承保證書
2026

UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)

myUHC.com/CommunityPlan

免付費電話 **1-800-514-4912**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**
上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

United Healthcare®

Y0066_EOC_H3387_014_001_2026_C CT

2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

2026 年承保證書

您身為本計劃會員享有的聯邦醫療保險健康福利和服務以及配藥承保

本文件提供 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日聯邦醫療保險健康和配藥承保的詳情。

這是一份重要的法律文件。請存放在安全的地方。

本文件說明您的福利和權利。請使用本文件來瞭解：

- 本計劃保費和分攤費用
- 我們的醫療和配藥福利
- 不滿意某項服務或治療時如何提出投訴
- 如何與我們聯絡
- 聯邦醫療保險法律規定的其他保障

如有關於本文件的疑問，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。服務時間為上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。這是免付費電話。

本 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 計劃透過聯合健康保險公司或其關聯機構之一提供保險。(本**承保證書**中提及「我們」或「本公司」時，指的是聯合健康保險，提及「計劃」或「本計劃」時，指的是 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。)

聯合健康保險不會因為種族、膚色、原國籍、性別、年齡或殘疾而在健康方案和活動中歧視任何人。

聯合健康保險提供免費服務以協助您與我們溝通。例如：其他語言版本、盲人點字、大字體、語音內容，或者，您可申請口譯員。如需其他資訊，請聯絡我們的客戶服務部，電話號碼 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。服務時間為上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-800-514-4912 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-800-514-4912, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

福利、保費、自付扣除金和 / 或定額手續費 / 共同保險將可能於 2027 年 1 月 1 日變更。

我們的處方藥一覽表、藥房網絡和醫療護理提供者網絡可能會隨時變更。您會在可能影響您的任何變更生效前，至少提前 30 天收到通知。

2026 年承保證書
目錄

第 1 章： **會員入門指引 5**
第 1 節 您是 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會員 5
第 2 節 計劃資格規定 6
第 3 節 重要會籍資料 8
第 4 節 重要費用概覽 10
第 5 節 您的計劃月費詳情 16
第 6 節 讓本計劃會籍紀錄保持最新狀態 17
第 7 節 其他保險和本計劃一起運作的方式 18

第 2 章： **電話號碼和資源 20**
第 1 節 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 聯絡資訊 20
第 2 節 取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的協助 25
第 3 節 州政府健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 26
第 4 節 品質改進組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 27
第 5 節 社會安全局 27
第 6 節 醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 28
第 7 節 幫助民眾支付處方配藥費用的方案 31
第 8 節 鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) 33
第 9 節 如果您有僱主提供的團體保險或其他健康保險 34

第 3 章： **使用本計劃取得醫療服務 35**
第 1 節 本計劃會員如何取得醫療護理 35
第 2 節 使用網絡醫療護理提供者和網絡外醫療護理提供者取得醫療護理 36
第 3 節 遇到緊急狀況、災難或需要緊急護理時如何取得服務 39
第 4 節 如果您直接收到承保服務全額費用的帳單怎麼辦？ 41
第 5 節 臨床研究中的醫療服務 41
第 6 節 在「宗教性非醫療健康護理機構」取得護理的規則 42
第 7 節 耐用醫療器材的所有權規則 43

第 4 章： 醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用) 45
第 1 節 瞭解您承保服務的自付費用 45
第 2 節 醫療福利表會列出您的醫療福利和費用 46
第 3 節 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 以外的承保服務 92
第 4 節 不屬於本計劃承保範圍的服務 (不予承保項目) 92

第 5 章： 使用計劃 D 部份配藥承保 98
第 1 節 本計劃 D 部份配藥承保的基本規則 98
第 2 節 在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務購買您的處方配藥 98
第 3 節 您的藥物必須在本計劃的藥物清單上 101
第 4 節 有承保限制規定的藥物 103
第 5 節 如果您有一種藥物不是按您想要的方式取得承保怎麼辦 105
第 6 節 我們的藥物清單可能會在年度期間變更 107
第 7 節 我們不承保的藥物類型 108
第 8 節 如何購買處方配藥 109
第 9 節 特殊情況的 D 部份配藥承保 110
第 10 節 藥物安全和藥物管理方案 111

第 6 章： 您需為 D 部份藥物支付的費用 113
第 1 節 您需為 D 部份藥物支付的費用 113
第 2 節 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會員的藥物付款階段 115
第 3 節 您的 D 部份福利解說 (Explanation of Benefits, EOB) 會說明您在哪個付款階段 115
第 4 節 自付扣除金階段 116
第 5 節 初始承保階段 116
第 6 節 重額承保階段 121
第 7 節 額外福利資訊 121
第 8 節 您需為 D 部份疫苗支付的費用 122

第 7 章： 要求我們為承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用 124
第 1 節 您應要求我們為承保服務或藥物支付我們應分攤費用的情況 124
第 2 節 如何要求我們償還您或支付您所收到帳單的費用 127
第 3 節 我們會考慮您的付款要求並表示同意或拒絕 127

第 8 章： 您的權利和責任 128
第 1 節 本計劃必須尊重您的權利和文化背景 128
第 2 節 您身為本計劃會員的責任 138

第 9 章： 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 139
第 1 節 如果您有問題或疑慮怎麼辦 139
第 2 節 哪裡可以取得更多資訊和個人化的協助 139
第 3 節 應使用何種流程處理您的問題 140
第 4 節 處理與您的聯邦醫療保險福利有關的問題 141
第 5 節 承保決定和上訴指南 141
第 6 節 醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴 143
第 7 節 D 部份藥物：如何要求承保決定或提出上訴 149
第 8 節 如果您認為您過早出院，如何要求我們承保更長的住院期間 158
第 9 節 如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務 162
第 10 節 將您的上訴進一步提交至層級 3、4 和 5 165
第 11 節 如何提出與護理品質、等待時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴 167
第 12 節 處理與您的醫療補助福利有關的問題 169

第 10 章： 終止本計劃會籍 173
第 1 節 終止您的本計劃會籍 173
第 2 節 您何時可終止您的本計劃會籍？ 173
第 3 節 如何終止您的本計劃會籍 176
第 4 節 直到您的會籍終止前，您都必須繼續透過本計劃取得醫療用品、服務和藥物 177
第 5 節 在特定情況下我們必須終止本計劃會籍 177

第 11 章： 法律通知 179
第 1 節 準據法通知 179
第 2 節 不歧視通知 179
第 3 節 聯邦醫療保險次要支付者代位權通知 179
第 4 節 第三方責任和代位權 180
第 5 節 會員責任 180

第 6 節 聯邦醫療保險承保的服務必須符合合理必需規定 180
第 7 節 不重複汽車、意外或責任險承保的福利 181
第 8 節 超出我們控制範圍的行為 181
第 9 節 合約醫療護理提供者和網絡醫院是獨立承包商 181
第 10 節 技術評估 181
第 11 節 會員聲明 182
第 12 節 索取資訊 182
第 13 節 2026 年計劃參加者詐欺和濫用通訊 182
第 14 節 承保決定的承諾 183
第 15 節 健身計劃條款與條件 183

第 12 章： 定義 187

第 1 章：
會員入門指引

第 1 節 您是 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會員

第 1.1 節 您參加註冊的是 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)，是聯邦醫療保險特殊需求計劃

您享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩種承保：

- **聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)** 是專為年滿 65 歲、某些未滿 65 歲的殘疾人士和末期腎病 (腎衰竭) 患者提供的聯邦政府健康保險計劃。
- **醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)** 是聯邦和州政府的聯合方案，協助某些收入和資源有限的民眾支付醫療費用。醫療補助承保會因不同的州和您有的醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 類型而有差異。有些享有醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的民眾可取得協助來支付其聯邦醫療保險保費和其他費用；有些民眾也能取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不承保的額外服務和配藥承保。

您已選擇透過我們的 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 計劃取得聯邦醫療保險健康護理和配藥承保。本計劃承保所有 A 部份和 B 部份服務。不過，本計劃的分攤費用和醫療護理提供者使用方式與傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 不同。

UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 是專門的 Medicare Advantage 計劃 (一種聯邦醫療保險特殊需求計劃)，意思是計劃福利是為有特殊健康護理需求的民眾所設計。UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 是為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 且有權取得醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 協助的民眾所設計。

因為您自醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 取得補助來支付聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份分攤費用 (自付扣除金、定額手續費和共同保險)，您可能不需為聯邦醫療保險服務支付任何費用。醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 也可能透過承保聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 通常不承保的健康護理服務和處方配藥而提供其他福利。您也會取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的「額外補助」(Extra Help)，幫助您支付聯邦醫療保險藥物的費用。UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會協助您管理所有這些福利，讓您能得到有權取得的健康服務和付款補助。

UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 是經聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准並由私營公司經營且包含定點服務 (Point-of-Service, POS) 選項的 Medicare Advantage HMO 計劃 (HMO 的意思是管理式健康保險機構)。「定點服務」是指您可以使用計劃網絡以外的醫療護理提供者，但須支付額外費用。(請參閱第 3 章第 2.3 節，查詢有關使用定點服務選項的資訊。) 和所有的 Medicare Advantage 計劃一樣，本聯邦醫療保險特殊需求計劃已取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准。本計劃也與 New York 醫療補助方案簽有合約以協調您的醫療補助福利。我們很榮幸能為您提供聯邦醫療保險承保，包括配藥承保。

第 1.2 節 承保證書的法律資訊

本**承保證書**屬於我們與您簽訂合約的一部份，內容是關於 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 如何承保您的護理。本合約的其他部份包括您的參加註冊表、**承保藥物清單 (處方藥一覽表)**，以及我們寄送給您關於影響您承保的任何承保變更或條件變更通知。這些通知有時稱為「附約」或「修正」。

合約有效期間為 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期間您參加註冊本計劃的月份。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 允許我們可以在每日曆年度對所提供的計劃進行變更。意思是我們可以在 2026 年 12 月 31 日後變更計劃的費用和福利。我們也可以選擇在 2026 年 12 月 31 日後停止提供計劃，或在不同的服務地區提供計劃。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) (聯邦醫療保險與醫療補助服務機構) 和 New York 州醫療補助方案必須每年對本計劃進行核准。只要我們選擇繼續提供本計劃且聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 New York 州醫療補助方案展延對本計劃的核准，您便可繼續以本計劃會員身份取得聯邦醫療保險承保。

第 2 節 計劃資格規定

第 2.1 節 資格規定

只要符合下列所有條件，您就有資格取得本計劃會籍：

- 您擁有聯邦醫療保險 A 部份和聯邦醫療保險 B 部份兩者
- 您住在我們的服務地區內 (如第 2.3 節所述)。入獄服刑者不視為住在服務地區內，即使身處服務地區內也不例外。
- 您是美國公民或合法居留美國
- 您符合以下所述的特別資格規定。

本計劃的特別資格規定

本計劃是專為符合取得特定醫療補助福利民眾的需求而設計。(醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 是聯邦和州政府的聯合方案，協助某些收入和資源有限的民眾支付醫療費用。) 您必須符合資格可取得聯邦醫療保險和完全醫療補助福利，才符合本計劃的資格。

備註：如果您失去資格，但合理預期能在 6 個月內重新取得資格，那麼您還是符合資格可取得會籍。(第 4 章第 2.1 節會向您說明視同持續資格期間的承保)。

第 2.2 節 醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)

醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 是聯邦和州政府的聯合方案，協助某些收入和資源有限的民眾支付醫療費用。各州會自行決定哪些項目算是收入和資源、甚麼人符合資格、哪些服務屬於承保範圍，以及服務的費用。只要遵循聯邦準則，各州也能決定其方案的經營方式。

此外，醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 還提供方案，協助享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾支付其聯邦醫療保險費用，例如聯邦醫療保險保費。這些聯邦醫療保險節費方案每年都會協助收入和資源有限的民眾節省費用。

如果您屬於以下醫療補助類別之一，您就能參加註冊本計劃：

- **外加型符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+)**：您取得聯邦醫療保險分攤費用的醫療補助承保，也符合完全醫療補助福利的資格。醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 會支付您的聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份保費、聯邦醫療保險承保服務的自付扣除金、共同保險和定額手續費金額。您不須支付任何費用，但 D 部份處方配藥定額手續費除外。

- **完全福利雙重資格 (Full Benefits Dual Eligible, FBDE)**：醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 可能會提供有限的聯邦醫療保險分攤費用補助。醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 也會提供完全醫療補助福利。您符合資格可取得完全醫療補助福利。有時您也可能符合資格可取得州政府醫療補助辦公室的有限補助，支付您的聯邦醫療保險分攤費用金額。一般來說，當服務屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩者的承保範圍時，您的分攤費用是 0%。可能會有服務或福利不屬於醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 承保範圍的情況，此時您即須支付分攤費用。

第 2.3 節 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的計劃服務地區

本計劃只提供給住在本計劃服務地區內的民眾。欲維持本計劃會員的身份，您必須一直住在本計劃服務地區內。服務地區的說明如下。

我們的服務地區包括 New York 的下列各郡區：Albany、Broome、Cayuga、Chautauqua、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Dutchess、Erie、Essex、Franklin、Fulton、Genesee、Greene、Herkimer、Jefferson、Lewis、Livingston、Madison、Monroe、Niagara、Oneida、Onondaga、Ontario、Orange、Orleans、Oswego、Rensselaer、Rockland、Schenectady、Seneca、St. Lawrence、Tioga、Ulster、Warren、Wayne、Westchester、Wyoming、Yates。

如果您搬離本計劃服務地區，您就無法維持本計劃會員的身份。請致電客戶服務部查明我們在您新遷入的地區是否有提供計劃，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

您搬家時會有特別註冊期可轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 或參加註冊新遷入地點的聯邦醫療保險健保計劃或配藥計劃。

如果您搬家或變更郵寄地址，也務必致電社會安全局。請撥打社會安全局電話 1-800-772-1213 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-800-325-0778)。

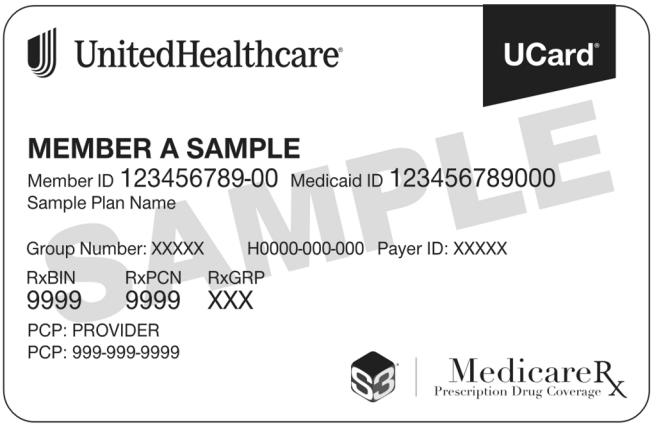
第 2.4 節 美國公民或合法居留

您必須是美國公民或在美國合法居留，才能成為聯邦醫療保險健保計劃會員。如果您因這方面不符合資格而無法維持本計劃會員的身份，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) (聯邦醫療保險與醫療補助服務機構) 會通知 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)。如果您不符合這項規定，UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 必須將您退出計劃。

第 3 節 重要會籍資料

第 3.1 節 您的聯合健康保險 (UnitedHealthcare) UCard

您每次取得本計劃承保的服務以及在網絡藥房取得處方配藥時，都請使用您的 UnitedHealthcare UCard®。這麼做可幫助您的醫療護理提供者正確寄發帳單。UnitedHealthcare UCard® 樣本：



身為本計劃會員期間，不得使用您的紅、白、藍聯邦醫療保險卡取得承保醫療服務。如果您使用您的聯邦醫療保險卡而不是您的聯合健康保險 (UnitedHealthcare) UCard，您可能必須自行支付醫療服務的全額費用。請將您的聯邦醫療保險卡放在安全的地方。如果您需要醫院服務、善終護理服務或參與聯邦醫療保險核准的臨床研究 (也稱為臨床試驗)，您可能必須出示此卡。

如果您的聯合健康保險 (UnitedHealthcare) UCard 污損、遺失或失竊，請立即致電客戶服務部 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)，我們會郵寄新卡給您。

第 3.2 節 醫療護理提供者名冊

醫療護理提供者名冊 (網址 myUHC.com/CommunityPlan) 會列出我們目前的網絡醫療護理提供者和耐用醫療器材供應商。**網絡醫療護理提供者**是指已經和我們簽訂協議，接受以我們的付款以及任何計劃分攤費用作為全額付款的醫生和其他健康護理專業人員、醫療護理組織、耐用醫療器材供應商、醫院和其他健康護理設施。

您必須使用網絡醫療護理提供者取得醫療護理和服務，但屬於承保範圍的例行牙科護理服務不在此限。如果您未取得適當授權就向其他醫療護理提供者求診，您將必須支付全額費用。只有接受急診、無法使用網絡 (也就是無法合理或不可能取得網絡內服務的情況) 時的緊急護理服務、地區外洗腎服務，以及 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 授權可使用網絡外醫療護理提供者的情況等少數例外。

本計劃會員使用其定點服務 (Point of Service, POS) 福利向非網絡醫療護理提供者求診時，只能取得屬於承保範圍的例行牙科護理服務。請參閱第 3 章，查詢更多有關定點服務 (POS) 的特定資訊。

請到我們的網站 myUHC.com/CommunityPlan 取得最新的醫療護理提供者和供應商名單。

如果您沒有**醫療護理提供者名冊**，可向客戶服務部索取一份 (電子版或紙本)，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。您索取的紙本醫療護理提供者名冊會在 3 個工作日內郵寄給您。

第 3.3 節 藥房名冊

藥房名冊 (myUHC.com/CommunityPlan) 會列出我們的網絡藥房。**網絡藥房**是指同意為本計劃會員配發承保處方配藥的藥房。請使用藥房名冊查詢想要使用的網絡藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節查詢您何時可使用不在本計劃網絡內的藥房。

如果您沒有**藥房名冊**，可向客戶服務部索取一份，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。您也可以在我們的網站 myUHC.com/CommunityPlan 找到這些資訊。

第 3.4 節 藥物清單 (處方藥一覽表)

本計劃有一份**承保藥物清單** (也稱為藥物清單或處方藥一覽表)，其中說明哪些處方配藥屬於 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 所含 D 部份福利的承保範圍。此清單上的藥物是由醫生和藥劑師協助本計劃挑選。藥物清單必須符合聯邦醫療保險的規定。根據聯邦醫療保險藥價協商方案規定所議定價格的藥物將列入您的藥物清單，除非這些藥物已如第 5 章第 6 節所述遭到刪除或取代。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 已核准 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 藥物清單。

除了 D 部份承保的藥物以外，您的醫療補助福利提供部份處方配藥承保。您可以聯絡本手冊第 2 章所列您的醫療補助健保計劃或 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))，進一步瞭解您的醫療補助福利規定的處方配藥承保。您的醫療補助健保計劃或 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 可能也可以提供醫療補助藥物清單，說明您如何查明哪些藥物屬於醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的承保範圍。

藥物清單也會說明是否有限定配藥承保的任何規則。

欲取得最完整、最新的承保藥物資訊，請瀏覽網站 myUHC.com/CommunityPlan 或撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

第 4 節 重要費用概覽

	您 2026 年的費用
計劃月費* * 您的保費可能高於此金額。請參閱第 4.1 節查詢詳情。	$0
最高自付費用金額 這是您為 A 部份和 B 部份承保服務支付的自付費用**上限**。(請參閱第 4 章第 1.2 節查詢詳情。)	自網絡醫療護理提供者： $0 對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。
主治醫生診所門診	每次定額手續費 $0。
專科醫生診所門診	每次定額手續費 $0。
住院護理	聯邦醫療保險承保的住院每次定額手續費 $0，沒有天數限制。
D 部份配藥承保自付扣除金 (請參閱第 6 章第 4 節查詢詳情。)	**如果您確實符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用：** 您的計劃沒有自付扣除金。 **如果您不符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用：** 第一層次 $0 第二層次、第三層次、第四層次和第五層次 $615，但承保胰島素產品和大多數成人 D 部份疫苗除外。

	您 2026 年的費用
D 部份配藥承保 (請參閱第 6 章查詢詳情，包括年度自付扣除金、初始承保和重額承保階段。)	**如果您確實符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用：** 如果您參加註冊聯邦醫療保險 A 和 B 部份並取得 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 福利，則根據您的收入和長期護理機構狀態，您支付以下金額之一： **副廠藥 (包括當作副廠藥的原廠藥)：** • 定額手續費 $0 或 • 定額手續費 $1.60 或 • 定額手續費 $5.10 **所有其他承保藥物：** • 定額手續費 $0 或 • 定額手續費 $4.90 或 • 定額手續費 $12.65 如果您支付的定額手續費和共同保險總金額達到 $2,100，本計劃會為您的 D 部份承保藥物支付全額費用。您無須支付任何費用。 **如果您不符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用：** **初始承保階段中，一個月 (30 天) 藥量的定額手續費 / 共同保險：**

	您 2026 年的費用
	第一層次藥物：標準零售分攤費用 (網絡內) 定額手續費 $0 **第二層次藥物：**標準零售分攤費用 (網絡內) 共同保險 25% **第三層次藥物：**標準零售分攤費用 (網絡內) 共同保險 25% 對於本層次的每種承保胰島素產品，每個月藥量您支付 25% 至最多 $35[1] **第四層次藥物：**標準零售分攤費用 (網絡內) 共同保險 25% **第五層次藥物：**標準零售分攤費用 (網絡內) 共同保險 25% **重額承保階段：** • 在本付款階段中，您不需為您的 D 部份承保藥物支付任何費用。

[1] 即使您尚未支付自付扣除金，您為每 1 個月藥量的 D 部份承保胰島素藥物支付的金額也不會超過藥物總費用的 25% 或定額手續費 $35 (以金額較低者為準)，直到您達到重額承保階段 (此階段中您支付 $0)。

您的費用可能包括以下各項：

- 計劃保費 (第 4.1 節)
- 聯邦醫療保險 B 部份月費 (第 4.2 節)
- D 部份延遲參加註冊罰款 (第 4.3 節)
- 收入相關月調整金額 (第 4.4 節)
- 聯邦醫療保險處方配藥付款計劃金額 (第 4.5 節)

第 4.1 節 計劃保費

身為本計劃會員，您必須支付計劃月費，除非您符合資格可取得「額外補助」(Extra Help) 來支付您的處方配藥費用。如果您符合「額外補助」(Extra Help) 的資格，您就不需要支付計劃月費 (處方配藥計劃保費)。享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的民眾會自動取得「額外補助」(Extra Help) 的資格。因為您符合「額外補助」(Extra Help) 的資格，所以本計劃 2026 年的月費為 $0。

在某些情況下，您的計劃保費可能會更低

有些方案可協助資源有限的民眾支付其藥物費用，其中包括「額外補助」(Extra Help) 和州政府配藥補助方案。請在第 2 章第 7 節進一步瞭解這些方案。如果您符合資格，參加註冊此方案可能會降低您的計劃月費。

如果您**已經**接受其補助，**本承保證書中的保費相關資訊可能不適用於您**。我們已另外寄送一份「使用額外補助 (Extra Help) 支付處方配藥費用者的承保證書附約」(也稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」) 文件，告訴您配藥承保的資訊。如果您沒有這張插頁，請致電客戶服務部索取「LIS 附約」，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

對於不同收入的民眾，聯邦醫療保險 B 部份和 D 部份保費有所不同。如果您有關於上述保費的疑問，請查閱您的 2026 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2026) 手冊「2026 年聯邦醫療保險費用」(2026 Medicare Costs) 一節。請到聯邦醫療保險網站 (medicare.gov/medicare-and-you) 下載手冊，或您可致電索取印刷本，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

第 4.2 節 聯邦醫療保險 B 部份月費

許多會員必須支付其他聯邦醫療保險保費

身為 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會員，您的聯邦醫療保險 B 部份月費最多可享減價優惠 $0.40。減價優惠由聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 訂定並透過社會安全局 (Social Security Administration, SSA) 管理。退款僅適用於您支付的聯邦醫療保險 B 部份保費金額，醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 支付的保費金額均不予發放退款。根據您支付聯邦醫療保險 B 部份保費的方式，您的減價優惠可能會存入您的社會安全支票或以貸記款項列入您的聯邦醫療保險 B 部份保費對帳單。減價優惠可能需要數月時間才能發放；不過，您將會收到您所支付之金額的全額貸記。

除支付計劃月費以外，有些會員必須支付其他聯邦醫療保險保費。如以上第 2 節說明，您必須維持 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 的資格且擁有聯邦醫療保險 A 部份和聯邦醫療保險 B 部份兩者，才符合本計劃的資格。對大多數 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會員來說，New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 會為您支付 A 部份保費 (如果您沒有自動取得資格) 和 B 部份保費。

如果醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 不為您支付聯邦醫療保險保費，您必須繼續支付聯邦醫療保險保費才能維持本計劃會員的身份。這包括您的 B 部份保費。如果您不符合零保費 A 部份的資格，您可能還要支付 A 部份保費。

第 4.3 節 D 部份延遲參加註冊罰款

因為您符合雙重資格，所以只要您維持雙重資格狀態便不須支付延遲參加註冊罰款 (LEP)，但如果您失去雙重資格狀態便可能會產生延遲參加註冊罰款 (LEP)。如果您在初始註冊期結束後的任何時候有連續 63 天以上的時間沒有 D 部份承保或其他可替代配藥承保，您就必須為 D 部份承保支付 D 部份延遲參加註冊罰款這筆額外保費。「可替代配藥承保」是指符合聯邦醫療保險最低標準的承保，因為預期該承保的平均付款至少等於聯邦醫療保險的標準配藥承保。延遲參加註冊罰款的金額視您多久沒有 D 部份或其他可替代配藥承保而定。在您享有 D 部份承保的期間，您都需要支付此罰款。

D 部份延遲參加註冊罰款會加到您的月費。我們會在您首次參加註冊 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 時讓您知道罰款金額。

如果您符合下列條件，則不須支付 D 部份延遲參加註冊罰款：

- 您自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付藥物費用
- 您沒有可替代承保的時間少於連續 63 天
- 您曾透過其他來源 (例如前僱主、工會、軍人醫療保險計劃 (TRICARE) 或退伍軍人健康管理署 (退伍軍人管理局 (VA))) 取得可替代配藥承保。您的保險公司或人力資源部門每年都會通知您的配藥承保是否為可替代承保。您可能會透過本計劃寄送的信函或通訊收到此資訊。請保留此資訊，因為如果您以後加入聯邦醫療保險配藥計劃可能會用到。
  - **備註：**任何信函或通知均須載明您有預期付款至少可和聯邦醫療保險的標準配藥計劃一樣的「可替代」處方配藥承保
  - **備註：**處方配藥折扣卡、義診和藥物折扣網站不是可替代處方配藥承保

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 會確定 D 部份延遲參加註冊罰款的金額。以下是計算方式：

- 首先計算您在取得聯邦醫療保險配藥計劃資格後延遲了幾個完整月份才參加註冊。或計算您有幾個完整月份沒有可替代配藥承保 (如果承保中斷 63 天或更多天)。您沒有可替代承保的每一個月份，罰款是 1%。例如，如果您有 14 個月沒有承保，罰款就是 14%。
- 然後聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 會確認上個年度聯邦醫療保險配藥計劃全國平均月費 (全國基準受益人保費) 的金額。2026 年這個平均保費金額是 $38.99。
- 欲計算您的每月罰款，將罰款百分比乘以全國基準受益人保費並進位至小數點第一位。在這個例子中，14% 乘以 $38.99 等於 $5.46，進位後為 $5.50。此金額會加**到要支付 D 部份延遲參加註冊罰款的人的計劃月費中**。

三個有關此每月 D 部份延遲參加註冊罰款的重要注意事項：

- **罰款可能會每年變更**，因為全國基準受益人保費每年都可能會變更
- 只要您參加註冊含聯邦醫療保險 D 部份配藥福利的計劃，每個月**您都要繼續支付罰款**，即使您變更計劃也是如此。
- 如果您未滿 65 歲且已參加註冊聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，當您年滿 65 歲時此 D 部份延遲參加註冊罰款會重新設定。年滿 65 歲之後，您的 D 部份延遲參加註冊罰款只會以您達到聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 年齡資格的初始註冊期之後沒有承保的月份為計算基準。

如果您不同意您的 D 部份延遲參加註冊罰款，您或您的代表可要求審查。一般來說，您必須在收到說明您必須支付延遲參加註冊罰款的第一封信函註明日期起 **60 天內**要求本審查。不過，如果您加入本計劃前已在支付罰款，您可能沒有機會再要求審查該延遲參加註冊罰款。

第 4.4 節 收入相關月調整金額

如果您因收入變動而失去本計劃的資格，有些會員可能必須為其聯邦醫療保險計劃支付額外費用，稱為 D 部份收入相關月調整金額 (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)。這筆額外費用是以您 2 年前在國稅局 (IRS) 所得稅申報單上申報的修正調整後總所得計算而得。如果該金額超過特定金額，您將支付標準保費金額和額外的收入相關月調整金額 (IRMAA)。如需更多有關您可能因為所得而必須支付額外金額的資訊，請瀏覽網站 www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs。

如果您必須支付額外的收入相關月調整金額 (IRMAA)，社會安全局 (而不是您的聯邦醫療保險計劃) 會寄信告訴您該額外金額是多少。無論您平常如何支付本計劃保費，此額外金額都會從您的社會安全、鐵路退休委員會或人事管理局福利支票代扣，但您的月福利不夠支付應繳的額外金額時就不會代扣。如果您的福利支票不夠支付額外金額，您會收到聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的帳單。**您必須向政府支付此額外的收入相關月調整金額 (IRMAA)，不能與您的計劃月費一併支付此金額。如果您沒有支付額外的收入相關月調整金額 (IRMAA)，您將會退出本計劃並失去處方配藥承保。**

如果您不同意支付額外的收入相關月調整金額 (IRMAA)，可要求社會安全局審查該決定。欲進一步瞭解如何提出要求，請致電社會安全局，電話 1-800-772-1213 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-800-325-0778)。

第 4.5 節 聯邦醫療保險處方配藥付款計劃金額

如果您參加聯邦醫療保險處方配藥付款計劃，您每個月需要支付本計劃保費 (如果有的話)，並且會收到來自您的健保計劃或配藥計劃的帳單，用於支付您的聯邦醫療保險承保 D 部份處方配藥費用 (而不是支付給藥房)。您的月帳單計算依據如下：您所取得之任何 D 部份處方配藥的應付費用，加上您前一個月份的餘額，再除以年度期間剩餘月數。

第 2 章第 7 節會進一步說明聯邦醫療保險處方配藥付款計劃。如果您對該付款選項所列的帳單金額有異議，您可以按照第 9 章的步驟提出投訴或上訴。

第 5 節 您的計劃月費詳情

第 5.1 節 如何支付本計劃保費

您有四種方式可以支付本計劃保費。

選項 1：支票付款

我們每個月會寄給您本計劃月費的月帳單。收款人請寫 UnitedHealthcare。請參閱您的帳單，查詢寄件地址和其他資訊。請將您的會員卡號碼寫在支票或匯票上。如果是同時為多位會員付款，請附上每位會員的付款單據。請將每位會員的會員卡號碼寫在支票或匯票上。每次付款都必須在月帳單所示的到期日期當天或之前收到。如果您需要更換月帳單，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

選項 2：電子轉帳

您可以不使用支票付款，而是自動從您的支票帳戶扣繳本計劃月費。您每個月的付款會在每月 5 號左右扣繳。如果想要登記申請電子轉帳 (Electronic Funds Transfer, EFT)，您可以按照月帳單上面的指示操作，也可以撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

選項 3：信用卡付款

您可以不使用支票，而是透過信用卡支付本計劃月費。如果您想登記使用信用卡支付本計劃月費，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

選項 4：從每月社會安全支票扣除計劃保費

變更支付我們保費的方式

如果您決定變更您的保費付款方式，新的付款方法最多可能需要 3 個月的時間才能生效。在我們處理您的新付款方法期間，您仍須負責確定準時支付計劃保費。請與客戶服務部聯絡，通知我們您選擇的保費付款選項或您想要變更原本的選項，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

如果您支付計劃保費有困難

本公司應於當月 1 號前收到您的本計劃保費。如果我們沒有在當月 1 號前收到付款，便會寄通知給您。此外，我們有權催收您欠繳的保費金額。

如果您無法準時支付保費，請與客戶服務部聯絡，查詢我們能否將您轉介至可協助支付費用的方案，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

如果我們因您未支付本計劃保費而終止您的會籍，您仍享有傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的健康承保。只要您持續取得處方配藥費用的額外補助 (Extra Help)，您就會繼續享有 D 部份配藥承保。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 會為您參加註冊新的處方配藥計劃，讓您取得 D 部份承保。

我們終止您的會籍時，您可能還欠我們未付的保費。我們有權催收您欠繳的保費金額。如果您要求參加註冊我們的計劃之一，但您在本公司目前或先前的計劃仍有保費未付，我們有權要求您先付清您未付的所有保費後才允許您參加註冊。

如果您認為我們終止您會籍一事有誤，您可以提出投訴 (也稱為申訴)。如果您發生非您所能控制的緊急狀況而使您無法支付本計劃保費，您可以提出投訴。收到投訴後，我們會再次審查我們的決定。請參閱第 9 章瞭解如何提出投訴，或您也可以致電 1-800-514-4912 與我們聯絡，上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711。您最遲必須在會籍終止日期後 60 個日曆日提出要求。

第 5.2 節 本計劃月費不會在年度期間變更

我們不可以在年度期間變更本計劃月費。如果下個年度的計劃月費有所變更，我們會在 9 月時通知您，新的保費則會於 1 月 1 日生效。

如果年度期間您取得額外補助 (Extra Help) 的資格或失去額外補助 (Extra Help) 的資格，您須支付的本計劃保費部份可能會變更。如果您符合資格可取得額外補助 (Extra Help) 來支付您的配藥承保費用，額外補助 (Extra Help) 會支付部份計劃月費。如果聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 只支付一部份保費，我們便會把聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不承保金額的帳單寄給您。如果年度期間您失去額外補助 (Extra Help) 的資格，您將必須開始支付全額計劃月費。請在第 2 章第 7 節瞭解更多有關額外補助 (Extra Help) 的資訊。

第 6 節 讓本計劃會籍紀錄保持最新狀態

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

本計劃網絡中的醫生、醫院、藥劑師和其他醫療護理提供者會**用您的會籍紀錄瞭解哪些服務和藥物屬於承保範圍以及您的分攤費用金額**。因此，請務必協助我們讓您的資訊保持在最新狀態。

如果您有以下任何變更，請通知我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更。
- 您擁有的任何其他醫療或配藥保險承保 (例如來自您的僱主、您配偶或同居伴侶的僱主、工傷賠償或醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 變更。
- 任何責任求償，例如因為汽車事故而有的求償。
- 您入住護理之家。
- 您在地區外或網絡外醫院或急診室取得護理。
- 您的指定責任方 (例如護理者) 變更。
- 您參加臨床研究。(**備註：**您不一定要告訴本計劃您打算參加哪些臨床研究，但我們鼓勵您這麼做。)

如果這類資訊有任何變更，請致電客戶服務部通知我們，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

如果您搬家或變更郵寄地址，也務必聯絡社會安全局。請撥打社會安全局電話 1-800-772-1213 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-800-325-0778)。

第 7 節 其他保險和本計劃一起運作的方式

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 規定我們必須收集有關您擁有的任何其他醫療或配藥承保的資訊，以便我們可以把您擁有的任何其他承保和您在本計劃的福利加以協調。這稱為**福利協調**。

我們每年會寄給您一封信函，列出我們所知您所參加註冊的任何其他醫療或配藥承保。請仔細閱讀這些資訊。如果資訊正確，您不需採取任何行動。如果資訊不正確，或如果您有其他承保但未列出，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。您可能必須提供計劃會員卡號碼給其他保險公司 (但您要先確認其身份)，您的帳單才會準時獲得正確付款。

當您有其他保險 (如僱主團體健康承保) 時，聯邦醫療保險規則會決定是本計劃還是您的其他保險應該首先支付。首先支付的保險 (「主要支付者」) 最多支付至其承保上限。其次支付的保險 (「次要支付者」) 只會支付主要承保未能承保的費用。次要支付者可能不會支付全部未承保費用。如果您有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。

這些規則適用僱主或工會團體健保計劃承保：

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

這些類型的承保通常是首先支付與下列各類型相關的服務：

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

New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 和軍人醫療保險計劃 (TRICARE) 絕對不會首先支付聯邦醫療保險承保服務的費用。兩者只會在聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 / 或僱主團體健保計劃支付之後才會支付。

第 2 章：
電話號碼和資源

第 1 節 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 聯絡資訊

如需請款、帳單或 UCard 等問題的協助，請致電或寫信給客戶服務部。我們很樂意協助您。

客戶服務部 - 聯絡資訊	
電話	1-800-514-4912 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五 客戶服務部 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711) 也為非英語使用者免費提供口譯服務。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
寫信	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
網站	myUHC.com/CommunityPlan

如何要求醫療護理相關承保決定或上訴

承保決定是指我們作成的決定事關您的福利和承保，或事關我們為您的醫療服務或 D 部份藥物支付的金額。上訴是要求我們審查並變更承保決定的正式方法。如需更多有關如何要求醫療護理或 D 部份藥物相關承保決定或上訴的資訊，請參閱第 9 章。

醫療護理承保決定 – 聯絡資訊	
電話	1-800-514-4912 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

醫療護理承保決定 – 聯絡資訊	
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
傳真	1-888-950-1170
寫信	UnitedHealthcare Customer Service Department (Organization Determinations) P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
網站	myUHC.com/CommunityPlan

醫療護理上訴 – 聯絡資訊	
電話	**1-800-514-4912** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五 醫療護理的快速 / 特急上訴： **1-855-409-7041** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**711** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
傳真	僅限快速 / 特急上訴： **1-866-373-1081**
寫信	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6103, MS CA120-0360, Cypress, CA 90630-0023
網站	**myUHC.com/CommunityPlan**

D 部份處方配藥的承保決定 – 聯絡資訊	
電話	1-800-514-4912 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
寫信	Optum Rx Prior Authorization Department P.O. Box 25183, Santa Ana, CA 92799
網站	myUHC.com/CommunityPlan

D 部份處方配藥的上訴 – 聯絡資訊	
電話	1-800-514-4912 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五 D 部份處方配藥的快速 / 特急上訴： 1-855-409-7041 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
傳真	D 部份處方配藥的標準上訴： 1-877-960-8235 D 部份處方配藥的快速 / 特急上訴： 1-866-308-6296
寫信	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6103, MS CA120-0368, Cypress, CA 90630-0023
網站	myUHC.com/CommunityPlan

如何提出醫療護理相關投訴

您可以對我們或我們的網絡醫療護理提供者或藥房提出投訴，包括護理品質方面的投訴。這類型投訴不涉及承保或付款爭議。如需更多有關如何提出醫療護理相關投訴的資訊，請參閱第 9 章。

醫療護理相關投訴 – 聯絡資訊	
電話	**1-800-514-4912** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五 醫療護理相關快速 / 特急投訴： **1-855-409-7041** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**711** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
傳真	僅限快速 / 特急投訴： **1-866-373-1081**
寫信	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6103, MS CA120-0360, Cypress, CA 90630-0023
聯邦醫療保險網站	如欲直接向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出有關 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的投訴，請前往網站 Medicare.gov/my/medicare-complaint。

D 部份處方配藥相關投訴 – 聯絡資訊	
電話	**1-800-514-4912** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五 D 部份處方配藥相關快速 / 特急投訴： **1-855-409-7041** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

D 部份處方配藥相關投訴 – 聯絡資訊	
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**711** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
傳真	D 部份處方配藥的標準投訴： **1-877-960-8235** D 部份處方配藥的快速 / 特急投訴： **1-866-308-6296**
寫信	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6103, MS CA120-0368, Cypress, CA 90630-0023
聯邦醫療保險網站	如欲直接向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出有關 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的投訴，請前往網站 Medicare.gov/my/medicare-complaint。

如何要求我們為您已取得的醫療護理或藥物支付我們應分攤的費用

如果您認為您收到的帳單或為服務支付的費用 (例如醫療護理提供者帳單) 應該由我們負責支付，您可能必須要求我們補償已付費用或支付該醫療護理提供者帳單。請參閱第 7 章瞭解更多資訊。

如果您寄付款要求給我們，但我們拒絕您要求的任何部份，您可對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章瞭解更多資訊。

付款要求 – 聯絡資訊	
電話	**1-800-514-4912** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**711** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五

付款要求 – 聯絡資訊	
寫信	醫療請款付款要求： UnitedHealthcare P.O. Box 5240, Kingston, NY 12402-5240 D 部份處方配藥付款要求： Optum Rx P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
網站	**myUHC.com/CommunityPlan**

第 2 節 取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的協助

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 是專為年滿 65 歲，或某些未滿 65 歲但患有殘疾或末期腎病 (需要洗腎或腎臟移植的永久腎衰竭) 的民眾提供的聯邦政府健康保險計劃。

主管聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的聯邦機構是聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)。此機構與 Medicare Advantage 組織簽約，包括本計劃在內。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) – 聯絡資訊	
電話	**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 撥打本號碼不需付費。 每週 7 天，每天 24 小時。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**1-877-486-2048** 本號碼需使用特殊的電話設備，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。 撥打本號碼不需付費。
即時對話	在網站 Medicare.gov/talk-to-someone 即時對話。
寫信	寫信給聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，地址 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	Medicare.gov • 取得有關您所在地區內的聯邦醫療保險健保計劃和配藥計劃的資訊，包括其費用和提供的服務。 • 尋找聯邦醫療保險網絡醫生或其他健康護理提供者和供應商。 • 查明聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的承保項目，包括預防護理服務 (例如篩檢、疫苗注射或疫苗，以及年度「保健」看診)。 • 取得聯邦醫療保險上訴資訊和表格。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) – 聯絡資訊	
	• 取得有關計劃、護理之家、醫院、醫生、家庭健康機構、洗腎設施、善終護理中心、住院復健設施和長期護理醫院所提供之護理品質的資訊。 • 查詢實用的網站和電話號碼。 您也能前往網站 Medicare.gov 向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出您對 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的任何投訴： **欲向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出投訴**，請前往 Medicare.gov/my/medicare-complaint。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 非常重視您的投訴，也會使用這類資訊幫助改進聯邦醫療保險計劃的品質。

第 3 節 州政府健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

州政府健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 是每一個州都有的政府方案，並配置受過訓練的諮詢人員，提供免費的協助、資訊並回答您的聯邦醫療保險相關疑問。在您所在州，州政府健康保險協助方案 (SHIP) 稱為 New York 健康保險資訊諮詢和協助方案 (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP)。

您的州政府健康保險協助方案 (SHIP) 是聯邦政府出資的獨立州方案 (與任何保險公司或健保計劃均無關聯)，免費為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾提供當地的健康保險諮詢。

州政府健康保險協助方案 (SHIP) 諮詢人員能協助您瞭解您的聯邦醫療保險權利、提出醫療護理或治療相關投訴，以及解決聯邦醫療保險帳單的相關問題。州政府健康保險協助方案 (SHIP) 諮詢人員還能為您的聯邦醫療保險相關疑問或難題提供協助，以及協助您瞭解您的聯邦醫療保險計劃選擇，回答轉換計劃的相關問題。

州政府健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) – 聯絡資訊
New York
New York Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP)

電話	**1-800-701-0501**
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**711**
寫信	2 Empire State Plaza, FL 5, Albany, NY 12223
網站	**www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance**

第 4 節 品質改進組織 (Quality Improvement Organization, QIO)

每州都有指定的品質改進組織 (Quality Improvement Organization, QIO) 為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾提供服務。New York 的品質改進組織稱為 Commence Health 受益人和家庭為本護理品質改進組織 (BFCC-QIO) 方案。

您所在州的品質改進組織有一個由醫生和其他健康護理專業人員組成的團體，由聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 支付費用，負責查核並協助改善為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾提供的護理品質。州的品質改進組織是獨立的組織，與本計劃沒有關聯。

若有下列任何情況，請聯絡您所在州的品質改進組織：

- 您想投訴所取得護理的品質。護理品質疑慮的例子包括取得錯誤藥物、不必要的測試或程序，或誤診。
- 您認為您住院的承保過早結束。
- 您認為您的家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務的承保過早結束。

	品質改進組織 (Quality Improvement Organization, QIO) – 聯絡資訊 **New York** **Commence Health BFCC-QIO Program**
電話	1-866-815-5440 週一至週五，當地時間上午 9 時至下午 5 時；週末和假日，當地時間上午 10 時至下午 4 時
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711 本號碼需使用特殊的電話設備，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。
寫信	P.O. Box 2687, Virginia Beach, VA 23450
網站	https://www.commencehealthqio.cms.gov/

第 5 節 社會安全局

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

如果您搬家或變更郵寄地址，請聯絡通知社會安全局。

	社會安全局 – 聯絡資訊
電話	1-800-772-1213 撥打本號碼不需付費。 週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時提供服務。 利用社會安全局的自動電話服務，每天 24 小時聽取語音資訊並處理部份業務。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	1-800-325-0778 本號碼需使用特殊的電話設備，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。 撥打本號碼不需付費。 週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時提供服務。
網站	SSA.gov

第 6 節 醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)

醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 是聯邦和州政府的聯合方案，協助某些收入和資源有限的民眾支付醫療費用。身為本計劃會員，您符合資格可以享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)。視您的州和資格而定，醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 可能會支付家務服務、個人護理以及聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不支付的其他服務費用。

透過醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 提供的方案可協助享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾支付其聯邦醫療保險費用，例如聯邦醫療保險保費。這些「聯邦醫療保險節費方案」每年都會協助收入和資源有限的民眾節省費用。

如果您屬於以下醫療補助類別之一，您就能參加註冊本計劃：

- **外加型符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+)：**您取得聯邦醫療保險分攤費用的醫療補助承保，也符合完全醫療補助福利的資格。醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 會支付您的聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份保費、聯邦醫療保險承保服務的自付扣除金、共同保險和定額手續費金額。您不須支付任何費用，但 D 部份處方配藥定額手續費除外。

- **完全福利雙重資格 (Full Benefits Dual Eligible, FBDE)：**醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 可能會提供有限的聯邦醫療保險分攤費用補助。醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 也會提供完全醫療補助福利。您符合資格可取得完全醫療補助福利。有時您也可能符合資格可取得州政府醫療補助辦公室的有限補助，支付您的聯邦醫療保險分攤費用金額。一般來說，當服務屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩者的承保範圍時，您的分攤費用是 0%。可能會有服務或福利不屬於醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 承保範圍的情況，此時您即須支付分攤費用。

如果您有關於自醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 取得協助的疑問，請聯絡 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))。

	New York 州醫療補助方案 – 聯絡資訊
電話	**1-800-541-2831** **週一至週五，東部時間 (ET) 上午 8 時至晚上 8 時；週六東部時間 (ET) 上午 9 時至下午 1 時**
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**711** 本號碼需使用特殊的電話設備，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。
寫信	您可以寫信至您的地方社會服務部 (Local Department of Social Services, LDSS)。請上網查詢地方社會服務部 (LDSS) 的地址，網址：health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
網站	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss

監察員方案可協助參加註冊醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的民眾處理服務或帳單問題。此方案能協助您對本計劃提起申訴或提出上訴。

方法	**成癮與精神健康護理之社區健康服務可及性計劃 (Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project, CHAMP)**
電話	1-888-614-5400 週一至週三上午 9 時至晚上 7 時，週四至週五上午 9 時至下午 4 時
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711
寫信	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017
電子郵件	ombuds@oasas.ny.gov
網站	www.champny.org

方法	**Community Health Advocates (CHA) - 聯絡資訊**
電話	1-888-614-5400 週一至週五，上午 9 時至下午 4 時
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711

方法	Community Health Advocates (CHA) - 聯絡資訊
寫信	Community Health Advocates (CHA) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017
電子郵件	cha@cssny.org
網站	www.communityhealthadvocates.org

方法	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) - 聯絡資訊 此監察員可以幫助我們的醫療補助健康與復原計劃 (Health and Recovery Plan, HARP) 計劃參加者或醫療補助管理式護理 (Medicaid Managed Care, MMC) 計劃參加者，並協助取得長期服務和支持。
電話	1-844-614-8800 週一至週五，上午 9 時至下午 5 時
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711
寫信	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017
電子郵件	ican@cssny.org
網站	https://icannys.org/

長期護理監察員方案幫助民眾取得護理之家相關資訊並協助解決護理之家與住院者或其家人之間的問題。

方法	New York 州政府長期護理監察員方案 – 聯絡資訊
電話	1-855-582-6769 週一至週五，上午 9 時至下午 5 時
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711
寫信	2 Empire State Plaza, 5th FL, Albany, NY 12223
電子郵件	ombudsman@aging.ny.gov
網站	www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

第 7 節 幫助民眾支付處方配藥費用的方案

聯邦醫療保險網站 (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供降低處方配藥費用的方法的相關資訊。下列方案可幫助收入有限的民眾。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提供的額外補助 (Extra Help)

因為您符合醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的資格，所以您有資格並可取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的額外補助 (Extra Help) 來支付您處方配藥計劃的費用。您不需要採取任何其他行動即可取得此額外補助 (Extra Help)。

如果您有關於額外補助 (Extra Help) 的疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048；
- 社會安全局辦公室電話 1-800-772-1213，週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-800-325-0778；或
- 您的州政府醫療補助辦公室 1-800-541-2831。

如果您認為您在藥房支付的處方配藥金額有誤，本計劃設有流程可協助您取得正確定額手續費金額的相關證明。如果您已經有正確金額的相關證明，我們可以協助您將該證明提交給我們。

- 請將資訊傳真至 501-262-7070 或郵寄至 P.O. Box 29300, Hot Springs, AR 71903-9300。
- 我們收到顯示正確定額手續費級別的證明時，就會更新系統資料，您下一次購買處方配藥時便能支付正確的金額。如果您溢付定額手續費，我們會以支票退款或作為未來定額手續費抵用金額的方式把錢還給您。如果藥房沒有向您收取定額手續費，而您有應付給藥房的款項，我們可能會直接支付藥房。如果州政府代替您支付，我們可能直接付款給州政府。如果您有疑問，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

如果您擁有額外補助 (Extra Help) 以及州政府配藥補助方案 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 提供的承保呢？

