

2025

承保範圍證明

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

New York H5992-007

生效日期為 年 1 月 1 日至 12 月 31 日 2025

H5992_25_007_NYEOC_C

NY-H5992-007-DSNP-EC-ZHT-25



OMB 核准 0938-1051 (到期日 : 2026 年 8 月 31 日)

2025 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日

給付範圍證明：

作為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的會員，您的 Medicare 健康福利與服務及處方藥給付範圍

本文件提供您在 2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日的 Medicare 與 Medicaid 健康照護、長期照護、居家與社區型服務及處方藥給付範圍詳細資訊。這是重要法律文件。請保存在安全的地方。

如對本文件有疑問，請聯絡會員服務部，電話：(833) 671-0440。(TTY 使用者應致電 711)。服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日：每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點(當地時間)。4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點(當地時間)。這是免付費專線。

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 計劃由 Senior Whole Health of New York, Inc 提供。(本「給付範圍證明」中提到的「我們」、「我方的」或「我們的」皆是指 Senior Whole Health of New York, Inc。而「計劃」或「本計劃」則是指 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。

本文件免費提供西班牙語、中文、阿拉伯語、韓語、俄語、義大利語、法語、法語克裡奧爾語、意第緒語、波蘭語、他加祿語、孟加拉語、阿爾巴尼亞語、希臘語和烏爾都語版本。

您可以免費獲得本文件的非英語版本或其他格式版本，例如，大字體、點字或語音。請致電：(833) 671-0440，(TTY：711) 此為免付費電話。

福利可能於 2026 年 1 月 1 日發生變更。

處方集、藥局網絡和/或醫療服務提供者網絡可能隨時變更。您會在必要時收到通知。我們將提前至少 30 天通知受影響的保戶變更事宜。

Molina Healthcare 是一項具有 Medicare 合同的 C-SNP、D-SNP 和 HMO 計劃。D-SNP 計劃有合同與州醫療補助計劃。入學取決於合同续签。

本文件說明您的福利與權利。使用此文件以瞭解：

- 您的計劃保費和分攤費用；
- 您的健康和處方藥福利；
- 如果您對服務或治療不滿意時，該如何提出投訴；
- 如果您需要進一步協助，如何與我們聯絡；以及，
- Medicare 法律要求的其他保護措施。

H5992_25_007_NYEOC_C

2025 年承保範圍證明

目錄

第1章	以會員身分開始	4
第1節	簡介.....	5
第2節	要成為計劃會員需符合哪些資格？.....	6
第3節	您將收到的重要會員資料.....	8
第4節	您每月需為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 支付的費用	9
第5節	更多關於每月保費的資訊.....	11
第6節	請將您的計劃會員記錄保持在最新狀態.....	11
第7節	其他保險如何與本計劃搭配運作.....	12
第2章	重要的電話號碼及資源	14
第1節	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 聯絡資訊 (如何聯絡我 們，包括如何聯絡會員服務部)	15
第2節	Medicare (如何直接從聯邦 Medicare 計劃取得協助與資訊)	19
第3節	州健康保險援助計劃 (免費協助、資訊，以及 Medicare 相關問題解答)	20
第4節	品質改善組織 (Quality Improvement Organization)	20
第5節	社會保障局 (Social Security)	21
第6節	Medicaid	22
第7節	協助支付處方藥費用之計劃的相關資訊	24
第8節	如何與鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board) 聯絡	25
第9節	您是否有僱主提供的集體保險或其他健康保險？	26
第3章	使用本計劃來獲得您的醫療和其他給付服務	27
第1節	本計劃會員取得醫療照護和其他服務時的須知事項	28
第2節	透過本計劃網絡醫療服務提供者取得醫療照護和其他服務	29
第3節	當您需要急診或緊急照護或者身處災難之中時，如何取得服務	31
第4節	如果您收到服務的全額費用帳單，該怎麼辦？	33
第5節	當您參與臨床研究時，您的醫療服務如何獲得給付？	34
第6節	在宗教性非醫療健康照護機構取得照護的規定	35
第7節	擁有耐用性醫療器材的相關規定	35
第4章	醫療福利表 (給付範圍)	37
第1節	瞭解給付服務	38
第2節	利用 醫療福利表來查詢您的給付項目	38
第3節	在 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 之外給付哪些服務？	72

目錄

第4節	本計劃不給付哪些服務？	72
第5章	使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥	75
第1節	簡介	76
第2節	在網內藥局或透過本計畫的郵購服務領取處方藥	76
第3節	您的藥物必須列於本計畫的「藥物清單」	78
第4節	某些藥物的給付受到限制	79
第5節	如果您的藥物之一未按照您想要的方式得到給付，該怎麼辦？	80
第6節	如果您的某項藥物給付有所變動，該怎麼辦？	82
第7節	本計畫不給付何種類型的藥物？	83
第8節	領取處方藥	84
第9節	特殊狀況下的 D 部分藥物給付	84
第10節	藥物安全與管理藥物計畫	85
第11節	我們會將解說藥物付款和您所處付款階段的報告寄給您	87
第6章	要求我們支付您收到的針對給付醫療服務或藥物的帳單	89
第1節	您應要求我們針對給付服務或藥物支付費用的情況	90
第2節	如何要求我們將款項退還給您，或是支付您所收到的帳單	91
第3節	我們將考慮您的付款申請並接受或否決申請	92
第7章	您的權利和責任	93
第1節	本計劃必須尊重您身為本計劃會員的權利和文化敏感度	94
第2節	身為本計劃會員的應負責任	111
第8章	如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦	112
第1節	簡介	113
第2節	可於何處獲得更多資訊和個人化協助	113
第3節	瞭解本計劃中 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴	116
第4節	給付裁定和上訴	116
第5節	給付裁定和上訴基本概念指南	116
第6節	您的健康照護：如何要求給付裁定或對給付裁定提出上訴	118
第7節	您的 D 部分處方藥：如何要求給付裁定或提出上訴	126
第8節	如果您認為醫師過早讓您出院，該如何要求我們延長住院給付	132
第9節	如果您認為給付太早結束，如何要求我們繼續給付特定醫療服務	135
第10節	提出第 3 級及以上上訴	137
第11節	如何提出與照護品質、等候時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴	139
第9章	停保本計劃	142
第1節	終止計劃會員資格簡介	143
第2節	何時可以停保本計劃？	143

第3節	如何停保本計劃？	145
第4節	在停保之前，您必須持續透過本計劃獲得醫療項目、服務和藥物	146
第5節	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 在某些情況下，必須終 止您的計劃會員資格	146
第10章	法律通知	148
第1節	管轄法律聲明	149
第2節	不歧視聲明	149
第3節	Medicare 次要保險人代位求償權聲明	149
第11章	重要詞彙定義	150

第1章

以會員身分開始

第1節 簡介

第1.1節 您所加入的 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 是特殊 Medicare Advantage 計劃 (Special Needs 計劃)

您同時受到 Medicare 和 Medicaid 的保障：

- **Medicare** 是聯邦醫療保險計劃，適用於 65 歲或以上的老年人、部分 65 歲以下具有特定殘疾者，以及患有末期腎臟病（腎衰竭）者。
- **Medicaid** 是聯邦政府和州政府的聯合計劃，旨在協助收入和資源有限的特定人士支付醫療費用。Medicaid 的給付範圍依州別和您的 Medicaid 類型而異。有些 Medicaid 保戶會取得協助以支付其 Medicare 保費和其他費用。有些人還可取得 Medicare 未給付之服務和藥物的額外保障。

您選擇透過我們的計劃 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 享有 Medicare 和 Medicaid 健康照護和處方藥給付。我們必須給付所有 A 部分和 B 部分服務。然而，本計劃中的分攤費用和醫療服務提供者的使用與 Original Medicare 不同。

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 是一項專門 Medicare Advantage 計劃 (Medicare Special Needs 計劃)，這表示其福利是專為有特殊健康照護需求的人士所設計。Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 是專為擁有 Medicare 且有資格獲得 Medicaid 援助的人士所設計。

由於您從 Medicaid 得到 Medicare A 部分和 B 部分分攤費用（自付額、共付額和共保額）援助，因此您無須為 Medicare 醫療照護服務支付任何費用。Medicaid 可能也會提供 Medicare 通常未給付的健康照護服務（如長期照護、居家和社區型服務），藉以為您提供其他福利。您也可能會獲得 Medicare 的「額外補助」(Extra Help)，以支付 Medicare 處方藥的費用。Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 可協助您管理所有福利，讓您取得您有權享有的健康照護服務與付款援助。

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 是由私人公司經營。如同所有 Medicare Advantage 計劃，此 Medicare Special Needs 計劃也經過 Medicare 核准。本計劃也與 New York Medicaid 計劃簽訂合約，以協調您的 Medicaid 福利。我們很高興能為您提供 Medicare 和 Medicaid 健康照護保險，包括您的處方藥給付。

本計劃的給付項目符合「健康保險資格」(Qualifying Health Coverage, QHC) 標準，並滿足「患者保護與平價醫療法案」(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 的個人共同責任要求。請瀏覽國家稅務局 (Internal Revenue Service, IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 瞭解更多資訊。

第1.2節 承保範圍證明文件的內容為何？

本給付範圍證明文件說明了您可以如何獲得您的 Medicare 和 Medicaid 醫療照護、長期照護、居家與社區型服務以及處方藥。其中說明您身為計畫會員的權利和責任、給付項目與支付的費用，以及如果您對裁定或治療不滿意時，該如何提出投訴。

「給付範圍」和「承保服務」是指您做為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員可享有的醫療照護、長期照護、居家和社區型服務和處方藥。

您必須瞭解計畫規定以及可供您使用的服務。我們鼓勵您撥空瀏覽本給付範圍證明文件。

第1章以會員身分開始

如果您感到困惑憂慮或是有疑問，請聯絡會員服務部。

第1.3節 承保範圍證明的相關法律資訊

本承保範圍證明是我們與您雙方合約的一部分，說明 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 如何為您提供照護給付。本合約的其他部分包括您的投保表格、承保藥物清單（處方集），以及在我們針對給付範圍或條件做出變更且會影響您的給付範圍時，您將收到的通知。這些通知有時稱為附約或修訂。

本合約在您投保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的期間（2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日）生效。

Medicare 允許我們在每個日曆年針對所提供的計劃進行變更。這表示我們可以在 2025 年 12 月 31 日之後，變更 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的費用和福利。我們也可以選擇在 2025 年 12 月 31 日之後，停止於您所在服務區域提供本計劃或在不同的服務區域提供本計劃。

Medicare（Medicare & Medicaid Services 服務中心）每年都必須核准 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。只要我們選擇繼續提供本計劃，且 Medicare 更新其對本計劃的核准，您就能每年繼續以本計劃會員的身分享有 Medicare 的給付項目。

第2節 要成為計劃會員需符合哪些資格？

第2.1節 您的資格要求

只要符合以下條件，即可成為本計劃的會員：

- 您同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
- -- 以及 -- 您居住在我們的地理服務區域（下方第 2.3 節說明我們的服務區域）。被監禁的個人即使實際位於服務區域內，仍不被視為居住在地理服務區域。
- -- 以及 -- 您是美國公民或具有美國合法居留權
- -- 以及 -- 您符合下述特殊資格要求。

本計劃的特殊資格要求

本計劃的設計立意在於滿足享有特定 Medicaid 福利之人士的需求。Medicaid 是聯邦政府和州政府的聯合計劃，旨在協助收入和資源有限的特定人士支付醫療費用。若要符合本計劃的資格，您必須同時符合 Medicare 和完整 Medicaid 福利。

請註：您喪失資格，但可合理預期在 3 個月內恢復資格，則您仍符合本計劃的會員資格（第 4 章第 2.1 節說明在視為持續符合資格的期間內，您享有的給付項目和分攤費用）。

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的其他資格要求

除了上述要求之外，Senior Whole Health of New York NHC 計劃是一項自願性計劃，其設計特別針對擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士，以及需要協調醫療服務以安全地居住在其住家和社區中的人士。適用醫療資格和授權規定。

第1章以會員身分開始

如果您同時享有 Medicare 和 Medicaid，並且符合以下條件，即有資格加入 Senior Whole Health of New York NHC 計劃：

1. 在投保時具有接受療養院照護水準的醫療資格；
2. 在投保時能夠待在您的住家和社區中，但不會危害您的健康和 safety；
3. 經評估認定，從投保生效日期起，需要接受以下至少一項社區型長期照護服務和照護管理超過 120 天
 - a. 居家護理服務
 - b. 居家治療
 - c. 居家照顧輔助服務
 - d. 居家個人照護服務
 - e. 成人日間健康照護
 - f. 私人照護服務
 - g. 消費者導向的個人協助服務，以及
4. 由 New York City Human Resources Administration Medicaid office (HRA) 或地方社工服務部 (LDSS) 認定符合 Medicaid 計劃的福利資格。

第2.2節 何謂 Medicaid？

Medicaid 是聯邦政府和州政府的聯合計劃，旨在協助收入和資源有限的特定人士支付醫療和長期照護費用。各州會自行決定可計為收入和資源的項目、符合資格的人士、給付的服務，以及服務的費用。在遵守聯邦指南的前提之下，各州也能自行決定如何營運其計劃。

此外，Medicaid 也針對 Medicare 保戶提供計劃，協助他們支付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「Medicare Savings 計劃」每年都協助收入和資源有限的人士節省金錢：

- **完整福利雙重資格 (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE)**：有權獲得 Medicare，不符合 QMB+ 或 SLMB+ 的收入或資源條件，但符合 Medicaid 的完整給付資格的個人，可能是依照身分類別享有絕對資格或依照醫療需求而隸屬選擇性給付群體，比如入住機構的個人符合特殊的收入水準，或居家與社區型豁免。
- **符合條件的 Medicare 受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+)**：幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（如自付額、共保額和共付額）。這些個人也有資格獲得完整的 Medicaid 福利。

第2.3節 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的計劃服務區域

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 僅提供給居住在本計畫服務區域的個人。若要繼續做為本計畫會員，您必須持續居住在本計畫服務區域。服務區域詳列如下。

我們的服務地區包括 New York 內的這些郡：Bronx、Kings、Nassau、New York、Orange、Queens、Richmond、Rockland 及 Westchester。

如果您打算搬遷至新的州，您也應該聯絡您所在州的 Medicaid 辦公室，詢問此舉會如何影響您的 Medicaid 福利。Medicaid 的電話號碼位於本文件第 2 章第 6 節。

若您計畫搬離服務區域，則無法繼續參加本計畫。請致電會員服務部，瞭解我們是否於您新搬入的區域內提供計畫。當您搬家時，您會有一段「特殊投保期間」，供您轉換至 Original Medicare，或投保您新區域的 Medicare 健康或藥物計畫。

第1章以會員身分開始

如果您搬家或變更郵寄地址，也請務必致電社會保障局。您可以在第 2 章第 5 節找到社會保障局的電話號碼和聯絡資訊。

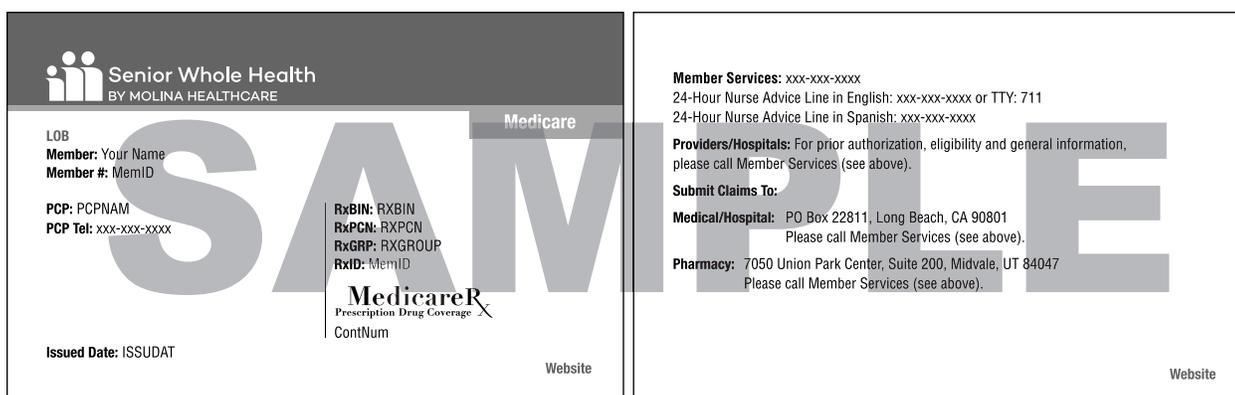
第2.4節 美國公民或合法居留

Medicare 健康計劃的會員必須是美國公民或具有美國合法居留權。如果您沒有資格繼續依此作為會員，Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) 將會通知 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。如果您不符合此項要求，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會將您退保。

第3節 您將收到的重要會員資料

第3.1節 您的計劃會員卡

身為本計劃會員期間，當您要取得本計劃給付的服務，以及從網絡藥局取得處方藥時，都必須使用會員卡。您也應該向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 卡。下圖是您的會員卡範例：



如果您是本計劃的會員，請勿將您的紅色、白色和藍色的 Medicare 卡用於給付醫療服務。如果您使用 Medicare 卡而非 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 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 Medicare 卡保存在安全的地方。如果您需要醫院服務、安寧療護服務或參與 Medicare 核准的臨床研究（也稱為臨床試驗），可能會要求您出示。

若您的計劃會員卡受損、遺失或遭竊，請立即致電會員服務部，我們將寄發新卡給您。

第3.2節 醫療服務提供者與藥局名錄

「醫療服務提供者與藥局名錄」會列出我們當前的網內醫療服務提供者以及耐用性醫療器材供應商。網內醫療服務提供者由醫師和其他健康照護專業人員、醫療小組、耐用性醫療器材供應商、醫院和其他健康照護機構組成，且已與我們達成協議，同意由我們和任何計劃分攤費用分擔來支付全額款項。網內藥局是指已簽約同意向計劃會員提供給付處方藥的所有藥局。您可以使用「醫療服務提供者與藥局名錄」，尋找您要使用的網內藥局。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解您何時可以使用不在本計劃網內藥局。

第1章以會員身分開始

您必須使用網內醫療服務提供者來獲得醫療照護和服務。如果您在未經適當授權的情況下前往其他地方，您必須全額支付。唯有幾個例外情況，例如急診、網內無法提供的緊急治療（亦即，在不合理或無法獲得網內服務的情況下），服務區域外的透析服務，以及 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 授權使用網外醫療服務提供者的情況。

最新醫療服務提供者、藥局和供應商名單可在本公司網站獲得：SWHNY.com。

如果您沒有「醫療服務提供者與藥局名錄」，可以向會員服務部索取一份（電子版或紙本版）。如果索取「醫療服務提供者名錄」的紙本版，我們將在三個工作日內郵寄給您。

第3.3節 本計劃的給付藥物清單（處方集）

本計畫提供給付藥物清單（處方集）。我們將此簡稱為「藥物清單」。該表說明 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 中包含的 D 部分福利所給付的 D 部分處方藥。表上的藥物是本計畫在醫師與藥劑師協助下精選出的藥物。此表必須符合 Medicare 制定的要求。Medicare 已核准 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的「藥物清單」。

此藥物清單也會說明藥物的給付是否有任何限制規定。

我們將提供一份藥物清單給您。如要獲得給付藥物最完整的新資訊，請造訪本計畫網站 (SWHNY.com) 或致電會員服務部。

第4節 您每月需為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 支付的費用

您的費用可能包括：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- 每月 Medicare B 部分保費（第 4.2 節）
- D 部分延遲投保罰款（第 4.4 節）
- 按收入每月調整金額（第 4.5 節）

第4.1節 計劃保費

您不需要為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 支付額外的每月計畫保費。

第4.2節 每月 Medicare B 部分保費

許多會員必須支付其他 Medicare 保費

某些會員必須支付其他 Medicare 保費如以上第 2 節所述，為了符合我們的計畫資格，您必須保有您的 Medicaid 資格，並且同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。針對大多數 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員，Medicaid 會支付您的 A 部分保費（若您未自動符合其資格）和 B 部分保費。

第1章以會員身分開始

如果 Medicaid 沒有為您支付 Medicare 保費，則您必須繼續支付 Medicare 保費以保有本計畫的會員資格。這包括您的 B 部分保費，也可能包括 A 部分保費，這會影響沒有資格免繳 A 部分保費的會員。

第4.3節 D 部分延遲投保罰款

因為您符合雙重資格，只要您維持雙重資格狀態身分，LEP 就不適用，但如果您失去此身分，則可能會產生 LEP。如果您在初始投保期間結束後的任何時間，曾連續 63 天或以上沒有 D 部分或其他可抵免處方藥給付，則 D 部分延遲投保罰款是必須為 D 部分保險支付的額外保費。可抵免處方藥給付代表符合 Medicare 最低標準的給付，因為其預期的平均支付金額至少與 Medicare 標準處方藥給付相同。延遲投保罰款的金額取決於您沒有 D 部分或其他可抵免處方藥給付的時間長短。只要您有 D 部分保險，您就必須支付這筆罰金。

