承保證書
2023

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO)

免付費電話 **1-866-870-9604**，聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711**
每週 7 天，每天 24 小時

myAARPMedicare.com

AARP® | Medicare Advantage from UnitedHealthcare®

Y0066_EOC_H3418_001_000_2023_CT_C

2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

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處方配藥承保

本文件提供 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日聯邦醫療保險健康護理和處方配藥承保的詳情，



這是一份重要的法律文件。請存放在安全的地方。

如有關於本文件的疑問，請聯絡客戶服務部，電話 1-866-870-9604。(聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。服務時間每週 7 天，每天 24 小時。

本 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 計劃由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 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO)。)

聯合健康保險公司向 AARP 支付權利金以使用其智慧財產。這些費用供 AARP 一般目的之用。AARP 和其關聯機構並非保險公司。即使您不是 AARP 會員也可以參加註冊。AARP 鼓勵您選擇產品時應考量您的需要，AARP 不為個人做特定的產品或藥房建議。

聯合健康保險不會因種族、膚色、原國籍、性別、年齡或殘疾而在健康計劃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 1-866-870-9604 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 使用者請撥 711)。服務時間每週 7 天，每天 24 小時。

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 1-866-870-9604 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

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. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-870-9604, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

福利、保費、自付扣除金和 / 或定額手續費 / 共同保險將可能於 2024 年 1 月 1 日變更。

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

處方藥一覽表、藥房網絡和醫療護理提供者網絡將可能隨時變更。您會在必要時收到通知。我們會至少提前 30 天將變更通知寄送給受影響的計劃參加者。

本文件說明您的福利和權利。請使用本文件來瞭解以下資訊：

- 您的計劃保費和分攤費用；
- 您的醫療和處方配藥福利；
- 不滿意某項服務或治療時如何提出投訴；
- 需要進一步協助時如何與我們聯絡；以及
- 聯邦醫療保險法律規定的其他保障。

2023 年承保證書
目錄

第 1 章： 會員入門指引 1
第 1 節 簡介 2
第 2 節 您為甚麼符合本計劃會員的資格？ 3
第 3 節 您將收到哪些重要會籍資料 3
第 4 節 您計劃的每月費用 5
第 5 節 您的月費詳情 7
第 6 節 讓您的計劃會籍紀錄保持最新狀態 8
第 7 節 其他保險和本計劃一起運作的方式 9

第 2 章： 重要的電話號碼和資源 11
第 1 節 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 聯絡資訊 (如何與我們聯絡，包括如何聯繫客戶服務部) 12
第 2 節 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) (如何直接從聯邦政府的聯邦醫療保險計劃取得協助和資訊) 16
第 3 節 州政府醫療保險計劃 (免費的協助、資訊並回答您有關聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的疑問) 18
第 4 節 品質改進組織 19
第 5 節 社會安全局 19
第 6 節 醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 20
第 7 節 幫助民眾支付其處方配藥費用的方案的相關資訊 21
第 8 節 如何聯絡鐵路退休委員會 23
第 9 節 您是否有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？ 23

第 3 章： 使用計劃取得醫療服務 25
第 1 節 本計劃會員取得醫療護理注意事項 26
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 27
第 3 節 需要急診、緊急護理或遭遇災難時如何取得服務 29
第 4 節 如果您直接收到服務全額費用的帳單怎麼辦？ 31
第 5 節 參加「臨床研究」時的醫療服務如何取得承保？ 31
第 6 節 在「宗教性非醫療健康護理機構」取得護理的規則 33

第 7 節 耐用醫療器材的所有權規則 33

第 4 章： 醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用) 35

第 1 節 瞭解您承保服務的自付費用 36

第 2 節 使用醫療福利表查明哪些屬於承保範圍以及您要支付多少費用 39

第 3 節 哪些服務不屬於本計劃的承保範圍？ 106

第 5 章： 使用本計劃的 D 部份處方配藥承保 111

第 1 節 簡介 112

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 112

第 3 節 您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上 115

第 4 節 部份藥物有承保限制規定 116

第 5 節 如果您有一種藥物的承保不是您想要的承保方式怎麼辦？ 118

第 6 節 如果您某種藥物的承保範圍變更怎麼辦？ 120

第 7 節 哪些類型的藥物不屬於本計劃的承保範圍？ 122

第 8 節 購買處方配藥 123

第 9 節 特殊情況的 D 部份配藥承保 123

第 10 節 藥物安全和藥物管理方案 124

第 6 章： 您需為 D 部份處方配藥支付的費用 126

第 1 節 簡介 127

第 2 節 您支付的藥物費用視您取得藥物時在哪個「藥物付款階段」而定 129

第 3 節 我們寄給您的報告會解說您的藥物付款和您在哪個付款階段 129

第 4 節 在自付扣除金階段中，您要為第三層次、第四層次和第五層次藥物支付全額費用 130

第 5 節 在初始承保階段中，本計劃為您的藥物支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用 131

第 6 節 承保缺口階段費用 134

第 7 節 在重額承保階段中，本計劃會為您的藥物支付大部份費用 134

第 8 節 額外福利資訊 135

第 9 節 D 部份疫苗。您支付多少費用視您如何接種和在哪裡接種而定 135

第 7 章： 要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用 137
第 1 節 您應要求我們為您的承保服務或藥物支付我們應分攤費用的情況 138
第 2 節 如何要求我們償還您或支付您所收到帳單的費用 140
第 3 節 我們會考慮您的付款要求並表示同意或拒絕 140

第 8 章： 您的權利和責任 142
第 1 節 本計劃必須尊重計劃會員的權利和文化背景 143
第 2 節 身為本計劃會員您應承擔部份責任 154

第 9 章： 如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦 156
第 1 節 簡介 157
第 2 節 哪裡可以取得更多資訊和個人化的協助 157
第 3 節 處理您的問題時應使用哪種流程？ 158
第 4 節 承保決定和上訴的基本指南 158
第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴 160
第 6 節 您的 D 部份處方配藥：如何要求承保決定或提出上訴 166
第 7 節 如果您認為醫生太快讓您出院，如何要求我們承保更長的住院期間 174
第 8 節 如果您認為您的承保太快結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務 180
第 9 節 在層級 3 和之後層級繼續上訴 185
第 10 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 187

第 10 章： 終止您的計劃會籍 191
第 1 節 終止計劃會籍簡介 192
第 2 節 您何時可終止您的本計劃會籍？ 192
第 3 節 您如何終止您的本計劃會籍？ 194
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服務和藥物 194
第 5 節 在特定情況下我們必須終止您的計劃會籍 195

第 11 章： 法律通知 197
第 1 節 準據法通知 198
第 2 節 不歧視通知 198
第 3 節 聯邦醫療保險次要支付者代位權通知 198
第 4 節 第三方責任和代位權 198
第 5 節 會員責任 199
第 6 節 聯邦醫療保險承保的服務必須符合合理必需規定 199
第 7 節 不重複汽車、意外或責任險承保的福利 200
第 8 節 超出我們控制範圍的行為 200
第 9 節 合約醫療護理提供者和網絡醫院是獨立承包商 200
第 10 節 技術評估 200
第 11 節 會員聲明 201
第 12 節 索取資訊 201
第 13 節 2023 年計劃參加者詐欺和濫用通訊 201
第 14 節 承保決定的承諾 202
第 15 節 Renew Active™ 條款與條件 202
第 16 節 Fitbit® 條款與條件 203

第 12 章： 重要用語的定義 204

第1章

會員入門指引

第 1 節 簡介

第 1.1 節 您參加註冊的是 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO)，是聯邦醫療保險優先醫療機構 (PPO)

您屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的承保範圍，而且您選擇透過本計劃，即 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 取得聯邦醫療保險健康護理和處方配藥承保。我們必須承保所有 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。

本計劃是 Medicare Advantage PPO 計劃 (PPO 的意思是優先醫療機構)。和所有的聯邦醫療保險健保計劃一樣，本聯邦醫療保險優先醫療機構 (PPO) 經聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准並由私營公司經營。

本計劃承保符合合格健康承保 (Qualifying Health Coverage, QHC) 資格，也符合病患保護與平價醫療法案 (Affordable Care Act, ACA) 的個人責任分攤規定。請瀏覽國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/individuals-and-families，查詢更多資訊。

第 1.2 節 承保證書文件包含哪些內容？

本**承保證書**文件告訴您如何取得醫療護理和處方配藥。承保證書說明了您的權利與義務、承保項目、身為計劃會員您應該支付哪些費用，以及不滿意某項決定或治療時如何提出投訴。

「承保」和「承保服務」是指您身為本計劃會員可取得的醫療護理、服務以及處方配藥。

請務必瞭解計劃有哪些規則以及可提供您哪些服務。我們鼓勵您抽空瀏覽這整本**承保證書**文件。

如果您感到困惑、有疑慮或只是有疑問，請與客戶服務部聯絡。

第 1.3 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，內容是關於本計劃如何承保您的護理。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 2023 年 1 月 1 日至 2023 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」) 允許我們可以在每個日曆年度對所提供的計劃進行變更。意思是我們可以在 2023 年 12 月 31 日後變更計劃的費用和福利。我們也可以選擇在 2023 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) 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」) 展延其對本計劃的核准，您便可繼續每年以本計劃會員身份取得聯邦醫療保險承保。

第 2 節 您為甚麼符合本計劃會員的資格？

第 2.1 節 您的資格規定

只要符合下列條件，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
- **– 而且 –** 您住在我們的服務地區內 (下文第 2.2 節會說明我們的服務地區)。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。
- **– 而且 –** 您是美國公民或合法居留美國

第 2.2 節 這是 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 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。欲保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下列 New York 各郡區：Kings、New York、Queens。

如果您打算搬離服務地區，您就不能繼續維持本計劃會員的身份。請聯絡客戶服務部，查明我們在您新遷入的地區是否有提供計劃。

您搬家時會有特別註冊期，允許您轉換到傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 或參加註冊新遷入地點有提供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。您可在第 2 章第 5 節找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

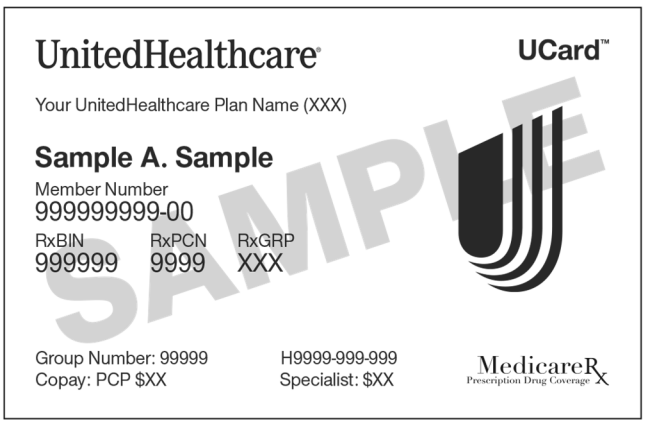
第 2.3 節 美國公民或合法居留

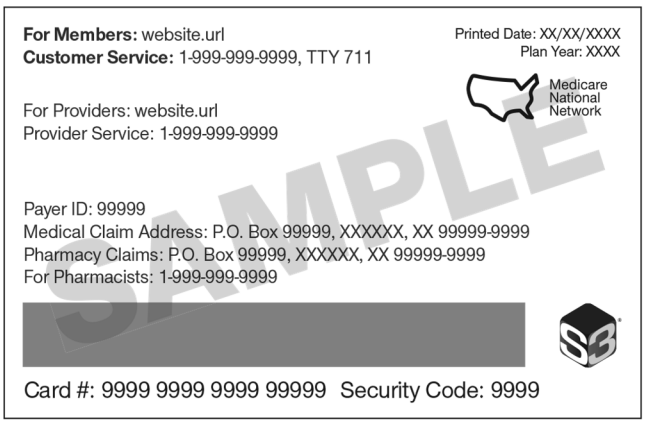
聯邦醫療保險健保計劃會員必須是美國公民或在美國合法居留。如果您是因為這個原因沒有資格繼續保有會籍，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) (聯邦醫療保險與醫療補助服務機構) 將會通知 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO)。如果您不符合這項規定，AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 必須將您退出計劃。

第 3 節 您將收到哪些重要會籍資料

第 3.1 節 您的聯合健康保險會員卡

身為本計劃會員期間，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，都必須使用您的聯合健康保險會員卡。您也應該向醫療護理提供者出示您的醫療補助卡 (若適用)。以下的聯合健康保險會員卡樣本就是您會員卡的樣子：





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會員卡，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會員卡污損、遺失或失竊，請立即致電客戶服務部，我們會寄發新卡給您。

第 3.2 節 醫療護理提供者名冊

醫療護理提供者名冊會列出我們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做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。

身為本計劃會員，您可以選擇接受網絡外醫療護理提供者的護理。本計劃會承保網絡內或網絡外醫療護理提供者提供的服務，但服務必須是承保福利且是醫療上所必需。不過，如果您使用網絡外醫療護理提供者，您的承保服務分攤費用可能會比較高。請參閱第 3 章 **(使用計劃的承保取得醫療服務)**，查詢更多特定資訊。

我們網站有最新的醫療護理提供者和供應商名單，請瀏覽 myAARPMedicare.com。

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。

第 3.3 節 藥房名冊

藥房名冊會列出我們的網絡藥房。**網絡藥房**是指已同意為本計劃會員配發承保處方配藥的全部藥房。您可以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。

如果您未持有**藥房名冊**，您可向客戶服務部索取一份。您也可以在我們的網站 myAARPMedicare.com 找到這些資訊。

第 3.4 節 本計劃的承保藥物清單 (處方藥一覽表)

本計劃有一份**承保藥物清單 (處方藥一覽表)**，我們簡稱為「藥物清單」，其中說明哪些 D 部份

處方配藥屬於本計劃所含 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組成的團隊協助本計劃挑選。清單必須符合聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的規定。聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 已核准本計劃的藥物清單。

藥物清單也會說明是否有限定您配藥承保的任何規則。

我們會提供藥物清單給您。欲取得最完整、最新的承保藥物資訊，您可瀏覽本計劃的網站 (myAARPMedicare.com)，或致電客戶服務部。

第 4 節 您計劃的每月費用

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 部份保費 (第 4.2 節)
- 可選擇的輔助福利保費 (第 4.3 節)
- D 部份延遲參加註冊罰款 (第 4.4 節)
- 收入相關月調整金額 (第 4.5 節)

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，請參閱您的 2023 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2023) 手冊「2023 年聯邦醫療保險費用」(2023 Medicare Costs) 一節。如果您需要手冊，您可以到聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov) 下載。或者，您可致電索取印刷本，電話 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。

第 4.1 節 計劃保費

您不須為本計劃另外支付月費。

第 4.2 節 聯邦醫療保險 B 部份保費

許多會員必須支付其他聯邦醫療保險保費

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。可能還包括 A 部份保費，影響到的是不符合零保費 A 部份資格的會員。

第 4.3 節 可選擇的輔助福利保費

如果您登記取得額外福利 (也稱為「可選擇的輔助福利」)，每個月即須為這類額外福利支付額外保費。請參閱第 4 章第 2.2 節查詢詳情。白金牙科附約 (Platinum Dental Rider) 的保費金額是 $52.00。

第 4.4 節 D 部份延遲參加註冊罰款

有些會員必須支付 D 部份延遲參加註冊罰款。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處方配藥承保，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。「可替代處方配藥承保」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處方配藥承保。延遲參加註冊罰款的金額視您多久沒有 D 部份或其他可替代處方配藥承保而定。在您享有 D 部份承保的期間，您都需要支付此罰款。

我們會在您首次參加註冊本計劃時讓您知道罰款金額。

如果您符合以下條件之一，您便不必支付此罰款：

- 您取得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的「額外補助」(Extra Help)，幫助您支付處方配藥的費用。
- 您沒有可替代承保的時間少於連續 63 天。
- 您曾透過前僱主、工會、軍人醫療保險計劃 (TRICARE) 或退伍軍人管理局等其他來源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。此資訊可能是用信函寄送給您或附在計劃通訊中一併寄送。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：**任何通知均須要載明您有預期付款至少可和聯邦醫療保險的標準處方配藥計劃一樣的「可替代」處方配藥承保。
  - **備註：**以下**不是**可替代處方配藥承保：處方配藥折扣卡、義診和藥物折扣網站。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 會確定罰款金額。以下是計算方式：

- 如果您在剛符合參加註冊 D 部份的資格後有 63 天或更長時間沒有 D 部份或其他可替代處方配藥承保，本計劃會計算您有幾個完整月份沒有承保。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的金額。2023 年這個平均保費金額是 $32.74。
- 欲計算您的每月罰款，將罰款百分比乘以平均月費，再進位至小數點第一位。在這個例子中，14% 乘以 $32.74 等於 $4.58，進位後為 $4.60。此金額會加**到要支付 D 部份延遲參加註冊罰款的人的月費中**。

有關此每月 D 部份延遲參加註冊罰款，有三個重要注意事項：

- 首先，**罰款可能會每年變更**，因為平均月費每年都可能會變更。
- 其次，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。
- 第三，如果您未滿 65 歲且目前正在接受聯邦醫療保險福利，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 4.5 節 收入相關月調整金額

有些會員可能必須支付額外費用，稱為 D 部份收入相關月調整金額 (Income Related Monthly Adjustment Amount，簡稱 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 https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans。

如果您必須支付額外金額，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金額，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金額，您將會退出計劃並失去處方配藥承保。

如果您不同意支付額外金額，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，請聯絡社會安全局，電話 1-800-772-1213 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 1-800-325-0778)。

第 5 節 您的月費詳情

第 5.1 節 您有幾種方法可以支付計劃保費

您有四種方法可以支付計劃保費。

選項 1：支票付款

我們每個月會寄給您計劃月費帳單。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，請致電客戶服務部。

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，也可以致電客戶服務部。

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計劃月費。如果您想登記使用信用卡支付計劃月費，請致電客戶服務部。

選項 4：從每月社會安全支票扣除計劃保費

變更支付保費的方式。如果您決定變更支付保費的方式，新的付款方法最多可能需要三個月的時間才能生效。在我們處理您要求的新付款方法期間，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。(您可以在本手

冊封面找到我們的電話號碼。)

如果您支付計劃保費有困難怎麼辦

本公司應在每月 1 號前收到您的計劃保費。如果我們沒有在月份 1 號收到付款，便會寄欠款通知給您。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。

如果我們因您未支付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。此外，如果您在年度註冊期參加註冊新計劃，您可能必須等到下一年才能取得 D 部份承保。(如果您超過 63 天沒有「可替代」配藥承保，只要在您有 D 部份承保期間，可能都必須支付 D 部份延遲參加註冊罰款。)

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)；請參閱第 9 章瞭解如何提出投訴。如果您發生非您所能控制的緊急狀況，導致您無法在我們的寬限期內支付保費，您可以提出投訴。收到投訴後，我們會再次審查我們的決定。本文件第 9 章第 10 節會說明如何提出投訴，或您也可以致電 1-866-870-9604 與我們聯絡，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 711。您最遲必須在會籍終止日期後 60 天提出要求。

第 5.2 節 我們能在年度當中變更您的計劃月費嗎？

不能。我們不可以在年度當中變更我們收取的計劃月費金額。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，變更則會於 1 月 1 日生效。

但在某些情況下，您也許可以停止支付應支付的延遲參加註冊罰款，或需要開始支付延遲參加註冊罰款。如果年度當中您取得「額外補助」(Extra Help) 方案的資格，或您失去「額外補助」(Extra Help) 方案的資格，就會發生這種情況：

- 如果您目前支付 D 部份延遲參加註冊罰款並在年度期間取得「額外補助」(Extra Help) 的資格，您就可以停止支付您的罰款。
- 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。

您可在第 2 章第 7 節找到更多有關「額外補助」(Extra Help) 方案的資訊。

第 6 節 讓您的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。

計劃網絡內的醫生、醫院、藥劑師和其他醫療護理提供者需要有您的正確資訊。**這些網絡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。

請通知我們以下變更：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更。
- 您參加註冊的任何其他醫療或配藥保險承保 (例如來自您的僱主、您配偶的僱主、工傷賠償或醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 變更。
- 您有任何責任求償，例如因為汽車事故而有的求償。
- 您已入住療養院。
- 您在地區外或網絡外醫院或急診室接受護理。
- 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。

如果您搬家或變更郵寄地址，也務必聯絡社會安全局。您可在第 2 章第 5 節找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

第 7 節 其他保險和本計劃一起運作的方式

其他保險

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 要求我們向您收集您所參加註冊任何其他醫療或配藥保險承保的資訊。這是因為我們必須把您的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保險承保。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，請致電客戶服務部。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 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 有制定規則來決定是本計劃還是您的其他保險應該先支付。首先支付的保險稱為「主要支付者」，最多支付至其承保上限。其次支付的保險則稱為「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礎，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，您本人或配偶仍在工作，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

醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 和軍人醫療保險計劃 (TRICARE) 都不會首先支付聯邦醫療保險承保的服務。兩者只會在聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)、僱主團體健保計劃和 / 或醫療保險輔助保險計劃 (Medigap) 支付之後才會支付。

第 2 章

重要的電話號碼和資源

第 1 節 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 聯絡資訊 (如何與我們聯絡，包括如何聯繫客戶服務部)

如何與本計劃的客戶服務部聯絡

如需請款、帳單或聯合健康保險會員卡等問題的協助，請致電或寫信給本計劃客戶服務部。我們很樂意協助您。

方法	客戶服務部 – 聯絡資訊
電話	**1-866-870-9604** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時 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。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時
寫信	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
網站	**myAARPMedicare.com**

您想要求醫療護理的承保決定或上訴時如何與我們聯絡

承保決定是指我們做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 部份處方配藥支付的金額。上訴是要求我們審查並變更我們已做成之承保決定的正式方法。如需更多要求醫療護理或 D 部份處方配藥承保決定或上訴的資訊，請參閱第 9 章 (如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)。

如果您有關於我們承保決定流程的疑問，可以打電話給我們。

方法	醫療護理承保決定 – 聯絡資訊
電話	**1-866-870-9604** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時
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：每週 7 天，每天 24 小時
傳真	**1-888-950-1170**

方法	醫療護理承保決定 – 聯絡資訊
寫信	UnitedHealthcare Customer Service Department (Organization Determinations) P.O. Box 30770, Salt Lake City, UT 84130-0770
網站	**myAARPMedicare.com**

方法	醫療護理上訴 – 聯絡資訊
電話	**1-866-870-9604** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時 醫療護理的快速 / 特急上訴： **1-877-262-9203** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時
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：每週 7 天，每天 24 小時
傳真	僅限快速 / 特急上訴： **1-866-373-1081**
寫信	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0157, Cypress, CA 90630-0016
網站	**myAARPMedicare.com**

方法	D 部份處方配藥的承保決定 – 聯絡資訊
電話	**1-866-870-9604** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時
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：每週 7 天，每天 24 小時
傳真	**1-844-403-1028**
寫信	OptumRx Prior Authorization Department P.O. Box 25183, Santa Ana, CA 92799

方法	D 部份處方配藥的承保決定 – 聯絡資訊
網站	**myAARPMedicare.com**

方法	D 部份處方配藥的上訴 – 聯絡資訊
電話	**1-866-870-9604** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時 D 部份處方配藥的快速 / 特急上訴： **1-800-595-9532** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時
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：每週 7 天，每天 24 小時
傳真	D 部份處方配藥的標準上訴： **1-866-308-6294** 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 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016
網站	**myAARPMedicare.com**

您想提出醫療護理相關投訴時如何與我們聯絡

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。如需更多提出醫療護理相關投訴的資訊，請參閱第 9 章 **(如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)**。

方法	醫療護理相關投訴 – 聯絡資訊
電話	**1-866-870-9604** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時 醫療護理相關快速 / 特急投訴： **1-877-262-9203** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時

方法	醫療護理相關投訴 – 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：每週 7 天，每天 24 小時
傳真	僅限快速 / 特急投訴： **1-866-373-1081**
寫信	UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department P.O. Box 6106, MS CA124-0157, Cypress, CA 90630-0016
聯邦醫療保險網站	您可以直接向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出有關 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 的投訴。如欲在網上向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出投訴，請前往 **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**。

方法	D 部份處方配藥相關投訴 – 聯絡資訊
電話	**1-866-870-9604** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時 D 部份處方配藥的快速 / 特急投訴： **1-800-595-9532** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時
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：每週 7 天，每天 24 小時
傳真	D 部份處方配藥的標準投訴： **1-866-308-6294** 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 6106, MS CA124-0197, Cypress, CA 90630-0016
聯邦醫療保險網站	您可以直接向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出有關 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 的投訴。如欲在網上向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出投訴，請前往 **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**。

要求我們為您已接受的醫療護理或藥物支付我們應分攤的費用時要把要求寄到哪裡。
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 **(要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用)**。

請注意：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。如需更多資訊，請參閱第 9 章 **(如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦)**。

方法	付款要求 – 聯絡資訊
電話	**1-866-870-9604** 撥打本號碼不需付費。 服務時間：每週 7 天，每天 24 小時
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：每週 7 天，每天 24 小時
寫信	醫療請款付款要求： UnitedHealthcare P.O. Box 31362, Salt Lake City, UT 84131-0362 D 部份處方配藥付款要求： OptumRx P.O. Box 650287, Dallas, TX 75265-0287
網站	**myAARPMedicare.com**

第 2 節 聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) (如何直接從聯邦政府的聯邦醫療保險計劃取得協助和資訊)

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，有時稱為「CMS」)。此機構與 Medicare Advantage 組織簽約，包括本公司在內。

方法	聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) – 聯絡資訊
電話	**1-800-MEDICARE** 或 **1-800-633-4227** 撥打本號碼不需付費。 每週 7 天，每天 24 小時。

方法	聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) – 聯絡資訊
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**1-877-486-2048** 本號碼需使用特殊電話器材，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。
網站	**www.medicare.gov** 這是聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的政府官方網站，為您提供聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 及目前聯邦醫療保險議題的最新資訊，還有關於醫院、療養院、醫生、家庭健康機構和洗腎設施的資訊。網站有您可以直接從電腦列印的文件。您也能找到您所在州的聯邦醫療保險聯絡資訊。 聯邦醫療保險網站也有下列工具可查明關於您的聯邦醫療保險資格和參加註冊選項的詳細資訊： • **聯邦醫療保險資格工具：**提供聯邦醫療保險資格狀態資訊。 • **聯邦醫療保險計劃搜尋工具：**提供您所在地區有提供的聯邦醫療保險處方配藥計劃、聯邦醫療保險健保計劃和聯邦醫療保險輔助保險 (Medicare Supplement Insurance, Medigap) 計劃的個人化資訊。這些工具可**預估**參加註冊不同的聯邦醫療保險計劃時您可能要支付的自付費用。 您也可以利用網站來告訴聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 您有關 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 的任何投訴： • **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 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 的投訴。欲向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。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。 如果您沒有電腦，當地圖書館或長者中心也許可以協助您使用那裡的電腦瀏覽這個網站。或者，您可致電聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，告訴他們您要找哪些資訊。他們會在網站查到資訊，然後與您一同檢閱這些資訊。(您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，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。)

