的要求之後**14 個日曆日之內**給您答覆。
 - 如果我們未遵守該期限，我們必須將您的要求送交上訴程序的第二層級，由獨立審查機構審查。
- 如果我們的答覆是**同意您的部分或全部要求**，我們也必須在收到您的要求之後**30 個日曆日之內**向您付款。
- 如果我們不同意您的部分或全部要求，我們會給您寄一份書面說明，解釋我們為什麼不同意。我們也會告訴您如何提出上訴。

第四步：如果我們駁回您的上訴，您可以決定是否要繼續上訴程序，再次提出上訴。

- 如果您決定再次提出上訴，這表示您的上訴要進入上訴程序的**第二層級**。

第 6.6 節 循序漸進：如何提出第二層級上訴

法律用語

獨立審查機構的正式名稱是**獨立審查實體**。有時候也簡稱為 **IRE**。

獨立審查機構是由老人醫療保險聘用的**獨立機構**。該機構與我們沒有關聯，也不是政府機構。該機構會決定我們做出的決定是否正確或是否應該變更。老人醫療保險監管該機構的運作。

第一步：您（或您的代表或醫生或其他開立處方者）必須聯絡獨立審查機構，並要求審查您的案子。

- 如果我們駁回您的第一層級上訴，寄給您的書面通知會包括**如何向獨立審查機構提出第二層級上訴的說明**。此說明會告訴您哪些人可以提出第二層級上訴、必須遵守的截止日期，以及如何與該審查機構聯絡。不過，如果我們未在適當時程完成審查，或根據藥物管理計劃做出認定**有風險**的不利決定，我們會自動將您的申報轉送至 IRE。
- 我們會將您的有關上訴資料轉給該機構。該資訊稱作您的**卷宗**。您有權要求我們提供您的卷宗副本。
- 您有權向該獨立審查機構提供額外的資訊來支持您的上訴。

第二步：獨立審查機構審查您的上訴。

獨立審查機構的審查人員會仔細審查所有上訴相關資訊。

快速上訴的期限

- 如果您的健康情況需要，請要求該獨立審查機構給予快速上訴。
- 如果該機構同意給您快速上訴，該機構必須在收到您的上訴要求後，於 **72 小時內**對您的第二層級上訴做出答覆。

標準上訴期限

- 以標準上訴而言，若上訴所涉是您尚未收到的藥物，則該審查機構必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**，對您的第二層級上訴做出答覆。如果您要求我們付還您已經購買的藥物費用，該審查機構必須在收到您的上訴之後 **14 個日曆日內**，對您的第二層級上訴做出答覆。

第三步：獨立審查機構會給您答覆。

快速上訴：

- 如果該獨立審查機構同意部分或全部要求，我們必須在收到該審查機構的決定後 **24** 小時內，提供該審查機構核准的藥物承保。

標準上訴：

- 如果該獨立審查機構同意您的部分或全部承保要求，我們必須在收到該審查機構的決定後 **72** 小時內，提供該審查機構核准的藥物承保。
- 如果該獨立審查機構部分或全部同意償付您已經購買的藥物費用的要求，我們必須在收到該審查機構的決定之後 **30** 個日曆日之內付款給您。

如果該審查機構對您的上訴說「不」怎麼辦？

如果該審查機構駁回您的**部分或全部上訴**，表示他們同意我們計劃的意見，認為不應核准您的醫療護理承保要求（或您的部分要求）。（這稱為**維持原決定**，也稱為**駁回上訴**）。在此情況中，獨立審查機構會寄信函給您：

- 說明其決定。
- 通知您如果您所要求的藥物承保美元價值達一定額度，則您有權提出第三層級上訴。如果您所要求的藥物承保案值太低，您就不能再繼續上訴，第二層級的裁決便是終極裁定。
- 告知您必須為有爭議的美元價值才能繼續上訴程序。

第四步：如果您的案子符合條件，您可以選擇是否繼續上訴。

- 上訴程序在第二層級之後還有另外三個層級（共有五個層級）。
- 如果您希望進入第三層級上訴，則您在第二層級上訴決定後收到的書面通知，包含如何進行此上訴的詳細資訊。
- 第三層級的上訴由行政法官或司法裁判員處理。本章第 9 節告訴您有關上訴程序第三、第四與第五層級的詳細資料。

第 7 節 如果您認為醫生太早讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期限

住院以後，您有權獲得診斷與治療您的病症與傷害所必需的所有承保醫院服務。

在您獲得承保住院期間，您的醫生與醫院職員會與您一起為您有朝一日出院作好準備。他們會幫您安排出院之後可能需要的護理。

- 您離開醫院的日子稱作您的**出院日**。
- 您的出院日確定後，您的醫生或醫院職員會告訴您。
- 如果您認為讓您離開醫院太早，您可要求住院更長時間，您的要求會被考慮。

第 7.1 節 住院期間，您會收到老人醫療保險的書面通知，告知您有哪些權利

住進醫院兩個日曆日內，您應該會收到書面通知，標題是「老人醫療保險說明您的權利之重要訊息」（*An Important Message from Medicare about Your Rights*）。每個擁有老人醫療保險的人都會收到此通知的副本。如果您沒有收到來自醫院人員的通知（例如社工或護理師），請向任何醫院員工索取。若需要協助，請致電會員服務部或 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間為每週七天，每天 24 小時（聽力語言殘障服務專線 TTY 1-877-486-2048）。

1. 請仔細閱讀通知，如果有不明白的地方，請提出問題。這份通知告訴您：

- 您在住院期間及出院之後有權得到您醫生的醫囑要求並得到老人醫療保險承保的服務。這包括您有權知道這些都是甚麼服務、誰為這些服務付款及您可以到何處接受這些服務。
- 您有權介入有關您住院的任何決定。
- 到何處報告您對有關醫院護理品質問題的疑慮。
- 如果您認為太早讓您出院，您有權**要求立即審查**讓您出院的決定。這是要求延遲出院日期的正式法律途徑，讓我們延長對您的醫院護理之承保。

2. 您必須簽收該書面通知，表示您已經收到並瞭解您的權利。

- 您或代表您行事的人必須簽收該通知。
- 簽收該通知只是表示您已經收到該項有關您的權利的資料。該通知並未告知您的出院日期。簽收該通知**並不意味著**您同意哪一天出院。

3. 請保留簽收過的通知，您如果需要上訴時，可取得有關提出上訴（或報告醫療品質疑慮）的資訊。

- 如果您在出院日兩個日曆日前簽收該通知，在您按預定日期出院之前，還會收到另外一份通知。
- 如要提前查看該通知，可致電會員服務部或 1-800 MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間為每週七天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。您也可以在此 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 網站上看到該通知。

第 7.2 節 循序漸進：如何提出更改出院日期的第一層級上訴

如果您希望要求您的住院服務得到我們更長時間的承保，您需要用上訴程序來提出此項要求。在開始之前，要瞭解您需要做甚麼及時限規定是甚麼。

- 按照程序辦理。
- 不要誤了時限。
- 如果需要幫助，請提出要求。如果您有任何疑問或需要協助，請致電會員服務部。或致電您的州醫療保險協助計劃（State Health Insurance Assistance Program），這個政府機構會提供個人化協助。

在第一層級上訴中，品質改進組織會審查您的上訴。它會進行審查，看給您定好的出院日期在醫療上對您是否適當。

品質改進組織是由聯邦政府付酬聘用一群醫生和其他醫療護理專業人員組成，其任務是檢查並協助改善享有老人醫療保險人士的醫療品質。其中包括為享有老人醫療保險福利的人士審查其出院時間。這些專家不屬於我們的計劃。

第一步：請聯絡您所在州的品質改進組織，要求立即審查您的出院。您必須儘快行動。

您如何與該組織聯絡？

- 您所收到的書面通知（來自老人醫療保險有關您權益的重要通知）會告訴您如何與該組織聯絡。或者到第二章尋找您所在州品質改進組織的名稱、地址與電話號碼。

儘快行動：

- 若要提出上訴，您必須在離開醫院之前聯絡品質改進組織，而且不能晚於出院日午夜。
 - 如果您在這個期限內完成，則您可以在出院日期之後，留在醫院等待品質改進組織的決定而無需支付費用。
 - 如果您未能在此期限前完成，請與我們聯絡。如果您決定在預定出院日期之後繼續住院，在預定出院日期之後所接受的醫院護理，您可能要支付全額費用。

一旦您要求立即審查出院之決定，品質改進組織會與我們聯絡。在與我們聯絡後的第二天中午之前，我們會給您一份**詳細的出院通知**。此通知上面有預定的出院日期，並詳細說明為什麼您的醫生、醫院，以及我們的計劃認為讓您在該日期出院是正確的（醫療上適當）。