許多州提供協助支付處方配藥、配藥計劃保費和 / 或其他藥物費用。如果您參加註冊州政府配藥補助方案 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)，聯邦醫療保險的額外補助 (Extra Help) 會首先支付。

如果您擁有額外補助 (Extra Help) 以及愛滋病藥物補助方案 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 提供的承保呢？

愛滋病藥物補助方案 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 幫助患有人類免疫缺乏病毒 / 愛滋病 (HIV/AIDS) 的人取得挽救生命的人類免疫缺乏病毒 (HIV) 藥物。聯邦醫療保險 D 部份藥物如果也有列於愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 處方藥一覽表，即符合資格可透過州政府取得處方配藥分攤費用補助。

備註：民眾必須符合特定標準，包括州居留和人類免疫缺乏病毒 (HIV) 狀態證明、低收入 (如州政府定義)，以及無保險 / 保額不足狀態，才能符合州政府的愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 資格。如果您變更計劃，請通知您當地的愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 參加註冊工作人員，這樣您才能繼續取得補助。如需有關資格標準、承保藥物或如何參加註冊此方案的資訊，請致電以下所列的州政府愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 辦公室。

	愛滋病藥物補助方案 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) – 聯絡資訊 **New York AIDS Drug Assistance Program**
電話	1-800-542-2437 週一至週五，當地時間上午 9 時至下午 5 時
網站	http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

州政府配藥補助方案

許多州都有州政府配藥補助方案，根據財務需求、年齡、醫療病況或殘疾幫助民眾支付處方配藥的費用。各州為其會員提供配藥承保時都有不同的規則。

在 New York，州政府配藥補助方案稱為 New York 州 EPIC 方案

方法	**州政府配藥補助方案 – 聯絡資訊** **New York** **New York State EPIC Program**
電話	1-800-332-3742 週一至週五，當地時間上午 8 時至下午 5 時
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	1-800-290-9138 本號碼需使用特殊的電話設備，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。
寫信	P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018
網站	http://www.health.ny.gov/health_care/epic/

聯邦醫療保險處方配藥付款計劃

聯邦醫療保險處方配藥付款計劃是一個付款選項，與您目前的配藥承保搭配運作，透過將您為本計劃承保藥物支付的自付費用分攤到整個**日曆年度**期間 (1 月至 12 月) 來幫助您管理費用。任何擁有聯邦醫療保險配藥計劃或含配藥承保的聯邦醫療保險健保計劃 (例如含配藥承保的 Medicare Advantage 計劃) 的人都可使用此付款選項。**這個付款選項可能有助於您管理費用，但不會幫您省錢或降低您的藥物費用。如果您正在參加聯邦醫療保險處方配藥付款計劃且繼續留在同一個 D 部份計劃，您的參加資格將自動展延至 2026 年。**對於符合資格的民眾來說，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的額外補助 (Extra Help) 與您的州政府配藥補助方案 (SPAP) 和愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 提供的補助比參加聯邦醫療保險處方配藥付款計劃更有利。如欲進一步瞭解此付款選項，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)，或瀏覽網站 Medicare.gov。

	聯邦醫療保險處方配藥付款計劃 - 聯絡資訊
電話	1-800-514-4912 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五 客戶服務部 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711) 也為非英語使用者免費提供口譯服務。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	711 撥打本號碼不需付費。 服務時間：上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五
寫信	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
網站	myUHC.com/CommunityPlan

第 8 節 鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB)

鐵路退休委員會是獨立的聯邦機構，負責管理美國鐵路勞工與其家人的綜合福利方案。如果您透過鐵路退休委員會取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，您搬家或變更郵寄地址時請通知該委員會。如有關於鐵路退休委員會所提供福利的疑問，請聯絡該機構。

	鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board, RRB) – 聯絡資訊
電話	1-877-772-5772 撥打本號碼不需付費。 按「0」諮詢鐵路退休委員會 (RRB) 代表，服務時間週一、週二、週四和週五上午 9 時至下午 3:30，週三上午 9 時至中午 12 時。 按「1」使用鐵路退休委員會 (RRB) 自動語音服務專線並聽取語音資訊，每天 24 小時服務，含週末和假日。
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	1-312-751-4701 本號碼需使用特殊的電話設備，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。撥打本號碼需要付費。
網站	RRB.gov

第 9 節 如果您有僱主提供的團體保險或其他健康保險

如果您 (或您的配偶或同居伴侶) 從您 (或您的配偶或同居伴侶) 的僱主或退休人員團體取得本計劃福利，有任何疑問請致電該僱主 / 工會的福利管理者或撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。您可詢問關於您 (或您的配偶或同居伴侶) 的僱主或退休人員健康福利、保費或註冊期等問題。(客戶服務部的電話號碼請參閱本文件封面。) 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 詢問您按本計劃規定取得聯邦醫療保險承保或可進行變更的註冊期的相關問題。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

如果您有其他透過您 (或您的配偶或同居伴侶) 的僱主或退休人員團體取得的配藥承保，請聯絡**該團體的福利管理者**。福利管理者能協助瞭解您目前的配藥承保將如何搭配本計劃使用。

第 3 章：
使用本計劃取得醫療服務

第 1 節 本計劃會員如何取得醫療護理

本章為您說明使用本計劃取得醫療護理承保時，您必須知道的事情。有關本計劃承保哪些醫療護理以及當您取得護理時應支付多少費用的詳情，請參閱第 4 章的醫療福利表。

第 1.1 節 網絡醫療護理提供者和承保服務

- **醫療護理提供者**是指經州政府核發執照，可提供醫療服務與護理的醫生和其他健康護理專業人員。「醫療護理提供者」也包括醫院與其他健康護理設施。
- **網絡醫療護理提供者**是指與我們簽訂協議，接受我們的付款及您的分攤費用金額作為全額付款的醫生和其他健康護理專業人員、醫療護理組織、醫院，以及其他健康護理設施。我們已安排由這些醫療護理提供者為本計劃會員提供承保服務。我們網絡內的醫療護理提供者會將他們為您提供護理的帳單直接發給我們。您向網絡醫療護理提供者求診時，只要為承保服務支付您應分攤的費用。
- **承保服務**包括本計劃所承保的全部醫療護理、健康護理服務、用品、器材和處方配藥。您醫療護理的承保服務列在第 4 章的醫療福利表中。您的處方配藥承保服務會在第 5 章進行討論。

第 1.2 節 您的醫療護理能取得本計劃承保的基本規則

UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 屬於聯邦醫療保險健保計劃，因此必須承保傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保的全部服務，還可能提供傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務以外的其他服務，如第 4 章說明。

本計劃通常會承保您的醫療護理，但有下列前提：

- **您取得的護理列於本計劃的醫療福利表中** (列於第 4 章)。
- **您取得的護理視為是醫療上所必需。**「醫療上所必需」是指服務、用品、器材或藥物是預防、診斷或治療醫療病況所需且符合公認的醫療執業標準。
- **您會由一位網絡主治醫生 (primary care provider, PCP) 負責提供和監督您的護理。**身為本計劃會員，您必須選擇一位網絡主治醫生 (PCP) (請參閱第 2.1 節瞭解更多資訊)。
  - 在大多數情況下，您的網絡主治醫生 (PCP) 必須事先給您核准 (轉介)，您才能使用本計劃網絡中的其他醫療護理提供者，例如專科醫生、醫院、專業護理設施或家庭健康護理機構。如需更多資訊，請參閱第 2.3 節。
  - 您不需要主治醫生 (PCP) 轉介也能取得急診護理或緊急護理服務。欲瞭解您不需經過主治醫生 (PCP) 事先核准即可取得的其他種類的護理，請參閱第 2.2 節。

- **您必須從網絡醫療護理提供者取得護理** (請參閱第 2 節)。大多數情況下，您從網絡外醫療護理提供者 (不在本計劃網絡中的醫療護理提供者) 取得的護理不屬於承保範圍。這表示您必須為您取得的服務向醫療護理提供者支付全額費用。**以下是 3 種例外情況：**
  - 本計劃承保您從網絡外醫療護理提供者取得的急診護理或緊急護理服務。如需更多資訊、瞭解急診或緊急護理服務的意義，請參閱第 3 節。
  - 如果您需要聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 規定本計劃必須承保的醫療護理，但我們的網絡中沒有專科醫生可提供該護理，您可從網絡外醫療護理提供者取得該護理，且支付的分攤費用與您通常在網絡內所應支付的分攤費用相同。在此情況下，我們會視同您自網絡醫療護理提供者取得該護理而提供相關服務承保。您必須先取得我們核准後才能接受網絡外醫療護理提供者的護理。請聯絡客戶服務部，或請您的主治醫生 (PCP) 或網絡外醫療護理提供者致電聯絡我們，以取得核准 (電話號碼請參閱本手冊封面)。
  - 本計劃承保您暫時在本計劃服務地區外或為您提供相關服務的醫療護理提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，在聯邦醫療保險認證的洗腎設施取得的洗腎服務。您為洗腎護理而向本計劃支付的分攤費用絕對不會高於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的分攤費用。如果您在本計劃服務地區外並向本計劃網絡外的醫療護理提供者取得洗腎護理，您的分攤費用絕對不會高於您在網絡內支付的分攤費用。但如果您平常取得洗腎護理的網絡內醫療護理提供者暫時無法提供服務，而您選擇在我們的服務地區內向本計劃網絡外的醫療護理提供者取得服務，您的洗腎分攤費用可能會比較高。

身為我們的定點服務 (Point of Service, POS) 計劃會員期間，您可以使用網絡醫療護理提供者或網絡外醫療護理提供者取得例行牙科護理承保服務。請參閱第 3 章第 2.3 節。

第 2 節 使用網絡醫療護理提供者和網絡外醫療護理提供者取得醫療護理

第 2.1 節 您必須選擇一位主治醫生 (primary care provider, PCP) 提供及監督您的醫療護理

甚麼是「主治醫生」(PCP)？主治醫生 (PCP) 要為您做甚麼？

甚麼是主治醫生 (PCP)？

主治醫生 (primary care provider, PCP) 是指您選擇為您提供和協調承保服務的網絡醫生。

哪些類型的醫療護理提供者可以擔任主治醫生 (PCP)？

主治醫生 (PCPs) 通常是其專科為內科、家庭醫學科或全科的醫生。

我的主治醫生 (PCP) 扮演甚麼角色？

您與主治醫生 (PCP) 的關係很重要，因為主治醫生 (PCP) 要負責您的例行健康護理需求、協調您接受的全部承保服務、維護您的主要病歷，並確保持續護理。如果您需要和網絡專科醫生或您主治醫生 (PCP) 以外的其他網絡醫療護理提供者約診，必須取得主治醫生 (PCP) 的轉介。

如何選擇主治醫生 (PCP)

您必須在參加註冊時從**醫療護理提供者名冊**中選擇一位主治醫生 (PCP)。

由於您都要透過您選擇的主治醫生 (PCP) 取得網絡專科醫生和醫院的服務，因此您若想使用特定的醫院、醫生或其他醫療護理提供者，請務必在選擇時查明該主治醫生 (PCP) 是否會轉介這些醫療護理提供者。

如需最新的**醫療護理提供者名冊**，或需要協助選擇主治醫生 (PCP)，請致電客戶服務部或瀏覽網站查詢網絡醫療護理提供者的最新資訊，網址請參閱本手冊第 2 章。

如果您參加註冊時沒有選擇主治醫生 (PCP)，我們可能會為您挑選一位。您可隨時更換主治醫生 (PCP)。請參閱下文「更換您的主治醫生 (PCP)」。

如何更換您的主治醫生 (PCP)

您能以任何理由隨時更換主治醫生 (PCP)。您的主治醫生 (PCP) 也可能會離開本計劃的醫療護理提供者網絡，此時您即須選擇一位新的主治醫生 (PCP)。

如果您想更換主治醫生 (PCP)，請致電客戶服務部或在網上提出要求。如果該主治醫生 (PCP) 仍持續接受計劃會員，更換的生效日期就會是次月 1 號。

第 2.2 節 您不需要主治醫生 (PCP) 轉介就能取得的醫療護理

您不需要主治醫生 (PCP) 事先核准即可取得以下所列的服務。

- 例行女性健康護理，包括乳房檢查、篩檢乳房 X 光攝影 (乳房 X 光)、宮頸塗片檢查和盆腔檢查，但需由網絡醫療護理提供者提供。
- 流感疫苗注射、新冠病毒疾病 (COVID-19) 疫苗、B 型肝炎疫苗和肺炎疫苗。
- 網絡醫療護理提供者或網絡外醫療護理提供者提供的急診護理服務。
- 如果您暫時在本計劃服務地區外，或因您的時間、地點和情況而無法合理向網絡醫療護理提供者取得計劃承保的緊急護理服務，則該服務屬於需要立即醫療處理 (但不屬於急診) 的服務。緊急護理服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或既有病況的意外發作。即使您在本計劃服務地區外或本計劃網絡暫時無法提供服務，醫療上所必需的例行醫療護理提供者看診 (例如年度檢查) 也不視為緊急護理性質。
- 您暫時在本計劃服務地區外時，在聯邦醫療保險認證的洗腎設施取得的洗腎服務。如果可能，請在離開服務地區前致電客戶服務部，我們才能協助安排您在服務地區外時持續接受洗腎，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。
- 下列類型的專科醫生提供的服務：產科 / 婦科醫生 (Obstetrics/Gynecology, OB/GYN)、血液科醫生、腫瘤科醫生、新生兒科醫生、急診醫學科醫生、住院主治醫生、傳染病科醫生、核子醫學科醫生、放射科醫生或治療放射科醫療護理提供者。
- 所有其他服務請參閱第 4 章：醫療福利表，確認是否必須事先取得您的主治醫生 (PCP) 轉介。

第 2.3 節 如何從專科醫生和其他網絡醫療護理提供者取得護理

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

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

如果網絡專科醫生要求您回診接受更多護理，請您務必先向您的主治醫生 (PCP) 查詢，確定您的轉介會擴大適用這些額外護理，才能確保這些服務會是承保服務。

計劃或聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 都不會支付未依規定取得主治醫生 (PCP) 或本公司轉介的服務、用品、治療、外科手術和 / 或藥物治療，但急診護理服務、緊急護理服務、地區外洗腎和病情穩定後的護理服務，或您取得網絡外醫療護理提供者事前授權的情況不在此限。

請參閱第 4 章第 2.1 節，查詢更多有關哪些服務須事前授權的資訊。

請參閱**醫療護理提供者名冊**，查詢可透過您網絡取得的計劃專科醫生名單，您也可以在網上查詢**醫療護理提供者名冊**，網址請參閱本手冊第 2 章。

如果您使用網絡外醫療護理提供者取得例行牙科護理服務，您承保服務的分攤費用即如第 4 章的「例行牙科護理承保福利」所述。

您在選擇主治醫生 (PCP) 時，務必要記得主治醫生 (PCP) 會根據本身的轉介慣例和醫院附屬關係，選擇將您轉介到哪一個網絡專科醫生。即使本名冊中列出特定網絡專科醫生，也不表示您的主治醫生 (PCP) 就會將您轉介到這個醫療護理提供者。

專科醫生或其他網絡醫療護理提供者離開本計劃時

請您務必瞭解，我們可能會在年度期間變更本計劃網絡內的醫院、醫生和專科醫生 (醫療護理提供者)。如果您的醫生或專科醫生離開本計劃，您享有以下權利和保障：

- 即使我們的醫療護理提供者網絡可能會在年度期間變動，但聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 規定必須讓您不間斷取得符合資格醫生和專科醫生的服務。
- 我們會通知您醫療護理提供者將離開本計劃，讓您有時間重新選擇醫療護理提供者。
  - 如果您的主治醫生或行為健康護理提供者離開本計劃，且您過去 3 年內曾向該醫療護理提供者求診，我們將會通知您。
  - 如果您的任何其他醫療護理提供者離開本計劃，且您被指派給該醫療護理提供者、目前正在取得其護理，或過去 3 個月內曾向其求診，我們將會通知您。
- 我們會協助您重新選擇符合資格且您可向其求診的網絡內醫療護理提供者，以便繼續取得護理。
- 如果您正在透過您目前的醫療護理提供者接受醫療治療或療法，您有權要求繼續取得醫療上所必需的治療或療法。我們會與您合作，確保您能繼續取得護理。
- 我們會提供您資訊，讓您知道可能有哪些註冊期和選項可供您變更計劃。

- 網絡內醫療護理提供者或福利無法使用或不足以滿足您的醫療需求時，我們會安排您在本計劃醫療護理提供者網絡外以網絡內分攤費用取得任何醫療上所必需的承保福利。
- 如果您得知您的醫生或專科醫生要離開本計劃，請與我們聯絡，以便我們能協助您重新選擇醫療護理提供者管理您的護理事宜。
- 如果您認為我們並未提供符合資格的醫療護理提供者來取代您之前的醫療護理提供者，或您的護理事宜沒有得到適當的管理，您有權向品質改進組織 (QIO) 提出護理品質投訴，和 / 或向本計劃提起護理品質申訴 (請參閱第 9 章)。

您可撥打本手冊第 2 章所列的電話向客戶服務部尋求協助。

有些服務必須經計劃事前授權才屬於承保範圍。取得事前授權是主治醫生 (PCP) 或診療醫療護理提供者的責任。第 4 章第 2 節的醫療福利表會列出須事前授權的服務和用品。

第 2.4 節 如何從網絡外醫療護理提供者取得護理

身為本計劃會員，您可以選擇取得網絡外醫療護理提供者的護理，但僅限例行牙科護理服務。如需更多資訊，請參閱**第 4 章的「例行牙科護理承保福利」**。否則，您從網絡外醫療護理提供者取得的護理不屬於承保範圍，但符合本章第 1.2 節所述三種例外情況之一的護理不在此限。如需當您有醫療急診狀況或緊急護理需求時取得網絡外護理的相關資訊，請參閱本章第 3 節。

第 3 節 遇到緊急狀況、災難或需要緊急護理時如何取得服務

第 3.1 節 如果您有醫療急診狀況時如何取得護理

醫療急診狀況是指您或任何其他具備一般健康和醫學知識的審慎非專業人士認為您的醫療症狀需要立即醫治才能避免失去生命 (如果您是孕婦，則包括胎兒失去生命)、肢體或肢體機能或導致身體機能喪失或嚴重受損的情況。醫療症狀可能是疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病況。

如果您有醫療急診狀況：

- **儘快取得協助。**請撥 911 尋求協助或前往最近的急診室或醫院。如果您有需要，請打電話要求救護。您**不**需先取得您主治醫生 (PCP) 的核准或轉介。您**不**一定要向網絡醫生求診。只要有需求，您隨時都可以在全球任何地方取得承保急診醫療護理。

醫療急診狀況時的承保服務

如果以救護服務以外方式到急診室可能會危害您的健康，此時本計劃就會承保救護服務。我們還承保緊急狀況期間的醫療服務。

為您提供急診護理的醫生會判斷您的病況何時穩定以及醫療急診狀況何時結束。

您在美國境內取得急診護理時，您有權在急診狀況結束後取得追蹤護理，確保您的病況持續穩定。您的醫生會繼續為您提供治療，直到您的醫生與我們聯絡並擬定額外護理計劃為止。您的追蹤護理屬於本計劃的承保範圍。如果您的急診護理是由網絡外醫療護理提供者提供，只要您的醫療病況和情況允許，我們便會試著安排網絡醫療護理提供者儘快接手您的護理。

您在美國境外按照全球急診護理福利規定取得急診護理時，在您仍身處外國期間，僅限與當下醫療急診狀況直接相關的醫療服務屬於承保範圍。您的病況穩定後在美國境外接受的追蹤護理通常不屬於承保範圍，即使該護理與最初的急診狀況有關也不例外。承保僅限於為使您的病況穩定所需的急診護理服務。任何在病況穩定後所接受的護理都必須在美國境內進行才符合承保資格。

如果不是醫療急診狀況時怎麼辦？

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

不過，在醫生已表示這**並非**急診狀況之後，我們**只會**在您以下列兩種方式之一取得額外護理時才會承保額外護理：

- 您向網絡醫療護理提供者求診以取得額外護理，或
- 您取得的額外護理是視為緊急護理服務，並且您遵循以下規則取得該緊急護理。

第 3.2 節 有緊急護理服務需求時取得護理

如果您暫時在本計劃服務地區外，或因您的時間、地點和情況而無法合理向網絡醫療護理提供者取得需要立即醫療處理 (但不屬於急診) 的服務，則該服務屬於緊急護理服務。緊急護理服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或既有病況的意外發作。不過，即使您在本計劃服務地區外或本計劃網絡暫時無法提供服務，年度檢查等醫療上所必需的例行醫療護理提供者看診也不視為緊急護理服務。

您每次都應該試著從網絡醫療護理提供者取得緊急護理服務。不過，如果醫療護理提供者暫時無法提供服務或聯絡不上，而且等到網絡可提供服務時才向您的網絡醫療護理提供者取得護理並不合理，我們就會承保您從網絡外醫療護理提供者取得的緊急護理服務。請查看您**醫療護理提供者名冊**的網絡緊急護理中心名單。

本計劃可提供美國境外急診及緊急護理服務全球承保的狀況如下：急診護理服務 (包括急診或緊急護理)，以及從緊急狀況現場送往該外國境內距離最近醫療治療設施的急診救護運輸。無論是透過救護還是某種其他交通運輸方式，從其他國家返回美國的交通運輸不屬於承保範圍。在美國境外的任何預先排定的服務、預約看診、預先規劃的治療 (包括因持續性的病況洗腎) 和 / 或選擇性程序不屬於承保範圍。

第 3.3 節 災難期間取得護理

如果您所在州的州長、美國健康及人類服務部部長或美國總統宣告您所在地區進入災難狀態或有緊急狀況，您仍有權從本計劃取得護理。

如欲查詢災難期間如何取得所需護理的資訊，請瀏覽以下網站：**uhc.com/disaster-relief-info**，或聯絡客戶服務部。

如果您在災難期間無法使用網絡醫療護理提供者，本計劃將允許您以網絡內分攤費用，向網絡外醫療護理提供者取得護理。如果您在災難期間無法使用網絡藥房，也許可以在網絡外藥房購買處方配藥。請參閱第 5 章第 2.5 節。

第 4 節 如果您直接收到承保服務全額費用的帳單怎麼辦？

如果您為承保服務支付的費用已超過本計劃分攤費用，或您收到承保醫療服務的全額費用帳單，您可以要求我們支付承保服務費用中我們應分攤的部份。請參閱第 7 章，查詢該怎麼做的資訊。

第 4.1 節 如果服務不屬於本計劃的承保範圍

本計劃承保所有醫療上所必需的服務，如第 4 章的醫療福利表所列。如果您取得不屬於本計劃承保範圍的服務，或您未經授權即取得網絡外服務，您須支付相關服務的全額費用。不過，在支付服務費用前，請聯絡您的州政府醫療補助辦公室，查明該服務是否屬於醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的承保範圍。

若是有福利限制的承保服務，您用完該類型承保服務的福利之後也須支付該類服務的全額費用。例如，如果您的計劃每年承保一次例行身體檢查，但您接受該例行身體檢查後又選擇在同一年度做第二次例行身體檢查，您即須為第二次例行身體檢查支付全額費用。您在達到福利限制之後支付的任何金額都不會計入您的年度自付費用上限。(請參閱第 4 章，查詢更多有關您計劃自付費用上限的資訊。)

第 5 節 臨床研究中的醫療服務

第 5.1 節 甚麼是臨床研究

臨床研究 (也稱為「臨床試驗」) 是醫生與科學家測試新類型醫療護理 (例如癌症新藥的成效) 的方法。特定臨床研究會經過聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准的臨床研究通常會要求自願者參與研究。參加臨床研究期間，您可繼續參加註冊本計劃並持續透過本計劃取得其餘的護理 (與研究無關的護理)。

如果您參加聯邦醫療保險核准的研究，傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 會為您在研究中取得的承保服務支付大多數費用。如果您告訴我們您正在參與合格臨床試驗，您只須為該試驗中的服務支付網絡內分攤費用即可。如果您已支付較多費用 - 比如說如果您已支付傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 分攤費用金額 – 我們將補償您已付金額與網絡內分攤費用間的差額。您必須提供書面紀錄向我們證明您的已付金額。

如果您想參加任何聯邦醫療保險核准的臨床研究，您**不**需要通知我們或取得本計劃或您主治醫生 (PCP) 的核准。在臨床研究中為您提供護理的醫療護理提供者**不**一定要在本計劃網絡中。(這不適用於需要透過臨床試驗或註冊來評估福利的承保福利，包括須基於證據發展而提供承保的全國承保裁決 (requiring coverage with evidence development, NCDs-CED) 和研究性裝置豁免 (investigational device exemption, IDE) 研究規定的特定福利。這些福利可能也需要事前授權並遵守其他計劃規則。)

雖然您不需本計劃的許可即可參加臨床研究，但我們仍鼓勵您在選擇參加符合聯邦醫療保險資格的臨床試驗時先提前通知我們。

如果參加未經聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准的研究，您必須負責支付參加研究的全部費用。

第 5.2 節 臨床研究中的服務費用由誰支付

一旦加入聯邦醫療保險核准的臨床研究，傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 便承保您在研究中取得的例行用品和服務，包括：

- 即使您未參加研究時聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 仍會支付的醫院住院膳宿費用。
- 屬於研究一部份的手術或其他醫療程序。
- 新護理副作用與併發症的治療。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 支付其對相關服務應分擔的費用後，本計劃會支付其餘費用。就像所有承保服務一樣，您不需為在臨床研究中接受的承保服務支付任何費用。

當您參加臨床研究時，**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 或本計劃都不會支付下列任何費用：**

- 一般而言，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) **不會**支付研究測試中新用品或服務的費用，除非是即使您**未**參加研究時聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 仍會承保該用品或服務。
- 僅為收集資料而提供，而不是直接用於您健康護理的用品或服務。例如，如果您的醫療病況通常只要做一次電腦斷層掃描 (CT)，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 就不會支付研究過程中每個月做的電腦斷層掃描 (CT) 費用。
- 研究贊助者為試驗參加者免費提供的用品和服務。

取得更多有關參加臨床研究的資訊

請參閱聯邦醫療保險出版品聯邦醫療保險和臨床研究 (Medicare and Clinical Research Studies)，取得更多有關參加臨床研究的資訊，網址 Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

第 6 節 在「宗教性非醫療健康護理機構」取得護理的規則

第 6.1 節 宗教性非醫療健康護理機構

宗教性非醫療健康護理機構是一種設施，對一般會在醫院或專業護理設施治療的病況提供護理。如果在醫院或專業護理設施取得護理會違反會員的宗教信仰，本計劃會改為承保宗教性非醫療健康護理機構中的護理。本福利只適用 A 部份住院服務 (非醫療健康護理服務)。

第 6.2 節 如何從宗教性非醫療健康護理機構取得護理

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

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

欲獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療健康護理機構取得的護理必須符合下列條件：

- 提供護理的設施必須經聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 認證。
- 本計劃僅承保**非宗教**的護理。
- 如果該機構是在設施中為您提供服務，則有下列條件：
  - 您必須患有允許您取得住院護理或專業護理設施護理承保服務的醫療病況。
  - **而且 –** 您入住該設施之前，必須事先取得本計劃核准，否則您住院不屬於承保範圍。

只要您住院符合聯邦醫療保險承保準則，您的住院承保就沒有天數限制。承保限制於第 4 章醫療福利表的**住院護理**有說明。

第 7 節 耐用醫療器材的所有權規則

第 7.1 節 您按本計劃規定支付特定次數費用後，仍不會擁有耐用醫療器材的所有權

耐用醫療器材 (Durable medical equipment, DME) 包括氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、言語產生裝置、靜脈輸液幫浦、霧化器和醫療護理提供者囑咐會員在家使用的醫院病床等項目。某些耐用醫療器材 (DME) (例如義肢) 一律為會員所擁有。其他類型的耐用醫療器材 (DME) 則必須租用。

在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 中，特定類型耐用醫療器材 (DME) 的租用人，在支付該器材定額手續費 13 個月後即可擁有該器材。**身為本計劃會員，您通常不會取得所租用耐用醫療器材 (DME) 的所有權，無論您以本計劃會員身份為該器材支付多少次定額手續費。**即使您加入本計劃之前按傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 規定連續支付耐用醫療器材 (DME) 的費用達 12 次，您仍不會取得所有權。在某些少數情況下，我們會將耐用醫療器材 (DME) 的所有權轉移給您。請致電客戶服務部查詢更多資訊，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

如果您轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，您已為耐用醫療器材支付的費用會怎樣？

如果您沒有在參加註冊本計劃期間取得耐用醫療器材 (DME) 的所有權，您轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 後，必須重新為該器材連續支付 13 次費用才能擁有該耐用醫療器材 (DME)。您參加註冊本計劃期間所支付的款項不會計入這 13 次付款。

範例 1：您在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 中為該器材連續支付 12 次或更少次的費用，然後加入本計劃。您在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 中支付的款項不予計入。

範例 2：您在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 中為該器材連續支付 12 次或更少次的費用，然後加入本計劃。您沒有在參加註冊本計劃期間取得該器材的所有權。您接著又返回傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。您再度加入傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 後，必須重新支付連續 13 次的費用才能擁有該器材。您已支付的任何款項 (無論是向本計劃還是向傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 支付) 都不予計入。

第 7.2 節 氧氣設備、用品和維護規則

如果您符合資格可取得聯邦醫療保險氧氣設備承保，本計劃將會承保：

- 氧氣設備的租用
- 氧氣和氧氣內容物的遞送
- 輸送氧氣和氧氣內容物所需的管路和相關氧氣配件
- 氧氣設備的維護和修理

如果您退出本計劃或您醫療上不再需要氧氣設備，則氧氣設備必須歸還。

如果您退出本計劃並返回傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 會怎樣？

傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 規定氧氣供應商必須為您提供 5 年服務。您在最初的 36 個月期間租用設備。在剩餘的 24 個月中，供應商會提供設備和維護 (您仍須支付氧氣的定額手續費)。5 年後，您可選擇繼續使用同一家公司或轉至其他公司。此時，5 年周期會重新開始，即使您繼續使用同一家公司也不例外，您仍須再次為最初 36 個月支付定額手續費。如果您加入或離開本計劃，5 年周期會重新開始。

第 4 章：
醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)

第 1 節 瞭解您承保服務的自付費用

醫療福利表列出您的承保服務並說明身為 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會員您要為各項承保服務支付多少費用。本節也提供有關不屬於承保範圍之醫療服務的資訊，並說明某些服務的限制。

第 1.1 節 您可能要為承保服務支付的自付費用

您可能要為承保服務支付的自付費用類型包括以下各項。

- **定額手續費：**您取得某些醫療服務時每次支付的固定金額。您要在取得醫療服務時支付定額手續費。(醫療福利表為您詳細說明定額手續費。)
- **共同保險：**您為某些醫療服務支付的總費用百分比。您要在取得醫療服務時支付共同保險。(醫療福利表為您詳細說明共同保險。)

符合資格聯邦醫療保險受益人 (QMB) 會員 – 如果您以符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 身份參加註冊聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，並且參加註冊 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))，除了處方配藥定額手續費以外，您不需為聯邦醫療保險承保的服務支付任何費用。您的共同保險、自付扣除金和定額手續費 (D 部份處方配藥除外) 都會由 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 支付。

請在接受健康護理服務時出示您的 UCard。這張卡片有助於您的健康護理提供者協調付款事宜。

如有下列情形，請致電本手冊第 2 章所列的客戶服務部電話號碼：

- 您被要求支付承保服務的費用，
- 您的醫療護理提供者不為您看診，或
- 您有其他疑問

如果您收到 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 承保過期通知，請立即致電您的醫療補助辦公室重新申請補助。您的醫療補助機構電話號碼列於本手冊第 2 章。如果您有疑問，請致電本手冊第 2 章所列的客戶服務部電話。

寬限期

會員若是符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 或享有完全醫療補助福利 – 如果您失去 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 資格，最多可繼續參加註冊本聯邦醫療保險計劃 6 個月。您必須在 6 個月期間結束前重新參加註冊醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)，才能保有您在本計劃的聯邦醫療保險福利。如果您在此 6 個月期間向醫療護理提供者求

診，您將必須支付聯邦醫療保險計劃不承保的自付費用。在您重新取得醫療補助資格之前，您都必須負責支付相關費用。您的自付費用可能包括聯邦醫療保險計劃自付扣除金、定額手續費和共同保險，最多至傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 金額，此金額可查詢 medicare.gov。若是網絡內聯邦醫療保險承保服務，您將負責支付按傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 金額計算的分攤費用，最多 $9,250。網絡外服務不會計入此最高金額。此外，如果您失去 D 部份額外補助 (Extra Help) 資格，您也會需要支付計劃保費。請致電客戶服務部 (電話號碼請參閱本手冊封面)，查詢與寬限期自付費用有關的額外資訊。

如果您沒有在 6 個月期間重新參加註冊 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))，您就必須退出本計劃。您將會參加註冊傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。如欲重新參加註冊醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)，請聯絡 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 辦公室。

第 1.2 節 您要為聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份承保醫療服務支付的最高金額是多少？

備註：因為我們的會員也自 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 取得補助，所以很少會員會達到此自付費用上限。對於 A 部份和 B 部份承保服務的最高自付費用金額，您不須負責支付任何自付費用。

Medicare Advantage 計劃對於您每年為聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份承保的網絡內醫療服務支付的自付費用金額設有上限。此上限稱為醫療服務的最高自付費用金額。**對於 2026 日曆年度，此最高自付費用 (MOOP) 金額為 $0。**

您為網絡內承保服務支付的自付扣除金、定額手續費和共同保險金額會計入此最高自付費用金額。您為本計劃保費和 D 部份藥物支付的金額不會計入您的最高自付費用金額。此外，您為某些服務支付的金額也不會計入您的最高自付費用金額。這些服務在醫療福利表中會以星號標示。如果您達到最高自付費用金額 $0，年度剩餘期間就不須為 A 部份和 B 部份網絡內承保服務支付任何自付費用。不過，您必須繼續支付本計劃保費和聯邦醫療保險 B 部份保費 (除非您的 B 部份保費是由 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 或由其他第三方為您支付)。

第 2 節 醫療福利表會列出您的醫療福利和費用

以下幾頁的醫療福利表列出 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 承保的服務，還有您要為各項服務支付哪些自付費用 (D 部份配藥承保將於第 5 章說明)。唯有符合下列規定時，醫療福利表所列的服務才屬於承保範圍：

- 必須按照聯邦醫療保險承保準則為您提供聯邦醫療保險承保服務。
- 您的服務 (包括醫療護理、服務、用品、器材和 B 部份藥物) **必須**是醫療上所必需。「醫療上所必需」是指服務、用品或藥物是預防、診斷或治療醫療病況所需且符合公認的醫療執業標準。
- 對於新的計劃參加者，您的 Medicare Advantage (MA) 協調式護理計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，新的 Medicare Advantage (MA) 計劃不能針對任何正在進行的療程要求事前授權，即使該療程涉及由網絡外醫療護理提供者開始執行的服務。

- 您從網絡醫療護理提供者取得護理。大多數情況下，除非是急診或緊急護理，或除非本計劃或網絡醫療護理提供者為您轉介，否則您從網絡外醫療護理提供者取得的護理不屬於承保範圍。這表示您要為您取得的網絡外服務向醫療護理提供者支付全額費用。
- 您會由一位主治醫生 (Primary care provider, PCP) 負責提供和監督您的護理。在大多數情況下，您必須事先得到主治醫生 (PCP) 核准 (轉介)，才能向本計劃網絡的其他醫療護理提供者求診。
- 醫療福利表列出的某些服務必須由您的醫生或其他網絡醫療護理提供者事先向我們取得核准 (有時稱為事前授權) **才**屬於承保範圍。也有些服務必須由您直接與您的指定護理團隊合作取得核准。
  - 可能需要事先核准的承保服務在醫療福利表中會以雙劍圖示 (††) 標示。
  - 網絡醫療護理提供者簽約同意向本計劃取得事前授權。
  - 如果您的協調式護理計劃核准某個療程的事前授權要求，該核准必須按照適用的承保標準、您的醫療病史以及診療醫療護理提供者的建議，在醫療上所合理必需的情況下維持效力以避免護理中斷。

其他有關本計劃承保的重要事項：

- 您享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩種承保。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保健康護理和處方配藥。醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 承保您的聯邦醫療保險服務分攤費用。醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 也承保聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不承保的服務，例如長期護理以及家庭和社區型服務。
- 和所有聯邦醫療保險健保計劃一樣，我們承保傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保的所有項目。(如欲瞭解傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保範圍和費用詳情，請參閱您的 **2026 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2026)** 手冊。您可至 www.Medicare.gov 在網上瀏覽，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取文件。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。)
- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 免費承保的預防護理服務，我們也都免費為您承保。不過，如果您取得預防護理服務的同時也接受既有醫療病況的治療或監控，您因既有醫療病況所取得的護理即須支付定額手續費。
- 如果聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 在 2026 年期間新增加任何新服務的承保，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 或本計劃都會承保相關服務。
- 如果您在本計劃的 6 個月視同持續資格期間內，我們會繼續提供所有適當的 Medicare Advantage 計劃的聯邦醫療保險承保福利。不過，在這段期間我們不會繼續承保納入醫療補助州政府計劃的醫療補助福利，也不會支付聯邦醫療保險保費或州政府應負責的分攤費用。
- 只要您符合上述承保規定，您不需為醫療福利表所列的服務支付任何費用。
  - 如果您已診斷出患有以下所列的任何慢性病且您符合特定標準，您可能符合資格可取得為慢性病患者提供的特殊輔助福利。

  - **合格病況如下：**糖尿病 (1 型或 2 型)、心血管疾病、慢性心臟衰竭、慢性高血壓、慢性高血脂症 (慢性高膽固醇)、自體免疫疾病、癌症、慢性酒精使用失調和其他物質使用失調 (substance use disorders, SUDs)、慢性胃腸疾病、慢性腎病 (chronic kidney disease, CKD)、慢性肺部疾病、慢性且導致殘疾的精神健康病況、失智症、人類免疫缺乏病毒 / 愛滋病 (HIV/AIDS)、免疫缺陷和免疫抑制疾病、重症肌無力 / 神經肌肉疾病和格林-巴利症候群 / 發炎性和毒性神經病變、神經系統疾病、過重、肥胖症和代謝症候群、器官移植後護理、嚴重血液疾病、中風、認知障礙相關病況，以及有身體機能障礙且需要類似服務的病況。
  - 您參加註冊本計劃後，我們將裁定您是否符合資格。我們會向您的診療醫療護理提供者確認您患有一種或多種合格慢性病。此外，我們也會確認您符合其他標準，包括具有高住院風險或可能發生嚴重健康結果，並且需要加強護理協調，例如協助管理多個醫療護理提供者或多項藥物。
- 如需更多細節，請參閱以下醫療福利表中的為慢性病患者提供的特殊輔助福利該行。
- 請與我們聯絡，確認您可能符合資格可取得哪些福利。

此蘋果圖示會在醫療福利表中標示預防護理服務。

醫療上所必需 - 指預防、診斷或治療您的疾病或傷害所需的健康護理服務、用品或藥物，而且根據本公司或我們指定人全權裁量符合以下所有條件：

- 符合**一般公認的醫療執業標準**。
- 對您的疾病或傷害來說最適合的類型、頻率、範圍、地點和持續時間，而且認定具有療效。
- 主要不是為了讓您方便或讓您的醫生或其他健康護理提供者方便。
- 符合但不超過您的醫療需求、至少和現有可用之具醫療適當性的替代選擇一樣有助益，而且能在安全有效的情況下以最符合成本效益的方式提供。

一般公認的醫療執業標準是指這些標準的基礎來自在相關醫界一般認可的同儕審查醫療文獻發表的可信科學證據，這些證據主要依據的是對照式臨床試驗，如果沒有這類試驗時則依據來自多個機構可顯示服務或治療與健康結果間具有因果關係的觀察性研究。

如果沒有可信的科學證據，則以專科醫生協會建議為依據的標準或專業護理標準也可納入考量。我們保留權利可在裁決健康護理服務是否為醫療上所必需時諮詢專家意見。決定採用專科醫生協會建議、選擇專家以及裁決何時要使用任何相關專家意見都屬於本公司全權裁量的範圍。

醫療福利表

承保服務	您支付的費用
腹主動脈瘤篩檢 有風險民眾的一次 (終身一次) 超音波篩檢。您必須有特定風險因素且您取得醫生、醫生助理、專科護理師或臨床專科護士轉介，本計劃才會承保此篩檢。	符合本項預防篩檢資格的會員沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。

承保服務	您支付的費用
慢性下背疼痛針灸護理 承保服務包括： 在下列情況下，90 天內最多 12 次由醫生 (或如下所述的其他醫療護理提供者) 進行或監督的門診屬於承保範圍： 在本項福利中，慢性下背疼痛的定義是： •持續 12 週或更長時間； •非特異性，沒有可識別的系統性原因 (即與轉移性、發炎或感染疾病等無關)； •與外科手術無關；而且 •與懷孕無關。 病患情況顯示有所改善時，將提供額外 8 次承保。每年進行的針灸治療不得超過 20 次。 如果病患情況沒有改善或情況退步，必須停止治療。 **一般來說，聯邦醫療保險承保的針灸護理服務若由針灸護理師或脊椎神經治療師提供則不屬於承保範圍。** 醫療護理提供者規定： 醫生 (如社會安全法案 (法案) 1861(r)(1) 所定義) 可以根據適用州法規定提供針灸護理。 醫生助理 (Physician assistants, PAs)、專科護理師 (nurse practitioners, NPs) / 臨床專科護士 (clinical nurse specialists, CNSs) (如法案 1861(aa)(5) 所定義) 和輔助人員可提供針灸護理，但必須符合所有適用州法規定並擁有： •在經針灸和東方醫學認證委員會 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 鑒定合格的學校取得針灸或東方醫學碩士或博士等級學位；以及， •最新、完整、有效且沒有限制，可以在美國某個州、領土或邦 (即 Puerto Rico) 或 District of Columbia 執業的針灸執照。 •完全由獨立針灸護理師提供的福利不屬於承保範圍。 提供針灸護理的輔助人員必須依據聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的規定，由醫生、醫生助理 (PA) 或專科護理師 / 臨床專科護士 (NP/CNS) 提供適當級別的監督。	您須支付主治醫生護理服務或專科醫生護理服務適用的分攤費用 (如「醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診」所述)，視您向主治醫生還是專科醫生取得服務而定。†† *可能須經轉介。*

承保服務	您支付的費用
由不符合聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 針灸護理提供者規定的醫療護理提供者執行的針灸護理服務不屬於承保範圍，即使該地點沒有符合聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 規定的醫療護理提供者可提供服務也不例外。	
救護服務 美國境內的聯邦醫療保險承保救護服務 (無論是用於緊急狀況還是非緊急狀況) 包括以固定翼機、旋翼機和陸上救護服務載送到可提供護理的最近適當設施，但必須是因為會員醫療病況使用其他交通工具可能危及個人健康或經本計劃授權時才提供這些服務。如果承保救護服務並非用於緊急狀況，則文件應記載會員的病況使用其他交通工具可能危及個人健康，且救護運輸有醫療必要性。 在美國境外，我們的全球急診護理福利僅承保從緊急狀況現場送往該外國境內距離最近醫療治療設施的急診救護運輸。無論是透過救護還是某種其他交通運輸方式，從其他國家返回美國的交通運輸不屬於承保範圍。一般而言，您在美國境外取得任何急診救護服務都要在取得服務時支付全額費用，之後您需要向我們要求補償。中介機構、請款管理公司或第三方開立帳單者針對您在美國境外取得的服務向我們提出的付款要求不予補償。	聯邦醫療保險承保的單程陸上運輸每趟定額手續費 $0。 聯邦醫療保險承保的單程空中運輸每趟定額手續費 $0。 網絡外非急診救護服務不屬於承保範圍。 *您的醫療護理提供者可能必須為非急診交通運輸取得事前授權。*
年度例行身體檢查 包括綜合身體檢查和慢性病狀態評估。不包括化驗、放射診斷測試或非放射診斷測試。您就診時接受的任何化驗或診斷測試可能會有額外的分攤費用，如本醫療福利表中各項服務所述。年度例行身體檢查的時間不必一定要間隔 12 個月，但每日曆年度以一次為限。	每年一次例行身體檢查定額手續費 $0。
年度保健看診 如果您參加註冊 B 部份已超過 12 個月，您可接受一次年度保健看診，以便根據您目前的健康狀態和風險因素擬定或更新針對個人具體情況的預防計劃。本項目每 12 個月一次屬於承保範圍。不包括化驗、放射診斷測試或非放射診斷測試。您就診時接受的任何化驗或診斷測試可能會有額外的分攤費用，如本醫療福利表中各項服務所述。	年度保健看診沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。

承保服務	您支付的費用
備註：您不得在接受歡迎參加註冊聯邦醫療保險預防保健看診後 12 個月內接受第一次年度保健看診。不過，在參加註冊 B 部份 12 個月後，您不需接受過歡迎參加註冊聯邦醫療保險看診，年度保健看診也屬於承保範圍。	
骨質測量 若是符合資格的人 (通常是指有骨質流失風險或骨質疏鬆風險的人)，下列服務每 24 個月承保一次 (若為醫療上所必需則次數更多)：確認骨質密度、偵測骨質流失或判定骨骼品質的程序，包括醫生對結果的判讀。	聯邦醫療保險承保的骨質測量沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影) 承保服務包括： •35 至 39 歲一次基準乳房 X 光攝影 •年滿 40 歲的女性每 12 個月一次篩檢乳房 X 光攝影 •每 24 個月一次臨床乳房檢查	承保的篩檢乳房 X 光攝影沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
心臟復健服務 符合某些條件的會員，經醫生囑咐時，包括運動、教育和諮詢的心臟復健服務綜合方案屬於承保範圍。本計劃也承保通常會比心臟復健方案更劇烈或強度更高的加強心臟復健方案。	聯邦醫療保險承保的心臟復健門診每次定額手續費 $0。††
心血管疾病風險降低門診 (心血管疾病治療) 我們每年承保一次幫助您降低心血管疾病風險的主治醫生門診。本次門診時，您的醫生可能會討論阿斯匹靈的使用 (如適當)、檢查您的血壓，以及提供確保飲食健康的建議。	心血管疾病預防護理福利沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
心血管疾病篩檢測試 每 5 年 (60 個月) 承保一次的偵測心血管疾病 (或與心血管疾病風險升高相關的異常情形) 的血液測試。	每五年承保一次的心血管疾病測試沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。

承保服務	您支付的費用
子宮頸癌和陰道癌篩檢 承保服務包括： •適用所有女性：每 24 個月一次宮頸塗片檢查和盆腔檢查屬於承保範圍 •如果您是子宮頸癌或陰道癌風險高的人或您在育齡期間，而您過去 3 年內宮頸塗片檢查結果異常：每 12 個月一次宮頸塗片檢查 •30 至 65 歲無症狀女性：每 5 年一次人類乳突病毒 (HPV) 測試，與宮頸塗片檢查同時進行	聯邦醫療保險承保的預防宮頸塗片檢查和盆腔檢查沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
脊椎護理服務 承保服務包括： •脊椎推拿矯正半脫位 (脊椎有一節或多節骨頭移位時)。推拿是一種治療方法，用手施加壓力來輕輕移動關節和身體組織。 推拿治療半脫位以外的任何服務聯邦醫療保險均不予承保，包括： •保養療法。持續性護理預計不再能夠提供臨床改善效果且治療轉變為支持性質而非矯正性質時，脊椎神經治療即視為保養療法。 •若脊椎神經治療師在治療過程中使用手持式手動裝置施加受控壓力，您將須支付額外費用。 •X 光、按摩治療和針灸護理 (除非針灸護理的目的是治療慢性下背疼痛)。	聯邦醫療保險承保的門診每次定額手續費 $0。††
慢性護理管理服務，包括慢性疼痛管理和治療計劃服務 如果您患有嚴重慢性病並取得慢性護理管理服務，您的醫療護理提供者會每月制定一份綜合護理計劃，列出您的健康問題和目標、醫療護理提供者、藥物、您享有和需要的社區服務，以及有關您健康的其他資訊。您轉換至不同的健康護理場所時，您的醫療護理提供者也會幫助協調您的護理。	針對您的每月慢性病護理管理計劃，視負責擬定您計劃的醫療護理提供者類型而定，您須支付主治醫生護理服務或專科醫生護理服務適用的分攤費用 (如「醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診」所述)。†† *可能須經轉介。*

承保服務	您支付的費用
	對於按您計劃規定所建議的任何護理，您須支付適用的分攤費用。按慢性疼痛管理計劃規定所建議的服務可能包括 (但不限於) 主治醫生護理服務、專科醫生護理服務、物理治療、職能治療、化驗或診斷測試，或處方配藥 (如「醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診」、「門診復健服務」、「門診診斷測試以及治療服務和用品」或「聯邦醫療保險 B 部份藥物」所述，或請參閱第 6 章，查詢您需為適用的 D 部份藥物支付的費用)。†† *可能須經轉介。*
結腸直腸癌篩檢 下列篩檢測試屬於承保範圍： •結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制規定，非高風險病患每 120 個月 (10 年) 承保一次，或非結腸直腸癌高風險的病患先前接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後每 48 個月承保一次，以及高風險病患先前接受過篩檢結腸鏡檢查後每 24 個月承保一次。 •對於年滿 45 歲且並非結腸直腸癌高風險的病患，若距離上一次進行篩檢電腦斷層掃描結腸造影已有至少 59 個月，或距離上一次進行篩檢軟式乙狀結腸鏡檢查或篩檢結腸鏡檢查已有 47 個月，則電腦斷層掃描結腸造影屬於承保範圍。對於結腸直腸癌高風險病患，若距離上一次進行篩檢電腦斷層掃描結腸造影或篩檢結腸鏡檢查已滿至少 23 個月，則所進行的篩檢電腦斷層掃描結腸造影可獲得支付。	聯邦醫療保險承保的結腸直腸癌篩檢檢查沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。如果您的醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀結腸鏡檢查過程中發現息肉或其他組織並將其切除，該次篩檢檢查便轉變為門診診斷結腸鏡檢查。