第 3 節 州政府醫療保險計劃 (免費的協助、資訊並回答您有關聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的疑問)

州政府醫療保險計劃 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 是每一個州都有的政府計劃，並配置受過訓練的諮詢人員。在您所在州，州政府醫療保險計劃 (SHIP) 稱為 New York 健康保險資訊諮詢和補助計劃 (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP)。

您的州政府醫療保險計劃 (SHIP) 是聯邦政府出資的獨立 (與任何保險公司或健保計劃均無關聯) 州計劃，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。

州政府醫療保險計劃 (SHIP) 諮詢人員能協助您瞭解您的聯邦醫療保險權利、提出關於您醫療護理或治療的投訴，幫助您解決聯邦醫療保險帳單的相關問題。州政府醫療保險計劃 (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。

取得州政府醫療保險計劃 (SHIP) 和其他資源的方法：

- 前往 www.medicare.gov
- 在首頁中央點選「找人談談」(Talk to Someone)
- 您現在有以下選項
  - 選項 1：您可以和 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 代表即時對話
  - 選項 2：您可以從下拉式清單中選擇您的所在州，然後點選前往 (GO)。您前往的網頁就會列出您所在州專用的電話號碼和資源。

方法	**州政府醫療保險計劃 (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

每州都設有一個指定用來服務聯邦醫療保險受益人的品質改進組織。New York 的品質改進組織稱為 Livanta 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，您應聯絡您所在州的品質改進組織：

- 您想投訴所接受護理的品質。
- 您認為您住院的承保太快終止。
- 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) 服務的承保太快終止。

方法	**品質改進組織 (Quality Improvement Organization, QIO) – 聯絡資訊** **New York** **Livanta 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 11 時至下午 3 時**
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**1-866-868-2289** 本號碼需使用特殊電話器材，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。
寫信	10820 Guilford RD, STE 202, Annapolis Junction, MD 20701
網站	**www.livantaqio.com**

第 5 節 社會安全局

社會安全局負責裁決聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資格並處理參加註冊事宜。年滿 65 歲或患有殘疾或末期腎病且符合特定條件的美國公民和合法永久居民，均符合聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資格。如果您已經在領社會安全支票，您就會自動參加註冊聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)。如果您沒有領社會安全支票，您必須參加註冊聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)。欲申請聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，您可致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

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，請務必聯絡通知社會安全局。

方法	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 8:00 至晚上 7:00 提供服務。 您每天 24 小時均可利用社會安全局的自動電話服務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** 本號碼需使用特殊電話器材，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 8:00 至晚上 7:00 提供服務。
網站	**www.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。有些享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的民眾也符合醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的資格。

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「聯邦醫療保險節費計劃」包括：

- **符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)：**協助支付聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份保費，以及其他分攤費用 (如自付扣除金、共同保險和定額手續費)。(有些具備符合資格聯邦醫療保險受益人 (QMB) 資格的民眾也符合資格可取得完全醫療補助福利 (外加型符合資格聯邦醫療保險受益人 (QMB+)。)
- **特定低收入聯邦醫療保險受益人 (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB)：**協助支付 B 部份保費。(有些具備特定低收入聯邦醫療保險受益人 (SLMB) 資格的民眾也符合資格可取得完全醫療補助福利 (外加型特定低收入聯邦醫療保險受益人 (SLMB+)。)
- **符合資格個人 (Qualifying Individual, QI)：**協助支付 B 部份保費。
- **符合資格殘疾和工作個人 (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI)：**協助支付 A 部份保費。

欲進一步瞭解醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 與其方案，請聯絡您的州政府醫療補助機構。

方法	**州政府醫療補助方案 – 聯絡資訊** **New York** **New York State Department of Health (Medicaid)**
電話	**1-800-541-2831** **週一至週五，東部時間 (ET) 上午 8 時至下午 5 時**
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**711** 本號碼需使用特殊電話器材，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。
寫信	Corning Tower, Empire State Plaza, Albany, NY 12237
網站	**http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/index.htm**

第 7 節 幫助民眾支付其處方配藥費用的方案的相關資訊

Medicare.gov 網站 (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) 提供有關如何降低處方配藥費用的資訊。若是收入有限的民眾，還有其他方案可提供協助，說明如下。

聯邦醫療保險的「額外補助」(Extra Help) 方案

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提供的「額外補助」(Extra Help) 可為收入與資源有限的民眾支付處方配藥費用。所謂資源包括您的儲蓄和股票，但不包括房子和車子。如果您符合資格，就會獲得協助支付您聯邦醫療保險配藥計劃的月費、年度自付扣除金和處方配藥定額手續費。此「額外補助」(Extra Help) 也會計入您的自付費用中。

如果您自動取得「額外補助」(Extra Help) 的資格，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 將會寄送信函給您。您不需要申請。如果您未自動取得資格，您也許可以取得「額外補助」(Extra Help) 來支付處方配藥保費和費用。欲確認您是否符合資格可取得「額外補助」(Extra Help)，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，每週 7 天，每天 24 小時；
- 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 (申請)；或
- 您的州政府醫療補助辦公室 (申請)。(請參閱本章第 6 節查詢聯絡資訊。)

如果您認為您已有資格可取得「額外補助」(Extra Help)，但您在藥房購買處方配藥時支付的分攤費用金額不正確，本計劃設有一套流程，讓您可要求協助以取得適當定額手續費層次的證明，或如果您已有證明，即可利用此流程提供證明給我們。

- 請將資訊傳真至 501-262-7070 或郵寄至 P.O. Box 29300, Hot Springs, AR 71903-9300。
- 我們收到顯示您定額手續費層次的證明時，就會更新系統資料，您下一次到藥房購買處方配藥時便能支付正確的定額手續費。如果您溢付定額手續費，我們會補償您。我們會寄給您溢

付金額的支票，或抵扣未來的定額手續費。如果藥房還未向您收取定額手續費，並將該定額手續費標示為您欠付的款項，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，請聯絡客戶服務部。

如果您的承保來自州政府配藥補助方案 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 呢？

許多州和 U.S. Virgin Islands 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)，或任何其他提供 D 部份配藥承保的方案 (「額外補助」(Extra Help) 除外)，您仍會取得承保原廠藥 70% 的折扣。此外，本計劃在承保缺口期間會支付原廠藥費用的 5%。此 70% 折扣以及計劃支付的 5% 均適用任何州政府配藥補助方案 (SPAP) 或其他承保付款前的藥物價格。

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 為特定胰島素提供缺口承保。在承保缺口階段期間，您為一個月零售藥量的特定胰島素支付的自付費用將是 $35。請參閱第 6 章第 6 節，查詢更多有關您在承保缺口階段的承保詳情。備註：此分攤費用僅適用不符合資格取得藥費付款補助方案 (「額外補助」(Extra Help)) 的受益人。如欲瞭解哪些藥物是特定胰島素，請檢閱我們以電子方式提供的最新版藥物清單。您可在完整的藥物清單 (處方藥一覽表) 中以字首縮寫 ISSP 找出特定胰島素。如果您有關於藥物清單的疑問，您也可以致電客戶服務部。

如果您有愛滋病藥物補助方案 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 提供的承保呢？
甚麼是愛滋病藥物補助方案 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)？

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) 且符合愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 資格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 部份處方配藥如果也有列於愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 處方藥一覽表，即符合資格可取得處方配藥分攤費用補助。**備註：**這些人必須符合特定標準，包括州居留和人類免疫缺乏病毒 (HIV) 狀態證明、州政府定義的低收入，以及無保險 / 保額不足狀態，才能符合您所在州營運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，請致電以下所列您所在州的愛滋病藥物補助方案 (ADAP) 辦公室。

方法	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 8 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部份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。

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 8:30 至下午 5 時**
聽力語言殘障服務專線 (TTY)	**1-800-290-9138** 本號碼需使用特殊電話器材，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/**

第 8 節 如何聯絡鐵路退休委員會

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務必要通知該委員會。如果您有關於鐵路退休委員會所提供福利的疑問，請聯絡該機構。

方法	鐵路退休委員會 – 聯絡資訊
電話	**1-877-772-5772** 撥打本號碼不需付費。 如果按「0」，您可以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 9:00 至下午 3:30，週三上午 9:00 至中午 12:00。 如果按「1」，您可以使用鐵路退休委員會 (RRB) 自動語音專線，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** 本號碼需使用特殊電話器材，而且僅供有聽力或言語障礙的民眾使用。 本號碼**不是**免付費電話。
網站	**rrb.gov/**

第 9 節 您是否有僱主提供的「團體保險」或其他健康保險？

如果您 (或您配偶) 從您 (或您配偶) 的僱主或退休人員團體取得本計劃福利，當您有任何疑問時，可致電該僱主 / 工會的公司醫療福利主管或客戶服務部。您可詢問關於您 (或您配偶) 的僱主或退休人員醫療福利、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。) 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227；聽力語言殘障服務專線 (TTY)：1-877-486-2048) 詢問您按本計劃規定取得聯邦醫療保險承保的相關問題。

如果您有其他透過您 (或您配偶) 的僱主或退休人員團體取得的處方配藥承保，請聯絡**該團體的公司醫療福利主管**。公司醫療福利主管能協助確認您目前的處方配藥承保將如何搭配本計劃使用。

第 3 章

使用計劃取得醫療服務

第 1 節 本計劃會員取得醫療護理注意事項

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。其中包括用語的定義，並說明取得本計劃所承保的醫療治療、服務、器材、處方配藥和其他醫療護理時，您應遵守的規則。

有關哪些醫療護理屬於本計劃的承保範圍以及當您取得相關護理時應支付多少費用的詳情，請利用下一章，即第 4 章 **(醫療福利表：承保範圍以及您支付的費用)** 的福利表查詢。

第 1.1 節 甚麼是「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做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。本計劃網絡內的醫療護理提供者會把護理您的帳單直接給我們。您去網絡醫療護理提供者處就診時，只要為其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 章的福利表中。您的處方配藥承保服務請參閱第 5 章。

第 1.2 節 取得本計劃醫療護理承保的基本規則

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 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，也須遵循傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保規則。

本計劃通常會承保您的醫療護理，但有下列前提：

- **您接受的護理列於本計劃的醫療福利表中** (該表列於本文件第 4 章)。
- **您接受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。
- **您取得護理的醫療護理提供者符合資格可提供傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 規定的服務。**身為本計劃會員，您可以從網絡醫療護理提供者或網絡外醫療護理提供者取得護理 (如需更多這方面的資訊，請參閱本章第 2 節)。
  - 我們網絡中的醫療護理提供者列於**醫療護理提供者名冊**。
  - 如果您使用網絡外醫療護理提供者，您的承保服務分攤費用可能會比較高。
  - **請注意：**雖然您可以從網絡外醫療護理提供者取得護理，但該醫療護理提供者必須符合參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資格。除了急診護理外，我們無法支付已選擇退出或被排除於或不予參加聯邦醫療保險計劃的醫療護理提供者。如果您向不符合資格參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的醫療護理提供者求診，即須支付所接受服務的全額費用。接受服務前請先向醫療護理提供者查詢，確認他們符合參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資格。

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) 不僅負責協調您的健康護理，也負責您的例行健康護理需求。您也許要請主治醫生 (PCP) 協助選擇網絡專科醫生，並在專科醫生門診後和您的主治醫生 (PCP) 進行後續追蹤。重要的是，您必須與您的主治醫生 (PCP) 建立並維持關係。

您如何選擇主治醫生 (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)。不過，您還是可以去您選擇的任何網絡醫療護理提供者處就診。

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)」。

更換您的主治醫生 (PCP)
您可以任何理由隨時更換主治醫生 (PCP)。同樣地，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，此時您即須在本計劃中尋找一位新的主治醫生 (PCP)，否則您就要為承保服務支付更多費用。

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。您會收到顯示該項變更的聯合健康保險新會員卡。

第 2.2 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。舉例如下：

- 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。

如果您使用網絡外醫療護理提供者，您承保服務的分攤費用即如第 4 章福利表中「網絡外」一欄所示。即使您取得服務轉介，或向我們要求就診前承保決定，您均須支付網絡外分攤費用。不過，如果沒有合約網絡醫療護理提供者可提供服務，您可以要求以網絡內分攤費用取得網絡外醫療護理提供者的護理。如果您需要向網絡外醫療護理提供者求診，或您需要協助尋找網絡內醫療護理提供者，請致電客戶服務部告訴我們。(客戶服務部的電話號碼請參閱本手冊封面。)

即使您的主治醫生 (PCP) 受過訓練可處理大多數常見的健康護理需求，不過有時候您也許會覺得自己必須向網絡專科醫生求診。**您不需要主治醫生 (PCP) 轉介就能向網絡專科醫生或行為 / 精神健康服務提供者求診。**雖然您不需要主治醫生 (PCP) 轉介也能向網絡專科醫生求診，但主治醫生 (PCP) 可以建議適合您醫療病況的網絡專科醫生、回答您有關網絡專科醫生治療計劃的問題，並視需要提供追蹤健康護理。為了協調護理，建議您向網絡專科醫生求診時要通知主治醫生 (PCP)。

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。

如果專科醫生或其他網絡醫療護理提供者離開本計劃怎麼辦？
請您務必瞭解，我們可能會在年度期間變更您計劃中的醫院、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確實離開您的計劃，您享有以下概述的特定權利和保障：

- 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，我們必須不間斷讓您取得符合資格醫生和專科醫生的服務。
- 我們會儘量至少提前 30 天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。
- 我們會協助您重新選擇符合資格的醫療護理提供者，以繼續管理您的健康護理需求。
- 如果您正在接受醫療治療，您有權要求，而我們也會與您一起確保，您正在接受的醫療上所必需之治療不致中斷。
- 如果我們的網絡中沒有符合資格的專科醫生可提供計劃承保的服務，我們必須以網絡內分攤費用承保相關服務。
- 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。
- 如果您得知您的醫生或專科醫生要離開您的計劃，請與我們聯絡，以便我們能協助您尋找新的醫療護理提供者管理您的護理事宜。

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 2.1 節的醫療福利表會列出須事前授權的服務和用品。

第 2.3 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，您可以選擇接受網絡外醫療護理提供者的護理。但請注意，除非是緊急狀況，

否則沒有和我們簽約的醫療護理提供者並無義務為您治療。本計劃會承保網絡或網絡外醫療護理提供者提供的服務，但服務必須是承保福利且是醫療上所必需。不過，**如果您使用網絡外醫療護理提供者，您的承保服務分攤費用可能會比較高**。以下是有關使用網絡外醫療護理提供者的其他重要注意事項：

- 您可以從網絡外醫療護理提供者取得護理，不過，多數情況下，該醫療護理提供者必須符合參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資格。除了急診護理外，我們無法支付已選擇退出或被排除於或不予參加聯邦醫療保險計劃的醫療護理提供者。如果您從不符合資格參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的醫療護理提供者取得護理，即須支付所接受服務的全額費用。接受服務前請先向醫療護理提供者查詢，確認他們符合參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資格。
- 您在美國境內取得網絡外服務時，我們會使用傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的規則支付承保服務的費用。根據傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 規定，醫療護理提供者可選擇是否接受聯邦醫療保險指派。指派是指醫生、醫療護理提供者或供應商已經和聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽署協議，接受以聯邦醫療保險核准金額做為承保服務的全額付款。大多數醫生、醫療護理提供者和供應商都會接受指派，但您一定要查詢確認。您最好也要在取得各項服務或用品前查明須支付多少費用。欲確認非網絡醫生或供應商接受指派 (參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)) 與否，請聯絡聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) (參閱本**承保證書**第 2 章第 2 節)。
- 您不須取得轉介或事前授權即可從網絡外醫療護理提供者取得護理。不過，從網絡外醫療護理提供者取得服務之前，您最好先要求就診前承保決定，確認您要取得的服務屬於承保範圍且為醫療上所必需。(請參閱第 9 章第 4 節，查詢要求承保決定的資訊。) 這點非常重要，因為：
  - 沒有就診前承保決定的話，如果我們後來裁決服務不屬於承保範圍或並非醫療上所必需，我們可能會拒絕承保，您就需要支付全部費用。如果我們表示不會承保您的服務，您有權對我們不承保您護理的決定提出上訴。請參閱第 9 章 **(如果您有問題或要投訴時怎麼辦)**，瞭解如何提出上訴。
- 最好是請網絡外醫療護理提供者先向本計劃請款。但是，如果您已支付承保服務的費用，我們將會補償您我們應分攤的承保服務費用。或者，如果網絡外醫療護理提供者寄帳單給您，但您認為我們應該支付，您可以把帳單寄給我們以便支付。請參閱第 7 章 **(要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用)**，查詢如果您收到帳單或需要求補償時該怎麼辦的資訊。
- 如果您為了急診護理、緊急護理服務或地區外洗腎而使用網絡外醫療護理提供者，您也許不須支付較高的分攤費用金額。請參閱第 3 節，查詢更多有關這類情況的資訊。

第 3 節 需要急診、緊急護理或遭遇災難時如何取得服務

第 3.1 節 如果您有醫療急診狀況時如何取得護理

甚麼是「醫療急診狀況」？如果您有醫療急診狀況怎麼辦？

「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功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。

如果您有醫療急診狀況，甚麼屬於承保範圍？

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。

緊急狀況結束後，您有權取得追蹤護理，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。如果您從網絡外醫療護理提供者取得追蹤護理，您要支付比較高的網絡外分攤費用。

如果不是醫療急診狀況時怎麼辦？

有時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，若醫生已表示這**並非**緊急狀況，您要支付的分攤費用金額將視您是從網絡醫療護理提供者或是從網絡外醫療護理提供者取得護理而定。如果您是從網絡醫療護理提供者取得護理，您的分攤費用通常比您從網絡外醫療護理提供者取得護理時更低。

第 3.2 節 有緊急護理服務需求時取得護理

甚麼是「緊急護理服務」？

緊急護理服務是必須立即提供醫療護理的非急診狀況，但根據您的情況，不可能或無法合理從網絡醫療護理提供者取得服務。本計劃必須承保在網絡外提供的緊急護理服務。緊急護理服務的一些例子包括：i) 週末期間喉嚨嚴重疼痛，或 ii) 您暫時身處服務地區外時，已知病況在不可預見的情況下突然發作。

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到距離最近醫療治療設施的急診救護運輸。從其他國家返回美國的運輸不屬於承保範圍。預先排定、預先規劃的治療 (包括因持續性的狀況洗腎) 和 / 或選擇性的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，您仍有權從您的計劃取得護理。

請瀏覽以下網站：myAARPMedicare.com，或者請與客戶服務部聯絡，查詢災難期間如何取得所需護理的資訊。

如果您在災難期間無法使用網絡醫療護理提供者，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 節查詢詳情。

第 4 節 如果您直接收到服務全額費用的帳單怎麼辦？

第 4.1 節 您可要求我們支付承保服務費用中我們應分攤的部份

如果您為承保服務支付的費用已超過您的計劃分攤費用，或您收到承保醫療服務的全額費用帳單，請參閱第 7 章 **(要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用)**，查詢該怎麼做的資訊。

第 4.2 節 如果服務不屬於本計劃的承保範圍，您必須支付全額費用

本計劃承保所有醫療上所必需的服務，如本文件第 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，您即須支付相關服務的全額費用。

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，如果您的計劃承保每年一次的例行身體檢查，但您接受該例行檢查後又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，查詢更多您計劃自付費用上限的相關資訊。)

第 5 節 參加「臨床研究」時的醫療服務如何取得承保？

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。

只要獲得聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准且您有興趣，研究的工作人員就會與您聯絡進一步說明研究詳情，並確認您是否符合執行該研究的科學家所設定的要求。只要您符合研究的要求**而且**完全瞭解並接受參加研究會涉及的事項，您即可參加研究。

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) 會為您在研究中接受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，那麼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。不過，您必須提供書面紀錄向我們證明您的已付金額。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**需是本計劃的網絡醫療護理提供者。

雖然您不需取得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 您參與臨床研究時，誰會支付哪些費用？

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) 便承保您在研究中接受的例行用品和服務，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，本計劃會支付傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 分攤費用和您身為本計劃會員的網絡內分攤費用之間的差額。也就是說，您因研究而接受的服務和若您從本計劃接受這些服務時支付的費用是一樣的。不過，您必須提交書面紀錄證明您已支付的分攤費用。請參閱第 7 章，查詢更多提出付款要求的資訊。

> **以下例子說明分攤費用的計算方式：**假設您因研究而接受費用 $100 的化驗。再假設傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 規定您對該化驗的分攤費用為 $20，但按本計劃福利則要支付 $10。在此情況下，傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 會支付該化驗的 $80，您則支付傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 規定的定額手續費 $20。接著您要通知您的計劃，告知您已接受一項合格臨床試驗服務，並向計劃提交書面紀錄，例如醫療護理提供者帳單。然後，本計劃會直接支付您 $10。因此，您的淨付款金額是 $10，與您按本計劃福利所要支付的金額是一樣的。請注意，如果要收到您計劃的付款，您必須向計劃提交書面紀錄，例如醫療護理提供者帳單。

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。

您想進一步瞭解嗎？
您可以前往聯邦醫療保險網站閱讀或下載出版品「聯邦醫療保險和臨床研究」(Medicare and Clinical Research Studies)，取得更多參加臨床研究的資訊。(此出版品的網址：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。) 您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 電話，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。

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 甚麼是宗教性非醫療健康護理機構？

宗教性非醫療健康護理機構會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，本計劃會改為在宗教性非醫療健康護理機構的護理提供承保。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 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」醫療治療。

- 「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」醫療治療是指您接受**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。
- 本計劃為您所接受服務提供的承保以**非宗教**的護理為限。
- 如果該機構是在設施中為您提供服務，則有下列條件：
  - 您必須患有允許您住院取得醫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是否即擁有該耐用醫療器材？

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、發聲器、靜脈輸液幫浦、噴霧器和醫療護理提供者囑咐在家使用的醫院病床等項目。會員一律擁有特定項目，例如義具。在本節中，我們會討論其他您必須租用的耐用醫療器材 (DME) 類型。

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。但身為本計劃會員，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 次也不例外。在特定少數情況下，我們會轉移耐用醫療器材的所有權。請致電客戶服務部查詢詳情。

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 次費用才能擁有該器材。您在參加註冊您的計劃期間所付的費用不予計入。

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) 中支付的費用不予計入。

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。先前 (無論是向本計劃還是向傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)) 支付的費用都不予計入。

第 7.2 節 氧氣設備、用品和維護規則

您有權取得哪些氧氣福利？

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：

- 租用氧氣設備
- 輸送氧氣和氧氣內容物
- 輸送氧氣和氧氣內容物的管路和相關氧氣配件
- 維護和修理氧氣設備

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。

如果您退出您的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五年服務。在您租用設備的最初 36 個月期間。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)。五年後，您可選擇繼續使用同一家公司或轉至其他公司。此時，五年周期會重新開始，即使您繼續使用同一家公司也不例外，您必須為最初 36 個月支付定額手續費。如果您加入或離開本計劃，五年周期會重新開始。

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

本章提供醫療福利表，列出您的承保服務並說明身為 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 會員您要為各承保服務支付多少費用。在本章稍後，您可以找到有關不屬於承保範圍的醫療服務之資訊。其中也說明特定服務的限制。

第 1.1 節 您可能要為承保服務支付的自付費用類型

欲瞭解我們在本章中提供的付款資訊，您必須知道您要為承保服務支付的自付費用類型。

- **「自付扣除金」**是指您必須先為特定醫療服務支付的金額，之後本計劃才會開始支付其應分攤的部份。第 1.2 節會進一步說明您的計劃自付扣除金。
- **「定額手續費」**是指您接受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。(第 2 節的醫療福利表為您詳細說明定額手續費。)
- **「共同保險」**是指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。(第 2 節的醫療福利表為您詳細說明共同保險。)

對於聯邦醫療保險承保的服務，大多數符合資格可享有醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 或符合資格聯邦醫療保險受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 計劃的民眾都不應該支付自付扣除金、定額手續費或共同保險。請務必根據適用情況，向醫療護理提供者出示您的醫療補助或符合資格聯邦醫療保險受益人 (QMB) 資格證明。

第 1.2 節 您的計劃自付扣除金是多少？

您的自付扣除金是 $1,000。在您的付款達到自付扣除金金額前，您必須為承保服務支付全額費用。您的付款達到自付扣除金規定後，日曆年度剩餘期間我們會開始為承保醫療服務支付我們的分攤費用，您則支付您的定額手續費或共同保險金額。

自付扣除金僅適用特定服務。意思是只有在您的付款達到自付扣除金全部金額後，我們才會為這類服務支付我們的分攤費用金額。自付扣除金不適用在聯邦合格健康中心 (Federally Qualified Health Center, FQHC) 提供的任何聯邦醫療保險承保服務。自付扣除金適用下列服務：

- 慢性下背疼痛針灸護理 – 聯邦醫療保險承保的 (限網絡外)
- 救護服務 (限網絡外)
- 心臟復健服務 (限網絡外)
- 脊椎護理服務 – 聯邦醫療保險承保的 (限網絡外)
- 結腸直腸癌篩檢 – 聯邦醫療保險承保的鋇劑灌腸檢查 (限網絡外)
- 糖尿病監測用品 (限網絡外)
- 糖尿病治療用鞋或鞋墊 (限網絡外)
- 糖尿病自我管理訓練 (限網絡外)
- 耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) 和相關用品 (限網絡外)
- 家庭健康機構護理 (限網絡外)
- 住院護理 (限網絡外)