如要索取**詳細出院通知**範本，可致電會員服務部或 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間為每週七天，每天 24 小時。（聽力語言殘障人士請致電 TTY 1-877-486-2048。）您亦可在網路上查看通知範本，網站是 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第二步：品質改進組織對您的案子進行獨立審查。

- 品質改進組織的健康專家（**審查人員**）會問您或您的代表為什麼認為應該繼續承保該項服務。您無需準備任何書面材料，但是如果您樂意，您亦可準備。
- 審查人員也會查看您的醫療資料、與您的醫生討論、並審查醫院與我們的計劃提供給他們的資料。
- 在審查人員告訴我們您提出上訴的隔天中午，您會收到我們的書面通知，說明預定的出院日期。此通知也會說明為什麼您的醫生、醫院，以及我們的計劃認為讓您在該日期出院是正確的（適當的醫療決定）。

第三步：在得到所有必要資訊後一個整天之內，品質改進組織就會對您的上訴作出答覆。

如果回答是同意會怎樣？

- 如果審查機構**同意**，只要服務為醫療上所必需，我們的計劃就必須繼續提供您承保住院服務。
- 您必須繼續支付您的分攤費用（例如自付扣除金或共同保險等，如適用）。此外，您的承保醫院服務可能受到限制。

如果回答是「不」會怎樣？

- 如果審查機構**駁回**，即表示您的預定出院日期是適當的醫療決定。如果發生這種情況，我們對您的住院服務的承保將會在品質改進組織對您的上訴作出答覆後一天的中午終止。
- 如果審查機構**駁回**您的上訴而您決定留在醫院，那麼在品質改進組織答覆您的上訴之後，隔天中午以後您接受的醫院護理可能要自行負擔全額費用。

第四步：如果您的第一層級上訴遭到拒絕，則您可以決定是否要再次提出上訴。

- 如果品質改進組織**駁回**您的上訴，**而且**您在預定出院日期後繼續留在醫院，則您可以再次提出上訴。再次提出上訴表示您即將進入上訴程序的第二層級。

第 7.3 節 循序漸進：如何提出更改出院日期的第二層級上訴

在第二層級上訴期間，您要求品質改進組織重新審查他們對您的第一次上訴所做的決定。如果品質改進組織駁回您的第二層級上訴，您可能必須支付預定出院日期之後繼續在醫院留住的全額費用。

第一步：請再次聯絡品質改進組織，要求再做審查。

- 您必須在品質改進組織駁回第一層級上訴後的 **60 個日曆日**內要求進行此項審查。只有在停止承保護理的日期之後，您繼續留在醫院的情況下，才能要求進行此項審查。

第二步：品質改進組織對您的情況進行第二次審查。

- 品質改進組織的審查人員會再次很仔細審查與您的上訴相關的所有資料。

第三步：收到您的第二層級上訴要求後的 14 個日曆日內，審查人員會對您的上訴做出決定並告知您結果。

如果該審查組織說同意：

- 我們必須償還您第一次上訴被品質改進組織駁回日期下一天中午之後您所接受的醫院護理費用中我們的分攤份額。只要是醫療上所必需，我們必須繼續為您的住院護理提供承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，而且可能有承保限制。

如果該審查組織說「不」：

- 這表示他們同意對您的第一層級上訴所做的決定。
- 您收到的通知會以書面形式告訴您，如果您希望繼續審查程序應該怎麼做。

第四步：如果回答是「不」，您需要決定是否要進入第三層級繼續上訴。

- 上訴程序在第二層級之後還有另外三個層級（共有五個層級）。如果您希望進入第三層級上訴，則您在第二層級上訴決定後收到的書面通知，包含如何進行此上訴的詳細資訊。
- 第三層級的上訴由行政法官或司法裁判員處理。本章第 9 節告訴您有關上訴程序第三、第四與第五層級的詳細資料。

第 8 節 如果您認為承保太早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

第 8.1 節 本節僅討論三項服務：
家庭保健護理、專業護理設施護理與綜合門診復健設施（CORF）服務

當您取得**家庭醫療護理、專業護理設施護理，或復健護理（綜合門診復健設施）**的承保時，您有權持續獲得該護理類型的承保服務，只要該護理是診斷和治療您的疾病或受傷所必需。

如果我們的計劃決定已經到了終止承保這三類護理中任何一項服務的時候，根據規定我們必須提前告訴您。在您的該項護理承保終止之後，我們的計劃將會停止為您的護理支付分攤費用。

如果您認為我們對您的護理的承保終止太早，您可以對我們的決定提出上訴。本章節告訴您如何提出上訴。

第 8.2 節 您的承保即將結束時，我們會提前通知您

法律用語

老人醫療保險不予承保通知。其說明您可以如何提出**快速上訴**。提出快速上訴是正式的法律途徑，可要求我們的計劃更改對於何時停止您的護理承保之決定。

1. 在我們的計劃即將停止承保您的護理前至少兩個日曆日，**您會收到書面通知**。該通知說明：
 - 我們停止為您承保護理的日期。
 - 如何提出快速上訴要求我們延長您的護理承保時間。
2. **請您或是代表您行事的人簽收書面通知**，以表示您**確實收到**。簽收該通知**只是**表示您已經收到該項有關您的承保何時將會終止的資訊。**簽收通知不表示您同意**計劃停止承保護理的決定。

第 8.3 節 循序漸進：如何提出第一層級上訴，要求我們計劃延長您的護理承保時間

如果您希望要求我們承保您的護理更長時間，您需要用上訴程序來提出此項要求。在開始之前，要瞭解您需要做甚麼及時限規定是甚麼。

- **按照程序辦理。**
- **不要誤了時限。**
- **如果需要幫助，請提出要求。**如果您有任何疑問或需要協助，請致電會員服務部。或致電您的州醫療保險協助計劃（State Health Insurance Assistance Program），這個政府機構會提供個人化協助。

在第一層級上訴中，**品質改進組織會審查您的上訴**。該組織會決定您的護理結束日期是否適當的醫療決定。

品質改進組織是由聯邦政府聘用一群醫生和其他醫療護理專家組成，其任務是檢查並協助改善享有老人醫療保險人士的醫療品質。這包括審查何時應停止承保某些醫療護理類型的計劃決定。這些專家不屬於我們的計劃。

第一步：提出您的第一層級上訴：聯絡品質改進組織並要求快速上訴。您必須儘快行動。

您如何與該組織聯絡？

- 您所收到的書面通知（老人醫療保險不予承保通知）會告訴您如何與該組織聯絡。或者在第二章尋找您所在州的品質改進組織的名稱、地址，以及電話號碼。

儘快行動：

- 務必在「老人醫療保險不予承保通知」上的生效日期前一天中午，聯絡品質改進組織，開始您的上訴。
- 如果您希望提出上訴卻錯過截止日期，您仍然享有上訴權利。請聯絡您的品質改進組織

第二步：品質改進組織對您的案子進行獨立審查。

法律用語
關於不予承保的詳細說明。該通知詳細說明停止承保的原因。

審查期間情況如何？

- 品質改進組織的醫療保健專家（審查人員）會詢問您（或您的代表），為什麼您認為應該繼續承保該服務。您無需準備任何書面材料，但是如果您樂意，您亦可準備。
- 負責審查的組織也會查看您的醫療資料、與您的醫生討論、並審查我們的計劃提供給他們的資料。
- 審查人員通知我們您提出上訴的當天結束前，您會收到我們的「不予承保詳細說明」，解釋我們停止承保您的服務的理由。

第三步：在得到所有必要資訊後一個整天之內，審查人員就會告訴您他們的裁決。

如果審查人員同意，會發生什麼事？

- 如果審查人員對您的上訴的回答是同意，只要服務為醫療上所必需，我們的計劃必須繼續提供您的承保服務。
- 您將繼續支付您的分攤費用（例如自付扣除金或共同保險等，若適用）。您的承保服務可能受到限制。

如果審查人員駁回，會發生什麼事？

- 如果審查人員駁回，就會按照我們通知的日期停止您的承保。

- 如果您決定在承保停止日期之後繼續接受家庭保健護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施（CORF）服務，那麼您將必須自行支付此項護理的全額費用。

第四步：如果您的第一層級上訴遭到拒絕，則您可以決定是否要再次提出上訴。

- 如果審查人員駁回您的第一層級上訴—而您選擇在護理的承保結束之後繼續接受護理—那麼您可以提出第二層級上訴。

第 8.4 節 循序漸進：如何提出第二層級上訴，要求我們計劃延長您的護理承保時間

在第二層級上訴期間，您要求品質改進組織對您的第一次上訴做出的決定再次進行審查。如果品質改進組織駁回您的第二層級上訴，在我們通知停止承保的日期之後，您可能必須支付家庭保健護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施（CORF）服務的全額費用。