承保服務	您支付的費用
•軟式乙狀結腸鏡檢查適用於年滿 45 歲的病患。非高風險病患接受過篩檢結腸鏡檢查後每 120 個月一次。高風險病患先前接受過軟式乙狀結腸鏡檢查或電腦斷層掃描結腸造影後每 48 個月一次。 •篩檢糞便隱血測試適用於年滿 45 歲的病患。每 12 個月一次。 •多標靶糞便 DNA 檢查適用於不符合高風險條件的 45 至 85 歲病患。每 3 年一次。 •血液生物標記測試適用於不符合高風險條件的 45 至 85 歲病患。每 3 年一次。 •結腸直腸癌篩檢測試包括聯邦醫療保險承保的非侵入性結腸直腸癌糞便篩檢測試結果陽性後的一次後續篩檢結腸鏡檢查。 •結腸直腸癌篩檢測試包括預定進行的篩檢軟式乙狀結腸鏡檢查或篩檢結腸鏡檢查，若篩檢測試過程中涉及切除組織或其他物質，或進行其他與該篩檢測試相關、因篩檢測試結果而進行，並於同一次臨床就診中提供的程序，則屬於篩檢測試的一部份。	
門診診斷結腸鏡檢查	聯邦醫療保險承保的診斷結腸鏡檢查沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。††
牙科護理服務 一般來說，預防牙科護理服務 (例如洗牙、例行牙科檢查和牙科 X 光) 不屬於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保範圍。不過，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 在少數情況下會支付牙科護理服務的費用，特別是當該服務屬於個人主要醫療病況的特定治療必要部份。例子包括骨折或傷害後的下顎重建、為準備涉及下顎之癌症的放射治療而進行的拔牙，或器官移植前的口腔檢查。	聯邦醫療保險承保的牙科護理服務定額手續費 $0。††
例行牙科護理福利 您可以在 myUHC.com/CommunityPlan 檢視供應商資訊表，或致電要求客戶服務部郵寄紙本給您，以取得更多有關本項福利的資訊。	您可取得例行牙科護理福利的承保。請參閱本表最後面的例行牙科護理福利說明以瞭解詳情。*††

承保服務	您支付的費用
憂鬱症篩檢 我們每年承保一次憂鬱症篩檢。此篩檢必須在可提供追蹤治療和 / 或轉介的基層護理場所進行。	年度憂鬱症篩檢門診沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
糖尿病篩檢 如果您有下列任何風險因素，我們會承保本篩檢 (包括空腹葡萄糖測試)：高血壓、膽固醇和三酸甘油脂濃度異常 (血脂異常) 紀錄、肥胖或高血糖 (葡萄糖) 紀錄。如果您符合過重和家族糖尿病史等其他規定，測試也屬於承保範圍。 您可能符合資格，每個計劃年度自您最近一次糖尿病篩檢測試之日起，可接受最多 2 次糖尿病篩檢。	聯邦醫療保險承保的糖尿病篩檢測試沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務和用品 適用所有糖尿病患者 (胰島素和非胰島素使用者)。承保服務包括：	
•監測血糖的用品：連續血糖監測器 (continuous glucose monitors, CGMs)、血糖監測器 (blood glucose monitors, BGMs)、血糖試紙、採血裝置和採血針，以及檢查試紙和監測器準確度的血糖質控溶液劑。 •您可以從您的藥房取得特定連續血糖監測器 (CGMs)，而所有的連續血糖監測器都可透過耐用醫療器材 (DME) 提供者以相同費用取得。如果您有 1 型糖尿病，則不需要事前授權。若是 2 型糖尿病和其他病況，您將需要透過耐用醫療器材 (DME) 提供者取得連續血糖監測器 (CGMs) 的事前授權。連續血糖監測器 (CGMs) 和用品的事前授權核准期限為 12 個月。或者，如果您的請款紀錄包括胰島素或任何類型的連續血糖監測器 (CGM) 裝置零件 (例如感測器、傳輸器)，則可向藥房取得特定連續血糖監測器 (CGMs)，無需事前授權。 •如需聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的連續血糖監測器 (CGM) 規定詳情，請前往網站 medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitors。	經核准事前授權的每項聯邦醫療保險承保連續血糖監測器 (continuous glucose monitor, CGM) 和用品定額手續費 $0。連續血糖監測器 (CGMs) 沒有品牌限制。†† 每項聯邦醫療保險承保血糖監測器 (blood glucose monitor, BGM) 定額手續費 $0。†† 對於血糖監測器 (BGMs)，我們只承保 Contour® 和 Accu-Chek® 品牌。其他血糖監測器 (BGM) 品牌不屬於本計劃的承保範圍。

承保服務	您支付的費用
我們承保此清單中的血糖監測器 (BGMs)和試紙。我們通常不會承保其他血糖監測器 (BGM) 品牌，除非您的醫療護理提供者告訴我們這是醫療上所必需。如果您剛加入本計劃且您使用的品牌不在我們的清單上，您可以在參加註冊後的最初 90 天內向醫療護理提供者諮詢的同時要求暫時使用量。醫療護理提供者可以協助您判斷是否有任何首選品牌適合您使用。如果您或您的醫療護理提供者認為您繼續使用其他品牌是醫療上所必需，您可以要求進行承保例外處理，以在計劃年度剩餘期間獲得承保。在參加註冊後的最初 90 天之後，非首選產品只有在例外處理經過核准後才可獲得承保。 如果您 (或醫療護理提供者) 不同意本計劃的承保決定，您或醫療護理提供者可提出上訴。如果您不同意醫療護理提供者對適合您病況的適當產品或品牌所作的決定，您也可以提出上訴。(如需更多有關上訴的資訊，請參閱第 9 章。)	承保的血糖監測器包括：Contour Plus Blue、Contour Next EZ、Contour Next Gen、Contour Next One、Accu-Chek Guide Me 和 Accu-Chek Guide。 試紙：Contour、Contour Plus、Contour Next、Accu-Chek Guide 和 Accu-Chek Aviva Plus。 有關胰島素和注射器適用的分攤費用，請參閱第 6 章。
• 若是有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每日曆年度一雙治療用訂製模壓鞋 (包括這類鞋子隨附的鞋墊) 以及額外 2 雙鞋墊，或一雙加深鞋和 3 雙鞋墊 (不包括這類鞋子隨附的非訂製可拆卸鞋墊)。承保包括裝配。	聯邦醫療保險承保的治療用鞋每雙定額手續費 $0。††
• 糖尿病自我管理訓練在特定情況下屬於承保範圍。第一年每年以 20 次為限，每次 30 分鐘，上限 10 小時。後續年度的追蹤訓練每年以 4 次為限，每次 30 分鐘，上限 2 小時。	聯邦醫療保險承保的福利定額手續費 $0。
耐用醫療器材 (Durable medical equipment, DME) 和相關用品 (有關「耐用醫療器材」的定義，請參閱第 12 章和第 3 章) 承保項目包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、醫療護理提供者囑咐在家使用的醫院病床、靜脈輸液幫浦、言語產生裝置、氧氣設備、霧化器和助行器。 我們承保屬於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保範圍的所有醫療上所必需耐用醫療器材 (DME)。如果您所在地區中的本計劃供應商沒有提供特定品牌或製造商，您可以問他們是否能為您特別訂購一個。我們網站有最新的供應商名單，請瀏覽 myUHC.com/CommunityPlan。	聯邦醫療保險承保的福利定額手續費 $0。†† 每次您取得承保設備或用品時，您為聯邦醫療保險氧氣設備承保支付的分攤費用是定額手續費 $0。†† 您參加註冊達 36 個月後，您的分攤費用將不會變更。 如果您參加註冊本計劃前已為氧氣設備承保支付 36 個月的租金，您在本計劃的分攤費用是定額手續費 $0。††

承保服務	您支付的費用
急診護理 急診護理是指符合下列條件的服務： •由符合資格可提供急診護理服務的醫療護理提供者提供，以及 •因評估或穩定急診醫療狀況所需。 醫療急診狀況是指您或任何其他具備一般健康和醫學知識的審慎非專業人士認為您的醫療症狀需要立即醫治才能避免失去生命 (如果您是孕婦，則包括胎兒失去生命)、肢體或肢體機能的情況。醫療症狀可能是疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病況。 在美國境內，您在網絡外取得的必需急診護理服務與您在網絡內取得這些服務時的分攤費用相同。	在美國境內： 急診室就診每次定額手續費 $0。 如果 24 小時內您因同一病況住院即無須支付該筆金額。如果您住院，您將按本福利表中「住院護理」部份所述支付分攤費用。 如果您在網絡外醫院取得急診護理，但在急診病況穩定後需要住院護理，您必須轉至網絡醫院，您的護理才會繼續獲得承保，否則您必須在本計劃授權的網絡外醫院接受住院護理，而您的費用就是您在網絡醫院須支付的分攤費用。
美國境外的急診部服務全球急診護理承保： •這包括急診或緊急護理，以及僅限從緊急狀況現場到距離最近醫療治療設施的急診救護運輸。 •無論是透過救護還是某種其他交通運輸方式，從其他國家返回美國的交通運輸不屬於承保範圍。 •在美國境外的任何預先排定的服務、預約看診、預先規劃的治療 (包括因持續性的病況洗腎) 和 / 或選擇性程序不屬於承保範圍，即使這些服務與先前的急診狀況有關。 •牙醫提供的服務不屬於承保範圍。 •醫療護理提供者使用費、約診費用和行政費用不屬於承保範圍。 •一般而言，您在美國境外取得急診護理服務都要在取得服務時支付全額費用，之後則須向我們要求補償。中介機構、請款管理公司或第三方開立帳單者針對在美國境外取得的服務向我們提出的付款要求不予補償。	在美國境外： 美國境外取得的急診護理服務全球承保定額手續費 $0。在大多數情況下，您須向國外醫療護理提供者預付服務費用，再要求補償。請參閱第 7 章第 1.1 節，查詢全球急診護理服務費用補償的資訊。

承保服務	您支付的費用
健身計劃 您的健身計劃幫助您無論是在健身機構、在家中，還是在您的社區內，都能保持活動並與他人保持聯繫。這項服務不會向您收費，並包括： •基本地點的免費健身機構會籍 •使用大型全國健身機構和健身地點網絡 •隨選運動影片和線上直播健身課程 •網上記憶力健身活動 請參閱第 11 章第 15 節，查詢承保健身計劃條款與條件。您可以在 myUHC.com/CommunityPlan 檢視供應商資訊表，或致電要求客戶服務部郵寄紙本給您，以取得更多資訊。	定額手續費 $0 如果您住的地方距離網絡健身機構或健身地點 15 哩或更遠，即可取得一組遞送到府的健身套件。 承保僅限網絡內地點。
聽覺護理服務 您的醫療護理提供者為了確認您是否需要接受醫療治療而執行的診斷聽覺和平衡評估，會比照您向醫生、聽覺治療師或其他符合資格醫療護理提供者取得評估時的門診護理承保。	聯邦醫療保險承保的檢查每次定額手續費 $0。††
聽覺護理服務 - 例行聽覺檢查 我們每年承保 1 次聽覺檢查。	定額手續費 $0
聽覺護理服務 - 助聽器 透過 UnitedHealthcare Hearing，您可以從一系列眾多非處方 (over-the-counter, OTC) 和處方助聽器中做選擇。其中包括知名品牌廠商，以及 UnitedHealthcare Hearing 的自有品牌 Relate®，該品牌提供價格實惠的高品質助聽器，配有多種技術選項和實用功能。 助聽器可由網絡醫療護理提供者現場驗配，或直接遞送給您 (僅限特選產品)。 本項福利每 2 年以 2 副助聽器為限。可以選購助聽器配件、額外電池和自選服務，但這些項目不屬於計劃承保範圍。	提供者：UnitedHealthcare Hearing 助聽器補貼是 $2,200 請聯絡 UnitedHealthcare Hearing 以取得您的助聽器福利和聯繫網絡醫療護理提供者。 您必須向 UnitedHealthcare Hearing 取得事前授權。自選追蹤門診可能收取額外費用。

承保服務	您支付的費用
您可以在 myUHC.com/CommunityPlan 檢視供應商資訊表，或致電要求客戶服務部郵寄紙本給您，以取得更多資訊。 在 UnitedHealthcare Hearing 以外購買的助聽器不屬於承保範圍。	全國各地均可透過 UnitedHealthcare Hearing 提供助聽器遞送到府服務 (僅限特選產品)。 在 UnitedHealthcare Hearing 以外購買的助聽器不屬於承保範圍。
人類免疫缺乏病毒 (HIV) 篩檢 若是要求人類免疫缺乏病毒 (HIV) 篩檢測試或人類免疫缺乏病毒 (HIV) 感染風險較高的人，我們承保： •每 12 個月一次篩檢檢查 如果您懷孕了，我們承保： •妊娠期間最多 3 次篩檢檢查	符合聯邦醫療保險承保的預防人類免疫缺乏病毒 (HIV) 篩檢資格的會員沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
家庭健康機構護理 醫生必須先證明您需要家庭健康服務並囑咐由家庭健康機構提供家庭健康服務，之後您才能取得家庭健康服務。您必須是不宜外出的狀態，也就是說出門對您來說是極不方便的事。 承保服務包括但不限於： •非全職或間歇性的專業護理和家庭健康助理服務 (您的專業護理和家庭健康助理服務合計每天必須少於 8 小時，且每週不超過 35 小時，才會屬於家庭健康護理福利的承保範圍) •物理治療、職能治療和言語治療 •醫療和社會服務 •醫療器材和用品	若符合聯邦醫療保險標準，網絡家庭健康機構提供的全部家庭健康探視定額手續費 $0。†† 可能要支付其他定額手續費或共同保險 (請參閱耐用醫療器材和相關用品，查詢適用的定額手續費或共同保險)。
家庭打點滴治療 家庭打點滴治療是指在家透過靜脈注射或皮下注射為個人輸注藥物或生物製劑。進行家庭打點滴所需的物品包括藥物 (例如抗病毒藥物、免疫球蛋白)、器材 (例如幫浦) 和用品 (例如管路和導管)。	您須支付主治醫生護理服務、專科醫生護理服務或家庭健康服務適用的分攤費用 (如「醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診」或「家庭健康機構護理」

承保服務	您支付的費用
承保服務包括但不限於： •專業服務，包括根據我們的護理計劃提供的護理服務 •耐用醫療器材福利並未承保的病患訓練和教育 •遠端監測 •對由合格家庭打點滴治療供應商提供的家庭打點滴治療和家庭打點滴藥物提供監測服務	所述)，視您在哪裡接受施用或監測服務而定。†† *可能須經轉介。* 請參閱本表稍早的「耐用醫療器材」，查詢任何與家庭打點滴治療相關的器材和用品適用的分攤費用。†† 請參閱本表稍後的「聯邦醫療保險 B 部份處方配藥」，查詢任何與家庭打點滴治療相關的藥物適用的分攤費用。†† 請參閱第 6 章，查詢任何與家庭打點滴治療相關的 D 部份藥物適用的分攤費用。
善終護理 如果醫生和善終護理機構醫療主任給您末期預後，證明您患有末期疾病且如果疾病按正常進程發展，您的生命剩下不超過 6 個月，您便符合資格可取得善終護理福利。您可從任何經聯邦醫療保險認證的善終護理方案取得護理。本計劃有義務協助您找到本計劃服務地區內經聯邦醫療保險認證的善終護理方案，包括本公司擁有、控管或有財務利益的方案。您的善終護理醫生可以是網絡醫療護理提供者，也可以是網絡外醫療護理提供者。 承保服務包括： •控制症狀和舒緩疼痛的藥物 •短期暫托護理 •家庭護理 您入住善終護理機構後仍有權利維持您的計劃會員身份；如果您維持本計劃會員的身份，您必須繼續支付計劃保費。	參加註冊經聯邦醫療保險認證的善終護理方案時，您的善終護理服務以及與末期預後相關的 A 部份和 B 部份服務費用會由傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 而非 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 支付。

承保服務	您支付的費用
若是善終護理服務以及與末期預後有關的聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保服務：傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (而非本計劃) 會向善終護理提供者支付您的善終護理服務以及任何與末期預後相關的 A 部份和 B 部份服務費用。在善終護理方案期間，您的善終護理提供者會將傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 支付的服務帳單寄給傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)。您將會被收取傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的分攤費用。 **若是與末期預後無關的聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保服務：**如果您需要屬於聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保範圍但與您末期預後無關的非急診、非緊急護理服務，您支付多少服務費用會視您是否使用本計劃網絡中的醫療護理提供者以及您是否遵循計劃的規則 (例如，如果有規定要取得事前授權) 而定： •如果您自網絡醫療護理提供者取得承保服務並遵循取得服務的相關計劃規則，您只須支付網絡內服務的本計劃分攤費用金額 •如果您是從網絡外醫療護理提供者取得承保服務，您須根據傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 規定支付分攤費用 **若是屬於 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 承保範圍但不屬於聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保範圍的服務：**UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會繼續承保不屬於 A 部份或 B 部份承保範圍的計劃承保服務，無論這些服務是否與您的末期預後相關。您要為相關服務支付本計劃分攤費用金額。 **若是可能屬於本計劃的 D 部份福利承保範圍的藥物：** 如果這些藥物與您的末期善終病況無關，則您要支付分攤費用。如果這些藥物與您的末期善終病況有關，您要支付傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 分攤費用。藥物絕對不會同時屬於善終護理方案和本計劃兩者的承保範圍。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節。 **備註：**如果您需要非善終護理 (與您的末期預後無關的護理)，請與我們聯絡安排相關服務。透過我們網絡醫療護理提供者取得非善終護理可減少您的服務分攤費用。	

承保服務	您支付的費用
免疫接種 聯邦醫療保險 B 部份承保的服務包括： •肺炎疫苗 •流感 / 流行性感冒疫苗注射 (或疫苗接種)，每年秋冬流感 / 流行性感冒季節各一次，醫療上所必需時可接受額外流感 / 流行性感冒疫苗注射 (或疫苗接種) •B 型肝炎疫苗 (如果您對罹患 B 型肝炎具有中、高風險) •新冠病毒疾病 (COVID-19) 疫苗 •其他疫苗 (如果您有風險且這些疫苗符合聯邦醫療保險 B 部份承保規則) 我們的 D 部份配藥福利也承保大多數其他成人疫苗，例如帶狀皰疹或呼吸道融合病毒 (RSV) 疫苗。請參閱第 6 章第 8 節瞭解更多資訊。	肺炎、流感、B 型肝炎或新冠病毒疾病 (COVID-19) 疫苗沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。 所有其他聯邦醫療保險承保的免疫接種沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
住院護理 包括住院急症護理、住院復健、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從您經醫生囑咐而正式住院當天起算。最後住院日則是您出院前一天。 承保服務包括但不限於： •雙人病房 (如醫療上所必需則為單人病房) •膳食，包括特殊飲食 •定期護理服務 •特殊護理病房 (例如加護病房或心臟重症病房) 的費用 •藥物和藥物治療 •化驗 •X 光和其他放射服務 •必需的外科手術和醫療用品 •使用用具，例如輪椅 •手術和恢復室費用 •物理、職能和言語語言治療	聯邦醫療保險承保的住院每次定額手續費 $0，您每次住院沒有天數限制。†† 如果在急診病況穩定後於網絡外醫院接受授權的住院護理，您的費用就是您在網絡醫院須支付的分攤費用。 不適用聯邦醫療保險醫院福利期。(請參閱第 12 章有關福利期的定義。) 若是住院護理，上述分攤費用適用您每次住院。轉至獨立設施類型 (例如住院復健醫院或長期護理醫院) 視為新住院。只要按計劃規則住院屬於承保範圍，您每次住院的承保天數就沒有限制。

承保服務	您支付的費用
•在特定情況下，下列類型的移植屬於承保範圍：角膜、腎臟、腎胰臟、心臟、肝臟、肺、心 / 肺、骨髓、幹細胞，和腸道 / 多重器官。本計劃有執行器官移植的設施網絡。本計劃的器官移植服務醫院網絡與您醫療護理提供者名冊的「醫院」一節所列的網絡不同。本計劃網絡中提供其他醫療服務的某些醫院不在本計劃的移植服務網絡中。如需有關移植服務網絡設施的資訊，請撥打 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 客戶服務部電話 1-800-514-4912，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711。如果您需要移植，我們會安排聯邦醫療保險核准的移植中心審查您的個案，由其決定是否可接受移植。移植醫療護理提供者可位於當地或服務地區外。如果我們的網絡內移植服務在社區護理模式以外，您可選擇在當地接受移植，只要當地移植醫療護理提供者願意接受傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 費率即可。如果 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 在您社區的移植護理模式以外的地點提供移植服務，您也選擇在該遙遠地點接受移植，我們會安排或支付您和一位陪同者的適當住宿和交通運輸費用。請參閱第 4 章第 4 節「不屬於本計劃承保範圍的服務 (不予承保項目)」查詢更多詳情。 •血液 - 包括儲存與輸血。從您需要的第一品脫血液開始承保。 •醫生護理服務	
備註：您的醫療護理提供者必須以書面囑咐讓您正式住院，您才算是住院病患。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為「門診病患」。這稱為「門診觀察」期。如果您不確定自己應該是住院病患還是門診病患，請詢問醫院職員。 請在聯邦醫療保險資料表「聯邦醫療保險醫院福利」(Medicare Hospital Benefits) 中取得更多資訊。欲取得此資料表，請瀏覽網站 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。	在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診外科手術和其他醫療服務部份會說明門診觀察分攤費用。

承保服務	您支付的費用
精神科醫院住院服務 承保服務包括： •必須住院的精神健康護理服務。精神科醫院住院服務有終身 190 天限制。此 190 天限制不適用在一般醫院精神科病房提供的精神健康服務。 •住院物質使用失調服務	定額手續費 $0，每個福利期最多 90 天，再加額外 60 天終身保留日。†† 使用聯邦醫療保險醫院福利期來判定住院精神健康護理承保的總天數。(請參閱第 12 章有關福利期的定義。) 不過，上述分攤費用適用您每次住院，即使您在一個福利期內多次住院也適用。
住院：非承保住院期間您在醫院或專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF) 取得的承保服務 如果您已用完住院福利或住院並非合理必需，我們不會提供您住院期間承保。在某些情況下，我們會承保某些您在醫院或專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF) 住院時取得的服務。承保服務包括但不限於：	當您住院不再屬於承保範圍時，相關服務將按下列各節所述提供承保：
•醫生護理服務	請參閱以下醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診。
•診斷測試 (如化驗)	請參閱以下門診診斷測試以及治療服務和用品。
•X 光、鐳療法和同位素療法，包括技師材料和服務	請參閱以下門診診斷測試以及治療服務和用品。
•外科敷料 •用於骨折和脫臼復位的固定夾板、石膏和其他裝置	請參閱以下門診診斷測試以及治療服務和用品。
•置換全部或部份體內器官 (包括相鄰組織)，或永久不活動或失常體內器官的全部或部份機能之義具與矯形裝置 (牙科除外)，包括替換或修理這類裝置	請參閱以下義具和矯正裝置以及相關用品。
•腿部、手臂、背部和頸部支架；托帶，以及義腿、義手臂和假眼，包括因為斷裂、磨損、遺失或病患身體狀況變化所需而進行的調整、修理和替換	請參閱以下義具和矯正裝置以及相關用品。
•物理治療、言語語言治療和職能治療	請參閱以下門診復健服務。

承保服務	您支付的費用
膳食福利 可在屬於承保範圍的醫院或專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF) 住院後立即使用本項福利。 福利準則： •取得最多 14 天內 28 餐遞送到府 •第一次遞送最晚可能在訂餐後 72 小時 •轉介必須在出院後 30 個日曆日內提出。 請致電客戶服務部取得更多資訊。	定額手續費 $0 須事前授權。 全國各地均可提供送餐到府服務。
醫療營養療法 本福利適用糖尿病、腎病 (但未洗腎) 或腎臟移植後的病患 (需經醫生囑咐)。 只要您按照聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) (這包括本計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)) 規定取得醫療營養療法服務，我們會承保第一年期間三小時的一對一諮詢服務，以及之後每年 2 小時的服務。如果您的病況、治療或診斷變更，您也許能在醫生囑咐的情況下接受更多小時的治療。如果下一個日曆年度仍需為您提供治療，醫生必須每年開立這類服務的處方並展延其醫囑。	符合聯邦醫療保險承保的醫療營養療法服務資格的會員沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
聯邦醫療保險糖尿病預防護理方案 (Medicare diabetes prevention program, MDPP) 符合資格者會按所有聯邦醫療保險健保計劃規定取得聯邦醫療保險糖尿病預防護理方案 (MDPP) 服務承保。 聯邦醫療保險糖尿病預防護理方案 (MDPP) 是結構化的健康行為改變介入，提供長期飲食改變、增加體能活動以及問題解決策略方面的實際訓練，以克服持續減輕體重和維持健康生活時遭遇到的困難。	聯邦醫療保險糖尿病預防護理方案 (MDPP) 福利沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。

承保服務	您支付的費用
聯邦醫療保險 B 部份藥物 這些藥物屬於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) B 部份的承保範圍。本計劃會員透過本計劃取得這些藥物的承保。承保藥物包括： •通常不是病患自行施用，而是您取得醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或打點滴的藥物 •透過耐用醫療器材 (例如醫療上所必需的胰島素幫浦) 提供的胰島素 •您用本計劃授權的耐用醫療器材 (例如霧化器) 而使用的其他藥物 •透過靜脈注射施用的阿茲海默症藥物 Leqembi® (副廠藥名 lecanemab)。除了藥物費用外，您在治療前和 / 或治療期間可能還需要接受額外的掃描和測試，因而可能會增加您的總費用。請向您的醫生洽詢，瞭解您在治療過程中可能需要接受哪些掃描和測試 •您自行注射的凝血因子 (如果您有血友病) •移植 / 免疫抑制藥物：如果聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 支付了您的器官移植費用，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 會承保移植藥物治療。您必須在接受屬於承保範圍的移植時擁有 A 部份，並且在取得免疫抑制藥物時擁有 B 部份。如果 B 部份不承保免疫抑制藥物，聯邦醫療保險 D 部份配藥承保會承保這些藥物 •骨質疏鬆注射藥物 (如果您在家不便出門，有經醫生證明與停經後骨質疏鬆相關的骨折，且無法自行施用藥物) •某些抗原 (用於過敏針)：如果醫生準備好抗原，並且在適當的監督下由經過適當指導的人 (可能是您自己，即病患) 進行注射，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 會承保這些抗原 •特定口服抗癌藥物：聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保某些口服癌症藥物，前提是該藥物有注射劑型，或者該藥物是注射藥物的前驅藥 (即口服劑型的藥物，服用後會分解成注射藥物所含的相同有效成份)。隨著新的口服癌症藥物問世，B 部份可能會承保這些藥物。如果 B 部份不承保這些藥物，則 D 部份會承保	聯邦醫療保險承保的化療藥物和施用該藥物每次定額手續費 $0。†† 聯邦醫療保險承保的 B 部份藥物每次定額手續費 $0。†† 此外，若施用該藥物，您須支付主治醫生護理服務、專科醫生護理服務或門診醫院服務適用的分攤費用 (如本福利表中「醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診」或「門診醫院服務」所述)，視您在哪裡接受藥物施用或打點滴服務而定。

承保服務	您支付的費用
•口服抗噁心藥物：聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保您在抗癌化療療法過程中使用的口服抗噁心藥物，前提是這些藥物在化療前、化療時或化療後 48 小時內施用，或者作為靜脈注射抗噁心藥物的全面治療替代藥物 •屬於聯邦醫療保險 B 部份承保範圍的特定口服末期腎病 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 藥物 •末期腎病 (ESRD) 支付制度規定的擬鈣藥物和磷結合劑，包括靜脈注射藥物 Parsabiv® 和口服藥物 Sensipar® •特定家庭洗腎藥物，包括肝素、醫療上所必需時的肝素解毒劑，以及局部麻醉劑 •促血紅素形成激化劑：聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保注射用促血紅素形成素，前提是您患有末期腎病 (End-Stage Renal Disease, ESRD)，或您需要這種藥物來治療與某些其他病況相關的貧血 (例如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera® 或 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) •先天免疫缺乏疾病家庭治療用的免疫球蛋白靜脈注射劑 •腸外和腸內營養 (靜脈注射和管餵) •化療藥物和施用化療藥物 此連結提供的是可能有循序用藥規定的 B 部份藥物清單：medicare.uhc.com/medicare/member/documents/part-b-step-therapy.html 您或您的醫生可能需要提供更多有關聯邦醫療保險 B 部份處方配藥用途的資訊以便作承保裁決。可能有些費用較低且有效的藥物可用來治療相同的醫療病況。如果您的處方開立新的 B 部份藥物或您最近並未購買 B 部份藥物，您可能必須先試過一種或多種這類其他藥物，之後本計劃才會承保您的藥物。如果您已經試過其他藥物，或您的醫生認為這些藥物不適合您，您或您的醫生可要求本計劃承保該 B 部份藥物。(如需更多資訊，請參閱第 9 章。) 請聯絡客戶服務部查詢更多資訊。 我們的 B 部份也承保一些疫苗，而 D 部份配藥福利則承保大多數成人疫苗。	

承保服務	您支付的費用
第 5 章會說明我們的 D 部份配藥福利，包括您必須遵守才能取得處方配藥承保的規則。第 6 章會說明您透過本計劃取得 D 部份藥物須支付哪些費用。	
肥胖症篩檢和促進持續減重的治療 如果您的身體質量指數達到 30 或以上，我們會提供幫助您減重的加強諮詢承保。如果您在基層護理場所取得本諮詢服務 (且能與您的綜合預防計劃進行協調)，本服務即屬於承保範圍。請洽詢您的主治醫生或執業人員瞭解詳情。	預防肥胖症篩檢和治療沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
鴉片類藥物治療方案服務 本計劃的鴉片類藥物使用失調 (opioid use disorder, OUD) 會員可以透過鴉片類藥物治療方案 (Opioid Treatment Program, OTP) 取得治療鴉片類藥物使用失調 (OUD) 的服務承保，包括下列服務： •美國食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准的鴉片類促效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (medication-assisted treatment, MAT) 藥物。 •配發和施用藥物輔助治療 (MAT) 藥物 (若適用) •物質使用諮詢 •單獨和團體治療 •毒性測試 •初始評估活動 •定期評估	聯邦醫療保險承保的鴉片類藥物治療方案服務定額手續費 $0。††
門診診斷測試以及治療服務和用品 承保服務包括但不限於：	
•X 光	聯邦醫療保險承保的標準 X 光服務每次定額手續費 $0。††
•放射 (鐳和同位素) 療法，包括技師材料和用品	聯邦醫療保險承保的放射治療服務每次定額手續費 $0。††

承保服務	您支付的費用
•外科手術用品，例如敷料 •用於骨折和脫臼復位的固定夾板、石膏和其他裝置 備註：診所門診中例行使用的醫療用品 (例如繃帶、棉棒和其他例行用品) 不另外收費，此費用包含在該次門診醫療護理提供者的費用中。不過，醫療護理提供者可另外收取適當費用的用品 (例如某些診斷程序中使用的化學藥劑) 須支付所示的分攤費用。	聯邦醫療保險承保的醫療用品每件定額手續費 $0。††
•化驗	聯邦醫療保險承保的化驗服務定額手續費 $0。††
•血液 - 包括儲存與輸血 (這是指處理和運送血液)。從您需要的第一品脫血液開始承保。 •此外，若是進行輸血，您將如本表以下幾個部份所述支付分攤費用，視您在哪裡接受輸血服務而定： – 醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診 – 在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診外科手術和其他醫療服務	聯邦醫療保險承保的血液服務定額手續費 $0。††
•其他門診診斷測試 - 非放射診斷服務	聯邦醫療保險承保的非放射診斷服務定額手續費 $0。†† 例子包括但不限心電圖 (EKG)、肺部功能測試、家庭或實驗室睡眠研究和跑步機壓力測試。
•您的醫生或其他健康護理提供者囑咐用於治療醫療問題時的診斷非化驗測試，例如電腦斷層掃描 (CT)、核磁共振成像 (MRIs)、心電圖 (EKGs) 和正電子發射斷層掃描 (PET) •其他門診診斷測試 - 放射診斷服務，不包括 X 光	聯邦醫療保險承保的放射診斷服務 (不包括 X 光) 定額手續費 $0。†† 診斷放射服務需使用標準 X 光器材以外的專科器材，且需由受過特殊訓練或經認證的人員執行。例子包括但不限於專科掃描、電腦斷層掃描 (CT)、單光子發射型電腦斷層掃描 (SPECT)、正電子發射斷層掃描 (PET)、核磁共振

承保服務	您支付的費用
	成像 (MRI)、核磁共振血管造影 (MRA)、核子檢查、超音波、診斷乳房 X 光攝影和介入放射程序 (脊髓 X 光造影、膀胱造影、血管攝影和鋇劑檢查)。
門診醫院觀察 觀察服務是指醫院在判定您是否需要住院或是否可以出院時使用的門診服務。門診醫院觀察服務必須符合聯邦醫療保險標準並視為合理必需時才屬於承保範圍。只有按醫生或按州執照法律及醫院人員管理條例授權的其他人囑咐提供以讓病患住院或囑咐門診測試時，觀察服務才屬於承保範圍。 **備註：**除非醫療護理提供者已書面囑咐讓您住院，否則您便是門診病患並須支付門診醫院服務的分攤費用金額。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為門診病患。如果您不確定自己是否為門診病患，請詢問醫院職員。請在聯邦醫療保險資料表聯邦醫療保險醫院福利 (Medicare Hospital Benefits) 中取得更多資訊。欲取得此資料表，請瀏覽網站 medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。	在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診外科手術和其他醫療服務部份會說明門診觀察分攤費用。
門診醫院服務 我們承保您因疾病或傷害診斷或治療而在醫院門診部取得的醫療上所必需服務。 承保服務包括但不限於：	
•急診部的服務	請參閱急診護理。
•醫院收費的化驗和診斷測試	請參閱門診診斷測試以及治療服務和用品。
•精神健康護理，包括部份住院方案的護理 (如果醫生證明沒有此護理便需住院治療)	請參閱門診精神健康護理。

承保服務	您支付的費用
•醫院收費的 X 光和其他放射服務	請參閱門診診斷測試以及治療服務和用品。
•醫療用品，例如固定夾板和石膏	請參閱門診診斷測試以及治療服務和用品。
•某些篩檢和預防護理服務	請參閱前面標示「蘋果」圖示的福利。
•某些您無法自行使用的藥物和生物製劑 (備註：在門診醫院自行施用的藥物通常不屬於您 B 部份處方配藥福利的承保範圍。在某些情況下，這類藥物可能屬於您 D 部份處方配藥福利的承保範圍。如需更多有關 D 部份付款要求的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。)	請參閱聯邦醫療保險 B 部份處方配藥。
•在門診診所執行的服務	請參閱醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診。
•門診外科手術或觀察	請參閱在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診外科手術和其他醫療服務。
•門診打點滴治療 若是打點滴的藥物，您將支付本福利表中「聯邦醫療保險 B 部份處方配藥」所述的分攤費用。此外，若施用打點滴治療藥物，您將支付主治醫生護理服務、專科醫生護理服務或門診醫院服務適用的分攤費用 (如本福利表中「醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診」或「在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診外科手術和其他醫療服務」所述)，視您在哪裡接受藥物施用或打點滴服務而定。	請參閱聯邦醫療保險 B 部份處方配藥以及醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診或在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診外科手術和其他醫療服務。
備註：除非醫療護理提供者已書面囑咐讓您住院，否則您便是門診病患並須支付門診醫院服務的分攤費用金額。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為「門診病患」。這稱為「門診觀察」期。如果您不確定自己是否為門診病患，請詢問醫院職員。	在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診外科手術和其他醫療服務部份會說明門診觀察分攤費用。

承保服務	您支付的費用
門診精神健康護理 承保服務包括： 由取得州執照的精神科醫生或醫生、臨床心理醫生、臨床社工、臨床專科護士、持照專業諮商師 (licensed professional counselor, LPC)、持照婚姻和家庭治療師 (licensed marriage and family therapist, LMFT)、專科護理師 (nurse practitioner, NP)、醫生助理 (physician assistant, PA) 或其他符合聯邦醫療保險資格的精神健康護理專業人員按適用州法律規定可提供的精神健康服務。	聯邦醫療保險承保的**單獨**治療每次定額手續費 $0。†† 聯邦醫療保險承保的**團體**治療每次定額手續費 $0。††
門診復健服務 承保服務包括物理治療、職能治療和言語語言治療。 門診復健服務會在各種門診場所提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所、醫生診所和綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORFs)。	聯邦醫療保險承保的物理治療和言語語言治療門診每次定額手續費 $0。†† *須經轉介。* 聯邦醫療保險承保的職能治療門診每次定額手續費 $0。†† *須經轉介。*
門診物質使用失調服務 物質使用失調的門診治療和諮詢。	聯邦醫療保險承保的**單獨**治療每次定額手續費 $0。†† 聯邦醫療保險承保的**團體**治療每次定額手續費 $0。††
在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診外科手術和其他醫療服務 **備註：**如果您要在醫院設施接受外科手術，應向醫療護理提供者確認您會是住院病患還是門診病患。除非醫療護理提供者已書面囑咐讓您住院，否則您便是門診病患並須支付門診外科手術的分攤費用金額。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為「門診病患」。這稱為「門診觀察」期。如果您不確定自己是不是門診病患，應詢問您的醫生或醫院職員。 如果您在外科手術以外取得任何服務或用品，包括但不限於診斷測試、治療服務、義具、矯具、用品或 B 部份藥	在門診手術中心為您提供的聯邦醫療保險承保外科手術或其他服務定額手續費 $0，包括但不限於醫院或其他設施費用，以及醫生或外科手術費用。†† 在門診醫院為您提供的聯邦醫療保險承保外科手術或其他服務定額手續費 $0，包括但不限於醫院或其他設施費用，以及醫生或外科手術費用。††

承保服務	您支付的費用
物，這類服務或用品可能會有額外的分攤費用。請參閱本表的相關部份，查詢您取得的額外服務或用品規定的特定分攤費用。 請參閱本表稍早的「結腸直腸癌篩檢」，查詢篩檢和診斷結腸鏡檢查福利資訊。	門診外科手術服務若能在可提供服務的門診手術中心進行即須在門診手術中心進行，除非使用醫院門診部是醫療上所必需。 在門診醫院為您提供的聯邦醫療保險承保觀察服務每天定額手續費 $0，包括但不限於醫院或其他設施費用，以及醫生或外科手術費用。††
非處方 (Over-the-counter, OTC) 資助額 透過這項福利，您將取得每月加值到您 UCard 的資助額，用於購買承保的非處方 (OTC) 產品。未使用的資助額於每月結束時到期失效。 承保的產品包括原廠和副廠非處方 (OTC) 產品，例如維他命、止痛藥、膀胱控制墊和急救產品。資助額不能用來購買菸酒。	每月資助額是 $149
居家和浴室安全裝置 您也可以將您的非處方 (OTC) 資助額用來購買承保的居家和浴室安全裝置，例如浴墊、握把和淋浴椅。	與非處方 (OTC) 資助額金額合併使用
健身器材 您可以將您的非處方 (OTC) 資助額用來購買承保的健身器材，例如瑜珈墊、運動機器或手持啞鈴，以及穿戴式裝置或活動追蹤器。	與非處方 (OTC) 資助額金額合併使用
支持服務 您也可以將您的非處方 (OTC) 資助額用來購買承保的家庭支持服務，例如暫托護理、非專業技術型家庭護理，以及體重管理服務。	與非處方 (OTC) 資助額金額合併使用

承保服務	您支付的費用
有益健康食物和公用事業帳單 - 為慢性病患者提供的特殊輔助福利 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)	與非處方 (OTC) 資助額金額合併使用
如果您符合資格，每個月到期失效的非處方 (OTC) 資助額還可用於購買有益健康食物和支付公用事業帳單。您參加註冊本計劃後，我們會裁定您是否符合資格可取得有益健康食物和公用事業帳單福利。您必須患有下列至少一種慢性病才符合資格： •糖尿病 (1 型或 2 型) •心血管疾病 •慢性心臟衰竭 •慢性高血壓 •慢性高血脂症 (慢性高膽固醇) •自體免疫疾病 •癌症 •慢性酒精使用失調和其他物質使用失調 (substance use disorders, SUDs) •慢性胃腸疾病 •慢性腎病 (Chronic kidney disease, CKD) •慢性肺部疾病 •慢性且導致殘疾的精神健康病況 •失智症 •人類免疫缺乏病毒 / 愛滋病 (HIV/AIDS) •免疫缺陷和免疫抑制疾病 •重症肌無力 / 神經肌肉疾病和格林-巴利症候群 / 發炎性和毒性神經病變 •神經系統疾病 •過重、肥胖症和代謝症候群 •器官移植後護理 •嚴重血液疾病 •中風 •認知障礙相關病況 •有身體機能障礙且需要類似服務的病況	全國各地均可提供遞送到府的食物、非處方 (OTC) 產品、居家和浴室安全裝置及健身器材。

承保服務	您支付的費用
承保項目包括： •有益健康食物，例如水果、蔬菜、肉類、海鮮、乳製品、水和更多其他食物。 •符合資格的公用事業帳單，例如電費、天然氣等家庭暖氣費、水費和家庭網路費。服務地址必須與您在我們檔案中的地址相同。 您可以在數千家網絡商店使用您的資助額，或在網上訂購產品。免費遞送到府，最低訂購金額 $35。可能收取稅金。 請前往 UCard 中心 (UCard Hub)，進一步瞭解如何使用您的福利、查看您的餘額、尋找承保產品、尋找網絡商店等資訊。	
部份住院服務和加強門診服務 **部份住院**是一種視為醫院門診服務而提供或由社區精神健康中心提供的結構化積極精神科治療方案，強度比您在醫生、治療師、持照婚姻和家庭治療師 (licensed marriage and family therapist, LMFT) 或持照專業諮商師的診所取得的護理要高，是住院的替代選擇。 **加強門診服務**是一種在醫院門診部、社區精神健康中心、聯邦合格健康中心或偏鄉衛生所提供的結構化積極行為 (精神) 健康療法治療方案，強度比您在醫生、治療師、持照婚姻和家庭治療師 (licensed marriage and family therapist, LMFT) 或持照專業諮商師的診所取得的護理要高但比部份住院要低。	聯邦醫療保險承保的福利每天定額手續費 $0。††
醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診 承保服務包括： •您在醫生診所取得的醫療上所必需之醫療或外科手術服務。	從主治醫生取得的服務，或在某些情況下由專科護理師、醫生助理或其他非醫生級健康護理專業人員在主治醫生診所提供的治療 (如聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 所准許)，定額手續費 $0。

承保服務	您支付的費用
•您在經認證的門診手術中心或在醫院門診部取得的醫療上所必需之醫療或外科手術服務。	請參閱本表稍早的「門診外科手術」，查詢在門診手術中心或醫院門診場所門診適用的定額手續費或共同保險金額。
•專科醫生諮詢、診斷和治療。	從專科醫生取得的服務，或在某些情況下由專科護理師、醫生助理或其他非醫生級健康護理專業人員在專科醫生診所提供的治療 (如聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 所准許)，定額手續費 $0。†† *須經轉介。*
•專科醫生執行的基本聽覺與平衡檢查 (如果是您的醫生為確認您是否需要醫療治療而囑咐)。	聯邦醫療保險承保的檢查每次定額手續費 $0。††
•本計劃承保超越傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的某些遠距保健服務，包括： – 額外網路醫療看診： •緊急護理服務 •主治醫生 •專科醫生 •其他非醫生級健康護理專業人員或專科護理師 – 額外的單獨精神健康治療網路看診： •門診精神健康護理 •門診物質使用失調服務 •即使您之前沒有接受過面對面看診，您仍然可以接受網路精神健康看診 – 網路看診是指由網路醫療護理提供者在醫療設施之外使用網上技術和現場音訊 / 視訊功能為您提供的醫療或精神健康看診。	定額手續費 $0

承保服務	您支付的費用
– 您可以選擇透過面對面看診或透過遠距保健取得這些服務。如果您選擇透過遠距保健取得這些服務之一，您就必須使用可透過遠距保健提供服務的醫療護理提供者。 – 並非所有醫療病況都能透過網路看診治療。網路看診醫生將會確認您是否需要向醫生求診，接受面對面的治療。 – 不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保範圍且以上未列出的遠距保健服務不屬於承保範圍。	
•聯邦醫療保險承保的遠距保健服務，包括： – 在醫院附設或偏遠地區特約醫院附設洗腎中心、洗腎設施或會員住家為家庭洗腎會員進行的每月末期腎病相關探視之遠距保健服務。 – 診斷、評估或治療中風症狀的遠距保健服務，不考慮您的所在地點。 – 為物質使用失調或同時患有精神健康失調的會員提供的遠距保健服務，不考慮其所在地點。 – 診斷、評估和治療精神健康失調的遠距保健服務，但必須符合下列情況： •您在第一次遠距保健門診前 6 個月內接受一次面對面看診。 •您在取得相關遠距保健服務時，每 12 個月接受一次面對面看診。 •在特定情況下，可對上述情況進行例外處理。 – 由偏鄉衛生所和聯邦合格健康中心提供的遠距保健服務。 – 聯邦醫療保險承保的遠端監測服務。 – 與您的醫生進行 5-10 分鐘的網路檢查 (例如透過電話或視訊對話)，前提是： •您不是新病患，而且 •檢查與過去 7 天內的診所門診無關，而且	聯邦醫療保險承保的門診每次定額手續費 $0。[††] *須經轉介。*

承保服務	您支付的費用
•檢查不會導致未來 24 小時內或更短時間內進行診所門診。 – 評估您寄給醫生的影片和 / 或影像，包括您醫生的判讀和 24 小時內追蹤，前提是： •您不是新病患，而且 •評估與過去 7 天內的診所門診無關，而且 •評估不會導致未來 24 小時內或更短時間內進行診所門診。 – 您的醫生透過電話、網際網路或電子健康紀錄與其他醫生進行的會診。	
•外科手術前由其他網絡醫療護理提供者提供第二意見。	您須支付專科醫生護理服務適用的分攤費用 (如上方「醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診」所述)。†† *須經轉介。*
•在醫生診所或門診醫院場所的監測服務 (若您正在使用抗凝血藥物，例如 Coumadin、Heparin 或 Warfarin (這些服務也稱為「Coumadin 門診」服務))。	您須支付主治醫生護理服務、專科醫生護理服務或門診醫院服務適用的分攤費用 (如本福利表中「醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診」或「門診醫院服務」所述)，視您在哪裡接受服務而定。†† *可能須經轉介。*
•屬於承保福利並由醫生 / 非醫生級健康護理專業人員在您家中提供的醫療上所必需之服務。	由專科護理師、醫生助理或其他非醫生級健康護理專業人員提供的服務定額手續費 $0。†† 對於主治醫生護理服務或專科醫生護理服務，您須按照福利表於本節以上所述診所場所適用的規定支付分攤費用。†† *可能須經轉介。*

承保服務	您支付的費用
足部護理服務 承保服務包括： •診斷和醫療或外科手術治療足部傷害和疾病 (例如槌狀趾或足跟骨刺)。 •患有某些影響下肢醫療病況的會員的例行足部護理。	在診所或家庭場所進行的聯邦醫療保險承保的門診或探視每次定額手續費 $0。†† 如需在門診醫院場所提供的服務，例如外科手術，請參閱在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診外科手術和其他醫療服務。
額外例行足部護理 我們每年承保 4 次例行足部護理。除以上所列聯邦醫療保險承保的足部護理服務福利外，您還可享有此福利。 承保服務包括通常視為預防性質的足部治療，即剪除或切除雞眼、疣、繭或趾甲。	例行門診每次定額手續費 $0。
用於預防人類免疫缺乏病毒 (HIV) 的接觸前預防性投藥 (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) 如果您沒有人類免疫缺乏病毒 (HIV)，但您的醫生或其他健康護理執業人員判定您有較高的人類免疫缺乏病毒 (HIV) 感染風險，我們會承保接觸前預防性投藥 (pre-exposure prophylaxis, PrEP) 藥物和相關服務。如果您符合資格，承保服務包括： •美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准的口服或注射接觸前預防性投藥 (PrEP) 藥物。如果您正在接受注射藥物，我們也承保藥物的注射費用。 •每 12 個月最多 8 次個人諮詢療程 (包括人類免疫缺乏病毒 (HIV) 風險評估、人類免疫缺乏病毒 (HIV) 風險降低和用藥遵從性指導)。 •每 12 個月最多 8 次人類免疫缺乏病毒 (HIV) 篩檢。 一次 B 型肝炎病毒篩檢。	接觸前預防性投藥 (PrEP) 福利沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
前列腺癌篩檢檢查 年滿 50 歲男性的承保服務包括下列項目，每 12 個月一次： •直腸指診 •前列腺特異性抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 測試	聯邦醫療保險承保的直腸指診沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。 年度前列腺特異性抗原 (PSA) 測試沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。

承保服務	您支付的費用
義具和矯正裝置以及相關用品 全部或局部替換身體部位或機能的裝置 (牙科除外)，其中包括但不限於義具和矯正裝置的測試、裝配或使用訓練；以及與結腸造口術護理直接相關的結腸造口袋和用品、起搏器、支架、義肢鞋具、義肢和義乳 (包括乳房切除術後的外科手術胸罩)。包括與義具和矯正裝置相關的特定用品，以及修理和 / 或替換義具和矯正裝置，也包括白內障摘除或白內障外科手術後的某些承保 – 請參閱本表格稍後的視覺護理服務查詢更多細節。	聯邦醫療保險承保的義具或矯正裝置 (包括替換或修理這類裝置) 以及相關用品每件定額手續費 $0。††
肺部復健服務 患有中度至非常重度慢性阻塞性肺病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 的會員，經治療其慢性呼吸系統疾病的醫生囑咐接受肺部復健時，肺部復健綜合方案屬於承保範圍。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保的肺部復健服務每天上限兩 (2) 次一小時療程，最多終身 36 個療程 (有些情況最多終身 72 個療程)。	聯邦醫療保險承保的肺部復健門診每次定額手續費 $0。††
減少不當飲酒的篩檢和諮詢 我們會為不當飲酒但還沒到依賴酒精程度的成人承保一次不當飲酒篩檢 (包括孕婦)。 如果您不當飲酒的篩檢結果陽性，每年最多可接受符合資格主治醫生或基層護理場所中的執業人員 4 次簡短面對面諮詢療程 (如果您在諮詢過程中行為能力正常且神智清醒)。	聯邦醫療保險承保的減少不當飲酒的篩檢和諮詢預防福利沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
C 型肝炎病毒感染篩檢 我們承保一次 C 型肝炎篩檢，前提是您的主治醫生或其他符合資格的健康護理提供者囑咐該次篩檢且您符合以下條件之一： •您因使用或曾使用非法注射藥物而有高風險。 •您曾在 1992 年前接受過輸血。 •您是在 1945 至 1965 年之間出生。 如果您是在 1945 至 1965 年之間出生但未視為高風險，我們會支付一次篩檢費用。如果您有高風險 (例如，先前的 C 型肝炎篩檢測試結果為陰性，之後您仍持續使用非法注射藥物)，我們會承保每年一次篩檢。	聯邦醫療保險承保的 C 型肝炎病毒感染篩檢沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。