如果出現以下情況，您無需支付罰款：

- 您獲得 Medicare 支付處方藥的「額外補助」(Extra Help)。
- 您沒有可抵免給付的天數未達連續 63 天。
- 您已透過其他來源獲得可抵免藥物給付，例如前任僱主、工會、TRICARE 或 Veterans Health Administration (VA)。您的保險公司或人力資源部門每年都會告知您藥物給付是否為可抵免。這些資訊可能會以信件寄給您，或包含在計劃的電子報中。請保存這些資訊，因為如果您稍後加入 Medicare 藥物計劃，可能需要此資訊。
 - 註：任何通知都必須聲明您擁有「可抵免」處方藥給付，且其預期的支付金額與 Medicare 標準處方藥計劃支付金額相同。
 - 註：以下不屬於可抵免處方藥給付範圍：處方藥折扣卡、免費診所和藥物折扣網站。

Medicare 決定罰款金額。其計算方式如下：

- 首先，計算您有資格投保後，延遲投保 Medicare 藥物計劃的完整月數。如果保險中斷期間為 63 天或以上，則計算您沒有可抵免處方藥給付的完整月數。如果您沒有可抵免給付，則每個月的罰款百分比為 1%。舉例來說，如果您已有 14 個月沒有給付，罰款百分比將為 14%。
- 然後，Medicare 會確定全國 Medicare 藥物計劃前一年的平均每月保費金額。2025 年此平均保費金額為 \$36.78。
- 若要計算您的每月罰款，將罰款百分比乘以平均每月保費，然後四捨五入至最接近的 10 美分。在這個範例中，是 14% 乘以 \$36.78，等於 \$5.15。四捨五入後為 \$5.20。此金額將計入需繳納 D 部分延遲投保罰款者的每月保費中。

關於每月 D 部分延遲投保罰款，有三個重要注意事項：

- 首先，罰款可能每年變更，因為每年的平均每月保費可能會改變。
- 第二，只要您有投保一項提供 Medicare D 部分藥物福利的計劃，即使您變更了計劃，每個月您都將繼續支付罰款。
- 第三，如果您未滿 65 歲且目前享有 Medicare 福利，當您年滿 65 歲時，D 部分延遲投保罰款將重置。65 歲以後，您的 D 部分延遲投保罰款將僅根據您在邁入 Medicare 初始投保期間後沒有保險的月份計算。

如果您對您的 D 部分延遲投保罰款存有異議，您或您的代表可以要求審查。一般而言，您必須在收到第一封延遲投保罰款通知信時，依信函所載日期起算的 60 天內提出審查要求。但是，如果您在加入本計劃前支付罰款，您可能沒有機會要求審查該筆延遲投保罰款。

第1章以會員身分開始**第4.4節 按收入每月調整金額**

有些會員可能需要支付額外的費用，稱為 D 部分按收入每月調整金額，也稱為 IRMAA。額外費用是根據您兩年前的 IRS 納稅申報單表上申報的修正調整後總收入來決定。如果此收入高於一定金額，您必須支付標準保費以及額外的 IRMAA。如需進一步瞭解根據收入可能需要支付的額外金額，請前往 <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，Social Security，而非您的 Medicare 計畫，會寄信給您告知此額外金額。無論您通常如何支付計畫保費，額外的金額都將從您的 Social Security、Railroad Retirement Board 或 Office of Personnel Management 福利支票中扣除，除非您的每月福利不足以支付所欠的額外金額。如果您的福利支票不足以支付額外金額，您將會收到 Medicare 的帳單。您必須向政府支付額外金額。您無法使用每月計畫保費支付額外金額。如果您沒有支付額外金額，您將從計畫退保，並且失去處方藥給付。

如果您不同意支付額外金額，您可以要求 Social Security 對該決定進行審查。如需進一步瞭解如何要求審查，請致電聯絡社會安全局，電話：1-800-772-1213 (TTY：1-800-325-0778)。

第5節 更多關於每月保費的資訊**第5.1節 我們是否能在計畫年度期間變更您的每月計畫保費？**

否。我們不得在一年中變更所收取的每月計畫保費。如果明年的每月計畫保費有所變更，我們會在 9 月通知您，而變更將於 1 月 1 日生效。

然而，如果您有應付的延遲投保罰款，在某些情況下您可能可以停止支付。或是您需要開始支付延遲投保罰款。如果您在一年中符合或失去「額外補助」(Extra Help) 計畫的資格，可能會發生下列情況：

- 如果您目前正在支付 D 部分延遲投保罰款，並於該年符合了「額外補助」(Extra Help) 的資格，您將可以停止繳納罰款。
- 如果您失去「額外補助」(Extra Help)，且連續 63 天或以上沒有 D 部分或其他可抵免處方藥給付，您可能需要繳納延遲投保罰款。

您可以在第 2 章第 7 節找到「額外補助」(Extra Help) 的更多相關資訊。

第6節 請將您的計畫會員記錄保持在最新狀態

您的會員記錄包含投保表格中的資訊，包括您的地址和電話號碼。它會顯示您的具體計畫給付範圍，包括您的主要醫療服務提供者。

本計畫網內醫師、醫院、藥劑師與其他醫療服務提供者必須擁有您的正確資訊。這些網內醫療服務提供者會使用您的會員記錄，以便瞭解承保服務和藥物，以及分攤費用金額。因此，請務必協助我們將您的最新資訊保持在最新狀態。

發生下列變更時，請通知我們：

- 名字、地址或電話號碼的變更

第1章以會員身分開始

- 您的其他健康保險給付 (例如由僱主、配偶或同居伴侶僱主、勞工賠償或 Medicaid 所提供) 變更
- 如果您有任何責任理賠，像是汽車意外事故理賠
- 如果您已獲准入住療養院
- 如果您在服務區域外或網外醫院或急診室接受照護
- 如果您的指定責任方 (例如看護) 變更
- 如果您正在參與臨床研究 (註：您不需要將有意參與的臨床研究告知您的計畫，但我們鼓勵您這麼做)

如果這些資訊有任何變更，請致電會員服務部告知我們。會員可以建立線上 My Senior Whole Health 帳戶以變更醫師、聯絡資訊、申請新 ID 會員卡、獲得所需服務的健康提醒，或檢視服務記錄。請瀏覽 <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> 以建立或使用 My Senior Whole Health 帳戶。

如果您搬家或變更郵寄地址，也請務必聯絡社會保障局。您可以在第 2 章第 5 節找到社會保障局的電話號碼和聯絡資訊。

第7節 其他保險如何與本計劃搭配運作

其他保險

根據 Medicare 的規定，我們必須收集您的其他醫療或藥物保險給付資訊。這是因為我們必須協調您的其他給付與您在本計劃享有的福利。這稱為協調福利。

我們每年都會寄送一封信函給您，其中列出我們已知的其他醫療或藥物保險給付。請仔細閱讀相關資訊。如果正確無誤，您即不需做任何事。如果資訊不正確，或您有其他未列出的給付，請致電會員服務部。您可能需要將計劃會員 ID 號碼提供給您的其他保險公司 (在您確認其身分後)，以便正確且及時地支付您的帳單。

當您有其他保險 (例如僱主集體健康保險) 時，Medicare 設有相關規定，可決定是由本計劃或您的其他保險優先支付費用。優先付款的保險稱為主要保險人，其支付金額為給付範圍的上限。第二個付款的保險稱為次要保險人，僅在主要保險人給付後尚有未給付費用的情況下才付款。次要保險人可能不會支付所有未給付的費用。如果您有其他保險，請告知您的醫師、醫院和藥局。

這些規定適用於僱主或工會集體健康計劃保險：

- 如果您有退休人員保險，Medicare 將先支付費用。
- 如果您的集體健康計劃保險是以您或家人目前的就業情形為基礎，那麼由誰先付費則取決於您的年齡、僱主雇用的人數，以及您是否有根據年齡、殘疾或末期腎臟病 (ESRD) 而提供的 Medicare：
 - 如果您未滿 65 歲且身有殘疾，而您或您的家人仍在工作，在僱主有 100 名或更多員工，或是在多個僱主計劃中，至少有一名僱主有 100 名或更多員工的情況下，您的集體健康計劃將先支付費用。
 - 如果您年滿 65 歲，而且您或您的配偶或同住伴侶仍在工作，在僱主有 20 名或更多員工，或是在多個僱主計劃中，至少有一名僱主有 20 名或更多員工的情況下，您的集體健康計劃將先支付費用。
- 如果您因為 ESRD 而享有 Medicare，在您符合 Medicare 資格後的前 30 個月，您的集體健康計劃將先支付費用。

第1章以會員身分開始

這些類型的保險通常會先支付與下列類別相關的服務：

- 無過失保險 (包括汽車保險)
- 責任 (包括汽車保險)
- 黑肺症福利
- 勞工賠償

Medicaid 和 TRICARE 絕對不會先支付 Medicare 給付的服務。它們只會在 Medicare 和/或僱主集體健康計劃已支付費用後才付費。

第2章

重要的電話號碼及資源

第1節 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 聯絡資訊 (如何聯絡我們 , 包括如何聯絡會員服務部)

如何與本計劃會員服務部聯絡

如果您有理賠、帳單或會員卡問題需要協助,請致電或寫信至 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員服務部。我們很樂意提供協助。

方法	會員服務部 – 聯絡資訊
致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間) 會員服務亦為英語非母語者提供免費口譯員服務。
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備,且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼為免費電話。週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)
傳真	(310) 507-6186
寫信	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
網站	SWHNY.com

當您要針對醫療照護要求給付裁定或針對您的健康照護或 D 部分處方藥提出上訴時,該如何與我們聯絡。

給付裁定是我們針對您的福利和給付範圍,或我們會為您的健康服務或 D 部分處方藥支付多少金額所做的裁定。上訴是要求我們審查和變更所做給付裁定的正式方式。如需進一步瞭解針對醫療照護或 D 部分處方藥要求給付裁定或上訴的相關資訊,請參閱第 8 章 (如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼做) 。

方法	醫療照護的給付裁定 - 聯絡資訊
致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。 服務時間為:週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備,且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼為免費電話。 服務時間為:週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)

第2章重要的電話號碼及資源

方法	醫療照護的給付裁定 - 聯絡資訊
傳真	進階造影 : (877) 731-7218 ; 移植 (877) 813-1206 ; 醫療/行為健康門診 (844) 251-1450 ; 住院 (844) 834-2152 ; 處方/J 代碼 (866) 290-1309
寫信	Senior Whole Health of New York Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
網站	SWHNY.com

方法	醫療照護上訴 - 聯絡資訊
致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。 服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼為免費電話。服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)
傳真	(562) 499-0610
寫信	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances P.O.Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
網站	SWHNY.com

方法	D 部分處方藥給付裁定和上訴 - 聯絡資訊
致電	(800) 665-3086 此號碼為免費電話。 服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。

方法	D 部分處方藥給付裁定和上訴 - 聯絡資訊
	此號碼為免費電話。 服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)
傳真	(866) 290-1309
寫信	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
網站	SWHNY.com

當您要針對醫療照護或 D 部分處方藥提出投訴時，該如何與我們聯絡

您可以對我們或我們的網內醫療服務提供者、藥局提出投訴，包括對您的照護品質提出投訴。此類投訴並不涉及給付範圍或付款爭議。如果您在針對醫療照護提出投訴方面需要更多資訊，請參閱第 8 章 (如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼做)。

方法	針對醫療照護或 D 部分處方藥提出投訴 - 聯絡資訊
致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。 服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼為免費電話。 週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)
傳真	(562) 499-0610
寫信	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals & Grievances P.O.Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提交 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 相關投訴。 如要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

您要到哪裡提出申請，以針對您獲得的醫療照護或藥物，要求我們支付帳單費用

如果您收到帳單或支付了您認為我們應該支付的服務費用 (例如醫療服務提供者帳單)，您可能需要要求我們報銷或支付醫療服務提供者帳單。請參閱第 6 章 (針對您獲得的給付醫療服務或藥物，要求我們支付帳單費用)。

第2章重要的電話號碼及資源

請註：如果您將付款申請寄給我們，而我們拒絕支付其中任何部分的款項，您可以對我們的裁定提出上訴。請參閱第 8 章（如果您有問題或需要投訴（給付裁定、上訴、投訴）該怎麼做）以瞭解詳情。

方法	醫療照護的付款申請 - 聯絡資訊
致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。 服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼為免費電話。 服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）
傳真	(310) 507-6186
寫信	Senior Whole Health of New York Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste.100 Long Beach, CA 90802
網站	SWHNY.com

方法	D 部分處方藥的付款申請 - 聯絡資訊
致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。 服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼為免費電話。 服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）
傳真	(866) 290-1309
寫信	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
網站	SWHNY.com

第2節 Medicare (如何直接從聯邦 Medicare 計劃取得協助與資訊)

Medicare 是聯邦醫療保險計畫，適用於 65 歲或以上老年人、部分 65 歲以下具有特定殘疾者，以及患有末期腎臟病 (需要洗腎或腎移植的永久性腎衰竭) 者。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (有時稱為「CMS」)。這個機構與包括我們在內的 Medicare Advantage 組織簽訂合約。

方法	Medicare - 聯絡資訊
致電	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 此號碼為免費電話。 全天候提供服務。
TTY	1-877-486-2048 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼為免費電話。
網站	<p>www.Medicare.gov</p> <p>這是 Medicare 的政府官方網站。可以為您提供 Medicare 和目前 Medicare 問題的更新資訊。此外，它還能提供醫院、療養院、醫師、居家健康機構和洗腎機構的相關資訊。另外也包含可直接從電腦列印的文件。您也可以找到您所在州的 Medicare 聯絡資訊。</p> <p>Medicare 網站亦提供下列工具，方便您瞭解 Medicare 資格及投保選項詳細資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 資格工具：提供 Medicare 資格狀態資訊。 • Medicare 計畫尋找工具：針對您所在地區的可用 Medicare 處方藥計畫、Medicare 健康計畫及 Medigap (Medicare 補充保險) 政策，提供個人化的資訊。這些工具提供您在不同 Medicare 計畫中的自付費用估計金額。 <p>您也可以透過網站告知 Medicare 您要對 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 提出的任何投訴事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 告知 Medicare 您要投訴的事項：您可以直接向 Medicare 提交 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 相關投訴。如果要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會審慎處理您的投訴，並且會利用此項資訊協助改善 Medicare 計畫的品質。 <p>如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老年中心或許可以協助您使用電腦訪問此網站。或致電 Medicare，告訴對方您要尋找什麼資訊。他們會在網站找到資訊並與您一起查看。(您可以致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。(TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。)</p>

第3節 州健康保險援助計劃 (免費協助、資訊，以及 Medicare 相關問題解答)

州健康保險援助計畫 (SHIP) 是政府計畫，在各州都有訓練有素的諮詢師。在 New York，SHIP 稱作 Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)。

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) 為獨立 (與任何保險公司或健康計畫無關) 州方案，由聯邦政府提供資金，為 Medicare 保戶提供免費當地健康保險諮詢。

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) 的諮詢師可以協助您瞭解您的 Medicare 權利，協助您針對您的健康照護或治療提出投訴，並協助您解決與 Medicare 帳單相關的問題。Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) 的諮詢師可為您說明關於 Medicare 的問題或疑問。他們可協助您瞭解您的 Medicare 計畫選擇，並回答轉換計畫的問題。

獲得 SHIP 和其他資源的方法：

- 請瀏覽 <https://www.shiphelp.org> (點選頁面中間的 SHIP 定位工具)
 - 從列表中選擇您的所在州。您將會前往您所在州的相關資訊頁面，其中會有對應的電話號碼和資源。

方法	Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (New York 的 SHIP) – 聯絡資訊
致電	(800) 701-0501
寫信	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
網站	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

第4節 品質改善 組織 (Quality Improvement Organization)

各州都有指定的品質改善組織以服務 Medicare 受益人。在 New York，品質改善組織叫做 Livanta。

Livanta 擁有一個由醫師及其他健康照護專業人士組成的團體，其領取 Medicare 的薪酬，負責查核及協助改善提供給 Medicare 保戶的照護品質。Livanta 是一個獨立組織，與本計畫無關。

如有下列任何情況，您應該與 Livanta 聯絡：

- 您想對您所得到的照護品質進行投訴。
- 您認為保險給付的住院期太早結束。
- 您認為保險給付的居家健康護理、專業療養機構照護，或是綜合門診復健機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務太早結束。

第2章重要的電話號碼及資源

方法	Livanta (New York 的品質改善 組織) – 聯絡資訊
致電	(866) 815-5440 週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00 (當地時間)，週末與假日為上午 10:00 至下午 4:00 (當地時間)
TTY	711: 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	https://www.livantaqio.com/

第5節 社會保障局 (Social Security)

社會保障局負責裁定 Medicare 的投保資格與處理 Medicare 的投保事宜。年滿 65 歲或以上、患有殘疾或末期腎臟病且符合特定條件的美國公民和合法永久居民，皆有資格投保 Medicare。如果您已在收取社會保障局支票，則會自動投保 Medicare。如果您沒有收取社會保障局支票，則必須自行投保 Medicare。如要申請 Medicare，請致電社會保障局或前往您當地的社會保障局辦公室。

社會保障局也有責任確定哪些人因為收入較高，而必須為其 D 部分藥物給付支付額外費用。如果您收到社會保障局的信函，告訴您必須支付額外費用，而您對此金額有所疑問，或是您因為發生重大人生事件而導致收入下滑，您可以致電社會保障局，要求他們重新考慮這項決定。

如果您搬家或變更郵寄地址，請務必聯絡並通知社會保障局。

方法	社會保障局 - 聯絡資訊
致電	1-800-772-1213 此號碼為免費電話。 週一至週五上午 8:00 至晚上 7:00。 您可以使用全天無休的社會保障局自動化電話服務取得錄音資訊與處理部分事宜。
TTY	1-800-325-0778 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼為免費電話。 週一至週五上午 8:00 至晚上 7:00。
網站	www.ssa.gov

第2章重要的電話號碼及資源

第6節 Medicaid

Medicaid 是聯邦政府和州政府的聯合計劃，旨在協助收入和資源有限的特定人士支付醫療費用和長期照護。各州會自行決定可計為收入和資源的項目、符合資格的人士、承保服務，以及服務費用。在遵守聯邦指南的前提之下，各州也能自行決定如何推動其計劃。

此外，Medicaid 也針對 Medicare 保戶提供計劃，協助他們支付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「Medicare Savings 計劃」每年都協助收入和資源有限的人士節省金錢：

- **完整福利雙重資格 (Full Benefit Dual Eligible, FBDE)**：有權獲得 Medicare，不符合 QMB+ 或 SLMB+ 的收入或資源條件，但符合 Medicaid 的完整給付資格的個人，可能是依照身分類別享有絕對資格或依照醫療需求而隸屬選擇性給付群體，比如入住機構的個人符合特殊的收入水準，或居家與社區型豁免。
- **符合條件的 Medicare 受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+)** 幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（如自付額、共保額和共付額）。這些個人也有資格獲得完整的 Medicaid 福利。

若要成為本計劃的會員，您應在投保時雙重投保 Medicare 和 Medicaid，並符合所有其他的計劃資格要求。

如果您對 Medicaid 提供的援助有任何疑問，請聯絡 New York Medicaid。

方法	New York Medicaid – 聯絡資訊
致電	(800) 505-5678 週一至週五，上午 8:30 至晚上 8:00， 週六上午 10:00 至下午 6:00。
寫信	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238
網站	http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml

Nassau 郡的會員可聯絡當地的社工服務部 (Department of Social Services)。

方法	Nassau 郡社工服務部 (Department of Social Services) — 聯絡資訊
致電	(516) 227-7474
寫信	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
網站	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Bronx、Kings、New York、Queens、Richmond 郡的會員可聯絡 New York 市的人力資源管理局 (Human Resources Administration)/社工服務部 (Department of Social Services)。

第2章重要的電話號碼及資源

方法	人力資源管理局 (Human Resources Administration)/社工服務部 (Department of Social Services)
致電	718-557-1399
網站	https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page

Orange 郡的會員可聯絡當地的社工服務部 (Department of Social Services)。

方法	Orange 郡社工服務部 (Department of Social Services)
致電	845-291-4000
寫信	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
網站	https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services

Rockland 郡的會員可聯絡當地的社工服務部 (Department of Social Services)。

方法	Rockland 郡社工服務部 (Department of Social Services)
致電	845-364-3040
寫信	Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970
網站	http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/

Westchester 郡的會員可聯絡當地的社工服務部 (Department of Social Services)。

方法	Westchester 郡社工服務部 (Department of Social Services) — 聯絡資訊
致電	(914-995-3333)
寫信	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
網站	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

New York 申訴專員辦公室說明參保 Medicaid 人員處理服務和帳單問題。他們可以協助您對本計劃提出投訴或上訴。

方法	申訴專員辦公室 — 聯絡資訊
致電	(888) 219-9818 週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00

第2章重要的電話號碼及資源

方法	申訴專員辦公室 — 聯絡資訊
寫信	Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144
網站	https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php

Long Term Care Ombudsman Program 協助民眾獲得療養院資訊，並解決療養院和院友及其家人之間的問題。

方法	Long Term Care Ombudsman Program — 聯絡資訊
致電	(855) 582-6769 週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00
寫信	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
網站	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

第7節 協助支付處方藥費用之計劃的相關資訊

Medicare.gov 網站 (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人士，也有其他可提供協助的計畫，如下所述。