第一步：請再次聯絡品質改進組織，要求再做審查。

- 您必須在品質改進組織駁回第一層級上訴後的 **60 個日曆日**內要求進行此項審查。您只有在您的護理承保終止日期之後繼續接受護理的情況下才能要求進行此項審查。

第二步：品質改進組織對您的情況進行第二次審查。

- 品質改進組織的審查人員會再次很仔細審查與您的上訴相關的所有資料。

第三步：在收到您的上訴要求後 **14 個日曆日**之內，審查人員會對您的上訴作出裁決並告知您結果。

如果審查機構同意，會發生什麼事？

- 我們必須償付給您在我們通知停止承保的日期之後，您所接受護理的費用中由我們分攤的部分。只要是醫療上所必需，我們必須繼續為您的護理提供承保。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，而且可能有承保限制。

如果該審查組織說「不」會怎樣？

- 這表示他們同意對您的第一層級上訴做出的決定。
- 您收到的通知會以書面形式告訴您，如果您希望繼續審查程序應該怎麼做。通知將詳細告訴您如何進行下一個層級由行政法官或司法裁判員處理的上訴。

第四步：如果回答是「不」，您需要決定是否要進一步上訴。

- 第二層級之後還有另外三個層級，一共有五個上訴層級。如果您希望進入第三層級上訴，則您在第二層級上訴決定後收到的書面通知，包含如何進行此上訴的詳細資訊。
- 第三層級的上訴由行政法官或司法裁判員處理。本章第 9 節告訴您有關上訴程序第三、第四與第五層級的詳細資料。

第 9 節 將您的上訴轉交至第三層級以上

第 9.1 節 醫療服務要求的第三、第四與第五層級上訴

如果您已經提出過第一與第二層級上訴，而且兩次上訴均遭到駁回，則此章節可能適合您參考。

如果您所上訴的項目或醫療服務的案值符合某些最低水準，您也許能夠繼續進行其他層級的上訴。如果案值沒有達到規定的最低水準，您便不能再繼續上訴。您收到的第二層級上訴書面回覆中會說明如何提出第三層級上訴。

有關涉及上訴的大多數情況，最後三個層級的上訴運作方式基本上完全相同。此處說明在每一層級會由甚麼人來審查您的上訴。

第三層級上訴 為聯邦政府工作的行政法官或司法裁判員將審查您的上訴並給您答覆。

- 如果行政法官或司法裁判員同意您的上訴，該上訴程序 **可能結束或還不會結束**。與第二層級的決定不同，我們有權就對您有利的第三層級決定提出上訴。若我們決定上訴，便會進入第四層級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，我們必須在收到行政法官或司法裁判員的決定後，於 60 個日曆日內授權或提供該項醫療護理。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們會寄給您一份第四層級上訴要求的副本以及任何附帶文件。我們可能要等第四層級上訴決定，才能授權或提供該有爭議的醫療護理。
- 如果行政法官或司法裁判員對您的上訴說「不」，上訴程序則 **可能終結，也可能沒有終結**。
 - 如果裁決是駁回您的上訴而您又決定接受該裁決，則上訴程序便可終結。
 - 如果您不想接受該裁決，您可以繼續進行下一個層級的審查程序。您收到的通知會告訴您如何進行第四層級上訴。

第四層級上訴 老人醫療保險上訴委員會（簡稱委員會）將審查您的上訴並給予答覆。
上訴委員會隸屬於聯邦政府。

- 如果答覆是同意，或者如果委員會拒絕我們希望審查對您有利的第三層級決定的要求，則上訴程序 *可能結束或還不會結束*。與第二層級的決定不同，我們有權就對您有利的第四層級決定提出上訴。我們會決定是否要對此決定提出第五層級上訴。
 - 如果我們決定不對該裁決提出上訴，我們就必須在收到上訴委員會的裁決之後 60 個日曆日之內授權或提供該項醫療護理。
 - 如果我們決定對該裁決提出上訴，我們會書面通知您。
- 如果答覆是「不」，或者如果上訴委員會拒絕您的上訴要求，上訴程序則 *可能終結，也可能沒有終結*。
 - 如果裁決是駁回您的上訴而您又決定接受該裁決，則上訴程序便可終結。
 - 如果您不想接受該決定，您可以繼續進行下一個層級的審查程序。如果上訴委員會駁回您的上訴，您收到的通知會告訴您是否可以進入第五層級上訴，以及如何繼續進行第五層級上訴。

第五層級上訴 聯邦地區法庭法官會審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊並決定 *同意或駁回* 您的要求。此為最終定案。聯邦地區法庭之後沒有其他上訴層級。

第 9.2 節 為 D 部分藥物要求提出第三、第四與第五層級上訴

如果您已經提出過第一與第二層級上訴，而且兩次上訴均遭到駁回，則此章節可能適合您參考。

如果您上訴的藥物的價值達到某一美元數額，您也許可以繼續進行下一個層級的上訴。如果美元數額達不到，您就不能再繼續上訴。您收到對於第二層級上訴的書面回覆，說明聯絡窗口及如何要求進行第三層級上訴。

有關涉及上訴的大多數情況，最後三個層級的上訴運作方式基本上完全相同。此處說明在每一層級會由甚麼人來審查您的上訴。

第三層級上訴 為聯邦政府工作的行政法官或司法裁判員將審查您的上訴並給您答覆。

- 如果答覆是同意，上訴程序則可終結。我們必須在收到裁定之後 **72 小時**（快速上訴則是 **24 小時**）之內授權或提供行政法官或司法裁判員核准的藥物承保或不得晚於 **30 個日曆日** 付款。

- 如果答覆是「不」，上訴程序則 **可能終結，也可能沒有終結**。
 - 如果裁決是駁回您的上訴而您又決定接受該裁決，則上訴程序便可終結。
 - 如果您不想接受該裁決，您可以繼續進行下一個層級的審查程序。您收到的通知會告訴您如何進行第四層級上訴。

第四層級上訴 老人醫療保險上訴委員會（簡稱委員會）將審查您的上訴並給予答覆。上訴委員會隸屬於聯邦政府。

- 如果答覆是同意，則上訴程序到此結束。我們必須在收到決定後 **72 小時內**（加快上訴則是 **24 小時**）授權或提供委員會核准的藥物承保，或是不得晚於 **30 個日曆日** 付款。
- 如果答覆是「不」，上訴程序則 **可能終結，也可能沒有終結**。
 - 如果裁決是駁回您的上訴而您又決定接受該裁決，則上訴程序便可終結。
 - 如果您不想接受該決定，您可以繼續進行下一個層級的審查程序。如果委員會駁回您的上訴，或者拒絕您審查上訴的要求，則通知上面會說明規定是否允許您進行第五層級的上訴。該通知也會告訴您應該與誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來要怎麼做。

第五層級上訴 聯邦地區法庭法官會審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊並決定 同意 或 駁回 您的要求。此為最終定案。聯邦地區法庭之後沒有其他上訴層級。

提出投訴

第 10 節 如何就醫療品質、等待時間、客戶服務及其他疑慮提出投訴

第 10.1 節 投訴程序會處理哪些類型的問題？

只有某些類別的問題可以使用投訴程序。這包括與醫療品質、等待時間，以及客戶服務相關的問題。此處舉例說明應經由投訴程序來處理的幾類問題。

投訴	例如：
您的醫療護理的品質	• 您對護理（包括醫院的護理）的品質滿意嗎？
尊重您的隱私	• 是否有人不尊重您的隱私權或分享您的機密資訊？

投訴	例如：
不尊重、客戶服務不好或其他負面行為	• 是否有人對您粗魯或不尊重？ • 您是否對我們的會員服務部不滿意？ • 您是否覺得有人鼓勵您退出本計劃？
等待時間	• 您是否無法預約門診，或者候診時間太長？ • 醫生、藥劑師或其他醫務人員是否讓您等待很長時間？或者會員服務部或我們計劃的其他職員是否讓您等待太久？ ◦ 例如電話通話、在候診室或檢查室、或取得處方時等候太久。
清潔程度	• 您是否對診所、醫院或醫生診所的清潔度或其他狀況感到不滿意？
您從我們這裡得到的資訊	• 我們是否未能提供給您所需的通知？ • 我們的書面資訊是否難以理解？
是否及時 （這些類別的投訴全部與我們關於承保決定與上訴的裁定及時性有關。）	如果您要求我們做出承保決定或提出上訴，而您認為我們並未儘快回覆，您可以針對我們的緩慢回應提出投訴。以下是範例： • 您要求我們做出快速承保決定或快速上訴，而我們拒絕了；您可以提出投訴。 • 您認為我們沒有按時處理承保決定或上訴；您可以提出投訴。 • 您認為我們沒有在截止日期前承保或償付某些已核准的醫療用品或服務或藥物的費用；您可以提出投訴。 • 您認為我們未在規定的截止日期前將您的案件轉交給獨立審查機構；您可以提出投訴。