承保服務	您支付的費用
以低劑量電腦斷層掃描 (low dose computed tomography, LDCT) 進行肺癌篩檢 符合資格者每 12 個月一次低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 屬於承保範圍。 **符合資格的會員是指**年齡 50 至 77 歲，沒有肺癌徵兆或症狀，但曾經每年至少抽 20 包菸，和目前吸菸或在過去 15 年內戒菸、在肺癌篩檢諮詢和醫病共享決策門診時取得低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 囑咐 (這類門診必須符合聯邦醫療保險標準並由醫生或非醫生級合格執業人員提供)。 **初始低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 篩檢後的低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 肺癌篩檢：**會員必須取得低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 肺癌篩檢囑咐 (可在任何相關門診時由醫生或非醫生級合格執業人員提供)。如果醫生或非醫生級合格執業人員選擇提供肺癌篩檢諮詢和醫病共享決策門診，以進行後續肺癌低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 篩檢，則該次門診必須符合聯邦醫療保險對這類門診規定的標準。	聯邦醫療保險承保的諮詢和醫病共享決策門診或低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。
性傳染疾病 (sexually transmitted infections, STIs) 篩檢和性傳染疾病 (STIs) 預防諮詢 我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎的性傳染疾病 (sexually transmitted infection, STI) 篩檢。若主治醫生囑咐這類測試，即可為孕婦和性傳染疾病 (STI) 風險較高的特定民眾提供這類篩檢承保。我們每 12 個月承保一次這類測試，妊娠期間則在特定時間提供承保。 我們也為性生活頻繁以致性傳染疾病 (STIs) 風險較高的成人每年承保最多 2 次，每次 20 至 30 分鐘的面對面高強度個人行為諮詢療程。只有當這些諮詢療程由主治醫生提供，並在基層護理場所中執行 (例如醫生診所) 時，我們才會以預防護理服務提供承保。	聯邦醫療保險承保的性傳染疾病 (STIs) 篩檢和性傳染疾病 (STIs) 諮詢之預防福利沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。

承保服務	您支付的費用
腎病治療服務 承保服務包括：	
•教導腎臟護理並協助會員在知情之下作護理決定的腎病教育服務。如為患有第四期慢性腎病的會員，若經醫生轉介，我們承保最多終身 6 次腎病教育服務課程。	聯邦醫療保險承保的福利定額手續費 $0。
•門診洗腎治療 (包括暫時在服務地區外時的洗腎治療 (如第 3 章說明)，或為您提供相關服務的醫療護理提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時)	聯邦醫療保險承保的福利定額手續費 $0。††
•自行洗腎訓練 (包括對您和協助您在家洗腎治療者的訓練)	聯邦醫療保險承保的福利定額手續費 $0。
•住院洗腎治療 (如果您住院是為了接受特別護理)	相關服務將按下列各節所述提供承保： 請參閱住院護理。
•家庭洗腎器材和用品	請參閱耐用醫療器材和相關用品。
•特定家庭支持服務 (例如，必要時由受過訓練的洗腎工作者到府查看您家庭洗腎的情形、提供緊急狀況協助，以及檢查您的洗腎器材和供水)	請參閱家庭健康機構護理。
某些洗腎藥物屬於聯邦醫療保險 B 部份的承保範圍。如需 B 部份配藥承保的資訊，請參閱本表格中的**聯邦醫療保險 B 部份藥物**。	
專業護理設施 (Skilled nursing facility, SNF) 護理 (有關專業護理設施護理的定義，請參閱第 12 章。專業護理設施有時簡稱為 SNFs。) 承保服務包括但不限於： •雙人病房 (如醫療上所必需則為單人病房) •膳食，包括特殊飲食	聯邦醫療保險承保的專業護理設施 (SNF) 住院每次定額手續費 $0，最多 100 天。†† 按聯邦醫療保險準則規定，每段福利期您的專業護理設施 (SNF) 住院服務承保天數最多 100 天。

承保服務	您支付的費用
•專業護理服務 •物理治療、職能治療和言語治療 •按我們的護理計劃為您施用的藥物 (包括體內自然存在的物質，例如凝血因子。) •血液 - 包括儲存與輸血。從您需要的第一品脫血液開始承保。 •一般由專業護理設施 (SNFs) 提供的醫療和外科手術用品 •一般由專業護理設施 (SNFs) 提供的化驗 •一般由專業護理設施 (SNFs) 提供的 X 光和其他放射服務 •使用器材，例如一般由專業護理設施 (SNFs) 提供的輪椅 •醫生 / 執業人員護理服務 不需事先住院 3 天。 一般來說，您會從網絡設施取得專業護理設施 (SNF) 護理。在下列特定情況下，您也許可以從非網絡醫療護理提供者的設施取得護理，前提是該設施接受本計劃的付款金額。 •您住院前居住的護理之家或持續護理退休社區 (只要有提供專業護理設施護理)。 •您出院當時您的配偶或同居伴侶居住的專業護理設施 (SNF)。	福利期從您住進聯邦醫療保險承保的醫院或專業護理設施的第一天開始，在您連續 60 天都沒有在任何醫院或專業護理設施 (SNF) 住院時結束。如果您在一個福利期結束後再住進醫院 (或專業護理設施 (SNF))，新的福利期就會開始。您的福利期的數目沒有限制。
戒菸 (戒菸諮詢) 對於符合以下標準的門診和住院病患，戒菸諮詢屬於承保範圍： •使用菸草產品 (無論是否已出現菸草相關疾病的徵兆或症狀) •在諮詢過程中行為能力正常且神智清醒 •諮詢服務由合格醫生或聯邦醫療保險認可的其他執業人員提供 我們每年承保 2 次戒菸療程 (每次療程可包括最多 4 次中等或高強度課程，病患每年可接受最多 8 次課程。)	聯邦醫療保險承保的戒菸預防福利沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。

承保服務	您支付的費用
監督型運動治療 (Supervised exercise therapy, SET) 有出現周圍動脈疾病 (peripheral artery disease, PAD) 症狀並從負責治療周圍動脈疾病 (PAD) 的醫生取得轉介的會員，可取得監督型運動治療 (SET) 承保。 如果符合監督型運動治療 (SET) 方案規定，12 週期間最多 36 個療程屬於承保範圍。 監督型運動治療 (SET) 方案必須： •包含持續 30-60 分鐘的療程，含給跛行病患的周圍動脈疾病 (PAD) 治療運動訓練計劃 •在醫院門診場所或在醫生診所進行 •由受過周圍動脈疾病 (PAD) 運動治療訓練並可確保效益多於傷害的合格輔助人員執行 •由醫生、醫生助理或專科護理師 / 臨床專科護士直接監督，以上人員必須受過基本和進階救命術的訓練 在 12 週期間 36 個療程以外的監督型運動治療 (SET)，如經健康護理提供者認定為醫療上所必需，可再延長時間提供額外 36 個療程的承保。	聯邦醫療保險承保的監督型運動治療 (supervised exercise therapy, SET) 門診每次定額手續費 $0。††
例行交通運輸 本項福利的詳情： •每年最多 36 趟單程屬於承保範圍 (僅限陸上交通運輸)。 •您要負責支付超過趟數上限後的任何費用。 •必須是載送往 / 返計劃核准地點，例如網絡醫療護理提供者、醫療設施、藥房、健身機構、食品雜貨店，或聽覺和視覺護理約診。 •單程每趟開車距離不得超過 50 哩。單程視為一趟，來回則視為 2 趟。 •必須在例行預定就診前 2 個工作日要求交通運輸服務。 •每趟可有一位陪同者 (陪同者必須至少 18 歲)。 •有時您可能必須與其他交通運輸客戶共乘。 •路邊上下車服務。 •可按要求提供輪椅專車。	定額手續費 $0

承保服務	您支付的費用
•駕駛並未受過醫療訓練。若遇緊急狀況，請致電 911。 本項福利不承保下列交通運輸服務： •擔架 •救護 您可以在 myUHC.com/CommunityPlan 檢視供應商資訊表，或致電要求客戶服務部郵寄紙本給您，以取得更多資訊。	
緊急護理服務 如果您暫時在本計劃服務地區外，或即使您在本計劃服務地區內，但因您的時間、地點和情況而無法合理向網絡醫療護理提供者取得不屬於急診但需要立即醫療處理的計劃承保服務，則該服務屬於緊急護理服務。本計劃必須承保緊急護理服務，並僅向您收取網絡內分攤費用。緊急護理服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或既有病況的意外發作。即使您在本計劃服務地區外或本計劃網絡暫時無法提供服務，醫療上所必需的例行醫療護理提供者看診 (例如年度檢查) 也不視為緊急護理性質。 因為非預期或意料之外的疾病、傷害或病況而立即需要醫療服務，但您無法等回到本計劃服務地區才取得服務時，可提供「緊急護理服務」全球承保。牙醫提供的服務不屬於承保範圍。	每次門診定額手續費 $0。 美國境外取得的緊急護理服務全球承保定額手續費 $0。請參閱第 7 章第 1.1 節，查詢全球服務費用補償的資訊。
視覺護理服務 承保服務包括： •為診斷和治療眼睛疾病和傷害，由眼科醫生或驗光師提供的門診醫生護理服務，包括診斷或治療年齡相關黃斑部病變或白內障。 •傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 不承保眼鏡 / 隱形眼鏡所需的例行眼睛檢查 (包括眼睛屈光檢查)。請參閱以下視覺護理服務 - 例行眼睛檢查承保。	聯邦醫療保險承保的檢查每次定額手續費 $0。††

承保服務	您支付的費用
•若是青光眼高風險民眾，我們每年承保一次青光眼篩檢。青光眼高風險民眾包括有青光眼家族病史的人、糖尿病患者、年滿 50 歲的非裔美國人，以及年滿 65 歲的西班牙裔美國人。	聯邦醫療保險承保的青光眼篩檢定額手續費 $0。
•有糖尿病或眼睛疾病徵兆和症狀的民眾，評估眼睛疾病的眼睛檢查按聯邦醫療保險準則提供承保。建議無症狀的糖尿病患者接受眼科醫生或驗光師進行年度檢查。 •若是糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次。	聯邦醫療保險承保的評估眼睛疾病的眼睛檢查定額手續費 $0。††
•每次含人工水晶體植入的白內障外科手術後的一副眼鏡或隱形眼鏡 (額外副數的眼鏡或隱形眼鏡不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的承保範圍)。如果您接受 2 次白內障手術，您不能保留第一次外科手術後的福利以便在第二次外科手術後購買 2 副眼鏡。白內障外科手術後的承保眼鏡包括聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 定義的標準鏡框和鏡片，任何升級都不屬於承保範圍 (包括但不限於豪華鏡框、染色、變焦鏡片或防眩光鍍膜)。	白內障外科手術後聯邦醫療保險承保的一副標準眼鏡或隱形眼鏡，定額手續費 $0。
視覺護理服務 - 例行眼睛檢查 我們每年承保 1 次例行眼睛檢查。 眼睛屈光檢查屬於例行眼睛檢查福利的一部份。 您可以在 myUHC.com/CommunityPlan 檢視供應商資訊表，或致電要求客戶服務部郵寄紙本給您，以取得更多資訊。	提供者：MARCH® Vision Care 定額手續費 $0
視覺護理服務 - 例行配鏡 •每年 1 副鏡片 / 鏡框和隱形眼鏡 您須支付超過計劃配鏡補貼的任何金額。 您可以在 myUHC.com/CommunityPlan 檢視供應商資訊表，或致電要求客戶服務部郵寄紙本給您，以取得更多資訊。	提供者：MARCH® Vision Care 定額手續費 $0 計劃最多支付 $200 可用於購買鏡片 / 鏡框和隱形眼鏡。

承保服務	您支付的費用
「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防保健看診 本計劃承保一次「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防保健看診。此次看診包括針對您的健康狀況進行檢查，並針對您所需的預防護理服務 (包括特定篩檢和疫苗注射 (或疫苗接種)) 提供資訊和諮詢，如有需要則轉介其他護理。不包括化驗、放射診斷測試或非放射診斷測試。您就診時接受的任何化驗或診斷測試可能會有額外的分攤費用，如本醫療福利表中各項服務所述。 **重要：**我們只承保您在取得聯邦醫療保險 B 部份後的最初 12 個月內接受的「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防保健看診。約診時，請告訴您的醫生診所您想要預約接受「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防保健看診。	「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防保健看診沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。 如果因「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防保健看診的結果而囑咐心電圖 (EKG)，聯邦醫療保險承保的一次篩檢沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。請參閱門診診斷測試以及治療服務和用品，查詢其他心電圖 (EKG) 的資訊。

* 不會計入您的最高自付費用金額的承保服務。

†† 您的醫療護理提供者可能必須要求事前授權的承保服務。

您的計劃內含的例行牙科護理承保福利：

- 按您的聯合健康保險 Medicare Advantage 計劃，您取得的例行牙科護理福利承保預防和其他必需的牙科護理服務，例如：
  - 檢查
  - 洗牙 (預防性潔牙、牙周維護)
  - 充填
  - X 光
  - 牙冠
  - 牙橋
  - 根管治療
  - 拔牙
  - 局部假牙
  - 全口假牙
  - 植牙
- 所有承保服務都有適用的頻率限制。部份承保服務可能在頻率限制上會同時考慮先前的牙齒紀錄和程序。某些服務可能需要事前授權。如果您想與牙醫討論您的計劃詳情，或查看有相關頻率限制的牙科護理承保服務的完整清單，您可以在網站 uhcmedicaredentalproviderqrg.com 上的 UHC Dental Medicare 快速參考指南中找到相關資訊。
- 純粹為美容理由而採用的程序 (牙齒美白、鑲面、牙齦重塑、琺瑯質細微研磨)、空間維持、營業稅、無法按約定時間就診而產生的收費、牙科個案管理，以及與新冠病毒疾病 (COVID) 篩檢、測試和疫苗接種有關的牙科收費不屬於本計劃的承保範圍。其他限制和不予承保規定如下所列。
- 本牙科護理計劃提供廣大的當地牙科護理網絡。網絡牙醫已同意以議定費率提供服務。如果您向網絡牙醫求診，對於計劃限制範圍內的承保服務，不得向您收取超過該費率的費用。與非承保服務相關的任何費用都必須由您負責支付。
- 如需協助尋找醫療護理提供者，請使用 myUHC.com/CommunityPlan 的牙科護理提供者搜尋工具。您也可以致電 1-800-514-4912，要求協助尋找醫療護理提供者或預約牙科看診時間
- 本牙科護理計劃提供網絡內和網絡外牙科護理承保，且所有承保服務的定額手續費 $0。網絡外牙醫並未簽約接受以計劃的付款為全額付款，所以他們向您收取的費用可能會超過計劃支付金額，即使是定額手續費 $0 的服務也是如此。網絡外取得的福利須遵守網絡內福利限制和 / 或不予承保規定。

- 您接受網絡牙醫執行的牙科護理承保服務時，牙醫將會代表您提交請款。您向網絡外牙醫求診時，牙醫通常會代表您提交請款。否則，您可以利用下列說明直接提交請款：
    - 提交的請款必須包含下列資訊：
        - 會員全名和會員卡號碼
        - 醫療護理提供者全名和地址
        - 提供的牙科護理服務清單和對應的美國牙醫學會 (ADA) 代碼
        - 付款證明，可以是收據、支票影本、福利解說 (EOB)，或醫療護理提供者出具的分類對帳單，顯示對提供服務的付款為正數
    - 在服務日期起的 365 天內將所有必要的請款資訊郵寄至：**P.O. Box 644, Milwaukee, WI 53201**
    - 款項將郵寄到您的帳戶中所列的地址。如欲更新您的地址或需要協助提交請款，請聯絡客戶服務部，電話 1-800-514-4912，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711。
    - 請款會在 30 天內支付，支票付款也會附上付款解說 (Explanation of Payment, EOP)
- 牙醫可要求您簽署知情同意文件，其中會詳細說明所有建議治療的風險、效益、費用和替代方案。如果您想進一步瞭解您的牙科護理計劃承保與建議的牙科治療和費用的相關詳情，您可以請牙醫向 UHC Dental 取得治療前費用計算。如果醫療護理提供者有關於如何取得這些資訊的疑問，可以使用您的 UCard 背面的電話號碼或網址聯絡 UHC Dental。
- 所有其他疑問或如需更多資訊，請致電 1-800-514-4912，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，或請瀏覽網站 myUHC.com/CommunityPlan

不予承保項目：

1. 網絡外牙醫執行的服務 (如果您的計劃沒有網絡外承保)。
2. 非必需的牙科護理服務。
3. 住院或其他設施收費。
4. 任何純粹為美容和 / 或美觀理由而執行的牙科程序。
5. 任何與牙齒疾病不直接相關的牙科程序。
6. 任何不在牙科場所執行的程序。
7. 任何類型的重建外科手術，包括與牙齒疾病、傷害或先天性異常相關的重建外科手術。
8. 視為實驗性質、研究性質或未經實證的程序，包括美國牙醫學會牙科療法委員會未接受的藥理療法。如果程序在特定病況的治療方面視為實驗性質、研究性質或未經實證，即使實驗性質、研究性質或未經實證的服務、治療、裝置或藥理療法是該特定病況唯一可使用的治療方式，也未必屬於承保範圍。
9. 針對屬於工傷賠償或僱主責任法律保障範圍的傷害或病況所提供的服務，以及由任何市政府、郡政府或其他地方政府單位免費提供給受保人的服務。本項不予承保規定不適用醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保的任何服務。
10. 受保人的本計劃資格生效前已開始的牙科程序費用。

11. 在保單個人承保終止日期後才提供的牙科護理服務 (含本應承保的牙科護理服務)，包括在保單個人承保終止日期前出現的牙科病況的牙科護理服務。
12. 由與受保人具有同一合法住所或本身是受保人家人 (包括配偶、兄弟姊妹、父母或子女) 的醫療護理提供者提供的服務。
13. 因無法按約定時間就診且未提前 24 小時通知牙醫診所、營業稅或複印病患紀錄而產生的收費。
14. 牙齒美白和 / 或琺瑯質細微研磨。
15. 鑲面
16. 緩控釋治療藥物 (D9613)。
17. 新冠病毒疾病 (COVID) 篩檢、測試和疫苗接種。
18. 與牙科個案管理、個案簡報、其他醫療專業人員諮詢服務，或翻譯 / 手語服務相對應的收費。
19. 空間維持

免責聲明：治療計劃和建議牙科程序可能會不同。請與您的牙醫討論相關治療選項、風險、效益和費用。最新牙科專有名詞 (CDT) 代碼變更由美國牙醫學會每年發布一次。程序代碼可能在計劃年度期間根據特定牙科代碼停用而更改。

第 3 節 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 以外的承保服務

UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 以外的承保福利
如需不屬於 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 承保範圍，但可透過醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 提供的服務，請參閱醫療補助會員手冊。您可以在網上找到您的醫療補助會員手冊，網址 **myUHC.com/CommunityPlan**。或者，您也可以致電本手冊第 2 章所列的客戶服務部電話，要求郵寄紙本給您。

第 4 節 不屬於本計劃承保範圍的服務 (不予承保項目)

本節告訴您哪些服務聯邦醫療保險「不予承保」，因此也不屬於本計劃的承保範圍。

下表說明在任何情況下都不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保範圍，或只有在特定情況下才屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保範圍的一些服務和用品。

如果取得不予承保 (不屬於承保範圍) 的服務，您即須自行支付費用，但以下所列的特定情況除外。即使您在急診設施取得不予承保的服務，這些不予承保的服務仍不屬於承保範圍，本計劃也不會支付相關費用。

唯一的例外是，如果上訴後判定因為您的特定情況，相關服務是我們本來應該要支付或承保的醫療服務。(如需查詢有關對我們作成不承保醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參閱第 9 章第 6.3 節。)

不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保範圍的服務	只有特定情況下屬於承保範圍
根據傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 標準視為不合理和非必需的服務	任何情況下都不屬於承保範圍
實驗性質的醫療和外科手術程序、器材和藥物。 實驗性質的程序和用品是指傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 裁決為非醫界一般公認的用品和程序。	可能屬於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (按聯邦醫療保險核准的臨床研究規定) 或本計劃的承保範圍。(請參閱第 3 章第 5 節，查詢更多有關臨床研究的資訊。)
醫院單人病房	只有醫療上所必需時才屬於承保範圍

不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保範圍的服務	**只有特定情況下屬於承保範圍**
您在醫院或專業護理設施病房內的個人用品，例如電話或電視	任何情況下都不屬於承保範圍
家庭全職護理	任何情況下都不屬於承保範圍
起居照顧護理 起居照顧護理是不需要受過訓練的醫療或救護人員持續注意的個人護理，例如在日常生活活動上協助您 (如洗澡或穿衣服) 等護理。	任何情況下都不屬於承保範圍
家務服務 (包括基本家事協助)，例如簡單的居家整理或準備簡單的膳食	不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的承保範圍。請查看您的醫療補助手冊，瞭解您透過醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 享有的福利承保。
您近親家屬或住家成員提供護理而收取的費用	任何情況下都不屬於承保範圍
整容外科手術或程序	因意外傷害或用於改善畸形身體部位機能時屬於承保範圍。 為使接受乳房切除術後的乳房和未患病乳房達成對稱外觀所作的乳房重建全部階段都屬於承保範圍。
脊椎護理服務 (聯邦醫療保險承保的)	脊椎推拿以矯正半脫位屬於承保範圍。脊椎推拿治療半脫位以外的任何服務聯邦醫療保險均不予承保。
非例行牙科護理	治療疾病或傷害所需的牙科護理可能會比照住院或門診護理提供承保
矯正鞋或足部支持裝置	鞋子屬於腿部支架的一部份且包括在支架費用中。糖尿病足部疾病患者的矯正鞋或治療用鞋。 (如於本章的醫療福利表中明確說明。) 請查看您的醫療補助手冊，瞭解您透過醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 享有的福利承保。

不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保範圍的服務	只有特定情況下屬於承保範圍
門診處方配藥	按聯邦醫療保險準則提供的某些承保。 (如於本章的醫療福利表中明確說明或如第 6 章概述。) 藥房福利承保由州政府按醫療補助按服務收費方案 (Fee-for-Service Program, FFS) 規定透過 NYRx 提供。這些請款應按照按服務收費 (FFS) 規定處理，並透過電子醫療補助 New York (eMedNY) 系統支付。
選擇性子宮切除術、輸卵管結紮術或輸精管切除術 (如果這些程序的主要適應症是絕育)。絕育復原程序、陰莖真空引勃器或非處方避孕用品。	任何情況下都不屬於承保範圍
針灸護理 (聯邦醫療保險承保的)	在特定情況下，適用慢性下背疼痛患者。 (如於本章的醫療福利表中明確說明。)
自然療法服務 (使用自然治療或替代治療)	任何情況下都不屬於承保範圍
為就業、執照、保險、法院聽證會、旅行、飲食諮詢、減重方案、婚前目的、收養前目的或其他非預防原因所進行的身體檢查	任何情況下都不屬於承保範圍
救護員中途服務 (由不提供救護運輸的救護員服務單位等急診護理服務機構所提供的先進維生支援)	只有當救護接載地址位於 New York 鄉村且符合適用條件時，服務才屬於承保範圍。會員負責支付所有在 New York 鄉村地區以外發生的救護員中途服務費用。
耐用醫療器材、矯正用具或義具的自選、額外或豪華功能或配件，其主要目的是為了會員的舒適或便利，或主要能在社區中移動，包括但不限於居家和汽車改裝或修繕，以及運動器材	任何情況下都不屬於承保範圍

不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保範圍的服務	只有特定情況下屬於承保範圍
為了國外旅行的免疫接種	任何情況下都不屬於承保範圍
在您購買處方配藥 36 個月後寄送的承保藥物付款要求 (要求本計劃支付其分攤費用)	任何情況下都不屬於承保範圍
空調器材或用品、熱敷墊、熱水瓶、假髮和假髮保養，以及其他主要供非醫療用途的器材。	失禁用品等拋棄式或無法重複使用的用品不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的承保範圍，但可能屬於非處方 (OTC) 福利的承保範圍。
在美國和美國領土以外接受的任何非急診護理。	任何情況下都不屬於承保範圍。在美國境外的任何預先排定的服務、預約看診、預先規劃的治療 (包括因持續性的病況洗腎) 和 / 或選擇性程序不屬於承保範圍，即使這些服務與先前的急診狀況有關。美國境外的牙科護理在任何情況下都不屬於承保範圍。在美國境外取得的處方配藥或非處方藥物在任何情況下都不屬於承保範圍。
在美國和美國領土以外接受的急診或緊急護理。	僅在您直接支付費用並提交給我們申請補償，或由您直接要求補償，且我們能與執行醫療護理提供者安排直接付款時，才屬於承保範圍。發票和佐證病歷必須由您或執行醫療護理提供者直接提交。第三方開立帳單者、中介機構或請款管理公司提交給我們的任何服務或書面紀錄均不予補償。用於支付帳單成本的行政費用不予補償。牙科護理服務在任何情況下都不屬於承保範圍。在美國境外取得的處方配藥或非處方藥物在任何情況下都不屬於承保範圍。
從國外到美國的旅行或交通運輸費用，包括但不限於空中或陸上救護服務。	任何情況下都不屬於承保範圍

不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保範圍的服務	只有特定情況下屬於承保範圍
與移植相關的交通和住宿費用 如果您在您居住州或鄰近州的任何地點接受移植，或在距離您最近 (可提供您所需移植類型) 的移植中心所在州接受移植，無論實際距離遠近，與移植相關的交通和住宿費用都不屬於承保範圍。 下列類型的費用不予補償： •車輛租賃、購買或維護 / 修理 •汽車服務 (道路救援) •汽油費 •空中或陸上救護運輸 (可能屬於您醫療福利的承保範圍) •與醫療約診無關的空中或陸上旅行 •豪華經濟艙、商務艙或頭等艙交通費用 •在住宿或醫療設施以外地點產生的停車費用 •押金或家具租賃費用 •公用事業帳單 (如果不含在租金款項內) •電話、報紙、租片和禮卡 •與親戚或朋友借宿的花費 •膳食、點心、食物或飲品 •任何超過每天 $125 的符合資格住宿費用 除非您在接受移植時以及移植相關費用產生時均為聯合健康保險 Medicare Advantage 會員，否則與移植相關的交通和住宿費用不屬於承保範圍。	當您因所需的移植類型而在本計劃移植網絡內，但位於您居住地正常社區護理模式以外的地點取得承保移植服務時，符合資格的交通和住宿費用包括： **交通運輸：**汽車里程、經濟艙機票費用、計程車費或共乘服務。符合資格的交通運輸服務不納入每日上限金額中。 **住宿：**飯店、汽車旅館或短期住房等住宿費用。您的符合資格住宿費用合計每天可以獲得最多 $125 的補償。 由於並非每一州都設有可提供各類移植的聯邦醫療保險核准移植中心，因此您當地社區的移植護理模式可能要求您需前往較遠地點才能接受移植。如果您在您居住州或鄰近州的任何地點接受移植，或在距離您最近 (可提供您所需移植類型) 的移植中心所在州接受移植，無論實際距離遠近，交通和住宿費用都不予補償。 交通運輸補償申請表必須在交通或住宿費用產生之日起 365 天內提交。

不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保範圍的服務	只有特定情況下屬於承保範圍
如果您因所需的移植類型而在非本計劃移植網絡的地點接受移植，與移植相關的交通和住宿費用不屬於承保範圍。 若是移植捐贈者，與移植相關的交通和住宿費用不屬於承保範圍。	
在門診醫院自行施用的藥物	只有特定情況下屬於承保範圍

我們會定期審查新的程序、裝置和藥物，裁決其對會員是否安全和具有療效。新程序和新技術若安全且具有療效，即符合成為承保服務的資格。如果該技術成為承保服務，即須遵守計劃的所有其他條款與條件，包括醫療必要性和任何適用的會員定額手續費、共同保險、自付扣除金或其他款項提撥。

裁決是否承保某項服務時，我們會使用專有的技術準則來審查新的裝置、程序和藥物，包括與行為 / 精神健康有關者。因臨床必要性而需要快速裁決新技術或既有技術之新應用對個別會員是否安全且具有療效時，會由我們的一位醫療主任根據個別會員的醫療書面紀錄、審查已發表的科學證據，以及 (如適當時) 具備該技術專業知識的人士所提供的相關專科或專業意見，作成醫療必要性的裁決。

第 5 章：
使用計劃 D 部份配藥承保

您如何取得配藥費用相關資訊？

因為您符合 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 的資格，所以您有資格並將取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的額外補助 (Extra Help) 來支付您處方配藥計劃的費用。因為您目前是在額外補助 (Extra Help) 方案中，**本承保證書中有關 D 部份處方配藥費用的**某些**資訊可能不適用於您**。我們已另外寄送一份「使用額外補助 (Extra Help) 支付處方配藥費用者的承保證書附約」(也稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」) 插頁，告訴您配藥承保的資訊。如果您沒有這張插頁，請致電客戶服務部索取低收入補助 (LIS) 附約，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

第 1 節 本計劃 D 部份配藥承保的基本規則

請參閱第 4 章的醫療福利表，瞭解聯邦醫療保險 B 部份配藥福利和善終護理配藥福利。

除了聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保的藥物以外，您的醫療補助福利提供部份處方配藥承保。我們的藥物清單會告訴您如何查明您的醫療補助配藥承保資訊。

只要您遵循下列規則，本計劃通常會承保您的藥物：

- 您必須由醫療護理提供者 (醫生、牙醫或其他開立處方者) 按適用州法律規定為您開立有效的處方箋
- 您的開立處方者不得列於聯邦醫療保險排除清單或不予參加清單
- 您通常必須使用網絡藥房購買處方配藥 (請參閱第 2 節，**或者您可以透過本計劃的郵購服務購買您的處方配藥**)
- 您的藥物必須在本計劃的藥物清單上 (請參閱第 3 節)
- 您的藥物必須用於「醫療許可的適應症」。醫療許可的適應症是指藥物的用途經美國食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准或有特定參考資訊佐證。(請參閱第 3 節，查詢更多有關醫療許可的適應症之資訊。)
- 您的藥物可能需要根據特定標準事先獲得本計劃核准，我們才會同意提供承保。(請參閱第 4 節瞭解更多資訊。)

第 2 節 在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務購買您的處方配藥

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

網絡藥房是指與本計劃簽約為您提供承保藥物的藥房。「承保藥物」是指列於本計劃藥物清單的所有 D 部份藥物。

第 2.1 節 網絡藥房

尋找您地區內的網絡藥房

欲尋找網絡藥房，請參閱您的**藥房名冊**、瀏覽我們的網站 (myUHC.com/CommunityPlan)，和 / 或撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

您可以到我們的任何一家網絡藥房買藥。

如果您的藥房離開網絡

如果您使用的藥房離開本計劃的網絡，您必須在網絡中尋找一家新的藥房。欲尋找您地區內的另一家藥房，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711) 或使用**藥房名冊**。您也可以在我們的網站 myUHC.com/CommunityPlan 找到資訊。

專業藥房

有些處方配藥必須在專業藥房購買。專業藥房包括：

- 供應家庭打點滴治療藥物的藥房。
- 為長期護理 (long-term care, LTC) 設施住院民眾供應藥物的藥房。長期護理 (LTC) 設施 (例如護理之家) 通常有自營藥房。如果您在長期護理 (LTC) 設施取得 D 部份藥物時遭遇困難，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。
- 為印第安人健康服務 / 部落 / 都市印第安人健康方案服務的藥房 (Puerto Rico 無此類藥房)。除了緊急狀況，只有美國原住民或 Alaska 原住民才可以在我們的網絡中取得這類藥房的服務。
- 配發美國食品與藥物管理局 (FDA) 限制只能在特定地點使用，或必須有特別處理、由醫療護理提供者協調或提供使用教育的藥物之藥房。欲尋找某家專業藥房，請參閱您的**藥房名冊** (myUHC.com/CommunityPlan)，或撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

第 2.2 節 本計劃的郵購服務

本計劃的郵購服務允許您可訂購**最多 100 天藥量**。

欲取得郵購處方配藥的訂購表和資訊，請參閱您的**藥房名冊**，查詢我們網絡中的郵購服務藥房。如果您使用的不是本計劃的網絡郵購藥房，您的處方配藥即不屬於承保範圍。

郵購藥房訂單通常會在 10 個工作日內寄達藥物給您。不過，郵購遞送時間有時可能會延誤。如果您的郵購遞送時間延誤，請遵循下列步驟：

如果您當地藥房有您處方配藥的檔案，請前往該藥房購買處方配藥。如果當地藥房沒有延誤遞送的處方配藥的檔案，則要請您的醫生開立新處方並打電話通知藥劑師。或者，藥劑師可為您打電話到醫生診所取得處方。如果您的藥劑師有任何難題、疑問、疑慮，或需要延誤處方配藥的請款撤銷，可撥打藥房諮詢櫃台電話 1-877-889-6510 或 (聽力語言殘障服務專線 (TTY)) 711，每週 7 天，每天 24 小時。

藥房收到您醫生的診所直接傳送的新處方箋。

在以下兩種情況之一，藥房不先向您確認就會自動配發和遞送健康護理提供者傳送到藥房的新處方箋：

- 您過去用過本計劃的郵購服務，或
- 您登記申請自動遞送所有由健康護理提供者直接傳送的新處方箋。您可以隨時透過電話或郵件要求自動遞送所有新的處方配藥。

如果您收到自動郵寄但您不想要的處方配藥，而且郵寄前並未先與您聯絡確認您是否想要該處方配藥，您就可能符合退款資格。

如果您過去用過郵購，但不希望藥房每次收到新處方箋時都自動配發和寄送藥物，請透過電話或郵件與我們聯絡。

如果您從未用過我們的郵購遞送和 / 或決定停止自動購買新處方配藥，藥房每次收到健康護理提供者傳送的新處方箋時都會與您聯絡，確認您是否要立即購買和寄送藥物。重要的是，每次藥房與您聯絡時請務必回覆，讓藥房知道是要寄送、延遲還是取消新的處方配藥。

如欲取消自動遞送從健康護理提供者診所直接取得的新處方配藥，請透過電話或郵件與我們聯絡。

郵購補充處方配藥。如需補充藥物，您可以選擇登記使用自動補充方案。使用此方案時，我們會在紀錄顯示您的藥物應該快要用完時自動為您補充下次的藥物。藥房每次寄送補充藥物前都會與您聯絡，確保您需要更多藥物，如果您還有足夠的藥物或您的藥物已經變更，您可以取消預定補充的藥物。如果您選擇不使用我們的自動補充方案，但還是希望郵購藥房將您的處方配藥寄給您，請在您目前的處方配藥即將用完前提早 10 天聯絡藥房。這樣可確保您的郵購訂單能及時送達。

如欲退出我們的郵購自動補充備藥方案，請撥打 Optum Rx® 電話 1-877-889-5802 與我們聯絡。

如果您收到自動郵寄但您不想要的處方配藥，您可能符合退款資格。

請讓郵購藥房知道最方便聯絡您的方式，這樣藥房就能先聯繫您，確定訂單後再遞送。您可以在設定自動補充方案時，也可以在收到即將寄送補充藥物的通知時聯絡郵購藥房告知聯繫方式。

第 2.3 節 如何取得藥物的長期藥量

取得藥物的長期藥量時，您的分攤費用可能會比較低。本計劃提供 2 種方式可取得本計劃藥物清單上「維持型」藥物的長期藥量 (也稱為「延長藥量」)。(維持型藥物是指您因為慢性或長期醫療病況而固定服用的藥物。)

1. 我們的網絡中有**部份零售藥房**會允許您取得維持型藥物的長期藥量。您的**藥房名冊** (myUHC.com/CommunityPlan) 會說明我們的網絡有哪些藥房可提供維持型藥物的長期藥量。您也可以致電客戶服務部查詢更多資訊，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。
2. 您也可以透過我們的郵購方案取得維持型藥物。請參閱第 2.2 節瞭解更多資訊。

第 2.4 節 使用本計劃網絡外的藥房

一般來說，我們只有在您無法使用網絡藥房時才會承保在網絡外藥房購買的藥物。我們也有位於服務地區外的網絡藥房，您能以本計劃會員的身份從這些網絡藥房購買處方配藥。請先向客戶服務部查詢，確認附近是否有網絡藥房，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

只有在以下情況下，我們才會承保在美國境內網絡外藥房購買的處方配藥：

- **醫療急診狀況的處方配藥**
  如果在網絡外藥房購買的處方配藥是和醫療急診狀況的護理或緊急護理有關、在我們的藥物清單中而無限制規定，且聯邦醫療保險 D 部份並未不予承保時，我們便會承保該處方配藥。
- 如果您因為在合理的開車距離內沒有網絡藥房提供 24 小時服務，以致無法及時在服務地區內取得承保藥物。
- 如果您試著要在可使用的網絡零售或郵購藥房購買並無固定存量的處方配藥 (包括高價和獨特藥物)。
- 如果您在急診部、醫療護理提供者的診所、門診外科手術或其他門診場所時需要處方配藥。
- 在美國境外購買的任何處方配藥都不屬於承保範圍。

如果您非使用網絡外藥房不可，通常必須在購買處方配藥時支付全額費用 (而不是您平常的分攤費用)。您可要求我們補償您我們應分攤的費用。(請參閱第 7 章第 2 節，瞭解有關如何要求本計劃把錢還給您的資訊。) 您可能必須支付您在網絡外藥房支付的藥物費用和我們承保網絡內藥房的費用兩者間的差額。

第 3 節 您的藥物必須在本計劃的藥物清單上

第 3.1 節 藥物清單說明哪些 D 部份藥物屬於承保範圍

本計劃有一份**「承保藥物清單 (處方藥一覽表)」**， 在本**承保證書中我們稱為藥物清單**。

此清單上的藥物是由醫生和藥劑師協助本計劃挑選。清單符合聯邦醫療保險規定且已獲得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准。

藥物清單僅列出聯邦醫療保險 D 部份承保藥物。除了聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保的藥物以外，您的醫療補助福利提供部份處方配藥承保。您可以聯絡本手冊第 2 章所列您的醫療補助健保計劃或 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))，進一步瞭解您的醫療補助福利規定的處方配藥承保。您的醫療補助健保計劃或 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 可能也可以提供醫療補助藥物清單，說明您如何查明哪些藥物屬於醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的承保範圍。

我們通常會承保計劃藥物清單上的藥物，前提是您遵循本章解說的其他承保規則，並且藥物的用途是醫療許可的適應症。醫療許可的適應症是指藥物的用途符合下列兩種條件之一：

- 美國食品與藥物管理局 (FDA) 已核准其開立處方用途的診斷或病況，或
- 有特定參考資訊佐證，例如美國醫院處方藥一覽表服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

藥物清單包括原廠藥、副廠藥和生物製劑 (其中可能包括生物相似藥)。

原廠藥是使用藥廠擁有的商標名稱進行銷售的處方配藥。生物製劑是比一般藥物複雜的藥物。在藥物清單中，當我們提及藥物時，指的可能是藥物或生物製劑。

副廠藥是指含有和原廠藥相同有效成份的處方配藥。生物製劑有稱為生物相似藥的替代品。一般來說，副廠藥和生物相似藥的療效與原廠藥或原始生物製劑一樣好，且費用通常較低。許多原廠藥都有副廠藥替代品，某些原始生物製劑則有生物相似藥替代品。有些生物相似藥屬於可互換的生物相似藥。視州法律而定，這些藥物可能在藥房替代原始生物製劑而無需開立新處方箋，就像副廠藥可以替代原廠藥一樣。

請參閱第 12 章，查詢可能列於藥物清單之藥物類型的定義。

不在藥物清單上的藥物

本計劃並不承保全部處方配藥。

- 在某些情況下，法律不允許聯邦醫療保險計劃承保特定類型的藥物。(如需更多資訊，請參閱第 7 節。)
- 其他情況則是我們決定不將某特定藥物納入藥物清單。
- 在某些情況下，您也許能取得不在藥物清單上的藥物。(如需更多資訊，請參閱第 9 章。)
- New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 承保的藥物也許沒有列在本計劃的藥物清單上。如果本計劃沒有承保特定藥物，請查看您的 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 藥物清單，確認該藥物是否屬於承保範圍。

第 3.2 節 藥物清單上的 5 種藥物「分攤費用層次」

本計劃藥物清單上的每一種藥物都會列入 5 種分攤費用層次中的某個層次。一般來說，層次愈高，您支付的藥物費用就愈高：

第一層次 – 首選副廠藥 - 較低價、普遍使用的副廠藥。

第二層次 – 副廠藥 - 許多副廠藥。

第三層次 – 首選原廠藥 - 許多常見的原廠藥 (稱為首選原廠藥) 以及部份較高價的副廠藥。

第三層次 – 承保胰島素藥物 - 每 1 個月藥量的承保胰島素 25% 至最多 $35，直到重額承保階段為止。[1]

第四層次 – 非首選藥物 - 非首選副廠藥和非首選原廠藥。

第五層次 – 特殊層次 - 獨特和 / 或非常高價的原廠藥和副廠藥。

欲瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層次，請查詢本計劃的藥物清單。您要為各分攤費用層次的藥物支付的金額列於第 6 章。

[1] 即使您尚未支付自付扣除金，您為每 1 個月藥量的 D 部份承保胰島素藥物支付的金額也不會超過藥物總費用的 25% 或定額手續費 $35 (以金額較低者為準)，直到您達到重額承保階段 (此階段中您支付 $0)。

第 3.3 節 如何查明特定藥物是否在藥物清單上

欲查明藥物是否在我們的藥物清單上，您有以下選項：

1. 查看我們以電子方式提供的最新藥物清單。
2. 瀏覽本計劃的網站 (myUHC.com/CommunityPlan)。網站上的藥物清單一定都是最新清單。
3. 請致電客戶服務部查明特定藥物是否在本計劃的藥物清單上，或索取一份清單，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。
4. 請使用本計劃的「即時福利工具」(myUHC.com/CommunityPlan) 搜尋藥物清單上的藥物，取得您將支付的費用估算，以及確認藥物清單上是否有可以治療相同病況的替代藥物。您也可以撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

第 4 節 有承保限制規定的藥物

第 4.1 節 為甚麼部份藥物有限制規定

本計劃會針對特定處方配藥制定特殊規則，限定如何和何時提供這些處方配藥的承保。醫生和藥劑師小組已擬定這些規則，鼓勵您和醫療護理提供者以最有效的方式使用藥物。欲查明這些限制規定是否有任何一項適用您目前服用或想要服用的藥物，請查看藥物清單。如果安全、較低價藥物的療效與較高價藥物相同的話，本計劃的規則是要鼓勵您和醫療護理提供者使用該較低價的選項。

請注意，有時同一種藥物可能會在我們的藥物清單上多次出現。這是因為同一種藥物可能根據健康護理提供者處方開立藥物的含量、數量或劑型而有所不同，而不同規格的藥物 (例如 10 毫克或 100 毫克；每天一顆或每天 2 顆；錠劑或液劑) 可能適用不同的限制規定或分攤費用。

第 4.2 節 限制規定類型

如果您的藥物有限制規定，通常是指您或醫療護理提供者必須採取額外的步驟，我們才會承保該藥物。請致電客戶服務部以瞭解您或醫療護理提供者可以怎麼做來取得該藥物的承保，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。**如果您希望我們為您豁免該限制規定，您需使用承保決定流程並要求我們作例外處理。**我們未必會同意為您豁免該限制規定 (請參閱第 9 章)。

甚麼是複方藥物？

複方藥物是指藥劑師針對個別病患的需求，特別併用或混合藥物成份製作出的處方配藥。

我的 D 部份計劃是否承保複方藥物？

一般來說，複方藥物屬於您計劃的處方藥一覽表以外之藥物 (不屬於承保範圍)。您可能必須向我們要求承保裁決，取得核准後您的複方藥物才屬於承保範圍。複方藥物如果符合以下所有規定，可能符合 D 部份資格：

1. 包含至少一種美國食品與藥物管理局 (FDA) 或醫療典籍核准的藥物成份，而且複方藥物中的所有成份 (包括其預定施用的路徑) 都有醫療典籍佐證。

2. 不含非美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准或 D 部份不予承保的藥物成份
3. 不含 B 部份承保的成份。(若含，該複方可能屬於 B 部份而不是 D 部份的承保範圍)
4. 開立處方是用於醫療許可的病況

下表列出的基本規定可說明，按 D 部份規定，含 2 種或更多種成份的複方可能屬於或不屬於承保範圍的規則，以及您可能必須支付的費用。

複方類型	聯邦醫療保險承保
複方包含符合 B 部份資格的成份	複方只屬於 B 部份承保範圍
複方包含的所有成份符合 D 部份承保資格，而且所有成份都經核准可用於複方	承保裁決獲得核准後，複方可能屬於 D 部份的承保範圍
複方包含符合 D 部份承保資格且經核准可用於複方的成份，以及 D 部份不予承保的成份 (例如，非處方藥物等)	承保裁決獲得核准後，複方可能屬於 D 部份的承保範圍。不過，D 部份不予承保的成份將不屬於承保範圍，您不需要負責支付這些 D 部份不予承保的成份費用
複方包含的一種成份未經核准或沒有可用於複方的佐證	複方不屬於 D 部份承保範圍。您必須負責全部費用

我必須為承保複方藥物支付哪些費用？

符合 D 部份資格的複方藥物可能必須經承保裁決，核准後您的計劃才會提供承保。若是取得核准的複方藥物，您將支付非首選藥物定額手續費或共同保險金額。不允許或不提供進一步的層次分攤費用減免。

事先取得計劃核准

針對特定藥物，您或醫療護理提供者必須先根據特定標準取得計劃核准，我們才會同意提供您該藥物的承保。這就叫做**「事前授權」**。實施此規定是為了確保藥物安全及有助於引導適當使用特定藥物。如果您未取得此核准，本計劃也許不會承保您的藥物。撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711) 或前往我們的網站 myUHC.com/CommunityPlan，即可取得本計劃的事前授權標準。

先試用不同的藥物

本規定鼓勵您先試用較低價但通常同樣有效的藥物，然後本計劃才會承保另一種藥物。例如，如果藥物 A 和藥物 B 均可治療同一種醫療病況且藥物 A 較低價，本計劃可能會規定您要先試用藥物 A。如果藥物 A 對您無效，本計劃便會承保藥物 B。這種先試用不同藥物的規定稱為**「循序用藥」**。撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711) 或前往我們的網站 myUHC.com/CommunityPlan，即可取得本計劃的循序用藥標準。

數量限制

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

第 5 節 如果您有一種藥物不是按您想要的方式取得承保怎麼辦

有些情況是，您服用的某種處方配藥，或您和醫療護理提供者認為您應該服用的處方配藥並不在我們的藥物清單 (處方藥一覽表) 上或有限制規定。例如：

- 該藥物也許完全不屬於承保範圍。或者，該藥物的副廠等效藥可能屬於承保範圍，但您想服用的原廠藥卻不屬於承保範圍。
- 藥物屬於承保範圍，但有額外的承保規則或限制規定
- 藥物屬於承保範圍，但其分攤費用層次卻使您必須支付高於您認為應該分攤的費用
- **如果藥物的分攤費用層次使您必須支付高於您認為應該分攤的費用，請參閱第 5.1 節，瞭解您可以怎麼做。**

如果藥物不在藥物清單上或受到限制，以下是幾個可行的選項：

- 您也許可以取得藥物的暫時藥量
- 您可以改用另一種藥物
- 您可要求**例外處理**，請本計劃承保該藥物或免除該藥物的限制規定

您也許可以取得暫時藥量

在特定情況下，本計劃必須為您已經在服用的藥物提供暫時藥量。此暫時藥量讓您有時間和醫療護理提供者討論變更事宜。

欲取得暫時藥量的資格，您服用的藥物**必須不再納入本計劃的藥物清單**或**現在受到某種限制**。

- **如果您是新會員**，我們會在您計劃會籍開始的最初 90 天期間提供一次暫時藥量承保。
- **如果您去年已加入本計劃**，我們會在日曆年度最初 90 天期間提供一次暫時藥量承保。
- 此暫時藥量將是至少 30 天藥量。如果您的處方開立天數較短，我們會允許多次購買，最多提供不少於 30 天的藥量。必須在網絡藥房購買處方配藥。(請注意，長期護理藥房可能會一次提供較少數額的藥物，以避免浪費。)
- **已成為本計劃會員超過 90 天且目前住在長期護理設施並立即需要藥物的會員：**
  我們會提供某特定藥物至少一次 31 天緊急藥量的承保，如果您的處方開立天數更短時則藥量更少。這是在前述暫時藥量以外提供的藥量。
- **護理級別變更的現有會員：**
  也許會發生意料以外的過渡情況，例如出院 (包括精神科醫院) 或護理級別變更 (即更換長期護理設施、遷出和遷入長期護理設施、在專業護理設施期間終止 A 部份承保，或終止善終護理承保和恢復聯邦醫療保險承保) 等情況隨時可能發生。如果您的處方配藥未列於我們的藥物清單中，或您取得藥物時受到某種限制，您即須使用本計劃的例外處理流程。大多數藥物您可以要求一次至少 30 天的暫時藥量，讓您有時間和醫生討論替代治療或要求進行藥物清單 (處方藥一覽表) 例外處理。如果您的醫生處方開立的天數較短，您可以補充藥物，直到已領取至少 30 天藥量為止。