- 住院精神健康護理 (限網絡外)
- 聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，包括化療藥物 (限網絡外)
- 鴉片類藥物治療服務 (限網絡外)
- 門診診斷 – X 光 (限網絡外)
- 門診診斷 – 放射治療 (包括用品) (限網絡外)
- 門診診斷 – 化驗服務 (限網絡外)
- 血液 (限網絡外)
- 門診診斷 – 非放射診斷服務 (限網絡外)
- 門診診斷 – 放射診斷服務，不包括 X 光 (限網絡外)
- 門診精神健康護理 – 包括單獨和團體治療 (限網絡外)
- 門診復健服務 – 物理和語言治療 (限網絡外)
- 門診復健服務 – 職能治療 (限網絡外)
- 門診濫用藥物服務 (限網絡外)
- 門診手術中心 (Ambulatory Surgical Center, ASC) (限網絡外)
- 門診醫院服務 (限網絡外)
- 門診醫院觀察服務 (限網絡外)
- 部份住院服務 (限網絡外)
- 主治醫生 (限網絡外)
- 專科醫生 (限網絡外)
- 聽覺和平衡檢查 – 聯邦醫療保險承保的 (限網絡外)
- 非例行牙科護理 – 聯邦醫療保險承保的 (限網絡外)
- 足部護理服務 – 聯邦醫療保險承保的 (限網絡外)
- 前列腺癌篩檢檢查 – 直腸指診 (限網絡外)
- 義具裝置和相關用品 (限網絡外)
- 肺部復健服務 (限網絡外)
- 腎臟病教育服務 (限網絡外)
- 門診透析治療 (洗腎) (限網絡外)
- 專業護理設施 (Skilled Nursing Facility, SNF) 護理 (限網絡外)
- 監督型運動治療 (Supervised Exercise Therapy, SET) (限網絡外)
- 視覺護理 – 聯邦醫療保險承保的青光眼篩檢 (限網絡外)
- 視覺護理 – 聯邦醫療保險承保的眼睛檢查以評估眼睛疾病 (限網絡外)
- 視覺護理 – 白內障外科手術後的眼鏡或隱形眼鏡 (限網絡外)
- 「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防看診身體檢查後聯邦醫療保險承保的心電圖 (EKG) 篩檢 (限網絡外)

第 1.3 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？

根據本計劃規定，您要為承保醫療服務支付的自付費用有兩種不同的限制：

- 您的**網絡內最高自付費用金額**是 $6,900，這是您在日曆年度期間為網絡醫療護理提供者提供的聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份承保服務支付的最高金額。您為網絡醫療護理提供者所提供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網絡內最高自付費用金額中。您為計劃保費、D 部份處方配藥和網絡外醫療護理提供者所提供服務支付的金額不計入您的網絡內最高自付費用金額中。此外，您為某些服務支付的金額也不計入您的網絡內最高自付費用金額中。這些服務在醫療福利表中會以星號標示。如果您已經為網絡醫療護理提供者提供的 A 部份和 B 部份承保服務支付了 $6,900，您在年度剩餘期間向我們的網絡醫療護理提供者求診時就不須支付任何自付費用。不過，您必須繼續支付您的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 州衛生部 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 或由其他第三方為您支付)。
- 您的**合計最高自付費用金額**是 $10,000。這是您在日曆年度期間為網絡內和網絡外醫療護理提供者兩者提供的聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份承保服務支付的最高金額。您為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合計最高自付費用金額中。您為計劃保費和 D 部份處方配藥支付的金額不計入您的合計最高自付費用金額中。此外，您為某些服務支付的金額也不計入您的合計最高自付費用金額中。這些服務在醫療福利表中會以星號標示。如果您已經為承保服務支付了 $10,000，您將享有 100% 承保，年度剩餘期間就不須再為 A 部份和 B 部份承保服務支付任何自付費用。不過，您必須繼續支付您的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 州衛生部 (醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)) 或由其他第三方為您支付)。

第 1.4 節 本計劃不允許網絡醫療護理提供者向您收取「餘額收款帳單」費用

身為 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 會員，您獲得的重要保障是您在達到任何自付扣除金規定後，取得本計劃承保的服務時只須支付您的分攤費用金額。醫療護理提供者不得另行加收其他收費，也就是「餘額收款帳單」費用。即使我們支付醫療護理提供者的費用少於醫療護理提供者的服務收費、即使有爭議且我們不支付某些醫療護理提供者的收費，都適用這項保障。

以下是這項保障的運作方式。

- 如果您的分攤費用是定額手續費 (一筆固定金額，例如 $15.00)，您從網絡醫療護理提供者取得任何承保服務時只須支付該筆金額。
- 如果您的分攤費用是共同保險 (總費用的百分比)，您支付的金額絕對不會超過該百分比。不過，您的費用視您去看哪種類型的醫療護理提供者而定：
  - 如果您從網絡醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險的百分比乘以計劃的補償費率 (按醫療護理提供者和計劃間的合約裁定)。
  - 如果您從與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽約的網絡外醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險的百分比乘以聯邦醫療保險支付網絡醫療護理提供者的費率。

- 如果您是自未與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽約的網絡外醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險的百分比乘以聯邦醫療保險支付非網絡醫療護理提供者的費率。

- 如果您認為醫療護理提供者向您收取「餘額收款帳單」費用，請致電客戶服務部。

第 2 節 使用醫療福利表查明哪些屬於承保範圍以及您要支付多少費用

第 2.1 節 本計劃會員的醫療福利和費用

以下幾頁的醫療福利表列出 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 承保的服務，還有您要為各服務支付哪些自付費用。D 部份處方配藥承保將於第 5 章說明。唯有符合下列承保規定時，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 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 制定的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 部份處方配藥) **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。
- 您會由一位主治醫生 (primary care provider, PCP) 負責提供和監督您的護理。
- 醫療福利表列出的某些網絡內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。
  - 可能需要事先核准才能視為網絡內承保的服務在醫療福利表中以斜體字標示。
  - 網絡醫療護理提供者簽約同意向本計劃取得事前授權並同意不會向您收取餘額收款帳單費用。
  - 您向網絡外醫療護理提供者取得網絡外服務時，一律不需要事先取得核准。
  - 儘管您取得網絡外服務時不需要取得事先核准，但您或您的醫生還是可以要求我們事先做承保決定。

其他有關本計劃承保的重要事項：

- 若您的福利分攤費用以共同保險百分比計算，您支付的金額視您從哪種類型的醫療護理提供者取得服務而定：
  - 如果您從網絡醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險的百分比乘以計劃的補償費率 (按醫療護理提供者和計劃間的合約裁定)。
  - 如果您從與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽約的網絡外醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險的百分比乘以聯邦醫療保險支付網絡醫療護理提供者的費率。
  - 如果您是自未與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽約的網絡外醫療護理提供者取得承保服務，您支付的金額是共同保險的百分比乘以聯邦醫療保險支付非網絡醫療護理提供者的費率。

- 和所有聯邦醫療保險健保計劃一樣，我們會承保傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保的所有項目。這些福利中，有些您在本計劃時所支付的費用會比您在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 時**還多**，而有些您則支付**較少**。(如果您想瞭解傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保範圍和費用詳情，請查閱您的 **2023 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2023)** 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，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。)
- 只要您使用網絡醫療護理提供者取得所有傳統聯邦醫療保險 (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，如果您接受預防護理服務的同時也接受既有醫療病況的治療或監控，此既有醫療病況的護理即須支付定額手續費。請參閱醫療福利表，查詢這類服務的**網絡外**分攤費用。
- 如果聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 在 2023 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。

您會在福利表的預防護理服務旁看到此蘋果圖示。

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醫療護理提供者方便。
- 符合但不超過您的醫療需要、至少和現有可用的醫療上適合之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試驗。

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

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
如果您在就診時接受不只一項的服務，醫療護理提供者可能會請您支付不只一項的分攤費用。例如： • 您的醫生會要求您在診所門診時支付一筆定額手續費，之後還要為您在診所接受的每一次 X 光支付額外的定額手續費。 • 您的醫院可能會要求您為在醫院接受的特定門診醫院醫療服務另外支付分攤費用，例如 (但不限於) 放射測試或施用的聯邦醫療保險 B 部份藥物。 • 您的藥劑師會要求您為每次購買的處方配藥分別支付定額手續費。 • 適用的特定分攤費用視您所接受的服務而定。以下的醫療福利表列出每項特定服務適用的分攤費用。		
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、執業護士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。	符合本預防篩檢資格的會員共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
慢性下背疼痛針灸護理 承保服務包括： 下列情況聯邦醫療保險受益人 90 天內最多 12 次屬於承保範圍： 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，將提供額外八次承保。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。 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)、執業護士 (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：	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)，視您向主治醫生或專科醫生取得服務而定。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	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)，視您向主治醫生或專科醫生取得服務而定。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 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根據聯邦法規法典 (CFR) 第 42 編第 410.26 和 410.27 節的規定，由醫生、醫生助理 (PA) 或執業護士 / 臨床專科護士 (NP/CNS) 提供適當級別的監督。		
例行針灸護理服務 我們每年承保 12 次例行針灸護理。除以上所列聯邦醫療保險承保的慢性下背疼痛針灸護理福利外，您還可享有此福利。 福利為網絡內和網絡外合計。 承保服務包括治療神經、肌肉和 / 或骨頭疼痛以及噁心的例行門診。不須轉介。 本項福利不承保下列治療： • 減重 • 性功能障礙	提供者：您服務地區內的計劃網絡醫療護理提供者 定額手續費 $5*	定額手續費 $10*

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 憂鬱症、戒菸，或藥物或酒精成癮等的精神病況 • 任何其他與緩解疼痛無關的狀況		
救護服務 • 承保救護服務包括以固定翼機、旋翼機和地面救護服務載送到可提供護理的最近適當設施，但只能因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。 • 如果文件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，非急診救護運輸即屬適當。	聯邦醫療保險承保的單趟陸路救護運輸每次定額手續費 $250。 聯邦醫療保險承保的單趟航空救護運輸每次定額手續費 $250。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須為非急診運輸取得事前授權。*	
年度例行身體檢查 包括完整的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，但每日曆年度限一次。 福利為網絡內和網絡外合計。	每年一次例行身體檢查定額手續費 $0。	每年一次例行身體檢查共同保險 50%。*
年度健康檢查 如果您參加註冊 B 部份已超過 12 個月，您可接受一次年度健康檢查，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	年度健康檢查沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。	年度健康檢查共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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。		
備註：您不得在做完「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防看診身體檢查後 12 個月內接受第一次年度健康檢查。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」身體檢查，年度健康檢查也屬於承保範圍。		
骨質測量 若是符合資格個人 (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。	聯邦醫療保險承保的骨質測量共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影) 承保服務包括： • 35 至 39 歲一次基線乳房 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。	承保的篩檢乳房 X 光攝影共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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。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。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的心臟復健門診每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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使用 aspirin (如適當)、檢查您的血壓，並提供確保您健康飲食的提示。	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。	心血管疾病預防福利共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
心血管疾病測試 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。	每五年承保一次的心血管疾病測試共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
子宮頸癌和陰道癌篩檢 承保服務包括： • 適用所有婦女：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。	聯邦醫療保險承保的預防宮頸塗片檢查和盆腔檢查共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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)。	聯邦醫療保險承保的門診每次定額手續費 $20。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。	聯邦醫療保險承保的門診每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 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。	*您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	
結腸直腸癌篩檢 年滿 45 歲的民眾下列項目屬於承保範圍： • 軟式乙狀結腸鏡檢查 (或替代的篩檢鋇劑灌腸檢查)，每 48 個月一次 每 12 個月進行一次以下測試之一： • 傳統化學法糞便隱血測試 (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) • 免疫化學法糞便測試 (Fecal immunochemical test, FIT) DNA 法結腸直腸篩檢每 3 年一次 若是結腸直腸癌高風險的人，我們承保： • 篩檢結腸鏡檢查 (或替代的篩檢鋇劑灌腸檢查)，每 24 個月一次 若非結腸直腸癌高風險的人，我們承保： • 篩檢結腸鏡檢查，每 10 年 (120 個月) 一次，但不得在篩檢乙狀結腸鏡檢查後 48 個月內	聯邦醫療保險承保的結腸直腸癌篩檢檢查和結腸鏡檢查沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。 聯邦醫療保險承保的鋇劑灌腸檢查沒有共同保險、定額手續費或自付扣除金。	聯邦醫療保險承保的結腸直腸癌篩檢檢查和結腸鏡檢查共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 聯邦醫療保險承保的鋇劑灌腸檢查每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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。 *您的醫療護理提供者可*	聯邦醫療保險承保的診斷結腸鏡檢查每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
	能必須取得事前授權。	
例行牙科護理福利 您可以在 myAARPMedicare.com 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。請參閱本表格最後面的例行牙科護理福利說明以瞭解詳情。* *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	
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。	年度憂鬱症篩檢看診共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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、肥胖症或高血糖 (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。 根據這些測試的結果，您也許符合每個計劃年度最多兩次糖尿病篩檢的資格。	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。	聯邦醫療保險承保的糖尿病篩檢測試共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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：血糖監測器、血糖試紙、採血裝置和採血針，以及	聯邦醫療保險承保的糖	聯邦醫療保險承保的糖

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
檢查試紙和監測器準確度的血糖質控溶液劑。 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 承保此清單所指定的任何血糖監測器和試紙。我們通常不承保替代品牌，除非您的醫生或其他醫療護理提供者告訴我們，您的特定情況使用替代品牌是醫療上所必需。如果您剛加入 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 且您使用的血糖監測器和試紙品牌不在我們清單上，您可以在參加註冊本計劃後的最初 90 天內與我們聯絡，要求在您向醫生或其他醫療護理提供者諮詢的同時暫時供應替代品牌。這段期間您應該和醫生討論，決定是否有任何在醫療上適合您的優先品牌。如果您或醫生認為讓您持續使用某替代品牌是醫療上所必需，您可要求進行承保例外處理，讓 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 持續承保非優先產品到福利年度結束為止。承保例外處理若未獲准，在福利年度最初 90 天後，非優先產品將不屬於承保範圍。 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哪個產品或品牌適合您的醫療病況所做的決定，您也可以提出上訴。(如需更多關於	尿病監測用品每件定額手續費 $0。 我們只承保 Accu-Chek® 和 OneTouch® 品牌。 承保的血糖監測器包括：OneTouch Verio Flex®、OneTouch Verio Reflect®、OneTouch® Verio、OneTouch® Ultra 2、Accu-Chek® Guide Me 和 Accu-Chek® Guide。 試紙：OneTouch Verio®、OneTouch Ultra®、Accu-Chek® Guide、Accu-Chek® Aviva Plus 和 Accu-Chek® SmartView。 其他品牌不屬於您計劃的承保範圍。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 按聯邦醫療保險準則規定，聯邦醫療保險承保的連續血糖監測器和用品每件定額手續費 $0。連續血糖監測器沒有品牌限制。	尿病監測用品每件共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 按聯邦醫療保險準則規定，聯邦醫療保險承保的連續血糖監測器和用品每件共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 有關胰島素和注射器適用的分攤費用，請參閱第 6 章 - 您需為 D 部份處方配藥支付的費用。
上訴的資訊，請參閱第 9 章：如果您有	*您的醫療護理提供者可*	

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。)	*能必須取得事前授權。* 有關胰島素和注射器適用的分攤費用，請參閱第 6 章 - 您需為 D 部份處方配藥支付的費用。	
• 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) 以及額外兩雙鞋墊，或一雙加深鞋和三雙鞋墊 (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共同保險 20%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的治療用鞋每雙共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 糖尿病自我管理訓練在特定情況下屬於承保範圍。第一年每年限 20 次，每次 30 分鐘，上限 10 小時。後續年度的追蹤訓練每年限 4 次，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。	聯邦醫療保險承保的福利共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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，請參閱本文件第 12 章和第 3 章第 7 節。) 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、發聲器、氧氣設備、噴霧器和助行器。 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	聯邦醫療保險承保的福利共同保險 20%。 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共同保險 20%。 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	聯邦醫療保險承保的福利共同保險 50%。 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共同保險 50%。 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

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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 myAARPMedicare.com。	付 36 個月的租金，您在本計劃的分攤費用是共同保險 20%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	付 36 個月的租金，您在本計劃的分攤費用是共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
急診護理 急診護理指下列服務： • 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。 網絡外提供必需急診護理服務與網絡內提供這類服務的分攤費用相同。	急診室就診每次定額手續費 $90。 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。	
美國境外的急診部服務全球承保。 • 這包括急診或緊急護理，以及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。 • 從其他國家返回美國的運輸不屬於承保範圍。 • 預先排定、預先規劃的治療 (包括因持續性的狀況洗腎) 和 / 或選擇性的	美國境外取得急診護理服務全球承保的定額手續費 $0。請參閱第 7 章第 1.1 節，查詢全球服務費用補償的資訊。 如果您在網絡外醫院接受急診護理，且在急診病況穩定後需要住院護理，您必須收到在網絡外醫院住院的授權或轉至網絡醫院，才能以網絡內分攤費用金額支付您的穩定後住院費用。如果您住網絡外醫院，該住院會屬於承保範圍，但您要為您的穩定後	

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
程序不屬於承保範圍。 • 牙醫提供的服務不屬於承保範圍。	住院的部份支付網絡外分攤費用金額。	
健身計劃 Renew Active® by UnitedHealthcare® Renew Active by UnitedHealthcare 是聯邦醫療保險身心保健計劃的黃金標準。這項服務不會向您額外收費且包括： • 免費健身機構會籍、使用全國健身機構和健身地點網絡、個人化的健身計劃，外加數千個隨選運動影片和網上直播健身課程。 • 網上健腦方案，包括由 AARP® Staying Sharp 專門為 Renew Active 會員提供的內容。 • 透過當地的健康和保健課程及活動參與社交活動。 • 網上 Fitbit® Community for Renew Active。不需要 Fitbit 裝置。 • 每 2 年 1 個 Fitbit 裝置。僅特定型號屬於承保範圍。請瀏覽 fitbit.com/global/us/store/UHC 瞭解詳情。 • 1 組居家健身套件供距離網絡健身中心 15 哩或更遠的會員使用。 您可以在 myAARPMedicare.com 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：Renew Active® 定額手續費 $0 提供者：Fitbit® 定額手續費 $0	
聽覺護理服務	聯邦醫療保險承保的檢	聯邦醫療保險承保的檢

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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，會比照醫生、聽覺治療師或其他符合資格醫療護理提供者的門診護理承保。	查每次定額手續費 $0。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	查每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
聽覺護理服務 - 例行聽覺檢查 本項福利承保每年 1 次檢查。 本項福利為網絡內和網絡外合計。	提供者：您服務地區內的計劃網絡醫療護理提供者 定額手續費 $0	共同保險 50%*
聽覺護理服務 - 助聽器： 您可以透過 UnitedHealthcare Hearing，從一系列眾多知名品牌的助聽器中做選擇，或由 UnitedHealthcare Hearing 品牌 Relate™ 針對您的聽覺減退情況做設定。助聽器可由網絡醫療護理提供者現場驗配，或直接遞送給您並搭配網路追蹤護理 (特定型號)。本項福利以每年 2 副助聽器為限。可以選購助聽器配件和自選服務，但這些配件和服務不屬於計劃承保範圍。如欲取得您的助聽器福利和聯繫網絡醫療護理提供者，您必須聯絡 UnitedHealthcare Hearing，請撥打 1-855-523-9355，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，或上網 UHCHearing.com/Medicare。在 UnitedHealthcare Hearing 以外購買的助聽器不屬於承保範圍。	提供者：UnitedHealthcare Hearing 每副銀級助聽器的定額手續費 $175* 每副金級助聽器的定額手續費 $425。* 每副經典級知名品牌助聽器的定額手續費 $800。* 每副首選級知名品牌助聽器的定額手續費 $1,225。* 您必須向 UnitedHealthcare Hearing 取得事前授權。自選追蹤門診可能須額外費用。	

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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 若是孕婦，我們承保： • 妊娠期間最多三次篩檢檢查	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。	符合聯邦醫療保險承保的預防人類免疫缺乏病毒 (HIV) 篩檢資格的會員共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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，之後您才能接受家庭健康服務。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、職能治療和語言治療 • 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)。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	若符合聯邦醫療保險標準，家庭健康機構提供的全部家庭健康探視共同保險 50%。 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)。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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	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	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

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
(例如幫浦) 和用品 (例如管路和導管)。 承保服務，包括但不限於： • 專業服務，包括根據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	「家庭健康機構護理」所述)，視您在哪裡接受施用或監測服務而定。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	「家庭健康機構護理」所述)，視您在哪裡接受施用或監測服務而定。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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。您的計劃有義務協助您找到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 MA 組織擁有、控管或有財務利益的相關方案。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保有您的計劃會員身份；如果您選擇保有您的計劃會員身份，您必須繼續支付計劃保費。 **若是善終護理服務以及聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保並與末期預後有關的服務：**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	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 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 支付。	

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
收取傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的分攤費用。 **若是聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保但與末期預後無關的服務：**如果您需要的非急診、非緊急護理服務屬於聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保範圍，但與您末期預後無關，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，您須支付本計劃的網絡外服務分攤費用 若是屬於 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 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：AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 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您的計劃分攤費用。 若是本計劃的 D 部份福利可承保的藥物： 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，則您要支付傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)		

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
分攤費用。藥物絕對不會同時屬於善終護理方案和本計劃的承保範圍。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節 (**如果您住在經聯邦醫療保險認證的善終護理機構呢**)。 **備註：**如果您需要非善終護理 (與您的末期預後無關的護理)，您必須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。		
免疫接種 聯邦醫療保險 B 部份承保的服務包括： • 肺炎疫苗 • 注射流感疫苗，每個秋冬流感季一次，醫療上所必需時可額外注射流感疫苗 • 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 部份處方配藥福利也承保一些疫苗，例如帶狀皰疹或破傷風追加劑疫苗注射。請參閱第 6 章，查詢更多承保和相關分攤費用的資訊。	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。	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。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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 • 手術與恢復室費用 • 物理、職能和語言治療 • 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	對於聯邦醫療保險承保的醫院護理，您每次住院的第 1 至 5 天每天定額手續費 $360。聯邦醫療保險承保的額外天數定額手續費 $0。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 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。(請參閱重要用語定義一章，查詢有關福利期的定義。) 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。	聯邦醫療保險承保的住院每次共同保險 50%，您每次住院沒有天數限制。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 不適用聯邦醫療保險醫院福利期。(請參閱重要用語定義一章，查詢有關福利期的定義。) 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。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
撥打 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 客戶服務部電話 1-866-870-9604，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案件，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 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 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費用。您在遙遠地點接受護理期間，我們也會補償往返醫院或醫生診所接受評估、移植服務和追蹤護理的交通運輸費用。(在遙遠地點的交通運輸包括但不限於：汽車里程、經濟艙機票費用、計程車費或共乘服務。) 因承保器官移植必須旅行時，飯店、汽車旅館或短期住房等住宿費用也可能屬於承保範圍。您的符合資格費用合計每天可以獲得最多 $125 的補償。交通運輸服務不納入每日上限金額中。 • 血液 - 包括儲存與輸血。從您需要的第一品脫血液開始承保。		

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 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，您才算是住院病人。即使您在醫院過了一個晚上，仍可能被視為「門診病人」。這稱為「門診觀察」期。如果您不確定自己應該是住院病人還是門診病人，應詢問醫院職員。 您也能在聯邦醫療保險資料表「您是住院病人或門診病人？如果您享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) – 請詢問！」中找到更多資訊。欲取得此資料表，請瀏覽網站 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.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。您每週 7 天，每天 24 小時均可撥打前述免付費電話。	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。	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。
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。 • 住院濫用藥物服務	對於聯邦醫療保險承保的醫院護理，您每次住院的第 1 至 5 天每天定額手續費 $360。 聯邦醫療保險承保的額外天數定額手續費 $0，每個福利期最多 90 天。再加額外 60 天終身保留日。	對於聯邦醫療保險承保的住院護理，您每次住院共同保險 50%，每一福利期最多 90 天。再加額外 60 天終身保留日。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 使用聯邦醫療保險醫院福利期來判定住院精神

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
	您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 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。(請參閱重要用語定義一章，查詢有關福利期的定義。) 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。	健康護理承保的總天數。(請參閱重要用語定義一章，查詢有關福利期的定義。) 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：非承保住院期間在醫院或專業護理設施 (Skilled Nursing Facility, SNF) 接受的承保服務 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。但在某些情況下，我們會承保某些您在醫院或專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF) 住院時接受的服務。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：	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。	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。	請參閱以下門診診斷測試以及治療服務和用品。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 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。	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。	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	請參閱以下義具裝置和相關用品。	請參閱以下義具裝置和相關用品。
• 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	請參閱以下義具裝置和相關用品。	請參閱以下義具裝置和相關用品。
• 物理治療、語言治療和職能治療	請參閱以下門診復健服務。	請參閱以下門診復健服務。
膳食福利 若經醫療護理提供者建議，可在醫院或專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF) 出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 - 最慢可能在訂餐後 72 小時第一次遞送 - 可能適用某些限制規定和限制	提供者：Mom's Meals® 定額手續費 $0 須事前授權。	

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
醫療營養療法 本福利適用糖尿病、腎臟病 (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)) 規定接受醫療營養療法服務，我們會承保第一年期間三小時的一對一諮詢服務，以及之後每年兩小時的服務。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。	符合聯邦醫療保險承保的醫療營養療法服務資格的會員共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
聯邦醫療保險糖尿病預防護理方案 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 符合資格的聯邦醫療保險受益人，將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。	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。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
聯邦醫療保險 B 部份處方配藥 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，而是您在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或打點滴的藥物 • 您用本計劃授權的耐用醫療器材 (例如噴霧器) 而使用的藥物 • 您自行注射的凝血因子 (如果您有血友病) • 免疫抑制藥物 (如果您在器官移植時已參加註冊聯邦醫療保險 A 部份) • 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，且不能自行施用藥物) • 抗原 (用於過敏針) • 特定口服抗癌藥物與抗噁心藥物 • 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、局部麻醉劑以及促血紅素形成激化劑 (例如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa) • 先天免疫缺乏疾病家庭治療用的免疫球蛋白靜脈注射劑 • 您為每 1 個月藥量的 B 部份承保胰島素最多將支付 $35。 • 化療藥物和施用化療藥物	聯邦醫療保險承保的 B 部份過敏抗原定額手續費 $0。 所有其他聯邦醫療保險承保的 B 部份藥物共同保險 20%。如果您的藥物有列於退款清單，您支付的金額可能較少，退款清單的網址：https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-part-b-drugs/mcrpartbdrugavgsalesprice。本清單及各個藥物的費用將每季變更。若施用這類藥物，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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 聯邦醫療保險承保的化	聯邦醫療保險承保的 B 部份過敏抗原定額手續費 $0。 所有其他聯邦醫療保險承保的 B 部份藥物共同保險 50%。如果您的藥物有列於退款清單，您支付的金額可能較少，退款清單的網址：https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-part-b-drugs/mcrpartbdrugavgsalesprice。本清單及各個藥物的費用將每季變更。若施用這類藥物，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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 聯邦醫療保險承保的化