第 10.2 節 如何提出投訴

法律用語

- 投訴也稱為申訴。
- 提出投訴也稱為申訴不滿。
- 使用投訴程序也稱為使用申訴不滿的程序。
- 快速投訴也稱為加快申訴。

第 10.3 節 循序漸進：提出投訴

第一步：立即與我們聯絡 – 可以透過電話，亦可用書面方式。

- 通常，致電會員服務部是第一步。其他如果還需要做甚麼，會員服務部會告訴您。
- 如果您不想打電話（或者打了電話但沒有得到滿意的答覆），您可以將您的投訴寫下來寄給我們。如果您書面寫下您的投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。
- 如果您希望提出書面投訴，請寄至：**Healthfirst Medicare Plan, Appeals and Grievances Unit, P.O. Box 5166, New York, NY 10274-5166**。如果您寄送書面投訴，我們也會以書面形式回覆您。若要提出投訴，距離您以書面或電話投訴的活動或事件的發生日期，不得多於 60 個日曆日。我們會在收到您的投訴後 30 個日曆日內，根據您的健康狀況，依案件需要儘速以書面方式或打電話（或同時使用兩種方式）答覆您的投訴。
您的投訴可以是有關我們做出承保裁決或機構裁決（也稱為承保決定）所花費的時間；例如，我們延長了做出承保決定的時程或者我們拒絕您對加快（快速）做出承保決定的要求。對於這些類別的問題，您可以提出加快（快速）投訴。我們會在收到您的投訴後的 24 小時內，透過電話回覆您。並於 3 個日曆日內附上我們的投訴決議書面說明。
- 提出投訴的**截止日期**是從您希望投訴的問題發生起 60 個日曆日。

第二步：我們會審查您的投訴並給您答覆。

- 如有可能，我們會立即給您答覆。如果您來電投訴，我們也許能夠當時在電話上就給您答覆。
- 大多數投訴會在 30 個日曆日內得到答覆。如果我們需要更多資料而延長時間對您的健康最有好處或者您需要更多時間，我們可以延長最多 14 個日曆日的時間（共

44 個日曆日）來回覆您的投訴。如果我們決定額外增加天數，我們會書面通知您。

- 如果您提出投訴是因為我們拒絕了您要我們作出快速承保決定或快速上訴的要求，我們會自動給予您快速投訴。如果您被核准快速投訴，便意味著我們會在 24 小時之內給您回覆。
- 如果我們不同意部分或全部投訴，或者對您所投訴的問題不承擔責任，我們會在給您的回覆中附上原因。

第 10.4 節 您亦可向品質改進組織就醫療品質的問題進行投訴

如果您的投訴是有關醫療品質，您也有另外的兩種選擇：

- 您可以直接向品質改進組織投訴。品質改進組織是由聯邦政府聘用的執業醫生及其他醫療保健專家組成的小組，負責檢查及改進為老人醫療保險病人提供的醫療護理。聯絡資訊請參閱第二章。

或者

- 您可以同時向品質改進組織和我們提出投訴。

第 10.5 節 您亦可向老人醫療保險提出投訴

您可以直接向老人醫療保險提出對第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的投訴。如要向老人醫療保險提出投訴，請前往

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可以致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。聽力語言殘障服務專線 TTY 1-877-486-2048。

第十章： 終止您在本計劃的會員資格

第 1 節 終止您在本計劃的會員資格簡介

終止您的第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）會員資格可以是**自願**（您自己的選擇）或**非自願**（不是您自己的選擇）：

- 您可能會因為自己**想要**離開而決定退出我們的計劃。第 2 節和第 3 節提供自願終止您的會員資格的資訊。
- 也有少數情況是我們必須終止您的會員資格。第 5 節告訴您哪些情況下我們必須終止您的會員資格。

如果您要離開我們的計劃，直到您的會員資格終止前，我們的計劃必須繼續提供醫療護理和處方藥物，而且您將繼續支付您的分攤費用。

第 2 節 您何時可以終止在本計劃的會員資格？

第 2.1 節 您可以在年度註冊期間終止您的會員資格

在**年度註冊期**（也稱為**年度開放註冊期**），您可以終止您在本計劃的會員資格。在這段期間，檢查您的健康和藥物承保，並決定下一年度的承保範圍。

- 年度註冊期為 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
- 選擇保留目前的承保範圍，或更改下一年度的承保範圍。如果您決定要更換新計劃，您可以選擇下列任何類別的計劃：
 - 包括或不包括處方配藥承保的另一項老人醫療保險健保計劃。
 - 傳統老人醫療保險並另外參加一項老人醫療保險處方配藥計劃。
 - – 或者– 傳統老人醫療保險不另加一項老人醫療保險處方配藥計劃。
 - 如果您選擇此選項，老人醫療保險會為您註冊藥物計劃，除非您取消自動註冊。

請注意：如果您退出老人醫療保險處方配藥承保且連續 63 天以上沒有可替代處方藥承保，如果您以後想要再參加老人醫療保險藥物計劃，則可能需要支付 D 部分延緩註冊罰款。

- 當您的新計劃承保於 1 月 1 日生效時，您在本計劃的會員資格將終止。

第 2.2 節 您可以在老人醫療保險 **Medicare Advantage** 開放註冊期間終止您的會員資格

在老人醫療保險 **Medicare Advantage** 「開放註冊期」，您有機會對您的醫療承保作出一
次更動。

- **年度老人醫療保險 Medicare Advantage 開放註冊期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日；對於新參加 MA 計劃的 Medicare 受益人，則是從符合 A 部份和 B 部份資格的當月起，至符合資格後的第 3 個月最後一天止。
- 在年度老人醫療保險 Medicare Advantage 開放註冊期間，您可以：
 - 轉換至包括或不包括處方藥承保的另一項老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃。
 - 退出我們的計劃，轉回傳統老人醫療保險以取得承保服務。如果您選擇在此期間轉到傳統老人醫療保險，您亦可在此時參加另一項老人醫療保險處方藥物計劃。
- **您的會員資格終止時間**會在您註冊其他老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃，或是我們收到您轉為傳統老人醫療保險要求之後下個月的第一天。如果您同時選擇參加一項老人醫療保險處方配藥計劃，您在配藥計劃的會員資格將會在該配藥計劃收到您的註冊要求之後月份的第一天開始。

第 2.3 節 某些情況下您可以在特別註冊期間終止您的會員資格

某些情況下，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的會員可能符合條件在年度內的其他時候終止本計劃的會員資格。這稱作「**特別註冊期**」。

如果您有下列任何一種情況，您便可能符合條件在特別註冊期間終止您的會員資格。這裡只是舉例說明，如要瞭解全部情況，請致電老人醫療保險，或造訪老人醫療保險的網站（www.medicare.gov）：

- 一般來說，如果您搬家。
- 如果您獲得醫療補助
- 如果您符合資格獲得「額外補助」支付您的老人醫療保險處方配藥費用
- 如果我們違反了我們與您簽訂的合約
- 如果您在如安養院或長期護理（LTC）醫院等機構接受護理
- 如果您註冊參加耆老全面護理計劃（Program of All-inclusive Care for the Elderly，簡稱 PACE）
- **請注意：**如果您參加了藥物管理計劃，您也許不能轉換計劃。第五章第 10 節會告訴您有關藥物管理計劃的詳細資訊。

特別註冊期各所不同，視您的情況而定。

若要瞭解您是否符合特別註冊期的資格，請致電老人醫療保險 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間為每週七天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。如果您因為特殊情況符合條件終止您的會員資格，您可以選擇同時更換您的聯邦醫療保險保健計劃與處方配藥計劃。您可以選擇：

- 包括或不包括處方配藥承保的另一項老人醫療保險健保計劃。
- 傳統老人醫療保險並另外參加一項老人醫療保險處方配藥計劃。
- – 或者 – 傳統老人醫療保險不另加一項老人醫療保險處方配藥計劃。

請注意：如果您退出一項老人醫療保險處方藥承保且連續 63 天以上沒有可替代處方藥承保，如果您以後想要再參加老人醫療保險處方配藥計劃則可能需要支付 D 部分延緩註冊罰款。