如有關於暫時藥量的疑問，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

在使用藥物的暫時藥量期間，您應該和醫療護理提供者討論，決定暫時藥量用完後要怎麼做。您有 2 個選項：

選項 1。您可以改用另一種藥物

和醫療護理提供者談談，瞭解本計劃承保的另一種藥物是否可能對您同樣有效。請致電客戶服務部索取治療相同醫療病況的承保藥物清單，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。該清單可協助醫療護理提供者找出可能對您有效的承保藥物。

選項 2。您可要求例外處理

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

如果您是現有會員，而您服用的藥物明年將從處方藥一覽表刪除或受到某種限制，我們會在新年度前將任何變更告訴您。您可以在明年之前要求例外處理，我們會在收到您的要求 (或您開立處方者的支持聲明) 後 72 小時內回覆您。如果我們核准您的要求，我們會在變更生效前授權藥物承保。

如果您和醫療護理提供者想要求例外處理，請參閱第 9 章第 7.4 節瞭解該怎麼做，其中會解釋聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 所規定的程序和期限，確保您的要求可得到迅速公平的處理。

第 5.1 節 如果您認為藥物的分攤費用層次太高怎麼辦

如果認為藥物的分攤費用層次太高，您可採取下列行動：

您可以改用另一種藥物

如果認為藥物的分攤費用層次太高，請和醫療護理提供者討論。在較低的分攤費用層次中可能會有其他藥物對您同樣有效。請致電客戶服務部索取治療相同醫療病況的承保藥物清單，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。該清單可協助醫療護理提供者找出可能對您有效的承保藥物。

您可要求例外處理

您和醫療護理提供者可要求本計劃進行該藥物分攤費用層次的例外處理，讓您為該藥物支付較少費用。如果您的醫療護理提供者表示您有正當的醫療理由可要求我們進行例外處理，您的醫療護理提供者可協助您針對規則要求例外處理。

如果您和醫療護理提供者想要求例外處理，請參閱第 9 章第 7.4 節瞭解該怎麼做，其中會解釋聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 所規定的程序和期限，確保您的要求可得到迅速公平的處理。

我們的第五層次特殊層次藥物不符合這類型例外處理的資格。我們不會降低本層次藥物的分攤費用金額。

第 6 節 我們的藥物清單可能會在年度期間變更

配藥承保多半會在每個年度開始時 (1 月 1 日) 變更。不過，本計劃可能在年度期間對藥物清單進行某些變更。例如，本計劃可能：

- **新增或刪除藥物清單中的藥物**
- **將藥物移到較高或較低的分攤費用層次**
- **新增或刪除藥物的承保限制規定**
- **以副廠等效藥取代原廠藥**
- **以生物製劑之可互換的生物相似等效藥取代原始生物製劑**

我們必須遵循聯邦醫療保險的規定才能變更本計劃的藥物清單。

配藥承保變更的相關資訊

發生藥物清單變更的情況時，我們會在網站發布相關變更的資訊。我們也會定期更新我們的網上藥物清單。您服用的藥物進行變更時，有時候您會直接收到通知。

在本計劃年度期間影響到您的配藥承保變更

- **增加新的藥物至藥物清單，以及立即刪除或變更藥物清單上的類似藥物。**
  - 我們增加某藥物的新規格至藥物清單時，我們可能會立即刪除藥物清單中的類似藥物，將該類似藥物移到不同的分攤費用層次、增加新的限制規定，或同時進行這兩種變更。藥物的新規格會列在相同或較低的分攤費用層次且限制規定將會相同或較少。
  - 只有在增加已列於藥物清單之原廠藥的新副廠等效藥或增加已列於藥物清單之原始生物製劑的特定新生物相似等效藥時，我們才會進行這些立即性的變更。
  - 即使您有服用我們刪除或變更的藥物，我們也可能立即進行這些變更並在事後通知您。如果我們進行變更時您有服用該類似藥物，我們會告訴您我們所作的任何具體變更。
- **增加藥物至藥物清單，以及刪除或變更藥物清單上的類似藥物。**
  - 我們增加某藥物的其他規格至藥物清單時，我們可能會刪除藥物清單中的類似藥物，將其移到不同的分攤費用層次、增加新的限制規定，或同時進行這兩種變更。我們增加的藥物規格會列在相同或較低的分攤費用層次且限制規定將會相同或較少。
  - 只有在增加已列於藥物清單之原廠藥的新副廠等效藥或增加已列於藥物清單之原始生物製劑的特定新生物相似等效藥時，我們才會進行這些變更。
  - 我們會在進行變更前至少提前 30 天通知您，或通知您變更的情況並為您正在服用的藥物規格承保至少 30 天藥量。
- **刪除藥物清單上不安全的藥物以及其他撤出市場的藥物。**
  - 有時某種藥物可能會視為不安全或因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清單中刪除該藥物。如果您有服用該藥物，我們會在變更後通知您。

- **對藥物清單上的藥物進行其他變更**
  - 我們可能會在年度一開始時進行其他變更，影響到您在服用的藥物。例如，我們可能會根據美國食品與藥物管理局 (FDA) 的加框警語或聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 認可的新臨床準則而進行變更。
  - 我們會在進行這些變更前至少提前 30 天通知您，或通知您變更的情況並為您正在服用的藥物承保額外 30 天藥量。

如果我們對您服用的任何藥物進行任何這類變更，請與您的開立處方者討論最適合您的選項，包括更換為其他藥物來治療您的病況，或要求承保決定以符合您所服用藥物適用的任何新限制規定。您或您的開立處方者可以向我們要求例外處理，以繼續承保您一直在服用的藥物或藥物規格。如需有關如何要求承保決定 (包括例外處理) 的更多資訊，請參閱第 9 章。

在本計劃年度期間不會影響到您的藥物清單變更

我們可能會對藥物清單進行以上所述以外的特定變更。在此情況下，如果進行變更時您正在服用相關藥物，變更便不適用於您；但如果您繼續留在相同計劃，這些變更可能會在下個計劃年度的 1 月 1 日開始影響到您。

一般來說，在目前計劃年度不會影響到您的變更如下：

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

如果您服用的藥物發生任何這類變更 (撤出市場、副廠藥取代原廠藥或以上幾節註明的其他變更除外)，相關變更到明年 1 月 1 日才會影響您的使用或您支付的分攤費用。
在目前的計劃年度期間，我們不會直接告訴您這些類型的變更。您將必須查看下個計劃年度的藥物清單 (在開放註冊期可取得該清單時)，瞭解您服用的藥物是否有任何變更會在下個計劃年度期間影響到您。

第 7 節 我們不承保的藥物類型

某些種類的處方配藥會不予承保。意思是，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不會支付這些藥物的費用。

如果上訴後發現所要求的藥物並非 D 部份不予承保的藥物，我們會支付或承保該藥物。(如需對決定提出上訴的相關資訊，請參閱第 9 章。) 如果本計劃不予承保的藥物醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 也不予承保，您必須自行支付費用。

以下是聯邦醫療保險配藥計劃 D 部份不承保藥物的 3 個一般規則：

- 本計劃的 D 部份配藥承保無法承保屬於聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保範圍的藥物
- 本計劃無法承保在美國或美國領土以外地方購買的藥物

- 當藥物的使用方式未獲得特定參考資訊 (例如美國醫院處方藥一覽表服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統) 佐證，本計劃無法承保藥物的**標示外**使用。**標示外**使用是指在美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准的藥物仿單標示以外的任何藥物使用方式。

此外，按法律規定，以下類別的藥物不屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的承保範圍。不過，其中一些藥物可能會按您的 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 配藥承保規定為您提供承保。請查看您的 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 藥物清單，確認以下所列的任何藥物是否屬於承保範圍：

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

如果您**取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提供的額外補助 (Extra Help)** 來支付處方配藥費用，額外補助 (Extra Help) 不會支付通常不屬於承保範圍的藥物費用。(請參閱本計劃的藥物清單或致電客戶服務部查詢更多資訊，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。) 如果您透過醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 取得配藥承保，您的州政府醫療補助方案可能會承保一般情況下不屬於聯邦醫療保險配藥計劃承保範圍的某些處方配藥。請聯絡您的州政府醫療補助方案，確認您可取得哪些配藥承保。(請在第 2 章第 6 節尋找醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的電話號碼和聯絡資訊。)

第 8 節 如何購買處方配藥

欲購買處方配藥，請在您選擇的網絡藥房提供您的聯合健康保險會員卡資訊 (列於您的會員卡上)。網絡藥房會自動向本計劃收取您藥物費用中**我們**應分攤的部份。領取處方配藥時，您必須向藥房支付**您的**分攤費用。

如果您身上沒有計劃會籍資訊，您或藥房可致電本計劃取得資訊，或者您可要求藥房查看本計劃參加註冊資訊。

如果藥房無法取得所需資訊，**您在領取處方配藥時也許必須支付全額費用**。您可事後**要求我們補償您**我們應分攤的部份。請參閱第 7 章第 2 節，查詢如何要求本計劃補償的資訊。

第 9 節 特殊情況的 D 部份配藥承保

第 9.1 節 屬於本計劃承保範圍的醫院或專業護理設施住院

如果您在醫院或專業護理設施住院屬於本計劃的承保範圍，我們通常會承保您住院期間的處方配藥費用。一旦您離開醫院或專業護理設施，只要藥物符合本章說明的所有承保規則，本計劃就會承保您的處方配藥。

第 9.2 節 在長期護理 (long-term care, LTC) 設施住院

長期護理 (long-term care, LTC) 設施 (例如護理之家) 通常有自營藥房或使用可為所有住院民眾供應藥物的藥房。如果在長期護理 (LTC) 設施住院，您可透過該設施自營或使用的藥房取得處方配藥，但該藥房必須在我們的網絡中。

請查看您的**藥房名冊** (myUHC.com/CommunityPlan)，查明您長期護理 (LTC) 設施自營或使用的藥房是否在我們的網絡中。如果不是，或如果您需要更多的資訊或協助，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。如果您住在長期護理 (LTC) 設施，我們必須確定您能固定透過我們的長期護理 (LTC) 藥房網絡取得您的 D 部份福利。

如果您在長期護理 (LTC) 設施住院且您需要的藥物不在我們的藥物清單上或受到某種限制，請參閱第 5 節，瞭解有關取得暫時或緊急藥量的資訊。

第 9.3 節 如果您也從僱主或退休人員團保計劃取得配藥承保

如果您有其他透過您 (或您的配偶或同居伴侶) 的僱主或退休人員團體取得的配藥承保，請聯絡該**團體的福利管理者**。福利管理者能協助瞭解您目前的配藥承保將如何搭配本計劃使用。

一般來說，如果您有員工或退休人員團體承保，我們提供的配藥承保順位就會**次於**您的團體承保。意思是，您的團體承保會首先支付。

「可替代承保」特別備註：

每年，您的僱主或退休人員團體都應該寄送一份通知，說明您下個日曆年度的配藥承保是否為「可替代」承保。

如果團保計劃的承保為**「可替代」**承保，表示預期該計劃配藥承保的平均付款至少等於聯邦醫療保險的標準配藥承保。

請保存可替代承保的任何相關通知，因為日後您可能需要出示這些通知來證明您持續保有可替代承保。如果沒有收到這份可替代承保通知，請向僱主或退休人員團體的福利管理者或僱主或工會索取。

第 9.4 節 如果您住在經聯邦醫療保險認證的善終護理機構

善終護理方案和本計劃不會同時承保同樣的藥物。如果您參加註冊聯邦醫療保險善終護理方案，而您的善終護理方案不承保您所需的特定藥物 (例如抗噁心藥物、緩瀉劑、止痛藥或抗焦慮藥物)，因為該藥物與您的末期疾病和相關病況無關，本計劃必須收到開立處方者或您的善終護理提供者表示藥物非相關的通知，之後本計劃才能承保該藥物。為避免延遲取得本計劃應承保的這類藥物，請要求善終護理提供者或開立處方者提供通知，之後再購買您的處方配藥。

若您撤銷善終護理方案選擇或離開善終護理機構，本計劃應該要按本文件所述承保您的藥物。為避免您的聯邦醫療保險善終護理福利結束時藥房方面發生延遲，請攜帶書面紀錄到藥房確認您已撤銷方案或出院。

第 10 節 藥物安全和藥物管理方案

我們會進行藥物使用審查，協助確定我們的會員得到安全適切的護理。

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

- 可能的藥物錯誤
- 因為您服用另一種類似藥物治療同一個病況而可能非必要的藥物
- 因為您的年齡或性別而可能不安全或不合適的藥物
- 如果同時服用可能會對您有害的某些藥物併用情況
- 含有您過敏成份的藥物處方
- 您服用的藥物可能發生的數量 (劑量) 錯誤
- 鴉片類止痛藥的用量不安全

如果發現您的藥物使用可能有問題，我們會和您的醫療護理提供者一起改正該問題。

第 10.1 節 幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理方案 (Drug Management Program, DMP)

我們有個方案能幫助確保會員安全使用鴉片類處方配藥和其他經常遭到濫用的藥物。這個方案稱為藥物管理方案 (Drug Management Program, DMP)。如果您使用的鴉片類藥物來自多個開立處方者或多間藥房，或您最近曾經使用過量的鴉片類藥物，我們可能會與您的開立處方者討論，確保您的鴉片類藥物使用適當且是醫療上所必需。與您的開立處方者討論後，如果我們確定您使用鴉片類或苯二氮平類處方配藥的方式可能並不安全，我們可能會限制您取得這類藥物的方式。如果我們將您加入本藥物管理方案 (DMP)，相關限制可能是：

- 要求您向特定藥房取得您所有的鴉片類或苯二氮平類處方配藥
- 要求您向特定開立處方者取得您所有的鴉片類或苯二氮平類藥物處方箋
- 對我們為您承保的鴉片類或苯二氮平類藥物設定數額限制

如果我們計劃限制您取得這類藥物的方式或您可取得的藥量，我們會事先郵寄信函通知您。該信函會告訴您，我們是否會限制您這類藥物的承保，或您是否必須透過特定開立處方者或藥房才能取得這類藥物的處方箋。您會有機會告訴我們，您比較想使用哪幾位開立處方者或哪些藥房，以及任何其他您認為我們應該知道的重要資訊。在您已得到機會回應後，如果我們仍決定限制您這些藥物的承保，我們會另外郵寄信函給您，確認該限制。如果您認為我們弄錯了或您不同意我們的決定或設定的限制，您和您的開立處方者有權提出上訴。如果您提出上訴，我們會審查您的個案並把新的決定告訴您。如果您對藥物取得受到限制而提出要求但我們還是拒絕您要求的任何部份，我們會自動將您的個案轉送給本計劃以外的獨立審查人員。請參閱第 9 章，查詢如何要求上訴的資訊。

如果您有特定醫療病況 (例如癌症相關疼痛或鐮狀細胞疾病)、正在取得善終護理、緩和護理或臨終護理，或住在長期護理設施，我們便不會將您加入本藥物管理方案 (DMP)。

第 10.2 節 藥物治療管理 (Medication Therapy Management, MTM) 方案幫助會員管理其藥物

我們有些方案可以協助健康需求複雜的會員。有項方案稱為藥物治療管理 (Medication Therapy Management, MTM) 方案。這些方案為自願性質且免費提供。由藥劑師和醫生組成的團隊已為我們擬定相關方案，協助確保我們的會員從所服用的藥物得到最佳利益。

有些會員患有特定慢性病且藥物費用超過特定金額，或參加藥物管理方案 (DMP) 幫助其安全使用鴉片類藥物，這些會員也許能透過藥物治療管理 (MTM) 方案取得服務。如果您符合方案資格，藥劑師或其他健康專業人員會針對您所有的藥物進行完整審查。在審查進行期間，您可以談談您的藥物、費用，以及您對於處方配藥或非處方藥物的任何問題或疑問。您會收到一份書面摘要，內含的建議行動清單會列出您應採取哪些步驟來透過您的藥物得到最佳結果。您還會收到一份藥物清單，其中包括您正在服用的所有藥物、您服用的藥量，以及您服用的時間和原因。此外，參加藥物治療管理 (MTM) 方案的會員將收到安全處置管制物質類處方配藥的相關資訊。

建議和您的醫生討論您的建議行動清單和藥物清單。在就診時，或您要諮詢醫生、藥劑師和其他健康護理提供者的任何時候，請攜帶這份摘要。請將您的藥物清單保持在最新狀態，如果您去醫院或急診室也請帶著這份清單 (例如與會員卡放在一起)。

如果有適合您需求的方案，我們會自動為您參加註冊該方案並寄送資訊給您。如果您決定不參加，請通知我們，我們會讓您退出。如有關於這些方案的疑問，請聯絡客戶服務部，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

第 6 章：
您需為 D 部份藥物支付的費用

第 1 節 您需為 D 部份藥物支付的費用

本章中我們以「藥物」代表 D 部份處方配藥。並非所有藥物都屬於 D 部份藥物。有些藥物按法律規定為 D 部份不予承保的藥物。有些 D 部份不予承保的藥物屬於聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份的承保範圍，或屬於醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的承保範圍。

欲瞭解付款資訊，您必須知道哪些藥物屬於承保範圍、在哪裡購買處方配藥，以及您取得承保藥物時必須遵循哪些規則。第 5 章會說明這些規則。您使用本計劃的「即時福利工具」(myUHC.com/CommunityPlan) 查看配藥承保時，您看到的費用是您預計支付的自付費用估算。您也可以致電客戶服務部，取得「即時福利工具」提供的資訊，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

您如何取得藥物費用相關資訊？

因為您符合 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 的資格，所以您有資格並將取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的額外補助 (Extra Help) 來支付您處方配藥計劃的費用。因為您擁有額外補助 (Extra Help)，**本承保證書中有關 D 部份處方配藥費用的某些資訊可能不適用於您**。我們已另外寄送一份「使用額外補助 (Extra Help) 支付處方配藥費用者的承保證書附約」(也稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」) 插頁，告訴您配藥承保的資訊。如果您沒有這張插頁，請致電客戶服務部索取「LIS 附約」，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

第 1.1 節 您可能要為承保藥物支付的自付費用類型

D 部份藥物有 3 種不同類型的自付費用屬於承保範圍，您可能需要支付這些費用：

- **「自付扣除金」**是指您先為藥物支付的金額，之後本計劃才會開始支付我們應分攤的部份。
- **「定額手續費」**是指您每次購買處方配藥時所支付的固定金額。
- **「共同保險」**是指您每次購買處方配藥時所支付的總費用百分比。

第 1.2 節 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 如何計算您的自付費用

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 有制定規則來規定哪些費用會計入和哪些費用**不**會計入您的自付費用。以下是我們在記錄您的自付費用時必須遵循的規則。

您的自付費用包括下列款項

您的自付費用包括下列款項 (但必須是支付 D 部份承保藥物的款項且您遵循第 5 章解說的配藥承保規則)：

- 您在下列任一藥物付款階段時為藥物支付的金額：
  - 自付扣除金階段
  - 初始承保階段
- 您加入本計劃之前，在本日曆年度期間以另一個聯邦醫療保險配藥計劃會員身份支付的任何款項
- 家人或朋友為您的藥物支付的款項
- 由聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的額外補助 (Extra Help)、僱主或工會健保計劃、印第安人健康服務、愛滋病 (AIDS) 藥物補助方案、州政府配藥補助方案 (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs) 和大多數慈善機構為您支付的任何藥物費用

進入重額承保階段：

當您 (或代替您付款的人) 在日曆年度支付的自付費用合計達到 $2,100 時，您就會從初始承保階段進入重額承保階段。

您的自付費用不包括下列款項

您的自付費用**不包括**以下任何類型的款項：

- 您的月費
- 您在美國和美國領土以外地方購買的藥物
- 不屬於本計劃承保範圍的藥物
- 您在網絡外藥房取得不符合本計劃網絡外承保規定的藥物
- 僅由 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 提供承保的藥物
- 非 D 部份藥物，包括屬於 A 部份或 B 部份承保範圍的處方配藥，以及聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不予承保的其他藥物
- 您為一般情況下聯邦醫療保險處方配藥計劃不承保的藥物支付的費用
- 特定保險計劃和政府資助健康方案 (例如軍人醫療保險計劃 (TRICARE) 和退伍軍人健康管理署 (退伍軍人管理局 (VA))) 為您支付的藥物費用
- 有處方配藥法定付款義務的第三方 (例如工傷賠償) 為您支付的藥物費用
- 藥廠按照藥廠折扣方案規定所支付的費用

叮嚀：如果任何其他組織 (例如上述組織) 為您的藥物支付部份或全部自付費用，您必須致電客戶服務部通知本計劃，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

追蹤您的總自付費用

- 您收到的 D 部份福利解說 (Explanation of Benefits, EOB) 會包括您目前的總自付費用。此金額達到 $2,100 時，D 部份福利解說 (EOB) 就會通知您已離開初始承保階段並進入重額承保階段。
- **確保我們有所需的資訊。**請參閱第 3.1 節，瞭解您能如何協助確保我們有您最新且完整的費用支出紀錄。

第 2 節 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 會員的藥物付款階段

按 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 規定，您的聯邦醫療保險 D 部份配藥承保有 3 個**藥物付款階段**。您為每份處方配藥支付多少費用視您購買或補充處方配藥時在哪個階段而定。各個階段的詳情在本章說明。階段如下：

- **第 1 階段：年度自付扣除金階段**
- **第 2 階段：初始承保階段**
- **第 3 階段：重額承保階段**

第 3 節 您的 D 部份福利解說 (Explanation of Benefits, EOB) 會說明您在哪個付款階段

您在藥房取得處方配藥時，本計劃會記錄您的處方配藥費用以及您支付的金額。如此一來，我們便可以在您從一個藥物付款階段進入下個階段時通知您。我們會追蹤 2 種類型的費用：

- **自付費用：**這是您已支付的金額。其中包括您取得 D 部份承保藥物時支付的費用、由家人或朋友為您支付的任何藥物費用，以及由聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的「額外補助」(Extra Help)、僱主或工會健保計劃、印第安人健康服務、愛滋病 (AIDS) 藥物補助方案、慈善機構和大多數州政府配藥補助方案 (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs) 為您支付的任何藥物費用。
- **藥物總費用：**這是為您的 D 部份承保藥物支付的總額。其中包括本計劃、您以及其他方案或組織為您的 D 部份承保藥物支付的費用。

如果您前一個月份透過本計劃購買一份或多份處方配藥，我們會寄送一份 D 部份福利解說 (EOB) 給您。D 部份福利解說 (EOB) 包括：

- **該月份的資訊。**本報告會提供您於上個月購買處方配藥的付款詳情，其中會顯示藥物總費用、本計劃支付費用，以及您自行支付和其他人代您支付的費用。
- **自 1 月 1 日以來的年度合計。**其中會顯示從年度開始以來您的藥物總費用以及為您的藥物所支付的總金額。
- **藥價資訊。**其中會顯示藥物總價，以及與第一次購買時相比，每次相同數量的處方配藥請款的價格變動相關資訊。
- **可取得且費用較低的處方配藥替代選擇。**其中會顯示每一項處方配藥請款可取得的其他分攤費用較低之藥物的相關資訊 (如適用)。

第 3.1 節 協助我們將您的藥物付款資訊保持在最新狀態

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

- **每次購買處方配藥都要出示您的 UCard。**這能幫助確保我們知道您所購買的處方配藥以及您的付款金額。

- **確保我們有所需的資訊。**有時候您也許支付了處方配藥的全部費用。此時我們並不會自動收到記錄您的自付費用所需的資訊。為了協助我們記錄您的自付費用，請把您收據的複本提供給我們。**以下舉例說明您應提供藥物收據複本給我們的情況：**
  - 您以特價或用不屬於本計劃福利的折扣卡在網絡藥房購買承保藥物。
  - 您為藥廠病患補助方案所提供的藥物支付定額手續費。
  - 您任何時候在網絡外藥房購買承保藥物，或在特殊情況下支付承保藥物的全額費用。
  - 如果您收到承保藥物的帳單，您可要求本計劃支付我們應分攤的費用。如需該怎麼做的指示，請參閱第 7 章第 2 節。
- **將其他人為您付款的資訊寄給我們。**某些其他人和組織所支付的款項也會計入您的自付費用。例如，州政府配藥補助方案、愛滋病藥物補助方案 (AIDS drug assistance program, ADAP)、印第安人健康服務以及慈善機構所支付的款項，都會計入您的自付費用。請保留這些付款紀錄並寄給我們，我們才能記錄您的費用。
- **核對我們寄給您的書面報告。**收到 D 部份福利解說 (EOB) 時，請仔細檢查確認資訊是否完整正確。如果您認為遺漏任何資訊或您有疑問，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。您也可以在我們的網站 myUHC.com/CommunityPlan 檢視您的福利解說 (EOB)。請務必保留這些報告。

第 4 節 自付扣除金階段

因為我們的大多數會員都有取得額外補助 (Extra Help) 來支付其處方配藥費用，所以自付扣除金階段不適用於大多數會員。如果您取得額外補助 (Extra Help)，本付款階段不適用於您。

請參閱另外的插頁 (「LIS 附約」)，瞭解有關您自付扣除金金額的資訊。

如果您未取得額外補助 (Extra Help)，自付扣除金階段是您配藥承保的第一個付款階段。您將為第二層次、第三層次、第四層次和第五層次藥物支付年度自付扣除金 $615。**您必須為第二層次、第三層次、第四層次和第五層次藥物支付全額費用**，直到達到本計劃的自付扣除金金額為止。所有其他藥物您都不須支付任何自付扣除金。自付扣除金不適用承保胰島素產品和大多數成人 D 部份疫苗，包括帶狀皰疹疫苗、破傷風疫苗和旅行疫苗。**「全額費用」**通常低於藥物的正常訂價，因為本計劃已為網絡藥房的大多數藥物議定較低的價格。對於根據聯邦醫療保險藥價協商方案規定所議定價格的藥物，全額費用不得超過最高公平價格加上配藥費用。

一旦您為第二層次、第三層次、第四層次和第五層次藥物支付達到 $615，您便會離開自付扣除金階段並進入初始承保階段。

第 5 節 初始承保階段

第 5.1 節 您支付的藥物費用視處方配藥本身以及您在哪裡購買而定

在初始承保階段中，本計劃為承保的藥物支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用 (定額手續費或共同保險金額)。您的分攤費用因處方配藥本身以及您在哪裡購買而不同。

本計劃有 5 種分攤費用層次

本計劃藥物清單上的每一種藥物都會列入 5 種分攤費用層次中的某個層次。一般來說，藥物分攤費用層次的數字愈高，您就要支付愈高的費用：

第一層次 – 首選副廠藥 - 較低價、普遍使用的副廠藥。

第二層次 – 副廠藥 - 許多副廠藥。

第三層次 – 首選原廠藥 - 許多常見的原廠藥 (稱為首選原廠藥) 以及部份較高價的副廠藥。

第三層次 – 承保胰島素藥物 – 每 1 個月藥量的承保胰島素 25% 至最多 $35，直到重額承保階段為止。[1]

第四層次 – 非首選藥物 - 非首選副廠藥和非首選原廠藥。

第五層次 – 特殊層次 - 獨特和 / 或非常高價的原廠藥和副廠藥。

欲瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用層次，請查詢本計劃的藥物清單。

您的藥房選擇

您為藥物支付多少費用視您在哪裡取得藥物而定：

- 網絡零售藥房
- 本計劃網絡外的藥房。我們只有在少數情況下才會承保在網絡外藥房購買的處方配藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，查明我們何時會承保在網絡外藥房購買的處方配藥。
- 本計劃的郵購藥房

如需更多有關上述藥房選擇以及購買處方配藥的資訊，請參閱第 5 章和本計劃的**藥房名冊 (myUHC.com/CommunityPlan)**。

[1] 即使您尚未支付自付扣除金，您為每 1 個月藥量的 D 部份承保胰島素藥物支付的金額也不會超過藥物總費用的 25% 或定額手續費 $35 (以金額較低者為準)，直到您達到重額承保階段 (此階段中您支付 $0)。

第 5.2 節 您一個月藥量的承保藥物費用

在初始承保階段中，您分攤的承保藥物費用會是定額手續費或共同保險。

共同保險是指總費用的一部份，通常以百分比計算。在本計劃中，您要為第二層次、第三層次、第四層次和第五層次藥物支付部份費用。例如，如果您的共同保險是 25%，而您處方配藥的總費用是 $100，則您需支付 $25。本計劃支付剩餘部份。您要支付藥物的全額費用，直到您達到自付扣除金規定為止，之後您才會開始支付共同保險金額。

定額手續費或共同保險的金額視分攤費用層次而定。有時藥物費用會低於您的定額手續費。此時您支付較低的藥價，而非定額手續費。

如果您符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用，您的聯邦醫療保險 D 部份處方配藥費用將低於下表所列的金額。如果您擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))，您會自動取得額外補助 (Extra Help) 的資格。收入和資源最少的會

員符合資格可取得最多的額外補助 (Extra Help)。(請參閱您的低收入補助附約，查詢更多有關您實際藥物費用的資訊。)

符合「額外補助」(Extra Help) 資格的會員：

副廠藥 (包括當作副廠藥的藥物) 適用以下其中一種金額：

- $0
- $1.60
- $5.10

所有其他藥物

- $0
- $4.90
- $12.65

如果您不符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得「額外補助」(Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用，您將為您的承保處方配藥支付下列費用：

您一個月藥量的 D 部份承保藥物費用

層次	**標準零售和郵購^ 分攤費用 (網絡內)** (最多 30 天藥量)	**長期護理 (Long-term care, LTC) 分攤費用** (最多 31 天藥量)	**網絡外分攤費用** (限某些情況下才有承保；詳情請參閱第 5 章。) (最多 30 天藥量)
分攤費用 **第一層次** 首選副廠藥	標準零售： 定額手續費 $0 標準郵購： 第一層次藥物不適用郵購。	定額手續費 $0	定額手續費 $0*
分攤費用 **第二層次** 副廠藥	標準零售： 共同保險 25% 標準郵購： 第二層次藥物不適用郵購。	共同保險 25%	共同保險 25%*
分攤費用 **第三層次** 首選原廠藥	標準零售： 共同保險 25% 標準郵購： 第三層次藥物不適用郵購。	共同保險 25%	共同保險 25%*

層次	**標準零售和郵購^ 分攤費用 (網絡內)** (最多 30 天藥量)	**長期護理 (Long-term care, LTC) 分攤費用** (最多 31 天藥量)	**網絡外分攤費用** (限某些情況下才有承保；詳情請參閱第 5 章。) (最多 30 天藥量)
分攤費用 第三層次 承保胰島素藥物 [1]	標準零售： 共同保險 25%，最多定額手續費 $35 標準郵購： 第三層次藥物不適用郵購。	共同保險 25%，最多定額手續費 $35	共同保險 25%，最多定額手續費 $35*
分攤費用 第四層次 非首選藥物	標準零售： 共同保險 25% 標準郵購： 共同保險 25%	共同保險 25%	共同保險 25%*
分攤費用 第五層次 特殊層次	標準零售： 共同保險 25% 標準郵購： 共同保險 25%	共同保險 25%	共同保險 25%*

^第一、第二和第三層次的郵購分攤費用以 100 天長期藥量為限。請參閱下方的長期藥量表，瞭解您需要支付的費用詳情。

*您無法取得網絡外藥房收費和本計劃網絡內許可金額間差價的補償。

[1] 即使您尚未支付自付扣除金，您為每 1 個月藥量的 D 部份承保胰島素藥物支付的金額也不會超過藥物總費用的 25% 或定額手續費 $35 (以金額較低者為準)，直到您達到重額承保階段 (此階段中您支付 $0)。

有些藥物由藥廠以超過 1 個月藥量的數量包裝，且無法拆分。若遇此情況，您可能要為單份處方配藥支付比一份定額手續費或共同保險更多的費用。

請參閱本章第 8 節，查詢更多有關 D 部份疫苗和 D 部份疫苗分攤費用的資訊。

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

通常來說，您為藥物支付的金額可領取一整個月的藥量。有時您或您的醫生可能會希望您取得少於一個月的藥量 (例如，您第一次試用某藥物時)。您也能請您的醫生開立或請藥劑師配發少於一整個月的藥量，但這必須要能幫助您更妥善規劃補充日期。

如果您取得特定藥物少於一整個月的藥量，您就不須支付一整個月藥量的費用。

- 如果您要負責支付共同保險，您須支付藥物總費用的某個百分比。由於共同保險是以藥物總費用為基準，所以您的費用會因為藥物總費用降低而變低。

- 如果您要負責支付藥物的定額手續費，您只須支付按取得藥物天數而計算的費用，而非整個月的費用。我們會計算您藥物的每天應付金額 (每日分攤費用費率)，再乘以您取得藥物的天數。

第 5.4 節 您長期 (100 天) 藥量的 D 部份承保藥物費用

對於某些藥物，您可以取得長期藥量 (也稱為「延長藥量」)。長期藥量是指 100 天藥量。

如果您符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得額外補助 (Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用，您的聯邦醫療保險 D 部份處方配藥費用將低於下表所列的金額。如果您擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))，您會自動取得額外補助 (Extra Help) 的資格。收入和資源最少的會員符合資格可取得最多的額外補助 (Extra Help)。(請參閱您的低收入補助附約，查詢更多有關您實際藥物費用的資訊。)

符合「額外補助」(Extra Help) 資格的會員：

副廠藥 (包括當作副廠藥的藥物) 適用以下其中一種金額：

- $0
- $1.60
- $5.10

所有其他藥物

- $0
- $4.90
- $12.65

如果您不符合資格自聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 取得「額外補助」(Extra Help) 幫助您支付處方配藥費用，您將為您的承保處方配藥支付下列費用：

有些藥物由藥廠以超過 3 個月藥量的數量包裝，且無法拆分。若遇此情況，您可能要為單份處方配藥支付比一份定額手續費或共同保險更多的費用。

您長期 (100 天) 藥量的 D 部份承保藥物費用

層次	標準零售分攤費用 (網絡內) (100 天藥量)	郵購分攤費用 (100 天藥量)
分攤費用第一層次 首選副廠藥	定額手續費 $0	定額手續費 $0
分攤費用第二層次 副廠藥	共同保險 25%	共同保險 25%
分攤費用第三層次 首選原廠藥	共同保險 25%	共同保險 25%

層次	標準零售分攤費用 (網絡內) (100 天藥量)	郵購分攤費用 (100 天藥量)
分攤費用第三層次 承保胰島素藥物 [1]	共同保險 25%，最多定額手續費 $105	共同保險 25%，最多定額手續費 $105
分攤費用第四層次 非首選藥物 [2]	第四層次藥物不適用長期藥量。	第四層次藥物不適用長期藥量。
分攤費用第五層次 特殊層次 [2]	第五層次藥物不適用長期藥量。	第五層次藥物不適用長期藥量。

[1] 即使您尚未支付自付扣除金，您為每 3 個月藥量的 D 部份承保胰島素藥物支付的金額也不會超過藥物總費用的 25% 或定額手續費 $105 (以金額較低者為準)，直到您達到重額承保階段 (此階段中您支付 $0)。

[2] 以 30 天藥量為限

第 5.5 節 在您的年度自付費用達到 $2,100 之前，您都會停留在初始承保階段

在您的自付費用總額達到 **$2,100** 之前，您都會停留在初始承保階段。之後您才會進入重額承保階段。

您收到的 D 部份福利解說 (EOB) 有助於您追蹤年度期間您、本計劃和任何第三方已替您支付多少藥物費用。並非所有會員都會在年度內達到 $2,100 的上限。
如果您達到此金額，我們會通知您。請參閱第 1.3 節，瞭解更多有關聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 如何計算您自付費用的資訊。

第 6 節 重額承保階段

- 在重額承保階段中，您不需為 D 部份承保藥物支付任何費用。自付費用達到日曆年度上限 $2,100 時，您就會進入重額承保階段。一旦進入重額承保階段，到日曆年度結束為止您都會停留在本付款階段。在本付款階段中，您不需為您的 D 部份承保藥物支付任何費用。

第 7 節 額外福利資訊

第 6 章的這個部份要討論本計劃的限制。

1. 如果藥物由被排除於或不予參加聯邦醫療保險計劃的醫生或其他醫療護理提供者開立處方，該藥物即不屬於承保範圍。
2. 如果您選擇加入聯邦醫療保險處方配藥付款計劃，您購買 D 部份承保處方配藥時將不再需要向藥房支付費用。您的計劃將代替您向藥房支付費用，並寄處方配藥費用的月帳單給您。如果您有計劃月費，您會繼續收到單獨的月費帳單。請務必分開支付每份帳單，不要合併付款。

3. 屬於 B 部份或任何額外承保 (非 D 部份) 之承保範圍的請款不屬於聯邦醫療保險處方配藥付款計劃的承保範圍。

第 8 節 您需為 D 部份疫苗支付的費用

關於您要為疫苗支付多少費用的重要訊息 – 有些疫苗視為醫療福利且屬於 B 部份承保範圍。其他疫苗則視為 D 部份藥物。這些疫苗列在本計劃的藥物清單。本計劃免費為您承保大多數成人 D 部份疫苗，即使您尚未支付自付扣除金也不例外。如需有關特定疫苗的承保和分攤費用詳情，請參閱本計劃的藥物清單或撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711。

我們的 D 部份疫苗承保有 2 個部份：

- 第一個部份是**疫苗本身**的費用。
- 第二個部份是**為您接種疫苗**的費用。(接種疫苗有時也稱為施用疫苗。)

您為 D 部份疫苗支付的費用視下列 3 個因素而定：

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施打該疫苗。**
   – 大多數成人 D 部份疫苗是由免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 所建議，您無須支付任何費用。
2. **您在哪裡接種疫苗。**
   – 疫苗本身可由藥房配發或由醫生診所提供。
3. **誰為您接種疫苗。**
   – 藥劑師或其他醫療護理提供者可能會在藥房施打疫苗。或者，醫療護理提供者也可能會在醫生診所施打疫苗。

您接種 D 部份疫苗時須支付的費用會因當時情況和您在哪個**藥物付款階段**而異。

- 接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身和為您接種疫苗的醫療護理提供者費用兩者的全部費用。您可要求本計劃把我們應分攤的費用還給您。對於大多數成人 D 部份疫苗，這是指您會收到您所支付全部費用的補償。
- 在其他時候接種疫苗時，您只須按 D 部份福利規定支付您的分攤費用。對於大多數成人 D 部份疫苗，您無須支付任何費用。

以下用 3 個例子說明您可取得 D 部份疫苗的方式。

情況 1： 您在網絡藥房接種 D 部份疫苗。(您是否會有這項選擇需視您居住的地點而定。有些州禁止藥房施打特定疫苗。)

- 對於大多數成人 D 部份疫苗，您無須支付任何費用。
- 至於其他 D 部份疫苗，您要向藥房支付您的共同保險或疫苗本身的定額手續費，其中包括為您接種疫苗的費用。
- 本計劃會支付其餘費用。

情況 2：您在醫生診所接種 D 部份疫苗。

- 接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身和為您接種疫苗的醫療護理提供者費用的全部費用。
- 然後您可利用第 7 章中說明的程序，要求本計劃支付我們的分攤費用。
- 對於大多數成人 D 部份疫苗，您會收到您所支付金額的全額補償。至於其他 D 部份疫苗，您收到的補償金額會是您支付的金額扣除該疫苗 (包括施用) 的共同保險或定額手續費。

情況 3：您在網絡藥房購買 D 部份疫苗本身，然後帶到醫生診所請他們為您接種疫苗。

- 對於大多數成人 D 部份疫苗，您無須為疫苗本身支付任何費用。
- 至於其他 D 部份疫苗，您要向藥房支付您的共同保險或疫苗本身的定額手續費。
- 醫生為您接種疫苗時，您可能必須支付此服務的全部費用。
- 然後您可利用第 7 章中說明的程序，要求本計劃支付我們的分攤費用。
- 對於大多數成人 D 部份疫苗，您會收到您所支付金額的全額補償。至於其他 D 部份疫苗，您收到的補償金額會是您支付的金額扣除該疫苗施用的共同保險或定額手續費。

第 7 章：
要求我們為承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用

第 1 節 您應要求我們為承保服務或藥物支付我們應分攤費用的情況

我們的網絡醫療護理提供者會把您的承保服務和藥物的帳單直接寄給本計劃 – 您不應該收到承保服務或藥物的帳單。如果您收到所取得醫療護理或藥物的全額帳單，請把該帳單寄給我們，我們才能支付帳單費用。您寄帳單給我們時，我們會查看帳單並決定是否應該承保相關服務。如果確認屬於承保範圍，我們會直接支付該醫療護理提供者。

如果您已經為本計劃承保的聯邦醫療保險服務或用品支付費用，您可以要求本計劃把錢還給您 (把錢還給您通常稱為補償您)。只要您為本計劃承保的醫療服務或藥物支付超過您應分攤的費用時，您都有權可要求本計劃償還您。您可能必須遵守期限規定才能取得還款。請參閱本章第 2 節。您將已付款的帳單寄給我們時，我們會查看帳單並決定是否應該承保相關服務或藥物。如果我們決定應該承保，我們會償還您相關服務或藥物的費用。

您也有可能會收到醫療護理提供者對您所取得醫療護理收取全額費用的帳單，或收取的費用超過您應分攤的費用。請先試著和醫療護理提供者解決帳單問題。如果無法解決，請將該帳單寄給我們，而非支付帳單費用。我們會查看該帳單，確認服務是否應屬於承保範圍。如果確認屬於承保範圍，我們會直接支付該醫療護理提供者。如果我們決定不予支付，我們會通知該醫療護理提供者。您絕對不應支付超過計劃准許的分攤費用。如果該醫療護理提供者是合約醫療護理提供者，您仍有權接受治療。

下列例子是您可能必須要求本計劃把錢還給您或支付您所收到帳單的情況：

1. 您已經從非本計劃網絡的醫療護理提供者取得急診或緊急醫療護理

在服務地區外，您可以從任何醫療護理提供者取得急診或緊急護理服務，無論該醫療護理提供者是否在我們的網絡中。在此情況下，請要求醫療護理提供者把帳單寄給本計劃。

- 如果您取得護理時便已自行支付全部金額，請要求我們把我們應分攤的費用還給您。請將該帳單連同您已付款的書面紀錄寄給我們。
- 您可能會收到醫療護理提供者的帳單，要求您支付您認為並未欠付的款項。請將該帳單連同您已付款的書面紀錄寄給我們。
  - 如果有應支付醫療護理提供者的款項，我們會直接支付該醫療護理提供者。
  - 如果您為服務支付了超過您應分攤的費用，我們會裁決您原本應付的金額，並將我們應分攤的費用還給您。
- 您也可以向美國境外的醫療護理提供者取得急診護理或緊急護理服務。如果您在美國境外取得急診護理或緊急護理服務，醫療護理提供者可能會要求您支付全額費用。請索取書面帳單或收據，詳細列出為您提供的特定服務。將明細帳單或收據寄給我們，以便把

款項還給您。您應該要準備好協助我們取得能妥善處理您的補償要求所需的所有資訊，包括病歷。僅在您直接支付費用並提交給我們申請補償，或由您直接要求補償，且我們能與執行醫療護理提供者安排直接付款時，國外急診和緊急護理才屬於承保範圍。發票和佐證病歷必須由您或執行醫療護理提供者直接提交。第三方開立帳單者、中介機構或請款管理公司提交給我們的任何服務或書面紀錄均不予補償。

2.網絡醫療護理提供者寄給您的是您認為不應付款的帳單

網絡醫療護理提供者應該一律將帳單直接寄給本計劃。不過網絡醫療護理提供者有時仍會出錯，要求您支付超過您應分攤的費用。

- 只要收到網絡醫療護理提供者的帳單，而您認為超過您應付金額時，請將帳單寄給我們。我們會直接聯絡該醫療護理提供者並解決帳單問題。
- 如果您已向網絡醫療護理提供者支付帳單費用，但您覺得您付了太多，請將帳單連同您已付款的書面紀錄寄給我們。請要求我們償還您已付金額和您按本計劃規定應付金額之間的差額。

3.您回溯參加註冊本計劃

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

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

4.您使用網絡外藥房購買處方配藥

如果您到網絡外藥房，藥房可能無法直接向我們請款。在這種情況下，您必須支付處方配藥的全額費用。

請保留收據，在要求本計劃償還我們應分攤的費用時把收據複本寄給我們。請記得，我們只在少數情況下承保網絡外藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節瞭解這些情況。我們可能不會償還您在網絡外藥房支付的藥物費用和我們在網絡內藥房支付金額兩者間的差額。

5.您因為沒有攜帶我們的 UCard 而支付處方配藥的全額費用

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

請保留收據，在要求本計劃償還我們應分攤的費用時把收據複本寄給我們。如果您支付的現金價格高於我們為該處方配藥議定的價格，我們可能不會全額償還您支付的費用。

6.您在其他情況下支付處方配藥的全額費用

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

- 例如，藥物可能不在本計劃的**藥物清單**上，或藥物可能有您不知道或您認為自己應該不適用的規定或限制規定。如果您決定要立即取得藥物，可能便須支付全額費用。

- 請保留收據，在要求本計劃把錢還給您時把收據複本寄給我們。某些情況下，我們可能需要從您的醫生得到更多資訊，才能將我們應分攤的藥物費用還給您。如果您支付的現金價格高於我們為該處方配藥議定的價格，我們可能不會全額償還您支付的費用。

7. 您使用全球急診護理承保、全球緊急護理服務或全球急診交通運輸福利

重要：如果您在美國境外旅行時因醫療急診狀況而住院，請立即撥打您健保計劃會員卡上的電話號碼致電客戶服務部。這樣可確保能及時協調護理和取得支持。

您在美國境外取得急診護理服務時，必須在取得服務時支付全額費用。如欲向我們申請補償，您將必須採取以下行動：

- 在收到帳單時支付費用。我們會補償您帳單金額和您的服務分攤費用兩者間的差額，如本文件第 4 章和不予承保項目章節所述。
- 請保留所有收據，在要求本計劃補償您時把收據寄給我們。某些情況下，我們可能需要向您或為您提供服務的醫療護理提供者取得更多資訊，才能將我們應分攤的費用還給您。
- 如果您被要求支付全球急診護理服務的帳單費用但您無法支付款項，請致電客戶服務部要求額外協助，我們可能可以直接與執行醫療護理提供者合作，幫助協調代表您支付承保服務費用的事宜。您必須直接向我們提出國外服務的付款要求，並且您或執行醫療護理提供者必須將所有書面紀錄直接提交給我們。

- 獨立於執行醫療護理提供者的中介機構、請款管理公司或第三方開立帳單者所提出的付款要求不予補償。我們絕不會提供表格給國外醫療護理提供者、請款管理公司或第三方開立帳單者，要求您簽名和 / 或支付訂金或費用以便您從本公司獲得補償。在某些國家，您可能會被要求支付訂金或簽署表格，醫療護理提供者會聲稱剩餘費用將由他們直接向本公司收取。然而，由國外醫療護理提供者、請款管理公司或第三方開立帳單者代表您提交給我們的表格，即使包含聯合健康保險 (UHC) 名稱或標誌，也不會獲得本公司的補償。我們只會受理您針對您從國外醫療護理提供者取得之醫療服務直接提交給我們的補償要求。這讓我們得以確認您已取得相關服務，並且您獲得的補償金額與提供服務時帳單所列或您所支付的金額相符。
- 如果您在外國取得的任何服務不屬於本承保證書所述的全球急診或緊急護理服務承保範圍，您需負責全額支付這些服務的費用。對於在美國境外取得的服務，若本承保證書未明確列入承保範圍，本計劃或聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 都不會支付費用。
- 您必須在取得服務之日起 12 個月內向健保計劃要求補償。您在提交要求時必須提供下列書面紀錄：

  1. 來自設施的明細帳單，包括醫院名稱、您的姓名、住院日期、費用明細、每項費用的簡要說明，以及總金額。

  2. 顯示帳單金額已支付的收據 / 付款證明。可接受的付款證明包括信用卡收據、已註銷的支票或銀行對帳單。若為現金付款，則可接受醫療護理提供者開立的明細發票，顯示已以現金付款，並列明任何剩餘金額。

  3. 描述醫療狀況和治療過程的病歷或書面紀錄的複本。

您寄付款要求給我們時，我們會審查您的要求並決定是否應該承保相關服務或藥物。這稱為**承保決定**。如果我們決定應該承保，我們會為服務或藥物支付我們的分攤費用。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。第 9 章有關於如何提出上訴的資訊。

第 2 節 如何要求我們償還您或支付您所收到帳單的費用

您可寄送書面要求給我們，要求我們把錢還給您。如果您以書面方式寄送要求，請將您的帳單和您已付款的書面紀錄寄給我們。建議您將帳單與收據影印一份留作紀錄。

為了確保您提供我們作決定所需的全部資訊，您要求付款時可以填寫我們的請款表。

- 您不一定要使用該表格，不過該表格有助於我們更快處理資訊。
- 請從我們的網站 (**myUHC.com/CommunityPlan**) 下載表格，或致電客戶服務部索取表格。請將您的付款要求連同帳單或付款收據一併寄給我們，地址：

  D 部份處方配藥付款要求：
  Optum Rx
  P.O. Box 650287
  Dallas, TX 75265-0287

  醫療請款付款要求：
  UnitedHealthcare
  P.O. Box 5240
  Kingston, NY 12402-5240

您必須在取得服務、用品或 B 部份藥物當日起 **12 個月內向我們提交 C 部份 (醫療) 請款**。

您必須在取得服務、用品或藥物當日起 **36 個月內向我們提交 D 部份 (處方配藥) 請款**。

第 3 節 我們會考慮您的付款要求並表示同意或拒絕

收到您的付款要求時，如果我們還需要您提供任何額外資訊，就會通知您。否則，我們會考慮您的要求並作承保決定。

- 如果我們確定醫療護理或藥物屬於承保範圍，您也已遵循所有規則，我們就會為服務或藥物支付我們應分攤的費用。如果您已支付服務或藥物的費用，我們會將我們應分攤費用的補償郵寄給您。如果您尚未支付服務或藥物的費用，我們會直接把款項郵寄給醫療護理提供者。
- 如果我們確定醫療護理或藥物**不**屬於承保範圍，或您**未**遵循所有規則，我們就不會為該護理或藥物支付我們的分攤費用。我們會寄信給您，解說我們不寄送款項的原因，以及您對該決定提出上訴的權利。