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
下列連結提供的是可能有循序用藥規定的 B 部份藥物清單： https://www.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做承保裁決。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：如果您有問題或要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 時怎麼辦。) 請聯絡客戶服務部查詢更多資訊。 我們的 B 部份和 D 部份處方配藥福利也承保一些疫苗。 第 5 章會說明 D 部份處方配藥福利，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 部份處方配藥須支付哪些費用。	療藥物和施用該藥物每次共同保險 20%。如果您的藥物有列於退款清單，您支付的金額可能較少，退款清單的網址：https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-part-b-drugs/mcrpartbdrugavgsalesprice。本清單及各個藥物的費用將每季變更。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	療藥物和施用該藥物每次共同保險 50%。如果您的藥物有列於退款清單，您支付的金額可能較少，退款清單的網址：https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-part-b-drugs/mcrpartbdrugavgsalesprice。本清單及各個藥物的費用將每季變更。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
護士專線 NurseLine 護士專線 NurseLine 服務，每週 7 天，每天 24 小時。和註冊護士 (registered nurse, RN) 談談您的醫療疑慮和疑問。 您可以在 myAARPMedicare.com 檢視供	提供者：護士專線 NurseLine 定額手續費 $0	

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
應商資訊表，或致電要求客戶服務部郵寄紙本給您。		
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。	預防肥胖症篩檢和治療共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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 • 攝取活動 • 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。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	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。

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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 $25。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的標準 X 光服務每次定額手續費 $30。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 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 $60。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的放射治療服務每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 外科用品，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共同保險 20%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的醫療用品每件共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 化驗	聯邦醫療保險承保的化驗服務定額手續費 $0。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	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： o 醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診 o 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。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	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 $25。 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的非放射診斷服務共同保險 50%。 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 其他門診診斷測試 - 放射診斷服務，不包括 X 光。	每次診斷性乳房 X 光攝影的定額手續費 $0。 由醫生在您家中或您居住的療養院提供的每次血管篩檢定額手續費 $0。 在醫生診所或在獨立設施 (例如放射中心或醫療診所) 執行的其他聯邦醫療保險承保放射診斷服務，不包括 X 光，定額手續費 $60。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 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 光選影、膀胱造影、血管攝影和鋇劑檢查)。	在醫生診所或在獨立設施 (例如放射中心或醫療診所) 執行的聯邦醫療保險承保放射診斷服務，不包括 X 光，共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 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 光選影、膀胱造影、血管攝影和鋇劑檢查)。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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個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，否則您便是門診病人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「門診病人」。如果您不確定自己是不是門診病人，應詢問醫院職員。您也能在聯邦醫療保險資料表「您是住院病人或門診病人？如果您享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) – 請詢問！」中找到更多資訊。欲取得此資料表，請瀏覽網站 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.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。您每週 7 天，每天 24 小時均可撥打前述免付費電話。	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。	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。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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。	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。	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。	請參閱門診精神健康護理。
• 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。	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。	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。	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	請參閱聯邦醫療保險 B 部份處方配藥。	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。	請參閱醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 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。	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。	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，否則您便是門診病人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「門診病人」。這稱為「門診觀察」期。如果您不確定自己是不是門診病人，應詢問醫院職員。 您也能在聯邦醫療保險資料表「您是住院病人或門診病人？如果您享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) – 請詢問！」中找到更多資訊。欲取得此資料表，請瀏覽網站	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。	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。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.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。您每週 7 天，每天 24 小時均可撥打前述免付費電話。		
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、執業護士、醫生助理或其他符合資格聯邦醫療保險精神健康護理專業人員按相關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 $25 聯邦醫療保險承保的**團體**治療每次定額手續費 $15 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的**單獨**治療每次定額手續費 $40。 聯邦醫療保險承保的**團體**治療每次定額手續費 $30。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
門診復健服務 承保服務包括：物理治療、職能治療和語言治療。 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語言治療門診每次定額手續費 $20。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 聯邦醫療保險承保的職能治療門診每次定額手續費 $20。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的物理治療和語言治療門診每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 聯邦醫療保險承保的職能治療門診每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
門診濫用藥物服務 濫用藥物的門診治療和諮詢。	聯邦醫療保險承保的**單獨**治療每次定額手續費 $25。 聯邦醫療保險承保的**團體**治療每次定額手續費 $15。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的**單獨**治療每次定額手續費 $40。 聯邦醫療保險承保的**團體**治療每次定額手續費 $30。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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人還是門診病人。除非醫療護理提供者已書面囑咐讓您住院，否則您便是門診病人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「門診病人」。這稱為「門診觀察」期。如果您不確定自己是不是門診病人，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 部份藥物，這類服務或用品可能會有額外的分攤費用。請參閱本章的相關部份，查詢您取得的額外服務或用品規定的特定分攤費用。 請參閱本表格稍早的「結腸直腸癌篩檢」，查詢篩檢和診斷結腸鏡檢查福利	在門診手術中心的診斷結腸鏡檢查定額手續費 $0。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的定額手續費 $295，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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 在門診醫院的診斷結腸鏡檢查定額手續費 $0。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的定額手續費 $295，包括但不	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的共同保險 50%，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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 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的共同保險 50%，包括但不限於醫院或其他設施費用，以及醫生或外科手

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
資訊。	限於醫院或其他設施費用，以及醫生或外科手術費用。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 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。	術費用。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
	在門診醫院為您提供的聯邦醫療保險承保觀察服務每日定額手續費 $295，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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	在門診醫院為您提供的聯邦醫療保險承保觀察服務每日共同保險 50%，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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
非處方 (Over-the-counter, OTC) 資助額 透過這項福利，您將取得每季加值到您聯合健康保險 UCard™ 的資助額，用於購買承保的非處方 (OTC) 產品。資助額會在每季 (於一月、四月、七月和十月) 的第一天進行加值，並在每季的最後一天 (3 月 31 日、6 月 30 日、9 月 30 日和 12 月 31 日) 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、牙膏、止咳藥和更多其他產品。 您可以在數千家網絡商店使用您的資助額，或透過網上、電話或郵件訂購您目錄中的產品。訂購金額滿 $35 以上可享有免費遞送到府服務。如欲索取紙本目錄，請致電客戶服務部或撥打供應商資訊表上的電話號碼。 如欲尋找網絡商店、查看您的餘額或在網上提交訂單，請前往網站 myAARPMedicare.com 上的 UCard 中心 (UCard Hub)。	實體商店服務供應商：Solutran 網上和電話服務供應商：Firstline 每季資助額是 $40	

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
部份住院服務 「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，強度比在您醫生或治療師診所接受的護理要高，是住院的替代選擇。	聯邦醫療保險承保的福利每天定額手續費 $55。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的福利每天定額手續費 $75。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診 承保服務包括： • 在醫生診所提供的醫療上所必需之醫療或外科手術服務。	提供這些服務的計劃網絡醫療護理提供者會被歸類為不同層次。您選擇第一層次的醫療護理提供者時支付的定額手續費最低。 從第一層次主治醫生取得的服務，或在某些情況下由執業護士、醫生助理或其他非醫生級健康護理專業人員在第一層次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。 從第二層次主治醫生取得的服務，或在某些情況下由執業護士、醫生助理或其他非醫生級健	從主治醫生取得的服務，或在某些情況下由執業護士、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)，共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
	康護理專業人員在第二層次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 $25。 請參閱您的醫療護理提供者名冊，查詢各層次的醫療護理提供者名單。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。	
• 在經認證的門診手術中心或在醫院門診部提供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。	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。	提供這些服務的計劃網絡醫療護理提供者會被歸類為不同層次。您選擇第一層次的醫療護理提供者時支付的定額手續費最低。 從第一層次專科醫生取得的服務，或在某些情況下由執業護士、醫生助理或其他非醫生級健康護理專業人員在第一層次專科醫生診所提供	從專科醫生取得的服務，或在某些情況下由執業護士、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)，共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
	的治療 (如聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 所准許)，定額手續費 $25。 從第二層次專科醫生取得的服務，或在某些情況下由執業護士、醫生助理或其他非醫生級健康護理專業人員在第二層次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 $50。 請參閱您的醫療護理提供者名冊，查詢各層次的醫療護理提供者名單。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。	
• 專科醫生執行的基本聽覺與平衡檢查 (如果是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。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的檢查每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 某些遠距保健服務，包括醫生或執業人員為在某些鄉村地區或其他聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 核准地方的病患提供的諮詢、診斷和治療。 • 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	聯邦醫療保險承保的門診每次定額手續費 $0。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	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 (如上方「醫生 / 執業人員護理服務，包括醫生診所門診」所述)。 您達到自付費用上限前

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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，不考慮其所在地點。 • 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： o 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 o 您在接受相關遠距保健服務時，每 12 個月接受一次面對面看診 o 在特定情況下，可對上述情況進行例外處理 • 由偏鄉衛生所和合格聯邦健康中心所提供精神健康門診的遠距保健服務 • 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聊天)，前提是： o 您不是新病患，而且 o 檢查與過去 7 天內的診所門診無關，而且 o 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：		均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
○ 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。		
• 外科手術前的第二意見。	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)。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	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)。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 非例行牙科護理 (承保服務僅限下顎或相關結構的外科手術、固定下顎或臉骨骨折、為準備下顎腫瘤癌症疾病的放射治療而進行的拔牙，或若由醫生提供即屬於承保範圍的服務)。牙醫因護理、治療、充填、拔除或替換牙齒或直接支撐牙齒的結構而提供的相關牙科護理服務不是聯邦醫療保險承保福利，也不屬於本項福利的承保範圍。	聯邦醫療保險承保的門診每次共同保險 20%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的門診每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 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或在您居住的療養院提供的醫療上所必需之醫療或外科手術服務。	主治醫生護理服務，或在某些情況下由執業護士、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。 從第一層次專科醫生取得的服務定額手續費 $25。 從第二層次專科醫生取得的服務定額手續費 $50。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	您須支付主治醫生護理服務或專科醫生護理服務的分攤費用 (如福利表於本節以上所述的診所場所適用的規定)，視提供服務的醫生類型而定。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 特定遠距保健服務，包括： ○ 額外網路看診： • 緊急護理服務 • 主治醫生 • 專科醫生 • 其他健康護理專業人員	定額手續費 $0	網絡外不屬於承保範圍
○ 其他類型的網路看診： • 心臟復健服務 • 加強心臟復健服務 • 門診復健服務 ○ 職能治療 ○ 物理治療和語言治療	定額手續費 $0	共同保險 40%
○ 其他精神健康遠距保健門診： • 承保服務包括個人精神健康服務。 • 網路精神健康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即時音訊 / 視訊功能為您提供的精神健康看診。請前往 virtualvisitsmentalhealth.uhc.com 瞭解詳情和預約網路看診。 ○ 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。您必須使用網絡醫療護理提	定額手續費 $0	網絡外不屬於承保範圍

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
供者，額外網路看診和精神健康看診才屬於承保範圍。特定類型的網路看診在網絡內和網絡外都屬於承保範圍。 ○ 網路看診和輔助遠距保健是指由醫療護理提供者在醫療設施之外使用適當的網上技術和即時音訊 / 視訊功能為您提供的醫療看診。 ○ 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承保範圍且由以上未列出的醫療護理提供者提供的遠距保健服務不屬於承保範圍。		
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 $25。 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	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，每次共同保險 50%。 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。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
其他例行足部護理 通常視為預防性質的足部治療，即剪除或切除雞眼、疣、繭或指甲。 福利為網絡內和網絡外合計。	例行門診每次定額手續費 $25，每年最多 6 次。*	例行門診每次共同保險 50%，每年最多 6 次。*
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。 診斷前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查須支付分攤費用，如本表中的門診診斷測試以及治療服務和用品所述。	聯邦醫療保險承保的直腸指診每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 年度前列腺特異性抗原 (PSA) 測試共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
義具裝置和相關用品 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：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)。包括與義具裝置相關的特定用品，以及修理和 / 或替換義具裝置，也包括白內障摘除或白內障外科手術後的某些承保 – 請參閱本節稍後的「視覺護理」查詢更多細節。	聯邦醫療保險承保的義體或矯正裝置 (包括替換或修理這類裝置) 以及相關用品，每件共同保險 20%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的義體或矯正裝置 (包括替換或修理這類裝置) 以及相關用品，每件共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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 $20 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的肺部復健門診每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
減少不當飲酒的篩檢和諮詢 我們每年會為享有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 且不當飲酒 (但還沒到依賴酒精程度) 的成人 (包括孕婦) 承保一次不當飲酒篩檢。 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四次簡短面對面諮詢 (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。	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共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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，且目前吸菸或在過去 15 年內戒菸、在肺癌篩檢諮詢和共同決	聯邦醫療保險承保的諮詢和共同決定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。	聯邦醫療保險承保的諮詢和共同決定門診或低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
定門診時取得低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 書面囑咐 (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)。 **首次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：**會員必須收到低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 肺癌篩檢書面囑咐 (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共同決定門診，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。		
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兩次，每次 20 至 30 分鐘的面對面高密集個人行為諮詢療程。只有當這些諮詢由主治醫生提供，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。	聯邦醫療保險承保的性傳染疾病 (STIs) 篩檢和性傳染疾病 (STIs) 諮詢之預防福利共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
腎臟疾病的治療服務 承保服務包括： • 教導腎臟護理並協助會員在知情之下做護理決定的腎臟疾病教育服務。如為患有第四期慢性腎臟病的會員，若經醫生轉介，我們承保最多終身六次腎臟病教育服務課程。	聯邦醫療保險承保的福利定額手續費 $0。	聯邦醫療保險承保的福利共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 門診洗腎治療 (包括暫時離開服務地區時的洗腎治療，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共同保險 20%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的福利共同保險 20%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 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。	聯邦醫療保險承保的福利共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 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。	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。	請參閱耐用醫療器材和相關用品。
• 特定家庭支援服務 (例如，必要時由受過訓練的洗腎工作者到府查看您	請參閱家庭健康機構護理。	請參閱家庭健康機構護理。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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) 某些洗腎藥物屬於您聯邦醫療保險 B 部份配藥福利的承保範圍。如需 B 部份藥物承保的資訊，請參閱「聯邦醫療保險 B 部份處方配藥」部份。		
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，請參閱本文件第 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 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療和語言治療 • 按您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	聯邦醫療保險承保的第 1 至 20 天每天定額手續費 $0。 聯邦醫療保險承保的第 21 至 56 天每天定額手續費 $196。 聯邦醫療保險承保的額外天數定額手續費 $0，最多 100 天。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。* 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。 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	聯邦醫療保險承保的專業護理設施 (SNF) 住院每次共同保險 50%，最多 100 天。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 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。 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。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 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。但在下列特定情況下，針對不是網絡醫療護理提供者的設施，您也許可以支付網絡內分攤費用，前提是該設施接受本計劃的付款金額。 • 您住院前居住的療養院或持續護理退休社區 (只要有提供專業護理設施護理)。 • 您的配偶在您出院時居住的專業護理設施 (SNF)。	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) 如果您吸菸，我們會在 12 個月期間以預防護理服務為您承保兩個戒菸諮詢療程。每個諮詢療程包括最多四次面對面診視。	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。	聯邦醫療保險承保的戒菸預防福利共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
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。	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 $20。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的監督型運動治療 (supervised exercise therapy, SET) 門診每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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、醫生助理或執業護士 / 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)，如經醫療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。		
緊急護理服務 緊急護理服務是為了治療非急診、不可預見的醫療疾病、傷害或病況所必須立即提供的醫療護理，但根據您的情況，不可能或無法合理從網絡醫療護理提供者取得服務。本計劃必須承保網絡外緊急護理服務的例子包括：i) 您在週末期間需要立即護理，或 ii) 您暫時在本計劃服務地區外。服務必須是立即需要且為醫療上所必需。 網絡外提供必需緊急護理服務與網絡內提供這類服務的分攤費用相同。承保服務包括在零售免預約診所或緊急護理中心取得的緊急護理服務。	每次門診定額手續費 $40。 美國境外取得緊急護理服務全球承保的定額手續費 $0。請參閱第 7 章第 1.1 節，查詢全球服務費用補償的資訊。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。	

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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。		
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，由眼科醫生或視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 (眼睛屈光)。	聯邦醫療保險承保的檢查每次定額手續費 $0。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的檢查每次共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 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。	聯邦醫療保險承保的青光眼篩檢共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
• 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視光師進行年度檢查。 • 若是糖尿病患者，糖尿病視網膜篩檢每年承保一次。	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。 *您的醫療護理提供者可能必須取得事前授權。*	聯邦醫療保險承保的評估眼睛疾病的眼睛檢查共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

如果您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，那麼您要為傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保服務支付的自付扣除金、共同保險和 / 或定額手續費可能會比較少。

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
• 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)。如果您接受兩次白內障手術，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兩副眼鏡。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、多焦點鏡片或防眩光鍍膜)。	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。	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，共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。
視覺護理服務 - 例行眼睛檢查 本項福利為網絡內和網絡外合計。 每年 1 次例行眼睛檢查 (眼睛屈光度)	提供者： UnitedHealthcare Vision® 或計劃網絡醫療護理提供者 定額手續費 $0	共同保險 50%，網絡內和網絡外福利合併計算。*
視覺護理服務 - 例行配鏡 本項福利為網絡內和網絡外合計。 • 每年 1 副標準鏡片和鏡框 全額承保的標準鏡片包括單焦點、非漸進式雙焦點、非漸進式三焦點、稜鏡片和第一層次 (標準) 多焦點鏡片。 或 • 隱形眼鏡，以取代每年 1 副的鏡片和鏡框	提供者：UnitedHealthcare Vision® 定額手續費 $0 計劃最多支付 $150 可用於購買鏡框 (以及標準鏡片全額承保) 或隱形眼鏡 (驗配和評估可能會有額外費用)。 可透過 UnitedHealthcare Vision 提供全國遞送到府配鏡 (僅限特定產品)。對於從 UnitedHealthcare Vision 網絡外的醫療護理提供者購買的配鏡，您要	

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
選定且驗配隱形眼鏡後，不得更換為眼鏡。 本計劃最多將為承保眼鏡或隱形眼鏡支付所列金額，超過此金額後您要負責支付所有費用。 不承保的選項包括 (但不限於) 非處方配鏡、升級多焦點鏡片、融合雙焦點、超薄、染色、防刮鍍膜、防紫外線 (UV) 或防眩光鍍膜以及聚碳酸酯。 這項福利不得與任何店內促銷優惠 (例如買一送一、折扣或優惠券) 同時使用。 您可以在 myAARPMedicare.com 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。	負責支付所有費用。	
「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防看診身體檢查 本計劃承保一次「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防看診身體檢查。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) 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	「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防看診身體檢查沒有共同保險、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」預防看診身體檢查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	「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防看診身體檢查共同保險 50%。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。 如果因「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防看診身體檢查的結果而囑咐心電圖 (EKG)，聯邦醫療保險承保的一次篩檢共同保險 50%。請參閱門診診斷測試以及治療服務和用品，查詢其

您的承保服務	網絡內取得這些服務時您必須支付的費用	網絡外取得這些服務時您必須支付的費用
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」預防看診身體檢查。約診時，請告訴醫生診所您要預約接受「歡迎參加註冊聯邦醫療保險」預防看診身體檢查。	及治療服務和用品，查詢其他心電圖 (EKG) 的資訊。	他心電圖 (EKG) 的資訊。 您達到自付費用上限前均須支付這些金額。

* 不計入您的最高自付費用金額的承保服務。

您的計劃內含的例行牙科護理承保福利

- 一般來說，預防和例行牙科護理服務不屬於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保範圍。您的聯合健康保險例行牙科護理福利提供以下詳細說明的牙科護理服務承保。
- 以下未列出的任何服務均不屬於承保範圍。
- 本牙科護理計劃提供強大的 UHC Dental 全國 Medicare Advantage 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。所有與非承保服務相關的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 myAARPMedicare.com 的牙科護理提供者搜尋工具。您也可以致電 1-866-870-9604，要求協助尋找醫療護理提供者或安排牙科門診時間
- 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。因此，向強大牙科網絡中的醫療護理提供者求診可節省大筆費用。網絡外取得的福利須遵守網絡內福利上限、限制和 / 或不予承保規定。
- 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。如果您想與牙醫討論您的計劃詳情，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。
- 您接受網絡牙醫執行的牙科護理承保服務時，牙醫將會代表您請款。您向網絡外牙醫求診時，牙醫通常會代表您請款。否則，您可以利用下列說明直接提出申請：
    - 提交的請款表必須包含下列資訊：
        - 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 30567, Salt Lake City, UT 84130**
    - 款項將郵寄到您的帳戶所列的地址。如欲更新您的地址或需要協助提交理賠，請聯絡客戶服務部，電話 1-866-870-9604，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，可以使用您會員卡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 1-866-870-9604，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711 或請瀏覽 myAARPMedicare.com

美國牙醫學會 (American Dental Association, ADA) 代碼：	**牙科程序說明：**	**頻率：**	**條件和不予承保規定：**	**定額手續費**
承保的牙科程序按美國牙醫學會 (ADA) 代碼列出。這些代碼在牙醫申報牙科護理費用時使用。類別資訊可方便參考。	幫助解讀牙科程序代碼的說明	聯合健康保險多久支付一次牙科程序的費用	聯合健康保險可支付程序費用的條件以及聯合健康保險不支付程序費用的狀況	*網絡牙科護理分攤費用 $0，僅限指定服務。如果您的計劃提供網絡外牙科護理承保且您向網絡外牙醫求診，即使服務列為定額手續費 $0，您可能仍會被收取較高的費用。
檢查				
D0120	檢查過程中完成的例行定期檢查	每個計劃年度兩個程序	承保定期、局部、綜合和詳細 / 完整的口腔檢查。不承保在定期、局部或綜合檢查以外另外進行的牙周檢查。每次門診僅承保一個檢查代碼。	$0*
D0150	綜合檢查 (適用新病患，或至少 3 年不曾接受牙科治療的原病患)	每三個計劃年度一個程序		$0*

美國牙醫學會 (American Dental Association, ADA) 代碼：	牙科程序說明：	頻率：	條件和不予承保規定：	定額手續費
X 光				
D0210	用於評估牙齒和口腔的全口 / 完整 X 光片組	每三個計劃年度一個程序	承保口腔內全口 X 光片組。不承保電腦斷層掃描 (CTs)、測顱片或核磁共振成像 (MRIs)。	$0*
D0270、D0272、D0273、D0274、D0277	用於評估牙齒和骨質的咬翼片 X 光	每個計劃年度一個程序	在全口 X 光片組 (D0210) 的當年度內進行不屬於承保範圍。	$0*
D0330	用於評估牙齒和口腔的環口 X 光	每三個計劃年度一個程序	承保環口 X 光片。不承保電腦斷層掃描 (CTs)、測顱片或核磁共振成像 (MRIs)。	$0*
洗牙				
D1110	標準成人洗牙	每個計劃年度兩個程序	承保成人預防性潔牙。在 D4910 或 D4355 當天進行不屬於承保範圍。	$0*
D4910	有牙齦疾病紀錄的成人例行洗牙	每個計劃年度三個程序	承保牙周維護。只有曾進行結石刮除和牙根整平 (深層清潔) 或牙周外科手術時才屬於承保範圍。	$0*

網絡牙科護理分攤費用 $0，僅限指定服務。如果您的計劃提供網絡外牙科護理承保且您向網絡外牙醫求診，即使服務列為定額手續費 $0，您可能仍會被收取較高的費用。福利、特色和 / 或裝置因計劃 / 地區而異。適用限制和不予承保規定。

美國牙醫學會 (American Dental Association, ADA) 代碼：	牙科程序說明：	頻率：	條件和不予承保規定：	定額手續費
其他預防護理服務				
D1206、D1208	塗氟治療	每個計劃年度兩個程序	承保局部塗氟 (含或不含氟漆)。	$0*
D1310	營養諮詢	每個計劃年度一個程序	承保用於治療和控制牙齦疾病和 / 或齲齒的飲食習慣諮詢。	$0*
D1354	牙齒塗藥以停止或抑制齲齒形成	每個計劃年度不限次數	承保在每顆無症狀的蛀牙臨時塗藥停止蛀牙。	$0*

不予承保規定：

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. 工傷賠償或僱主責任法律承保範圍的傷害或病況服務，以及市、郡或其他地方政府單位免費為受保人提供的服務。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 小時通知牙醫診所而產生的收費。
14. 以上未列出的任何服務均不屬於承保範圍。

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協會每年發布一次。程序代碼可能在計劃年度當中根據特定代碼停用而更改。

第 2.2 節 您可購買額外的「可選擇的輔助」福利

本計劃會提供某些不屬於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 承保範圍，且未納入您計劃會員福利組合中的額外福利。這些額外福利稱為**「可選擇的輔助福利」**。如果想要取得這些可選擇的輔助福利，您必須登記，而且可能必須要為這些福利支付額外保費。本節所述的可選擇的輔助福利與任何其他福利一樣，都採用相同的上訴流程。

為您的計劃新增可選擇的輔助福利

您必須參加註冊本計劃才能購買可選擇的輔助附約。您可選擇是否購買可選擇的輔助附約。您可以在參加註冊計劃時購買附約，或在計劃生效日期後 3 個月內購買。

參加註冊可選擇的輔助福利

欲參加註冊可選擇的輔助附約，請利用封面所列號碼致電客戶服務部。一般來說，在月份最後一天前收到填妥的可選擇的輔助附約選擇要求時，該選擇會在次月 1 號生效。

退出可選擇的輔助計劃

如果您想退出可選擇的輔助附約，請利用封面所列號碼致電客戶服務部。

在月份最後一天前收到的可選擇的輔助附約退出要求會在次月 1 號生效。如果於目前月份最後一天過後才收到退出要求，會員必須支付其可選擇的輔助附約的次月保費款項。退出可選擇的輔助附約不會使您退出健保計劃。

未支付可選擇的輔助附約的計劃保費不會使您退出健保計劃，您只會喪失可選擇的輔助附約，回到基本的福利計劃。

如果您在附約終止時仍有進行中的程序，您的牙醫診所會完成該程序。如果我們取消您牙醫診所的合約，或如果您的牙醫診所取消與我們的合約，我們有責任確認您可以在其他牙醫診所取得牙科護理福利。