通常您的會員資格終止時間會在我們收到您的轉換計劃要求的下個月第一天。

如果您獲得「額外補助」來支付其老人醫療保險處方配藥費用： 如果您轉到傳統老人醫療保險而不另外註冊參加一項老人醫療保險處方藥計劃，老人醫療保險可以讓您註冊一個藥物計劃，除非您決定不要自動註冊。

第 2.4 節 您到哪裡可以獲得有關何時終止您的會員資格的更多資訊？

如果對終止會員資格有任何問題，您可以：

- 致電會員服務部。
- 您可以在「2025 年版老人醫療保險與您」(Medicare & You 2025) 手冊中找到相關資訊。
- 聯絡老人醫療保險，電話號碼是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週七天，每天 24 小時（聽力語言殘障服務專線 TTY 1-877-486-2048）。

第 3 節 如何終止您在我們計劃的會員資格？

下列圖表說明您應該如何終止您在我們計劃的會員資格。

如果您想從我們的計劃轉到： 您應該這麼做：

- | | |
|--------------------------------|---|
| • 其他老人醫療保險保健計劃 | • 註冊參加該老人醫療保險保健計劃。
• 您的新計劃承保開始時，您便會自動退出第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）。 |
| • 傳統老人醫療保險並另外參加一項老人醫療保險處方配藥計劃。 | • 註冊新的老人醫療保險處方藥物計劃。
• 您的新計劃承保開始時，您便會自動退出第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）。 |

如果您想從我們的計劃 您應該這麼做：
轉到：

- 傳統老人醫療保險但是不另外參加老人醫療保險處方配藥計劃。
- 寄送書面退保申請給我們。如果您需要更多有關如何辦理的資訊，請聯絡會員服務部。
- 您亦可每週七天每天 24 小時隨時聯絡老人醫療保險要求退出計劃，電話號碼是 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。聽力語言殘障服務專線 TTY 用戶請致電 1-877-486-2048。
- 傳統老人醫療保險的承保開始時，您便會自動退出第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）。

第 4 節 直到您的會員資格終止之前，您都必須透過我們的計劃取得您的醫療用品、服務與處方藥物

直到您的會員資格終止以及新的老人醫療保險開始之前，您必須繼續透過我們的計劃取得醫療用品、服務及處方藥物。

繼續透過我們的網絡內醫療服務提供者獲得醫療護理。

繼續使用我們的網絡藥房或郵購來領取您的處方藥。

如果您在會員資格終止日當天住院，我們的計劃會承保您的住院直到出院為止（即使您在新醫療承保開始之後出院）。

第 5 節 某些情況下，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）必須終止您的會員資格

第 5.1 節 在什麼情況下我們必須終止您在本計劃的會員資格？

如果發生下列任一情形，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）必須終止您在本計劃的會員資格：

- 如果您不再享有老人醫療保險 A 部分與 B 部分。
- 如果您搬離了我們的服務地區。
- 如果您離開我們的服務地區超過六個月。
 - 如果您打算搬家或長期外出旅行，請致電會員服務部以瞭解您要搬家或旅行的地方是否屬於我們計劃的服務地區。
 - 請注意：如果您在佛羅里達，則可以離開我們的服務地區最多 12 個月。

- 如果您遭到監禁（入獄）。
- 如果您不再是美國公民或在美國的合法居留者。
- 如果您有意作假或隱匿您擁有其他保險為您的處方藥提供承保的資訊。
- 如果您因為收入較高必須支付額外的 D 部分金額但您沒有支付，老人醫療保險會讓您退出我們的計劃，您將失去處方藥承保。

您到甚麼地方能夠得到更多資訊？

如果您有問題或者希望瞭解更多有關我們何時可以終止您的會員資格的資訊，請致電會員服務部。

第 5.2 節 我們不能因為任何健康相關原因而要求您退出我們的計劃

第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）不得因為與您的健康相關的任何原因要求您退出我們的計劃。

如果發生這一情況您應該怎麼辦？

如果您覺得有人因為健康相關原因要求您退出我們的計劃，請致電老人醫療保險，電話是 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），服務時間為每週七天，每天 24 小時。（聽力語言殘障服務專線 TTY 1-877-486-2048）。

第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權投訴

如果我們終止您在我們計劃的會員資格，我們必須以書面方式告訴您我們終止您的會員資格的理由。我們還必須說明您如何就我們終止您會員資格的決定提出申訴或提出投訴。

第十一章：

法律通知

第 1 節 關於管轄法規的通知

適用於本承保證書的主要法律是社會安全法案第十八條款和聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，簡稱 CMS）依據社會安全法案所頒佈的法規。此外，可能適用其他聯邦法律以及（在某些情況下）您所居住的州的法律。即使本文件未包含或說明這些法律，仍可能影響您的權利和責任。

第 2 節 有關反對歧視的通知

我們不因為下列情形歧視他人：人種、族裔、原國籍、膚色、宗教、性徵、性別、年齡、性傾向、精神或身體殘障、健康狀況、費用申報經歷、醫療記錄、遺傳基因資訊、可保性證據，或在服務地區內所處地理位置。所有像我們的計劃一樣提供老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃的機構均須執行聯邦反對歧視的法律，包括 1964 年民權法案第六款、1973 年復健法案、1975 年年齡歧視法案、殘障美國人法案、可承擔健保法案第 1557 章節以及所有其他適用於獲得聯邦資助的機構的法律，及其他任何由於任何其他原因適用的法律與規定。

如果您需要有關歧視或不公平對待的資訊或對此有所疑慮，請致電（美國）衛生部民權辦公室，電話號碼 1-800-368-1019（聽力語言殘障服務專線 TTY 1-800-537-7697），亦可致電您當地的民權辦公室。您也可以（美國）衛生部民權辦公室網站上檢閱資訊，網站是 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>。

如果您有殘障需要協助就醫，請致電我們的會員服務部。如果您要投訴，諸如有關輪椅通道等問題，會員服務部能夠幫忙。

第 3 節 有關老人醫療保險第二付款方代位權利的通知

老人醫療保險不是老人醫療保險承保服務的主要付款人，我們有權利與責任追收其費用。根據聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，簡稱 CMS）法規 42 CFR 第 422.108 與 423.462 節的條款，第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）作為老人醫療保險 Medicare Advantage 機構，將行使與衛生部長依據 CMS 規章 42 CFR 章 411 項 B 分項至 D 分項的規定所行使的相同追收費用權利，CMS 規章的這些規定如與任何州法不符，概以 CMS 的規定為準。

第十二章：

重要詞彙定義

門診手術中心 — 門診手術中心是以專門為無需住院、並且在手術中心停留時間不超過 24 小時的病人提供門診手術服務為目的而營運的實體。

年度註冊期 – 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日，會員在此期間可以更換其保健計劃或藥物計劃或轉回傳統老人醫療保險。

上訴 – 如果您不同意我們的決定，即駁回醫療護理服務或處方藥承保要求或拒絕支付您已經接受的服務或處方藥之費用，您可以提出上訴。如果您不同意我們終止您正在接受的服務的決定，您亦可提出上訴。

差額賬單 (Balance Billing) — 指服務提供者（例如醫生或醫院）向病人開具超出本計劃容許分攤費用金額的賬單。作為第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）的會員，在接受我們的計劃所承保的服務時您只需支付我們計劃規定的分攤費用金額。我們不允許服務提供者開立**差額賬單**或向您收取超過計劃規定應支付的分攤費用。

福利期 – 福利期從您入住一家醫院或專業護理設施開始，到您出院時結束。如果在一個福利期終止之後您再次前往醫院或專業護理設施，則開始一個新的福利期。福利期的數目沒有限制。

生物製劑 — 以天然與生物來源（例如動物細胞、植物細胞、細菌或酵母）所製成的處方藥。生物製劑比其他藥物更為複雜，而且無法精確複製，因此替代形式稱為生物相似性藥品。（亦請參閱「**原始生物製劑**」及「**生物相似性藥品**」）。

生物相似性藥品 – 非常類似但並非相同於原廠生物製劑的處方藥。生物仿製藥與原始生物製劑一樣安全有效。某些生物相似性藥品可在藥房替代原始生物製劑，而不需要新的處方（請參閱「**可替換的生物相似性藥品**」）。

原廠藥 – 由原始研究與開發的藥廠生產與銷售的處方藥物。原廠藥與副廠版本的該藥物具有同樣的有效成份配方。但是副廠藥是由其他廠商生產與銷售，並且只能在原廠藥的專利失效之後方可生產。

災難承保階段 – D 部份藥物福利的一個階段，在您（或代表您的其他符合條件團體）於承保年度內已經支付 D 部份承保藥物費用達\$2,000 之後開始。在這一付款階段，您無需為 D 部份承保藥物支付任何費用。

聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, 簡稱 CMS) – 負責管理老人醫療保險的聯邦機構。