Medicare 的「額外補助」(Extra Help) 計畫

由於您符合 Medicaid 資格，您有資格從 Medicare 獲得「額外補助」(Extra Help) 以支付其處方藥計畫費用。您無須再採取任何動作，就能獲得「額外補助」(Extra Help)。

如果您對「額外補助」(Extra Help) 有任何疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048，本專線全年無休；
- 社會保障局辦公室：1-800-772-1213，週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。TTY 使用者應致電 1-800-325-0778；或
- 您所在州的 Medicaid 辦公室（參閱本章第 6 節以獲得聯絡資訊）。

如果您認為自己在藥局獲得處方藥時所支付的分攤費用金額有誤，本計畫有一套程序，可供您申請援助以獲得適當的共付額等級證明，或若您已經有此證明，可透過程序向我們提供此證明。

- 「最佳可用證明」(Best Available Evidence, BAE) 位於下列網站 <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>。最佳可用證明 (BAE) 用於決定會員的低收入補助。我們的會員服務部和藥局部會找出適用最佳可用證明 (BAE) 政策的個案。會員可以將最佳可用證明 (BAE) 文件寄送至第 2 章所列的會員服務部地址以確立資格。此外，如果您有其他問題，請致電會員服務部。可接受的證明形式包括：
 - 社會安全生活補助金 (Supplemental Security Income, SSI) 裁定書
 - 裁定通知

第2章重要的電話號碼及資源

- 社會安全生活補助金

當我們收到您的共付額等級證明時，我們會更新系統，這樣下次您在藥局領取處方時，就能支付正確的共付額。如果您多付了共付額，我們會償還款項。方法是將多付的金額以支票寄給您，或是折抵未來的共付額。如果藥局沒有向您收取共付額，而是讓您積欠共付額，那麼我們會直接付款給藥局。如果是由州政府替您支付費用，我們會直接付款給州政府。如果您有其他問題，請致電會員服務部。

如果您享有「額外補助」(Extra Help) 及愛滋病藥物援助計畫 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)，將會發生什麼？

什麼是愛滋病藥物援助計畫 (ADAP)？

愛滋病藥物援助計畫 (ADAP) 可協助符合 ADAP 資格的 HIV (人類免疫缺陷病毒, Human Immunodeficiency Virus) /AIDS (後天免疫缺乏症候群, Acquired immunodeficiency syndrome) 患者獲得 HIV 救命藥物。在 ADAP 處方集內的 Medicare D 部分處方藥亦符合 New York State Uninsured Care Program (ADAP) 的處方藥分攤費用援助資格。

註：為符合在您所在州運作之 ADAP 的資格，個人必須符合特定條件，包括下列證明：州居住、HIV 狀態、該州所定義的低收入，以及無保險/保險不足狀態。如果您變更計畫，請通知您當地的 ADAP 投保人員，以便您能夠繼續獲得協助。如需資格標準、給付藥物或如何投保計畫的相關資訊，請致電 New York State Uninsured Care Program (ADAP)：(800) 542-2437 或 (844) 682-4058。

第8節 如何與鐵路退休委員會 (Railroad Retirement Board) 聯絡

鐵路退休委員會是獨立的聯邦機構，負責管理美國鐵路工作人員及其家屬的全方位福利計畫。如果您是透過鐵路退休委員會得到 Medicare，當您搬家或變更郵寄地址時，請務必通知他們。如果您對鐵路退休委員會提供的福利有任何疑問，請與該機構聯絡。

方法	鐵路退休委員會 - 聯絡資訊
致電	1-877-772-5772 此號碼為免費電話。 如果按「0」，可以在週一、二、四、五上午 9:00 至下午 3:30，以及週三上午 9:00 至中午 12:00，與 RRB 代表通話。 如果您按「1」，可存取自動化 RRB 服務熱線和錄音資訊，此服務全天提供，週末和假日無休。
TTY	1-312-751-4701 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼並非免費電話。
網站	rrb.gov/

第9節 您是否有僱主提供的集體保險或其他健康保險？

如果您 (或配偶或同居伴侶) 透過您 (或配偶或同居伴侶) 的僱主或退休人員集體計畫獲得福利，當您有疑問時，可以致電僱主/工會福利的管理人員或會員服務部。您可以詢問您 (或配偶或同居伴侶) 的僱主或退休人員健康福利、保費或投保期事宜。(會員服務部的電話號碼印於本文件封底。) 您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)，詢問有關您在本計畫下所包含的 Medicare 給付範圍問題。

如果您享有自己 (或配偶或同居伴侶) 僱主或退休人員團體提供的其他處方藥給付，請聯絡該團體的福利管理人員。福利管理人員可協助您判定您目前的處方藥給付範圍如何與本計畫配合運作。

第3章

使用本計劃來獲得您的醫療和其他給付服務

第1節 本計劃會員取得醫療照護和其他服務時的須知事項

本章說明您在使用本計劃取得醫療照護和其他服務方面時的須知事項。內容提供詞彙定義，並說明您在取得本計劃給付的醫療、服務、用品、處方藥和其他醫療照護時，需要遵守的規定。

如需瞭解本計劃給付的醫療照護和其他服務，請使用下一章：第4章（醫療福利表：給付範圍）的醫療福利表。

第1.1節 何謂網絡醫療服務提供者和給付服務？

- 醫療服務提供者是領有州政府核發執照的醫師和其他醫療照護專業人員，可提供醫療服務和照護。醫療服務提供者一詞還包括醫院和其他醫療照護機構。
- 網絡醫療服務提供者由醫師、其他醫療照護專業人員、醫療小組、醫院和其他醫療照護機構組成，且已與我們達成協議，同意由我們的款項來支付全額款項。我們已安排這些醫療服務提供者為本計劃的會員提供給付服務。網絡醫療服務提供者會針對他們提供給您的照護，直接向我們收費。對於給付服務範圍內的項目，您在網絡醫療服務提供者處不需要支付任何費用。
- 給付服務包括本計劃承保的所有醫療照護、健康照護服務、用品、設備和處方藥。您的醫療照護給付服務列示於第4章的醫療福利表。您的處方藥給付服務將於第5章討論。

第1.2節 取得本計劃給付之醫療照護和其他服務時應遵守的基本規定

由於 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 是 Medicare 和 Medicaid 健康計劃，因此必須給付 Original Medicare 所給付的所有服務，而且除了提供 Original Medicare 給付的服務外，還可能涵蓋其他服務。

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 只要符合以下條件，通常會給付您的醫療照護：

- 您所接受的照護包含在本計劃的醫療福利表中（此醫療福利表位於本文件第4章）。
- 您所接受的照護被視為具有醫療必要性。醫療必要性是指為預防、診斷或治療您的醫療狀況而必須提供的服務、用品、設備或藥物，且須符合公認的醫療行為標準。
- 您有網絡主治醫療服務提供者 (PCP) 來為您提供與監督照護。身為本計劃會員，您必須選擇網絡 PCP（如需更多相關資訊，請參閱本章第2.1節）。
- 您所接受的照護必須來自網絡醫療服務提供者（如需更多相關資訊，請參閱本章第2節）。在大多數情況下，您從網絡外醫療服務提供者（不在本計劃網絡內的醫療服務提供者）處接受的照護無法獲得給付。這代表您必須向醫療服務提供者所提供的服務支付全額費用。以下是三個例外情況：
 - 本計劃給付由網絡外醫療服務提供者提供的急診照護或緊急醫療護理。如需取得更多相關資訊並瞭解急診照護或緊急醫療護理的定義，請參閱本章第3節。
 - 根據 Medicare 或 Medicaid，如果您所需要的醫療照護必須由我們的計劃給付，而我們的網絡並沒有專科醫師提供這類照護，您可向網絡外醫療服務提供者取得這項照護，其分攤費用與您在網絡內支付的相同。在這種情況下，必須事先取得授權。請洽詢會員服務部以取得協助。在這種情況下，我們將免費給付這些服務。有關取得核准以向網絡外醫療服務提供者求診的相關資訊，請參閱本章第2.4節。

第3章使用本計劃來獲得您的醫療和其他給付服務

- 當您暫時身處計劃服務區域外或這項服務的網絡內醫療服務提供者暫時無法使用或無法取得時，本計劃會給付您在 Medicare 認證洗腎中心接受的洗腎醫療服務。您向計劃支付的洗腎醫療服務分攤費用絕不會超過 Original Medicare 的分攤費用金額。如果您身處計劃服務區域外，並從計劃網絡外醫療服務提供者取得洗腎醫療服務，您的分攤費用不得超過您在網絡內所需支付的分攤費用。然而，如果您熟悉的網絡內提供者暫時無法提供洗腎醫療服務，且您選擇在計劃服務區域內，從計劃網絡外醫療服務提供者取得服務，其洗腎醫療服務的分攤費用可能會提高。

第2節 透過本計劃網絡醫療服務提供者取得醫療照護和其他服務

第2.1節 您必須選擇主治醫療服務提供者 (PCP) 為您提供及監督您的照護

何謂主治醫療服務提供者 (PCP)，以及主治醫療服務提供者 (PCP) 能為您做什麼？

當您成為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員時，您必須選擇一名主治醫療服務提供者 (PCP)。您的主治醫療服務提供者 (PCP) 是符合州政府要求且經過訓練的持照服務提供者，可為您提供基本醫療照護。

您的主治醫療服務提供者 (PCP) 是 New York 州家庭醫學科、內科、老年醫學、成人醫學或家庭醫學醫師，或老年醫學的專科護理師。您將向您的主治醫療服務提供者 (PCP) 取得例行或基本照護。您的主治醫療服務提供者 (PCP) 也會協調您以本計劃會員身分取得的其他給付服務。包括 X 光、實驗室檢測、治療、特殊照護、住院和後續照護。「協調」您的服務也包括就您的照護詢問或諮詢其他計劃提供者。在某些情況下，您的主治醫療服務提供者 (PCP) 需取得本計劃的事先授權（事先核准）。第 4 章的福利表顯示哪些服務需要由計劃事先授權。您的主治醫療服務提供者 (PCP) 將聯絡 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 以取得必要的授權。由於您的主治醫療服務提供者 (PCP) 會為您提供及協調醫療照護，因此您應將過去所有的醫療記錄寄至您的主治醫療服務提供者 (PCP) 的辦公室。

您如何選擇 PCP？

當您投保本計劃時，將要求您選擇一位 PCP。您目前求診的 PCP 可能已隸屬於 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 網絡。當您申請本計劃時，我們會查看您的 PCP 是否隸屬於本計劃。如果您的醫師不屬於 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)，您將需要從我們的網絡中選擇一位新的醫師，並盡快安排預約看診。

您可以在投保時，從 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的醫療服務提供者與藥局名錄中選擇您的 PCP。如需最新的醫療服務提供者清單，請使用我們網站上的「Find a Provider」搜尋工具。您也可以撥打本手冊封底的免付費電話，聯絡會員服務部。我們將審查您所在地區的 PCP 姓名，詢問您其他看診的醫生以及您前往的醫院。您將被要求在投保申請書上填寫 PCP 的姓名。您隨時都可以變更 PCP。

變更您的 PCP

您隨時都可以出於任何原因而更換您的主治醫療服務提供者 (PCP)。此外，您的主治醫療服務提供者 (PCP) 可能會離開本計劃的醫療服務提供者網絡，如此一來您必須尋找新主治醫療服務提供者 (PCP)。

若要變更您的主治醫療服務提供者 (PCP)，只要聯絡會員服務部即可。當您致電時，請務必告訴我們您是否有至專科醫師處就診，或獲得需要您的主治醫療服務提供者 (PCP) 核准的其他承保服務，例如居家健康服務或耐用性醫療器材。會員服務部將協助確保您在更換主治醫療服務提供者 (PCP) 時可以繼續獲得專科照護及其他服務。他們會確保您要更換的主治醫療服務提供者 (PCP) 有收治新患者。會員服務部

第3章使用本計劃來獲得您的醫療和其他給付服務

將變更您的會員紀錄以顯示您新的主治醫療服務提供者 (PCP) 姓名。您新的主治醫療服務提供者 (PCP) 變更將於下個月的第一天生效。

他們也會寄給您一張顯示您新的主治醫療服務提供者 (PCP) 姓名和電話號碼的新會員卡。

第2.2節 在沒有取得主治醫療服務提供者 (PCP) 核准轉診的情況下，您可以得到何種醫療照護和其他服務？

您可以在無需事先得到主要醫療服務提供者 (PCP) 核准的情況下，獲得下列服務。

- 例行的女性健康照護，包括乳房檢查、乳房 X 光攝影篩檢（乳房 X 光檢查）、子宮頸抹片檢查和骨盆檢查
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗和肺炎
- 由網內醫療服務提供者或網外醫療服務提供者提供的急診治療服務。
- 如果您暫時不在計畫服務區域內，或者考慮到您的時間、地點和情況，從與計畫簽約的網內醫療服務提供者處獲得服務是不合理的，計畫給付需要立即就醫且不屬於急診的緊急治療服務。緊急治療的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有病症的意外發作。但是，即使您不在計畫服務區域內，或計畫網內暫時不可用，醫療必要性例行醫療服務提供者就診（例如年度檢查）也不會被視為符合緊急治療要求。
- 您暫時身處計畫服務區域外時於 Medicare 認證洗腎中心獲得的洗腎醫療服務。若可行，請在離開服務區域之前，先與會員服務部聯絡，以便協助安排您在離開期間的維持性洗腎服務。

第2.3節 如何取得專科醫師及其他網絡醫療服務提供者的照護

專科醫師是指為一種特定疾病或身體部位提供醫療保健服務的醫師。有許多種類的專科醫師。以下是一些例子：

- 腫瘤科醫師，專門負責為癌症患者提供照護
- 心臟內科醫師，負責治療心臟有狀況的患者
- 骨科醫師，負責某些骨頭、關節或肌肉有狀況的患者

您的主要醫療服務提供者 (PCP) 負責協調服務，包括視情況將您轉介給專科醫師和其他網內醫療服務提供者。向網內專科醫師求診時，無需事先核准。如果您需要某個需要計畫事先授權的程序或服務，主要醫療服務提供者 (PCP) 或專科醫師將與我們聯絡，以獲得必要的事先授權。本手冊第 4 章第 2.1 節說明需要計畫事先授權的服務。需要計畫事先授權的服務範例包括選擇性（非急診）住院照護、專業療養機構住院許可和居家健康照護。

如果您在正常上班時間之後需要照護，請致電您的主要醫療服務提供者 (PCP)。此資訊列於您的 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員卡上。如果您認為這是緊急情況，請立即就醫。如需更多資訊，請參閱第 3 節（當您需要急診或緊急治療時，如何獲得承保服務）。

如果專科醫師或其他網內醫療服務提供者離開本計畫，該怎麼辦？

我們可能會在計畫年度變更本計畫所包含的醫院、醫師和專科醫師（醫療服務提供者）。如果您的醫師或專科醫師離開您的計畫，您將享有以下概述的特定權利和保護措施：

- 雖然我們的醫療服務提供者網絡可能會在一年當中有所變更，但 Medicare 要求我們必須讓您能夠獲得合格醫師和專科醫師服務而不間斷。

第3章使用本計劃來獲得您的醫療和其他給付服務

- 我們會在您的健康服務提供者退出本計畫時通知您，讓您有時間選擇新的醫療服務提供者。
 - 如果您的主要照護或行為健康提供者退出本計畫，我們會通知您在過去三年內曾經就診過的醫療服務提供者。
 - 如果您的任何其他醫療服務提供者退出本計畫，我們會通知您是否已指派給該醫療服務提供者、目前正接受他們所提供的照護，或者在過去三個月內曾經就診過。
- 我們將幫助您選擇一個新的合格的網內醫療服務提供者，您可以獲得繼續護理。
- 若您目前正在接受當前醫療服務提供者的醫療治療或療法，您有權要求且我們也會與您合作，確保您正在接受的醫療必要性治療或療法不會中斷。
- 我們將為您提供有關您可以使用的不同投保期間，已及您可以擁有的更換計畫選項。
- 當網內醫療服務提供者或福利不可用或不足以滿足您的健康需求時，我們將在我們的醫療服務提供者網外安排任何醫療必要的給付福利，但以網內費用分攤的方式。可能需要事先授權。
- 如果您發現您的醫師或專科醫師即將離開您的計畫，請與我們聯絡，我們會協助您尋找新的醫療服務提供者並管理您的照護。
- 如果您認為我們沒有為您提供合格的醫療服務提供者以取代之前的醫療服務提供者，或是您的照護未受到妥善管理，您有權向品質改善組織 (QIO) 投訴，或針對計畫照護品質的申訴，或兩者皆選。請參閱第 9 章。

第2.4節 如何取得網絡外醫療服務提供者的照護

如果您需要 Medicare 或 Medicaid 要求本計畫給付的專科醫療照護，但我們的網內沒有醫療服務提供者可提供這項照護，您可向網外醫療服務提供者獲得這項照護。這包括具有獨特資格、可提供您所需之特殊服務的醫療服務提供者之服務，以及在專科中心或卓越中心提供的服務（例如 ESRD 服務）。在我們的網內或服務區域之外，沒有其他適用的福利限制。

在向網外醫療服務提供者尋求照護之前，您或您的主要醫療服務提供者 (PCP) 必須聯絡本計畫以獲得事先授權。請致電會員服務部尋求協助。如果我們事先授權您從網外醫療服務提供者獲得照護，我們將視同您從網內醫療服務提供者獲得照護，而給付這些服務。

在您前往網外醫療服務提供者處就診前，請務必先獲得我們計畫的事先授權。如果您未獲得計畫核准，本計畫可能不會給付該服務。如果醫療服務提供者希望您繼續接受更多照護，請先確認本計畫是否核准給付多次就診網外醫療服務提供者。

註：會員有權獲得網外醫療服務提供者提供的急診或緊急醫療服務。此外，若 ESRD 保戶前往計畫服務區域外的地方，且無法獲得已簽約的 ESRD 服務提供者的服務，則計畫必須給付其透析服務。

第3節 當您需要急診或緊急照護或者身處災難之中時，如何取得服務

第3.1節 在您有醫療急診狀況時取得照護

何謂急診，如果您需要此類服務時應怎麼辦？

急診是指當您或是具有一般健康和醫療常識的其他審慎非專業人士認為您的健康症狀需要立即就醫，否則可能喪命（或您是孕婦，可能失去未出生的孩子）、失去肢體或肢體功能、身體機能喪失或嚴重損傷的情況。醫療症狀可能是疾病、受傷、嚴重疼痛，或是迅速惡化的身體病症。

第3章使用本計劃來獲得您的醫療和其他給付服務

如果您需要急診：

- **盡快獲得協助。** 致電 911 尋求協助或前往鄰近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您不需要先獲得主要醫療服務提供者 (PCP) 的核准或轉診書。您不需要網內醫師。在美國及其領土的任何地方，您都可以在有需要時隨時獲得給付的急診醫療護理。這可從任何擁有合格州政府核發執照的醫療服務提供者獲得，儘管他們不包含在我們的網內。
- **盡快確保向本計畫告知您的急診情況。** 我們需要追蹤您的急診治療情況。您或其他人可透過電話（通常在 48 小時之內）通知我們您的急診護理情形。請致電您的計畫會員卡背面的號碼與會員服務部聯絡。

急診的給付項目為何？

我們計畫的救護車服務給付條件是無法以救護車之外的其他方式前往急診室，否則會危及您的健康。我們也給付急診治療服務。

為您提供急診治療的醫師會決定您的狀況是否穩定，以及急診狀況是否已結束。

緊急狀況結束後，您有權享有後續追蹤護理，以確保您的情況持續維持穩定。您的醫師將繼續治療您，直到您的醫師與我們聯絡並計畫接受額外的照護。您的後續追蹤照護費用將由本計畫支付。如果您的急診治療是由網外醫療服務提供者提供，只要您的健康狀況和情況許可，我們會盡快安排由網內醫療服務提供者接手您的照護。

如果不是急診呢？

有時很難得知您的狀況是否屬於急診。例如，您可能會認為自己的健康受到嚴重威脅，因此尋求急診治療，但醫師卻表示那根本不是急診狀況。即使後來確認並非急診狀況，只要您合理認為自己的健康受到嚴重威脅，我們都會給付您的照護。

然而，在醫師表示這並非急診狀況後，我們只會在您透過下列兩種方式之一接受額外照護時，才會給付額外照護：

- 您從網內醫療服務提供者處接受額外照護。
- – 或者 – 您得到的額外照護被視為「緊急治療」，而且您遵守獲得此緊急治療的相關規定（如需更多相關資訊，請參閱下方第 3.2 節）。

第3.2節 在您需要緊急護理服務時取得照護

何謂緊急治療？

如果您暫時不在計畫服務區域內，或者考慮到您的時間、地點和情況，從與計畫簽約的網內醫療服務提供者處獲得服務是不合理的，計畫給付的需要立即就醫且不屬於緊急情況的服務將視為「緊急治療」。緊急治療的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症的意外發作。但是，即使您不在計畫服務區域內，或計畫網內暫時不可用，醫療必要性例行醫療服務提供者就診（例如年度檢查）也不會被視為符合緊急治療要求。