保費退款

會員參加註冊可選擇的輔助計劃時須支付計劃月費，並有權在年度期間或退出計劃時收到溢繳計劃保費之退款。溢繳的可選擇的輔助計劃保費會在有必要、要求退還或退出計劃時退款。我們會在通知起 30 個工作日內退還溢繳款項。我們可能會將您溢繳的可選擇的輔助福利計劃保費用來支付您的健保計劃月費 (若有)。

白金牙科附約 (Platinum Dental Rider)

以下所述的可選擇的輔助附約承保僅適用已參加註冊牙科附約且有在支付相關月費的會員。

如果您尚未參加註冊本可選擇的輔助附約但想要參加註冊，您應利用本手冊封底所列的號碼致電客戶服務部。您可以在參加註冊計劃時參加註冊本附約，或在計劃生效日期後 3 個月內參加註冊。對於逐年持續留在計劃中的會員，您的計劃生效日期是計劃年度的 1 月 1 日，因此您可以在年度註冊期 (AEP) 期間參加註冊本附約 (生效日期為 1 月 1 日) 或在該計劃年度最初 3 個月內參加註冊本附約。

全新推出白金牙科附約 (Platinum Dental Rider)
我們曉得能自由選擇健康護理福利對您來說很重要。白金牙科附約 (Platinum Dental Rider) 是可選擇的輔助福利組合，購買後可取代您的 Medicare Advantage 計劃可能已提供的任何牙科護理福利。白金牙科附約 (Platinum Dental Rider) 不能與您的計劃可能包含的任何其他牙科護理福利合併使用。欲取得本附約，您須支付月費 $52.00。除此金額外，您仍須支付您 Medicare Advantage 計劃的任何計劃保費。

屬於承保範圍的白金牙科附約 (Platinum Dental Rider) 福利：
年度上限：$1,500

- 一般來說，預防和例行牙科護理服務不屬於傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的承保範圍。您的聯合健康保險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、牙周維護和深層洗牙)
  - 充填
  - 牙冠
  - 牙橋
  - 根管治療
  - 局部假牙
  - 全口假牙
  - 植牙
- 純粹為美容理由而採用的程序 (牙齒美白、鑲面、牙齦重塑)、齒列矯正、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、與新冠病毒疾病 (COVID) 篩檢有關的牙科收費、測試和疫苗接種，以及按報告計的未指明程序不屬於本計劃的承保範圍。年度上限用完後，您必須負責支付所有剩餘費用。其他限制和不予承保規定如下所列。
- 本牙科護理計劃提供強大的 UHC Dental 全國 Medicare Advantage 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。所有與非承保服務相關的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 myAARPMedicare.com 的牙科護理提供者搜尋工具。您也可以致電 1-866-870-9604，要求協助尋找醫療護理提供者或安排牙科門診時間
- 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。因此，向強大牙科網絡中的醫療護理提供者求診可節省大筆費用。網絡外取得的福利須遵守網絡內福利上限、限制和 / 或不予承保規定。
- 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。如果您想與牙醫討論您的計劃詳情，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。
- 您接受網絡牙醫執行的牙科護理承保服務時，牙醫將會代表您請款。您向網絡外牙醫求診時，牙醫通常會代表您請款。否則，您可以利用下列說明直接提出申請：
  - 提交的請款表必須包含下列資訊：

- 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

o 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 30567, Salt Lake City, UT 84130**。

o 款項將郵寄到您的帳戶所列的地址。如欲更新您的地址或需要協助提交理賠，請聯絡客戶服務部，電話 1-866-870-9604，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711。

o 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，可以使用您會員卡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 1-866-870-9604，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711 或請瀏覽 myAARPMedicare.com

追償付款

我們保留權利可以從白金牙科附約 (Platinum Dental Rider) 規定的適當應支付福利扣除下列已付款金額：

1. 付款錯誤
2. 基於請款有謊報資訊而付款
3. 基於為取得承保而提供的謊報資訊而付款
4. 付款與不符合資格的人士有關；如果這類付款與您有關，就可以從您對牙科附約福利提出的請款中扣款。請款付款日期起 24 個月後，即不得要求您或牙醫退還已向您或牙醫支付的全部或部份請款款項。唯一的例外情況是您或牙醫因詐欺而獲得付款，或您或牙醫已同意退還溢付的請款款項。

解除責任

按本白金牙科附約 (Platinum Dental Rider) 的規定付款即完全解除我們對相關付款的責任。

不予承保規定：

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. 工傷賠償或僱主責任法律承保範圍的傷害或病況服務，以及市、郡或其他地方政府單位免費為受保人提供的服務。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 / 複製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. 齒列矯正
17. 緩控釋治療藥物 (D9613)
18. 新冠病毒疾病 (COVID) 篩檢、測試和疫苗接種
19. 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。
20. 空間維持
21. 任何未指明的程序，按報告計 (牙科代碼：D##99)

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協會每年發布一次。程序代碼可能在計劃年度當中根據特定代碼停用而更改。

第 2.3 節 使用本計劃的自選遊客 / 旅客福利取得護理

您在服務地區外時可以取得護理。如遇醫療急診狀況或需要緊急護理時，您無須支付額外費用。您也能如本章的福利表所述，從非網絡醫療護理提供者取得護理，不過您的承保服務分攤費用可能會比較高。如果您有關於旅行時醫療費用的疑問，請致電客戶服務部。

UnitedHealth Passport® Program
當您到本計劃的服務地區外時，只要承保服務發生於「關聯組織」的服務地區內且您符合下列規定，本承保證書的全部承保服務均屬於承保範圍。「關聯組織」是指本公司對其擁有共同所有權或控制權且其參加 UnitedHealth Passport 計劃的實體，當您在關聯組織的服務地區內時可為您提供承保。我們的 Medicare Advantage 計劃並非都屬於 UnitedHealth Passport 的關聯組織。如需參加 UnitedHealth Passport 的關聯組織詳情，請致電客戶服務部。

規定：

- 只有當您離開本計劃服務地區的時間不超過連續九個月時，才符合 UnitedHealth Passport 計劃的資格。沒有短期離開的下限時間。您必須到關聯組織的服務地區，才能在當地取得承保。
- 預定到本計劃的服務地區外並想取得 UnitedHealth Passport 計劃的承保時，您必須提前通知我們。請利用本手冊第 2 章的號碼致電客戶服務部。我們會說明 UnitedHealth Passport 並協助為您轉介關聯組織的合約醫生。
- 一旦您在旅行的地方使用關聯組織服務地區中網絡醫生的服務後，即可視需要取得所有承保服務，不需再另外通知我們。
- 您必須同意透過合約關聯組織醫生或其他網絡醫療護理提供者取得承保服務，才能使用 UnitedHealth Passport。在取得我們所提供關聯機構服務地區中網絡醫療護理提供者的姓名 / 名稱前，您在取得任何健康護理服務前都必須通知我們。本規定不適用急診救護服務、急診護理服務、病情穩定後的護理服務、地區外洗腎、緊急護理服務，或按照本承保證書條款規定經我們核准或經網絡醫療護理提供者囑咐的承保服務。
- 您必須授權合約關聯組織醫生和其他醫療護理提供者向您的主治醫生 (PCP) 取得病歷，而且您也必須授權相關醫生和其他醫療護理提供者將病歷寄給您的主治醫生 (PCP) 以確保您可獲得持續護理。您也要同意與相關醫生和其他醫療護理提供者合作。
- 您返回本計劃服務地區時必須儘快與我們聯絡，通知您已返回一事。如果您沒有在啟用 UnitedHealth Passport 計劃起九個月內返回本服務地區，根據聯邦法規規定，我們必須在九個月的 UnitedHealth Passport 期間期滿當月或次月 1 號讓您退出計劃。

承保會在您在關聯組織服務地區內的第一天生效。您必須繼續支付相關計劃保費以及聯邦醫療保險 A 部份和 / 或 B 部份保費。按本承保證書規定您的承保應適用之全部定額手續費或共同保險、年度自付費用上限和任何福利限制，也全都適用根據 UnitedHealth Passport 規定取得的承保服務。您按 UnitedHealth Passport 規定求診時，為您提供任何層次的福利或服務的所有醫療護理提供者都視為第二層次。定額手續費和共同保險必須在取得服務時或在合約關聯組織醫生或其他醫療護理提供者提出帳單時，付給該醫生或醫療護理提供者。

本手冊第 9 章**如果您有問題或要投訴時怎麼辦**所述的上訴流程，我們同樣提供您在根據 UnitedHealth Passport 規定取得福利時可使用。

第 3 節 哪些服務不屬於本計劃的承保範圍？

第 3.1 節 我們不承保的服務 (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。

下表列出在任何情況下都不屬於承保範圍，或只有在特定情況下才屬於承保範圍的服務和用品。

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。即使您在急診設施接受不予承保的服務，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做成不承保醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參閱本文件第 9 章第 5.3 節。)

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不承保的服務	**任何情況下都不屬於承保範圍**	**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。	✓	
實驗性質的醫療和外科程序、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，查詢更多臨床研究的相關資訊。)
醫院單人病房。		只有醫療上所必需時才屬於承保範圍。
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。	✓	
家庭全職護理。	✓	
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) 等護理。	✓	
家事服務 (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。	✓	
您近親家屬或住家成員提供護理而收取的費用。	✓	
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做的乳房重建全部階段都屬於承保範圍。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不承保的服務	任何情況下都不屬於承保範圍	只有特定情況下屬於承保範圍
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。
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。)
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。)
選擇性的子宮切除術、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。	✓	
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)。	✓	
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。	✓	

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 不承保的服務	任何情況下都不屬於承保範圍	只有特定情況下屬於承保範圍
為了國外旅行的免疫接種。	✓	
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)。	✓	
空調器材或用品、熱敷墊、熱水瓶、假髮和假髮保養、彈性襪以及其他主要供非醫療用途的器材。	✓	
在美國和美國領土以外接受的任何非急診護理。	✓	
移植：不屬於承保範圍者包括但不限於以下各項。 交通運輸： • 車輛租賃、購買或維護 / 修理 • 汽車服務 (道路救援) • 汽油 • 航空或陸路救護運輸 (可能屬於您醫療福利的承保範圍)。 • 與醫療約診無關的航空或陸路旅行 • 在住宿或醫院以外地點產生的停車費用 住宿： • 押金 • 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	✓	

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相關的會員定額手續費、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，做成醫療必要性的裁決。

第 5 章

使用本計劃的 D 部份
處方配藥承保

第 1 節 簡介

本章會**解說您 D 部份配藥承保的使用規則**。請參閱第 4 章，瞭解聯邦醫療保險 B 部份藥物福利和善終護理藥物福利。

第 1.1 節 本計劃 D 部份配藥承保的基本規則

只要您遵循下列基本規則，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：**在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務購買您的處方配藥**。)
- 您的藥物必須列於本計劃的**承保藥物清單 (處方藥一覽表)** (我們簡稱為「藥物清單」)。(請參閱第 3 節：**您的藥物必須在本計劃的「藥物清單」上**。)
- 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核准或有某些參考書籍佐證。(請參閱第 3 節，查詢更多關於醫療許可的適應症之資訊。)

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

第 2.1 節 使用網絡藥房

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處方配藥的藥房。「承保藥物」是指列於本計劃藥物清單的所有 D 部份處方配藥。

第 2.2 節 網絡藥房

如何尋找您地區內的網絡藥房？

欲尋找網絡藥房，您可以查看您的**藥房名冊**、瀏覽我們的網站 (myAARPMedicare.com)，和 / 或致電客戶服務部。

您可以到我們的任何一家網絡藥房買藥。

如果您之前一直在使用的藥房離開網絡怎麼辦？

如果您之前一直在使用的藥房離開本計劃的網絡，您必須在網絡中再新找一家藥房。欲尋找您地區內的另一家藥房，您可請客戶服務部協助或可使用**藥房名冊**。您也可以在我們的網站 myAARPMedicare.com 找到資訊。

如果您需要專業藥房怎麼辦？

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 (例如療養院) 通常有自營藥房。如果您在長期護理 (LTC) 設施取得 D 部份福利時遭遇任何困難，請聯絡客戶服務部。
- 為印地安人健康服務 / 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。(備註：很少會發生這種情況。)

欲尋找某家專業藥房，請查看您的**藥房名冊**，或致電客戶服務部。

第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務

本計劃的郵購服務允許您可訂購**最多 100 天藥量**。

欲取得訂購表以及透過郵購購買處方配藥的相關資訊，您可以聯絡我們的優先郵購服務藥房 OptumRx™。OptumRx 的聯絡電話是 1-877-889-6358 或 (聽力語言殘障服務專線 (TTY)) 711，每週 7 天，每天 24 小時。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醫療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醫療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，藥房每次收到醫療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。

郵購補充處方配藥。如需補充，請最遲在您目前的處方配藥即將用完前提早 10 個工作日聯絡藥房，確保您下一次的郵購訂單能及時送達。您也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。如欲取消自動補充方案，請在您的訂單郵寄日期前 10 天聯絡郵購藥房，您也可以在藥房通知您即將寄送藥物時讓藥房知道。

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 2.4 節 您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。本計劃提供兩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定期服用的藥物。)

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**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。
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 2.3 節查詢詳情。

第 2.5 節 您何時可使用不在本計劃網絡的藥房？

在某些情況下您的處方配藥可能會屬於承保範圍

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。為能幫助您，我們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。您很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。

以下是我們會承保在網絡外藥房購買處方配藥的情況：

- **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。
- **旅行時或在服務地區外的承保**

  在美國境內旅行時，您可以使用全國網絡藥房。請攜帶您的處方箋和藥物，務必針對您的旅行計劃查看藥房名冊，找到旅行期間可使用的網絡藥房。如果要出國，您也許能取得較多天的藥量，以便您帶著前往沒有網絡藥房可使用的國家。
- 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優先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。

您如何向本計劃要求補償？

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。(第 7 章第 2.1 節會解說您如何要求本計劃把錢還給您。)

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**承保證書中我們簡稱為「藥物清單」**。

此清單上的藥物是由醫生和藥劑師組成的團隊協助本計劃挑選。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。

藥物清單上的藥物僅限聯邦醫療保險 D 部份承保藥物。

我們通常會承保計劃藥物清單上的藥物，不過您必須遵循本章解說的其他承保規則，而且藥物的用途也必須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已核准其開立處方用途的診斷或病況。
- **– 或 –** 有某些參考資訊支持，例如美國醫院處方藥一覽表服務藥物資訊和 DRUGDEX 資訊系統。

藥物清單包括原廠藥和副廠藥。

原廠藥是使用藥廠擁有的商標名稱進行銷售的處方配藥。比一般藥物複雜的原廠藥 (例如，以蛋白質為基底的藥物) 稱為生物製劑。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。一般來說，副廠藥的療效和原廠藥一樣好，但費用通常比較低。許多原廠藥都有副廠藥替代品。

哪些藥物不在藥物清單上？

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 (如需更多這方面的資訊，請參閱本章第 7.1 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。

第 3.2 節 藥物清單上的藥物有 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，分攤費用層次愈高，您支付的藥物費用就愈高：

第一層次 – 優惠副廠藥 – 較低價、普遍使用的副廠藥。

第二層次 – 副廠藥 – 許多副廠藥。這個層次也包含經美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准，但聯

邦醫療保險 D 部份規定不予承保的輔助藥物。您的計劃已將這些藥物列入您的藥物清單，向您提供加強福利。

第三層次 – 優惠原廠藥 – 許多常見的原廠藥 (稱為優惠原廠藥) 以及部份較高價的副廠藥。

特定胰島素藥物 – 每次 1 個月藥量的特定胰島素定額手續費上限 $35，直到重額承保階段為止。[1]

第四層次 – 非優惠藥物 – 非優惠副廠藥和非優惠原廠藥。

第五層次 – 特殊層次藥物 – 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 **(您需為 D 部份處方配藥支付的費用)**。

[1] 本計劃在 2023 年參加 D 部份長者節費模式，在不同的 D 部份福利承保階段為特定胰島素提供較低廉、穩定且可預測的自付費用。在所有承保階段中，您為每次 1 個月藥量的特定 D 部份胰島素藥物最多將支付 $35。

第 3.3 節 您如何查明特定藥物是否在藥物清單上？

您有三種方式可以查明：

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 (myAARPMedicare.com)。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。

第 4 節 部份藥物有承保限制規定

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醫療護理提供者處方開立藥物的含量、數量或劑型而有所不同，而不同版本的藥物 (例如 10 毫克或 100 毫克；每天一顆或每天兩顆；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 哪幾種限制規定？

以下幾節會更詳細告訴您我們對某些藥物採用的限制規定類型。

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。請聯絡客戶服務部以瞭解您或醫療護理提供者需要怎麼做才能取得該藥物的承保。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做例外處理。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要，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	複方可在承保裁決核准後由 D 部份承保
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)	複方可在承保裁決核准後由 D 部份承保。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，您將支付非優惠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。

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，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**」。

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 如果您有一種藥物的承保不是您想要的承保方式怎麼辦？

第 5.1 節 如果您的藥物承保不是您想要的承保方式，您可以採取一些行動

有些情況是，您目前正在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某種藥物並不在我們的藥物清單 (處方藥一覽表) 上，或者在我們的處方藥一覽表上但有限制規定。例如：

- 該藥物也許完全不屬於承保範圍。或者，也許該藥物的副廠等效藥屬於承保範圍，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，但該藥物有額外的承保規則或限制規定，如第 4 節所述。
- 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。
- 如果您的藥物承保不是您想要的承保方式，您可以採取一些行動。如果您的藥物不在藥物清單上，或藥物有限制規定，請參閱第 5.2 節，瞭解您可以怎麼做。
- 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 5.3 節，瞭解您可以怎麼做。

第 5.2 節 如果您的藥物不在藥物清單上或受到某種限制時怎麼辦？

如果藥物不在藥物清單上或受到限制，您有以下選項：

- 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承保變更事宜並決定要怎麼做。

欲取得暫時藥量的資格，您一直在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 90 天以上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，請致電客戶服務部。

在使用藥物的暫時藥量期間，您應該和醫療護理提供者談談，決定暫時藥量用完後要怎麼做。您有兩個選項：

1) **您可以改用另一種藥物**

   和醫療護理提供者談談，瞭解本計劃是否有承保另一種可能對您同樣有效的藥物。您可致電客戶服務部索取治療相同醫療病況的承保藥物清單。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。

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，而您正在服用的藥物明年將從處方藥一覽表移除或受到某種限制，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承保。

如果您和醫療護理提供者想要求例外處理，第 9 章第 6.4 節會告訴您該怎麼做，其中會解釋聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 已規定的程序和期限，確保您的要求可得到迅速公平的處理。

第 5.3 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。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低費用。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要求對規則做例外處理。

如果您和醫療護理提供者想要求例外處理，第 9 章第 6.4 節會說明該怎麼做，其中會解釋聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 已規定的程序和期限，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 如果您某種藥物的承保範圍變更怎麼辦？

第 6.1 節 藥物清單可能會在年度中變更

配藥承保多半會在每個年度開始時 (1 月 1 日) 變更。不過，本計劃可能在年度當中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。**
- **藥物移至更高或更低分攤費用層次。**
- **新增或刪除藥物的承保限制規定。**
- **以副廠藥取代原廠藥。**

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。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥物承保範圍變更怎麼辦？

藥物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。以下是我們對您正在服用的藥物進行變更時，您會直接收到通知的情況。

在目前計劃年度期間影響到您藥物承保的變更

- **新的副廠藥取代藥物清單上的原廠藥 (或我們變更分攤費用層次或對原廠藥增加新的限制規定，或兩者都發生)**
  - 如果我們藥物清單上的原廠藥要以新核准的該藥物副廠藥版本取代，我們可能會立即刪除該原廠藥。副廠藥會列在相同或更低的分攤費用層次且限制規定將會相同或更少。增加新的副廠藥時，我們可能會決定保留我們藥物清單上的原廠藥，但會立即將該原廠藥移到較高的分攤費用層次或增加新的限制規定，或兩者都發生。
  - 我們可能不會在進行該變更前通知您，即使您目前正在服用該原廠藥也不例外。如果我們進行變更時您正在服用原廠藥，我們會提供特定變更的相關資訊給您，也會包括您可以採取哪些步驟的資訊，以便您要求進行原廠藥承保的例外處理。您可能不會在我們進行變更前收到此通知。

- 您或您的開立處方者可要求本計劃進行例外處理，繼續為您承保該原廠藥。如需如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章。

- **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因其他原因而視為不安全或撤出市場。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。如果您正在服用該藥物，我們會立即通知您。
  - 您的開立處方者也會知道該項變更，並會和您齊力找出適合您病況的另一種藥物。
- **藥物清單上的其他藥物變更**
  - 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，我們可能會增加並非新上市的副廠藥來取代藥物清單上的原廠藥，或變更分攤費用層次或對原廠藥增加新的限制規定，或兩者都發生。我們也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。
  - 如有這些變更，我們必須至少提前 30 天通知您相關變更，或通知您相關變更並讓您在網絡藥房補充您在服用藥物的 30 天藥量。
  - 您收到變更通知後，您應該和醫療護理提供者討論轉換為我們承保的其他藥物，或設法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要求我們進行例外處理，繼續為您承保該藥物。如需如何要求例外處理的資訊，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。

如果您正在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)，那麼相關變更到明年 1 月 1 日才會影響您的使用或您支付的分攤費用。在此之前，您的付款金額應該不會調高，也不會對您的藥物使用新增任何限制規定。

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)，瞭解您在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 哪些類型的藥物不屬於本計劃的承保範圍？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節會告訴您哪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。

如果取得不予承保的藥物，您必須自行支付藥物費用 (但我們加強配藥承保可提供承保的特定不予承保藥物除外)。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。)

以下是聯邦醫療保險配藥計劃 D 部份不承保藥物的四個一般規則：

- 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。
- 本計劃通常不能承保標示外使用。「標示外使用」是指在美國食品與藥物管理局核准的藥物仿單標示以外的任何藥物使用方式。
- 只有用法獲得特定參考資訊 (例如美國醫院處方藥一覽表服務藥物資訊和 DRUGDEX 資訊系統) 的支持時才會允許承保「標示外使用」。

此外，按法律規定，以下類別的藥物不屬於聯邦醫療保險配藥計劃的承保範圍：(本計劃透過我們的加強配藥承保 (您可能要支付額外保費) 提供下列特定藥物的承保。請參閱以下詳細資訊。)

- 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做為藥物銷售條件的門診藥物。

我們提供聯邦醫療保險處方配藥計劃通常不承保的某些處方配藥的額外承保 (加強配藥承保)。這些納入承保的不予承保藥物以第二層次提供承保 (維他命和勃起障礙藥物)。這些藥物和其事前授權規定和數量限制列於藥物清單手冊的「額外藥物承保」一節。在計算您是否取得重額承保階段的資格時，您為這些藥物支付的金額不納入計算。(本文件第 6 章第 7 節有重額承保階段的說明。)

此外，如果您正在**接受「額外補助」(Extra Help)** 來支付處方配藥費用，「額外補助」(Extra Help) 方案不會支付通常不屬於承保範圍的藥物費用。但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。(您可在第 2 章第 6 節找到醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 的電話號碼和聯絡資訊。)

第 8 節 購買處方配藥

第 8.1 節 提供您的聯合健康保險會員卡資訊

在您選擇的網絡藥房購買處方配藥時，請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。購買處方配藥時，您必須向藥房支付**您的**分攤費用。

第 8.2 節 如果身上沒有聯合健康保險會員卡資訊怎麼辦？

如果您購買處方配藥時身上沒有聯合健康保險會員卡資訊，您或藥房可致電本計劃取得所需資訊。

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 2.1 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 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怎麼辦？

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 如果您在長期護理 (long-term care, LTC) 設施住院怎麼辦？

長期護理 (long-term care, LTC) 設施 (例如療養院) 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**，查明您長期護理 (LTC) 設施自營或使用的藥房是否屬於我們網絡的一部份。如果不是，或如果您需要更多的資訊或協助，請聯絡客戶服務部。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 (long-term care, 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怎麼辦？

請參閱第 5.2 節，瞭解暫時或緊急藥量。

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怎麼辦？

如果您目前有其他透過您 (或您配偶) 的僱主或退休人員團體取得的處方配藥承保，請聯絡**該團體的公司醫療福利主管**。該主管能協助確認您目前的處方配藥承保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處方配藥承保是否為「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處方配藥承保。

請保存這份可替代承保的通知，因為日後您可能需要這份通知。如果您參加註冊含 D 部份配藥承保的聯邦醫療保險計劃，您可能需要出示這份通知，證明您已有可替代承保。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公司醫療福利主管或僱主或工會索取。

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呢？

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)，因為這些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。為避免延遲收到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

第 10.1 節 協助會員安全使用藥物的方案

我們為會員進行藥物使用審查，協助確定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
- 因為您還在服用另一種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
- 您正在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 10.2 節 幫助會員安全使用其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醫生

或多間藥房，或您最近曾經使用過量的鴉片類藥物，我們可能會與您的醫生討論，確保您的鴉片類藥物使用適當且是醫療上所必需。與您的醫生討論後，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
- 要求您向特定醫生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。函中將會說明我們認為應該適用於您的限制。您會有機會告訴我們，您比較想使用哪些醫生和藥房，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裁決或設定的限制，您和您的開立處方者有權提出上訴。如果您提出上訴，我們會審查您的案件並回覆您我們的決定。如果您對藥物取得被限制而提出要求但我們還是拒絕您的部份要求，我們會自動將您的案件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 (例如活動性癌症相關疼痛或鐮狀細胞疾病)，或您正在接受善終護理、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 10.3 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。

有些因不同醫療病況服用藥物且藥價高昂，或參加藥物管理方案 (DMP) 幫助安全使用其鴉片類藥物的會員，也許能透過藥物治療管理 (MTM) 方案取得服務。藥劑師或其他健康專業人員會針對您的所有藥物進行完整審查。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。

建議和您的醫生談談您的建議行動清單和藥物清單。在就診時，或您要諮詢醫生、藥劑師和其他醫療護理提供者的任何時候，請攜帶這份摘要。此外，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。如果您對這些方案有任何疑問，請聯絡客戶服務部。