長期護理特殊需要計劃-C-SNP 是僅限罹患一種或多種嚴重或失能慢性疾病之 MA 合格人士註冊的 SNP，根據 42 CFR 422.2 所定義，包括根據 42 CFR 422.4(a)(1)(iv)所規定之多種常見共病症與臨床相關疾病分類所限制的註冊。

共同保險 – 您必須支付的金額，以百分比（例如 20%）表示，是您支付自付扣除金之後，您應分攤的服務和處方藥物部分費用。

合計自付費用最高限額 — 這是您為網絡內（首選）服務提供者和網絡外（非首選）服務提供者在一年內提供的所有 A 部分與 B 部分服務支付的最高金額。

投訴—投訴的正式名稱是**提出申訴**。只有某些類別的問題可以使用投訴程序。這其中包括護理品質、等待時間與您所接受的客戶服務等相關的問題。也包括對於您的計劃未遵守上訴程序期限的投訴。

綜合門診復健設施（CORF） – 主要提供病後或傷後復健服務的設施，包括物理治療、社工、心理治療服務、呼吸系統疾病治療、職業治療、語言治療服務及居家環境評估服務等。

定額手續費– 您可能必須支付的金額，作為對醫生門診、醫院門診或處方藥等醫療服務或醫療用品的分攤費用。定額手續費是固定金額（例如\$10），而不是百分比。

分攤費用 – 分攤費用是指會員在接受藥物或服務時必須支付的金額。分攤費用包括下列三類付款的任何組合：（1）計劃規定服務或藥物獲得承保之前，會員可能要支付的任何自付扣除金數額；（2）在接受特定服務或藥物時計劃規定的任何固定的定額手續費金額；或（3）在接受特定服務或藥物時計劃規定的任何共同保險金額，亦即為服務或藥物支付的總金額的百分比。

分攤費用層級 — 本計劃藥物目錄上的每一種藥物分別屬於其中一個費用分攤層級。一般來說，分攤費用層級越高，您支付的藥物費用也越高。

承保裁決 – 對於計劃是否承保為您開立的處方藥物，以及您必須為處方支付多少金額（若有）的決定。一般來說，如果您持處方前往一家藥房，而該藥房告訴您該處方藥物您的計劃不予承保，這不是一種承保裁決。您必須致電或寫信給您的計劃要求對承保作出正式裁決。承保裁決在本文件中稱作**承保決定**。

承保藥物 — 是我們用來指稱計劃所承保的所有處方藥物的用語。

承保服務 — 我們在本承保證書中用來指稱我們計劃承保的所有醫療護理服務與用品的用語。

可替代處方藥承保 — 預期承保平均至少相當於老人醫療保險標準處方藥承保的處方藥承保（例如僱主或工會提供的保險）。在符合老人醫療保險資格時有此類承保的人士一般均可保留該承保，如果他們後來決定參加老人醫療保險處方配藥承保也無需支付罰款。

起居照顧護理 – 起居照顧護理屬於個人護理，當您不需要專業醫療護理或專業護士護理時，由安養院、安寧照護或其他設施提供。起居照顧護理，可由不具備專業技能或未經專業培訓的人士提供，包括幫助洗澡、穿衣、進食、臥床或起床、坐下或站起來、走動與如

廁等日常生活中的活動。起居照顧護理可能還包括大多數人自己操作的保健相關護理，例如點眼藥水等。老人醫療保險不會支付起居照顧護理的費用。

每天分攤費用費率（Daily cost-sharing rate） — 某些藥物如果您的醫生開具少於整月用量，而您必須支付定額手續費，也許可以適用每天分攤費用費率。每天分攤費用費率是將定額手續費除以一個月用量的天數。舉例說明如下：如果您一個月藥物用量的定額手續費是\$30，而您的計劃一個月的用量為 30 天，那麼您的「每天分攤費用費率」便是每天\$1。

自付扣除金 — 在我們的計劃付款之前，您必須為醫療護理或處方藥支付的金額。

退出計劃 — 終止您在我們計劃的會員資格的程序。

配藥手續費 — 每次配發一種承保藥物時收取並用以支付按處方領藥之費用的一項收費，例如藥師為處方配藥及包裝所花費的時間。

雙重資格特殊需要計劃（D-SNP） — 註冊參加雙重資格特殊需要計劃的人士，是有權使用老人醫療保險（社會安全法案第 XVIII 條）及州計劃按照醫療補助提供的醫療協助（第 XIX 條）者。各州會承保部分老人醫療保險的費用，取決於各州及個人是否符合資格。

長期使用的醫療器材（DME） — 由您的醫生因醫學理由為您訂購某些醫療器材。例子包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸注泵、語音輸出裝置、氧氣裝置、噴霧器或由服務提供者醫囑在居家使用的醫院床。

急診 — 醫療急診是當您（或其他對醫療與保健只有一般知識的任何審慎的外行人）認為您有症狀且必須立即就醫以防止失去性命（以及，如果您是孕婦，則是失去未出生的小孩）、失去肢體或喪失肢體功能，或是喪失身體功能或嚴重受損。症狀可能是生病、受傷、劇痛或者急劇惡化的病情。

急診護理 — 符合下列情況的承保服務：（1）由符合資格提供急診護理的服務提供者提供，以及（2）為治療、評估或穩定緊急醫療狀況所必需。

承保證書（EOC）與資料披露資訊 — 指本文件以及您申請加入計劃時的表格及其他任何附件、附加條款或其他自選承保，這些文件解釋您的承保、我們應該怎麼做、以及您作為我們計劃會員應該做的事項。

例外處理 — 一種承保決定，如果獲得核准，則您可以取得處方藥一覽表上未包含的藥物（處方藥一覽表例外項目），或支付較低層級的分攤費用取得非首選藥物（分級例外處理）。如果本計劃要求您先試用其他藥物然後再使用您所要求的藥物，或本計劃要求使用某種藥物的事前授權而您希望我們免除標準限制，或本計劃對您所要求的藥物有數量或劑量限制，您也可以要求作出例外處理（處方藥一覽表例外項目）。

「額外補助」 — 老人醫療保險的一項計劃，幫助收入與經濟來源有限的人士支付其老人醫療保險處方配藥計劃費用，諸如保費、自付扣除金與共同保險等。

副廠藥 – 得到美國食品與藥物管理局（FDA）核准為與原廠藥具有同樣有效成份的處方藥物。一般來說，副廠藥與原廠藥的作用完全相同，但是費用一般比較低廉。

申訴 — 您對我們或我們的網絡醫療服務提供者或藥房提出的一種投訴，包括有關醫療品質的投訴。這不涉及承保或付款糾紛。

家庭健康助理 – 提供個人照顧服務（例如洗澡、如廁、穿衣或進行醫囑規定的運動）的人員，不需要執照護理師或治療師的技能。

安寧護理 – 為經醫學證明患有絕症（即預期壽命為六個月或更短）的會員提供特殊治療的福利。我們、我們的計劃必須為您提供您的地理區域內善終護理設施名單。如果您選擇安寧照護並且繼續支付保費，您仍然是我們計劃的會員。您仍然可以獲得所有醫療上必需的服務以及我們所提供的附加福利。

住院留醫 – 您正式入住醫院以獲得專業醫療服務。即使您已經在醫院留醫一夜，您可能仍然被視為門診病人。

與收入相關的月費調整數額（Income Related Monthly Adjustment Amount，簡稱 IRMAA） – 如果您兩年前遞交國稅局的稅表上修改調整後的總收入高於某金額，您將需要支付標準保費金額以及與收入相關的月費調整數額，也稱作 IRMAA。IRMAA 是增加至您保費的額外費用。享有老人醫療保險的人當中只有不到 5% 的人受到影響，所以大多數人都無需支付較高的保費。

獨立醫生協會（IPA） – 由獨立醫療執業者所組織並擁有的協會。請參考第一章第 6 節（請隨時更新您的計劃會員記錄）。

初始承保階段 – 這是您的年度自付費用尚未達到自付費用金額門檻之前的階段。

初始註冊期 – 在您首次符合資格參加老人醫療保險時，您可以註冊參加老人醫療保險 A 部分及 B 部分的期間。如果您是在年滿 65 歲的時候符合資格參加老人醫療保險，您的初始註冊期為期七個月，從您年滿 65 歲月份之前的三個月開始，包括您年滿 65 歲的月份，到您年滿 65 歲月份之後三個月終止。

可替換的生物相似性藥品 — 一種可在藥房中作為原始生物製劑替代品使用的生物相似性藥品，無需新的處方，因為其符合自動替代之可能性的額外要求。藥局的自動替換需受州法律約束。