當網內醫療服務提供者暫時無法使用或無法獲得時，您可以透過任何可用的緊急治療中心，獲得急診治療。您還可以致電護理諮詢專線，電話：(877) 353-0185。TTY 使用者請致電 711。

在下列情況下，我們的計畫給付美國及其領地之外的全球急診治療服務：

- 您每個日曆年都有 \$10,000 的全球急診給付上限，供急診治療和穩定後照護之用。
- 對於在美國境內提供的照護，此項福利僅限於歸類為急診治療的服務。

第3章使用本計劃來獲得您的醫療和其他給付服務

- 如果您在美國境外接受急診治療，並在狀況穩定後需要住院治療，您必須回到網內醫院，這樣我們才會繼續支付您的健康費用，或者您必須在本計畫授權的網外醫院住院治療。您的費用是您在網內醫院會支付的分攤費用。適用計畫上限。
- 您可能需要為服務支付自付費用，並提出報銷要求。
- 外國稅金和費用（包括但不限於換匯或交易費）不在給付範圍。從其他國家返回美國的交通費不在給付範圍。
- 例行照護和預先安排或選擇性程序皆不在給付範圍。

如果您不確定我們是否會支付服務，您有權在獲得該服務或照護之前，詢問我們是否給付其費用。您也有權以書面形式詢問。如果我們表示不給付您的服務，您有權針對我們不給付該照護的裁定提出上訴或報銷要求。

第3.3節 在災難中取得的照護

如果您所在州的州長、美國衛生及公共服務部 (U.S. Secretary of Health and Human Services) 部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍然有權接受您的計劃提供的護理。

請瀏覽我們的網站：SWHNY.com，以瞭解有關如何在災難期間獲取所需護理的資訊：

如果您在災難期間無法使用網絡醫療服務提供者，本計劃允許您以網絡內的費用分攤的方式向網絡外醫療服務提供者取得照護。如果您在災難期間無法使用網絡藥局，您可以在網絡外藥局領取處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節以瞭解詳情。

第4節 如果您收到服務的全額費用帳單，該怎麼辦？

第4.1節 您可以要求我們支付承保服務費用

如果您已支付給付服務的費用，或是您收到給付醫療服務的費用帳單，請前往第 6 章（針對您取得的給付醫療服務或藥物，要求我們支付帳單費用），以瞭解該怎麼做。

第4.2節 如果服務不在本計劃給付範圍內，您該怎麼辦？

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會給付在醫療上有其必要性、列在本手冊第 4 章醫療福利表的所有服務。如果您接受不在本計劃給付範圍的服務，或是未經授權的網絡外服務，您應負責支付全額費用。

對於有福利限制的給付服務，在您用完該類型給付服務的福利之後，也必須為後續得到的服務支付全額費用。如果您為超出福利限制的服務支付費用，此費用將不計入您的自付費用上限。

第5節 當您參與臨床研究時，您的醫療服務如何獲得給付？

第5.1節 何謂臨床研究？

臨床研究（也稱為臨床試驗）是醫師和科學家測試新型醫療照護的方式，例如新抗癌藥物的藥效。特定臨床研究已獲得 Medicare 的核准。由 Medicare 核准的臨床研究通常會要求自願者參與研究。

在 Medicare 核准研究且您表達有興趣之後，相關工作人員會與您聯絡以進一步說明研究內容，並確定您是否符合負責執行研究之科學家所制定的要求。只要您符合研究的要求，且完全瞭解並接受研究的內容，您就可以參與研究。

如果您參與 Medicare 核准的研究，Original Medicare 會支付您在研究過程中接受之承保服務的大部分費用。如果您告知我們您正在參與合格臨床試驗，那麼您只需為該試驗中的服務支付網內分攤費用。如果您支付了額外費用，例如，如果您已支付 Original Medicare 的分攤費用金額，我們會向您報銷支付的費用與網內分攤費用之間的差額。然而，您需要提供文件，以向我們證明您的支付金額。您參與臨床研究時可以持續投保本計畫，並繼續透過本計畫獲得其餘的照護（與研究無關的照護）。

若您想參與任何 Medicare 核准的臨床研究，您不需要獲得我們或您的主要醫療服務提供者 (PCP) 核准。在臨床研究過程中為您提供照護的醫療服務提供者，不必是本計畫的網內醫療服務提供者。請注意此不包括本計畫所負責的福利，以及該福利中所包含的臨床試驗或登記以作為福利評估的要素部分。這些包括在「要求給付證據發展的全國性給付裁定」(National Coverage Determinations Requiring Coverage with Evidence Development, NCD-CED) 以及醫療器材臨床試驗 (IDE) 特定的某些福利，並可能受到事先授權和其他計畫規定的限制。

雖然您不需要獲得我們的計畫同意即可參與由 Original Medicare 為 Medicare Advantage 投保人給付的臨床研究，但我們鼓勵您在選擇參與 Medicare 核准的臨床試驗時，提前通知我們。

如果您參與未獲得 Medicare 或本計畫核准的研究，您將必須自行支付參與研究的所有費用。

第5.2節 當您參與臨床研究時，由誰支付各項費用？

當您開始參加 Medicare 核准的臨床研究後，您在研究過程中所接受的例行項目和服務都在 Original Medicare 給付範圍，包括：

- Medicare 在您即使未參加研究時即會給付的住院食宿費用
- 研究所包含的手術或其他醫療程序
- 針對新型護理引發的副作用或併發症所進行的治療

在 Medicare 針對這些服務支付其應分攤的費用後，本計畫將會支付剩餘費用。如同所有承保服務，您無需為參加的臨床研究所包含的服務付費。

當您參與臨床研究時，無論 Medicare 或本計畫都不會支付下列費用：

- 一般而言，Medicare 不為研究測試的新項目或服務付費，除非 Medicare 即使在您未參與研究時就會給付該項目或服務。
- 所提供的項目或服務僅供收集資料之用，不會用於您的直接健康照護。舉例來說，如果您的疾病狀況通常只需要一次電腦斷層掃描 (CT)，Medicare 就不會支付在研究過程中，每月進行一次電腦斷層掃描費用。
- 通常研究發起者會為參與試驗的任何參與者免費提供的用品和服務。

第3章使用本計劃來獲得您的醫療和其他給付服務**想要進一步瞭解？**

若要獲得參加臨床研究的更多資訊，請閱讀或下載 Medicare 網站的「*Medicare 與臨床研究*」文章。（您可在 www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf 獲得該出版物。）您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第6節 在宗教性非醫療健康照護機構取得照護的規定**第6.1節 何謂宗教性非醫療健康照護機構？**

所謂宗教性非醫療健康照護機構，係指針對通常可在醫院或專業療養機構治療之病況提供照護的機構。如果在醫院或專業療養機構取得照護違反會員的宗教信仰，我們會改為給付由宗教性的非醫療健康照護機構提供的照護。這項福利僅適用於 A 部分住院服務（非醫療健康照護服務）。

第6.2節 從宗教性非醫療健康照護機構取得的照護

如果要獲得由宗教性非醫療健康照護機構所提供的護理，您必須簽署一份法律文件，說明您堅決反對接受非強制性醫療。

- 非強制性醫療照護或治療是指出於自願，且聯邦、州或當地法律未要求進行的任何醫療照護或治療。
- 強制性醫療則是指您接受的醫療照護或治療為非自願性，或依聯邦、州或當地法律要求進行。

您向宗教性非醫療健康照護機構獲得的照護必須符合下列條件，才能納入本計畫的給付範圍：

- 提供照護的設施必須經過 Medicare 認證。
- 對於您所接受的服務，本計畫的給付範圍僅限於非宗教層面的照護。
- 如果您由此機構獲得在設施中提供的服務，則適用以下情形：
 - 您的健康狀況，必須能夠讓您獲得住院照護或專業療養機構照護的承保服務。
 - – 以及 – 您必須事先獲得本計畫的核准，才能獲准在設施住院，否則無法獲得住院給付。
 - – 以及 – Medicare 給付每個福利期最多 90 天。Medicaid 會視醫療必要性，給付超過 Medicare 90 天限額之外的住院時間。給付限額會在第 4 章福利表中的「住院照護」中說明。

此外，您應該聯絡會員服務部或您所在州的 Medicaid 辦公室（聯絡資訊列在第 2 章第 6 節），以獲得 Medicaid 承保服務的更多資訊，進而瞭解您所有的給付選項。

第7節 擁有耐用性醫療器材的相關規定**第7.1節 根據本計劃，您是否能在支付特定期數的費用後擁有耐用性醫療器材？**

耐用性醫療器材 (DME) 包括氧氣設備與用品、輪椅、助行器、動力床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音產生裝置、IV 輸液泵、霧化器，以及根據醫療服務提供者醫囑用於住家的醫用床等項目。某些項目一定會歸會員所有，例如義肢。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型耐用性醫療器材 (DME)。

第3章使用本計劃來獲得您的醫療和其他給付服務

根據 Original Medicare，租用特定類型 DME 者，在支付該設備的共付額 13 個月之後，即可擁有該設備。身為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的會員，無論您以本計劃會員身分為租用的耐用性醫療器材 (DME) 項目支付多少期共付額，都無法取得該項目的所有權，即使您在之前投保 Original Medicare 期間，為耐用性醫療器材 (DME) 項目付費的期數達 12 期。在某些有限情況下，我們會將耐用性醫療器材 (DME) 項目的所有權轉讓給您。請致電會員服務部以取得更詳細的資訊。

如果您轉換至 Original Medicare，您為耐用性醫療器材支付的款項會如何處理？

如果您在投保本計劃期間未取得耐用性醫療器材 (DME) 項目的所有權，那麼在您轉換至 Original Medicare 之後，您必須重新連續支付 13 期款項才能擁有該項目。您在投保您的計劃期間所支付的款項不會計入。

範例 1：您在 Original Medicare 中為該項目連續支付 12 期或以下的款項，然後加入我們的計劃。您在投保 Original Medicare 期間所支付的款項不會計入。您必須先支付 13 期款項至本計劃，以取得該項目的所有權。

範例 2：您在 Original Medicare 中為該項目連續支付 12 期或以下的款項，然後加入我們的計劃。您在我們的計劃中，但在我們的計劃中時沒有獲得所有權。然後您回到 Original Medicare。當您再次加入 Original Medicare 後，您必須重新連續支付 13 期款項才能擁有該項目。您先前支付的所有款項（無論是向本計劃還是 Original Medicare）都不會計入。

第7.2節 氧氣設備、用品和維護相關規定

您有權享有哪一些氧氣給付？

如果您符合 Medicare 的氧氣設備給付資格，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會給付：

- 氧氣設備租賃
- 供應氧氣和氧含量
- 用於供應氧氣和氧含量的插管和相關配件
- 氧氣設備的維護和修理

如果您離開 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 或醫療上不再需要氧氣設備，則必須將氧氣設備交回。

如果您離開您的計劃並回到 Original Medicare，會發生什麼事？

Original Medicare 會要求氧氣供應商提供您五年的服務。在您租用設備的前 36 個月期間。供應商提供設備和維護的剩餘 24 個月（您仍需負責支付氧氣的共付額）。五年後，您可以選擇留在同一家公司，或去另一家公司。此時，即使您繼續留在同一家公司，五年週期仍會再次開始，您必須支付前 36 個月的共付額。如果您加入或退出我們的計劃，五年週期將會重新開始。

第4章

醫療福利表 (給付範圍)

第4章醫療福利表 (給付範圍)**第1節 瞭解給付服務**

本章節提供列出您作為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員所享受的給付服務的醫療福利表。在本章稍後，您可以找到不給付之醫療服務的相關資訊。本章還說明某些服務的限制。

第1.1節 針對您的給付服務，您無須支付費用

由於您是從 Medicaid 取得協助，只要您依照本計劃規定取得照護，即無需為給付支付任何費用。(如需更多有關取得照護的本計劃規定，請參閱第 3 章。)

第1.2節 您為 Medicare A 部分和 B 部分給付醫療服務支付的最高金額為何？

註：由於我們的會員還能獲得 Medicaid 的援助，因此很少有人達到此自付費用上限。您無須為給付的 A 部分和 B 部分服務，支付任何達自付費用上限金額的自付額。

由於您已投保 Medicare Advantage 計畫，因此您每年為 Medicare A 部分和 B 部分給付醫療服務所支付的自付費用有一定的限制。此限制稱為醫療服務的自付費用上限金額 (MOOP)。在 2025 日曆年，此金額為 \$9,350。

您為承保服務支付的金額都會計入此自付費用上限金額中。您為 D 部分處方藥支付的費用則不會計入您的自付費用上限金額中。此外，您為某些服務支付的金額也不會計入您的自付費用上限金額中。這些服務在醫療福利表中會以星號 (*) 標示。如果您已達到自付費用上限金額 \$9,350，那麼在本年度的剩餘期間，您將無須為 A 部分和 B 部分承保服務支付任何自付費用。然而，您必須繼續支付 Medicare B 部分保費 (除非您的 B 部分保費是由 Medicaid 或其他第三方支付) 。

第2節 利用醫療福利表來查詢您的給付項目**第2.1節 您身為本計劃會員的醫療長期照護或家庭與社區型服務的醫療福利**

下列頁面的醫療福利表列出 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 承保服務。D 部分處方藥給付資訊在第 5 章。只有在符合下列給付要求的情況下，列在醫療福利表中的服務才能獲得給付：

- 您的 Medicare 和 Medicaid 承保服務必須依照 Medicare 和 Medicaid 所制定的給付指南提供。
- 您的服務 (包括醫療照護、服務、用品、設備和 B 部分處方藥) 必須醫療必要性。「醫療必要性」是指為預防、診斷或治療您的健康狀況而必須提供的服務、用品或藥物，且須符合公認的醫療行為標準。
- 對於新投保人，您的 MA 協調照護計畫必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，新的 MA 計畫不得對任何正在進行的治療過程要求事先授權，即使該治療過程是由網外醫療服務提供者開始的服務。
- 您從網內醫療服務提供者獲得照護。在大多數情況下，您從網外醫療服務提供者獲得的照護不會獲得給付，除非是急診或緊急治療，或是您的計畫或網內醫療服務提供者將您轉診。這代表您必須向醫療服務提供者所提供的服務支付全額費用。
- 您的照護由主要醫療服務提供者 (PCP) 提供和監督。

第4章醫療福利表 (給付範圍)

- 對於醫療福利表所列的部分服務，您的醫師或其他網內醫療服務提供者必須事先獲得我們的核准（有時稱為事先授權），該服務才會獲得給付。醫療福利表中需要事先核准的承保服務以粗體標示。
- 如果您的協調照護計劃核准了對治療過程的事先授權請求，則根據適用的給付標準、您的病史以及治療提供者的推薦，該核准必須在醫學上合理且在必要的時間內有效，以避免照護中斷。

其他關於我們給付範圍的重要須知：

- 您同時受到 Medicare 和 Medicaid 的保障。Medicare 給付健康照護和處方藥。Medicaid 會給付您的 Medicare 服務分攤費用，包括住院服務和門診醫院服務。Medicaid 亦給付 Medicare 不承保服務，例如長期照護、非處方藥、家庭與社區型服務，或其他僅限 Medicaid 的服務。
- 如同所有 Medicare 健康計劃，我們給付 Original Medicare 給付的所有項目。（如果您想進一步瞭解 Original Medicare 的給付項目和費用，請參閱「2025 年 Medicare 與您」手冊。您可以在線上檢視本手冊，網址是：www.medicare.gov，或致電全年無休的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 專線以索取副本。（TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。）
- 對於 Original Medicare 免費給付的所有預防性服務，我們一樣免費給付這些服務。
- 如果 Medicare 在 2025 年針對任何新服務新增給付項目，那麼 Medicare 或本計劃將給付這些服務。
- 由於您是從 Medicaid 獲得協助，只要您依照本計劃規定獲得照護，即無需為給付支付任何費用。這表示對於承保服務，您無需支付任何分攤費用（無共付額或自付額）。身為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的會員，我們會協調您的 Medicare 和您的 Medicaid 服務，因為這些服務都在我們的計劃給付範圍。以下福利資訊包括 Medicare 和 Medicaid 所承保服務。
- 如果您在本計劃視為持續符合資格的 3 個月期間內，我們將繼續提供所有 Medicare Advantage 計劃給付的 Medicare 福利。然而，在此期間，我們將不會繼續給付適用的 Medicaid State 計劃所包含的 Medicaid 福利，也不會支付 Medicare 保費或分攤費用，否則在您未喪失 Medicaid 資格的前提下，這些費用均應由州政府承擔。在此期間，您為 Medicare 承保服務支付的金額可能會增加。

只要您符合以上所述的給付規定，則無需為福利表所列的服務支付任何費用。

投保人符合「額外補助」(Extra Help) 的重要福利資訊：

- Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) 參與以價值為本的保險設計 (Value Based Insurance Design, VBID) 模式。VBID 模式讓 Medicare 嘗試新的方法來改善 Medicare Advantage 計劃。作為 VBID 模式的一部分，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 免除了 D 部分的費用分攤。獲得「額外補助」(Extra Help) 的會員在所有給付階段的所有 D 部分藥物，將會減免費用分攤 (\$0)。瞭解更多資訊，如果您對此項福利以及如何幫助您有任何疑問，也可以致電會員服務部。

患有慢性病症保戶所需要知道的重要福利資訊

- 如果您經診斷患有下列慢性病並符合特定標準，您可能符合獲得慢性病患者特定附加福利的資格。
 - 慢性酒精中毒和其他藥物依賴；
 - 自體免疫性疾病；
 - 癌症；
 - 心血管疾病；
 - 慢性心臟衰竭；
 - 失智症；
 - 糖尿病；

第4章醫療福利表 (給付範圍)

- 末期肝衰竭；
- 末期腎臟病 (ESRD)；
- 嚴重的血液疾病；
- HIV (人類免疫缺陷病毒, Human Immunodeficiency Virus) /AIDS (後天免疫缺乏症候群, Acquired immunodeficiency syndrome)；
- 慢性肺病；
- 慢性和心理障礙狀況；
- 神經疾病症狀；以及
- 中風

我們將協助您獲得這些福利。您可以致電會員服務部或您的照護協調員，向其提出您的要求或獲得額外資訊。

註：申請此福利，即表示您授權 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的代表能夠以電話、郵件或任何其他通訊方式與您聯絡，如您在申請中明文所述。