第 3.1 節 如果我們通知您我們不支付醫療護理或藥物的全部或部份費用，您可以提出上訴

如果您認為我們拒絕您付款要求的決定或我們支付的金額有誤，您可以提出上訴。如果您提出上訴，就表示您要求我們變更原本拒絕您的付款要求的決定。上訴流程是正式的流程，有詳細的程序和重要的期限規定。有關如何提出該上訴的詳情，請參閱第 9 章。

第 8 章：
您的權利和責任

第 1 節 本計劃必須尊重您的權利和文化背景

第 1.1 節 您有權收到關於組織、其服務、其執業人員和醫療護理提供者以及會員權利和責任的資訊。我們必須配合您的文化背景，以您可以瞭解的方式 (以非英文語言、盲人點字、大字體或其他替代格式等) 提供資訊

本計劃必須確保所有臨床和非臨床服務都以符合文化要求的方式提供且便於所有計劃參加者取得，包括英語能力有限者、閱讀能力有限者、聽力失能者，或具有多元文化和族裔背景的計劃參加者。舉例來說，計劃滿足上述無障礙要求的方式包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機，或聽力語言殘障服務專線 (TTY) (文字電話轉接或電傳打字電話) 連線。

聯合健康保險提供免費服務以協助您與我們溝通。例如：其他語言版本、盲人點字、大字體、語音內容，或者，您可申請口譯員。我們必須以某種格式，提供方便您取得且適合您的本計劃福利資訊。欲向我們索取您可瞭解形式的資訊，請致電客戶服務部瞭解額外資訊，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

本計劃必須讓女性計劃參加者可選擇直接向網絡內的女性健康專科醫生取得女性例行和預防健康護理服務。

如果本計劃網絡內沒有相關專科的醫療護理提供者，本計劃有責任找到網絡外可為您提供所需護理的專科醫療護理提供者。在此情況下，您只須支付網絡內分攤費用。如果您發現無法在本計劃網絡內找到可承保您所需服務的專科醫生，請致電本計劃查詢可在何處以網絡內分攤費用取得該服務。

如果您無法向本計劃根據您所需的格式索取方便您取得且適合您的計劃資訊、無法向女性健康專科醫生求診或找不到網絡專科醫生，請致電客戶服務部提起申訴 (電話號碼請參閱本手冊封面)。您也可以透過以下方式提出投訴：致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 給聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，或直接致電 1-800-368-1019 給民權辦公室，或撥聽力語言殘障服務專線 (TTY) 1-800-537-7697。

Section 1.1 You have a right to receive information about the organization, its services, its practitioners and providers and member rights and responsibilities. We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and

ethnic backgrounds. Examples of how 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.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Service number at 1-800-514-4912 for additional information (TTY users should call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Customer Service (phone numbers are printed on the cover of this booklet). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

第 1.2 節 我們必須確保您可及時取得承保服務和藥物

您有權在本計劃網絡內選擇一位主治醫生 (primary care provider, PCP) 為您提供和安排承保服務 (第 3 章有更多這方面的說明)。您也有權不需轉介便可向女性健康專科醫生 (例如婦科醫生) 求診。

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

非營業時間如何取得護理

如果您在診所下班後需要向主治醫生諮詢或求診，請致電您主治醫生的辦公室。輪值醫生回電給您時會告訴您該怎麼做。

如果您認為您沒有在合理時間內取得醫療護理或 D 部份藥物，第 9 章會告訴您該怎麼做。

第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私

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

- 您的「個人健康資訊」包括您參加註冊本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的病歷和其他醫療與健康資訊。

- 您擁有您的資訊以及管控您健康資訊使用方式的相關權利。我們會提供稱為隱私權實施條例通知的書面通知，為您說明這些權利並解說我們如何保護您健康資訊的隱私。

我們如何保護您健康資訊的隱私？

- 我們會確保未經授權的人不會看到也無法變更您的紀錄。
- 如果我們打算把您的健康資訊提供給並未為您提供護理或為您支付護理費用的任何人，我們必須先取得您或您授予法定權力可為您作決定的人提供的書面許可，但以下所述情況不在此限。
- 在某些例外情況下我們不需先取得您的書面許可。這些例外情況是法律所允許或規定。
  - 我們必須向檢查護理品質的政府機構公開健康資訊。
  - 因為您是透過聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 成為本計劃會員，所以我們必須提供聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 您的健康資訊，包括您 D 部份藥物的相關資訊。如果聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 為了研究或其他用途而公開您的資訊，必須按照聯邦法令與法規才能這麼做；一般規定不得分享可辨識您個人身份的資訊。

您可查看您紀錄中的資訊，知道您的資訊是如何與他人分享

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

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

如果您有關於您個人健康資訊隱私的疑問或疑慮，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

健保計劃隱私權實施條例通知

本通知說明可能使用和公開您醫療資訊的方式，以及您能如何取得這類資訊。請仔細閱讀。

2024 年 1 月 1 日生效

法律規定我們[1] 必須保護您健康資訊 (health information，「HI」) 的隱私。我們必須寄送本通知給您。本通知告訴您：

- 我們可能如何使用您的健康資訊 (HI)。
- 我們何時能與其他人分享您的健康資訊 (HI)。
- 您對自己的健康資訊 (HI) 擁有哪些權利。

法律規定我們必須遵循我們最新通知的條款。

健康資訊 (HI) 是指有關您的健康或醫療服務的資訊。我們有權對本隱私權實施條例通知進行變更。如果我們進行重大變更，我們會透過一般郵件或電子郵件通知您。我們也會把新的通知發布到我們的網站。本通知的任何變更都將適用於我們擁有的所有健康資訊 (HI)。如果您的健康資訊 (HI) 遭到洩漏，我們會通知您。

我們收集、使用和分享您資訊的方式

我們收集、使用和與下列人員和單位分享您的健康資訊 (HI)：

- 您或您的法定代表或個人代表。
- 特定政府機構。為確保我們遵守隱私權法律。

我們有權基於特定目的收集、使用和分享您的健康資訊 (HI)。這些資訊可能用於您的治療、支付您的護理費用或運作我們的業務。我們可能使用和分享您健康資訊 (HI) 的情況如下。

- **付款。**處理付款和支付請款。例如，我們可能會告訴醫生我們是否會支付特定醫療程序的費用以及多少百分比的帳單費用可取得承保。
- **治療或管理護理。**幫助提供您的護理。例如，我們可能會與您就診的醫院分享您的健康資訊 (HI)，以協助醫院為您提供醫療護理。
- **健康護理作業。**運作我們的業務。例如，我們可能會與您的醫生交談，告知醫生您可以使用的特殊疾病管理或保健方案。我們可能會研究資料，改進我們的服務。
- **告訴您健康方案或產品相關資訊。**我們可能會告訴您其他治療、產品和服務相關資訊。這類活動可能受法律限制。
- **計劃贊助者。**如果您透過僱主取得健康保險，我們可能會將參加註冊、退出計劃和健康資訊 (HI) 摘要提供給您的僱主。如果僱主適當限制用途，我們可能會提供僱主其他健康資訊 (HI)。
- **核保目的。**作成健康保險核保決定。我們不會為了核保而使用您的基因資訊。
- **福利或護理相關提醒。**我們可能會傳送約診提醒以及您的健康福利相關資訊。
- **傳達訊息給您。**我們可能會就您的健康保險福利、健康護理或付款事宜與您聯絡。

我們可能收集、使用和分享您健康資訊 (HI) 的情況如下。

- **根據法律規定。**遵守適用於我們的法律。
- **給參與您護理的人。**協助您醫療護理事宜或支付您護理費用的家人或其他人。這也可能是在緊急狀況時提供給家人。如果您無法告知我們是否可以分享您的健康資訊 (HI)，則可能會發生這種情況。如果您無法告知我們您的意願，我們會依最佳判斷來決定。如果情況允許，我們可能在您過世後與協助您護理事宜或支付您護理費用的家人或朋友分享您的健康資訊 (HI)。
- **公共衛生活動。**例如，防止疾病傳播或通報產品或藥物問題。
- **通報受虐、疏忽或家庭暴力。**我們只能與法律准許取得這類健康資訊 (HI) 的特定實體分享。這可能是社會服務或保護服務機構。
- **因健康監督活動**而給法律允許可取得健康資訊 (HI) 的機構。這可能是為了執照、審核以及詐欺和濫用調查。
- **司法或行政訴訟**，例如回覆法院命令或傳票。
- **執法。**尋找失蹤人口或報案。
- **健康或安全威脅。**在緊急狀況或災難等情況下提供給公共衛生機構或執法機關。

- **政府職能。**為了軍事和退伍軍人用途、國家安全或特定保護服務。
- **工傷賠償。**您因為工作而受傷，或為了遵守勞動法律。
- **研究。**例如，研究某種疾病或醫療病況。我們還可能使用健康資訊 (HI) 來幫助準備研究。
- **提供已故者相關資訊。**例如，提供給可能幫助確認死者身份、死因的法醫或驗屍官，或為了符合某些法律要求。我們也可能提供健康資訊 (HI) 給殯葬業者。
- **器官移植。**例如：幫助取得、存放或移植器官、眼睛或組織。
- **感化機構或執法機構。**若是在押人員，例如：(1) 提供健康護理；(2) 保護您的健康和其他人的健康；以及 (3) 保障機構安全。
- **我們的業務夥伴。**為您提供服務 (如有需要)。這是指為我們提供服務的公司。他們同意保護您的健康資訊 (HI)。
- **其他限制規定。**聯邦和州法律可能進一步限制我們使用下列健康資訊 (HI)。我們將遵守較嚴格的適用法律。
    1. 酒精和物質使用失調
    2. 生物識別資訊
    3. 兒童或成人受虐或疏忽，包括性侵害
    4. 傳染病
    5. 基因資訊
    6. 人類免疫缺乏病毒 / 愛滋病 (HIV/AIDS)
    7. 精神健康
    8. 未成年人的資訊
    9. 處方配藥
    10. 生殖健康
    11. 性傳染疾病

我們只會按本通知的說明或經您書面同意才使用或分享您的健康資訊 (HI)。我們會取得您的書面同意後才分享您的心理治療紀錄，除非是法律准許的特定情況。我們會取得您的書面同意後才將您的健康資訊 (HI) 銷售給其他人。我們會取得您的書面同意後才在特定行銷郵件中使用您的健康資訊 (HI)。如果我們取得您的同意，您可以撤回。如欲瞭解如何撤回，請撥打您 UCard 上的電話號碼。

您的權利

您對您的醫療資訊擁有下列權利。

- **要求我們限制**我們為了治療、付款或健康護理作業而進行的使用或分享。您可以要求限制與協助您護理事宜或支付您護理費用的家人或其他人分享。我們可能允許您的受撫養人要求設限。**我們會儘量遵照您的要求，但我們沒有義務這麼做。**您限制我們使用或分享的要求必須以書面方式提出。

- **要求**以不同方式或在不同地方**取得保密通訊**。例如，寄到郵政信箱而不寄到住家。我們將在州和聯邦法律准許範圍內同意您的要求。我們接受口頭要求，但可能會要求您以書面方式確認您的要求。您可以變更您的要求。這必須以書面方式提出。請郵寄至以下地址。
- **查看或取得**特定健康資訊 (HI) 的**複本**。您必須以書面方式要求。請郵寄至以下地址。如果我們以電子格式保存這些紀錄，您可以要求電子版本。我們可能會寄送摘要給您。我們可能會收取複製費用。我們可能會拒絕您的要求。如果我們拒絕您的要求，您可以要求審查該拒絕決定。
- **要求修正。**如果您認為您的健康資訊 (HI) 錯誤或不完整，您可以要求變更。您必須以書面方式要求。您必須提供變更理由。我們將在法律規定的時間內回應您的要求。請郵寄至以下地址。如果我們拒絕您的要求，您可以在您的健康資訊 (HI) 中加註不同意聲明。
- **取得**您提出要求前六年內我們分享您健康資訊 (HI) 的**細目**。這將不包括我們基於下列原因而分享健康資訊 (HI) 的情況。(i) 分享用於治療、付款和健康護理作業；(ii) 與您分享或經您同意分享；(iii) 與感化機構或執法機構分享。這將不會列出聯邦法律未規定我們追蹤的公開資訊。
- **索取本通知紙本。**您可以隨時索取紙本。您也可以在我們網站取得複本。
- **在某些州，您可能有權要求我們刪除**您的健康資訊 (HI)。視您居住的地方而定，您可能可以要求我們刪除您的健康資訊 (HI)。我們將在法律規定的時間內回應您的要求。如果我們不能刪除，我們會告訴您。如果我們不能刪除，您可以寫信給我們，指出您不同意的理由並寄給我們正確的資訊。

行使您的權利

- **聯絡您的健保計劃。**如果您對本通知有疑問，或者您想行使您的權利，請**撥打您 UCard 上的電話號碼**。或者，您可以聯絡聯合健康集團電話中心 1-800-514-4912，或聽力語言殘障服務專線 (TTY/RTT) 711。
- **提交書面要求。**郵寄至：

  UnitedHealthcare Privacy Office
  MN017-E300
  PO Box 1459
  Minneapolis MN 55440

- **提出投訴。**如果您認為您的隱私權遭到侵犯，您可以將投訴寄送到以上地址。

您也可以通知美國健康及人類服務部部長。我們不會因為您提出投訴而採取任何不利於您的行動。

[1] 本醫療資訊隱私權實施條例通知適用屬於聯合健康集團關聯機構的健保計劃。如需適用本通知規定的健保計劃最新清單，請前往 **uhc.com/privacy/entities-fn-v2**。

財務資訊隱私權通知

本通知說明可能使用和分享您財務資訊的方式。請仔細閱讀。

2024 年 1 月 1 日生效

我們[2] 保護您的「個人財務資訊」(financial information，「FI」)。財務資訊 (FI) 是非健康資訊。財務資訊 (FI) 能識別出您的身份，通常不是公開資訊。

我們收集的資訊

- 我們從您的申請表或其他表格取得財務資訊 (FI)。這可能是姓名、地址、年齡和社會安全號碼。
- 我們從您與我們或其他人的交易取得財務資訊 (FI)。這可能是保費付款資料。

分享財務資訊 (FI)

我們只會根據法律許可分享財務資訊 (FI)。

我們可能會分享您的財務資訊 (FI) 以便我們的業務順利運作。我們可能會與我們的關聯機構分享您的財務資訊 (FI)。我們這麼做的時候不需要取得您的同意。

- 我們可能會分享您的財務資訊 (FI) 以處理交易。
- 我們可能會分享您的財務資訊 (FI) 以維護您的帳戶。
- 我們可能會分享您的財務資訊 (FI) 以回應法院命令和法律調查。
- 我們可能會與幫我們準備行銷資料的公司分享您的財務資訊 (FI)。

保密性和安全性

我們對員工和服務提供者取得您的財務資訊 (FI) 設有限制。我們有安全設施來保護您的財務資訊 (FI)。

本通知相關疑問

請**撥打 UCard 上的免付費會員電話號碼**，或致電 1-800-514-4912 或聽力語言殘障服務專線 (TTY/RTT) 711 與聯合健康集團客戶電話中心聯絡。

---

[2] 在本財務資訊隱私權通知中，「本公司」或「我們」是指屬於聯合健康集團關聯機構的健保計劃以及下列聯合健康保險關聯機構：ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.;

Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc. 及 Vivify Health, Inc.。本財務資訊隱私權通知只有在法律規定時才適用。具體而言，本通知不適用 (1) 在 Nevada 由 Health Plan of Nevada, Inc. 和 Sierra Health and Life Insurance Company, Inc. 提供的健康護理保險產品；或 (2) 在有例外規定的各州的其他聯合健康集團健保計劃。如需適用本通知規定的健保計劃最新清單，請前往 **uhc.com/privacy/entities-fn-v2**。

© 2024 聯合健康保險服務公司

第 1.4 節 我們必須提供您有關本計劃、我們的醫療護理提供者網絡以及您承保服務的資訊

身為本計劃會員，您有權向我們索取幾種類型的資訊。我們可能偶爾也會致電與您聯絡，向您告知我們提供的其他聯邦醫療保險產品和服務。如果您想選擇不要接到這類電話或想要索取以下任何類型的資訊，請致電客戶服務部：

如果您想要下列任何一種資訊，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)：

- **本計劃的相關資訊。**包括例如本計劃的財務狀況等資訊。
- **我們網絡醫療護理提供者和藥房的相關資訊。**
  - 您有權索取有關網絡醫療護理提供者和藥房的資格，以及我們如何支付網絡醫療護理提供者的資訊。
- **您的承保以及使用承保時所須遵循規則的相關資訊。**第 3 章和第 4 章提供有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供有關 D 部份配藥承保的資訊。
- **為何不屬於承保範圍的原因以及您可以怎麼做的相關資訊。**第 9 章提供的資訊說明某項醫療服務或 D 部份藥物不屬於承保範圍或您的承保受到限制時如何要求書面說明。第 9 章還提供有關要求我們變更決定 (也稱為上訴) 的資訊。

第 1.5 節 您有權知道您的治療選項並參與關於您健康護理的決定

您有權向您的醫生和其他健康護理提供者取得完整資訊。您的醫療護理提供者必須**以您能夠瞭解的方式**為您解說您的醫療病況和治療選擇。

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

- **瞭解您全部的選擇。**您有權得知對您病況所建議的全部治療選項，不管這些選項的費用為何或是否屬於本計劃的承保範圍，其中也包括得知由本計劃提供以協助會員管理其藥物並安全使用藥物的方案。
- **瞭解風險。**您有權得知與您護理相關的任何風險。如果有任何建議的醫療護理或治療屬於研究實驗的一部份，必須事先讓您知道。您一定可選擇拒絕任何實驗性質的治療。
- **有權說「不」。**您有權拒絕任何建議的治療，其中包括有權離開醫院或其他醫療設施，即使醫生建議您不要離院。您也有權停止服用藥物。如果您拒絕治療或停止服用藥物，您要對您身體因而造成的後果負完全的責任。

您有權指示如果您無法為自己作醫療決定時該怎麼做

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

- 填寫書面表格，給**某人合法授權** ，以便在您無法為自己作決定時**幫您作醫療決定**。
- **給您的醫生書面指示**，說明如果您無法為自己作決定時，希望醫生如何處理您的醫療護理。

您針對上述處境提前作成指示的法律文件稱為**事前醫療指示**。例如，**預立遺囑**和**健康護理委託授權書**等文件都是事前醫療指示。

如果您要用「事前醫療指示」作成指示，以下告訴您該怎麼做：

- **取得表格。**您可向律師、社工或在某些辦公用品文具店取得事前醫療指示表格。有時您也可以向提供聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 相關資訊的組織索取事前醫療指示表格。您也可以聯絡客戶服務部，協助您尋找事前醫療指示表格。
- **填寫表格並簽名。**無論您在哪裡拿到這個表格，這都是一份法律文件。請考慮由律師協助您填寫。
- **將表格的複本拿給相關人員。**將表格的複本拿給您的醫生還有您在表格上指名當您不能為自己作決定時能為您作決定的人。您也許會想拿給您的好朋友或家人。請在家中存放一份。

如果您事先知道要住院，而且已簽署事前醫療指示，**請帶一份複本到醫院**。

- 院方會問您是否已簽署事前醫療指示表以及您是否有帶表格。
- 如果您尚未簽署事前醫療指示表，醫院可提供表格，院方也會問您是否要簽署該指示表。

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

如果沒有遵循您的指示呢？

如果您簽署事前醫療指示，但您認為醫生或醫院並未遵循其中的指示，您可向適當的州專屬機構 (例如您的州衛生部) 提出投訴。請參閱第 2 章第 3 節，查詢您所在州專屬機構之資訊。

第 1.6 節 您有權針對組織或組織提供的護理提出投訴或上訴。您有權提出投訴並要求我們複核已作成的決定

如果您有任何問題、疑慮或要投訴，需要要求承保或提出上訴，本文件第 9 章會告訴您該怎麼做。

無論您怎麼做 – 要求承保決定、上訴或投訴 – **我們都必須公平對待您**。

第 1.7 節 如果您認為自己受到不公平待遇或權利未受尊重

如果您認為自己因為種族、殘疾、宗教、性別、健康、族裔、信仰、年齡或原國籍而受到不公平待遇或權利未受尊重，您應致電美國健康及人類服務部的**民權辦公室**，電話 1-800-368-1019 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-800-537-7697)，或致電您當地的民權辦公室。

如果您認為自己受到不公平待遇或權利未受尊重，而且事情無關歧視，您可以從下列單位取得協助，處理您遭遇到的問題：

- **致電客戶服務部，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。**
- **致電您當地的州政府健康保險協助方案 (SHIP)，電話 1-800-701-0501。**
- **致電聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)**，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048)。

第 1.8 節 您有權針對組織的會員權利和責任政策提出建議。如何取得更多與您的權利相關的資訊

請從下列單位取得更多與您的權利相關的資訊：

- **致電客戶服務部，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。**
- 如需有關您特定健保計劃品質方案的資訊，請致電客戶服務部。您也可以在網上取得這些資訊，網址 uhc.com/medicare/resources.html。展開額外聯邦醫療保險資訊和表格 (Additional Medicare information and forms) 部份，選擇尋找資訊 (Find information)。然後，選擇其他資源和計劃資訊 (Other resources and plan information)，再選擇品質承諾 (Commitment to quality)。
- **致電您當地的州政府健康保險協助方案 (SHIP)，電話 1-800-701-0501。**
- 聯絡**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)**。
  - 前往網站 medicare.gov 閱讀聯邦醫療保險權利和保障 (Medicare Rights & Protections) 出版品 (網址：(聯邦醫療保險權利和保障 (Medicare Rights & Protections))
  - 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048)。

第 2 節 您身為本計劃會員的責任

身為本計劃會員，您應該要做下列這些事。如有疑問，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

- **熟悉您的承保服務以及取得這些承保服務時必須遵循的規則。**使用本**承保證書**瞭解承保範圍以及取得承保服務時必須遵循的規則。
  - 第 3 章和第 4 章詳細說明醫療服務。
  - 第 5 章和第 6 章詳細說明 D 部份配藥承保。
- **如果您除了本計劃以外還有任何其他健康承保或配藥承保，您必須告訴我們。**第 1 章向您說明相關福利協調。
- **告訴醫生和其他健康護理提供者您有參加註冊本計劃。**每次取得醫療護理或 D 部份藥物時，都請出示您的 UCard 和醫療補助卡。
- **透過提供資訊、提出疑問以及徹底遵循護理指示，幫助醫生和其他醫療護理提供者協助您。**
  - 為幫助取得最佳護理，請把您的健康問題告訴您的醫生和其他健康護理提供者。遵循您和您醫生都同意的治療計劃和指示。
  - 確定醫生知道您服用的所有藥物，包括非處方藥物、維他命和營養補充劑。
  - 如果您有疑問，請務必提問並取得您能瞭解的解答。
- **體諒他人。**我們期盼會員能尊重其他病患的權利。我們也期盼您的行為舉止有助於醫生診所、醫院和其他辦公室順利運作。
- **支付您應付的費用。**身為計劃會員，您應負責支付下列款項：
  - 您必須享有聯邦醫療保險 A 部份和聯邦醫療保險 B 部份，才符合本計劃的資格。對大多數計劃會員來說，醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 會為您支付 A 部份保費 (如果您沒有自動符合資格) 和 B 部份保費。如果醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 不為您支付聯邦醫療保險保費，您必須繼續支付聯邦醫療保險保費才能維持本計劃會員的身份。
  - 針對本計劃承保的大多數藥物，您必須在取得這些藥物時支付您應分攤的費用。
  - 如果您必須支付延遲參加註冊罰款，您必須支付罰款才能保有配藥承保。
  - 如果您因為收入較高 (如您去年申報的所得) 的緣故必須支付 D 部份的額外金額，您必須繼續直接向政府支付該額外金額，才能維持本計劃會員的身份。
  - **如果您搬到本計劃服務地區外，就不能繼續維持本計劃會員的身份。**
  - **如果您在我們的計劃服務地區內搬遷，我們還是需要知道**，如此才能更新您的會籍紀錄，知道如何與您聯絡。
  - 如果您搬家，請通知社會安全局 (或鐵路退休委員會)。

第 9 章：
如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 1 節 如果您有問題或疑慮怎麼辦

本章會解說處理問題和疑慮的流程。您用哪個流程處理問題要根據以下 2 件事：

1. 您的問題是關於**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)** 還是**醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)** 承保的福利。如果您需要協助確定究竟是要使用聯邦醫療保險流程還是醫療補助流程，或兩種流程都用，請聯絡客戶服務部。
2. 您的問題類型：
   – 對於部份問題，您必須使用**承保決定和上訴流程**。
   – 對於其他問題，您必須使用**投訴流程** (也稱為申訴)。

以上流程均已獲得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准。每種流程都有一套您和我們都必須遵循的規則、程序和期限。

第 3 節中的指南會幫助您找出應使用的正確流程以及您應採取的行動。

第 1.1 節 法律專有名詞

本章中解說的規則、程序和期限類型，會有一些法律專有名詞。這些專有名詞有許多是大部份的人都不熟悉的詞語。為了更簡單明瞭，本章使用較常見的用語來取代部份法律專有名詞。

- 以比較簡單的用語取代特定的法律專有名詞。例如，本章通常會用「提出投訴」而非「提起申訴」、「承保決定」而非「機構裁決」或「承保裁決」或「風險裁決」、「獨立審查組織」而非「獨立審查機構」。
- 也會儘量少用縮寫詞語。

不過，您若知道正確的法律專有名詞是有幫助的，有時也很重要。知道要使用哪些專有名詞可幫助您更正確溝通，以及取得適合您情況的協助或資訊。為協助您瞭解要使用哪些專有名詞，我們在說明處理特定類型情況的詳情時會一併列出法律專有名詞。

第 2 節 哪裡可以取得更多資訊和個人化的協助

我們隨時都能給您協助。即使您要針對我們為您提供的治療提出投訴，我們仍有義務尊重您提出投訴的權利。您應一律致電客戶服務部要求協助，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。在某些情況下，您有可能也想要請與我們無關聯的人協助您或給您指引。有兩個組織可提供協助：

州政府健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

各州都設有一個政府計劃，並配置受過訓練的諮詢人員。此計劃與我們或任何保險公司或健保計劃都沒有關聯。此計劃的諮詢人員可協助您瞭解應使用哪種流程處理您目前的問題。他們也能回答您的問題、給您更多資訊，並指引您該怎麼做。

州政府健康保險協助方案 (SHIP) 諮詢人員的服務是免費的。您可以在本文件第 2 章第 3 節找到電話號碼。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)

您也可以聯絡聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 尋求協助。

- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。
- 瀏覽網站 www.Medicare.gov。

您可以向醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 取得協助和資訊

如需更多資訊和需要協助處理問題，您也可以聯絡 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))。以下是直接向 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 取得資訊的 3 種方式：

- 您可撥打醫療補助服務專線 1-800-541-2831 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711) 週一至週五，東部時間 (ET) 上午 8 時至晚上 8 時；週六東部時間 (ET) 上午 9 時至下午 1 時
- 您可以寫信至您的地方社會服務部 (Local Department of Social Services, LDSS)。請上網查詢地方社會服務部 (LDSS) 的地址，網址：www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
- 您也可以瀏覽 New York 州醫療補助網站：www.health.ny.gov/health_care/medicaid

請致電或寫信給 New York 州政府長期護理監察員方案，電話 1-855-582-6769，週一至週五，上午 9 時至下午 5 時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者可撥 711。2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 ombudsman@aging.ny.gov
www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

第 3 節 應使用何種流程處理您的問題

因為您享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 並自醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 取得協助，所以您可以使用不同的流程處理您的問題或投訴。要使用哪種流程視問題是關於聯邦醫療保險福利還是醫療補助福利而定。如果您的問題是關於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保福利，請使用聯邦醫療保險流程。如果您的問題是關於醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 承保福利，請使用醫療補助流程。如果您需要協助確定究竟是要使用聯邦醫療保險流程還是醫療補助流程，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

聯邦醫療保險流程和醫療補助流程會在本章的不同部份做說明。請使用下表查明您應該閱讀哪個部份。

您的問題是關於聯邦醫療保險福利還是醫療補助福利？

如果您需要協助確定您的問題是關於聯邦醫療保險福利還是醫療補助福利，請聯絡客戶服務部。

我的問題是關於**聯邦醫療保險**福利。

請參閱**第 4 節：處理與您的聯邦醫療保險福利有關的問題**。

我的問題是關於**醫療補助**承保。

請參閱**第 12 節：處理與您的醫療補助福利有關的問題**。

與您的聯邦醫療保險福利有關的問題

第 4 節 處理與您的聯邦醫療保險福利有關的問題

第 4.1 節 您是否應使用承保決定和上訴流程？還是使用投訴流程？

如果您有疑問或疑慮，請閱讀本章中適用您情況的部份。下表能幫助您找出與**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 承保福利**有關的問題或投訴在本章的適用章節。

欲找出本章哪個部份對您的**聯邦醫療保險**福利問題或疑慮有幫助，請使用下表

您的問題或疑慮是否與福利或承保有關？

包括醫療護理 (醫療用品、服務和 / 或 B 部份藥物) 是否屬於承保範圍、其承保方式，以及與醫療護理付款相關的問題。

是。

請參閱**第 5 節：承保決定和上訴指南**。

否。

請參閱**第 11 節：如何提出與護理品質、等待時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴**。

第 5 節 承保決定和上訴指南

第 5.1 節 要求承保決定或提出上訴時取得協助

承保決定和上訴是用來處理與您的醫療護理福利和承保 (服務、用品和 B 部份藥物，包括付款) 相關的問題。為能簡單明瞭，我們將醫療用品、服務和聯邦醫療保險 B 部份藥物通稱為醫療護理。您可使用承保決定和上訴流程處理是否屬於承保範圍和承保方式等問題。

在您取得服務前要求承保決定

如果您在取得醫療護理前想知道我們會不會承保該服務，您可要求我們為您作承保決定。承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或針對我們為您的醫療護理應支付之金額所作的決定。例如，當本計劃網絡醫生為您轉介不在網絡內的醫學專科醫生時，該轉介就會視為有利的

承保決定，除非您或您的網絡醫生可證明您已收到該醫學專科醫生的標準拒絕通知，或承保證書明確指出該轉介服務在任何情況下都絕不屬於承保範圍。如果您的醫生不確定我們是否承保特定的醫療服務或醫生拒絕提供您認為有需要的醫療護理，您或您的醫生也可以聯絡我們，要求作承保決定。少數情況下我們會駁回對承保決定的要求，也就是說，我們不會審查該要求。駁回要求的例子包括：要求內容不完整、有人代表您提出要求但並未獲得合法授權，或您要求撤回您的要求。如果我們駁回對承保決定的要求，我們會寄送通知說明駁回要求的原因及如何要求審查駁回決定。

每次我們要決定為您承保哪些項目和我們應支付多少金額時，我們就是在作承保決定。在某些情況下，我們可能會決定醫療護理不屬於承保範圍，或不再屬於為您承保的範圍。如果您不同意該承保決定，您可以提出上訴。

提出上訴

如果我們作了承保決定但您不滿意，無論是在您取得福利之前還是之後，您都可對該決定提出上訴。上訴是要求我們審查並變更我們已作成之承保決定的正式方法。

在特定情況下，您可要求對承保決定進行特急或快速上訴。您的上訴會由作出原決定以外的其他審查人員處理。您第一次對某決定提出上訴時稱為層級 1 上訴。在此上訴中，我們會審查我們作成的承保決定，確認我們是否正確遵循規則。

我們完成審查時會告訴您我們的決定。少數情況下我們會駁回層級 1 上訴要求，也就是說，我們不會審查該要求。駁回要求的例子包括：要求內容不完整、有人代表您提出要求但並未獲得合法授權，或您要求撤回您的要求。如果我們駁回層級 1 上訴要求，我們會寄送通知說明駁回要求的原因及如何要求審查駁回決定。

如果我們拒絕您的全部或部份醫療護理層級 1 上訴，您的上訴就會自動進入由與我們無關聯的獨立審查組織執行的層級 2 上訴。

- 您無須採取任何行動就能開始層級 2 上訴。聯邦醫療保險規定，我們若未完全同意您的層級 1 上訴，便須自動將您的醫療護理上訴轉送到層級 2。
- 請參閱本章第 6.4 節，查詢更多有關醫療護理層級 2 上訴的資訊。
- D 部份上訴在第 7 節有進一步的討論。

如果您不滿意層級 2 上訴的決定，您也許可以繼續進行額外層級的上訴 (本章第 10 節會說明層級 3、4 和 5 上訴流程)。

第 5.2 節 不同情況的規則和期限

如果您決定要求任何種類的承保決定，或要對某一決定提出上訴，以下是相關資源：

- **致電客戶服務部，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。**
- 向您的州政府健康保險協助方案取得免費協助。
- **您的醫生可為您提出要求。**如果您的醫生協助要求層級 2 以後的上訴，您必須指定醫生擔任您的代表。請致電客戶服務部索取代表委任書表格，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。(表格也可於網站 cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 下載。)

– 若是醫療護理，您的醫生可代表您要求承保決定或提出層級 1 上訴。如果您的層級 1 上訴遭到拒絕，該上訴就會自動轉送到層級 2。
– 若是 D 部份藥物，您的醫生或其他開立處方者可代表您要求承保決定或提出層級 1 上訴。如果您的層級 1 上訴遭到拒絕，您的醫生或開立處方者可要求層級 2 上訴。

- **您可要求其他人代表您。**您可指名其他人擔任您的代表，為您要求承保決定或提出上訴。
  – 如果您想由朋友、親戚或其他人擔任您的代表，請致電客戶服務部索取代表委任書表格，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。(表格也可於網站 cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 下載。) 您可以用此表格來授權其他人來代表您。表格必須由您和您想由其代表您的人簽名。您必須交給我們一份已簽名的表格。
  – 雖然沒有這份表格時我們也可以接受代表提出的上訴要求，但我們必須收到表格才能完成審查。如果我們在對您的上訴作成決定的期限前沒有收到表格，您的上訴要求就會遭到撤銷。如果發生這種情況，我們會寄書面通知向您說明，您有權要求獨立審查組織審查我們駁回您的上訴的決定。
- **您也有權聘請律師。**您可聯絡您自己的律師，或從您當地律師公會或其他轉介服務取得律師姓名。如果您符合資格，有團體會提供您免費的法律服務。不過，**您不需聘請律師**也能要求任何種類的承保決定或對決定提出上訴。

第 5.3 節 本章哪一節會詳細說明您的情況？

有 4 種不同情況與承保決定和上訴有關。每種情況都有不同的規則和期限。我們會在本章詳細說明每種情況：

- **第 6 節**：醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴
- **第 7 節**：D 部份藥物：如何要求承保決定或提出上訴
- **第 8 節**：如果您認為您過早出院，如何要求我們承保更長的住院期間
- **第 9 節**：如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務 (**僅適用以下服務：**家庭健康護理、專業護理設施護理和綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務)

如果您不確定哪一項資訊適用於您，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。您也可以向您的州政府健康保險協助方案 (SHIP) 取得協助或資訊。

第 6 節 醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴

第 6.1 節 如果您取得醫療護理承保或要求我們償還您的護理中我們應分攤的費用時遇到問題怎麼辦

您的醫療護理福利請參閱第 4 章的**醫療福利表**。某些情況下，要求 B 部份藥物適用不同的規則。碰到這類情況時，我們會說明 B 部份藥物的規則與醫療用品和服務的規則有何不同。

本節說明如果您處於下列 5 種情況中的任何情況時您該怎麼做：

1. 您並未取得您需要的特定醫療護理，但您認為該護理屬於本計劃的承保範圍。**要求承保決定。第 6.2 節。**
2. 本計劃不核准您的醫生或其他醫療護理提供者要為您提供的醫療護理，但您認為該護理屬於本計劃的承保範圍。**要求承保決定。第 6.2 節。**
3. 您已取得您認為應屬於本計劃承保範圍的醫療護理，但我們表示不會支付該護理的費用。**提出上訴。第 6.3 節。**
4. 您已取得您認為應屬於本計劃承保範圍的醫療護理並已付款，而且您想要求本計劃補償您該護理的費用。**將帳單寄給我們。第 6.5 節。**
5. 您被告知我們先前已核准且您一直以來接受的特定醫療護理將要縮減或停止承保，但您認為縮減或停止該護理可能會危害您的健康。**提出上訴。第 6.3 節。**

備註：如果要停止的是醫院護理、家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務的承保，請參閱第 8 節和第 9 節。這些類型的護理適用特殊規則。

第 6.2 節 如何要求承保決定

法律專有名詞	與您醫療護理有關的承保決定稱為**機構裁決**。 快速承保決定稱為**特急裁決**。

第 1 步：決定您需要的是標準承保決定還是快速承保決定。

標準承保決定通常會在 7 個日曆日內作決定，或當醫療用品或服務遵守我們的事前授權規則時也會在 7 個日曆日內作決定，針對所有其他醫療用品和服務會在 14 個日曆日內作決定，針對 B 部份藥物則會在 72 小時內作決定。快速承保決定通常會針對醫療服務在 72 小時內作決定，針對 B 部份藥物則會在 24 小時內作決定。欲取得快速承保決定，您必須符合 2 項規定：

- 您**只能要求**承保醫療用品和 / 或服務 (而非要求支付已取得之用品和 / 或服務的費用)。
- **只有**當使用標準期限**可能會嚴重危害您的健康或傷害您的身體機能**時，您才能取得快速承保決定。

如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們會自動同意為您作快速承保決定。

如果您自行要求快速承保決定但沒有您的醫生的支持，我們會判斷您的健康狀況是否需要我們為您作快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您：

- 說明我們將會使用標準期限。

- 說明如果您的醫生要求快速承保決定，我們會自動為您作快速承保決定。
- 說明您要如何對我們給您標準承保決定 (而非您要求的快速承保決定) 一事提出快速投訴。

第 2 步：要求本計劃作承保決定或快速承保決定。

先致電、寫信或傳真給本計劃，要求我們授權或提供您想要的醫療護理的承保。您、您的醫生或您的代表都可以這麼做。聯絡資訊請參閱第 2 章。

第 3 步：我們考慮您的醫療護理承保要求並回覆您。

對於標準承保決定，我們會使用標準期限。

這是指我們會在收到您的**醫療用品或服務** (須遵守我們的事前授權規則) 要求後 **7 個日曆日內回覆您**。如果您要求的醫療用品或服務不須遵守我們的事前授權規則，我們會在收到您的要求後 14 個日曆日內回覆您。如果您的要求是為了 **B 部份藥物**，我們會在收到您的要求後 **72 小時內**回覆您。

- **不過**，如果您要求更多時間，或如果我們需要更多可能有利於您的資訊，而您的要求是為了醫療用品或服務，**我們最多可以再有 14 個日曆日的時間**。如果我們需要更多天，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是為了 B 部份藥物，我們不能再有額外時間來作決定。
- 如果您認為我們不應該再增加天數，您可以提出快速投訴。我們作成決定後會儘快回覆您的投訴。(投訴流程與承保決定和上訴流程不同。請參閱第 11 節查詢投訴資訊。)

對於快速承保決定，我們會使用特急期限。

快速承保決定是指如果您的要求是為了醫療用品或服務，我們會在 72 小時內回覆。如果您的要求是為了 B 部份藥物，我們會在 24 小時內回覆。

- **不過**，如果您要求更多時間，或如果我們需要更多可能有利於您的資訊，而您的要求是為了醫療用品或服務，**我們最多可以再有 14 個日曆日的時間**。如果我們需要更多天，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是為了 B 部份藥物，我們不能再有額外時間來作決定。
- 如果您認為我們不應該再增加天數，您可以提出快速投訴。(請參閱第 11 節查詢投訴資訊。) 我們作成決定後會儘快打電話通知您。
- **如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求**，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕。

第 4 步：如果我們拒絕您對醫療護理承保的要求，您可以提出上訴

- 如果我們的回覆是拒絕，您有權提出上訴，要求我們複核這個決定。這是指再次要求取得您想要的醫療護理承保。如果您提出上訴，這表示您將進入上訴流程的層級 1。

第 6.3 節 如何提出層級 1 上訴

法律專有名詞	向本計劃提出有關醫療護理承保決定的上訴稱為計劃**複核**。 快速上訴也稱為**特急複核**。

第 1 步：決定您需要的是「標準上訴」還是「快速上訴」。

標準上訴通常會在 30 個日曆日內作決定，針對 B 部份藥物則會在 7 個日曆日內作決定。快速上訴通常會在 72 小時內作決定。

- 如果您要上訴我們對護理作成的承保決定，您和 / 或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，您的健康狀況需要快速上訴，我們會為您進行快速上訴。
- 取得快速上訴的規定與第 6.2 節中取得快速承保決定的規定是一樣的。

第 2 步：向本計劃要求上訴或快速上訴

- **如果您想要求標準上訴，請以書面方式提出標準上訴。**聯絡資訊請參閱第 2 章。
- **如果您想要求快速上訴，請以書面方式提出上訴或致電本計劃。**聯絡資訊請參閱第 2 章。
- **您必須在**我們寄送書面通知回覆您承保決定的日期起 **65 個日曆日內提出上訴要求**。如果您錯過此期限但您有延遲的正當理由，請於提出上訴時說明您延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間提出上訴。正當理由可能包括導致您無法與我們聯絡的嚴重疾病，或我們提供給您的要求上訴期限資訊不正確或不完整。
- **您可以要求一份有關您醫療決定的資訊。您和您的醫生可以新增更多資訊來支持您的上訴。**

第 3 步：我們考慮您的上訴並回覆您。

- 我們審查您的上訴時會仔細查閱全部資訊。我們會查核確認我們之前拒絕您的要求時是否遵循所有規則。
- 我們會視需要收集更多資訊，可能會聯絡您或您的醫生。

「快速上訴」的期限

- 對於快速上訴，我們必須**在收到您的上訴後 72 小時內**回覆您。如果您的健康狀況有需要，我們會更快回覆您。

- 如果您要求更多時間，或如果我們需要更多可能有利於您的資訊，而您的要求是為了醫療用品或服務，我們**最多可以再有 14 個日曆日的時間**。如果我們需要更多天，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是為了 B 部份藥物，我們不能再有額外時間。
- 如果我們沒有在 72 小時內 (如果我們需要更多天的時間，則在延長期間結束前) 回覆您，我們必須自動將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。第 6.4 節會解說層級 2 上訴流程。

- **如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求**，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們已同意提供的承保。
- **如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求**，我們會自動將您的上訴轉送到獨立審查組織進行層級 2 上訴。獨立審查組織收到您的上訴後會以書面方式通知您。

標準上訴的期限

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**回覆您。如果您的要求是為了尚未取得的 B 部份藥物，我們會在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**回覆您。如果您的**健康**病況有需要，我們會更快告訴您我們的決定。
  - 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要更多可能有利於您的資訊，而您的要求是為了醫療用品或服務，**我們最多可以再有 14 個日曆日的時間**。如果我們需要更多天，我們會以書面方式通知您。如果您的要求是為了 B 部份藥物，我們不能再有額外時間來作決定。
  - 如果您認為我們不應該再增加天數，您可以提出快速投訴。您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴。(請參閱第 11 節查詢投訴資訊。)
  - 如果我們沒有在期限前 (或在延長期間結束前) 回覆您，我們會將您的要求轉送到層級 2 上訴，由獨立審查組織審查該上訴。第 6.4 節會解說層級 2 上訴流程。
- **如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求**，且如果您的要求是為了醫療用品或服務，我們必須在 30 個日曆日內授權或提供承保，或如果您的要求是為了 B 部份藥物則在 **7 個日曆日內**。
- 如果本計劃拒絕您的部份或全部上訴，我們會自動將您的上訴轉送到獨立審查組織進行層級 2 上訴。

第 6.4 節 層級 2 上訴流程

法律專有名詞	獨立審查組織的正式名稱是**獨立審查機構 (Independent Review Entity)**， 有時簡稱為 **IRE**。

獨立審查組織是聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 聘任的獨立組織，與我們沒有關聯，也不是政府機構。該組織會決定我們作成的決定是否正確或是否應變更該決定。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 則監督其工作。

第 1 步：獨立審查組織審查您的上訴。

- 我們會將您上訴的相關資訊轉送給獨立審查組織。這類資訊稱為您的個案檔案。**您有權向我們索取一份您的個案檔案。**
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，以支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細檢查與您的上訴有關的全部資訊。

如果您在層級 1 時已獲得快速上訴，在層級 2 時也會獲得快速上訴

- 對於快速上訴，獨立審查組織必須在收到您的上訴起 72 小時內回覆您的層級 2 上訴。
- 如果您的要求是為了醫療用品或服務且獨立審查組織需要收集更多可能有利於您的資訊，**最多可以再有 14 個日曆日的時間**。如果您的要求是為了 B 部份藥物，獨立審查組織不能再有額外時間來作決定。

如果您在層級 1 時已獲得標準上訴，在層級 2 時也會獲得標準上訴

- 對於標準上訴，如果您的要求是為了醫療用品或服務，獨立審查組織必須在收到您的上訴起 **30 個日曆日內**回覆您的層級 2 上訴。如果您的要求是為了 B 部份藥物，獨立審查組織必須在收到您的上訴起 7 個日曆日內回覆您的層級 2 上訴。
- 如果您的要求是為了醫療用品或服務且獨立審查組織需要收集更多可能有利於您的資訊，**最多可以再有 14 個日曆日的時間**。如果您的要求是為了 B 部份藥物，獨立審查組織不能再有額外時間來作決定。

第 2 步：獨立審查組織回覆您。

獨立審查組織會以書面方式通知您其決定並說明決定的理由。

- **如果獨立審查組織同意您對醫療用品或服務的部份或全部要求**，對於標準要求，我們必須在收到獨立審查組織的決定後 72 小時內授權醫療護理承保，或在 14 個日曆日內提供服務，特急要求則是在本計劃收到獨立審查組織的決定當天起 72 小時內提供服務。
- **如果獨立審查組織同意您對聯邦醫療保險 B 部份處方配藥的部份或全部要求**，對於**標準要求**，我們必須在收到獨立審查組織的決定後 **72 小時內**授權或提供聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，**特急要求**則是在我們收到獨立審查組織的決定當天起 24 小時內。
- **如果該組織拒絕您的部份或全部上訴**，就表示組織同意我們不應核准您的醫療護理承保要求 (或部份要求)。(這稱為維持決定或否決您的上訴。) 在此情況下，獨立審查組織會寄信給您：
  - 說明決定。
  - 讓您知道如果醫療護理承保的金額達到特定下限，您有權提出層級 3 上訴。您從獨立審查組織收到的書面通知會告訴您要繼續上訴流程所必須達到的金額。
  - 告訴您如何提出層級 3 上訴。

第 3 步：如果您的個案符合規定，您要選擇是否繼續上訴。

- 層級 2 之後上訴流程還有 3 個層級 (總共有 5 個上訴層級)。如果您想進入層級 3 上訴，您在層級 2 上訴後收到的書面通知中會有該怎麼做的詳情。
- 層級 3 上訴由行政法官或裁決檢察官處理。第 10 節會說明層級 3、4 和 5 上訴流程。

第 6.5 節 如果您想要求我們償還您已收到的醫療護理帳單中我們應分攤的費用

第 7 章說明您可能必須要求補償或支付您所收到醫療護理提供者帳單的情況，也說明您如何寄送要求我們支付費用的書面資料。

要求補償就是要求我們作承保決定

如果您寄給我們要求補償的書面資料，您就是要求承保決定。我們作此決定時，會查核確認您已支付費用的醫療護理是否屬於承保範圍。我們也會查核確認您使用醫療護理承保時是否遵循規則。

- **如果我們同意您的要求：**如果醫療護理屬於承保範圍，且您遵循規則，我們通常會在收到您的要求後 30 個日曆日內將款項寄給您，但最遲不超過 60 個日曆日。如果您尚未支付醫療護理的費用，我們便會直接把款項寄給醫療護理提供者。
- **如果我們拒絕您的要求：**如果醫療護理**不**屬於承保範圍，或您**未**遵循所有規則，我們就不會寄送款項。我們反而會寄信給您，說明我們不會支付醫療護理費用和不支付的理由。

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

欲提出該上訴，請遵循我們在第 6.3 節所述的上訴流程。若是與補償有關的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 60 個日曆日內回覆您。如果想要求我們償還您已取得且支付的醫療護理費用，您不可以要求快速上訴。
- 如果獨立審查組織決定我們應該支付，我們必須在 30 個日曆日內把款項寄給您或醫療護理提供者。如果在層級 2 之後的任何上訴流程階段回覆同意您的上訴，我們必須在 60 個日曆日內把您所要求的款項寄給您或醫療護理提供者。

第 7 節 D 部份藥物：如何要求承保決定或提出上訴

第 7.1 節 如果您無法取得 D 部份藥物，或您要我們償還您 D 部份藥物的費用時該怎麼辦

您的福利包括許多處方配藥的承保。藥物必須用於醫療許可的適應症才屬於承保範圍。(請參閱第 5 章，查詢更多有關醫療許可的適應症之資訊。) 如需有關 D 部份藥物、規則、限制規定和費用的詳情，請參閱第 5 章和第 6 章。**本節內容僅與您的 D 部份藥物相關。**為能簡單明瞭，我們

在本節的其餘部份都通稱為藥物，而非每次都重複承保門診處方配藥或 D 部份藥物。我們也用藥物清單一詞而非承保藥物清單或處方藥一覽表。

- 如果您不曉得某藥物是否屬於承保範圍或您是否符合規則，您可以詢問我們。有些藥物需要您先取得本計劃的核准，我們才會提供承保。
- 如果您的藥房表示您無法按處方箋的內容購買處方配藥，藥房會給您一份書面通知，說明如何與我們聯絡要求承保決定。

D 部份承保決定和上訴

法律專有名詞	與 D 部份藥物有關的初始承保決定稱為**「承保裁決」**。

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或針對我們為您的藥物應支付之金額所作的決定。本節說明如果您處於下列任何一種情況時您該怎麼做：

- 要求承保未列於計劃**藥物清單**的 D 部份藥物。**要求例外處理。第 7.2 節**
- 要求豁免計劃對藥物的承保限制規定 (例如您可取得的藥物數量限制、事前授權標準，或先試用其他藥物的規定)。**要求例外處理。第 7.2 節**
- 要求為較高分攤費用層次的承保藥物支付較低的分攤費用金額。**要求例外處理。第 7.2 節**
- 為藥物要求取得事前核准。**要求承保決定。第 7.4 節**
- 為您已購買的處方配藥支付費用。**要求我們把錢還給您。第 7.4 節**