承保藥物目錄（處方藥一覽表或藥物目錄） – 本計劃承保的處方藥物目錄。

低收入補貼（LIS） — 參見「額外補助」。

製藥廠商折扣計劃 — 根據此計劃，藥物製造商為承保的 D 部分原廠藥和生物製劑支付計劃全額費用的一部分。折扣根據聯邦政府與製藥廠商達成的協議提供。

自付費用最高限額 – 在日曆年內，您為網絡內承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。您為處方藥物支付的金額未計入自付費用最高限額。

醫療補助（或醫療援助）（Medicaid or Medical Assistance） — 為聯邦與州的聯合計劃，旨在幫助收入低、經濟來源有限的人士處理醫療費用問題。各州的醫療補助計劃不盡相同，但是如果您同時符合老人醫療保險與醫療補助的資格，則您的大部份醫療護理費用都會獲得承保。

醫學上所接受的引證 — 使用經美國食品與藥物管理局核准或獲特定參考資料（例如美國醫院處方集服務藥物資訊及 Micromedex DRUGDEX 資訊系統）支持的藥物。

醫療上所必需 – 為預防、診斷或治療您的病症所必需並符合醫學實務公認標準的服務、用品或藥物。

老人醫療保險 – 專門為年滿 65 歲的人士、65 歲以下有某些殘障的人士以及患有末期腎病（一般是患有永久腎衰竭需要腎臟透析或腎臟移植）的人士提供的聯邦醫療保險計劃。

老人醫療保險 Medicare Advantage 開放註冊期（Medicare Advantage Open Enrollment Period） – 本期間自 1 月 1 日至 3 月 31 日，老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃成員可以取消其計劃的註冊並變更至另一 Medicare Advantage 計劃，或透過傳統老人醫療保險獲得承保。如果您選擇在此期間轉到傳統老人醫療保險，您亦可在此時參加另一項老人醫療保險處方藥物計劃。個人首次符合老人醫療保險資格的前三個月也適用老人醫療保險 Medicare Advantage 開放註冊期。

老人醫療保險 Medicare Advantage（MA）計劃 – 有時也稱為老人醫療保險 C 部分。與老人醫療保險簽約的私營公司提供的一種計劃，為您提供老人醫療保險所有 A 部分與 B 部分福利。老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃可以是 i) 管理式保健機構計劃（HMO）；ii) 精選服務提供者計劃（PPO）；iii) 私營按服務收費計劃（PFFS）或 iv) 老人醫療保險醫療費用儲蓄帳戶（MSA）計劃。除了從這些類型的計劃選擇以外，老人醫療保險 Medicare Advantage 的管理式保健機構或精選服務提供者計劃也可以作為特殊需要計劃（SNP）。在大多數情況下，老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃也會提供老人醫療保險 D 部分（處方配藥承保）。這些計劃稱為「**附帶處方藥承保的老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃**」。

老人醫療保險護理費用公平償付計劃（Medicare Cost Plan） — 老人醫療保險護理費用公平償付計劃是由管理式保健機構（Health Maintenance Organization，簡稱 HMO）或競爭醫療計劃（Competitive Medical Plan，簡稱 CMP）根據社會安全法案 1876(h) 條款費用償付合約營運的計劃。

老人醫療保險承保服務 – 由老人醫療保險 A 部分及 B 部分所承保的服務。所有老人醫療保險健保計劃皆必須承保由老人醫療保險 A 部分及 B 部分承保的全部服務。老人醫療保險承保服務一詞並不包括額外福利，例如老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃可能提供的視覺、牙科或聽覺服務。

老人醫療保險健保計劃 – 老人醫療保險健保計劃是與老人醫療保險簽約的私營公司提供的一種計劃，為享有老人醫療保險並註冊參加計劃的人提供所有的 A 部分與 B 部分福利。此一用語涵蓋老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃、老人醫療保險護理費用公平償付計劃（Medicare Cost Plan）、特殊需要計劃、示範／試驗計劃及耆老全面護理計劃（PACE）。

老人醫療保險限額收費（Medicare Limiting Charge） — 限額收費是非參加計劃（網絡外）的服務提供者在老人醫療保險的核准金額之外，可以收取的的額度。這些服務提供者接受老人醫療保險，但不接受老人醫療保險核准的醫療護理服務金額作為費用全額。限額收費最高為老人醫療保險核准金額的 15%。

老人醫療保險處方配藥承保（老人醫療保險 D 部分） — 幫助支付老人醫療保險 A 部分或 B 部分不予承保的門診處方藥、疫苗、生物製品及某些用品費用的保險。

Medigap 補缺保險（老人醫療保險輔助保險）保單—私營保險公司出售的老人醫療保險補充保險，旨在填補傳統老人醫療保險的承保缺口。Medigap 補缺保險只能與傳統老人醫療保險一起使用。（老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃不是 Medigap 補缺保險。）

會員（我們計劃的會員或計劃會員） — 享有老人醫療保險的人，不但有資格獲得承保服務、已註冊參加我們的計劃，而且其註冊狀態已獲得聯邦老人醫療保險與醫療補助服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services，簡稱 CMS）確認。

會員服務部 – 我們計劃的部門之一，專門負責回答有關會員資格、福利、申訴與上訴等方面的問題。

網絡藥房 – 與我們的計劃簽訂合約的藥房，會員可以從那裡取得處方藥福利。大多數情況下，您唯有到我們其中一間網絡藥房按處方領藥方可獲得承保。

網絡內服務提供者 — **服務提供者**是一個統稱，指的是擁有執照，或經老人醫療保險以及州政府認證，可提供醫療保健服務的醫生、其他醫療護理專業人士、醫院及其他醫療護理設施。**網絡內服務提供者**與我們的計劃簽訂協議，接受我們的付款作為全部付款，在某些情況下為我們計劃的會員協調以及提供承保服務。網絡內的服務提供者也稱作計劃的服務提供者。

機構裁決 – 我們的計劃對用品或服務是否獲得承保，或者您應該為承保用品或服務支付多少費用做出的決定。機構認定在本文件稱為承保決定。

原始生物製劑 — 一種已獲美國食品與藥物管理局（FDA）核准的生物製劑，製藥廠商生產生物相似性藥品時可以將其作為比較，也稱為參考產品。

傳統老人醫療保險（或按服務收費老人醫療保險） — 傳統老人醫療保險由政府提供，而不是由老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃與處方藥計劃一類私人健保計劃所提供。在傳統老人醫療保險，老人醫療保險的服務透過向醫生、醫院與其他醫療護理服務提供者支

付國會規定的付款數額予以承保。您可以到任何接受老人醫療保險的醫生、醫院或其他醫療護理服務提供者處就診。您必須支付自付扣除金。老人醫療保險支付該計劃核准費用中其應該支付的份額，您則支付您自己應該分攤的份額。傳統老人醫療保險有兩個部分：A 部分（醫院保險）與 B 部分（醫療保險），在全美各地均有提供。

網絡外藥房 — 與我們的計劃未簽訂合約以利協調或提供承保藥物給計劃會員的藥房。您從網絡外藥房購買的藥物大多數都不能獲得我們計劃的承保，除非適用某些特別情況。

網絡外服務提供者或網絡外設施 — 未與我們計劃簽約以協調或提供計劃會員承保服務的服務提供者或設施。網絡外服務提供者是非由我們的計劃僱用、擁有或經營的服務提供者。

自付費用 — 見上文有關分攤費用的定義。會員必須為服務或藥物分攤部分費用的規定，亦稱作會員自付費用規定。

自費費用門檻 — 您為 D 部分藥物所支付的自付費用上限。

耆老全面護理計劃（PACE plan） — 耆老全面護理計劃（Program of All-Inclusive Care for the Elderly，簡稱 PACE）將醫療、社工、與長期服務合而為一，專為身體虛弱的人士提供，幫助他們保持獨立，並儘可能延長在社區生活的時間（而不是住進安養院）。註冊 PACE 計劃的人透過本計劃接受老人醫療保險與醫療補助的福利。

C 部分 — 參閱老人醫療保險 Medicare Advantage（MA）計劃。

D 部分 — 自願參加的老人醫療保險處方藥福利計劃。

D 部分藥物 — 可以獲得 D 部分承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部分藥物。某些類別的藥物被國會自 D 部分藥物承保中排除。而某些類別的 D 部分藥物則是每個計劃都必須承保。

D 部分延緩註冊罰款 — 如果在您首次符合資格加入 D 部分計劃後連續 63 天以上沒有可替代承保（預期平均支付至少相當於老人醫療保險標準處方藥承保的承保），您每月的老人醫療保險處方配藥承保保費需要額外增加的金額。