- 請前往下方醫療福利表中的「慢性疾病的特殊附加福利」，以瞭解更多詳細資訊。
- 如要瞭解您可能符合哪些福利資格，請聯絡我們。



您會在醫療福利表中的預防性服務旁看到這個蘋果。

醫療福利表

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>腹部主動脈瘤篩檢*</p> <p>一次超音波篩檢 (適用於有風險者)。僅在您有某些風險因素，並獲得您的醫師、醫師助理、專科護理師或臨床照護專家的轉介時，本計劃才會給付該項篩檢。</p>	<p>有資格接受此預防性篩檢的會員無須支付共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>慢性下背痛針灸治療</p> <p>給付服務包括：</p> <p>在以下情況下，Medicare 受益人可享有 90 天內最多達 12 次就診給付：</p> <p>就本福利而言，慢性下背痛定義為：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 持續 12 週以上； • 無特定病因，沒有確切的全身性病因 (即與轉移性，發炎性，感染性疾病等無關)； • 非手術相關；並且 • 非妊娠相關。 <p>若病患的情況確實有改善的跡象，將另外給付八次額外療程。針灸治療每年不可超過 20 次。</p>	<p>Medicare 給付的針灸服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>如果病患沒有改善或者變得更嚴重，則必須停止治療。</p> <p>醫療服務提供者要求：</p> <p>醫師 (依據 Social Security Act (社會安全法) 1861(r)(1) 中所定義) 得根據適用的州別規定，進行針灸。</p> <p>醫師助理 (PA)、專科護理師 (NP)/臨床照護專家 (CNS) (依據社會安全法 1861(aa)(5) 中所定義)，以及輔助人員可進行針灸，前提是他們符合所有適用的州別規定，且具有：</p> <ul style="list-style-type: none"> 針灸或東方醫學的碩士或博士學位，且其獲得的學校經 Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM，針灸和東方醫學認證委員會) 認可；且擁有， <p>慢性下背痛針灸治療 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 可在美國州、領地或聯邦 (如波多黎各)，或哥倫比亞特區進行針灸的現有、完全有效且無限制的執照。 <p>輔助人員必須在適當等級的監督下進行針灸，監督由本公司法規 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 要求的醫師、醫師助理 (PA)，專科護理師 (NP)/臨床照護專家 (CNS) 執行。</p>	
<p>針灸服務 (附加) *</p> <p>此外，Senior Whole Health of New York NHC 每年提供額外 30 次針灸治療。</p> <p>當確定為醫療上可接受的照護標準時，追加針灸服務可獲得給付：</p> <ul style="list-style-type: none"> 在針灸服務對治療下列病症醫療必要性時可獲得給付：頭痛；與骨關節炎 (Osteoarthritis, OA) 有關的髖關節或膝關節疼痛；其他慢性或對標準醫療護理沒有反應的四肢關節疼痛；關節和相關軟組織的疼痛症候群；肌肉骨骼頸部和背部疼痛；與化療有關的噁心；術後噁心；以及與懷孕有關的噁心 給付的針灸服務不包括氣喘或成癮治療 (包括但不限於戒菸) 服務 	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>
<p>救護車服務</p> <p>給付的救護車服務 (無論在急診或非急診情況下) 包括固定翼飛機、旋翼飛機和地面救護車服務，以前往可提供護理的最近適當設施，前提是此服務必須是為病況嚴重，無法以其他方式交通，否則會危害其健康的會員提供，或是經本計劃授權。如果給付的救護車服務發生在非急診情況，記錄資料應顯示，會員病況若以其他方式交通會危害健康，以及由救護車交通醫療必要性。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>僅非急診救護車需要事先授權。</p> <p>如果您需要急診治療，請致電 911 並要求救護車。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>年度健康就診*</p> <p>如果您享有 B 部分達 12 個月以上，即可接受年度健康檢查，以根據您目前的健康和風險因素，制定或更新個人化的預防計劃。這個項目每 12 個月給付一次。</p> <p>註：您不能在「歡迎參加 Medicare」預防性就診的 12 個月內，進行首次年度健康檢查。然而，在您享有 B 部分達 12 個月之後，即使沒有進行「歡迎參加 Medicare」就診，也能享有給付的年度健康檢查。</p>	年度健康就診沒有共保額、共付額或自付額。
	<p>骨質測量*</p> <p>對於符合條件的個人（一般而言，這表示有骨質流失或骨質疏鬆風險者），下列服務每 24 個月，或在醫療上有必要時更頻繁地給付一次：用於確認骨質密度、偵測骨質流失或確定骨骼品質的程序，包括醫師對結果的判讀。</p>	Medicare 給付的骨質測量沒有共保額、共付額或自付額。
	<p>乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影) *</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 至 39 歲之間，一次基準的乳房 X 光攝影 • 40 歲及以上女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查 <p>乳房 X 光攝影篩檢可用於及早偵測乳癌。一旦確立乳癌病史，且在乳癌徵兆或症狀完全消失之前，持續性乳房 X 光攝影均視為診斷，並涵蓋在此表的「門診診斷檢測和治療服務與用品」範圍。有乳癌徵兆或症狀的會員無法享有乳房 X 光攝影篩檢年度福利。</p>	給付的乳房 X 光攝影篩檢沒有共保額、共付額或自付額。
	<p>心臟復健服務</p> <p>會員若符合特定條件並有醫師醫囑，即可享有心臟復健服務全方位計劃（包括運動、教育和諮詢）的給付。本計劃也給付密集心臟復健計劃，其強度或密集程度通常高於心臟復健計劃。</p>	這些服務沒有共保額、共付額或自付額。 可能需要事先授權。
	<p>心血管疾病風險降低就診 (心血管疾病治療) *</p> <p>我們每年給付一次由主要醫療醫師為您看診的費用，以協助降低罹患心血管疾病的風險。醫師可能會在此類就診期間討論阿斯匹靈的使用情形（如適當）、檢查您的血壓，並提供有助於確保飲食健康的提示。</p>	密集式行為治療心血管疾病預防福利沒有共保額、共付額或自付額。
	<p>心血管疾病檢測*</p> <p>每 5 年（60 個月）一次血液檢測以偵測心血管疾病（或與心血管疾病風險升高相關的異常情形）。</p>	每 5 年給付一次的心血管疾病檢測沒有共保額、共付額或自付額。

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>子宮頸癌和陰道癌篩檢*</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 適用於所有女性：每 24 個月給付一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 • 如果您是子宮頸癌或陰道癌的高風險群，或是您正值生育年齡，且過去 3 年內曾有子宮頸抹片檢查異常情形：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查 	Medicare 給付的預防性子宮頸和骨盆檢查沒有共保額、共付額或自付額。
	<p>整脊護理 (Medicare 給付)</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 人工作業的脊椎半脫位矯正 	這些服務沒有共保額、共付額或自付額。
	<p>結腸直腸癌篩檢*</p> <p>給付以下篩檢測試：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險患者，每 120 個月 (10 年) 給付一次；對於非結腸癌高風險患者，在之前接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後，每 48 個月給付一次；對於高風險患者，在之前接受過結腸鏡或銀劑灌腸篩檢後，每 24 個月給付一次。 • 對 45 歲及以上患者進行的軟式乙狀結腸鏡檢查。非高風險患者在接受結腸鏡篩檢後，每 120 個月一次。高風險患者從上次接受軟式乙狀結腸鏡或銀劑灌腸篩檢起，每 48 個月一次。 • 對 45 歲及以上患者進行的糞便潛血檢測。每 12 個月一次。 • 對 45 至 85 歲不符合高風險標準患者進行的多目標糞便 DNA 檢驗。每 3 年一次。 • 對 45 至 85 歲不符合高風險標準患者進行的血液生物標記檢測。每 3 年一次。 • 銀劑灌腸篩檢：結腸鏡檢查的替代方法，適用於高風險患者，且距離上次銀劑灌腸篩檢或上次結腸鏡篩檢時間已滿 24 個月。 • 對於 45 歲或以上非高風險患者，銀劑灌腸篩檢可替代軟式乙狀結腸鏡檢查。在最後一次銀劑灌腸篩檢或軟式乙狀結腸鏡檢查後至少 48 個月進行一次。 <p>結腸直腸癌篩檢包括在 Medicare 給付的非侵入式糞便結腸直腸癌篩檢呈陽性結果後的結腸鏡追蹤篩檢。</p>	Medicare 給付的大腸直腸癌篩檢沒有共保額、共付額或自付額，但不包括適用共保額的銀劑灌腸。如果您的醫師在大腸鏡檢查或軟式乙狀結腸鏡檢查期間發現並切除了息肉或其他組織，則篩檢將成為診斷檢查。
	<p>牙科服務</p> <p>一般而言，預防性牙科服務 (例如洗牙、定期牙齒檢查與牙齒 X 光檢查) 不在 Original Medicare 的給付範圍。然而，Medicare 目前在有限的情況下支付牙科服務費用，特別是在該服務是受益人主要醫</p>	有資格接受這些服務的會員無須支付共保額、共付額或自付額。