第 6 章

您需為 D 部份處方配藥支付的費用

您目前正在接受協助支付藥物費用嗎？

如果您目前參加協助支付藥物費用的方案，**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」。

第 1 節 簡介

第 1.1 節 將本章和解說您配藥承保的其他資料搭配使用

本章的重點在您需為 D 部份處方配藥支付的費用。為能簡單明瞭，本章中我們以「藥物」代表 D 部份處方配藥。如第 5 章說明，並非所有藥物都是 D 部份藥物 – 有些藥物屬於聯邦醫療保險 A 部份或 B 部份承保範圍，還有其他藥物是按法律規定聯邦醫療保險不予承保的藥物。

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 章第 1 至 4 節會說明這些規則。

第 1.2 節 您可能要為承保藥物支付的自付費用類型

D 部份藥物有不同類型的自付費用。您為藥物支付的金額稱為「分攤費用」，支付方式可能會有三種。

- **「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其應分攤的部份。
- **「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 1.3 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」) 有規定哪些費用可計入和哪些費用**不**可計入您的自付費用。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
  - 承保缺口階段

- 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處方配藥計劃會員身份支付的任何款項。

會因誰付款而不同：

- 如果是**您自己**支付費用，這些款項會包括在您的自付費用中。
- 如果是由**特定其他個人或組織**代替您支付費用，這些款項**也會包括**在您的自付費用中，其中包括由朋友或親戚、大多數慈善機構、愛滋病 (AIDS) 藥物補助方案、聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 認定合格的州政府配藥補助方案或印第安人健康服務為您支付的藥物費用。聯邦醫療保險的「額外補助」(Extra Help) 方案支付的款項也包括在內。
- 聯邦醫療保險承保缺口折扣方案支付的一部份款項包括在內。藥廠為您的原廠藥支付的金額包括在內。不過，本計劃為您的副廠藥支付的金額不包括在內。

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 $7,400 時，您就會從承保缺口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。
- A 部份或 B 部份承保的處方配藥。
- 您為一般情況下聯邦醫療保險處方配藥計劃不承保，但我們的額外承保會承保的藥物支付的費用。
- 您為一般情況下聯邦醫療保險處方配藥計劃不承保的處方配藥支付的費用。
- 本計劃在承保缺口期間為您的原廠藥或副廠藥支付的費用。
- 團體健保計劃 (包括僱主健保計劃) 為您的藥物支付的費用。
- 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) 和退伍軍人管理局) 為您的藥物支付的費用。
- 有處方配藥法定付款義務的第三方 (例如工傷賠償) 為您的藥物支付的費用。

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。

您如何記錄您的自付費用總金額？

- **我們會協助您。**您收到的 D 部份福利解說 (D 部份 EOB) 報告會包括您目前自付費用的金額。此金額達到 $7,400 時，該報告就會顯示您已離開承保缺口階段並進入重額承保階段。

- **確保我們有所需的資訊。**第 3.2 節說明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 您支付的藥物費用視您取得藥物時在哪個「藥物付款階段」而定

第 2.1 節 本計劃會員有哪些藥物付款階段？

按 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 規定，您的處方配藥承保有四個「藥物付款階段」。您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。各個階段的詳情請參閱本章第 4 至 7 節。階段如下：

階段 1：年度自付扣除金階段

階段 2：初始承保階段

階段 3：承保缺口階段

階段 4：重額承保階段

關於您要為胰島素支付多少費用的重要訊息 - 凡是本計劃承保的每種胰島素產品，無論是在哪個分攤費用層次，您為一個月藥量支付的費用不會超過 $35，即使您尚未支付 D 部份自付扣除金也不例外。

第 3 節 我們寄給您的報告會解說您的藥物付款和您在哪個付款階段

第 3.1 節 我們會寄給您稱為「D 部份福利解說」(Part D Explanation of Benefits，簡稱「D 部份 EOB」) 的每月摘要

您在藥房購買或補充處方配藥時，本計劃會記錄您的處方配藥費用以及您已支付的金額。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。我們會特別記錄兩種類型的費用：

- 我們記錄您已支付多少金額。這稱為您的**「自付費用」**。
- 我們會記錄您的**「藥物總費用」**。這是指您支付的自付費用或其他人代您支付的金額，加上本計劃支付的金額。

如果您前一個月份透過本計劃購買一次或多次處方配藥，我們會寄送一份 D 部份福利解說 (Part D Explanation of Benefits，簡稱「D 部份 EOB」) 給您。D 部份福利解說 (D 部份 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。**這就叫做「年度迄今」資訊。其中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。**這項資訊會顯示總藥費，以及與第一次購買時相比，每次相同數量的處方配藥請款出現的任何百分比變化。

- **可取得且費用較低的處方配藥替代選擇。**其中的資訊將會包括每一項處方配藥請款可取得的其他分攤費用較低的藥物。

第 3.2 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：

- **購買處方配藥時要出示您的聯合健康保險會員卡**。這能幫助本計劃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。為幫助我們記錄您的自付費用，請把這些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。**某些其他個人和組織所支付的款項也會計入您的自付費用，協助您取得重額承保的資格。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大多數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 (D 部份 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，或您有任何疑問，請致電客戶服務部與我們聯絡。您也可以在我們的網站 myAARPMedicare.com 檢視您的福利解說 (EOB)。請務必保留報告，

第 4 節 在自付扣除金階段中，您要為第三層次、第四層次和第五層次藥物支付全額費用

自付扣除金階段是您配藥承保的第一個付款階段。您將為第三層次、第四層次和第五層次藥物支付年度自付扣除金 $250。**您必須為第三層次、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。**「全額費用」**通常低於藥物的正常訂價，因為本計劃已經為網絡藥房的大多數藥物議定較低的價格。

一旦您為第三層次、第四層次和第五層次藥物支付達到 $250，您便會離開自付扣除金階段並進入初始承保階段。

對於特定胰島素藥物，AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 沒有自付扣除金。在自付扣除金階段中，您為一個月零售藥量的這類特定胰島素藥物支付的自付費用將是 $35。如欲瞭解哪些藥物是特定胰島素藥物，請檢閱我們以電子方式提供的最新版藥物清單。您可在承保藥物清單 (處方藥一覽表) 中以字首縮寫 ISSP 找出特定胰島素。如果您有關於藥物清單的疑問，您也可以致電客戶服務部。

第 5 節 在初始承保階段中，本計劃為您的藥物支付其分攤費用，您則支付您的分攤費用

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，本計劃為承保的處方配藥支付其分攤費用，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 – 優惠副廠藥 – 較低價、普遍使用的副廠藥。

第二層次 – 副廠藥 – 許多副廠藥。這個層次也包含經美國食品與藥物管理局 (FDA) 核准，但聯邦醫療保險 D 部份規定不予承保的輔助藥物。您的計劃已將這些藥物列入您的藥物清單，向您提供加強福利。

第三層次 – 優惠原廠藥 – 許多常見的原廠藥 (稱為優惠原廠藥) 以及部份較高價的副廠藥。

特定胰島素藥物 – 每次 1 個月藥量的特定胰島素定額手續費上限 $35，直到重額承保階段為止。[1]

第四層次 – 非優惠藥物 – 非優惠副廠藥和非優惠原廠藥。

第五層次 – 特殊層次藥物 – 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**。

[1] 本計劃在 2023 年參加 D 部份長者節費模式，在不同的 D 部份福利承保階段為特定胰島素提供較低廉、穩定且可預測的自付費用。在所有承保階段中，您為每次 1 個月藥量的特定 D 部份胰島素藥物最多將支付 $35。

第 5.2 節 顯示您一個月藥量的費用表

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。

如下表所示，定額手續費或共同保險的金額視您在哪個分攤費用層次而定。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物費用，而非定額手續費。

您領取 D 部份承保處方配藥一個月藥量時的分攤費用：

層次	**標準零售分攤費用 (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 優惠副廠藥	定額手續費 $0	定額手續費 $0	定額手續費 $0*
分攤費用 第二層次 副廠藥	定額手續費 $12	定額手續費 $12	定額手續費 $12*
分攤費用 第三層次 優惠原廠藥	定額手續費 $47	定額手續費 $47	定額手續費 $47*
特定胰島素藥物 [1]	定額手續費 $35	定額手續費 $35	定額手續費 $35*
分攤費用 第四層次 非優惠藥物	定額手續費 $100	定額手續費 $100	定額手續費 $100*
分攤費用 第五層次 特殊層次	共同保險 29%	共同保險 29%	共同保險 29%*

*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] 本計劃在 2023 年參加 D 部份長者節費模式，在不同的 D 部份福利承保階段為特定胰島素提供較低廉、穩定且可預測的自付費用。在所有承保階段中，您為每次 1 個月藥量的特定 D 部份胰島素藥物最多將支付 $35。

如果您基於任何理由從優先郵購藥房取得不到 100 天藥量，適用網絡內標準零售分攤費用金額。

第 5.3 節 如果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，您為處方配藥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)。您也能針對您的藥物請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不同處方配藥的補充日期。

如果您收到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，您只須支付按領取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」)，再乘以您領取藥物的天數。

第 5.4 節 顯示您長期 (100 天) 藥量的費用表

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。

下表顯示您購買長期 (100 天) 藥量時需支付的費用。

- 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物費用，而非定額手續費。

您領取 D 部份承保處方配藥長期藥量時的分攤費用：

層次	**標準零售分攤費用 (網絡內)** (100 天藥量)	**優先郵購分攤費用** (100 天藥量)	**標準郵購分攤費用** (100 天藥量)
分攤費用 第一層次 優惠副廠藥	定額手續費 $0	定額手續費 $0	定額手續費 $0
分攤費用 第二層次 副廠藥	定額手續費 $36	定額手續費 $0	定額手續費 $36
分攤費用 第三層次 優惠原廠藥	定額手續費 $141	定額手續費 $131	定額手續費 $141
特定胰島素藥物[1]	定額手續費 $105	定額手續費 $95	定額手續費 $105
分攤費用 第四層次 非優惠藥物	定額手續費 $300	定額手續費 $290	定額手續費 $300
分攤費用 第五層次 特殊層次	不適用 [2]	不適用 [2]	不適用 [2]

[1] 本計劃在 2023 年參加 D 部份長者節費模式，在不同的 D 部份福利承保階段為特定胰島素提供較低廉、穩定且可預測的自付費用。在所有承保階段中，您為每次 1 個月藥量的特定 D 部份胰島素藥物最多將支付 $35。

[2] 最多 30 天藥量

第 5.5 節 在您的年度藥物總費用達到 $4,660 之前，您都停留在初始承保階段

在您購買處方配藥的總金額達到**初始承保階段限制 $4,660** 之前，您都停留在初始承保階段。

我們提供聯邦醫療保險處方配藥計劃通常不承保的某些處方配藥的額外承保。為這類藥物支付的金額不會計入您的初始承保限制或自付費用總額。如欲瞭解本計劃承保哪些藥物，請參閱您的藥物清單 (處方藥一覽表)。

您收到的 D 部份福利解說 (D 部份 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。很多人在年度內不會達到 $4,660 的限制。

如果您達到此金額，我們會通知您。如果您達到此金額，您就會離開初始承保階段並進入承保缺口階段。請參閱第 1.3 節，瞭解聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 如何計算您的自付費用。

第 6 節 承保缺口階段費用

在承保缺口階段中，本計劃會以下列分攤費用層次承保副廠藥和原廠藥：

若是第一層次承保的副廠藥，您支付您的分攤費用金額 (相關金額請參閱第 5 節) 或不超過副廠藥費用的 25%，計劃則支付其餘費用。只有您支付的金額才會計入，讓您通過承保缺口。

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 為特定胰島素藥物提供缺口承保。在承保缺口階段期間，您為一個月零售藥量的特定胰島素藥物支付的自付費用將是 $35。如欲瞭解哪些藥物是特定胰島素藥物，請檢閱我們以電子方式提供的最新版藥物清單。您可在承保藥物清單 (處方藥一覽表) 中以字首縮寫 ISSP 找出特定胰島素。如果您有關於藥物清單的疑問，您也可以致電客戶服務部。

在承保缺口階段中，當您取得第二、三、四或五層次的藥物時，聯邦醫療保險承保缺口折扣方案會提供原廠藥的藥廠折扣。您支付原廠藥議定價格的 25%，以及配藥費用的一部份。您為原廠藥支付的金額和藥廠的原廠藥折扣金額都會計入您的自付費用，視為您已支付該筆金額，讓您通過承保缺口階段。您最多支付副廠藥費用的 25%，本計劃則支付其餘費用。只有您支付的金額才會計入，讓您通過承保缺口。

在您的年度自付費用金額達到聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 規定的最高金額前，您都要繼續支付這些費用。一旦您達到此 $7,400 金額，您就會離開承保缺口階段並進入重額承保階段。

聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 有規定哪些費用可計入和哪些費用不可計入您的自付費用 (第 1.3 節)。

第 7 節 在重額承保階段中，本計劃會為您的藥物支付大部份費用

自付費用達到日曆年度限制 $7,400 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。

在本階段中，本計劃會為您的藥物支付大部份費用，不包括承保的輔助藥物。

- **您分攤**的承保藥物費用會是共同保險或定額手續費，以兩者中金額**較高者**為準：

- **– 可能是 –** 藥物費用 5% 的共同保險
- **– 或是 –** 副廠藥或當作副廠藥的藥物 $4.15，所有其他藥物 $10.35。

• **本計劃會支付其餘**費用。

若是列為第二層次的計劃承保輔助藥物，您支付您的分攤費用金額 (請參閱第 5 節查詢相關金額)。

第 8 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. 提前補充遺失、失竊或毀損的藥物不屬於承保範圍，除非是在宣告「全國緊急狀況」期間。
2. 提前補充假期藥量以每日曆年度一次為限，最多購買 30 天藥量。
3. 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。
4. 您可以在至少已使用百分之七十五 (75%) 的藥量 (以天數為準) 時補充一次非鴉片類處方配藥。
5. 您可以在至少已使用百分之八十五 (85%) 的藥量 (以天數為準) 時補充一次鴉片類處方配藥。
6. 不屬於 D 部份承保範圍的藥物，費用不計入您的自付費用。

第 9 節 D 部份疫苗。您支付多少費用視您如何接種和在哪裡接種而定

關於您要為疫苗支付多少費用的重要訊息 - 本計劃免費為您承保大多數 D 部份疫苗，即使您尚未支付 D 部份自付扣除金也不例外。請致電客戶服務部查詢詳情。

我們的 D 部份疫苗接種承保有兩個部份：

• 承保的第一個部份是**疫苗本身**的費用。

• 承保的第二個部份是**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 部份疫苗接種支付的費用視下列三個因素而定：

1. 疫苗的類型 (您接種的目的)。

- 有些疫苗視為醫療福利。(請參閱第 4 章的**醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)**)。
- 其餘疫苗則視為 D 部份藥物。這些疫苗列在本計劃的**承保藥物清單 (處方藥一覽表)**。

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。

- 藥劑師可在藥房為您接種疫苗，或其他醫療護理提供者可在醫生診所為您接種。

您接受 D 部份疫苗接種時須支付的費用會因當時情況和您在哪個藥物階段而異。以下用 4 個例子說明您可取得 D 部份疫苗的方式。

情況 1： 您在網絡藥房接受疫苗接種。(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疫苗。) 當您使用網絡藥房時，您的分攤費用可能會比較低。

- 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： 您在醫生診所接受 D 部份疫苗接種且他們代表您請款。

- 您要向醫生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。(您的醫生向您收取的金額不得高於計劃核准的分攤費用。)
- 本計劃會支付其餘費用。

情況 3： 您在醫生診所接種 D 部份疫苗且要求他們不要代表您請款。(除非您要求醫生不要提交請款，否則他們必須這麼做。)

- 在為您接種疫苗前，您的醫生必須告知您的自付費用金額。
- 接種疫苗時，您要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。
- 您收到的補償金額會是您支付的金額扣除您通常為該疫苗 (包括施用) 支付的共同保險或定額手續費，再扣除醫生收費金額與我們一般情況下支付金額間的差額。(如果您接受「額外補助」(Extra Help)，我們會補償您此差額。)

情況 4： 您在您的藥房購買 D 部份疫苗本身，然後帶到您的醫生診所請他們為您接種疫苗。

- 您必須向藥房支付您的共同保險或疫苗本身的定額手續費。
- 您的醫生為您接種疫苗時，他們會針對疫苗施用提交請款。視您在哪個藥物付款階段而定，您可能必須支付額外的共同保險或定額手續費。
- 如果您要求您的醫生不要提交請款，您將支付該服務的全部費用。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。
- 您收到的補償金額會是醫生施用疫苗的收費金額，扣除醫生收費和我們一般情況下支付金額間的差額。(如果您接受「額外補助」(Extra Help)，我們會補償您此差額。)

第 7 章

要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用

第 1 節 您應要求我們為您的承保服務或藥物支付我們應分攤費用的情況

您在取得醫療護理或處方配藥時，有時可能必須支付全額費用。有時您可能會發現所付的金額超過依本計劃承保規則預期應支付的金額。或者，您可能會收到醫療護理提供者的帳單。此時您可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。

您也有可能會收到醫療護理提供者對您所接受醫療護理收取全額費用的帳單，或收取的費用可能超過本文件所述您應分攤的費用。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醫療護理時

您在美國境內接受不屬於我們網絡的醫療護理提供者的服務時，只須支付您應分攤的費用。(您使用網絡外醫療護理提供者時的分攤費用可能會比使用網絡醫療護理提供者時更高。) 請要求醫療護理提供者把本計劃的分攤費用帳單寄給我們。

- 如果您接受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。
- **請注意：**雖然您可以從網絡外醫療護理提供者取得護理，但該醫療護理提供者必須符合參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 的資格。除了急診護理外，我們無法支付已選擇退出或被排除於或不予參加聯邦醫療保險計劃的醫療護理提供者。如果醫療護理提供者不符合資格參加聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)，您即須支付所接受服務的全額費用。
- 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。

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一律應將帳單直接寄給本計劃，並且只要求您支付您的分攤費用。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。

- 您取得承保服務時只須支付您的分攤費用金額。我們不允許網絡醫療護理提供者另行加收其他收費，也就是「餘額收款帳單」費用。即使我們支付醫療護理提供者的費用少於醫療護理提供者的服務收費、即使有爭議且我們不支付某些醫療護理提供者的收費，都適用這項保障 (您永遠不須支付超過您的分攤費用金額)。
- 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。
- 如果您已支付網絡醫療護理提供者的帳單費用，但是您覺得付得太多，請將該帳單連同您已付款的書面紀錄寄給我們，要求我們將您已付金額與依本計劃規定您應付金額間的差額還給您。

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。這些情況的討論請參閱第 5 章第 2.5 節。

5. 您因為沒有攜帶聯合健康保險會員卡而支付處方配藥的全額費用

如果沒有帶您的聯合健康保險會員卡，您可要求藥房致電本計劃或查看您的計劃參加註冊資訊。不過，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。

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**承保藥物清單 (處方藥一覽表)** 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，我們可能需要您的醫生提供更多資訊，才能將我們應分攤的費用還給您。

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運輸福利

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 章所述。
- 請保留所有收據，在要求本計劃把錢還給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。請參閱第 7 章第 2.1 節，查詢全球服務費用補償的資訊。
- 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，我們也許能幫助協調代表您支付承保服務費用的事宜。

以上所有例子都屬於承保決定類型。意思是，如果我們拒絕您的付款要求，您可以對我們的決定提出上訴。本文件第 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底。

為了確保您提供我們做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。
- 可以從我們的網站 (**myAARPMedicare.com**) 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：
OptumRx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

醫療請款付款要求：
UnitedHealthcare
P.O. Box 31362
Salt Lake City, UT 84131-0362

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

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

第 3 節 我們會考慮您的付款要求並表示同意或拒絕

第 3.1 節 我們會確認是否應承保服務或藥物以及應付金額

收到您的付款要求時，如果我們還需要您提供其他資訊，就會通知您。否則，我們會考慮您的要求並做承保決定。

- 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 3.2 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，請參閱本文件第 9 章。

第 8 章

您的權利和責任

第 1 節 本計劃必須尊重計劃會員的權利和文化背景

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、大字體或其他替代形式等) 提供資訊。

您的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。

本計劃提供免費口譯服務以回答非英語會員的問題。如果您有需要，我們也能以盲人點字、大字體或其他替代形式免費提供資訊給您。我們必須以某種形式，提供方便您取得且適合您的計劃福利資訊。欲向我們索取您可瞭解形式的資訊，請致電客戶服務部。

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形式索取方便您取得且適合您的計劃資訊，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, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

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

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

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

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

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

第 1.2 節 我們必須確保您可及時取得承保服務和藥物

您有權選擇計劃網絡中的醫療護理提供者。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，而且仍只須支付網絡內分攤費用金額。您也有權選擇與聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 簽約的網絡外醫療護理提供者。

您有權**在合理時間內**與您的醫療護理提供者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做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 部份處方配藥的相關資訊。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，我們會和您的醫療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，請致電客戶服務部。

健保計劃隱私權實施條例通知

本通知說明可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。

醫療資訊隱私權通知

2022 年 1 月 1 日生效

法律規定我們[1] 必須保護您健康資訊的隱私，也規定我們必須寄本通知給您，解說我們可如何使用您的資訊，以及何時可提供或「公開」該資訊給其他人。您也享有本通知所述與您健康資訊相關的權利。法律規定我們必須遵守本通知的條款。

本通知中的「資訊」或「健康資訊」用語包括由我們維護，合理可用於辨識您的身份，以及與您的身體或精神健康狀況、為您提供健康護理或支付這類健康護理費用相關的任何資訊。我們會遵守相關隱私權法律規定，在發生侵害您健康資訊的情況時通知您。

我們有權變更我們的隱私權實施條例和本通知的條款。如果我們的隱私權實施條例有重大變更，我們會在下次提供年度資料時提供您相關修訂版通知，或有關重大變更以及如何取得修正版通知的資訊。

我們會根據相關法律規定，透過直接郵寄方式或電子方式提供這類資訊給您。無論如何，如果我們為您的特定健保計劃維護網站，我們會將修訂版通知發布到您的健保計劃網站 myAARPMedicare.com。我們保留權利可使任何修訂過或變更後通知的效力適用我們已有的資訊或我們未來收到的資訊。

聯合健康集團會收集並維護口頭、書面和電子資訊，用於管理本公司業務，並為我們的計劃參加者提供產品、服務和重要資訊。在處理和維護計劃參加者的資訊時，我們會根據適用的州和聯邦標準規定實施實體、電子和程序性的安全保護，避免資訊遺失、毀損或不當使用等風險。

我們收集、使用和公開資訊的方式

我們會收集、使用和公開您的健康資訊，以便將該資訊提供給：

- 您或有合法權利可代表您的人 (您的個人代表)，以便如本通知所述行使您的權利；以及
- 美國健康及人類服務部部長 (如有必要)，以確保您的隱私獲得保護。

我們有權為了您的治療、支付您的健康護理費用以及我們業務作業之需而收集、使用和公開健康資訊。例如，我們可在下列情況下使用或公開您的健康資訊：

- **支付**應繳給我們的保費、裁決您的承保範圍，以及處理您所接受之健康護理服務的請款，包括您可能享有之其他福利的代位權或福利協調。例如，我們可以告訴醫生您是否具備承保資格以及多少百分比的帳單費用可取得承保。
- **治療。**我們可為協助您的治療或協調您的護理而收集、使用和公開健康資訊。例如，我們可向您的醫生或醫院收集資訊或對其公開資訊，協助其為您提供醫療護理。
- **健康護理作業。**我們可視提供和管理您的健康護理承保相關業務活動的作業與管理所需，收集、使用和公開健康資訊。例如，我們也許會與您的醫生討論，提出有助您改善健康的疾病管理或保健方案建議，或可能會分析資料來判定如何改善我們的服務。我們也可能按照相關法律規定刪除健康資訊的身份識別。刪除身份識別後的健康資訊就不再受本通知規範，我們可以因任何合法目的而使用這類資訊。
- **提供您健康相關方案或產品的資訊**，例如，替代醫療治療和方案，或健康相關產品和服務的資訊，但需遵守法律限制。
- **計劃贊助商。**如果您是透過僱主贊助的團體健保計劃取得承保，我們可以和計劃贊助商分享健康資訊以及參加註冊和退出計劃資訊的摘要內容。此外，如果計劃贊助商同意遵守聯邦法律對其使用和公開資訊的特別限制規定，我們可以和計劃贊助商分享其他健康資訊以供計劃管理之用。
- **核保目的。**我們可為核保目的而收集、使用和公開您的健康資訊；不過，我們不會為此目的而使用或公開您的基因資訊。
- **叮嚀。**我們可使用或公開健康資訊以寄送有關您福利或護理的叮嚀，例如您和為您提供醫療護理的醫療護理提供者的約診叮嚀。
- **傳達訊息給您。**我們可使用您提供給我們的電話號碼或電子郵件地址，透過電子方式或電話傳達這類治療、付款或健康護理作業訊息。

在少數情況下**我們可以**因下列目的而收集、使用和公開您的健康資訊：

- **根據法律規定。**法律規定必須公開資訊時，我們即可公開。
- **給參與您護理的人。**當您喪失行為能力或遭遇緊急狀況，或當您同意或有機會反對而未反對時，我們可收集、使用您的健康資訊並公開給參與您護理或協助為您支付護理費用的人，例如家人。若您沒有機會反對或無法反對，我們會依最佳判斷來決定公開資訊是否符合您的最佳利益。我們何時可向死者家人和其他參與死者護理的人公開健康資訊將適用特殊規則。我們可向任何在死者死亡前參與死者護理或向支付死者護理費用的相關人員公開健康資訊，但當我們曉得這樣會違背死者先前表達的意願時便不會這麼做。
- **公共衛生活動**，例如向公共衛生機關公開以通報或預防疾病爆發。
- 向政府當局**通報受虐、疏忽或家庭暴力受害者**。政府當局是指法律准許可收受這類資訊者，包括社會服務或保護服務機構。
- **健康監督活動**，例如為了核發執照、政府審核以及詐欺和濫用調查等法律所授權的活動而向健康監督機構公開。
- **司法或行政訴訟**，例如回覆法院命令、搜查令或傳票。
- **執法目的。**我們可基於特定目的而向執法人員公開您的健康資訊，例如提供有限資訊以協尋失蹤人口或報案。
- **避免嚴重威脅**您、其他人或大眾的**健康或安全**，例如向公共衛生機構或執法當局公開資訊，或在遭遇緊急狀況或天災時公開資訊。
- **專門政府職能**，例如軍事與退伍軍人活動、國家安全和情報活動，以及總統和其他人的保護服務。
- **工傷賠償**，依照管轄工作相關傷害或疾病的州工傷賠償法律所准許，或為遵守州工傷賠償法律所必需。
- **研究目的**，例如與特定治療評估或疾病或殘疾防範相關的研究，但研究必須符合聯邦隱私權法律的規定。
- **提供已故者資訊。**我們可向法醫或驗屍官公開資訊，協助確認死者身份、判定死因，或根據法律授權公開資訊。我們也可視需要向殯葬業者公開資訊以便其執行業務。
- **取得器官。**我們可收集、使用和公開資訊給取得、儲存或移植器官、眼睛或身體組織的機構，以協助捐贈和移植。
- **給感化機構或執法人員**，但您必須是感化機構的收容者或遭執法人員羈押，且僅限因下列情況所需：(1) 為了讓該機構提供您健康護理；(2) 為了保護您或其他人的健康和安全；或 (3) 為了感化機構的安全和保安。
- **給業務夥伴**，以利其代表我們執行職務，或提供服務給我們，但必須是這類職務或服務所需的資訊。我們的業務夥伴必須按與我們簽訂之合約和聯邦法律的規定，保護您資訊的隱私，且禁止以合約未載明或聯邦法律未允許的方式收集、使用和公開任何資訊。
- **其他使用和公開限制規定。**某些聯邦和州法律可能有特別的隱私保護規定，限制使用和公開特定健康資訊，包括與您有關的極保密資訊。這類法律可保護下列類型的資訊：