如果您不同意我們已作成的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

本節說明您如何要求承保決定和要求上訴。

第 7.2 節 要求例外處理

法律專有名詞	要求承保未列於藥物清單的藥物，有時稱為要求**「處方藥一覽表例外處理」**。 要求免除對藥物的承保限制規定有時稱為要求**「處方藥一覽表例外處理」**。 要求為承保非首選藥物支付較低的價格有時稱為要求**「層次例外處理」**。

如果藥物不是以您想要的方式承保，您可要求我們作「例外處理」。例外處理是承保決定的一種類型。

要我們考慮您的例外處理要求時，您的醫生或其他開立處方者必須解釋您需要例外處理獲准的醫療理由。以下是您、您的醫生或其他開立處方者可要求我們作例外處理的 3 個例子：

1. **為您承保未列於我們藥物清單的 D 部份藥物。**如果我們同意承保未列於藥物清單的藥物，您必須支付**第四層次**藥物適用的分攤費用金額。

您不能要求我們對規定您應支付的藥物分攤費用金額作例外處理。

2. **免除對承保藥物的限制規定。**第 5 章說明適用列於我們**藥物清單**之特定藥物的額外規則或限制規定。如果我們同意為您作例外處理並豁免限制規定，您可要求我們針對規定您應支付的藥物定額手續費或共同保險金額作例外處理。
3. **將藥物的承保變更至較低的分攤費用層次。**本計劃藥物清單上的每一種藥物都會列入 5 種分攤費用層次中的某個層次。一般來說，分攤費用層次的數字愈低，您支付的藥物分攤費用就愈低。
   - 如果我們的**藥物清單**包含治療您醫療病況的替代藥物，而其分攤費用層次比您的藥物低，您可以要求我們以適用該替代藥物的分攤費用金額來承保您的藥物。
   - 如果您在服用的藥物是生物製劑，您可以要求我們以較低的分攤費用金額承保您的藥物。這會是包含治療您病況的生物製劑替代選擇的最低層次。
   - 如果您在服用的藥物是原廠藥，您可以要求我們以包含治療您病況最低層次的原廠藥替代選擇適用的分攤費用金額來承保您的藥物。
   - 如果您在服用的藥物是副廠藥，您可以要求我們以包含治療您病況最低層次的原廠藥或副廠藥替代選擇適用的分攤費用金額來承保您的藥物。
   - 您不能要求我們變更第五層次特殊層次中任何藥物的分攤費用層次。
   - 如果我們核准您的層次例外處理要求，而且不只一個較低的分攤費用層次有您不能服用的替代藥物，您通常是支付最低的金額。

第 7.3 節 要求例外處理注意事項

您的醫生必須告訴我們醫療理由

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

我們的藥物清單通常會針對治療特定病況列出不只一種藥物。這些不同的藥物選擇稱為替代藥物。如果替代藥物和您要求的藥物同樣有效且不會造成更多副作用或其他健康問題，我們通常**不會**核准您的例外處理要求。如果您要求我們作層次例外處理，除非較低分攤費用層次的所有替代藥物對您不是同樣有效或可能導致不良反應或其他傷害，否則我們通常不會核准您的例外處理要求。

我們可以同意或拒絕您的要求

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

第 7.4 節 如何要求承保決定，包括例外處理

法律專有名詞	「快速承保決定」稱為**「特急承保裁決」**。

第 1 步：決定您需要的是「標準承保決定」還是「快速承保決定」。

「標準承保決定」會在我們收到您醫生的聲明後 **72 小時內**作決定。**「快速承保決定」**會在我們收到您醫生的聲明後 **24 小時**內作決定。

如果您的健康狀況有需要，請要求我們為您作「快速承保決定」。欲取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：

- 您必須是為了**您尚未取得的藥物**提出要求。(您不能為了針對您已購買的藥物取得還款而要求快速承保決定。)
- 使用標準期限可能會**嚴重危害您的健康或傷害您的身體機能**。
- **如果您的醫生或其他開立處方者告訴我們，您的健康狀況需要「快速承保決定」，我們會自動為您作快速承保決定。**
- 如果您自行要求快速承保決定但沒有您的醫生或開立處方者的支持，我們會判斷您的健康狀況是否需要我們為您作快速承保決定。如果我們不核准快速承保決定，我們會寄信給您：
  - 說明我們將會使用標準期限。
  - 說明如果您的醫生或其他開立處方者要求快速承保決定，我們會自動為您作快速承保決定。
  - 說明您要如何對我們給您標準承保決定 (而非您要求的快速承保決定) 一事提出「快速投訴」。我們會在收到您的投訴後 24 小時內回覆您。

第 2 步：要求標準承保決定或快速承保決定。

先致電、寫信或傳真給本計劃，要求我們授權或提供您想要的處方配藥的承保。您也能透過我們網站取得承保決定流程。我們必須接受任何書面要求，包括使用聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 標準承保裁決申請表 (可從我們網站 (myUHC.com/CommunityPlan) 取得) 提出的要求。聯絡資訊請參閱第 2 章。欲協助我們處理您的要求，請記得一定要附上您的姓名、聯絡資訊，以及所上訴的遭拒請款識別資訊。

您、您的醫生 (或其他開立處方者) 或您的代表都可以這麼做。您也能請律師代表您。第 4 節說明您如何以書面許可其他人擔任您的代表。

- 如果您想要求例外處理，請提供支持聲明，也就是要求例外處理的醫療理由。您的醫生或其他開立處方者可將該聲明傳真或郵寄給我們。或者，您的醫生或其他開立處方者可以先打電話告訴我們，然後再傳真或郵寄書面聲明 (如有必要)。

第 3 步：我們考慮您的要求並回覆您。

快速承保決定的期限

- 我們通常必須在收到您的要求後 **24 小時內**回覆您。
  - 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支持聲明後 24 小時內回覆您。如果您的健康狀況有需要，我們會更快回覆您。
  - 如果我們沒有在此期限內回覆，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。
- **如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求**，我們必須在收到您的要求或支持您的要求的醫生聲明後 24 小時內提供我們已同意提供的承保。
- **如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求**，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何**拒絕**。我們也會告訴您如何上訴。

您尚未取得之藥物的「標準」承保決定的期限

- 我們通常必須在收到您的要求後 **72 小時內**回覆您。
  - 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支持聲明後 72 小時內回覆您。如果您的健康狀況有需要，我們會更快回覆您。
  - 如果我們沒有在此期限內回覆，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。
- **如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求**，我們必須在收到您的要求或支持您的要求的醫生聲明後 **72 小時內提供**我們已同意提供的**承保**。
- **如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求**，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕。我們也會告訴您如何上訴。

支付您已購買之藥物的標準承保決定的期限

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

第 4 步：如果我們拒絕您的承保要求，您可以提出上訴。

- 如果我們的回覆是拒絕，您有權提出上訴，要求我們複核這個決定。這是指再次要求取得您想要的配藥承保。如果您提出上訴，這表示您將進入上訴流程的層級 1。

第 7.5 節 如何提出層級 1 上訴

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

第 1 步：決定您需要的是「標準上訴」還是「快速上訴」。

標準上訴通常會在 7 個日曆日內作決定。快速上訴通常會在 72 小時內作決定。如果您的健康狀況有需要，請要求快速上訴。

- 如果您要上訴我們針對您尚未取得的藥物作成的決定，您和您的醫生或其他開立處方者必須決定您是否需要快速上訴。
- 取得快速上訴的規定與本章第 7.4 節中取得快速承保決定的規定是一樣的。

第 2 步：您、您的代表、醫生或其他開立處方者必須聯絡我們並提出層級 1 上訴。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求**快速上訴**。

- **若是標準上訴，請提交書面要求。**聯絡資訊請參閱第 2 章。
- **若是快速上訴，請以書面方式提出上訴或致電向我們提出上訴，電話 1-800-514-4912。**聯絡資訊請參閱第 2 章。
- **我們必須接受任何書面要求**，包括使用聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 標準重新裁決申請表 (可從我們網站 (myUHC.com/CommunityPlan) 取得) 提出的要求。請記得一定要附上您的姓名、聯絡資訊和有關您請款的資訊，以協助我們處理您的要求。
- **您必須在**我們寄送書面通知回覆您承保決定的日期起 **65 個日曆日內提出上訴要求**。如果您錯過此期限但您有延遲的正當理由，請於提出上訴時說明您延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間提出上訴。正當理由可能包括導致您無法與我們聯絡的嚴重疾病，或我們提供給您的要求上訴期限資訊不正確或不完整。

- **您可以要求一份您上訴資訊的複本並新增更多資訊。**您和您的醫生可以新增更多資訊來支持您的上訴。

第 3 步：我們考慮您的上訴並回覆您。

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

快速上訴的期限

- 對於快速上訴，我們必須**在收到您的上訴後 72 小時內**回覆您。如果您的健康狀況有需要，我們會更快回覆您。
  - 如果我們沒有在 72 小時內回覆您，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。第 7.6 節會解說層級 2 上訴流程。
- **如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求**，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內提供我們已同意提供的承保。
- **如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求**，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕以及您如何對我們的決定提出上訴。

您尚未取得之藥物的標準上訴的期限

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內**回覆您。如果您尚未取得藥物，而您的健康病況有需要，我們會更快告訴您我們的決定。
  - 如果我們沒有在 7 個日曆日內把決定告訴您，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。第 7.6 節會解說層級 2 上訴流程。
- **如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求**，我們必須按您的健康狀況所需儘快**提供承保**，但**最遲不超過**我們收到您的上訴後 **7 個日曆日**。
- **如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求**，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕以及您如何對我們的決定提出上訴。

支付您已購買之藥物的標準上訴的期限

- 我們必須在收到您的要求後 **14 個日曆日內**回覆您。
  - 如果我們沒有在此期限內回覆，我們必須將您的要求轉送到上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。
- **如果我們的回覆是同意您的部份或全部要求**，我們也必須在收到您的要求後 30 個日曆日內付款給您。
- **如果我們的回覆是拒絕您的部份或全部要求**，我們會寄書面聲明給您，說明我們為何拒絕。我們也會告訴您如何上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的上訴，您要決定是否繼續上訴流程並再次提出上訴。

- 如果您決定再提出上訴，就表示您的上訴要進入上訴流程的層級 2。

第 7.6 節 如何提出層級 2 上訴

法律專有名詞	獨立審查組織的正式名稱是獨立審查機構 (Independent Review Entity)，有時簡稱為 IRE。

獨立審查組織是聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 聘任的獨立組織，與我們沒有關聯，也不是政府機構。該組織會決定我們作成的決定是否正確或是否應變更該決定。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 則監督其工作。

第 1 步：您 (或您的代表、您的醫生或其他開立處方者) 必須聯絡獨立審查組織並要求審查您的個案。

- 如果本計劃拒絕您的層級 1 上訴，我們寄給您的書面通知會包括**如何**向獨立審查組織**提出層級 2 上訴的說明**。這些說明會告訴您誰可以提出層級 2 上訴、您必須遵循哪些期限，以及如何聯繫審查組織。
- 您必須在書面通知上的日期起 65 個日曆日內提出上訴要求。
- 如果我們沒有在適用期限內完成審查，或根據我們的藥物管理方案對風險裁決作出不利決定，我們會自動將您的要求轉送到獨立審查機構 (IRE)。
- 我們會將您上訴的相關資訊轉送給獨立審查組織。這類資訊稱為您的個案檔案。**您有權向我們索取一份您的個案檔案。**

第 2 步：獨立審查組織審查您的上訴。

獨立審查組織的審查人員會仔細檢查與您的上訴有關的全部資訊。

「快速」上訴的期限

- 如果您的健康狀況有需要，請向獨立審查組織要求「快速上訴」。
- 如果該組織同意為您進行快速上訴，其必須在收到您的上訴要求後 **72 小時內**回覆您的層級 2 上訴。

標準上訴的期限

- 對於標準上訴，獨立審查組織必須在收到您對尚未取得的藥物提出的上訴後 **7 個日曆日內**回覆您的層級 2 上訴。如果您要求我們償還您已購買藥物之費用，獨立審查組織必須在收到您的要求後 **14 個日曆日內**回覆您的層級 2 上訴。

第 3 步：獨立審查組織回覆您。

「快速」上訴

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

「標準」上訴

- **如果獨立審查組織同意您的部份或全部承保要求，我們必須在**收到審查組織的決定後 **72 小時內提供**審查組織核准的**配藥承保**。
- **如果獨立審查組織同意償還您**已購買藥物之**費用的部份或全部要求**，我們必須在收到審查組織的決定後 **30 個日曆日內把款項寄給您**。

如果獨立審查組織拒絕您的上訴怎麼辦？

如果該組織拒絕您的部份或全部上訴，就表示組織同意本計劃不核准您的要求 (或部份要求) 的決定。(這稱為維持決定，也稱為否決您的上訴。) 在此情況下，獨立審查組織會寄信給您：

- 說明其決定。
- 通知您如果您所要求的配藥承保的金額達到特定下限，您有權提出層級 3 上訴。如果您所要求配藥承保的金額太低，您不能再提出上訴，且層級 2 的決定就是最終決定。
- 告訴您可繼續上訴流程的爭議門檻金額必須是多少。

第 4 步：如果您的個案符合規定，您要選擇是否繼續上訴。

- 層級 2 之後上訴流程還有 3 個層級 (總共有 5 個上訴層級)。
- 如果您接著想進入層級 3 上訴，您在層級 2 上訴決定後收到的書面通知中會有該怎麼做的詳情。
- 層級 3 上訴由行政法官或裁決檢察官處理。第 10 節會解說層級 3、4 和 5 上訴的流程。

第 8 節 如果您認為您過早出院，如何要求我們承保更長的住院期間

當您住院時，您有權取得診斷和治療您的疾病或傷害所需的全部承保醫院服務。

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

- 您離開醫院那天稱為**「出院日期」**。
- 您的出院日期決定後，您的醫生或醫院職員會告訴您。
- 如果您認為過早要求您出院，您可以要求更長的住院時間，而您的要求會被考慮。

第 8.1 節 您住院期間會收到聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 告訴您相關權利的書面通知

您在住院後兩個日曆日內會收到一份書面通知，稱為**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 權利重要訊息通知**。每一位享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾都會收到這份通知。如果醫院人員 (例如個案工作者或護士) 沒有把通知給您，請向醫院員工索取。如果您需要協助，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711) 或
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。(聽力語言殘障服務專線 (TTY) 1-877-486-2048)。

1. **請仔細閱讀本通知，如果您不瞭解，請提出問題。**本通知告訴您：
   - 您有權在住院期間或出院後按醫生囑咐取得聯邦醫療保險承保的服務，其中包括您有權知道這些服務內容、誰要負責支付費用以及可以在哪裡取得服務。
   - 您有權參與關於您住院的任何決定。
   - 向誰通報您對醫院護理品質的疑慮。
   - 如果您認為過早讓您出院，您有權對該出院決定**要求立即審查**。這是一種要求延後您的出院日期，讓我們延長醫院護理承保時間的正式法律途徑。
2. **您必須在書面通知上簽名，表示您已收到通知並瞭解您的權利。**
   - 您或代表您的人必須在通知上簽名。
   - 在通知上簽名**僅**表示您已收到有關您權利的資訊。通知內容不會有您的出院日期。在通知上簽名並**不表示**您同意出院日期。
3. **保留一份您**通知的**複本**，以便您有需要時手邊就有關於提出上訴 (或通報對護理品質的疑慮) 的資訊。
   - 如果您比出院日期前 2 個日曆日更早之前就在通知上簽名，您會在預定出院前再收到一份。
   - 欲預先查閱本通知內容，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711) 或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時。(聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048)。您也可以在網上瀏覽該通知，網址 cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html。

第 8.2 節 如何提出層級 1 上訴以變更您的出院日期

如欲要求我們延長您住院服務的承保時間，使用上訴流程提出此要求。開始之前，請瞭解您該怎麼做以及相關期限：

- **遵循流程。**
- **遵守期限規定。**
- **如需協助，請您提出要求。**如果您有疑問或需要協助，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。或請致電您的州政府健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)，尋求個人化的協助。New York 健康保險資訊諮詢和協助方案 (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP) 1-800-701-0501，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711。第 2 章第 3 節也有提供州政府健康保險協助方案 (SHIP) 聯絡資訊。

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

品質改進組織是一個由醫生和其他健康護理專業人員組成的團體，由聯邦政府支付費用，負責查核並協助改善為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾提供的護理品質。其中包括審查享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾的出院日期。這些專家並不屬於本計劃。

第 1 步：聯絡您所在州的品質改進組織，要求立即審查您出院一事。您必須快速行動。

您如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知 (**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 權利重要訊息通知**) 會告訴您如何聯繫該組織。或者，請在第 2 章查閱您所在州的品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。

快速行動：

- 欲提出上訴，您必須在離開醫院**前**聯絡品質改進組織，而且**最遲不應晚於您的出院日期當天的午夜**。
  - 如果您符合該期限規定，在等候品質改進組織作成決定期間，您可以在出院日期**後**繼續住院，**不需支付費用**。
  - 如果您**不**符合該期限規定，請與我們聯絡。如果您決定在預定出院日期後繼續住院，**您可能必須**為在您預定出院日期後所接受的醫院護理**支付全部費用**。

您要求立即審查您出院一事後，品質改進組織會聯絡我們。在我們得知消息後次日中午前，我們會給您一份**詳細出院通知**。這份通知會告訴您的預定出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院和我們認為您適合 (具醫療適當性) 在該日期出院的理由。

- 欲索取**詳細出院通知**樣本，您可撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711) 或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。您也可以在網上取得通知樣本，網址 cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

第 2 步：品質改進組織針對您的個案進行獨立審查。

- 品質改進組織的健康專業人員 (我們稱他們為審查人員) 會問您 (或您的代表) 為甚麼會認為服務的承保應該繼續。您不需準備任何書面資料，但如果您想準備也可以。
- 審查人員也會檢查您的醫療資訊、和您的醫生洽談，並審查醫院和我們提供給他們的資訊。
- 審查人員將您的上訴告知我們後次日中午前，您會收到我們的書面通知，告訴您的預定出院日期。這份通知還會詳細說明您的醫生、醫院和我們認為您適合 (具醫療適當性) 在該日期出院的理由。

第 3 步：品質改進組織會在收到全部所需資訊後一個整天內回覆您的上訴。

如果回覆是同意會怎樣？

- 如果獨立審查組織的回覆是**同意**，**只要您的承保住院服務是醫療上所必需，我們都必須繼續提供相關服務**。
- 您必須繼續支付您的分攤費用 (例如自付扣除金或定額手續費，如適用)。此外，您的承保住院服務可能會有限制。

如果回覆是拒絕會怎樣？

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

第 4 步：如果回覆是拒絕您的層級 1 上訴，您要決定是否再提出上訴。

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

第 8.3 節 如何提出層級 2 上訴以變更您的出院日期

在層級 2 上訴期間，您可要求品質改進組織再次檢查他們針對您第一次上訴作成的決定。如果品質改進組織否決您的層級 2 上訴，您可能必須支付在預定出院日期後住院的全額費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進組織，要求再次審查。

- 您必須在品質改進組織**拒絕**您的層級 1 上訴當天後 **60 個日曆日內**要求本審查。您只有在護理承保結束當天後仍繼續住院時才可以要求此審查。

第 2 步：品質改進組織第二次審查您的情況。

- 品質改進組織的審查人員會再次仔細檢查與您的上訴有關的全部資訊。

第 3 步：審查人員會在收到您的層級 2 上訴要求起 14 個日曆日內針對您的上訴作成決定並把決定告訴您。

如果獨立審查組織的回覆是同意：

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

如果獨立審查組織的回覆是拒絕：

- 這表示審查組織同意他們對您的層級 1 上訴作成的決定。
- 您收到的書面通知會說明，如果您想繼續進行審查流程時可以怎麼做。

第 4 步：如果回覆是拒絕，您必須決定是否要進入層級 3 繼續上訴。

- 層級 2 之後上訴流程還有三個層級 (總共有五個上訴層級)。如果您想進入層級 3 上訴，您在層級 2 上訴決定後收到的書面通知中會有該怎麼做的詳情。

- 層級 3 上訴由行政法官或裁決檢察官處理。第 10 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 9 節 如果您認為您的承保過早結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務

當您接受屬於承保範圍的**家庭健康服務**、**專業護理或復健護理 (綜合門診復健設施)** 時，只要該護理是診斷和治療您的疾病或傷害所需，您就有權繼續取得該類型護理的服務。

如果我們決定要停止為您承保這三種護理類型的任何一種，我們必須提前通知您。當您該護理的承保結束時，**我們會停止為您的護理支付我們應分攤的費用**。

如果您認為我們過早結束您的護理承保，**您可以對我們的決定提出上訴**。本節說明您如何要求上訴。

第 9.1 節 我們會在您的承保即將結束時提前通知您

法律專有名詞	**「聯邦醫療保險非承保通知」。**該通知會說明您如何要求**「快速上訴」**。要求快速上訴是一種要求我們變更關於何時停止您護理之承保決定的正式法律途徑。

1. **您**最遲會在本計劃停止您護理承保的兩個日曆日前**收到書面通知**。該通知會告訴您：
   – 我們將停止您護理承保的日期。
   – 如何要求「快速上訴」以要求我們延長您護理的承保期間。
2. **您或代表您的人必須在書面通知上簽名，表示您已收到通知。**在通知上簽名**僅**表示您已收到關於您的承保將於何時停止的資訊。**簽名並不表示您同意**本計劃停止護理的決定。

第 9.2 節 如何提出層級 1 上訴讓本計劃延長您護理的承保時間

如果您想要求我們延長您護理的承保時間，您必須使用上訴流程提出此要求。開始之前，請瞭解您該怎麼做以及相關期限。

- **遵循流程。**
- **遵守期限規定。**
- **如需協助，請您提出要求。**如果您任何時候有疑問或需要協助，請致電客戶服務部。或請致電您的州政府健康保險協助方案，該政府組織可提供個人化的協助。

在層級 1 上訴期間，品質改進組織會審查您的上訴。該組織會決定您護理的結束日期是否具醫療適當性。

第 1 步：提出層級 1 上訴：聯絡品質改進組織並要求快速上訴。您必須快速行動。

您如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知 (聯邦醫療保險非承保通知) 會告訴您如何聯繫該組織。或者，請在第 2 章查閱您所在州的品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。

快速行動：

- 您必須在聯邦醫療保險非承保通知所列生效日期的前一天中午前聯絡品質改進組織開始上訴。
- 如果您錯過期限而您想提出上訴，您仍有上訴權利。聯絡您的品質改進組織。

第 2 步：品質改進組織針對您的個案進行獨立審查。

法律專有名詞	**「非承保詳細說明」。**該通知會詳細說明結束承保的理由。

審查期間會怎樣？

- 品質改進組織的健康專業人員 (「審查人員」) 會問您或您的代表為甚麼會認為服務的承保應該繼續。您不需準備任何書面資料，但如果您想準備也可以。
- 審查組織也會檢查您的醫療資訊、和您的醫生洽談，並審查本計劃提供給他們的資訊。
- 在審查人員將您的上訴告知我們當天結束前，您會收到我們的**非承保詳細說明**，向您詳細說明我們結束您服務承保的理由。

第 3 步：審查人員會在收到全部所需資訊後一個整天內把決定告訴您。

如果審查人員的回覆是同意會怎樣？

- 如果審查人員**同意**您的上訴，則**只要您的承保服務是醫療上所必需，我們都必須繼續提供相關服務**。
- 您必須繼續支付您的分攤費用 (例如自付扣除金或定額手續費，如適用)。您的承保服務可能會有限制。

如果審查人員的回覆是拒絕會怎樣？

- 如果審查人員的回覆是**拒絕**，則**您的承保會在我們已告訴您的結束日期當天結束**。
- 如果您決定在您的承保結束日期**後**繼續取得家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務，則**您將必須**自行**支付**該護理的**全額費用**。

第 4 步：如果回覆是拒絕您的層級 1 上訴，您要決定是否再提出上訴。

- 如果審查人員**拒絕**您的層級 1 上訴，**而且**您選擇在您的護理承保結束後繼續取得護理，則您可以提出層級 2 上訴。

第 9.3 節 如何提出層級 2 上訴讓本計劃延長您護理的承保時間

在層級 2 上訴期間，您可要求品質改進組織再次檢查針對您第一次上訴作成的決定。如果品質改進組織否決您的層級 2 上訴，您可能必須支付在我們表示您的承保應結束的日期**後**的家庭健康護理、專業護理設施護理或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務的全額費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進組織，要求再次審查。

- 您必須在品質改進組織**拒絕**您的層級 1 上訴當天後 **60 個日曆日內**要求本審查。您只有在護理承保結束當天後仍繼續取得護理時才可以要求此審查。

第 2 步：品質改進組織第二次審查您的情況。

- 品質改進組織的審查人員會再次仔細檢查與您的上訴有關的全部資訊。

第 3 步：審查人員會在收到您的上訴要求起 14 個日曆日內針對您的上訴作成決定並把決定告訴您。

如果審查組織的回覆是同意會怎樣？

- 對於從我們表示您的承保應結束的日期起您已接受的護理，**我們必須補償您**我們應分攤的費用。只要該護理是醫療上所必需，**我們就必須繼續提供承保**。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，而且可能會有適用的承保限制。

如果審查組織的回覆是拒絕會怎樣？

- 這表示審查組織同意對您的層級 1 上訴作成的決定。
- 您收到的書面通知會說明，如果您想繼續進行審查流程時可以怎麼做。通知會詳細說明如何進入下一個上訴層級，由行政法官或裁決檢察官進行處理。

第 4 步：如果回覆是拒絕，您必須決定是否要繼續上訴。

- 層級 2 之後還有三個上訴層級，總共有五個上訴層級。如果您接著想進入層級 3 上訴，您在層級 2 上訴決定後收到的書面通知中會有該怎麼做的詳情。

- 層級 3 上訴由行政法官或裁決檢察官處理。本章第 10 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 10 節 將您的上訴進一步提交至層級 3、4 和 5

第 10.1 節 醫療服務要求的上訴層級 3、4 和 5

如果您已提出層級 1 上訴和層級 2 上訴，而且兩次上訴都被否決，本節可能適合您的情況。

如果您所上訴的用品或醫療服務的金額達到特定最低標準，您也許可以進入額外上訴層級。如果金額少於最低標準，您就不能繼續上訴。您收到的層級 2 上訴書面回覆會說明如何提出層級 3 上訴。

針對大多數與上訴有關的情況，最後三個上訴層級的步驟相當雷同。以下是在這些層級中各個層級處理您上訴的審查人員。

層級 3 上訴：聯邦政府下屬行政法官或裁決檢察官會審查您的上訴並回覆您。

- **如果行政法官或裁決檢察官同意您的上訴，上訴流程可能就會結束，也可能尚未結束。**與層級 2 上訴的決定不同，我們有權對有利於您的層級 3 決定提出上訴。如果我們決定提出上訴，便會進入層級 4 上訴。
  - 如果我們決定**不**提出上訴，我們必須在收到行政法官或裁決檢察官的決定後 60 個日曆日內授權醫療護理或為您提供醫療護理。
  - 如果我們決定上訴該決定，我們會將層級 4 上訴要求連同隨附文件寄給您。我們可能會等到層級 4 上訴決定後再授權或提供爭議醫療護理。
- **如果行政法官或裁決檢察官拒絕您的上訴，上訴流程可能就會結束，也可能尚未結束。**
  - 如果您決定接受該否決您上訴的決定，上訴流程即結束。
  - 如果您不想接受該決定，您可以繼續下一個層級的審查流程。您收到的通知會說明進行層級 4 上訴時該怎麼做。

層級 4 上訴：聯邦醫療保險**上訴委員會** (委員會) 會審查您的上訴並回覆您。委員會隸屬於聯邦政府。

- **如果回覆是同意，或如果委員會拒絕我們針對有利的層級 3 上訴決定提出的審查要求，上訴流程可能就會結束，也可能尚未結束。**與層級 2 的決定不同，我們有權對有利於您的層級 4 決定提出上訴。我們會決定是否將該決定上訴至層級 5。
  - 如果我們決定**不**上訴該決定，我們必須在收到委員會的決定後 60 個日曆日內授權醫療護理或為您提供醫療護理。
  - 如果我們決定上訴該決定，我們會以書面方式通知您。
- **如果回覆是拒絕，或如果委員會拒絕審查要求，上訴流程可能就會結束，也可能尚未結束。**
  - 如果您決定接受該否決您上訴的決定，上訴流程即結束。

– 如果您不想接受該決定，您也許可以繼續下一個層級的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知會說明相關規則是否允許您進入層級 5 上訴以及如何繼續進行層級 5 上訴。

層級 5 上訴：聯邦地方法院的法官會審查您的上訴。

- 法官會審查全部資訊並決定同意或拒絕您的要求。這會是終審裁決。在聯邦地方法院之後沒有更多的上訴層級。

第 10.2 節 D 部份藥物要求的上訴層級 3、4 和 5

如果您已提出層級 1 上訴和層級 2 上訴，而且兩次上訴都被否決，本節可能適合您的情況。

如果您所上訴藥物的價值達到特定金額，您也許可以進入額外上訴層級。如果未達到此金額，您就無法進一步上訴。您收到的層級 2 上訴書面回覆會說明該聯絡誰以及該怎麼做以要求層級 3 上訴。

針對大多數與上訴有關的情況，最後三個上訴層級的步驟相當雷同。以下是在這些層級中各個層級處理您上訴的審查人員。

層級 3 上訴：聯邦政府下屬行政法官或裁決檢察官會審查您的上訴並回覆您。

- **如果回覆是同意，上訴流程即結束。**我們必須**在 72 小時 (特急上訴則是 24 小時) 內授權或提供**經行政法官或裁決檢察官核准的**配藥承保，或最遲要在**我們收到決定後 **30 個日曆日內付款**。
- **如果回覆是拒絕，上訴流程可能就會結束，也可能尚未結束。**
  – 如果您決定接受該否決您上訴的決定，上訴流程即結束。
  – 如果您不想接受該決定，您可以繼續下一個層級的審查流程。您收到的通知會說明進行層級 4 上訴時該怎麼做。

層級 4 上訴：聯邦醫療保險**上訴委員會** (委員會) 會審查您的上訴並回覆您。委員會隸屬於聯邦政府。

- **如果回覆是同意，上訴流程即結束。**我們必須**在 72 小時 (特急上訴則是 24 小時) 內授權或提供**經委員會核准的**配藥承保，或最遲要在**我們收到決定後 **30 個日曆日內付款**。
- **如果回覆是拒絕，上訴流程可能就會結束，也可能尚未結束。**
  – 如果您決定接受該否決您上訴的決定，上訴流程即結束。
  – 如果您不想接受該決定，您也許可以繼續下一個層級的審查流程。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您提出的上訴審查要求，通知會說明相關規則是否允許您進入層級 5 上訴。通知也會說明您要和誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來該怎麼做。

層級 5 上訴：聯邦地方法院的法官會審查您的上訴。

- 法官會審查全部資訊並決定同意或拒絕您的要求。這會是終審裁決。在聯邦地方法院之後沒有更多的上訴層級。

第 11 節 如何提出與護理品質、等待時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴

第 11.1 節 投訴流程處理哪些種類的問題？

投訴流程僅適用特定類型的問題，其中包括與護理品質、等待時間和客戶服務有關的問題。以下例子是投訴流程所處理的問題種類。

投訴	例子
您的醫療護理品質	•您是否對您所接受的護理品質 (包括醫院的護理) 不滿意？
尊重您的隱私	•是否有人未尊重您的隱私權，或分享了保密資訊？
缺乏尊重、客戶服務差或其他負面行為	•是否有人曾對您無禮或不尊重您？ •您是否不滿意我們的客戶服務部？ •您是否覺得有人鼓勵您離開本計劃？
等待時間	•您是否很難成功約診或要等很久才能成功約診？ •醫生、藥劑師或其他健康專業人員是否曾讓您等候太久？或客戶服務部或本計劃其他職員曾讓您等候太久？ – 例如來電時、在候診間或檢查室或取得處方配藥時等候太久。
清潔程度	•您是否不滿意診所、醫院或醫生診間的清潔程度或狀況？
我們提供的資訊	•我們是否未能提供您必要的通知？ •我們的書面資訊是否難以理解？
及時性 (這些類型的投訴全部都和我們對承保決定和上訴相關行動的**及時性**有關)	如果您已要求我們作承保決定或已提出上訴，但您認為我們回覆的速度不夠快，您也可以對我們回覆緩慢一事提出投訴。以下舉例說明： •您已要求我們為您作「快速承保決定」或「快速上訴」，但我們的回覆是拒絕；您可以提出投訴。 •您認為我們沒有在期限內作出承保決定或回覆上訴；您可以提出投訴。 •您認為我們沒有在期限內針對已核准的特定醫療用品、服務或藥物為您提供承保或補償；您可以提出投訴。

投訴	例子
	•您認為我們未能在規定期限內將您的個案轉送到獨立審查組織；您可以提出投訴。

第 11.2 節 如何提出投訴

法律專有名詞	**「投訴」**也稱為**「申訴」**。 **「提出投訴」**也稱為**「提起申訴」**。 **「使用投訴流程」**也稱為**「使用提起申訴的流程」**。 **「快速投訴」**也稱為**「特急申訴」**。

第 11.3 節 您也可以向品質改進組織提出護理品質的相關投訴

第 1 步：立即聯絡我們 – 透過電話或書面方式。

- **通常來說，第一步是致電客戶服務部。**如果還有任何其他您必須要做的事，客戶服務部都會讓您知道。
- **如果您不想打電話 (或者您打過電話但不滿意)，您可以準備書面投訴寄給我們。**如果您以書面方式投訴，我們會以書面方式回覆該投訴。
- 我們必須在發生您投訴的事件或意外起 60 個日曆日內收到您的投訴。如果您因故無法提出投訴 (您生病、我們給了錯誤的資訊等)，請讓我們知道，我們也許能接受您超過 60 天才提出的投訴。我們會儘快處理您的投訴，最遲不超過收到投訴後 30 天。有時我們需要額外資訊，也有可能是您想提供額外資訊。如果發生這種情況，我們可能需要額外 14 天的時間回覆您的投訴。如果要多 14 天的時間，您會收到信函通知您。

  如果您投訴是因為我們多花 14 天的時間回覆您的承保裁決或上訴要求，或因為我們決定您不需要快速承保決定或快速上訴，您可以提出快速投訴。我們會在收到您的投訴起 24 小時內回覆您。提出投訴的地址和傳真號碼列於第 2 章「您想提出醫療護理相關投訴時如何與我們聯絡」的部份，D 部份處方配藥投訴則列於「您想提出 D 部份處方配藥相關投訴時如何與我們聯絡」的部份。
- 提出投訴的**期限**是發生您想投訴的問題後 60 個日曆日。

第 2 步：我們調查您的投訴並回覆您。

- **如果可能，我們會立即回覆您。**如果您打電話向我們投訴，我們也許可以直接在電話中回覆您。
- **大多數投訴會在 30 個日曆日內得到回覆。**如果我們需要更多資訊且延長時間最符合您的利益，或如果您要求更多時間，我們最多可延長 14 個日曆日 (總共 44 個日曆日) 來回覆您的投訴。如果我們決定需要更多天，我們會以書面方式通知您。
- **如果您是因為我們拒絕您要求「快速承保決定」或「快速上訴」而提出投訴，我們會自動為您進行「快速投訴」。**如果您進行「快速投訴」，就表示我們會**在 24 小時內回覆**您。
- **如果我們不同意**您的部份或全部投訴，或您所投訴的問題不在我們的責任範圍，我們給您的回覆中會說明理由。

第 11.4 節 您也可以向品質改進組織提出護理品質的相關投訴

如果您的投訴與**護理品質**有關，您還有另外 2 種選項：

- **您可以直接向品質改進組織提出投訴。**
- 品質改進組織是執業醫生和其他健康護理專家組成的團體，由聯邦政府支付費用，負責查核並改善為聯邦醫療保險病患提供的護理。聯絡資訊請參閱第 2 章。

或

- **您可以同時向品質改進組織和本計劃兩者提出投訴。**

第 11.5 節 您也可以向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 投訴

您可以直接向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出有關 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 的投訴。欲向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出投訴，請前往 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/TDD) 使用者可撥 1-877-486-2048。

與您的醫療補助福利有關的問題

第 12 節 處理與您的醫療補助福利有關的問題

您可以向 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 取得協助和資訊。

如需更多資訊和需要協助處理問題，您也可以聯絡 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))。

如果您有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)，您計劃的部份服務也可能屬於您所在州的 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 的承保範圍。因此，如果您認為我們不當拒絕服務或服務付款，您也可能有權要求您所在州的 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 支付該服務費用。您也可能會有醫療補助承保服務方面的上訴和申訴。請參閱您的醫療補助手冊查詢詳情，或利用本手冊第 2 章第 6 節所列聯絡資訊與您所在州的 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 機構聯絡。

本計劃將根據您的需求判定而提供合理的協助。這可能包括但不限於幫助您填寫表格、瞭解您的醫療補助福利以及解決請款問題、投訴和 / 或上訴。

以下所述的計劃上訴資訊、公平聽證會和外部上訴權利僅適用於透過本計劃享有醫療補助管理式護理的 Medicare Advantage 計劃參加者。

以下資訊適用於我們已參加註冊雙重資格計劃參加者整合福利 (Integrated Benefits for Dually Eligible Enrollees, IB-Dual) 方案的會員。

醫療補助上訴

因為您透過 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 取得您的聯邦醫療保險和醫療補助福利，所以您針對您的服務提出上訴的方式將取決於相關服務是屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 還是醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的承保範圍。

當我們拒絕某項服務或核准金額低於要求金額，且該服務僅屬於醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的承保範圍，您會收到一份初審不利裁決通知，告訴您如何提出醫療補助上訴 (也稱為計劃上訴)。您的醫療補助會員手冊第 II 部份也會向您說明如何提出醫療補助上訴。

當我們拒絕的服務屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) **兩者**的承保範圍時，您會收到 2 份通知，也就是有關您聯邦醫療保險決定的整合拒絕通知，以及有關您醫療補助決定的初審不利裁決通知。在此情況下，您可以提出聯邦醫療保險上訴 (也稱為層級 1 上訴) 和 / 或醫療補助上訴。

- 如果您提出**聯邦醫療保險**上訴，則不能使用您的醫療補助上訴權利，包括公平聽證會的權利，也可能包括外部上訴的權利。
- 如果您提出**醫療補助**上訴，您在 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 初審不利裁決通知日期起有 **65 個日曆日**的時間可使用您的聯邦醫療保險上訴權利。

您在初審不利裁決通知日期起有 **60 個日曆日**的時間可要求醫療補助上訴。

如果您需要協助要求醫療補助上訴或採取上訴流程步驟，您可以撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912。如果您有任何特殊需求 (例如聽覺或視覺障礙) 或需要翻譯服務，我們都能提供協助。

您可以要求醫療補助上訴，也可以委託其他人 (例如家人、朋友、醫生或律師) 代您提出要求。您和該人士必須簽署聲明並註明日期，表示您希望由該人代表您。

我們不會因您要求醫療補助上訴而對您有任何差別待遇或不當行為。

針對您的護理相關決定提出上訴時的延續援助：

如果 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 縮減、暫停或停止某項服務，且該服務由醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 承保，您可能可以在等待上訴裁決期間繼續取得該服務。

您必須在以下期限內要求醫療補助上訴：

- **收到護理變更通知起 10 天內；或**
- **服務變更預定生效日前 (以時間較晚者為準)。**

如果您的醫療補助上訴最終仍遭到拒絕，您可能必須支付您所取得之任何服務的費用。

如欲提出醫療補助上訴，您可以致電、寫信或親自前往我們的服務據點。您要求醫療補助上訴時 (或不久之後)，您需要向我們提供以下資訊：

- 您的姓名和地址
- 您的會員卡號碼
- 您所要求的服務以及上訴理由
- 您希望我們審查的任何資訊，例如病歷、醫生的信函，或是能夠說明您為何需要相關服務的其他資訊

為協助您準備醫療補助上訴，您可以要求查看我們作初審不利裁決時所使用的準則、病歷和其他文件。如果您的醫療補助上訴獲得快速處理，您可能必須在短時間內提供您希望我們審查的資訊。您可以要求查看這些文件或免費索取複本，方法是致電 1-800-514-4912，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。

請透過以下方式向我們提供您的資訊和資料：

- 電話： 1-800-493-4647，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711
- 傳真： 1-801-994-1082
- 郵寄： UnitedHealthcare Community Plan
  Attn: Appeals and Grievances
  P.O. Box 31364
  Salt Lake City, UT 84131

標準醫療補助上訴 - 我們會按您的病況所需儘快給您書面決定；但最遲不超過我們收到您的醫療補助上訴後 30 個日曆日。

醫療補助快速上訴 - 我們會在收到您的醫療補助上訴後 72 小時內給您醫療補助快速上速的決定。

您的醫療補助上訴將在下列情況下獲得快速處理：

- 延遲將會嚴重危及您的健康、生命或身體機能；
- 您的醫療護理提供者表示上訴需要更快處理；
- 您正在要求延續目前所取得的服務；
- 您在出院後要求家庭護理服務；

- 您在出院前至少 24 小時要求延續住院物質濫用治療；或
- 您正在要求可能與法院出庭相關的精神健康或物質濫用服務。

如果您要求醫療補助上訴且再次遭到拒絕，您會收到一份終審不利裁決通知，告訴您如何向 New York 州政府 (New York State, NYS) 要求進行**公平聽證會**。在某些情況下，您可能也能要求**外部上訴**。

如需更多有關**公平聽證會**和**外部上訴**的資訊，請參閱您的醫療補助管理式護理或健康與復原計劃會員手冊。

醫療補助投訴

因為您擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩者，所以您針對您的服務提出投訴的方式將取決於相關福利是屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 還是醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的承保範圍。

若是有關您醫療補助福利的投訴，您可以使用以下所述的醫療補助投訴流程來提出投訴。若是有關您聯邦醫療保險和醫療補助福利的投訴，您可以使用聯邦醫療保險流程和 / 或醫療補助投訴流程來提出投訴。

如欲透過電話提出醫療補助投訴，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。如果您在非服務時間來電，請留言。我們會在下一個工作日回電。如果您需要更多資訊才能作出決定，我們會提供給您。

您可以寫信向我們提出您的醫療補助投訴，或撥打客戶服務部電話索取投訴表。投訴表應郵寄至 UnitedHealthcare Appeals and Grievance Department P.O. Box 6103, MS CA120-0360, Cypress, CA 90630-0023。

如果您遵循醫療補助投訴流程，但仍不同意我們對您的投訴作成的決定，您可以向我們提出投訴上訴。

如果您需要協助提出醫療補助投訴或採取投訴流程的任何步驟，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。如果您有任何特殊需求 (例如聽覺或視覺障礙) 或需要翻譯服務，我們都能提供協助。

您也有權就您的投訴與 New York 州衛生部聯絡。請透過以下方式聯絡衛生部：

- 電話： 1-800-206-8125
- 郵寄： New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237
- 電子郵件： managedcarecomplaint@health.ny.gov

第 10 章：
終止本計劃會籍

第 1 節 終止您的本計劃會籍

您可能是**自願** (您自己選擇) 或**非自願** (不是您自己選擇) 終止您的計劃會籍：

- 您也許是因為自己決定**想要**離開而離開本計劃。第 2 節和第 3 節提供自願終止會籍的相關資訊。
- 也有少數情況是您並未選擇離開，但我們依規定必須終止您的會籍。第 5 節說明在哪些情況下我們必須終止您的會籍。

如果您要離開本計劃，本計劃必須繼續為您提供醫療護理，而且您將繼續支付您的分攤費用，直到您的會籍終止為止。

第 2 節 您何時可終止您的本計劃會籍？

第 2.1 節 您也許可以因為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 而終止您的會籍

大多數享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾只能在年度特定期間終止其會籍。因為您享有醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)，所以您可以在年度當中任何月份選擇以下其中一個聯邦醫療保險選項來終止您的本計劃會籍：

- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**含**獨立的聯邦醫療保險配藥計劃)、
- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**不含**獨立的聯邦醫療保險配藥計劃) (如果您選擇此選項並取得額外補助 (Extra Help)，除非您選擇不自動參加註冊，否則聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會為您參加註冊配藥計劃。)，或
- 如果符合資格，整合式雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) 可在一個計劃中為您提供聯邦醫療保險和您大部份或全部的醫療補助福利與服務。

備註：如果您退出聯邦醫療保險配藥承保，不再取得額外補助 (Extra Help)，並且連續 63 天或更長時間沒有可替代處方配藥承保，您後來加入聯邦醫療保險配藥計劃時，可能須支付 D 部份延遲參加註冊罰款。

請致電您的州政府醫療補助辦公室，瞭解您的醫療補助計劃選項，電話 1-800-541-2831。

- 在**開放註冊期**內，有其他聯邦醫療保險健保計劃選項。第 2.2 節會進一步說明開放註冊期。
- 您的會籍通常是在我們收到您變更本計劃的要求後的次月 1 號終止。您註冊參加的新計劃也會從當天開始生效。

第 2.2 節 您可以在開放註冊期終止您的會籍

您可以在每年的**開放註冊期**終止您的本計劃會籍。這段期間，請檢討您的醫療和配藥承保，並為下個年度的承保作決定。

- **開放註冊期**是從 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
- **選擇下個年度繼續目前的承保或變更承保。**如果您決定變更至新計劃，您可以選擇下列任一類型的計劃：
- 另一個聯邦醫療保險健保計劃 (含或不含配藥承保)。
- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**含**獨立的聯邦醫療保險配藥計劃)。
- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**不含**獨立的聯邦醫療保險配藥計劃)。
- 當您新的計劃承保於 1 月 1 日開始時，**您的本計劃會籍就會終止**。

如果您取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的額外補助 (Extra Help) 來支付您的配藥承保費用：如果您轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，但沒有參加註冊獨立的聯邦醫療保險配藥計劃，除非您選擇不自動參加註冊，否則聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會為您參加註冊配藥計劃。

備註：如果您退出聯邦醫療保險配藥承保，不再取得額外補助 (Extra Help)，並且連續 63 天或更長時間沒有可替代配藥承保，您後來加入聯邦醫療保險配藥計劃時，可能須支付 D 部份延遲參加註冊罰款。

第 2.3 節 您可以在 Medicare Advantage 開放註冊期終止您的會籍

您可以在每年的 **Medicare Advantage 開放註冊期**變更**一次**健康承保。

- **Medicare Advantage 開放註冊期**是從 1 月 1 日至 3 月 31 日。此外，對於剛參加註冊 Medicare Advantage (MA) 計劃的聯邦醫療保險受益人，開放註冊期是從有權取得 A 部份和 B 部份當月起，直到有權取得後第 3 個月的最後一天為止。
- **在 Medicare Advantage 開放註冊期**，您可以：
  - 轉換到另一個 Medicare Advantage 計劃 (含或不含配藥承保)。
  - 退出本計劃並透過傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 取得承保。如果您在此期間轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，您也可以同時加入獨立的聯邦醫療保險配藥計劃。
- **您的會籍將**在您參加註冊其他 Medicare Advantage 計劃後或我們收到您轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的要求後的次月 1 號**終止**。如果您也選擇參加註冊聯邦醫療保險配藥計劃，您的配藥計劃會籍會在該配藥計劃收到您的參加註冊要求後的次月 1 號開始。

第 2.4 節 在特定情況下，您可以在特別註冊期終止您的會籍

在特定情況下，您可能符合資格可以在年度的其他時候終止您的會籍。這段時期稱為**特別註冊期**。

如果適用下列任何情況，**您可能符合資格可以在特別註冊期終止您的會籍**。這些情況只是舉例說明。如需完整清單，您可以聯絡本計劃、致電聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 或前往網站 Medicare.gov。

- 您搬家了 (通常是這種情況)。
- 您有醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)。
- 您符合資格可取得額外補助 (Extra Help) 為您支付聯邦醫療保險配藥承保的費用。
- 我們違反與您的合約規定。
- 您正在護理之家或長期護理 (long-term care, LTC) 醫院等機構接受護理。

備註：如果您正在參加藥物管理方案，您可能只符合某些特別註冊期的資格。第 5 章第 10 節會進一步說明藥物管理方案。

備註：第 2.1 節會進一步說明享有醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的民眾適用的特別註冊期。

這類註冊期的時間因您的情況而**異**。

欲查明您是否符合特別註冊期的資格，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。如果您是因為特殊情況而符合資格可終止您的會籍，您可以選擇變更聯邦醫療保險的健康承保和配藥承保兩者。您可選擇：

- 另一個聯邦醫療保險健保計劃 (含或不含配藥承保)。
- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**含**獨立的聯邦醫療保險配藥計劃)。
- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**不含**獨立的聯邦醫療保險配藥計劃)。

備註：如果您退出聯邦醫療保險配藥承保，不再取得額外補助 (Extra Help)，並且連續 63 天或更長時間沒有可替代處方配藥承保，您後來加入聯邦醫療保險配藥計劃時，可能須支付 D 部份延遲參加註冊罰款。

您的會籍通常是在我們收到您變更本計劃的要求後的次月 1 號**終止**。

如果您取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的額外補助 (Extra Help) 來支付您的配藥承保費用：如果您轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，但沒有參加註冊獨立的聯邦醫療保險配藥計劃，除非您選擇不自動參加註冊，否則聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會為您參加註冊配藥計劃。

備註：第 2.1 和 2.2 節會進一步說明享有醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 和額外補助 (Extra Help) 的民眾適用的特別註冊期。

第 2.5 節 取得更多關於您何時可終止您會籍的資訊

如果您對終止您的會籍有疑問，您可以：

- **致電客戶服務部，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。**
- 在 **2026 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2026)** 手冊中查閱相關資訊。
- 致電**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)**，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