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>療狀況下特定治療的一部分的情況下。例如，骨折或受傷後的顎骨重建、為準備顎骨所涉癌症的放射治療所進行的拔牙，或腎移植前的口腔檢查。</p>	<p>綜合牙科服務可能需要事先授權。</p>
	<p>牙科服務 (附加) *</p> <p>我們與提供者建立了合作夥伴關係，提供與 New York State Medicaid 相同的綜合牙科保險服務。從我們的提供者網內附屬提供者處獲得的服務將受到給付。</p> <p>您的牙科福利包括診斷、預防、修復服務、牙髓病、牙周病、假牙修復 (活動式假牙)、假牙修復 (植入式假牙)、顎面修復、植牙服務、口腔顎面外科、輔助一般服務。</p> <p>如需完整的服務清單，請造訪 www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm 並選擇「更新費用表」</p> <p>美國牙科協會 (American Dental Association, ADA) 可能會在年中更新上述福利表連結中列出的代碼。如果您對於牙科 ADA 代碼有任何疑問，請致電會員服務部。您可以在您的計劃會員 ID 卡背面找到他們的電話號碼。某些牙科服務可能需要事先授權，並且必須醫療必要性。您的健康服務提供者會為您處理計劃所需的授權。</p> <p>註：上述給付範圍適用於 Medicare 附加牙科福利。您的 New York Medicaid 牙科福利也可能由 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 管理。如有任何關於此 Medicaid 福利的疑問，請聯絡計劃。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>如果某項服務不在給付範圍，或是您超過津貼上限，您可能需要承擔費用。</p> <p>可能會有限制和排除項目。</p> <p>只能使用有簽約的網內牙醫所提供的服務。如果您接受網外牙科醫療服務提供者的照護，您必須自行為所接受的照護付費。</p>
	<p>憂鬱症篩檢*</p> <p>我們每年給付一次憂鬱症篩檢。此篩檢必須在能給予後續治療和/或轉診的主要照護環境中提供。</p>	<p>年度憂鬱症篩檢就診沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>糖尿病篩檢*</p> <p>如果您有以下任何風險因素，我們會給付這項篩檢 (包括空腹血糖測試)：高血壓、膽固醇和三酸甘油酯異常 (血脂異常) 的病史、肥胖或高血糖 (葡萄糖) 病史。如果您符合其他條件，如超重和有糖尿病家族史，本檢測也包含在給付範圍。</p> <p>自您最近一次糖尿病篩檢檢測之日起，您可能資格每 12 個月進行最多兩次糖尿病篩檢。</p>	<p>Medicare 給付的糖尿病篩檢沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務和用品*</p> <p>適用於所有糖尿病患者 (胰島素和非胰島素使用者)。給付服務包括：</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>只要您持有處方，並在網內零售藥局或透過郵寄服</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> • 血糖監測用品：血糖機、血糖試紙、採血裝置和採血針，以及用來確認試紙和血糖機準確度的血糖控制解決方案。 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 血糖機 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 醫師開立醫囑由您在自家使用時可獲得給付。 ◦ 首選血糖機不需要事先授權。 ◦ 血糖試紙 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 首選血糖試紙不需要事先授權。 ◦ 每次可能僅限領取 30 天份的用品。 ◦ 胰島素 <ul style="list-style-type: none"> ◦ Medicare B 部分不給付，Medicare D 部分可能給付 ◦ 如果您使用外部胰島素幫浦，胰島素和幫浦可作為耐用性醫療器材 (DME) 獲得給付。然而，胰島素幫浦的供應商可能不提供胰島素。 ◦ 採血裝置和採血針 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 用以檢查試紙和血糖監測機精確度的血糖控制解決方案。 • 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每個日曆年一雙客製化的治療鞋 (含此類鞋款隨附的鞋墊) 及兩副額外的鞋墊，或者一雙深鞋及三副鞋墊 (不含此類鞋款隨附的非訂做可移除鞋墊)。給付範圍包括調試。 • 在特定情況下，糖尿病自我管理訓練可獲得給付。 	<p>務藥局計劃來領取用品，用品即可獲得給付。</p> <p>如果您需要進行糖尿病視網膜病變的眼科檢查或青光眼篩檢，請參閱本表中的「視力保健」以瞭解醫師提供的服務。</p> <p>如果您患有糖尿病，需要醫師為您進行足部檢查，請參閱本表中的「足療服務」。</p> <p>如果您患有糖尿病，並需要醫學營養治療服務 (Medical Nutrition Therapy, MNT)，請參閱本表中的「醫學營養治療」。</p> <p>可能需要事先授權的糖尿病用品，糖尿病用鞋和鞋墊。</p> <p>首選製造商不需要事先授權。</p> <p>Medicare 給付的糖尿病自我管理訓練不需要事先授權。</p>
	<p>耐用性醫療器材 (DME) 和相關用品</p> <p>(有關「耐用性醫療器材」的定義，請參閱本文件的第 12 章及第 3 章第 7 節。)</p> <p>給付項目包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、根據醫療服務提供者醫囑用於住家的醫用床、IV 輸液泵、言語發聲裝置、氧氣設備、噴霧器及助行器。</p> <p>我們給付 Original Medicare 承保的所有醫療必要性 DME。如果我們在您所在地區的供應商不具備特定的品牌或製造商，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。如需最新供應商名單，請造訪我們的網站 SWHNY.com。</p> <p>一般而言，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 給付 Original Medicare 給付的任何來自此列表中的品牌和製造商的</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>首選製造商不需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>DME。我們不會給付其他品牌和製造商，除非您的醫師或其他提供者告知我們該品牌適合您的健康需求。</p> <p>但是，如果您是 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的新會員，並且使用的 DME 品牌不在我們的清單中，我們將繼續為您給付該品牌最多 90 天。在此期間，您應與您的醫師討論，以決定 90 天後哪個品牌可滿足您的健康需求。(如果您不同意您的醫師的意見，您可以要求其轉診您尋求第二意見。)</p> <p>耐用性醫療器材 (DME) 和相關用品 (續)</p> <p>如果您 (或您的提供者) 不同意該計劃的給付裁定，您或您的提供者可以提出上訴。如果您不同意提供者關於哪種產品或品牌適合您的健康狀況的決定，您也可以提出上訴。(有關上訴的詳細資訊，請參閱第 8 章，如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼做)。</p>	
<p>急診治療</p> <p>急診治療是指符合下列條件的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由具資格提供急診治療服務之醫療服務提供者提供，以及 • 為評估或穩定急診醫療病症所需。 <p>急診是指當您或是具有一般健康和醫療常識的其他審慎非專業人士認為您的症狀需要立即就醫，否則可能喪命 (或是您懷有身孕，有喪失胎兒的危險)、失去肢體或肢體功能的情況。醫療症狀可能是疾病、受傷、嚴重疼痛，或是迅速惡化的身體病症。</p> <p>若由網外醫療服務提供者進行必要急診治療服務，其分攤費用與由網內醫療服務提供者進行者相同。</p> <p>在美國境外的急診醫療可能屬於全球急診治療服務給付福利的給付範圍。我們每個日曆年都提供高達 \$10,000 的全球急診給付，急診治療和穩定後照護之用。請參閱本表的「全球急診治療服務給付」以進一步瞭解。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>如果您獲准住院，您將支付本表中「住院照護」所述的分攤費用。</p> <p>無論是網內或網外急診治療服務，您都支付相同的分攤費用。</p> <p>如果您在網外醫院接受急診治療，並在緊急狀況穩定後需要住院照護，您必須回到網內醫院，這樣我們才會繼續給付費用，或者您必須在本計劃授權的網外醫院接受住院照護，且您的費用將是在網內醫院支付的最高分攤費用。</p>
<p>健身福利 (附加) *</p> <p>您獲得進入健身中心的健身中心會員資格。如果您無法造訪健身中心，或偏好在家鍛鍊，您可以選擇家居健身套件。此套件可讓您在舒適的住家環境中積極運動。家居健身選項包括健身追蹤器、力量或瑜珈套件。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>在開始或變更您的例行運動之前，請務必諮詢您的醫師。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>如果您選擇在健身中心鍛鍊，您可以參閱網站並選取一個參與地點，或者您可以直接前往參與的健身中心開始運動。參與的設施和連鎖健身中心可能因地點而異，且可能有所變更。健身器材可能會有所變更。</p>	
	<p>衛生和健康教育方案*</p> <p>健康管理計劃</p> <p>我們提供多項計劃，協助您管理診斷出的健康狀況。計劃包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 氣喘管理。 • 憂鬱症管理。 <p>衛生和健康教育計劃* (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 糖尿病管理。 • 高血壓管理。 • 心血管疾病 (Cardiovascular Disease, CVD) 管理。 • 慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 管理。 • 懷孕計劃。 <p>提供學習教材和照護提示。我們也能協助您與醫療服務提供者配合。</p> <p>註冊健康管理計劃：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 系統會根據醫療或藥局領藥資料，自動為您註冊最能滿足您需求的計劃。 • 您也可以透過醫療服務提供者或自我推薦來註冊。 <p>您必須符合某些條件才能註冊。</p> <p>退出健康管理計劃：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 這些計劃皆為自願性質，您可以隨時選擇退出計劃。 <p>如需深入瞭解或註冊上述任何方案，請致電我們的健康管理部門：(866) 891-2320 (TTY: 711)，服務時間為週一至週五早上 8 點至晚上 8 點 (東部標準時間)。</p> <p>健康促進計劃</p> <p>我們也提供專門設計的計劃來強化您的健康和豐富您的生活型態，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 戒菸計劃。 • 體重控制計劃。 	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>如需戒菸或體重控制的相關資訊及/或資料，請致電 (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711)，服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點 (東部標準時間)。</p> <p>護理諮詢專線</p> <p>無論您是有立即的健康疑慮、醫療病症問題，或是想要索取可用保健資源的一般資訊，都可利用全年無休的護理諮詢專線獲得協助。護理師會協助您判斷您是否能在家中管理您的照護，還是需要醫療專業人員的協助。</p> <p>您可以隨時致電護理師，討論疾病或受傷的相關事宜。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 不需要轉診或事先授權 <p>這項服務不適用於急診情況。若發生急診情況，請立即致電 911。</p>	
<p>Healthy You 卡</p> <p>本計劃的 Healthy You 卡可用於支付特定附加計劃福利，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 非處方藥 (OTC) • 餐飲* • 交通 <p>預存簽帳卡並非信用卡。您無法將卡片轉換為現金，或將卡片借給他人。本福利卡並未給付美容程序。資金會每月存入卡片一次。在每月結束時，任何未使用的分配款項將不會延續至下一個月或接下來的計劃年。如果您退出本計劃，任何未使用的分配額度將在退保生效日退回本計劃。</p> <p>有關如何獲得慢性病特別附加福利、食品和農產品福利之資格的更多資訊，請致電 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員服務部。會員若要獲得慢性疾病的特殊附加福利 (SSBCI) 津貼，必須具有：符合資格的慢性疾病；針對會員現有的 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 投保所完成的有效的健康風險評估 (HRA)；以及與 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Case Management 一併提供醫師核准。如需詳細資訊，請參閱本表中的「慢性病患者特別補充保險福利」。</p>	<p>Healthy You 卡沒有共保額、共付額或自付額。</p>
<p>聽力服務</p> <p>為確定您在聽力方面是否需要醫療，而由醫療服務提供者 (醫師、聽力學家或其他合格的醫療服務提供者) 進行的聽力診斷和平衡評估門診，可獲得給付。</p> <p>Medicare 給付的聽力診斷和平衡檢查有助於判斷您是否需要醫療。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>聽力服務 (續)</p> <p>僅在有醫療需求的情況下才能進行這項檢查，例如因病痛、疾病、受傷或手術導致聽力喪失。</p> <p>如果醫療上有必要減輕因聽力損失或損害而導致的身心障礙，我們將給付您的 Medicaid 福利下的以下項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 助聽器選擇、配戴和領藥 ◦ 助聽器檢查、符合性評估和維修 ◦ 助聽器產品，例如耳模，特殊配件和替換零件。 <p>聽力服務，包括檢查和測試、助聽器評估和處方。</p>	
	<p>愛滋病毒 (HIV) 篩檢*</p> <p>對於要求接受 HIV 篩檢測試或 HIV 感染風險增加者，我們給付：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每 12 個月一次篩檢檢查 <p>對於孕婦，我們給付：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 懷孕期間最多三次篩檢檢查 	<p>有資格接受 Medicare 給付預防性 HIV 篩檢者無需支付共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>家庭健康機構照護</p> <p>在接受居家健康服務前，必須由醫師證明您需要居家健康服務，並指示由居家健康機構來提供居家健康服務。您必須無法離家，亦即離家對您來說十分困難。</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 兼職或間歇性專業護理以及居家照顧輔助服務 (為了將此類服務納入居家照顧輔助服務福利之中，您的專業護理和居家保健輔助服務的總計時間不得超過每天 8 小時以及每週 35 小時。) • 物理治療、職能治療和言語治療 • 醫療及社工服務 • 醫療器材和用品 	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>家中注射治療</p> <p>家中注射治療涉及在家中對個人使用藥物或生物製劑的靜脈注射或皮下注射。執行家中注射所需的要素，包括藥物 (例如，抗病毒物質、免疫球蛋白)，設備 (例如幫浦) 和用品 (例如插管和導管)。</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 根據本照護計劃所提供的專業服務，包括護理服務 • 耐用性醫療器材福利給付並不包含病患訓練和教育 • 遠端監測 	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>家中注射治療 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 針對由家中注射治療的監測服務，以及由合格的家中注射治療供應商調配的家中注射藥物 	
	<p>安寧療護照護*</p> <p>當您的醫師和安寧醫療總監向您提出臨終預後，證明您患有絕症且如果在疾病正常發展下，預計生命剩下 6 個月或更短的時間，您即有資格獲得安寧福利。您可以從 Medicare 認證的安寧照護計劃獲得照護。您的計劃有義務幫助您在計劃服務區內找到 Medicare 認證的安寧照護計劃，包括 MA 組織擁有、控制或有經濟利益的計劃。您的安寧醫師可以是網內醫療服務提供者，也可以是網外醫療服務提供者。</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 症狀控制藥物和止痛藥 短期臨時照護 居家照護 <p><u>在安寧療護服務，以及由 Medicare A 部分或 B 部分承保服務、與您的臨終預後相關服務方面：</u>Original Medicare (而非本計劃) 會向您的安寧照護服務提供者支付與您臨終預後有關的安寧照護服務費用。若您加入安寧照護計劃，您的安寧照護服務提供者會針對 Original Medicare 承保服務向 Original Medicare 收費。您將會收到 Original Medicare 分攤費用的帳單。</p> <p><u>對於安寧服務，以及由 Medicare A 部分或 B 部分給付並與您的臨終預後有關的服務：</u>如果您需要與您的臨終預後無關，且由 Medicare A 部分或 B 部分給付的非急診或非急診治療服務，您為此類服務支付的費用取決於您是否使用本計劃網內醫療服務提供者以及是否依照計劃規定 (例如是否有獲得事先授權的需求)。</p> <ul style="list-style-type: none"> 如果您是向網內醫療服務提供者獲得承保服務並依照該服務的計劃規定，您只需支付本計劃規定的網內服務分攤費用 如果您是向網外醫療服務提供者獲得承保服務，則需支付按服務收費 Medicare (Original Medicare) 的分攤費用 <p><u>對於Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)給付、但 Medicare A 部分或 B 部分不承保服務：</u>Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)將繼續給 A 部分或 B 部分不給付的計劃承保服務，不論這些服務是否與您的臨終預後有關。您必需為這些服務支付您的計劃分攤費用金額。</p> <p><u>對於本計劃 D 部分福利可能給付的藥物：</u>如果這些藥物與您的末期安寧療護病症無關，您將支付分攤費用。如果這些藥物與您的末期</p>	<p>當您參與 Medicare 所認證的安寧計劃時，您的安寧服務，以及與臨終預後有關的 Medicare A 部分和 B 部分服務，都將由 Original Medicare 付費，而非 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。</p> <p>本計劃針對罹患絕症且未選擇安寧照護福利者給付安寧照護諮詢服務 (僅限一次)。</p> <p>有資格接受此福利的會員無須支付共保額、共付額或自付額。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>安寧療護病症有關，您將支付 Original Medicare 的分攤費用。藥物不會同時由安寧照護和本計劃同時承保。如需更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節 (如果您住在 Medicare 認證的安寧照護機構)。</p> <p>註：如果您需要非安寧照護 (與您臨終預後無關的照護)，您應該與我們聯絡以安排相關服務。</p> <p>本計劃針對罹患絕症且未選擇安寧照護福利者給付安寧照護諮詢服務 (僅限一次)。</p>	
	<p>疫苗接種*</p> <p>Medicare B 部分承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，秋冬每個流感季一次，若醫療必要性則另增流感疫苗注射數量 • B 型肝炎疫苗，如果您有罹患 B 型肝炎的高度或中度風險 • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗 - 如果您有罹患相關疾病的風險，而且這些疫苗符合 Medicare B 部分給付規定 <p>我們的 D 部分處方藥福利也給付大多數其他成人疫苗。請參閱第 6 章第 8 節，以瞭解更多資訊。</p>	<p>肺炎、流感、B 型肝炎疫苗和 COVID-19 疫苗沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>住院照護</p> <p>包括急症住院、住院復健、長期護理醫院及其他類型的住院服務。住院照護從醫師開立醫囑允許您正式住院之日開始。您出院的前一天是您住院的最後一天。</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房 (或是私人病房，如果在醫療上有此需要) • 膳食，包括特殊飲食 • 定期護理服務 • 特殊照護單位 (例如密集照護或冠狀動脈照護單位) 的費用 • 藥物和用藥 • 實驗室檢驗 • X 光與其他放射服務 • 必要的手術及醫療用品 • 裝置使用，如輪椅 • 手術室和恢復室費用 • 物理、職業和言語治療 • 住院物質使用疾患服務 	<p>針對每個福利期住院第 1 至 90 天，您支付 \$0。</p> <p>我們的計劃給付 60 個「終身儲備日」。這些是我們給付的「額外」天數。如果您單一福利期的住院天數超過 90 天，即可使用這些額外 60 天，您的住院給付即會限制在每個福利期 90 天。</p> <p>根據您的 Medicaid 福利和指南可能給付的其他服務。</p> <p>如果您在狀況穩定後，於網外醫院接受經授權的住院護理，您的費用是您在網內醫院會支付的分攤費用。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>住院病人醫院護理 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 在某些情況下，下列類型的移植可獲得給付：角膜、腎臟、腎臟、心臟、肝、肺、心/肺、骨髓、幹細胞和腸/多器官。如果您需要移植，我們會安排 Medicare 核准的移植中心審核您的病例，判定您是否符合移植條件。移植醫療服務提供者可以在當地或服務區以外。如果我們的網內移植服務不在社區模式護理之內，只要當地的移植醫療服務提供者願意接受 Original Medicare 的費率，您便可以選擇在當地進行移植。如果 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 提供移植服務的地點在您的社區移植護理模式之外，而您選擇在這個較遠的地點進行移植，我們將為您和一名同行者安排或支付適當的住宿和交通費用。Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 將報銷在偏遠地區接受移植相關醫療護理時的住宿和餐費，每日最高限額為 \$150。此外，還可以按照國家稅務局 (IRS) 調整並公開發布之規定的納稅人標準里程費率申請里程報銷。根據計劃指南，每次移植的所有旅行、住宿、餐食和里程報銷的最高金額為 \$5,000。 血液 - 包括貯血和輸血。全血和紅血球濃厚液的給付從您所需要的第四品脫血液開始，您必須支付該日曆年所獲得的前3品脫血液費用，或是由您或其他人捐出血液。其他血液類型的給付將從第一品脫血液開始。 醫師服務 <p>註：要成為住院病人，您的健康服務提供者必須開立書面醫囑讓您正式入院。即使您留在醫院過夜，仍可能被視為門診患者。如果您不確定自己是住院病患還是門診病患，應詢問醫院工作人員。</p> <p>您也可在 Medicare 資料表中的 <i>您是住院患者還是門診患者？如果您已參與 Medicare – 請予詢問！</i> 中找到更多資訊。您可以在網站獲得此資料表 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。這些號碼是免費電話，全天候提供服務。</p>	<p>可能需要事先授權。</p>
<p>精神科醫院的住院服務</p> <p>承保服務包括需要住院的心理健康護理服務</p> <ul style="list-style-type: none"> 您可以在綜合醫院或是只照護心理健康病症患者的精神科醫院獲得這些服務。 如果您是在精神科醫院 (而非綜合醫院) 接受照護，Medicare 在您的一生中僅給付最多 190 天的精神科醫院住院服務。 	<p>針對每個福利期住院第 1 至 90 天，您支付 \$0。</p> <p>我們的計劃也給付 60 個「終身儲備日」。這些是我們給付的「額外」天數。如果您單一福利期的住院天數超過 90 天，即可</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> • 如果您在投保我們的計劃之前，已使用了 190 天終身限額的部分天數，那麼 Medicare 先前針對您在精神科醫院接受心理健康治療時已給付的住院天數，將會從給付的終身住院天數中扣除。 • 190 天的限制不適用於在綜合醫院精神科提供的心理健康服務。 • 如果您是在綜合醫院接受心理健康照護，則可享受無限制的福利期。您也可以在接受精神科醫院照護時，享有多個福利期，但有 190 天的終身限額。 • Medicaid 給付達到 190 天限額後的住院費用。無福利期或終身限額。 • 您必須使用有簽約的行為健康服務提供者。請聯絡會員服務部以獲得網內行為健康服務提供者清單。 <p>Medicare 不給付：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 私人照護服務 • 病房內的電話或電視 • 私人病房 (除非醫療必要性) 	<p>使用這些額外天數。但若您已用完這 60 個額外天數，您的住院給付即會限制在每個福利期 90 天。</p> <p>如果您在狀況穩定後，於網外醫院接受經授權的住院護理，您的費用是您在網內醫院會支付的分攤費用。</p> <p>可能需要事先授權。除緊急情況外，您的醫師必須告知我們您即將入院。</p>
	<p>住院：於非給付住院期間，在醫院或專業療養機構 (SNF) 獲得的承保服務</p> <p>如果您已經用盡住院福利，或是住院並不合理且不需要，我們將不會給付您的住院費用。然而，在某些情況下，我們會給付您在醫院或專業療養機構 (SNF) 入住期間所接受的某些服務。承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 醫師服務 • 診斷測試 (如檢驗室檢測) • X 光、鐳和同位素治療，包括技術人員材料和服務 • 手術敷料 • 夾板、石膏和其他用來減少骨折和錯位的裝置 • 義肢和矯具 (牙科裝置除外)，用以取代全部或部分體內器官 (包括相鄰組織)，或取代全部或部分永久失能或退化的體內器官功能，或取代無法正常運作之器官，包括更換和維修此器材 • 腿部、手臂、背部和頸部支撐、疝帶以及人工腿、人工手臂和義眼，包括因斷裂、磨損、遺失或病患病況改變而進行的調整、修理和更換 • 物理治療、言語治療和職能治療 	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>醫學營養治療*</p> <p>此福利適用於糖尿病、腎臟病 (但未洗腎) 患者，或是獲得醫師醫囑的腎臟移植患者。</p> <p>在您接受 Medicare (包括本計劃、其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare) 醫學營養治療服務的第一年，我們會給付 3 個小時的一對一諮詢服務，之後則是每年給付 2 小時。如果您的病情、治療或診斷發生變化，您可以根據醫師醫囑接受更多時數的治療。如果下個日曆年您還需要接受治療，醫師每年都必須開立這些服務，同時更新醫囑。</p>	<p>有資格接受 Medicare 給付醫學營養治療服務的會員無需支付共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>Medicare 糖尿病預防計劃 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)*</p> <p>所有 Medicare 健康計劃的合格 Medicare 受益人均享有 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 服務給付。</p> <p>Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 是有系統的健康行為改變介入方式，針對長期飲食改變、增加體能活動和問題解決策略提供實際訓練，以克服持續減重和維持健康生活型態方面的挑戰。</p>	<p>Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 福利沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>Medicare B 部分處方藥</p> <p>這些藥物包含在 Original Medicare B 部分的給付範圍中。本計劃的會員可透過本計劃得到這些藥物的給付。給付藥物包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 通常不由病患自行使用，而是在獲得醫師、醫院門診或門診手術中心服務時，以注射或輸入方式給予的藥物 • 透過耐用性醫療器材 (例如醫療必要性胰島素幫浦) 提供的胰島素 • 您透過本計劃授權的耐用性醫療器材 (例如噴霧器) 所使用的其他藥物 • 阿茲海默症藥物， (通用名 Leqembi®)，經由靜脈注射給藥。除了藥物費用外，您可能需要在治療前和/或治療期間進行額外的掃描和檢測，這可能會增加您的整體費用。與您的醫師討論治療過程中您可能需要進行哪些掃描和檢測 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：如果 Medicare 支付您的器官移植費用，則 Medicare 承保移植藥物治療。您在接受給付移植時必須享有 A 部分保險，並且在您獲得免疫抑制藥物時必須享有 B 部分保險。請記住，如果 B 部分不給付，則 Medicare 藥物給付 (D 部分) 將給付免疫抑制藥物 • 注射用骨質疏鬆藥 - 如果您無法離家、骨折 (經醫師證明與停經後骨質疏鬆有關) 且無法自行用藥 	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>胰島素沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>B 部分藥物可能會因階段治療而異。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>Medicare B 部分處方藥 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 部分抗原藥物：如果抗原藥物是由醫師準備，並且是由經過適當指導的人士 (可能是您或患者本人) 在適當的監督下給藥，則 Medicare 給付抗原藥物 • 某些口服抗癌藥物：Medicare 給付您的某些口服口腔癌藥物，前提是該藥物有注射劑型或該藥物是注射劑藥物的前藥 (藥物的口服形式，攝入後會分解為與注射劑藥物中相同的活性成分)。隨著新型口腔癌藥物的上市，B 部分可能會加以給付。如果 B 部分不給付，D 部分將會給付 • 口服抗噁心藥物：Medicare 給付作為抗癌化療方案一部分使用的口服抗噁心藥物，前提是這些藥物是在化療之前、化療時或化療後 48 小時內服用，或用作靜脈內抗噁心藥物的全面治療替代品 • 某些口服末期腎臟病 (ESRD) 藥物，前提是相同藥物有注射劑型，且 B 部分 ESRD 福利給付該藥物 • ESRD 支付系統下的擬鈣藥物，包括靜脈注射藥物 Parsabiv® 和口服藥物 Sensipar® • 某些用於居家透析的藥物包括肝素、肝素的解毒劑 (如有醫療必要性) 和局部麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：如果您患有末期腎臟病 (ESRD) 或您需要這種藥物來治療與某些其他疾病相關的貧血 (例如 Procrit®)，則 Medicare 給付注射促紅血球生成素 • 用於原發性免疫缺陷疾病居家治療的靜脈注射免疫球蛋白 • 腸外和腸內營養 (靜脈和管飼) <p>在某些情況下，我們會要求您先嘗試某些藥物治療您的病症，然後再給付相同病症的另一種藥物。例如，假設藥物 A 和藥物 B 都可以治療病症，但藥物 A 費用較低，您可能需要先嘗試藥物 A。如果 A 藥物對您無效，則我們給付 B 藥物。</p> <p>以下連結中包含可能受階段治療限制的 B 部分藥物清單：SWHNY.com。</p> <p>我們亦依據我們的 B 部分和 D 部分的處方藥物給付規定支付疫苗費用。</p> <p>第 5 章說明 D 部分處方藥福利，包括您在獲得處方藥給付時必須遵守的規定。</p>	
	<p>肥胖篩檢和治療以促進持續減重*</p> <p>如果您的身體質量指數在 30 以上，我們會給付密集諮詢以協助您減輕體重。如果您在主要照護環境中獲得諮詢，使其能與您的全方位</p>	<p>預防性肥胖篩檢和治療沒有共保額、共付額或自付額。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	預防計劃協調運作，則可獲得給付。請洽詢您的主要醫療醫師或醫療從業人員以瞭解詳情。	
	<p>鴉片治療計劃服務</p> <p>本計劃為鴉片使用失調 (Opioid Use Disorder, OUD) 病患給付鴉片治療計劃 (Opioid treatment program, OTP) 提供的 OUD 治療服務，包括以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准的鴉片受體致效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (medication-assisted treatment, MAT) 藥物 • MAT 藥物的領藥和給藥 (如適用) • 物質使用疾患諮詢 • 個人治療與團體治療 • 毒理學檢測 • 攝取活動 • 定期評估 	<p>Medicare 給付的鴉片治療門診沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>Medicare 給付的門診鴉片類治療計劃服務不需要事先授權，但如果您要求獲得鴉片類治療藥物，則可能需要獲得事先授權。</p>
	<p>門診診斷檢測和治療服務與用品</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • X 光 • 放射 (鐳和同位素) 治療，包括技術人員材料和用品 • 手術用品，如敷料 • 夾板、石膏和其他用來減少骨折和錯位的裝置 • 化驗檢測 • 血液 - 包括貯血和輸血。全血和紅血球濃厚液的給付從您所需要的第四品脫血液開始，您必須支付該日曆年所獲得的前3品脫血液費用，或是由您或其他人捐出血液。其他血液類型的給付將從第一品脫血液開始。 • 其他門診診斷檢測 – 非放射診斷服務，例如心電圖 (Electrocardiography, EKG)、腦電圖 (Electro-Encephalo-Graph, EEG)、肺功能檢測、睡眠研究和跑步機運動壓力測試。 • 診斷放射服務 (複雜和不複雜)，如特殊掃描、電腦斷層 (Computed tomography, CT)、單光子電腦斷層掃描儀 (Single-photon emission computed tomography, SPECT)、正子斷層掃描 (Positron Emission Tomography, PET)、磁振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、磁振血管攝影 (Magnetic Resonance. Angiography, MRA)、核醫檢查、超音波、診斷性乳房 X 光攝影、介入性放射程序 (脊髓造影、膀胱造影、血管造影和銀劑檢查)。 	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>門診實驗室服務不需要授權。</p> <p>基因檢驗室檢測需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> 門診實驗室服務和門診 X 光服務不需要授權。 	
	<p>門診醫院留觀</p> <p>留觀服務是醫院門診服務，用於確定您是否需要住院或可以出院。</p> <p>門診醫院留觀服務必須符合 Medicare 標準，且被認為具有合理性和必要性，才會獲得給付。只有在醫師或其他獲得州執照法和醫院工作人員條例授權之個人開立醫囑，允許病患住院或預約門診檢驗的情況下，留觀服務才能獲得給付。</p> <p>註：除非醫療服務提供者為您開立入院醫囑，否則您會被視為門診患者，且需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您留在醫院過夜，仍可能被視為門診患者。如果您不確定自己是否為門診病患，應詢問醫院工作人員。</p> <p>您也可在 Medicare 資料表中的 <i>您是住院患者還是門診患者？</i> 如果您已參與 Medicare – 請予詢問！中找到更多資訊。您可以在網站獲得此資料表 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。這些號碼是免費電話，全天候提供服務。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>門診醫院服務</p> <p>我們會給付您在醫院門診部門為診斷或治療疾病或受傷而取得的必要醫療服務。</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> 急診室或門診服務，例如觀察服務或門診手術 由醫院開立帳單的實驗室和診斷檢測 心理健康護理，包括部分制住院計劃中的護理（如果醫師證明沒有這項護理則需住院治療） 由醫院收費的 X 光與其他放射服務 醫療用品，如夾板和石膏 您無法自行施用的某些藥物和生物製劑 <p>註：除非醫療服務提供者為您開立入院醫囑，否則您會被視為門診患者，且需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您留在醫院過夜，仍可能被視為門診患者。如果您不確定自己是否為門診病患，應詢問醫院工作人員。</p> <p>您也可在 Medicare 資料表中的 <i>您是住院患者還是門診患者？</i> 如果您已參與 Medicare – 請予詢問！中找到更多資訊。您可以在網站獲得此資料表 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>門診實驗室服務和門診 X 光服務不需要授權。基因實驗室檢測需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。這些號碼是免費電話，全天候提供服務。	
	<p>門診心理健康照護</p> <p>給付服務包括：</p> <p>由持有州立執照的精神科醫師或醫師、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床照護專家、認證專業諮詢師 (LCP)、認證婚姻與家庭治療師 (LMFT)、專科護理師 (NP)、醫師助理 (PA) 或其他經 Medicare 檢定合格的心理健康護理專業人士，依照適用州法律提供的心理健康服務。</p> <p>您的 Medicare 門診心理健康照護給付範圍包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每個日曆年一次憂鬱症篩檢。此篩檢必須在能給予後續治療和轉診的主要醫療醫師診所或主要照護診所中提供。 • 由醫師或某些領有執照的專業人士進行的個人與團體心理治療（於您所在州獲得允許）。 • 家庭諮詢 - 如果主要目的在於幫助您接受治療。 • 確定您是否得到所需服務，以及目前治療是否對您有幫助的檢測。 • 精神評估。 • 藥品管理。 	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>請參閱本表中的「憂鬱症篩檢」，瞭解您的年度憂鬱症篩檢。</p> <p>如果您需要 Medicare 給付的門診心理健康照護，請參閱本表中的「部分制住院」。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>門診復健服務</p> <p>承保服務包括：物理治療、職業治療和言語治療。</p> <p>門診復健服務在各種門診環境中提供，例如醫院門診部門、獨立的治療師診所，以及綜合門診康復機構 (CORF)。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>門診物質使用疾患服務</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 給付的門診戒除物質濫用服務。 • 此外，Medicare 也給付個人治療與團體治療。在十二 (12) 個月的期間內，投保人必須能夠自我轉診，以進行網內醫療服務提供者的一項評估。 <p>您必須使用 Senior Whole Health Healthcare Behavioral Health 提供者。</p> <p>請聯絡會員服務部以獲得更詳細的資訊。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>門診手術，包括在醫院門診設施和門診手術中心提供的服務</p> <p>註：如果您是在醫院設施接受手術，應向醫療服務提供者確認您算是住院患者或門診患者。除非醫療服務提供者為您開立書面入院醫囑，否則您就是門診患者，需要支付門診手術的分攤費用金額。即使您留在醫院過夜，仍可能被視為門診患者。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>非處方藥 (Over-The-Counter, OTC) 項目 (附加) *</p> <p>您每月可獲得 \$100，可使用 Healthy You 卡在計劃核准的非處方 (OTC) 用品、產品及藥物上花費。此月津貼與非急診交通 (附加) 服務共用。您可透過您的 Healthy You 卡將此津貼用於非處方 (OTC) 項目或交通服務，或兩者共用。如果您未用完月津貼，剩餘的餘額會失效，不會轉入下一個月。</p> <p>您的給付範圍包括維生素、防曬霜、止痛藥、咳嗽和感冒藥，以及繃帶等非處方 OTC 健康和保健項目。</p> <p>您可以訂購：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 線上 – 請造訪 NationsOTC.com/Molina • 透過電話 – 請致電 877-208-9243 與 NationsOTC Member Experience Advisor (國民非處方會員體驗顧問) 聯絡，(TTY 711)，全天候提供服務，全年無休。 • 透過郵寄 – 填寫並交回產品目錄中的訂購單。 • 透過參與計劃的零售地點。 <p>如需計劃核准之非處方 (OTC) 項目的完整清單，請參閱您的 2025 年非處方 (OTC) 產品目錄，或致電非處方 (OTC) 支援人員以獲得更多資訊。您會在 2025 年非處方 (OTC) 產品目錄中找到重要資訊 (訂購指南)。</p> <p>如需詳細資訊，請聯絡會員服務部。</p>	<p>如果您使用的是 Healthy You 卡，則無需支付共保額，共付額或自付額。</p> <p>如果您超過月津貼上限，您可能需要負擔費用。可能會有限制和排除項目。</p>
	<p>部分制住院或密集門診服務</p> <p>部分制住院是以醫院門診服務形式提供，或由社區心理健康中心提供的結構化積極心理治療計劃，其所提供的護理比您在醫師、治療師、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或持照專業諮詢師診所所得到的護理更為密集，是住院治療的替代選擇。</p> <p>密集型門診服務是在醫院門診部門、社區心理健康中心、聯邦核准的健康中心或鄉村健康診所提供的一種結構化的積極行為 (精神) 健康治療方案，比您在醫師、治療師、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或持照專業諮詢師診所所得到的護理更為密集，但比部分制住院強度更弱。</p>	<p>Medicare 給付的部分制住院服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>醫師/醫療從業人員服務，包括醫師門診</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在醫師診間、通過認證的門診手術中心、醫院門診部門或其他地點進行的具醫療必要性醫療照護或手術服務。 • 由專科醫師進行諮詢、診斷和治療 • 為確定您是否需要治療，根據醫師醫囑由您的主要醫療服務提供者 (PCP) 進行的基本聽力和平衡檢查 • 特定遠距醫療服務，包括：主要照護服務 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您可以選擇親自就診或透過遠距醫療獲得這些服務。如果您選擇透過遠距醫療獲得其中一項服務，您必須使用透過遠距醫療提供服務的網內醫療服務提供者。如果您選擇透過遠距醫療獲得其中一項服務，您必須使用透過遠距醫療提供服務的網內醫療服務提供者。欲尋找網內醫療服務提供者，請造訪我們的網站 SWHNY.com。 ◦ 虛擬醫療就診是由醫療機構外的虛擬醫療服務提供者進行，他們透過線上科技和影音直播提供您醫療就診。 ◦ 註：並非所有醫療狀況都能透過虛擬就診治療。虛擬就診醫師會確認您是否需要醫師的當面治療。 • 於醫院或特約醫院內的腎臟中心、腎臟透析機構或會員家中，為居家洗腎的會員提供每月末期腎臟病相關的遠距醫療服務。可能需要事先授權。 • 無論您的所在地點，遠距醫療服務提供診斷、評估，或治療中風症狀可能需要事先授權。 • 無論他們的所在地點，為患有物質使用障礙或併發心理健康障礙會員的遠距醫療服務。可能需要事先授權。 • 在下列情況下，針對心理健康疾病的診斷、評估和治療提供遠距醫療服務： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您在第一次遠距醫療就診前的 6 個月內親自就診 ◦ 您每 12 個月親自就診一次，同時接受這些遠距醫療服務 ◦ 在某些情況下，上述情況可能會有例外 • 心理健康就診的遠距醫療服務由鄉村健康診所 (Rural Health Clinics) 和聯邦核准的健康中心 (Federally Qualified Health Centers) 提供 • 若為以下情況，讓醫師進行 5 到 10 分鐘的虛擬問診 (例如透過電話或視訊)： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您不是新病患，以及 ◦ 該看診與過去 7 天內的診間就診無關，以及 	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 該看診不會在 24 小時內導致診間就診，或以最快時間約診。 • 若為以下情況，由醫師評估所傳送的影片和/或圖片，並在 24 小時內為您判讀並追蹤情況： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 您不是新病患，以及 ◦ 該評估不會在 24 小時內導致診間就診，或以最快時間約診。 • 透過電話、網際網路或電子健康記錄諮詢醫師或其他醫師 • 手術前的第二意見 • 非例行牙科護理 (承保服務限於下顎或相關結構的手術、固定下顎或顏面骨骨折、拔牙以便為下顎腫瘤癌症放射治療預作準備，或是由醫師提供時將予承保服務) • 當您在服用抗凝血藥物，例如 Coumadin、Heparin 或 Warfarin 時，在醫師診所或門診醫院環境中提供的監控服務。 	
	<p>足療服務 (Medicare 給付)</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 足部損傷或疾病 (如鎚狀趾或後跟骨刺) 的診斷和醫療或外科治療 • 例行足部護理，適用於所患特定醫療病症會影響下肢的會員 	<p>Medicare 給付的足療服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>前列腺癌篩檢*</p> <p>對於 50 歲及以上男性，承保服務包括以下各項 - 每 12 個月一次：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 肛門指診 • 前列腺特異性抗原 (Prostate Specific Antigen, PSA) 檢查 	<p>年度前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>義肢及矯形器及相關用品</p> <p>用以取代人體全部或部分部位或功能的裝置 (牙科除外)。這些包括但不限於義肢和矯形器使用的測試、組裝或訓練；以及與結腸造口護理直接相關的結腸造口袋和用品、起搏器、支架、義肢鞋、義肢和乳房假體 (包括乳房切除術後的手術胸罩)。包括與義肢和矯形器相關的某些用品，以及義肢和矯形器的修理和/或更換。也包括白內障移除或白內障手術後的一些給付項目 - 請參閱本節下文的視力保健以瞭解詳情。</p>	<p>有資格接受此福利的會員無須支付共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
	<p>肺部復健服務</p> <p>患有中度至非常嚴重慢性阻塞性肺病 (COPD)，並有醫師開立肺部復健醫囑以治療慢性呼吸道疾病的會員，可享有肺部復健全方位計劃的給付。</p>	<p>有資格接受此福利的會員無須支付共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>減少酒精濫用的篩檢和諮詢*</p> <p>對於濫用酒精但不依賴酒精的 Medicare 成人會員 (包括孕婦) ，我們給付一次酒精濫用篩檢。</p> <p>如果酒精濫用篩檢呈陽性反應，您每年可以與合格的主要醫療醫師或醫療從業人員，在主要照護環境中進行最多 4 次簡短的面對面諮詢課程 (如果您能在諮詢期間保有行為能力且保持清醒) 。</p>	Medicare 給付的減少酒精濫用篩檢和諮詢預防性福利沒有共保額、共付額或自付額。
	<p>使用低劑量電腦斷層掃描 (Low Dose Computed Tomography, LDCT) 篩檢肺癌*</p> <p>合格的個人每 12 個月可進行一次給付的低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 。</p> <p>使用低劑量電腦斷層掃描 (Low Dose Computed Tomography, LDCT) 篩檢肺癌* (續)</p> <p>符合資格的會員是：年齡在 50-77 歲之間，沒有肺癌的前兆或症狀，但有至少一年 20 包的吸菸史，目前還在吸菸或在過去 15 年內戒菸者，在肺癌篩檢諮詢和醫病共享決策門診期間拿到低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 的書面醫囑 (符合 Medicare 的此類門診標準，並由醫師或合格的非醫師醫療從業人員提供) 。</p> <p>針對初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：會員必須拿到低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 肺癌篩檢的醫囑，此醫囑可在與醫師或合格的非醫師醫療從業人員進行的任何適當門診期間提供。如果醫師或合格的非醫師醫療從業人員選擇針對後續的低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 肺癌篩檢，提供肺癌篩檢諮詢和醫病共享決策門診，則該門診必須符合此類門診的 Medicare 標準。</p>	Medicare 給付的低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 諮詢和醫病共享決策門診沒有共保額、共付額或自付額。
	<p>性傳播感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 篩檢和預防性傳播感染 (STI) 的諮詢*</p> <p>我們給付披衣菌、淋病、梅毒和 B 型肝炎的性傳播感染 (STI) 篩檢。這些篩檢給付適用於懷孕女性，以及性傳播感染 (STI) 風險較高且主要醫療服務提供者要求進行檢測者。我們每 12 個月或在懷孕特定時間給付一次這些檢測。</p> <p>對於性傳播感染 (STI) 風險較高的性活躍成人，我們每年也給付兩次 20 至 30 分鐘的面對面高強度行為諮詢會面。這些作為預防性服務的諮詢會面必須由主要醫療服務提供者在主要照護環境 (例如醫師診間) 提供，我們才會予以給付。</p>	Medicare 給付的性傳播感染 (STI) 篩檢和 STI 諮詢預防性福利沒有共保額、共付額或自付額。