1. 酒精和藥物濫用
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

如果有其他適用於我們的法律禁止或實質限制本通知前述健康資訊的使用或公開，我們會遵守更嚴格的法律規定。

除了本通知所描述和限制的使用和公開外，我們只有在取得您書面授權的情況下才會使用和公開您的健康資訊。這包括 (但聯邦隱私權法律允許的少數情況例外) 不使用或公開關於您的心理治療紀錄、將您的健康資訊售予他人，或沒有您書面授權就不能使用或公開您的健康資訊以供聯邦法律禁止的行銷通訊等特定促銷通訊之用。一旦您授權我們公開您的健康資訊，我們便無法保證資訊接收者一定不會公開該資訊。您可隨時以書面方式收回或「撤銷」書面授權，但不溯及我們已根據您的授權而採取的行動。欲查明郵寄書面授權的地址以及撤銷授權的方式，請聯絡健保計劃會員卡所列的電話號碼。

您享有哪些權利

您享有下列有關您健康資訊的權利：

- **您有權要求限制**僅能因治療、付款或健康護理作業才使用或公開您的資訊。您還有權要求僅限向家人或參與您的健康護理或為您支付健康護理費用的其他人公開資訊。我們也可能會有受撫養人資訊取得政策，授權您的受撫養人可要求某些限制規定。**請注意，雖然我們會儘量尊重您的要求並許可符合本公司政策的要求，不過我們未必要對任何限制要求都表示同意。**
- **您有權要求**以不同方式或在不同的地方**收受保密通訊**資訊 (例如，把資訊寄到郵政信箱而不寄到住家地址)。如果公開您的全部或部份健康資訊可能會危害到您，我們會配合合理的要求。某些情況下，我們會接受您表示要收受保密通訊的口頭要求，但我們也可能要求您以書面確認該要求。此外，如欲修正或取消任何先前保密通訊要求時，均須以書面提出。請將您的要求郵寄至下列地址。

- **您有權查看並取得**我們所維護關於您的特定健康資訊之**複本**，例如請款和個案或醫療管理紀錄。如果我們以電子方式維護您的健康資訊，您便有權要求我們以電子格式傳送您的健康資訊給您。您也能要求我們提供您的資訊給您指明的第三方。某些情況下，您可收受此健康資訊的摘要。您必須以書面要求檢閱和複製您的健康資訊或將您的資訊寄給第三方。請將您的要求郵寄至下列地址。在少數特定情況下，我們可能會拒絕您檢閱和複製您健康資訊的要求。如果我們拒絕您的要求，您可能有權可要求審查該拒絕決定。我們可收取任何複本的合理費用。

- 如果您認為關於您的健康資訊錯誤或不完整，**您有權要求修正**我們所維護關於您的特定健康資訊，例如請款和個案或醫療管理紀錄。您必須以書面方式提出要求並提供要求修正的理由。請將您的要求郵寄至下列地址。如果我們拒絕您的要求，您可於您的健康資訊中加註不同意聲明。

- **您有權取得**您提出要求的前六年期間我們對於您的資訊所做的某些公開之**細目**。此細目不包括下列公開資訊：(i) 因治療、付款和健康護理作業而公開的資訊；(ii) 公開給您或根據您的授權而公開的資訊；(iii) 公開給感化機構或執法人員的資訊；以及 (iv) 聯邦法律未規定我們必須提供細目的其他公開資訊。

- **您有權取得本通知的紙本。**您可隨時索取本通知。即使您已同意以電子方式收受本通知，您仍有權索取本通知的紙本。如果我們有維護網站，我們會將修訂版通知發布到該網站。您也可以在您的計劃網站 **myAARPMedicare.com** 取得本通知複本。

- **您有權提出書面要求，要求我們更正或修正**您的個人資訊。視您居住所在州而定，您可能有權要求刪除您的個人資訊。如果我們無法遵照您的要求，我們會通知您我們的決定。如果我們拒絕您的要求，您有權向我們提交一份書面聲明，說明您為何不同意我們對爭議資訊作出的評估，以及您主張的正確資訊。我們會將您的聲明提供給爭議資訊的審查人。

行使您的權利

- **聯絡您的健保計劃。**如果您有任何關於本通知的疑問，或您想取得有關行使權利的資訊，**請撥打您健保計劃會員卡上的免付費會員電話號碼，或致電 1-866-870-9604 (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服務代表聯絡**。

- **提出書面要求。**您可以將您想要行使任何權利的書面要求郵寄給我們，包括修正或取消保密通訊、索取您的紀錄複本或要求修正您的紀錄等，地址如下：

  UnitedHealthcare Privacy Office
  PO Box 1459
  Minneapolis, MN 55440

- **提出投訴。**如果您認為您的隱私權遭到侵犯，可利用上述地址向我們提出投訴。

您也可以將您的投訴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下列屬於聯合健康集團關聯機構的健保計劃：ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Enterprise Life Insurance Company; Freedom Life Insurance Company of America; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; March Vision Care, Inc.; MD – Individual Practice Association, Inc.; Medica Health Plans of Florida, Inc.; Medica Healthcare Plans, Inc.;

National Pacific Dental, Inc.; National Foundation Life Insurance Company; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Optum Insurance Company of Ohio, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; Peoples Health, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; Rocky Mountain HealthCare Options, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United Healthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.。以上健保計劃清單是截至本通知生效日期為止的完整清單。如需適用本通知規定的健保計劃最新清單，請前往 www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1。

財務資訊隱私權通知

本通知說明可使用和公開您財務資訊的方式，請仔細閱讀。

2022 年 1 月 1 日生效

我們[2] 致力維護您個人財務資訊的保密性。在本通知中，「個人財務資訊」是指關於健康護理承保的計劃參加者或申請人且可辨識個人身份的資訊，這些資訊通常不能公開取得，而且是向個人收集而來或在提供個人健康護理承保時取得。

我們收集的資訊

視您有本公司哪項產品或服務而定，我們可能從下列來源收集關於您的個人財務資訊：

- 您提供給我們的申請表或其他表格上的資訊，例如姓名、地址、年齡、醫療資訊和社會安全號碼；
- 您和本公司、本公司關聯機構或其他單位交易的相關資訊，例如保費付款和請款紀錄；以及
- 消費者報告機構提供的資訊。

資訊的公開

除非法律規定或法律許可，否則我們不會向任何第三方公開我們的計劃參加者或前計劃參加者的個人財務資訊。例如，我們在一般業務運作過程中，可不經您授權即按法律許可將我們所收集有關於您的個人財務資訊公開給以下類型的機構：

- 本公司關聯機構，包括財務服務提供者 (例如其他保險公司) 和非財務公司 (例如資料處理公司)；
- 非關聯機構，供我們日常業務目的之用，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；以及
- 為我們執行服務的非關聯機構，包括代表我們寄送促銷通訊文件。

保密性和安全性

我們會根據適用的州和聯邦標準規定實施實體、電子和程序性的安全措施，以免您的個人財務資訊蒙受遺失、毀損或不當使用等風險。這些措施包括電腦安全保護、安全檔案和建物，以及對可取得您個人財務資訊者的限制規定。

本通知相關疑問

如果您有任何關於本通知的疑問，請**撥打您健保計劃會員卡上的免付費會員電話號碼，或致電 1-866-870-9604 (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」是指從本健保計劃隱私權實施條例通知第四頁開始的註腳 2 中所列的機構以及下列聯合健康保險關聯機構：AmeriChoice Corporation.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc; Optum Global Solutions (India) Private Limited; OptumHealth Care Solutions, LLC; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women's and Children's Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Sanvello Health, 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) 在有健康保險可攜性和問責性法案 (HIPAA) 承保實體或健康保險產品例外規定之各州的其他聯合健康集團健保計劃。以上健保計劃清單是截至本通知生效日期為止的完整清單。如需適用本通知規定的健保計劃最新清單，請前往 www.uhc.com/privacy/entities-fn-v1。

© 2021 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、其醫療護理提供者網絡以及您承保服務的資訊

身為本計劃的會員，您有權向我們索取幾種類型的資訊。

如果您想要下列任何一種資訊，請致電客戶服務部：

- **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 部份處方配藥承保的資訊。
- **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 您有權和執業人員一起做成有關您健康護理的決定。我們必須支持您做成有關您護理的決定以及坦誠討論適合您的病況或醫療上所必需治療選項的權利，無論費用或福利承保範圍為何。

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醫療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。當然，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做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做健康護理的決定。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做決定時**幫您做醫療決定**。
- **給您的醫生書面指示**，說明如果您無法為自己做決定時，希望醫生如何處理您的醫療護理。

您針對上述處境提前做成指示的法律文件稱為「**事前醫療指示**」。事前醫療指示有幾種不同的類型，也有不同的名稱。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」做成指示，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，請記得這是一份法律文件。您應該考慮請律師協助您填寫。
- **把複本拿給相關人員。**您應該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做決定時能為您做決定的人。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。

請記得，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怎麼辦？

如果您已簽署事前醫療指示，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) 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做成的決定

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怎麼辦？

如果事關歧視，請致電民權辦公室

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、性傾向或原國籍而

遭受不公平的待遇，或權利不受尊重，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) 1-800-537-7697，或致電您當地的民權辦公室。

是關於別的事情嗎？

如果您認為自己遭受不公平的待遇或權利不受尊重，**而且**事情**無關**歧視，您可以得到幫助，處理您遭遇到的問題：

- 您可**致電客戶服務部**。
- 您可**致電州政府醫療保險計劃 (SHIP)**。如需詳情，請參閱第 2 章第 3 節。
- 或者，**您可撥聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)** 電話 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)。

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

您可以在下列幾個地方取得更多與您的權利相關的資訊：

- 您可**致電客戶服務部**。
- 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。您也可以透過網站 (https://www.uhcmedicaresolutions.com/resources/ma-pdp-information-forms.html) 取得此資訊。請點選「品質承諾」(Commitment to Quality)。
- 您可**致電州政府醫療保險計劃 (SHIP)**。如需詳情，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可聯絡**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)**。
  - 您可以到聯邦醫療保險網站閱讀或下載「聯邦醫療保險權利和保障」(Medicare Rights & Protections) 出版品。(此出版品的網址：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
  - 或者，您可致電 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) 1-877-486-2048)。

第 2 節 身為本計劃會員您應承擔部份責任

身為本計劃會員，您應該要做下列這些事。如果您有任何疑問，請致電客戶服務部。

- **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**瞭解您的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 章詳細說明您的醫療服務。
  - 第 5 章和第 6 章詳細說明您 D 部份處方配藥的承保範圍。
- **如果您除了本計劃以外還有任何其他健康保險承保或處方配藥承保，您必須告訴我們。**第 1 章向您說明相關福利協調。
- **告訴醫生和其他醫療護理提供者您有參加註冊本計劃。**每次取得醫療護理或 D 部份處方配藥時，都請出示您的聯合健康保險會員卡。

- **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醫療護理提供者。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。
  - 如果您有任何疑問，請務必提問並取得您能瞭解的解答。
- **體諒他人。**我們期盼所有會員都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：
  - 您必須繼續支付聯邦醫療保險 B 部份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醫療服務或藥物，您必須在取得這些服務或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處方配藥承保。
  - 如果您因為年所得的緣故而需為 D 部份支付額外金額，您必須繼續直接向政府支付該額外金額才能維持本計劃的會員身份。
  - **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，也務必通知社會安全局 (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) 時怎麼辦

第 1 節 簡介

第 1.1 節 如果您有問題或疑慮怎麼辦

本章解說處理問題和疑慮的兩種流程：

- 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。

以上兩種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 1.2 節 如果是法律專有名詞怎麼辦？

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，因此不易理解。為了更簡單明瞭，本章：

- 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。因此，您應一律聯絡客戶服務部要求協助。但在某些情況下，您有可能也想要請與我們無關聯的人協助您或給您指引。以下是可協助您的兩家機構。

州政府醫療保險計劃 (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。

州政府醫療保險計劃 (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」) 以取得協助。聯絡聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)：

- 您可致電 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。

- 您也可以瀏覽聯邦醫療保險網站 (www.medicare.gov)。

第 3 節 處理您的問題時應使用哪種流程？

如果您有疑問或疑慮，只要閱讀本章中適用您情況的部份即可。下面的指南會幫助您。

您的問題或疑慮是否與福利或承保有關？

包括醫療護理或處方配藥是否屬於承保範圍、其承保方式，以及與醫療護理或處方配藥付款相關的問題。

是。

請參閱本章下一節，即**第 4 節：「承保決定和上訴的基本指南」**。

否。

請跳至本章最後面的**第 10 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」。**

承保決定和上訴

第 4 節 承保決定和上訴的基本指南

第 4.1 節 要求承保決定和提出上訴：概要

承保決定和上訴是用來處理與您醫療服務和處方配藥福利和承保 (包括付款) 相關的問題。您可使用本流程處理是否屬於承保範圍和承保方式等問題。

在接受服務前要求承保決定

承保決定是指我們做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藥物支付的金額。例如，您的計劃網絡醫生在您每次接受其醫療護理時，或當您的網絡醫生為您轉介醫療專科醫生時，都為您做 (有利的) 承保決定。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，要求做承保決定。換句話說，如果您在取得醫療服務前想知道我們會不會承保該服務，您可要求我們為您做承保決定。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，我們就是為您做承保決定。在某些情況下，我們也許會決定服務或藥物不屬於承保範圍，或不再屬於聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 為您承保的範圍。如果您不同意該承保決定，可以提出上訴。

提出上訴

如果我們做了承保決定但您不滿意，無論是在取得服務之前還之後，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做成之承保決定的正式方法。

在特定情況下 (我們稍後會討論)，您可要求對承保決定進行特急或「快速上訴」。您的上訴會由做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，我們會審查我們做成的承保決定，確認我們是否正確遵循規則。

我們完成審查時會通知您我們的決定。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。

如果我們並未駁回您的案件但拒絕您的全部或部份層級 1 上訴，您可繼續提出層級 2 上訴。層級 2 上訴會由與我們無關聯的獨立審查組織執行。(醫療服務和 B 部份藥物上訴會自動轉送到獨立審查組織進行層級 2 上訴 – 您不需要採取任何行動。對於 D 部份藥物上訴，如果我們拒絕您的全部或部份上訴，您必須要求層級 2 上訴。D 部份上訴在本章第 6 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 9 節會說明層級 3、4 和 5 上訴流程)。

第 4.2 節 您要求承保決定或提出上訴時如何取得協助

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：

- 您**可致電客戶服務部與我們聯絡。**
- 您可向您的州政府醫療保險計劃取得免費協助。
- **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。(表格也可於聯邦醫療保險網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 下載。)
  - 若是醫療護理或 B 部份處方配藥，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 部份處方配藥，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。**如果您想要，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。(表格也可於聯邦醫療保險網站 www.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上訴要求，但我們必須收到表格才能開始或完成審查。如果我們沒有在收到您的上訴要求後 44 個日曆日內收到表格 (我們對您的上訴做成決定的

期限)，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，也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 4.3 節 本章哪一節會詳細說明您的情況？

有四種不同情況與承保決定和上訴有關。由於每種情況都有不同的規則和期限，因此每種情況我們都會單獨用一節來詳細說明：

- 本章**第 5 節**：「您的醫療護理：如何要求承保決定或提出上訴」
- 本章**第 6 節**：「您的 D 部份處方配藥：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴」
- 本章**第 7 節**：「如果您認為醫生太快讓您出院，如何要求我們承保更長的住院時間」
- 本章**第 8 節**：「如果您認為您的承保太快結束，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)

如果您仍不確定哪一節才適用，請致電客戶服務部。您也可以向政府組織，例如您的州政府醫療保險計劃取得協助或資訊。

第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保決定或對承保決定提出上訴

第 5.1 節 本節說明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

本節與您的醫療護理和服務的福利有關。這些福利請參閱本文件第 4 章：**醫療福利表 (承保範圍以及您支付的費用)**。為能簡單明瞭，我們通稱為「醫療護理承保」或「醫療護理」，其包括醫療用品和服務，以及聯邦醫療保險 B 部份處方配藥。某些情況下，要求 B 部份處方配藥適用不同的規則。碰到這類情況時，我們會說明 B 部份處方配藥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五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 5.2 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計劃的承保範圍。**要求承保決定。第 5.2 節。**
3. 您已接受您認為應屬於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 5.3 節。**

4. 您已接受您認為應屬於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 5.5 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 5.3 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，您就要閱讀本章第 7 節和第 8 節。這些類型的護理適用特殊規則。

第 5.2 節 步驟說明：如何要求承保決定

法律專有名詞 若承保決定與您的醫療護理有關，稱為**「機構裁決」**。

「快速承保決定」稱為**「特急裁決」**。

步驟 1：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」通常會針對 B 部份藥物在 14 天或 72 小時內做決定。「快速承保決定」通常會針對醫療服務在 72 小時內做決定，或針對 B 部份藥物在 24 小時內做決定。欲取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：

- 您**只**能**要求**承保您尚未接受的醫療護理。
- **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，您的健康狀態需要「快速承保決定」，我們會自動同意為您做快速承保決定。**
- **如果您沒有醫生支持，自行要求快速承保決定，我們會判斷您的健康狀態是否需要我們為您做快速承保決定。**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，我們會自動為您做快速承保決定。
  - 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」。

步驟 2：要求本計劃做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。



步驟 3：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**要求後 **14 個日曆日內回覆您**。如果您的要求是為了**聯邦醫療保險 B 部份處方配藥**，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 天的時間**。如果我們需要更多天，我們會以書面通知您。如果您的要求是為了聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，我們不能再有額外時間來做決定。
- 如果您認為我們不應該再增加天數，您可以提出「快速投訴」。我們做成決定後會儘快回應您的投訴。(投訴流程與承保決定和上訴流程不同。請參閱本章第 10 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聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，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，**我們最多可以再有 14 個天的時間**。如果我們需要更多天，我們會以書面通知您。如果您的要求是為了聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，我們不能再有額外時間來做決定。
- 如果您認為我們**不**應該再增加天數，您可以提出「快速投訴」。(請參閱本章第 10 節查詢投訴資訊。) 我們做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。



步驟 4：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 5.3 節　步驟說明：如何提出層級 1 上訴

法律專有名詞　向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」**。



步驟 1：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 天內做決定。「快速上訴」通常會在 72 小時內做決定。

- 如果您要上訴我們對您尚未接受的護理做成的承保決定，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，您的健康狀態需要「快速上訴」，我們會讓您快速上訴。
- 取得「快速上訴」的規定與本章第 5.2 節中取得「快速承保決定」的規定是一樣的。



步驟 2：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 **60 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。我們可能讓您有更多時間提出上訴。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。**



步驟 3：我們考慮您的上訴並回覆您。

- 本計劃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。如果您的健康狀態有需要，我們會更快回覆您。
  - 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，我們會以書面通知您。如果您的要求是為了聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，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 5.4 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**，我們會寄書面決定函給您並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聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，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**狀況需要，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，我們會以書面通知您。如果您的要求是為了聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，我們不能再有額外時間來做決定。
  - 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 小時內回應您的投訴。(請參閱本章第 10 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 5.4 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聯邦醫療保險 B 部份處方配藥則在 **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 5.4 節 步驟說明：如何進行層級 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。該組織會決定我們做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。



步驟 1：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該組織。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」，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。
- 不過，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聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，獨立審查組織不能再有額外時間來做決定。

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，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聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，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。
- 不過，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聯邦醫療保險 B 部份處方配藥，獨立審查組織不能再有額外時間來做決定。



步驟 2：獨立審查組織回覆您。

獨立審查組織會以書面通知您其決定並說明決定的理由。

- **如果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。對於特急要求，我們在收到審查組織的決定當天起有 72 小時的時間。
- **如果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**，我們必須在收到審查組織的決定後 **72 小時內**授權或提供 B 部份處方配藥。對於**特急要求**，我們在收到審查組織的決定當天起有 **24 小時**的時間。
- **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：
  - 說明其決定。
  - 通知您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。



步驟 3：如果您的案件符合規定，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 9 節會說明層級 3、4 和 5 上訴流程。

第 5.5 節 如果您想要求我們支付您已收到的醫療護理帳單中我們應分攤的費用怎麼辦？

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做承保決定

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。我們做此決定時，會查核確認您已支付費用的醫療護理是否為承保服務。我們也會查核確認您使用醫療護理承保時是否遵循所有規則。

- **如果我們同意您的要求：**如果醫療護理屬於承保範圍，且您遵循所有規則，我們就會在收到您的要求後 60 個日曆日內將我們應分攤的費用寄給您。如果您尚未支付服務的費用，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**遵循全部規則，我們就不會寄送款項。我們反而會寄信給您，說明我們不會支付服務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 5.3 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接受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 6 節 您的 D 部份處方配藥：如何要求承保決定或提出上訴

第 6.1 節 本節說明如果您無法取得 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，查詢更多關於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 部份藥物有關的初步承保決定稱為**「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做的決定。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**承保藥物清單**的 D 部份藥物。**要求例外處理。第 6.2 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)。**要求例外處理。第 6.2 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 6.2 節**
- 為藥物要求取得事前核准。**要求承保決定。第 6.4 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 6.4 節**

如果您不同意我們已做成的承保決定，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 6.2 節 甚麼是例外處理？

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」**。

要求為承保非優惠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，您可要求我們做「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做例外處理的三個例子：

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做例外處理。
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。如果我們同意為您做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做例外處理。

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藥物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 6.3 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。

一般來說，我們的藥物清單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，要求另一次審查。

第 6.4 節　　步驟說明：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」**。

步驟 1：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**做決定。**「快速承保決定」**會在我們收到您醫生的聲明後 **24 小時**內做決定。

如果您的健康狀態有必要時，請要求我們為您做「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，您的健康狀態需要「快速承保決定」，我們會自動為您做快速承保決定。**
- 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態是否需要我們為您做快速承保決定。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，我們會自動為您做快速承保決定。
  - 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。



步驟 2：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醫療護理的承保。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，以及所上訴的遭拒理賠識別資訊。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。本章第 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 (若需要)。



步驟 3：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。如果您的健康狀態有需要，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。如果您的健康狀態有需要，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。



步驟 4：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藥物承保。如果您提出上訴，這表示您將進入上訴流程的層級 1。

第 6.5 節　步驟說明：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」**。



步驟 1：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 天內做決定。「快速上訴」通常會在 72 小時內做決定。如果您的健康狀態有必要，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做成的決定，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 6.4 節中取得「快速承保決定」的規定是一樣的。



步驟 2：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。如果您的健康狀態需要快速回應，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，請以書面提出上訴或致電向我們提出上訴，電話 1-866-870-9604。**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) 標準承保裁決申請表 (可從我們網站取得) 提出的要求。請記得一定要附上您的姓名、聯絡資訊和有關您理賠的資訊，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 **60 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。我們可能讓您有更多時間提出上訴。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。



步驟 3：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。如果您的健康狀態有需要，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 6.6 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，而您的健康狀態有需要，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 6.6 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態所需儘快**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。



步驟 4：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 6.6 節　　步驟說明：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。該組織會決定我們做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。



步驟 1：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案件。

- 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。但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」裁決做出不利決定，我們會自動將您的理賠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該組織。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。



步驟 2：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

- 如果您的健康狀態有必要，請向獨立審查組織要求「快速上訴」。
- 如果該組織同意讓您「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，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，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。



步驟 3：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，就表示其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。



步驟 4：如果您的案件符合規定，您要選擇是否繼續上訴。

- 層級 2 之後上訴流程還有三個層級 (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 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 7 節 如果您認為醫生太快讓您出院，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。
- 如果您認為太快要求您出院，您可以要求更長的住院時間，而您的要求會被考慮。

第 7.1 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

您在住院後兩天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，請致電客戶服務部或 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. **請仔細閱讀該通知，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。
- 如果您認為太快讓您出院，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兩天更早之前就在通知上簽名，您會在預定出院前再收到一份。
   - 欲預先查閱該通知內容，您可致電客戶服務部或 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 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html。

第 7.2 節 步驟說明：如何提出層級 1 上訴以變更您的出院日期

如果您想要求我們為您的住院期間服務承保更長時間，您必須使用上訴流程提出要求。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醫療保險計劃，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。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。



步驟 1：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做成決定期間，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，但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**。
- 如果您錯過聯絡品質改進組織的期限，而您仍想要上訴，您必須改向本計劃直接提出上訴。如需以此替代方法提出上訴的詳情，請參閱第 7.4 節。

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，您可致電客戶服務部或 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通知樣本，網址 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。



步驟 2：品質改進組織針對您的案件進行獨立審查。

- 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。



步驟 3：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**，就表示其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**。



步驟 4：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 7.3 節 步驟說明：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做成的決定。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。



步驟 1：再次聯絡品質改進組織，要求另一次審查。

- 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。



步驟 2：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。



步驟 3：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做成決定並把決定告訴您。

如果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接受的醫院護理，**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，且可能會有承保限制。

如果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 上訴做成的決定。

- 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。



步驟 4：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。本章第 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 7.4 節 如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？