優選醫生計劃（Preferred Provider Organization (PPO) Plan） — 優選醫生計劃老人醫療保險 Medicare Advantage 計劃之一，其網絡內的簽約服務提供者均同意以特定的付款金額為計劃的會員提供治療。優選醫生計劃必須承保所有的計劃福利，無論這些福利是由網絡內服務提供者提供還是由網絡外服務提供者提供。如果計劃的福利由網絡外的服務提供者提供，會員的分攤費用一般會較高。優選醫生計劃對於您從網絡內（優先）服務提供者處接受的服務的自付費用設有年度限額，對您從網絡內（優先）與網絡外（非優先）服務提供者處接受的服務合併年度自付費用總額設有較高的限制。

保費 — 為了得到醫療或處方藥承保須定期向老人醫療保險、保險公司或醫療護理計劃支付的款項。

主治醫生（PCP） — 您的主治醫生是您遇到大多數健康問題時，首先去看的醫生或其他服務提供者。在許多老人醫療保險健保計劃，您必須先看您的主治醫生，而後才能看其他的醫療護理提供者。

事前授權 — 預先核准以取得服務或某些藥物。在 PPO（精選服務提供者計劃）網絡中，部分網絡內醫療服務只有在您的醫生或其他網絡服務提供者向我們計劃取得事前授權才予以承保。在 PPO（精選服務提供者計劃），您不需要事前授權以取得網絡外服務。不過，您可能希望從網絡外服務提供者處取得服務之前向我們確認，以證實您的計劃承保該服務，以及您需負擔的分攤費用金額。需要事前授權的承保服務在第四章的福利圖表中作了標注。需要事前授權的承保藥物會標示在處方藥一覽表中，而我們的標準則會公布在我們的網站上。

義肢與矯形用具 — 包括但不限於下列醫療器材：手臂、背脊與頸項支撐架、假肢、假眼及需要用以取代人體內部部位或功能的裝置，包括造口用品與腸道吸收和不經腸道吸收的醫學營養治療等。

品質改進組織（QIO） — 由聯邦政府聘用的執業醫生及其他醫療護理專家組成的小組，負責檢查與改善為享有老人醫療保險的病人提供的醫療護理。

數量限制 — 出於品質、安全或使用情況等原因而設計，用以限制使用特定藥物的管理手段。限制針對的可能是每次處方我們所承保的數量或一定時間之內的數量。

復健服務 — 這些服務包括物理治療、語言治療及職能治療。

「即時福利工具」 — 註冊會員可以查詢完整、精確、及時、臨床上適當、註冊者特定的處方藥一覽表與福利資訊的入口網站或電腦應用程式。此包括分攤費用金額、可以用於相同疾病做為指定藥物的處方藥一覽表替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事前授權、循序用藥或數量限制）。

復健服務 — 這些服務包括物理治療、語言治療及職能治療。

服務地區 — 您必須居住在某個地理區域，才能加入特定健保計劃。對於限制您可以使用哪些醫生與醫院的計劃來說，這一般也是您可以取得例行性（非急診）服務的地區。如果您永久遷出計劃的服務地區，則計劃必須將您退保。

專業護理設施（SNF）護理 — 在專業護理設施每天不間斷提供的專業護士護理與復健服務。護理的例子包括只能由註冊護士或醫生施行的物理治療或靜脈注射等。

特別註冊期 — 指定的一段時間，會員在此期間可以更換其健保計劃、藥物計劃或轉回傳統老人醫療保險。您可能符合條件獲得特別註冊期的情形包括：如果您遷離服務地區、如果您獲得「額外補助」支付您的處方配藥費用、如果您住進安養院或者如果我們違背了我們與您簽訂的合約。

漸進式療法 — 一種管理使用情況的手段，要求您必須先試用另外一種藥物來治療您的症狀，然後我們才能承保您的醫生當初開立處方的藥物。

社會安全低收入生活補助（SSI） – 社會安全局每月向低收入與資源有限的殘障、視障或 65 歲以上人士支付的福利。SSI 福利並非社會安全福利。

急需的服務 — 如果您暫時不在計劃服務地區內，或根據您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理，則需要立即就醫但非急診的計劃承保服務即為急需的服務。急需的服務例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病況意外發作。但是，即使您不在計劃的服務地區內或計劃網絡暫時無法提供服務，醫療上所必需的例行醫療服務提供者門診（例如年度檢查）也不會被視為急需的服務。

第一保健特選專享計劃（精選服務提供者計劃）會員服務部

聯絡方式	會員服務部 — 聯絡資訊
致電	(833) 350-2910 這是免費撥打的電話號碼。 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五 會員服務部還可為不講英語的人士提供免費口譯服務。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	(888) 542-3821 此電話號碼需要使用特殊的電訊設備，只供有聽力或語言困難的人士使用。 這是免費撥打的電話號碼。 上午 8 時至晚上 8 時：服務時間為 10 月至 3 月每週七天；4 月至 9 月為週一至週五
寫信	Healthfirst Medicare Plan Member Services P.O. Box 5165 New York, NY 10274-5165
網站	zh.healthfirst.org/signature-plan-ppo

醫療保險資訊、諮詢與協助計劃 (HIICAP) (紐約州 SHIP)

HIICAP 是從聯邦政府取得報酬，專門為享有老人醫療保險福利的人士免費提供當地健康保險諮詢的州政府計劃。

聯絡方式	聯絡電話
致電	1-800-701-0501
寫信	拿索郡： Nassau County Department of Senior Citizen Affairs 60 Charles Lindbergh Boulevard, Suite #260 Uniondale, NY 11553-3691 seniors@hhsnassaucountyny.us 紐約市： New York City Department for the Aging Office of Public Affairs 2 Lafayette Street New York, NY 10007 nyc.gov/html/mail/html/mailedfta.html

聯絡方式	聯絡電話
	羅克蘭郡： Rockland County Office for the Aging 50 Sanatorium Road, Bldg. B Pomona, NY 10970 http://rocklandgov.com/contact-us/ 薩佛郡： Office for the Aging H. Lee Dennison Building 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099 aging.office@suffolkcountyny.gov 威徹斯特郡： Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550-3414 https://seniorcitizens.westchestergov.com/senior-programs-and-services/contact-us
網站	aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

減少文書法案公開聲明：根據 1995 年減少文書法案，除非文書顯示有效的聯邦管理與預算辦公室（OMB）控制號碼，否則任何人均無需對收集資訊的要求作出回應。本資訊收集文書的有效 OMB 控制號碼為 0938-1051。如果您有改進本表格的意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

反歧視通知

第一保健遵守適用的聯邦民權法律規定。**第一保健**不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥或差別待遇任何人。

第一保健提供下列服務：

- 免費的協助與服務，讓殘障人士能有效地與我們溝通，例如：
 - 符合資質的手語翻譯員
 - 其他形式的書面資訊（大字印本、音頻、可獲取的電子形式與其他形式）
- 為主要語言不是英語的人士提供免費的語言服務，例如：
 - 符合資質的口譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請給**第一保健**來電，電話號碼是**1-866-305-0408**。
如需聽力語言殘障TTY服務，請致電**1-888-542-3821**。

如果您認為**第一保健**並未為您提供這些服務或因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而對您有差別待遇，您可以下列方式向**第一保健**提出申訴：

- **郵寄**：Healthfirst Member Services, P.O.Box 5165, New York, NY, 10274-5165
- **電話**：1-866-305-0408（如需聽力語言殘障TTY服務，請致電1-888-542-3821）
- **傳真**：1-212-801-3250
- **親自前來**：來訪第一保健社區辦公室；可透過 [Healthfirst.org/CommunityOffices](https://www.healthfirst.org/CommunityOffices) 查看服務時間與地點

您也可以透過下列方式向美國衛生部（U.S. Department of Health and Human Services）的民權辦公室（Office for Civil Rights）提出民權投訴：

- **上網**：民權辦公室投訴網站（Office for Civil Rights Complaint Portal），
網址是 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **郵寄**：U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
投訴表格可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 獲得
- **電話號碼**：1-800-368-1019（聽力語言殘障服務專線TTY 1-800-537-7697）

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-305-0408. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-305-0408. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-866-305-0408。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-305-0408。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-305-0408. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-305-0408. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-305-0408 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-305-0408. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-305-0408번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-305-0408. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-305-0408. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-305-0408 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-305-0408. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-305-0408. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-305-0408. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-305-0408. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-305-0408にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Healthfirst Medicare Plan

P.O. Box 5165

New York, NY 10274-5165

1-833-350-2910

TTY 1-888-542-3821

(聽力語言殘障服務專線)

每週七天，每天上午8時至晚上8時（十月至三月）

週一至週五，上午8時至晚上8時（四月至九月）