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>腎臟病治療服務</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 腎臟病教育服務，教導腎臟護理的常識，並協助會員對其照護做出明智的裁定。對於患有第四期慢性腎臟病的會員，得到醫師轉診後，終生最多可接受六次我們給付的腎臟病教育服務。 • 門診洗腎治療 (包括暫時離開服務區域時的洗腎治療，如第 3 章的說明，或這項服務的網內醫療服務提供者暫時無法使用或無法獲得時。) • 住院洗腎治療 (如果院方允許您入院接受特殊照護) • 自我洗腎訓練 (包括對您和協助您進行居家洗腎治療的人進行的訓練) • 居家洗腎器材和用品 • 某些居家支援服務 (例如由受過訓練的洗腎工作人員進行訪視，確認您的居家洗腎情形、協助處理緊急狀況，以及檢查您的洗腎設備和供水裝置) <p>某些洗腎藥物可得到您的 Medicare B 部分藥物福利給付。如需 B 部分藥物給付的資訊，請參閱Medicare B 部分處方藥一節。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>住院洗腎治療</p> <ul style="list-style-type: none"> • 請參閱本表的「住院照護」。 <p>居家洗腎器材和用品</p> <ul style="list-style-type: none"> • 請參閱本表的「耐用性醫療器材和相關用品」。 <p>居家支援服務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 請參閱本表的「居家健康機構照護」。 <p>Medicare B 部分洗腎藥物</p> <ul style="list-style-type: none"> • 請參閱本表的「Medicare B 部分處方藥」。
	<p>專業療養機構 (SNF) 照護</p> <p>(有關「專業療養機構照護」的定義，請參閱本文件第 12 章。專業療養機構有時稱為「SNF」。)</p> <p>承保服務包括，但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房 (或是如有醫療上必要的私人病房) • 膳食，包括特殊飲食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療和言語治療 • 根據您的照護計劃對您施用的藥物 (包括自然存在於體內的物質，例如凝血因子。) • 血液 - 包括貯血和輸血。全血和紅血球濃厚液的給付從您所需要的第四品脫血液開始，您必須支付該日曆年所獲得的前三品脫血液費用，或是由您或其他人捐出血液。其他血液類型的給付將從第一品脫血液開始。 • 通常由專業療養機構 (SNF) 提供的醫療和手術用品 • 通常由專業療養機構 (SNF) 提供的化驗檢測 • 通常由專業療養機構 (SNF) 提供的 X 光與其他放射服務 • 使用通常由專業療養機構 (SNF) 提供的裝置，如輪椅 • 醫師/醫療從業人員服務 	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。除緊急情況外，您的醫師必須告知計劃您即將進入 SNF。無需事先住院授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>專業療養院 (SNF) 照護* (續)</p> <p>您通常會從網內機構獲得專業療養機構 (SNF) 照護。然而，在下列特定情況，您也可以獲得網外機構提供的照護，前提是該機構接受本計劃的付款金額。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在您前往醫院之前，您所居住的療養院或連續照護退休者住宅社區 (只要提供專業照護機構照護即可) • 在您出院時，您的配偶或同居伴侶所居住的 SNF 	
	<p>戒除吸菸及菸草使用 (停止吸菸或停用菸草的相關諮詢) *</p> <p><u>如果您使用菸草，但沒有與菸草有關的疾病前兆或症狀：</u>我們在 12 個月期間免費為您給付兩次戒菸嘗試諮詢作為預防性服務。每次戒菸嘗試諮詢包括最多四次面對面就診。</p> <p><u>如果您使用菸草而且被診斷出患有和吸菸相關疾病，或正在服用可能受到菸草影響的藥物：</u>我們給付戒菸諮詢服務。我們在 12 個月期間給付兩次戒菸嘗試諮詢，不過您必須支付適用的分攤費用。每次戒菸嘗試諮詢包括最多四次面對面就診。</p>	<p>Medicare 給付的戒除吸菸及菸草使用的預防性福利沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>戒除吸菸及菸草使用服務 (附加) *</p> <p>如果您想要戒菸，請洽詢您的主要照護醫師，或致電我們的健康教育部門。</p> <p>除了 Medicare 給付戒除吸菸及菸草使用福利提供的給付範圍外，本計劃每個日曆年還給付 8 次額外的諮詢服務，以協助您停止吸菸或使用菸草產品。</p> <p>您必須先用完 Medicare 給付的戒除菸草使用福利，本計劃才會支付此福利下的給付項目。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>慢性疾病的特殊附加福利</p> <p>如果您經診斷患有下列慢性病並符合特定標準，您可能符合獲得慢性病患者特定附加福利的資格。</p> <p>您需要提交一份健康風險評估表，以確認您在沒有獲得下列特殊附加福利之一的情況下，可能會使其中一項所列出的病症惡化。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 慢性酒精中毒和其他藥物依賴； • 自體免疫性疾病； • 癌症； • 心血管疾病； • 慢性心臟衰竭； • 失智症； • 糖尿病； 	<p>如果您使用的是 Healthy You 卡，則無需支付共保額，共付額或自付額。</p> <p>需要參與照護管理計劃。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<ul style="list-style-type: none"> • 末期肝衰竭； • 末期腎臟病 (ESRD)； • 嚴重的血液疾病； • HIV (人類免疫缺陷病毒, Human Immunodeficiency Virus) / AIDS (後天免疫缺乏症候群, Acquired immunodeficiency syndrome)； • 慢性肺病； • 慢性和心理障礙狀況； • 神經疾病症狀；以及 • 中風 <p>我們將協助您獲得這些福利。您可以致電會員服務部或您的照護協調員，向其提出您的要求或獲得額外資訊。</p> <p>註：申請此福利，即表示您授權 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的代表能夠以電話、郵件或任何其他通訊方式與您聯絡，如您在申請中明文所述。</p> <p>若經核准，每個月將會有達 \$73 自動存入至您的 Healthy You 卡中，以使用 SSBCI 福利。每個月結束時，任何未使用的額度不會轉移至下一個月。</p> <p>餐飲</p> <p>如果符合資格，您可以每個月獲得 \$73，用於餐飲消費。</p>	
	<p>監督運動治療 (SET)</p> <p>患有症狀性周邊動脈疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD) 的會員享有 SET 給付。</p> <p>只要符合監督運動治療 (SET) 計劃要求，即可參加為期 12 週最多 36 節的給付課程。</p> <p>監督運動治療 (SET) 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由 30 至 60 分鐘的課程構成，其中包含為跛行患者提供的周邊動脈疾病 (PAD) 治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診環境或醫師診間進行 • 必須由受過周邊動脈疾病 (PAD) 運動療法訓練的合格輔助人員提供，以確保益處大於傷害 • 在醫師、醫師助理或受過基本及進階生命支持技術訓練的專科護理師/臨床照護專家的直接監督下進行 <p>如果健康照護提供者認為在醫療上有此必要，給付的監督運動治療 (SET) 可從為期 12 週的 36 節課，延長時間並再增加 36 節課。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>非急診交通 (附加)</p> <p>您的 Healthy You 卡每個月有 \$100，可由您自行決定在交通或健康相關的地點花費。此金額不會對應到「交通」的次數，但可用於購買非急診交通直到福利上限。此金額與非處方 (Over-the-counter, OTC) 的月津貼共用。如果您未用完月福利金額，剩餘的餘額會失效，不會轉入下一個月。</p> <p>您可以使用預先存入的 Healthy You 搭配叫車應用程式、計程車服務或其他形式的非急診交通 (如公車通行證、火車票證或其他形式的大眾運輸) 購買搭乘服務。建議會員善加運用此津貼提供的搭乘次數上限。對於腎臟透析中心或物理治療機構等常見目的地，請直接聯絡提供機構，瞭解在安排叫車或零售交通服務之前，是否有更具經濟效益的交通服務。</p>	<p>如果您使用的是 Healthy You 卡，則這些服務無需支付共保額或共付額。</p> <p>如果您超過年度津貼上限，您可能需要負擔費用。</p> <p>可能會有限制和排除項目。如果您需要急診治療，請致電 911 並要求救護車。</p> <p>請參閱本表的「救護車服務」，以進一步瞭解緊急交通。</p>
	<p>緊急治療服務</p> <p>如果您暫時不在計劃服務區域內，或者考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網內醫療服務提供者處獲得服務是不合理的，或即使您在計劃服務區域內，從網內醫療服務提供者處獲得服務仍是不合理的，</p> <p>緊急治療服務 (續)</p> <p>則計劃給付的需要立即就醫且不屬於緊急情況的服務將視為「緊急治療」。您的計劃必須給付緊急服務，並且僅向您收取網內費用分攤。緊急治療的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症的意外發作。但是，即使您不在計劃服務區域內，或計劃網內暫時不可用，醫療必要性例行醫療服務提供者就診 (例如年度檢查) 也不會被視為符合緊急治療要求。</p>	<p>這些服務沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>視力保健</p> <p>給付服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 用於診斷及治療眼疾和眼部傷害的門診醫師服務，包括老年性黃斑病變的治療。Original Medicare 不給付為了配眼鏡/隱形眼鏡而進行的例行眼科檢查 (驗光) 。 • 對於青光眼高風險群，我們每年給付一次青光眼篩檢。青光眼高風險群包括：有青光眼家族史者、糖尿病患者、50 歲及以上非裔美國人，以及 65 歲或以上西班牙裔美國人 • 糖尿病患者每年享有一次給付的糖尿病視網膜病變篩檢 • 每次白內障手術 (包括置入人工水晶體) 之後的一副眼鏡或隱形眼鏡 (如果分別進行兩次白內障手術，您不能保留第一次手術後的福利，並在第二次手術後購買兩副眼鏡。) 	<p>Medicare 給付的視力保健沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>眼鏡可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

	您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
	<p>視力保健 (附加)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每年一次例行性眼科檢查 • 眼鏡，每年上限達 \$350 美元 <p>Medicaid 承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 驗光師、眼科醫師及眼科分配器的服務，包括普通眼鏡、醫療上必要的隱形眼鏡和聚碳酸酯鏡片、義眼 (現貨或訂製)、低視力輔助及低視力服務。涵蓋範圍包括維修或更換零件。 <p>診斷和治療視覺缺陷和/或眼部疾病的檢查。驗光檢查僅限每 2 年一次，除非醫療上必要。必須使用網內醫療服務提供者。請參閱「醫療服務提供者與藥局名錄」，或致電會員服務部查詢清單。</p>	
	<p>「歡迎參加 Medicare」預防性就診</p> <p>本計劃給付單次「歡迎參加 Medicare」預防性就診。這次就診包括檢查您的健康狀況以及教育和</p> <ul style="list-style-type: none"> • 重要事項：我們僅在您投保 Medicare B 部分的前 12 個月給付歡迎參加 Medicare 預防性就診。預約時，請告知醫師您想要安排歡迎參加 Medicare 預防性就診。 	<p>「歡迎參加 Medicare」預防性就診沒有共保額、共付額或自付額。</p>
	<p>全球急診給付 (附加) *</p> <p>這項附加福利的給付範圍包括：每個日曆年針對美國境外的全球急診治療服務提供最高 \$10,000 的給付。</p> <p>對於在美國境內提供的照護，此項福利僅限於歸類為急診治療的服務。全球範圍給付包括急診治療以及穩定後照護。</p> <p>發生這類情況時，我們會要求您或您的看護致電我們。一旦您的病症與情況許可，我們將儘快安排網內醫療服務提供者為您提供照護。</p> <p>從其他國家返回美國的交通費不在給付範圍。例行照護和預先安排或選擇性程序皆不在給付範圍。</p> <p>外國稅金和費用 (包括但不限於換匯或交易費) 不在給付範圍。</p> <p>美國指的是 50 個州、哥倫比亞特區、波多黎各、維京群島、關島、北馬里安納群島和美屬薩摩亞。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>如果您在美國境外接受急診治療，並在狀況穩定後需要住院治療，您必須回到網內醫院，這樣我們才會繼續支付您的健康費用，或者您必須在本計劃授權的網外醫院住院治療。</p> <p>您的費用是您在網內醫院會支付的分攤費用。適用計劃上限。</p> <p>您可能需要針對在美國境外接受的急診/緊急治療提出報銷要求。</p> <p>每個日曆年最多給付 \$10,000 的計劃上限適用於此福利。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

第2.2節	針對 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員的其他 Medicaid 給付福利
--------------	---

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 是一項雙重資格特殊需求計畫，結合 Medicare 給付和 Medicaid 福利，包括額外的長期照護服務，專為需要療養院照護水準的會員所設計。下表列出可供 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員使用的額外 Medicaid 福利和服務。