法律專有名詞 「快速審查」(或「快速上訴」) 也稱為**「特急上訴」**。

您可以改向我們上訴

如前文的說明，您必須快速開始對您的出院日期提出層級 1 上訴。如果您錯過聯絡品質改進組織的期限，還有另一種方法可以提出上訴。

如果您使用該替代方式提出上訴，**上訴的最初兩個層級會不一樣**。

步驟說明：如何提出層級 1 替代上訴



步驟 1：聯絡本計劃，要求「快速審查」。

- **要求「快速審查」。**意思是您要求我們使用「快速」期限 (而非「標準」期限) 回覆您。聯絡資訊請參閱第 2 章。



步驟 2：我們針對您的預定出院日期進行「快速」審查，查核確認其是否具醫療適當性。

- 在該審查期間，我們會檢查關於您住院的全部資訊。我們會查核確認您的預定出院日期是否具醫療適當性。我們會確認關於您何時應該離開醫院的決定是否公正並遵循所有規則。



步驟 3：我們在您要求「快速審查」後 72 小時內告訴您我們的決定。

- **如果我們同意您的上訴**，就表示我們已同意您在該出院日期後仍需住院。只要您的承保住院服務是醫療上所必需，我們都會繼續提供相關服務。這也表示我們已同意，針對自我們之前表示您的承保應結束的日期起您已接受的護理，我們會補償您我們應分攤的費用。(您必須支付您的分攤費用，而且可能會有承保限制。)
- **如果我們拒絕您的上訴**，就表示我們認為您的預定出院日期具醫療適當性。我們對您住院服務的承保會在我們之前表示承保應結束的日期時結束。
  - 如果您在預定出院日期**後**仍繼續住院，則**您可能必須支付**您在預定出院日期後所接受醫院護理的**全額費用**。

步驟 4：如果本計劃拒絕您的上訴，您的案件會自動轉送到上訴流程的下一個層級。

步驟說明：層級 2 替代上訴流程

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，與本計劃沒有關聯，也不是政府機構。該組織會決定我們做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。

步驟 1：我們會自動將您的案件轉送到獨立審查組織。

- 我們必須在通知您我們拒絕您的第一次上訴起 24 小時內，將您的層級 2 上訴資訊轉送到獨立審查組織。(如果您認為我們沒有遵守此期限或其他期限，您可以提出投訴。本章第 10 節會說明如何提出投訴。)

步驟 2：獨立審查組織針對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內回覆您。

- 獨立審查組織的審查人員會仔細檢查與您出院上訴有關的全部資訊。
- **如果該組織同意您的上訴**，我們即須針對自您的預定出院日期起您已接受的醫院護理，將我們應分攤的費用還給您。只要住院服務是醫療上所必需，我們也必須繼續提供您計劃的承保。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，可能會限制我們的補償金額或我們可繼續承保多久您的服務。
- **如果該組織拒絕您的上訴**，即表示其同意您的預定出院日期具醫療適當性。

◦ 您從獨立審查組織收到的書面通知會告訴您如何開始進行審查流程的層級 3 上訴，由行政法官或裁決檢察官進行處理。



步驟 3：如果獨立審查組織否決您的上訴，您要選擇是否繼續上訴。

- 層級 2 之後上訴流程還有三個層級 (總共有五個上訴層級)。如果審查人員拒絕您的層級 2 上訴，您可以決定是否接受此決定，或是否進入層級 3 上訴。
- 本章第 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 8 節 如果您認為您的承保太快結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務

第 8.1 節 本節僅與三種服務有關：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

當您接受**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，您就有權持續取得該類型護理的承保服務。

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。當您的該護理承保結束時，**我們會停止為您的護理支付我們應分攤的費用**。

如果您認為我們太快結束您的護理承保，**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 8.2 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天前**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<u>不</u>表示您同意**本計劃停止護理的決定。

第 8.3 節 步驟說明：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醫療保險計劃，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。

品質改進組織是一個由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。這包括審查關於計劃何時該停止特定類型醫療護理承保的決定。這些專家並不屬於本計劃。



步驟 1：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。

您聯絡該組織的期限。

- 如果您錯過聯絡品質改進組織的期限，而您仍想提出上訴，您必須改向我們直接提出上訴。如需以此替代方法提出上訴的詳情，請參閱第 8.5 節。



步驟 2：品質改進組織針對您的案件進行獨立審查。

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。



步驟 3：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**只要承保服務是醫療上所必需，我們都必須繼續提供您相關服務**。
- 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時結束**。
- 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**。



步驟 4：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 8.4 節 步驟說明：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做成的決定。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。



步驟 1：再次聯絡品質改進組織，要求另一次審查。

- 您必須在品質改進組織**拒絕**您的層級 1 上訴當天後 **60 天內**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。



步驟 2：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。



步驟 3：審查人員會在收到您的上訴要求起 14 天內針對您的上訴做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，而且可能會有承保限制。

如果審查組織拒絕會怎樣？

- 這表示審查組織同意對您的層級 1 上訴做成的決定。
- 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。



步驟 4：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 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 8.5 節 如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？

您可以改向我們上訴

如前文的說明，您必須快速聯絡品質改進組織以開始您的第一次上訴 (最遲在一天或兩天內)。如果您錯過聯絡該組織的期限，還有另一種方法可以提出上訴。如果您使用該替代方式提出上訴，**上訴的最初兩個層級會不一樣**。

步驟說明：如何提出層級 1 替代上訴

法律專有名詞	「快速」審查 (或「快速上訴」) 也稱為**「特急上訴」**。



步驟 1：與我們聯絡並要求「快速審查」。

- **要求「快速審查」。**意思是您要求我們使用「快速」期限 (而非「標準」期限) 回覆您。聯絡資訊請參閱第 2 章。



步驟 2：我們針對我們做成何時結束您服務承保的決定進行「快速」審查。

- 在該審查期間，我們會再次檢查關於您案件的全部資訊。我們會查核確認之前在訂定結束計劃服務承保的日期時，我們是否遵循所有規則。



步驟 3：我們在您要求「快速審查」後 72 小時內告訴您我們的決定。

- **如果我們同意您的上訴**，就表示我們已同意您需要更長時間的服務，而且只要您的承保服務是醫療上所必需，我們都會繼續提供相關服務。這也表示我們已同意，針對自我們之前表示您的承保應結束的日期起您已接受的護理，我們會補償您我們應分攤的費用。(您必須支付您的分攤費用，而且可能會有承保限制。)
- **如果我們拒絕您的上訴**，您的承保便會在我們告訴您的結束日期時結束，而且該日期之後我們便不會支付任何分攤費用。
- 如果您在我們表示您的承保應結束的日期**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**您必須支付**該護理的**全額費用**。



步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的案件就會自動進入上訴流程的下一個層級。

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」**。

步驟說明：層級 2 替代上訴流程

在層級 2 上訴期間，**獨立審查組織**會審查我們對您的「快速上訴」做成的決定。該組織會決定是否應變更該決定。**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。**該組織與本計劃沒有關聯，也不是政府機構。該組織是聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 挑選的公司，擔任獨立審查組織，聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 則監督其工作。



步驟 1：我們自動將您的案件轉送到獨立審查組織。

- 我們必須在通知您我們拒絕您的第一次上訴起 24 小時內，將您的層級 2 上訴資訊轉送到獨立審查組織。(如果您認為我們沒有遵守此期限或其他期限，您可以提出投訴。本章第 10 節會說明如何提出投訴。)



步驟 2：獨立審查組織針對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內回覆您。

- 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。
- **如果該組織同意您的上訴**，我們即須針對自我們表示您的承保應結束的日期起您已接受的護理，將我們應分攤的費用還給您。只要該護理是醫療上所必需，我們也必須繼續提供承保。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，可能會限制我們的補償金額或我們可繼續承保多久服務。
- **如果該組織拒絕您的上訴**，即表示組織同意本計劃針對您第一次上訴做成的決定，而且不會變更該決定。
  - 您收到的獨立審查組織書面通知會說明如果您接著想進入層級 3 上訴時可以怎麼做。



步驟 3：如果獨立審查組織拒絕您的上訴，您要選擇是否繼續上訴。

- 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 上訴會由行政法官或裁決檢察官審查。本章第 9 節會更詳細說明上訴流程的層級 3、4 和 5。

第 9 節 在層級 3 和之後層級繼續上訴

第 9.1 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，您也許可以進入其他上訴層級。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 個日曆日內授權服務或為您提供服務。

- 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。我們可以等到層級 4 上訴決定後再授權或提供爭議服務。

- **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決定後 60 個日曆日內授權服務或為您提供服務。
  - 如果我們決定上訴該決定，我們會以書面通知您。
- **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 9.2 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，您也許可以進入其他上訴層級。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**經行政法院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。

提出投訴

第 10 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 10.1 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？

投訴	例子
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)	如果您已要求我們做承保決定或已提出上訴，但您認為我們回應的速度不夠快，您也可以對我們回應緩慢一事提出投訴。以下舉例說明： • 您已要求我們為您做「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做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服務或藥物為您提供承保或補償，您就可以投訴。 • 您認為我們未能在規定期限內將您的案件轉送到獨立審查組織；您可以提出投訴。

第 10.2 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 10.3 節 步驟說明：提出投訴

步驟 1：立即聯絡我們 – 透過電話或書面。

- **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，我們可以多 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。



步驟 2：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，我們會自動讓您「快速投訴」。**如果您適用「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 10.4 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，您還有另外兩種選項：

- **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提出投訴。**

第 10.5 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 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 的投訴。欲向聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 提出投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽力語言殘障服務專線 (TTY/TDD) 使用者請撥 1-877-486-2048。

第 10 章

終止您的計劃會籍

第 1 節 終止計劃會籍簡介

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和處方配藥，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 您可以在年度註冊期終止您的會籍

您可以在**年度註冊期** (也稱為「年度開放註冊期」) 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做決定。

- **年度註冊期**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 (含或不含處方配藥承保)。
  - 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**含**獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃)。
  - 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**不含**獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃)。
    - 如果您選擇此選項，除非您已選擇不自動參加註冊，否則聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會讓您參加註冊配藥計劃。

  備註：如果您從聯邦醫療保險處方配藥承保退出後連續 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。
- 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。

第 2.2 節 您可以在 Medicare Advantage 開放註冊期終止您的會籍

您有機會在 **Medicare Advantage 開放註冊期**變更**一次**健康承保。

- **年度 Medicare Advantage 開放註冊期**是從 1 月 1 日 至 3 月 31 日。
- **在年度 Medicare Advantage 開放註冊期**，您可以：
  - 轉換到另一個 Medicare Advantage 計劃 (含或不含處方配藥承保)。
  - 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。

- **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處方配藥計劃，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 2.3 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，本計劃會員可能符合資格在年度的其他時候終止其會籍。這段時期稱為**特別註冊期**。

如果下列任何情況適用於您，**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」) 或到聯邦醫療保險網站 (www.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處方配藥的費用。
- 我們違反與您的合約規定。
- 您正在療養院或長期護理 (long-term care, LTC) 醫院等機構接受護理。
- 您參加註冊長者整合護理方案 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)。* 並非每一個州都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 (電話號碼請參閱本手冊封面)。

備註：如果您正在參加藥物管理方案，您也許不能變更計劃。第 5 章第 10 節會進一步說明藥物管理方案。

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」)，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。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處方配藥承保兩者。您可選擇：

- 另一個聯邦醫療保險健保計劃 (含或不含處方配藥承保)。
- 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**含**獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃)。
- **– 或 –** 傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) (**不含**獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃)。

備註：如果您從聯邦醫療保險處方配藥承保退出後連續 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)，幫助您支付處方配藥的費用：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處方配藥計劃，除非您已選擇不自動參加註冊，否則聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 可能會讓您參加註冊配藥計劃。

第 2.4 節 您可以在哪裡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任何疑問，您可以：

- **致電客戶服務部。**
- 在 **2023 年聯邦醫療保險與您 (Medicare & You 2023)** 手冊中查閱相關資訊。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)**，每週 7 天，每天 24 小時。(聽力語言殘障服務專線 (TTY) 1-877-486-2048)。

第 3 節 您如何終止您的本計劃會籍？

下表說明您應該如何終止您的本計劃會籍。

如果您想從本計劃轉換到：	您應該要做的是：
• 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處方配藥計劃)。	• 參加註冊新的聯邦醫療保險處方配藥計劃。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) (**不含**獨立的聯邦醫療保險處方配藥計劃)。	• **寄給我們書面要求以退出計劃。**如果您需要更多該怎麼做的資訊，請聯絡客戶服務部。 • 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡**聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」)** 要求退出計劃，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。

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服務和藥物

在您的會籍終止且您新的聯邦醫療保險承保開始前，您都必須繼續透過本計劃取得醫療護理和處方配藥。

- **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您的計劃會籍

第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會籍？

發生下列任何情況時，我們必須終止您的計劃會籍：

- 您不再擁有聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份。
- 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，或您啟用 UnitedHealth Passport 計劃已超過 9 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。
- 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。)
- 您讓別人使用您的聯合健康保險會員卡取得醫療護理。(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案件。
- 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，您也會失去處方配藥承保。

您可以從哪裡取得更多資訊？

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，請致電客戶服務部。

第 5.2 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」)，每週 7 天，每天 24 小時 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 1-877-486-2048)。

第 5.3 節 如果我們終止您的本計劃會籍，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 或簡稱 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、性向、性別、年齡、性傾向、精神或身體殘疾、健康狀態、請款經驗、病歷、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、美國身心障礙者法案、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 https://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。如果您要投訴，例如無法取得輪椅，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。除非是下列符合資格的費用，否則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：

- 急診護理服務
- 緊急護理服務
- 地區外和例行旅行洗腎 (必須在美國境內聯邦醫療保險認證的洗腎設施接受洗腎)
- 病情穩定後的護理服務

如果您和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進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，或您的醫療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

我們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，都不是聯合健康保險公司或其關聯機構的員工或代理人。代理人是指獲得授權可代表我們行為的任何人。我們和聯合健康保險公司或其關聯機構的任何員工都不是網絡醫療護理提供者或網絡醫院的員工或代理人。

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相關的會員定額手續費、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，做成醫療必要性的裁決。

第 11 節 會員聲明

只要無詐欺情事，您所做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 2023 年計劃參加者詐欺和濫用通訊

2023 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：

- 醫療護理提供者 (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 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 客戶服務部，電話 1-866-870-9604 (聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711)，每週 7 天，每天 24 小時。

您可利用本專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 www.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做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。做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 Renew Active™ 條款與條件

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」) 和關聯機構提供的簽約聯邦醫療保險計劃的會員才符合資格使用 Renew Active 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、網上健身和認知治療服務提供者、數位社群、活動、課程以及送餐服務折扣，不須額外支付費用。
- 您參加註冊 Renew Active 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。
- 您必須按照本網站提供的說明參加註冊計劃。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使用該代碼。下列情況請提供您的確認代碼：前往網絡健身機構 / 健身地點時 (免額外費用即可取得標準會籍)、向網上健身和 / 或認知治療服務提供者註冊、加入 Fitbit® Community for Renew Active，以及取得內含的折扣。請注意，您使用您的確認代碼即表示選擇透露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、Fitbit 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、超出基本或標準會員級別的進階設施會員級別及送餐服務有關的費用。

健身會籍、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。使用的健身機構和健身地點網絡可能因地點和計劃而異。

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、折扣、課程、活動和網上健身產品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，不能取代醫生諮詢。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活動受傷擔負責任。

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，您將負責支付相關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，您可以根據相關服務提供者 (包括相關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

- Optum (計劃管理者) 和 / 或您的服務提供者將依相關法律 (包括隱私法) 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 Optum 可要求且各服務提供者可提供這類個人資訊。

©2021 聯合健康保險服務公司。保留所有權利。

第 16 節 Fitbit® 條款與條件

您使用任何 Fitbit 裝置或服務屬於自願性質。如果您有醫療或心臟病況，使用 Fitbit 服務、進行運動計劃或變更飲食前，應諮詢您的醫生。是否提供 Fitbit 福利將因計劃 / 市場而異。請參閱第 4 章第 2.1 節查詢詳情。Fitbit、Fitbit 標誌以及相關標章和標誌是 Google LLC 和 / 或其關聯機構的商標。

第 12 章

重要用語的定義

第 12 章

重要用語的定義

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服務的營運機構。

年度註冊期 – 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)。

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接受之服務的決定，您也可以對該決定提出上訴。

餘額收款帳單 – 醫療護理提供者 (例如醫生或醫院) 向病患收取超過本計劃准許分攤費用金額的情形。身為 AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO) 會員，您取得本計劃承保的服務時只須支付計劃的准許分攤費用金額。我們不允許網絡醫療護理提供者開立「餘額收款帳單」，或以其他方式向您收取超過您的計劃規定您須支付的分攤費用金額。

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。

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後才可提供。

重額承保階段 – D 部份配藥福利的階段，當您或代表您的其他符合資格當事人在承保年度期間為承保藥物支付達到 $7,400 後，您在此階段為藥物支付低定額手續費或共同保險。

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。

慢性病護理特殊需要計劃 – 慢性病特殊需要計劃 (C-SNPs) 是限制只有患有特定嚴重慢性病或導致殘疾的慢性病 (如聯邦法規法典 (CFR) 第 42 編第 422.2 節所定義) 的特殊需要民眾才能參加註冊的特殊需要計劃 (SNPs)。慢性病特殊需要計劃 (C-SNP) 除了提供基本的聯邦醫療保險 A 部份和 B 部份服務和所有 Medicare Advantage 協調式護理計劃要求的護理協調外，還必須具備特定的特色，才能獲得向慢性病特殊需要計劃 (C-SNPs) 提供的特殊命名和行銷與參加註冊安排。

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。

合計最高自付費用金額 – 這是您在一年當中為網絡 (優先) 醫療護理提供者和網絡外 (非優先) 醫療護理提供者提供的全部 A 部份和 B 部份服務支付的最高費用。請參閱第 4 章第 1.3 節，查詢更多有關您合計最高自付費用金額的資訊。

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、等待時間以及您所接受客戶服務有關的問題，也包括投訴您的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、職能治療和語言治療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。) 分攤費用包括下列三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您計劃的承保範圍時，這不算是承保裁決。您必須致電或寫信給您的計劃，要求做正式的承保決定。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，於療養院、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，而您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。

每日分攤費用僅適用按相關法律規定配發少於一個月藥量的固體劑型口服藥物 (例如錠劑或膠囊劑)。每日分攤費用規定不適用以下任何一種情況：

1. 固體劑型的口服抗生素。
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。

雙重資格特殊需要計劃 (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) – 雙重資格特殊需要計劃 (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) 以及從醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) (第 XIX 編) 之州政府計劃取得醫療補助的個人參加註冊。州政府會視州和個人資格承保部份聯邦醫療保險費用。

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、發聲器、氧氣設備、噴霧器，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功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) 由可提供急診護理服務的符合資格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層次取得非優惠藥物 (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) 的聯邦醫療保險計劃或州計劃。

副廠藥 – 美國食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, 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，但費用通常較低。

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。我們 (即您的計劃) 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、醫院或療養院提供此護理。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。如需更多善終護理門診 / 探視的相關資訊，請瀏覽網站 www.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「門診病人」。

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。

初始承保限制 – 初始承保階段中的承保最高限制。

初始承保階段 – 這是指您的年度藥物總費用達到 $4,660 (包括您已支付以及本計劃已為您支付的金額) 前的階段。

初始註冊期 – 您剛符合聯邦醫療保險 (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。

網絡內最高自付費用金額 – 您為網絡內 (優先) 醫療護理提供者提供的 A 部份和 B 部份承保服務支付的最高金額。您達到此上限後，您在合約年度剩餘期間從網絡醫療護理提供者取得承保服務時即無須支付任何費用。不過，在您達到合計自付費用金額前，您向網絡外 (非優先) 醫療護理提供者尋求護理時仍須繼續支付分攤費用。

長期護理設施特殊需要計劃 (Institutional Special Needs Plan, SNP) – 已連續住在或預期會連續住在長期護理 (long-term care, LTC) 設施 90 天或更長時間的符合資格個人可參加註冊的一種計劃。這些長期護理 (LTC) 設施可包括專業護理設施 (skilled nursing facility, SNF)、護理設施 (nursing facility, NF) (SNF/NF)；智力遲鈍人士中繼護理設施 (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID)；住院精神科設施，和 / 或經聯邦醫療保險與醫療補助服務機構 (CMS) 核准可提供屬於聯邦醫療保險 A 部份、聯邦醫療保險 B 部份或醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) 承保範圍的類似長期健康護理服務的設施；以及其住院民眾的需要和健康護理狀態類似於其他所列設施類型的設施。長期護理設施特殊需要計劃必須和特定的長期護理 (LTC) 設施有合約安排，或擁有或經營長期護理 (LTC) 設施。

等同長期護理設施特殊需要計劃 (Special Needs Plan, SNP) – 住在社區但根據州評量需要長期護理設施護理級別的符合資格個人可參加註冊的一種計劃。評量時必須使用相關州護理級別的相同評量工具，並由提供計劃之組織以外的機構執行。這種類型的特殊需要計劃必要時可能會限制只有住在合約輔助生活設施 (assisted living facility, ALF) 的民眾才能參加註冊，確保提供統一的專業護理。

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)。

最高收費 (限制收費) – 在傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 計劃中，不接受指派的醫生和其他健康護理供應商對於承保服務可向您收取的最高金額。限制收費比聯邦醫療保險核准金額多 15%。限制收費僅適用特定服務且不適用於用品或器材。

醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」) – 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核准或有某些參考書籍佐證。

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剛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) 管理式醫療保險機構 (HMO)，ii) 優先醫療機構 (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。除了從這類計劃中做選擇之外，Medicare Advantage 管理式醫療保險機構 (HMO) 或優先醫療機構 (PPO) 計劃也可以是特殊需要計劃 (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做為承保服務的全額付款。若是承保的網絡外服務，如果您的醫生或供應商接受指派，您就能省錢。如果醫生或供應商接受指派，您的分攤費用以該承保服務的定額手續費或共同保險金額為限。

聯邦醫療保險承保缺口折扣方案 – 為已達到承保缺口階段且尚未接受「額外補助」(Extra Help) 的 D 部份會員提供大多數 D 部份承保原廠藥折扣的一種方案。折扣以聯邦政府和特定藥廠的協議為基準。

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、特殊需要計劃、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。

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。醫療保險輔助保險計劃 (Medigap) 只能搭配傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 使用。(Medicare Advantage 計劃不是醫療保險輔助保險計劃 (Medigap)。)

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做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，接受以我們的付款做為全額付款，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」。

非優先網絡郵購藥房 – 通常以高於優先網絡郵購藥房適用的分攤費用層次為本計劃會員提供聯邦醫療保險 D 部份承保藥物的網絡郵購藥房。

可選擇的輔助福利 – 不包括在您福利組合中但可支付額外保費購買的非聯邦醫療保險承保福利。您必須自願選擇才能取得可選擇的輔助福利。

機構裁決 – 本計劃做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，並非由私營健保計劃 (如 Medicare Advantage 計劃及處方配藥計劃) 提供。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、醫院和其他醫療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、醫院或其他醫療護理提供者求診。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) 有兩個部份：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。

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，協助長者盡可能在社區獨立生活更久 (而不是搬到療養院)，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。並非每一個州都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不予承保，不視為 D 部份承保藥物。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 – 如果您在剛符合資格可加入 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月費的金額。

優惠分攤費用 – 優惠分攤費用是指在特定網絡藥房對特定 D 部份承保藥物提供的較低分攤費用。

優先網絡郵購藥房 – 通常可能以低於其他網絡藥房或郵購藥房的分攤費用層次為本計劃會員提供聯邦醫療保險 D 部份承保藥物的網絡郵購藥房。

優先醫療機構計劃 (Preferred Provider Organization, PPO) – 優先醫療機構計劃是一種 Medicare Advantage 計劃，其合約醫療護理提供者網絡已同意以指定付款金額為計劃會員治療。無論是從網絡或網絡外醫療護理提供者取得計劃福利，優先醫療機構 (PPO) 計劃均須承保所有計劃福利。會員從網絡外醫療護理提供者取得計劃福利時的分攤費用通常會比較高。優先醫療機構 (PPO) 計劃對於您從網絡內 (優先) 醫療護理提供者取得服務設有年度自付費用限制，對於您從網絡內 (優先) 和網絡外 (非優先) 醫療護理提供者取得服務的合計自付費用總額則設有比較高的限制。

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。

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，之後才能向其他醫療護理提供者求診。

事前授權 – 若是醫療服務，這個流程是指您的主治醫生 (PCP) 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。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。在優先醫療機構 (PPO) 的網絡部份，有些網絡內醫療服務必須由您的主治醫生 (PCP) 或其他網絡醫療護理提供者取得本計劃的「事前授權」才屬於承保範圍。在優先醫療機構 (PPO) 中，您不需事前授權即可取得網絡外服務。不過，建議您向網絡外醫療護理提供者取得服務前先向計劃詢問，確認服務屬於您計劃的承保範圍及您要負責支付哪些分攤費用。

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，包括造口術用品以及腸內和腸外營養療法。

醫療護理提供者 – 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，之後才能向其他醫療護理提供者求診。

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，用來限制選定藥物之使用的管理工具。可以限制每個處方或在既定期間內我們可承保的藥物數量。

復健服務 – 這類服務包括物理治療、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，也可能位於零售賣場、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)

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。

特別註冊期 – 會員可變更其健保計劃或配藥計劃或返回傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare) 的一段固定時間。您可能符合特別註冊期資格的情況包括：搬離服務地區、取得處方配藥費用的「額外補助」(Extra Help)、遷入療養院，或我們違反與您的合約規定。

特殊需要計劃 – 特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，為同時擁有聯邦醫療保險 (Medicare，俗稱「紅藍卡」) 和醫療補助 (Medicaid，俗稱「白卡」)、住在療養院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。

標準分攤費用 – 標準分攤費用是指網絡藥房提供的優惠分攤費用以外的分攤費用。

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 – 不是急診護理服務，是在網絡醫療護理提供者暫時無法提供服務或聯絡不上，或計劃參加者在服務地區外時提供的承保服務。例如，您在週末期間需要立即護理。服務必須是立即需要且為醫療上所必需。

AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO)
客戶服務部：

撥打 **1-866-870-9604**

撥打本號碼不需付費。每週 7 天，每天 24 小時。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。每週 7 天，每天 24 小時。

寫信：**P.O. Box 30770**
Salt Lake City, UT 84130-0770

myAARPMedicare.com

州政府醫療保險計劃

州政府醫療保險計劃是聯邦政府出資的州計劃，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醫療保險計劃 (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。*
AANY23LP0071260_001