第 3 節 如何終止您的本計劃會籍

下表說明您可以如何終止您的本計劃會籍。

欲從本計劃轉換到：	以下說明應採取的行動：
• 另一個聯邦醫療保險健保計劃。	• 參加註冊新的聯邦醫療保險健保計劃 • 您的新計劃承保開始時，您就會自動從本計劃退出。
• 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**含**獨立的聯邦醫療保險配藥計劃)。	• 參加註冊新的聯邦醫療保險配藥計劃 • 您的新配藥計劃承保開始時，您就會自動從本計劃退出。
• 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**不含**獨立的聯邦醫療保險配藥計劃)。	• **寄給我們書面要求以退出計劃**，或前往我們的網站以在網上退出計劃。如果您需要更多該怎麼做的資訊，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。 • 您也可以撥打**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)** 電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 要求退出計劃。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。 • 您的傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保開始時，您就會從本計劃退出。

備註：如果您退出聯邦醫療保險配藥承保，不再取得額外補助 (Extra Help)，並且連續 63 天或更長時間沒有可替代配藥承保，您後來加入聯邦醫療保險配藥計劃時，可能須支付 D 部份延遲參加註冊罰款。

如有關於您 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 福利的疑問，請聯絡 New York 州醫療補助方案 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」))，電話 1-800-541-2831，週一至週五，東部時間 (ET) 上午 8 時至晚上 8 時，週六東部時間 (ET) 上午 9 時至下午 1 時。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711。詢問加入其他計劃或返回傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 對您取得您的 New York 州醫療補助方案 (醫療補助) 承保有何影響。

第 4 節 直到您的會籍終止前，您都必須繼續透過本計劃取得醫療用品、服務和藥物

在您的會籍終止且您新的聯邦醫療保險和醫療補助承保開始前，您都必須繼續透過本計劃取得醫療用品、服務和處方配藥。

- **繼續使用我們的網絡醫療護理提供者取得醫療護理。**
- **繼續使用我們的網絡藥房或郵購購買您的處方配藥。**
- **如果您在會籍終止當天住院中，本計劃會為您的住院提供承保，直到您出院為止 (即使您是在新的健康承保開始後才出院)。**

第 5 節 在特定情況下我們必須終止本計劃會籍

發生下列任何情況時，我們必須終止您的本計劃會籍：

- 您不再擁有聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份。
- 您不再符合醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的資格。如第 1 章第 2.1 節所述，本計劃適用符合聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩種資格的民眾。我們必須以書面方式通知您有 6 個月的寬限期可重新取得資格，之後您才會必須退出計劃。如需更多有關寬限期以及寬限期對本計劃費用可能有何影響的資訊，請參閱第 4 章第 1.1 節。
- 您沒有支付您的醫療合理花費 (如適用)。
- 您搬離我們的服務地區。
- 您離開我們的服務地區超過 6 個月。
  - 如果您要搬遷或長期旅行，請致電客戶服務部，查明您要遷入或旅行前往的地方是否在本計劃的地區內，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。
- 您入獄服刑 (去坐牢)。
- 您不再是美國公民或合法居留美國。
- 您有其他有提供處方配藥承保的保險而您卻說謊或隱瞞相關資訊。
- 您參加註冊本計劃時蓄意提供不正確資訊，而該資訊會影響您參加註冊本計劃的資格。(除非先取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 許可，否則我們不能以此為由要求您離開本計劃。)
- 您持續出現擾亂行為，導致我們無法為您和本計劃其他會員提供醫療護理。(除非先取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 許可，否則我們不能以此為由要求您離開本計劃。)
- 您讓別人使用您的 UCard 取得醫療護理。(除非先取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 許可，否則我們不能以此為由要求您離開本計劃。)
  - 如果我們因為這個理由終止您的會籍，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會請調查總長調查您的個案。

- 如果您因為收入的緣故必須支付額外 D 部份金額，但您沒有支付，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 會將您退出本計劃且您會失去配藥承保。

如果您有疑問或想要更多關於我們何時可終止您會籍的資訊，請撥打客戶服務部電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。

第 5.1 節 我們不能以任何健康相關理由要求您離開本計劃

本計劃不得以任何健康相關理由要求您離開本計劃。

發生這種情況時您該怎麼辦？

如果您覺得您因為健康相關理由而被要求離開本計劃，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。

第 5.2 節 如果我們終止您的本計劃會籍，您有權提出投訴

如果我們終止您的本計劃會籍，我們必須以書面方式告訴您終止會籍的理由。我們也必須說明您可如何針對我們終止您會籍的決定提起申訴或提出投訴。

第 11 章：
法律通知

第 1 節 準據法通知

適用本**承保證書**文件的主要法律是社會安全法案第 XVIII 編，以及聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 依社會安全法案制定的法規。此外，其他聯邦法律也可能適用，而且在特定情況下，您所居住州的法律也會適用。即使本文件並未包括或說明這些法律，但您的權利和責任仍有可能會受其影響。

第 2 節 不歧視通知

我們不會因為種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀態、請款經驗、醫療病史、基因資訊、可保險證明或服務地區內的地點而歧視任何人。所有提供 Medicare Advantage 計劃 (例如本計劃) 的組織均須遵守反歧視的聯邦法律規定，包括 1964 年公民權利法案第 VI 編、1973 年復健法案、1975 年年齡歧視法案、美國殘疾人士法案、平價醫療法案第 1557 節、適用取得聯邦政府資助之組織的所有其他法律，以及基於任何其他理由而適用的任何其他法律和規則。

如果您想索取更多有關歧視或不公平待遇的資訊或有相關疑慮，請致電 1-800-368-1019 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 1-800-537-7697) 聯絡美國健康及人類服務部的民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。您也可以檢閱美國健康及人類服務部民權辦公室提供的資訊，網址 www.HHS.gov/ocr/index.html。

如果您是殘疾民眾並需協助取得護理，請致電與我們的客戶服務部聯絡，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。如果您要投訴，例如輪椅通行問題，客戶服務部可提供協助。

第 3 節 聯邦醫療保險次要支付者代位權通知

我們有權利和責任必須收取聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不是主要支付者的聯邦醫療保險承保服務的費用。根據聯邦法規法典 (CFR) 第 42 編第 422.108 和 423.462 節的聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 法規，本計劃將以 Medicare Advantage 組織身份行使部長按聯邦法規法典 (CFR) 第 42 編第 411 部份第 B 至 D 子部份的聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 規定行使相同的收回權，而且本節制定的規則將取代任何州法律規定。

第 4 節 第三方責任和代位權

如果您因為第三方過失或蓄意行為或不行為而生病或受傷，且第三方應對您的疾病或傷害負責時，您必須迅速通知我們此疾病或傷害。我們會寄給您我們已為此疾病或傷害相關服務支付金額的對帳單。如果您從任何第三方收回任何款項，在符合下列幾段限制規定的情況下，應該以自第三方收回的任何款項補償我們已替您支付的費用。

1) **我們支付的費用少於收回金額。**如果我們支付的費用少於自任何第三方收回的總金額 (「收回金額」)，則會按照下列方式計算我們的補償金額：
   a) **第一步：**確認取得成本和收回金額的比率 (「取得成本」是指因達成和解或獲得判決所產生的律師費和支出)。
   b) **第二步：**把以上得出的比率套用在我們支付的費用。得出的結果就是我們應分攤的取得成本。
   c) **第三步：**從我們支付的費用減去我們應分攤的取得成本。餘數就是我們的補償金額。
2) **我們支付的費用等於或超過收回金額。**如果我們支付的金額等於或超過收回金額，我們的補償金額就是總收回金額扣除總取得成本。
3) **我們因為對我們的補償提出的異議而產生取得成本。**如果我們因為取得收回金額的當事人對我們的補償提出異議而必須對其提出訴訟，我們的補償金額以下列金額中較低者為準：
   a) 我們替您支付的服務費用；或
   b) 收回金額扣除當事人的總取得成本。

您同意在符合前文所述限制規定的前提下，將透過和解、判決或裁決而收回的任何金額向我們轉讓，且同意我們可對相關金額主張權利和留置權。我們可能會要求您，而您也同意簽署文件並提供證明轉讓、權利主張或留置權所需的文件，以證明我們有權獲得補償。

第 5 節 會員責任

若我們未補償醫療護理提供者承保服務費用，您並無責任應支付我們的欠付金額。本計劃或聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 都不會支付非承保服務的費用。

如果您和非網絡醫療護理提供者簽訂私人合約，本計劃或聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 都不會支付相關服務的費用。

第 6 節 聯邦醫療保險承保的服務必須符合合理必需規定

在裁決承保時，除了已列為承保服務外，所有服務均須符合聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的合理必需規定才會屬於您計劃的承保範圍。如果服務符合下列條件即屬於「合理必需」的服務：

- 安全且有效；
- 非實驗性質或研究性質；以及
- 合適性，包括就以下標準而言視為合適的服務期間和頻率：

1. 依據診斷或治療病患病況或改善畸形身體部位機能的公認醫療實務標準而提供；
2. 在適合病患醫療需求和病況的場所提供；
3. 由符合資格人員囑咐和提供；
4. 符合但不超過病患的醫療需求；以及
5. 至少和一種既有可用且具醫療適當性的替代選擇同樣有幫助。

第 7 節 不重複汽車、意外或責任險承保的福利

如果您因為其他汽車、意外或責任險承保而取得福利，我們就不會重複提供這些福利。當您合理預期應可取得汽車、意外或責任險承保的付款時，您即有責任採取任何必要行動取得這類付款，並在取得這類承保時通知我們。如果我們的福利剛好和您透過其他汽車、意外或責任險承保規定有權取得的福利重複，只要州和 / 或聯邦法律准許，我們即可向您、您的保險公司或您的健康護理提供者要求這些福利的合理價值補償。如果您的健康護理服務費用超過這類承保，我們會對您其他汽車、意外或責任險承保以外的部份提供福利。**您必須和我們合作，向您的汽車、意外或責任險保險公司取得付款。如果您不這麼做，可能會導致您的計劃會籍終止。**

第 8 節 超出我們控制範圍的行為

如果因為天災、戰爭、暴動、內亂、設施全部或部份毀壞、政府或準政府機構的條例、法律或命令、勞資爭議 (若此爭議超出我們的控制範圍) 或任何其他不在我們控制範圍的緊急狀況或類似事件，導致網絡醫療護理提供者可能無法安排或提供本承保證書與公開資訊規定的健康服務，我們應該在實際範圍內根據我們的最佳判斷嘗試安排承保服務。如果因上述任何狀況導致延遲或無法提供或安排承保服務，我們和任何網絡醫療護理提供者均不需為這類延遲承擔任何責任或義務。

第 9 節 合約醫療護理提供者和網絡醫院是獨立承包商

本計劃和網絡醫療護理提供者及網絡醫院的關係屬於獨立承包商關係。所有網絡醫療護理提供者或網絡醫院，或其醫生或員工，都不是本計劃的員工或代理人。代理人是指獲得授權可代表本計劃行為的任何人。

第 10 節 技術評估

我們會定期審查新的程序、裝置和藥物，裁決其對會員是否安全和具有療效。安全且有效的新程序和新技術就符合資格可成為承保服務。如果該技術成為承保服務，即須遵守計劃的所有其他條款與條件，包括醫療必要性和任何適用的會員定額手續費、共同保險、自付扣除金或其他款項提撥。

裁決是否承保某項服務時，我們會使用專有的技術準則來審查新的裝置、程序和藥物，包括與行為 / 精神健康有關者。因臨床必要性而需要快速裁決新技術或既有技術之新應用對個別會員是否安全且具有療效時，會由我們的一位醫療主任根據個別會員的醫療書面紀錄、審查已發表的科學證據，以及 (如適當時) 具備該技術專業知識的人士所提供的相關專科或專業意見，作成醫療必要性的裁決。

第 11 節 會員聲明

只要無詐欺情事，您所作的全部聲明均視為陳述而非保證。這類聲明都不會使本承保證書的承保無效、不會使承保服務縮減，也不會在法律訴訟的抗辯中使用，除非聲明載於書面申請中。

第 12 節 索取資訊

身為計劃會員，您有權索取下列相關資訊：

- 一般承保和比較計劃資訊
- 使用控制程序
- 品質改進方案
- 申訴和上訴統計資料
- 聯合健康保險公司或其關聯機構的財務狀況

第 13 節 2026 年計劃參加者詐欺和濫用通訊

2026 年計劃參加者詐欺和濫用通訊

您要如何對抗健康護理詐欺

本公司致力防範詐欺、浪費和濫用聯邦醫療保險福利計劃，因此需要您助我們一臂之力。如果您發現潛在詐欺案件，請立即向我們通報。

以下幾個例子有可能是聯邦醫療保險詐欺案件：

- 健康護理提供者 (例如醫生、藥房或醫療裝置公司) 寄給您未曾接受的服務之帳單；
- 供應商帳單所列的器材和您取得的器材不同；
- 有人使用其他人的聯邦醫療保險卡取得醫療護理、處方配藥、用品或器材；
- 有人在家庭醫療器材已歸還後仍寄送相關帳單；
- 有公司要提供聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 尚未核准的聯邦醫療保險配藥計劃或健保計劃；或
- 有公司使用假資訊誤導您加入聯邦醫療保險配藥計劃或健保計劃。

欲舉報潛在聯邦醫療保險福利計劃詐欺案件，請致電 UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP) 客戶服務部，電話 1-800-514-4912 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711)，上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。

您可利用本熱線以匿名保密方式通報案件。我們會盡一切努力為您保密。但如果因執法機關必須涉入調查，我們也許就無法保證一定可為您保密。請瞭解，我們的組織不會因為您基於善意通報潛在詐欺案件而採取對您不利的行動。

您也可以向聯邦醫療保險配藥誠信承包商 (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) 舉報潛在醫療或處方配藥詐欺案件，電話 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)，或直接向聯邦醫療保險計劃舉報，電話 (1-800-633-4227)。聯邦醫療保險傳真號碼是 1-717-975-4442，網址是 medicare.gov。

第 14 節 承保決定的承諾

聯合健康保險的臨床服務人員和醫生作健康護理服務的決定時，以護理和服務的適當性以及是否有承保為依據。作相關決定的臨床人員和醫生：1. 不因核發非承保 (拒絕) 決定而獲得特定獎勵；2. 不提供獎金給醫生或其他健康護理專業人員，鼓勵護理或服務不足的不當使用方式；以及 3. 不根據個人可能或感覺可能支持或傾向支持拒絕福利而聘僱、晉升或終止醫生或其他個人。

第 15 節 健身計劃條款與條件

Renew Active 計劃年度 2026 免責聲明

Renew Active® 計劃和其健身機構網絡將因計劃 / 地區而異，且可能並非所有計劃均有提供。參加 Renew Active 計劃屬於自願性質。開始運動計劃或進行生活型態或例行健康護理變更前，請先詢問您的醫生。Renew Active 包括網絡地點的標準健身會籍及其他產品服務。網絡地點和產品服務將可能隨時變更。健身會籍、器材、課程和活動可能因地點而異。特定服務、課程、活動和網上健身產品服務由聯合健康保險公司的關聯機構或其他與聯合健康保險沒有關聯的第三方提供。參加這些第三方服務必須接受其各自的條款和政策。聯合健康保險不為第三方提供的服務或資訊擔負責任。透過這些服務提供的資訊僅供參考之用，不能替代醫生諮詢。

資格規定

只有已參加註冊由聯合健康保險公司 (「聯合健康保險」) 和關聯機構提供的網絡聯邦醫療保險計劃的會員才符合資格使用健身計劃 (「計劃」)，包括但不限於取得網絡健身機構 / 健身地點的標準健身會籍、網上健身、認知治療服務提供者以及實體和網路課程與活動，不須額外付費。您參加註冊該計劃即表示接受並同意遵守這些條款與條件。

參加註冊規定

取得會籍和參加計劃屬於自願性質。您必須按照會員網站或客戶服務部提供的資訊參加註冊計劃。您參加註冊後必須取得您的確認代碼並於註冊任何計劃服務時按要求提供該代碼。下列情況請按要求提供您的確認代碼：前往網絡健身機構 / 健身地點 (不須額外付費即可取得標準會籍)、向網上健身和 / 或認知治療服務提供者註冊，以及取得課程和活動的參加資格。請注意，您使用您的確認代碼即表示選擇公開您是網絡聯合健康保險聯邦醫療保險計劃的 Renew Active 會員。參加註冊計劃以個人為單位，而且計劃在網絡健身機構和健身地點提供的標準會員服務免會員月費待遇只適用個別會員。

您負責支付計劃服務提供者提供的所有非承保服務和 / 或類似的收費式產品和服務 (包括但不限於健身機構 / 健身中心、數位健身產品服務、數位認知治療服務提供者以及透過計劃提供的其他第三方服務產品)，包括但不限於與個人訓練課程、專門課程及超出標準會員級別的進階設施會員級別有關的費用。我們不會針對任何健身計劃產品服務補償任何費用。健身會籍產品服務 (包括使用次數、營業時間、器材、課程、個人化健身計劃、護理者使用服務和活動) 可能因地點而異。健身機構和健身地點網絡的使用資格將因計劃 / 地區而異，且可能並非所有計劃均有提供。

社區資源、課程和活動免責聲明

我們提供您所在地區內的課程和活動相關資訊，讓您有機會瞭解可能有助於整體身心健康的一些社區資源。本資訊僅為便利而提供，參加與否由本人自行決定。雖然文中提及的資源不須額外付費，但請注意，列於第三方網站或由該第三方提供的其他方案、課程、活動或服務可能會產生相關費用。聯合健康保險不為提供課程和活動的第三方組織提供認可，亦不為這些組織提供的資訊、產品或服務，或任何所連結的網站上所含的內容或任何連結擔負責任。這些資源無意取代專業健康護理，也不應用於急診或緊急護理需求。如果您有健康方面的疑慮，或在開始新的運動或飲食計劃前，請先諮詢您的醫生。最終必須由您和您的健康護理提供者決定您是否想要參加這些課程和活動。但請注意，若資源是透過網際網路提供，網際網路論壇可能含有錯誤資訊。

免責聲明

每次開始運動計劃或進行生活型態或例行健康護理變更前都要尋求醫生的建議。

特定服務、課程、活動和網上健身產品服務由聯合健康保險的關聯機構或其他與聯合健康保險沒有關聯的第三方提供。參加這些第三方服務必須接受其各自的條款和政策。聯合健康保險及其相關子公司不為第三方提供的服務或資訊擔負責任。透過這些服務提供的資訊僅供參考之用，不能替代醫生諮詢。

聯合健康保險及其相關子公司和關聯機構不為第三方提供的服務或資訊、任何連結網站的資訊提供認可或擔負責任，也不為您參加計劃的任何服務、課程、活動和網上健身產品服務受傷擔負責任。

其他規定

您參加註冊前必須先確認您要使用的健身機構 / 健身地點或服務提供者已經與計劃簽約。如果您使用的計劃服務提供者 (包括健身機構或健身地點) 不再與計劃簽約，您的計劃參與以及透過計劃而取得這類服務提供者的免會籍月費資格都會中止，直到您加入由網絡服務提供者提供的其他服務為止。服務提供者不再與本計劃簽約後，若您選擇繼續向該服務提供者取得服務，您將負責支付該服務提供者的標準會籍費率。如果您希望取消相關服務提供者的會籍，您可以根據適用的服務提供者 (包括適用的健身機構或健身地點) 的取消政策選擇退出。您一開始選擇向相關服務提供者註冊時應該向服務提供者詢問您終止會籍的權利。

資料規定

計劃管理者和 / 或您的服務提供者將依適用法律 (包括隱私權法律) 規定，按計劃作業所需收集並以電子方式傳送和 / 或接收最低限度的個人資訊量。這類必要個人資訊包括但不限於計劃確認代碼、健身機構 / 健身地點 / 服務提供者會籍號碼、活動年度和月份，以及每月使用次數。您參加註冊計劃即表示授權計劃管理者和您的服務提供者可要求和 / 或提供這類個人資訊。

©2026 聯合健康保險服務公司。保留所有權利。

Optum Financial®

隱私權通知

修訂日期：08/2025

事實說明	Optum Bank 如何使用您的個人資訊？
為甚麼？	金融公司可以自行決定如何分享您的個人資訊。聯邦法律賦予消費者限制部份 (但非全部) 資訊分享的權利。聯邦法律也規定我們必須告訴您，我們如何收集、分享和保護您的個人資訊。請仔細閱讀本通知，以瞭解我們的作法。
甚麼資訊？	我們收集和分享的個人資訊類型取決於您使用的本公司產品或服務。這些資訊可能包括： • 聯邦醫療保險受益人識別碼或會員識別號碼以及帳戶餘額 • 付款紀錄和交易紀錄 • 購買紀錄和帳戶交易 即使您不再是我們的客戶，我們仍會依照本通知所述的方式分享您的資訊。
如何分享？	所有金融公司都需要分享會員的個人資訊才能維持日常業務運作。在下節中，我們將列出金融公司可能分享其會員個人資訊的原因、Optum Bank 選擇分享的原因，以及您是否可以限制此分享。

我們可能分享您的個人資訊的原因	Optum Bank 是否分享？	您是否可以限制此分享？
我們的日常業務目的 – 例如處理您的交易、維護您的帳戶，或是回應法院命令和法律調查	是	否
我們的行銷目的 – 提供我們的產品和服務給您	是	否
與其他金融公司聯名行銷	否	我們不分享
關聯機構的日常業務目的 – 您的交易和使用經驗資訊 (不會用於關聯機構行銷其產品給您)	是	否
關聯機構日常業務目的 – 關於您信用狀況的資訊	否	我們不分享
關聯機構向您行銷產品	否	我們不分享
非關聯機構向您行銷產品	否	我們不分享

有疑問？	**請致電 1-866-234-8913 或在網上瀏覽我們的網站 optumbank.com。**

我們的作法	
Optum Bank 如何保護我的個人資訊？	為了保護您的個人資訊免於未經授權的存取和使用，我們採取符合聯邦法律的安全措施。這些措施包括電腦安全保護，以及安全檔案和建物。 我們還有額外的安全防護來保護您的資訊，並限制能夠存取這些資訊的人員。
Optum Bank 如何收集我的個人資訊？	我們會在以下情況收集您的個人資訊，例如當您： • 使用您的支付卡或繳付帳單 • 更新您的聯絡資訊 我們也會從其他來源收集您的個人資訊，例如關聯機構或其他公司。
為甚麼我無法限制所有資訊分享？	聯邦法律僅賦予您限制以下資訊分享的權利： • 分享供關聯機構日常業務目的之用 — 關於您信用狀況的資訊 • 關聯機構利用您的資訊向您行銷產品 • 分享供非關聯機構向您行銷產品 州法律和個別公司可能賦予您額外權利可限制資訊分享。

定義	
關聯機構	因具有共同所有權或控制權而有關聯的公司。這些公司可以是金融公司或非金融公司。 • 我們的關聯機構包括聯合健康集團旗下公司以及使用 Optum 名稱的公司；Optum Financial, Inc. 和聯合健康保險公司等金融公司；以及 UHG Print Services 等非金融公司。
非關聯機構	不具有共同所有權或控制權的公司。這些公司可以是金融公司或非金融公司。 • Optum Bank 不會與非關聯機構分享資訊供其向您行銷產品。
聯合行銷	非關聯金融公司之間的正式協議，共同向您行銷金融產品或服務。 • Optum Bank 不參與任何聯合行銷活動。

© 2025 Optum, Inc.。保留所有權利。

第 12 章：
定義

門診手術中心 – 門診手術中心是專為不需住院且預期在中心停留不超過 24 小時的病患提供門診外科手術服務的營運機構。

上訴 – 上訴是當您要求我們承保健康護理服務或處方配藥，或要求支付您已取得服務或藥物的費用卻遭到拒絕，但您不同意該決定時所採取的行動。如果您不同意我們停止您正在取得之服務的決定，您也可以對該決定提出上訴。

福利期 – 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 衡量您使用醫院和專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF) 服務的方式。福利期從您住進醫院或專業護理設施當天開始，在您連續 60 天均未接受任何住院護理 (或專業護理設施 (SNF) 的專業護理) 時結束。如果您在一個福利期結束後住進醫院或專業護理設施，新的福利期就會開始。您必須支付每個福利期的住院自付扣除金。福利期的數目沒有限制。

生物製劑 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母菌等天然生物原料製成的處方配藥。生物製劑比其他藥物複雜且無法完全複製，因此替代形式稱為生物相似藥。(請參閱原始生物製劑和生物相似藥)。

生物相似藥 – 一種與原始生物製劑非常相似但不完全相同的生物製劑。生物相似藥與原始生物製劑一樣安全有效。有些生物相似藥會在藥房替代原始生物製劑而無需開立新處方箋 (請參閱可互換的生物相似藥)。

原廠藥 – 由最初研發藥物的藥廠生產和銷售的處方配藥。原廠藥的有效成份配方和其副廠等效藥相同。不過，副廠藥是由其他藥廠生產和銷售，而且通常必須等到原廠藥的專利到期失效後才可提供。

重額承保階段 – D 部份配藥福利的階段，您 (或代表您的其他符合資格當事人) 在承保年度期間為聯邦醫療保險承保的 D 部份藥物支付達到 $2,100 後，即開始本階段。在本付款階段中，您不需為您的聯邦醫療保險承保 D 部份藥物支付任何費用。

聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) – 管理聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的聯邦機構。

慢性病護理特殊需求計劃 (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) – 慢性病特殊需求計劃 (C-SNPs) 是限制只有患有特定嚴重慢性病的 Medicare Advantage (MA) 符合資格者才能參加註冊的特殊需求計劃 (SNPs)。

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

共同保險 – 在支付任何自付扣除金後，您可能必須為服務或處方配藥支付的分攤費用金額，以百分比 (例如 20%) 表示。網絡內服務的共同保險以合約議定費率 (若共同保險適用的特定承保服務有此費率) 或聯邦醫療保險准許費用為基準，視我們對服務的合約安排而定。

典籍 – 聯邦醫療保險認可的參考書籍，用於 D 部份承保的藥物資訊和醫療許可的適應症。

投訴 – 提出投訴的正式名稱是提起申訴。投訴流程僅適用特定類型的問題，其中包括與護理品質、等待時間和您所接受的客戶服務有關的問題。也包括投訴本計劃未遵守上訴流程期限規定。

綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – 主要提供疾病或傷害後復健服務 (包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療和言語語言病理學服務及家庭環境評估服務) 的設施。

定額手續費 – 您可能必須為醫療服務或用品 (如醫生門診、醫院門診或處方配藥) 支付的分攤費用金額。定額手續費是固定的金額 (例如 $10)，不是百分比。

分攤費用 – 分攤費用是指會員在取得服務或藥物時必須支付的金額。(這不包括在本計劃月費中。) 分攤費用包括下列 3 種付款類型的任何組合：1) 計劃承保服務或藥物前可能會收取的任何自付扣除金金額；2) 計劃規定取得特定服務或藥物時必須支付的任何固定定額手續費金額；或 3) 計劃規定取得特定服務或藥物時必須按服務或藥物總金額的百分比支付的任何共同保險金額。

分攤費用層次 – 承保藥物清單上的每一種藥物都會列入 5 種分攤費用層次中的其中一種。一般來說，分攤費用層次愈高，您支付的藥物費用就愈高。

承保裁決 – 有關為您開立處方的藥物是否屬於本計劃的承保範圍，以及您必須為該處方配藥支付多少金額 (如有) 的決定。一般來說，如果您憑處方到藥房領藥，但藥房告訴您該處方不屬於本計劃的承保範圍時，這不算是承保裁決。您必須致電或寫信給本計劃，要求作正式的承保決定。承保裁決在本文件中稱為承保決定。

承保藥物 – 我們用這個用語來表示所有屬於本計劃承保範圍的處方配藥。

承保服務 – 在本承保證書 (EOC) 中我們用這個用語來表示所有屬於本計劃承保範圍的健康護理服務和用品。

可替代處方配藥承保 – 預期平均付款至少等於聯邦醫療保險標準處方配藥承保的處方配藥承保 (例如，僱主或工會提供的承保)。在取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 資格時擁有這類承保的民眾通常可保有該承保，只要後來決定要參加註冊聯邦醫療保險處方配藥承保即不須支付罰款。

起居照顧護理 – 起居照顧護理是指在您不需要專業醫療護理或專業護理的情況下，於護理之家、善終護理機構或其他設施場所中為您提供的個人護理。可由不具專業技能或未接受專業訓練的人提供的起居照顧護理，包括協助洗澡、穿衣服、飲食、上下床或椅子、走動和使用洗手間等日常生活活動；也可能包括大多數人會自己做的健康相關護理，例如點眼藥水。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不支付起居照顧護理。

客戶服務部 – 本計劃的內部部門，負責回答您有關會籍、福利、申訴和上訴的問題。

每日分攤費用費率 – 醫生為您的特定藥物開立少於一整個月藥量的處方且您依規定必須支付定額手續費時，即可能適用每日分攤費用費率。每日分攤費用費率是把定額手續費除以一個月藥量的天數。以下舉例說明：如果您某藥物一個月藥量的定額手續費是 $30，而本計劃的一個月藥量是 30 天，您的每日分攤費用費率就是每天 $1。

只有在藥物是固體口服劑型 (例如錠劑或膠囊劑) 且按適用法律規定配發少於一個月藥量的情況下，才適用每日分攤費用。每日分攤費用規定不適用以下任何一種情況：

1. 固體口服劑型的抗生素。
2. 以原出廠容器配發或通常以原出廠包裝配發以協助病患按規定服藥的固體口服劑型。

自付扣除金 – 本計劃為您的健康護理或處方配藥支付費用前，您必須支付的金額。

退出計劃 – 終止您的本計劃會籍的流程。

配藥費用 – 每次配發承保藥物時收取的費用，用來支付購買處方配藥的費用，例如藥劑師準備和包裝處方配藥的時間。

雙重資格個人 – 符合聯邦醫療保險和醫療補助承保資格的民眾。

雙重資格特殊需求計劃 (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) – 雙重資格特殊需求計劃 (D-SNPs) 會讓有權取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) (社會安全法案第 XVIII 編) 和按醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 規定由州政府計劃提供之醫療援助 (第 XIX 編) 兩者的個人參加註冊。州政府會視州和個人資格承保部份或全部聯邦醫療保險費用。

耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) – 醫生因醫療理由而囑咐您使用的特定醫療器材。例子包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液幫浦、言語產生裝置、氧氣設備、霧化器，或醫療護理提供者囑咐在家使用的醫院病床。

緊急狀況 – 醫療急診狀況是指您或任何其他具備一般健康和醫學知識的審慎非專業人士認為您的醫療症狀需要立即醫治才能避免失去生命 (如果您是孕婦，則包括胎兒失去生命)、肢體或肢體機能或導致身體機能喪失或嚴重受損的情況。醫療症狀可能是疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病況。

急診護理 – 指下列承保服務：1) 由符合資格可提供急診護理服務的醫療護理提供者提供的承保服務；以及 2) 治療、評估或穩定急診醫療狀況所需的承保服務。

承保證書 (Evidence of Coverage, EOC) 和公開資訊 – 本文件連同您的參加註冊表和任何其他附件、附約或您選擇的其他自選承保，用來說明您的承保、我們應盡的義務、您的權利以及身為本計劃會員您該做的事。

例外處理 – 承保決定的一種類型，一經核准，您就能取得不在我們處方藥一覽表上的藥物 (處方藥一覽表例外處理)，或能以較低的分攤費用級別取得非首選藥物 (層次例外處理)。如果本計劃要求您在取得要求的藥物前要先試用另一種藥物，或如果本計劃要求某藥物須取得事前授權，而您希望我們予以豁免該條件限制規定，或如果本計劃限制您要求藥物的數量或劑量，您也可以要求例外處理 (處方藥一覽表例外處理)。

額外補助 (Extra Help) – 協助收入和資源有限的民眾支付聯邦醫療保險處方配藥計劃費用 (例如保費、自付扣除金和共同保險) 的聯邦醫療保險方案。

副廠藥 – 美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准為與原廠藥具有相同有效成份的處方配藥。一般來說，「副廠」藥的療效和原廠藥相同，且費用通常較低。

申訴 – 您對我們的計劃、醫療護理提供者或藥房提出的一種投訴，包括與您的護理品質有關的投訴。這不涉及承保或付款爭議。

家庭健康助理 – 提供不需要持照護士或治療師技能之服務的人，例如協助個人護理 (洗澡、上廁所、穿衣服或按處方規定運動等)。

家庭健康護理 – 您為了治療疾病或傷害而在家中取得的專業護理和特定其他健康護理服務。承保服務列於第 4 章第 2.1 節的福利表，標題為「家庭健康機構護理」。如果您需要家庭健康護理服務，只要符合聯邦醫療保險承保規定，本計劃就會為您承保相關服務。家庭健康護理可包括**家庭健康助理**提供的服務，不過這些服務必須屬於您疾病或傷害的家庭健康護理計劃的一部份。除非您也同時取得承保專業服務，否則這些服務不屬於承保範圍。家庭健康服務不包括在家提供的家事服務、食物服務安排或全職護理。

善終護理 – 為醫療上已確認患有末期疾病，也就是預期生命為 6 個月或更短時間的會員提供特別治療的福利。本計劃必須提供您所在地區內的善終護理機構名單。如果您選擇接受善終護理並繼續支付保費，您仍是本計劃會員。您仍能取得所有醫療上所必需的服務以及我們提供的輔助福利。

臨終關懷 – 為末期疾病患者提供護理並為病患家人提供諮詢服務的一種特殊方式。臨終關懷是由隸屬於聯邦醫療保險認證的政府機構或私營公司的護理團隊提供的身體護理與諮詢。可視情況在家、善終護理設施、醫院或護理之家提供此護理。善終護理的用意是讓病患覺得舒適並緩解其疼痛，在病患生命的最後幾個月給予協助。重點在於護理，不是治癒。如需更多善終護理的相關資訊，請瀏覽網站 medicare.gov，在「搜尋工具」(Search Tools) 選擇「尋找聯邦醫療保險出版品」(Find a Medicare Publication)，以檢視或下載「聯邦醫療保險善終護理福利」(Medicare Hospice Benefits) 出版品。或請致電 (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。

住院期 – 您正式住院接受專業醫療服務的住院期間。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為「門診病患」。

收入相關月調整金額 (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – 如果您從 2 年前開始在國稅局 (IRS) 所得稅申報單上申報的修正調整後總所得超過特定金額，您將支付標準保費金額和收入相關月調整金額 (Income Related Monthly Adjustment Amount，簡稱 IRMAA)。收入相關月調整金額 (IRMAA) 是在您保費以外的額外收費。享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的人當中，只有不到 5% 的人會受到影響，因此大多數人不會支付較高額保費。

初始承保階段 – 這是指您的年度自付費用達到自付費用門檻金額前的階段。

初始註冊期 – 您首次符合聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資格時，可登記參加聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份的期間。如果您年滿 65 歲而符合聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資格，您的初始註冊期是從您年滿 65 歲當月的前 3 個月起算，加上您年滿 65 歲當月，一直到您年滿 65 歲當月之後 3 個月結束，合計 7 個月的期間。

可互換的生物相似藥 – 一種生物相似藥，由於符合與自動替代可能性相關的額外規定，因此可能在藥房用來替代生物相似藥原始製劑而無需開立新處方箋。藥房的自動替代需遵守州法律。

整合式雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) – 一種雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)，針對符合聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩種資格的特定群體，在單一健保計劃中承保聯邦醫療保險以及大部份或全部的醫療補助服務。這些人也稱為完全福利雙重資格個人。

長期護理機構特殊需求計劃 (Institutional Special Needs Plan, I-SNP) – 長期護理機構特殊需求計劃 (I-SNPs) 限制只有住在社區但需要設施所提供的護理級別，或住在 (或預期將會入住) 特定長期設施至少連續 90 天的 Medicare Advantage (MA) 符合資格者才能參加註冊。長期護理機構特殊需求計劃 (I-SNPs) 包括下列類型的計劃：等同長期護理機構特殊需求計劃 (Institutional-equivalent SNPs, IE-SNPs)、混合型長期護理機構特殊需求計劃 (Hybrid Institutional SNPs, HI-SNPs) 和設施型長期護理機構特殊需求計劃 (Facility-based Institutional SNPs, FI-SNPs)。

等同長期護理機構特殊需求計劃 (Institutional Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP) – 等同長期護理機構特殊需求計劃 (IE-SNP) 限制只有住在社區但需要設施所提供護理級別的 Medicare Advantage (MA) 符合資格者才能參加註冊。

承保藥物清單 (處方藥一覽表或「藥物清單」) – 計劃提供承保的處方配藥清單。

低收入補助 (Low Income Subsidy, LIS) – 請參閱額外補助 (Extra Help)。

藥廠折扣方案 – 根據此方案規定，藥廠須支付本計劃為 D 部份承保原廠藥和生物製劑所應支付全額費用的一部份。折扣以聯邦政府和藥廠的協議為依據。

最高公平價格 – 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 針對選定藥物所議定的價格。

最高自付費用金額 – 您在日曆年度期間為 A 部份和 B 部份網絡內承保服務支付的自付費用上限。您為計劃保費、聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份保費以及處方配藥支付的金額不會計入最高自付費用金額。(備註：因為我們的會員也自醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 取得補助，所以很少會員會達到此自付費用上限。) 請參閱第 4 章第 1.2 節，查詢有關您最高自付費用金額的資訊。

醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」，或稱醫療援助) – 聯邦和州的聯合方案，協助某些低收入和資源有限的民眾支付醫療費用。州政府醫療補助方案各不相同，但只要您符合聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩種資格，大多數健康護理的費用都會屬於承保範圍。

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

醫療許可的適應症 – 藥物的用途經美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准或有特定參考資訊 (例如美國醫院處方藥一覽表服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統) 佐證。

醫療上所必需 – 服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療病況所需且符合公認的醫療執業標準。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) – 適用年滿 65 歲民眾、部份未滿 65 歲但患有特定殘疾的民眾，以及末期腎病患者 (通常是需要洗腎或腎臟移植的永久腎衰竭病患) 的聯邦政府健康保險計劃。

Medicare Advantage 開放註冊期 – 從 1 月 1 日至 3 月 31 日，Medicare Advantage 計劃會員可於這段期間取消參加註冊其計劃並轉換到另一個 Medicare Advantage 計劃或透過傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 取得承保。如果您在此期間選擇轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，您也可以在該時間加入獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃。Medicare Advantage 開放註冊期也可以是自個人首次符合聯邦醫療保險資格起 3 個月期間。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時稱為聯邦醫療保險 C 部份，是由與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽約的私營公司提供的計劃，可提供您聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份的所有福利。Medicare Advantage 計劃可以是：i) 管理式健康保險機構 (HMO)，ii) 首選醫療機構 (PPO)、iii) 私營按服務收費 (Private Fee-for-Service, PFFS) 計劃，或 iv) 聯邦醫療保險醫療儲蓄帳戶 (Medicare Medical Savings Account, MSA) 計劃。除了從這些類型的計劃中做選擇之外，Medicare Advantage 管理式健康保險機構 (HMO) 或首選醫療機構 (PPO) 計劃也可以是特殊需求計劃 (Special Needs Plan, SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供聯邦醫療保險 D 部份 (處方配藥承保)。這些計劃稱為**含處方配藥承保的 Medicare Advantage 計劃**。

聯邦醫療保險准許費用 – 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 針對服務可補償的最高費用。

聯邦醫療保險指派 – 在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 中，「接受指派」是指醫生或供應商同意接受以聯邦醫療保險核准金額作為承保服務的全額付款。

聯邦醫療保險承保的服務 – 聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份承保的服務。所有聯邦醫療保險健保計劃都必須承保聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份承保的全部服務。聯邦醫療保險承保的服務一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的視覺、牙科或聽覺護理等額外福利。

聯邦醫療保險健保計劃 – 聯邦醫療保險健保計劃由與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽有合約的私營公司提供，可為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 並參加註冊計劃的民眾提供 A 部份和 B 部份的福利。本用語包括所有 Medicare Advantage 計劃、聯邦醫療保險費用計劃、特殊需求計劃、示範 / 試行方案以及長者整合護理方案 (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)。

聯邦醫療保險處方配藥承保 (聯邦醫療保險 D 部份) – 協助支付門診處方配藥、疫苗、生物製劑和不屬於聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保範圍的部份用品之費用的保險。

藥物治療管理 (Medication Therapy Management, MTM) 方案 – 針對複雜健康需求打造的聯邦醫療保險 D 部份方案，提供給符合特定規定或參加藥物管理方案的民眾。藥物治療管理 (MTM) 服務通常包括與藥劑師或健康護理提供者進行藥物審查討論。

聯邦醫療保險輔助保險 (Medicare Supplement Insurance，「Medigap」) 計劃 – 由私營保險公司銷售，用來補足傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 中「缺口」的聯邦醫療保險輔助保險。聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 計劃只能搭配傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 使用。(Medicare Advantage 計劃不是聯邦醫療保險輔助保險 (Medigap) 計劃。)

會員 (本計劃會員或「計劃會員」) – 符合資格可取得承保服務、已參加註冊本計劃且其參加註冊已獲得聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 確認而享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾。

網絡 – 已經和我們協議要為我們的會員提供承保服務，並接受以我們的付款和任何計劃分攤費用作為全額付款的醫生和其他健康護理專業人員、醫療護理組織、醫院和其他健康護理設施或醫療護理提供者。(請參閱第 1 章第 3.2 節)

網絡藥房 – 和本計劃簽約讓本計劃會員可取得其處方配藥福利的藥房。大多數情況下，您的處方配藥只有在我們的網絡藥房購買才會屬於承保範圍。

網絡醫療護理提供者 –「醫療護理提供者」這個通稱是指取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和州政府執照或認證，可提供健康護理服務的醫生、其他健康護理專業人員、醫院和其他健康護理設施。「網絡醫療護理提供者」與本計劃簽署協議，接受以我們的付款作為全額付款，而且在某些情況下會為本計劃會員協調和提供承保服務。網絡醫療護理提供者也稱為「計劃醫療護理提供者」。

原始生物製劑 – 經美國食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准的生物製劑，供藥廠作為生產生物相似等效藥的參照標準，也稱為參考製劑。

開放註冊期 – 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日，會員可於這段期間變更其健保計劃或配藥計劃或轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (也稱為年度註冊期)。

機構裁決 – 本計劃作成有關用品或服務是否屬於承保範圍或您必須為承保用品或服務支付多少費用的決定。機構裁決在本文件中稱為「承保決定」。

傳統聯邦醫療保險 (「Original Medicare」，或稱「按服務收費」聯邦醫療保險) **–** 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 由政府提供，並不是私營健保計劃 (如 Medicare Advantage 計劃及處方配藥計劃)。根據傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 規定，需按美國國會規定的金額支付醫生、醫院和其他健康護理提供者以取得聯邦醫療保險服務的承保。您可以向接受聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的任何醫生、醫院或其他健康護理提供者求診。您必須支付自付扣除金。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 會支付聯邦醫療保險核准金額中其應分攤的部份，您則支付您應分攤的部份。傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 有 2 個部份：A 部份 (醫院保險) 和 B 部份 (醫療保險)，美國每個地方都有提供。

網絡外藥房 – 沒有和本計劃簽約為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。您在網絡外藥房取得的大多數藥物都不屬於本計劃的承保範圍，除非適用特定條件。

網絡外醫療護理提供者或網絡外設施 – 沒有和本計劃簽約為本計劃會員協調或提供承保服務的醫療護理提供者或設施。網絡外醫療護理提供者是未受本計劃聘僱、非本計劃擁有或經營的醫療護理提供者。

自付費用 – 請參閱前文「分攤費用」的定義。會員為其取得的服務或藥物支付部份費用的分攤費用規定，也稱為會員的「自付費用」規定。

自付費用門檻 – 您為 D 部份藥物支付的自付費用上限金額。

長者整合護理方案 (PACE) 計劃 – 長者整合護理方案 (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) 計劃結合長者醫療、社會和長期護理服務，協助長者儘可能在社區獨立生活更久 (而不是搬到護理之家)，同時還能取得所需的高品質護理。參加註冊長者整合護理方案 (PACE) 計劃的民眾可透過本計劃取得其聯邦醫療保險和醫療補助兩種福利。並非各州均有長者整合護理方案 (PACE)。如果您想知道您所在州是否有提供長者整合護理方案 (PACE)，請聯絡客戶服務部。

C 部份 – 請參閱 **Medicare Advantage (MA) 計劃**。

D 部份 – 自願參加的聯邦醫療保險處方配藥福利方案。

D 部份藥物 – 屬於 D 部份承保範圍的藥物。我們可能有提供全部 D 部份藥物或可能沒有提供全部 D 部份藥物。特定類別的藥物經美國國會指定為 D 部份不予承保的藥物。所有計劃都必須承保特定類別的 D 部份藥物。

D 部份延遲參加註冊罰款 – 如果您在首次符合資格可加入 D 部份計劃後連續 63 天或更多天沒有可替代承保 (即承保的預期平均付款至少等於標準聯邦醫療保險處方配藥承保) 時，加到您聯邦醫療保險配藥承保計劃月費的金額。如果您失去額外補助 (Extra Help)，當您連續 63 天或更長時間沒有 D 部份或其他可替代處方配藥承保，您可能必須支付延遲參加註冊罰款。

定點服務 (Point of Service, POS) 計劃 – 身為本定點服務 (Point of Service, POS) 計劃會員，您可以向網絡醫療護理提供者取得承保服務。您也可以向未與聯合健康保險簽約的醫療護理提供者取得例行牙科護理承保服務。

保費 – 定期向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)、保險公司或健康護理計劃支付的健康承保或處方配藥承保款項。

處方配藥福利管理者 – 第三方處方配藥組織，負責處理和支付處方配藥請款、制定和維護藥物清單 (處方藥一覽表)，以及與藥廠議定折扣和退款。

預防護理服務 – 旨在預防疾病或在早期發現疾病的健康護理，此時治療通常最為有效 (例如，預防護理服務包括宮頸塗片檢查、流感疫苗注射和篩檢乳房 X 光攝影)。

主治醫生 (Primary Care Provider, PCP) – 您出現大部份健康問題時最先去求診的醫生或其他醫療護理提供者。許多聯邦醫療保險健保計劃規定，您必須先向主治醫生求診，之後才能向其他健康護理提供者求診。

事前授權 – 若是醫療服務，這個流程是指您的醫生或診療醫療護理提供者必須事先取得核准才能提供特定醫療服務或獲得付款。若是特定藥物，這個流程是指您或您的醫療護理提供者必須事先取得核准才能取得特定藥物或獲得付款。此核准以特定標準為依據。第 4 章的醫療福利表會標示須事前授權的承保服務。處方藥一覽表會標示須事前授權的承保藥物，我們的標準也會發布在我們的網站上。

義具和矯具 – 醫療裝置，包括但不限於手臂、背部和頸部支架；義肢；假眼；以及替換體內部位或機能所需的器材，包括造口用品以及腸內和腸外營養療法。

品質改進組織 (Quality Improvement Organization, QIO) – 執業醫生和其他健康護理專家組成的團體，由聯邦政府支付費用，負責查核並改進為聯邦醫療保險病患提供的護理。

數量限制 – 基於品質、安全或使用理由，用來限制藥物之使用的管理工具。可以限制每份處方配藥或在既定期間內我們承保的藥物數量。

即時福利工具 – 入口網站或電腦應用程式，讓計劃參加者能夠查看完整、正確、及時、具有臨床適當性並且是計劃參加者適用的處方藥一覽表和福利資訊。其中包括分攤費用金額、可能用於與指定藥物治療相同健康病況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規定 (事前授權、循序用藥、數量限制)。

轉介 – 主治醫生開立的書面囑咐，安排您向專科醫生求診或取得特定醫療服務。若未經轉介，本計劃可能不會支付專科醫生所提供服務的費用。

復健服務 – 這類服務包括住院復健護理、物理治療 (門診)、言語和語言治療以及職能治療。

零售免預約診所 – 通常不需要預約的醫療護理提供者地點，可能是獨立的地點，也可能位於零售商店、超市或藥房內。免預約診所服務的分攤費用比照緊急護理中心。(請參閱第 4 章中的福利表)

選定藥物 – 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 已議定最高公平價格的 D 部份承保藥物。

服務地區 – 您必須住在地區內才能加入特定健保計劃。若計劃會限制您可使用哪些醫生和醫院，通常這也就是您可取得例行 (非急診) 服務的地區。如果您永久搬離本計劃的服務地區，本計劃可將您退出計劃。

專業護理設施 (Skilled Nursing Facility, SNF) 護理 – 在專業護理設施持續提供的日常專業護理和復健服務。護理的例子包括只能由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

特殊需求計劃 – 特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，為擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 兩者、住在護理之家或患有特定慢性醫療病況等特定族群提供更集中的健康護理。

循序用藥 – 規定您要先試另一種藥物來治療您的醫療病況，然後我們才會承保您的醫生最初開立處方的藥物的一種使用工具。

社會安全補助金 (Supplemental Security Income, SSI) – 社會安全局每月付給收入與資源有限且患有殘疾、失明或年滿 65 歲民眾的一種福利。社會安全補助金 (SSI) 福利和社會安全福利不同。

緊急護理服務 – 如果您暫時在本計劃服務地區外，或因您的時間、地點和情況而無法合理向網絡醫療護理提供者取得不屬於急診但需要立即醫療處理的計劃承保服務，則該服務屬於緊急護理服務。緊急護理服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或既有病況的意外發作。即使您在本計劃服務地區外或本計劃網絡暫時無法提供服務，醫療上所必需的例行醫療護理提供者看診 (例如年度檢查) 也不視為緊急護理性質。

UHC Dual Complete NY-S002 (HMO-POS D-SNP)
客戶服務部：

致電 **1-800-514-4912**
撥打本號碼不需付費。上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。客戶服務部也為非英語使用者免費提供口譯服務。

聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**
撥打本號碼不需付費。上午 8 時至晚上 8 時：10 月至 3 月每週 7 天；4 月至 9 月週一至週五。

寫信：**P.O. Box 30770**
Salt Lake City, UT 84130-0770

myUHC.com/CommunityPlan

州政府健康保險協助方案

州政府健康保險協助方案是聯邦政府出資的州方案，免費為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾提供當地的健康保險諮詢。
您可以撥打承保證書第 2 章第 3 節所列的號碼，與您所在州的州政府健康保險協助方案 (SHIP) 聯絡。

文書作業減量法案 (PRA) 公開聲明 *– 根據 1995 年文書作業減量法案，除非資訊收集顯示有效的預算管理辦公室 (OMB) 控制編號，否則任何人都無義務必須回應。本資訊收集的有效預算管理辦公室 (OMB) 控制編號為 0938-1051。如果您有關於改善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。*

CSNY26HP0346971_003