您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>成人日間健康照護</p> <p>居家健康照護設施或經核准延長站所提供的照護和服務。必須在下列情況提供：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在醫師的醫療指示下 • 由成人日間健康照護員工提供 • 根據保戶完整需求評估和照護計畫 • 具備持續協調健康照護計畫。 <p>包括交通。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>特定的心理健康服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 密集的心理治療計畫， • 日間治療， • 持續性日間治療， • 嚴重持續精神疾病案例管理 (由州或地方心理健康單位贊助) ， • 部分制住院， • 積極性社區治療 (ACT) ， • 個人化復原導向服務 (PROS) 	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>消費者導向個人照護服務 (CDPAS)</p> <p>針對患有慢性疾病或肢體障礙，且有醫療需求以幫助日常生活活動 (ADL) 或專業護理服務的會員所提供之服務。包括由個人照護助理 (家庭服務員) 、居家健康助理或護士所提供的任何服務。</p> <p>您有選擇看護的彈性和自由。如有必要，您或代表您行事的人員應負責聘僱、解僱、訓練、監督和終止聘僱。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>牙科服務</p> <p>承保服務包括定期和常規牙科服務，例如預防性牙科檢查、洗牙、X 光檢查、填補和其他服務，以檢查可能需要治療和/或追蹤照護的變化或異常。</p> <p>還包括醫療上必要的牙科植入物。必須同時具備：</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>某些服務可能需要事先授權，包括牙科植入物。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> 醫師說明函，說明植入物如何有助於您的健康狀況 牙醫說明函，說明其他替代產品為何無法矯正您的病況，以及您為何需要植入物 <p>您無需主要醫療服務提供者 (PCP) 轉診，即可獲得這些服務。</p>	
<p>耐用性醫療器材 (DME)</p> <p>包括 Medicaid 給付的非 Medicare DME，例如醫療/手術用品、浴缸和握把以及義肢或矯正設備以外的器材和設備。</p> <p>滿足以下條件時，可給付 DME：</p> <ul style="list-style-type: none"> DME 可在長時間內重複使用 主要且習慣用於醫療用途 通常對沒有疾病或未受傷的人沒有幫助 通常是針對特定個人之使用所配適、設計或製作 由合格執業人員開立處方 <p>無返家之先決條件。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>某些設備可能需要事先授權。</p>
<p>聽力服務</p> <p>減輕因聽力損失或損害而導致的身心障礙之服務與產品。必須醫療必要性。包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 助聽器選擇、配戴和領藥 領藥後的助聽器檢查 助聽器符合性評估和維修 聽力服務，包括測試和檢查、助聽器評估和處方 助聽器、耳模、特殊配件和替換零件 	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>居家照護服務 (專業)</p> <p>包括 Medicare 不給付的專業服務，例如為達到其最大修復潛力之病患監督維護計畫之物理治療師，或為患有糖尿病之身心障礙者預先補充注射器之護士。</p> <p>包括由認證居家健康機構所制定、核准照護計畫所要求之居家健康輔助服務。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>居家送餐和集體用餐</p> <p>在居家或集體環境 (如老人中心) 為無法準備餐點的人或為他們準備的人提供餐點。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>住院照護，包括心理健康和藥物使用疾患</p> <p>醫療上必要的照護，包括超出 Medicare 超過 190 天之住院心理健康終身最大天數的天數。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>需要事先授權，緊急情況除外。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
計畫一年給付 365 天 (閏年為 366 天)	
醫療社工服務 社交問題相關之協助的評估、安排及提供，以維持會員的在家狀態。	這項福利沒有共保額、共付額或自付額。 可能需要事先授權。
醫療/手術用品 給付的福利適用於醫療或外科用品以及腸道/非腸道配方和補充品 -- 一般認為是僅限單次使用和/或耗材性品項。 腸道配方和營養補充福利僅限於無法透過其他方式獲得營養的個體，以及符合下列條件： <ul style="list-style-type: none"> • 無法咀嚼或吞嚥食品，且必須透過管獲得營養之管餵食者；以及 • 具有罕見天生代謝失調症狀的個體，需要特定醫療配方以提供必要營養素 	這項福利沒有共保額、共付額或自付額。 可能需要事先授權。
醫療交通 (例行/非急診) 由救護車、急救車、固定翼飛機或飛機運輸、傷殘客車、計程車、大眾運輸或其他適用於會員醫療狀況的方式提供單程和來回交通。如有必要，包含交通服務員以陪同會員。可能包括交通服務員的餐點、住宿和薪資。(看護若是會員家屬則不得領取薪資)。	這項福利沒有共保額、共付額或自付額。 可能需要事先授權。
營養 包括評估營養需求、治療計畫規劃和評估、營養教育和諮詢、在職教育。包括文化考量。 給付範圍包括改良式固體食品，其為低蛋白或含有修飾蛋白，適用於具有特定遺傳性胺基酸及有機酸代謝疾病之個體。	這項福利沒有共保額、共付額或自付額。 可能需要事先授權。
門診心理醫療照護 個人和團體治療門診。 在 12 個月的期間內，投保人自我轉診，以進行網內醫療服務提供者的一項評估。	這項福利沒有共保額、共付額或自付額。 可能需要事先授權。
用於藥物使用疾患的門診治療 個人治療和團體門診。 在 12 個月的期間內，投保人必須能夠自我轉診，以進行網內醫療服務提供者的一項評估。	這項福利沒有共保額、共付額或自付額。 可能需要事先授權。
個人護理服務 (Personal Care Service, PCS)	這項福利沒有共保額、共付額或自付額。

第4章醫療福利表 (給付範圍)

您可享有的承保服務	您獲得這些服務時必須支付的費用
<p>針對個人衛生、穿衣和進食等活動，提供醫療上必要的協助；營養和環境支援，例如膳食準備和家務工作。</p> <p>服務對維持會員在家中之健康與安全來說，必須是關鍵的。</p>	<p>可能需要事先授權。</p>
<p>個人緊急應變服務 (PERS)</p> <p>PERS 是一種電子裝置，可讓個人在身體、情緒或環境方面出現緊急狀況時獲得協助。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>私人照護服務</p> <p>必須由註冊專業護理師 (RN) 或持有執照及目前於 NYS 教育部門登記在案的認證執業護理師 (LPN) 提供。服務可透過經核准的居家健康機構、持照居家照護機構或執業私人機構提供。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>義肢和矯形裝置</p> <p>用以取代人體全部或部分部位或功能的裝置 (牙科除外)。包括但不限於：與結腸造口護理直接相關的結腸造瘻袋和用品、起搏器、支架、義肢鞋、義肢和乳房假體 (包括乳房切除術後的術後胸罩)。</p> <p>包括與義肢裝置相關的特定用品。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>門診復健服務</p> <p>承保服務包括：</p> <p>物理治療和職能治療</p> <p>言語治療</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>社會日間照護</p> <p>結構化的全方位計畫，在一天當中的任何時刻、於受保護的環境下提供社交、監督、監控、個人照護和營養。可能包括 ADL、個案管理和交通方面的協助。</p> <p>醫療必要性給付範圍。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>
<p>社交與環境上的支援</p> <p>包括支援醫療需求的服務和項目。可能包括居家維護工作、家管/家務服務、房屋修繕和喘息照護。</p>	<p>這項福利沒有共保額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p>

第4章醫療福利表 (給付範圍)

第3節 在 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 之外給付哪些服務？

第3.1節 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 不給付的服務

有些 Medicaid 給付，但 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 不承保服務。您可以使用您的 Medicaid 福利卡，從任何採用 Medicaid 的服務提供者處獲得這些服務。如果您對 Senior Whole Health of New York NHC 或 Medicaid 是否給付福利有任何疑問，請致電會員服務部，電話 (833) 671-0440 (TTY 711)。

以下服務不在 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的給付範圍，但可透過 Medicaid 獲得：

- 在直接存取條款下的網外家庭計畫服務，
- 州法允許的 Medicaid 藥局福利 (選擇 Medicare D 部分福利排除的藥物類別) ，
- Methadone Maintenance Treatment 計畫，
- OMH 認證社區居民 (CR) 所提供的復健服務及家庭基礎治療計畫，
- 發育障礙人士辦公室服務，
- 綜合 Medicaid 案例管理，
- 肺結核疾病的直接觀察治療法 (DOT)

第4節 本計劃不給付哪些服務？

第4.1節 本計劃不給付的服務

本節將說明哪些服務排除在外。

下表說明在任何情況下，本計劃都不承保服務和項目，或是僅在特定情況下承保服務和項目。

如果您獲得被排除在外 (未給付) 的服務，您必須自己支付這些服務的費用，除非符合下列特定條件。即使您在急診機構接受排除在外的服務，排除的服務仍然不在給付範圍，我們的計畫也不會支付這些服務費用。唯一例外：如果服務已上訴並裁定：因您的特定情況，提出我們應該支付或給付醫療服務的上訴。(如需瞭解如何針對我們不給付某醫療服務的裁定提出上訴，請參閱本文件第 9 章第 6.3 節。)

Medicare 不承保服務	在任何情況下都不給付	僅在特定情況下給付
整形美容外科手術或程序		<ul style="list-style-type: none"> • 會員可享有意外受傷或改善畸形身體機能情況下的給付。 • 針對切除之乳房與健全乳房，為產生對稱外觀而進行的所有重建階段，都可得到給付。
監護性照護 監護性照護是不需要由受過訓練之醫療或醫務人員持續關注的個人照	在任何情況下都不給付	

第4章醫療福利表 (給付範圍)

Medicare 不承保服務	在任何情況下都不給付	僅在特定情況下給付
護，例如協助您進行洗澡或穿衣等日常生活活動的照護。		
實驗性質的醫療程序和手術、設備和藥物。 實驗性質的程序和項目是指經 Original Medicare 裁定，未普遍為醫學界接受的項目和程序。		<ul style="list-style-type: none"> 可在 Medicare 核准的臨床研究中獲得 Original Medicare 的給付，或是由本計畫給付。 (如欲進一步瞭解臨床研究，請參閱第 3 章第 5 節。)
由直系親屬或家庭成員提供照護的費用。	在任何情況下都不給付	
在家中提供全職照護。	在任何情況下都不給付	
居家送餐服務		Medicaid 給付範圍。
家管服務包括基本的居家協助，像是簡單的家事或便餐準備。		Medicaid 給付範圍。
自然療法服務 (使用自然或替代療法) 。	在任何情況下都不給付	
矯形鞋或足部支撐裝置		<ul style="list-style-type: none"> 該鞋是腿支架的一部分且包含在支架費用中。患有糖尿病足病的人士使用的矯形鞋或按摩鞋。
醫院或專業護理機構病房中的個人物品，例如電話或電視機。	在任何情況下都不給付	
醫院的私人病房。		<ul style="list-style-type: none"> 僅在醫療上有此需要時才給付。
絕育復通手術和/或非處方避孕用品。	在任何情況下都不給付	
例行整脊照護		<ul style="list-style-type: none"> 人工作業的脊椎半脫位矯正在給付範圍。
例行牙科護理，例如洗牙、補牙或假牙。	在任何情況下都不給付	
放射狀角膜切開術、LASIK 手術，以及其他低視力助視器。		<ul style="list-style-type: none"> 白內障手術後患者的眼睛檢查和一副眼鏡 (或隱形眼鏡) 均為給付範圍。 此計畫提供額外的視力給付。如需要更多資訊，請參閱醫療福利表的「視力保健」，該章節的第 2.1 節。

第4章醫療福利表 (給付範圍)

Medicare 不承保服務	在任何情況下都不給付	僅在特定情況下給付
例行足部護理		<ul style="list-style-type: none">根據 Medicare 指南，提供部分有限給付 (例如，假設您有糖尿病) 。
例行聽力檢查、助聽器或助聽器的佩戴檢查。		Medicaid 給付範圍。
根據 Original Medicare 標準，視為不合理和不必要的服務	在任何情況下都不給付	

第5章

使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

🔍 您要如何獲得相關藥物費用資訊？

由於您符合 Medicaid 資格，您有資格從 Medicare 獲得「額外補助」(Extra Help) 以支付其處方藥計畫費用。因為您目前參加「額外補助」(Extra Help) 計畫，此給付範圍證明中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊不適用於您。我們已寄出一份單獨插頁，名為「得到處方藥費用「額外補助」(Extra Help) 者適用的給付範圍證明附約」(也稱為「低收入補助附約」或「LIS 附約」)，說明您的藥物給付範圍。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部以索取「LIS 附約」。

第1節 簡介

本章說明使用 D 部分藥物給付的相關規定。請參閱第 4 章以瞭解 Medicare B 部分藥物福利和安寧療護藥物福利。

除了 Medicare 給付的藥物之外，您的 Medicaid 福利也為您給付部分處方藥。

關於 Medicaid 藥物給付，詳細資訊請聯絡州 Medicaid 辦事處(聯絡資訊列於第 2 章第 6 節)。

第1.1節 本計畫 D 部藥物給付的基本規定

一般而言，只要遵守以下基本規則，本計畫即會給付您的藥物：

- 您必須有醫療服務提供者(醫師、牙醫或其他處方藥劑師)為您開立處方，且該處方必須符合適用的州法律。
- 您的處方藥劑師不得列於 Medicare 的排除或防止清單。
- 您通常必須使用網內藥局領取處方藥。(請參閱本章第 2 節。)或者您可以透過本計畫的郵購服務領藥。)
- 您的藥物必須列於本計畫的給付藥物清單(處方集)(簡稱「藥物清單」)。(請參閱本章第 3 節)。
- 藥物必須用於醫療許可的適應症。「醫療許可的適應症」是指藥物用途通過美國食品藥物管理局核准，或得到某些參考文獻的支持。(請參閱本章第 3 節以進一步瞭解醫療許可的適應症。)
- 在我們給付您的藥物之前，可能需要獲得核准。(請參閱本章第 4 節以進一步瞭解給付範圍限制。)

第2節 在網內藥局或透過本計畫的郵購服務領取處方藥

第2.1節 使用網絡藥局

在大多數情況下，僅在您於本計畫網內藥局領取處方藥時，我們才會予以給付。(請參閱第 2.5 節，瞭解在什麼情況下，我們會給付於網外藥局領取的處方藥。)

網內藥局是與本計畫簽約以為您提供給付處方藥的藥局。給付藥物一詞是指本計畫「藥物清單」上的所有 D 部分處方藥。

第2.2節 網絡藥局

如何找到您所在區域的網內藥局？

如要尋找網內藥局，請查看您的「醫療服務提供者與藥局名錄」、造訪我們的網站 (SWHNY.com) 和/或致電會員服務部。

您可以到我們任何的一家網內藥局領藥。

如果您使用的藥局退出網內，該怎麼辦？

如果您慣常使用的藥局退出本計畫的網內，您將必須重新找一家網內藥局。如要尋找您所在區域的其他網內藥局，請向會員服務部請求協助，或使用「醫療服務提供者與藥局名錄」。您也可在我們的網站找到相關資訊：SWHNY.com。

如果您需要特殊的專科藥局，該怎麼辦？

部分處方必須在特殊的專科藥局領取。專科藥局包括：

- 提供居家注射治療藥物的藥局。
- 為長期照護 (LTC) 機構院友提供藥物的藥局。長期照護 (LTC) 機構 (例如療養院) 通常有自己的藥局。如果您無法在長期照護 (LTC) 機構順利獲得您的 D 部分福利，請洽詢會員服務部。
- 為印地安健康服務/部落/都市印地安健康計劃提供服務的藥局 (不適用於波多黎各)。除了緊急狀況外，只有美國原住民或阿拉斯加原住民可以使用這些網內藥局。
- 受到美國食品藥物管理局 (FDA) 的限制，只能在特定地點發放藥物，或是所發放的藥物需要特殊處理、醫療服務提供者協調，或需要針對用途進行教育的藥局。如要尋找特殊的專科藥局，請查看您的「醫療服務提供者與藥局名錄」SWHNY.com 或致電會員服務部。

第2.3節 使用本計畫的郵購服務

對於特定種類的藥物，您可以使用計畫的網內郵購服務。通常，透過郵購提供的藥物是您因慢性或長期醫療病症而需定期服用的藥物。無法透過計畫的郵購服務獲得的藥物在「藥物清單」中會加註「NM」。

本計畫的郵購服務可讓您訂購最多 100 天份的用藥。

欲獲得訂購單和郵寄領取處方藥的資訊，請致電會員服務部，或造訪我們的網站 SWHNY.com。

透過郵購收到藥物品項的時間通常不會超過 14 天。如果有緊急需求或時間有延誤，請致電會員服務部獲取臨時處方藥的幫助。

藥局直接從醫師診所收到新處方。

在收到醫療保健提供者提供的處方後，藥局將與您獲得聯絡，確定您想要馬上領取藥物還是稍晚一些再領取藥物。一定要在每次藥局聯絡您時給予回覆，讓藥局知道是否寄送、延期或停止新處方。

郵購處方的續藥。針對續藥問題，您可以選擇註冊參加自動續藥計劃。在這個計劃中，當我們的記錄顯示您快要用完藥物時，我們會自動開始處理您的下一次續藥。藥局會在每次寄出續藥之前與您聯絡，以確定您需要更多藥物。如果您有足夠的藥物，或是您的藥物有變，您可以取消預先安排的續藥。

如果您選擇不使用我們的自動續藥計劃，但仍希望郵購藥局寄送您的處方，請在目前的處方用完前 14 天聯絡您的藥局。這可確保您的訂單能及時寄送給您。

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

如欲退出自動準備郵購續藥的計畫，請致電會員服務部，或造訪我們的網站 SWHNY.com。

第2.4節 如何取得長期藥物供應？

本計畫針對「藥物清單」上的支持性藥物，提供兩種可獲得該藥物長期供應（也稱為延長供給）的方式。（支持性藥物是指您因慢性或長期醫療病症而需定期服用的藥物。）

1. 某些網內零售藥局會允許您獲得支持性藥物長期供應。您的「醫療服務提供者與藥局名錄」SWHNY.com會說明哪些網內藥局能為您長期供應支持性藥物。您也可以致電會員服務部，進一步瞭解細節
2. 您也可以透過我們的郵購計畫獲得支持性藥物。請參閱第 2.3 節，瞭解更多資訊。

第2.5節 何時可以使用不在本計畫網絡內的藥局？

在特定情況下您的處方可獲得給付

一般來說，我們只在您無法使用網內藥局時，才會給付您在網外藥局領取的藥物。我們在服務區域外也有網內藥局，協助您以本計畫會員的身分在此領取處方藥。請先洽詢會員服務部，確定附近是否有網內藥局。您可能必須支付下列兩者的差額：您在網外藥局的藥物費用與我們為網內藥局給付的費用。

以下是我們會給付於網外藥局領取的處方藥的情況：

- 如果處方與緊急治療相關
- 如果這些處方與急診治療相關。
- 給付僅限 31 天用藥或處方上規定的更少天數用藥。

如何向本計畫申請報銷？

如果您必須使用網外藥局，通常您需要支付全額才能獲得處方藥。您可以要求我們退還款項。（第 6 章第 2 節說明如何要求本計畫退還款項。）

第3節 您的藥物必須列於本計畫的「藥物清單」

第3.1節 「藥物清單」說明包含在給付範圍的 D 部分藥物

本計畫提供給付藥物清單（處方集）。在此「給付範圍證明」中，我們將此簡稱為「藥物清單」。

表上的藥物是本計畫在醫師與藥劑師協助下精選出的藥物。此表符合 Medicare 需求，並已獲得 Medicare 的核准。

「藥物清單」包含 Medicare D 部分給付藥物。除了 Medicare 給付的藥物之外，您的 Medicaid 福利也為您給付部分處方藥。關於 Medicaid 藥物給付，詳細資訊請聯絡州 Medicaid 辦事處（聯絡資訊列於第 2 章第 6 節）。

我們通常會給付本計畫「藥物清單」中的藥物，前提是您遵守本章所述的其他給付規定，而且藥物應用於醫療許可的適應症。「醫療許可的適應症」是指藥物用途：

- 藥物獲得美國食品藥物管理局核准用於其適用的診斷或病症；或者
- 有特定參考文件的佐證，例如「美國醫院處方集服務藥物資訊」和「Micromedex DRUGDEX 資訊索引系統」。

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

「藥物清單」包括原廠藥，非專利藥和生物製品（可能包括生物相似性藥）。

原廠藥物是一種處方藥，並以製藥商擁有的商標名稱出售。生物製品是比典型藥物更複雜的藥物。在「藥物清單」上，當我們提到「藥物」時，指的可能是一種藥物或生物製品。

非專利藥是有效成份和原廠藥相同的處方藥。生物製品有稱為生物相似性藥物的替代品。一般來說，非專利藥和生物相似性藥的效用與原生物製品相同，而且價格通常較低。許多原廠藥都有非專利藥替代品，一些原生物製品也有生物相似性藥物替代品。一些生物相似性藥物是可互換的生物相似性藥物，根據州法律，可以在藥局替代原生物製品，而無需新處方，就像非專利藥可以代替原廠藥一樣。

有關「藥物清單」中可能包含的藥物類型的定義，請參閱第 11 章。

非處方藥物

我們的計畫也給付某些非處方藥物。某些非處方藥物的價格比處方藥低，但效用卻一樣好。如需詳細資訊，請致電會員服務部。

哪些藥物未列在「藥物清單」中？

本計畫並未給付所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計畫給付某些類型的藥物。（有關此內容的更多資訊，請參閱本章第 7.1 節。）
- 另外一種情況是，我們決定不將特定藥物納入藥物清單。在某些情況下，您可能可以獲得不在「藥物清單」上的藥物。（如需瞭解更多資訊，請參閱第 8 章。）

第3.2節 您要如何確定某種特定藥物是否列在「藥物清單」上？

可透過 4 種方式找到資訊：

1. 查看我們透過電子方式提供給您的最新藥物清單。
2. 瀏覽本計畫網站 (SWHNY.com)。網站的藥物清單通常內容最新。
3. 致電會員服務部，查詢特定藥物是否包含於本計畫的藥物清單，或索取一份藥物清單。
4. 使用計畫的「即時福利工具」 (Caremark.com 或致電會員服務部)。使用該工具，您可以搜索「藥物清單」上的藥物來估算您將支付的費用，以及「藥物清單」上是否有可以治療相同病症的替代藥物。

第4節 某些藥物的給付受到限制

第4.1節 某些藥物受到限制的原因？

本計畫針對某些處方藥的給付方式和時機設有特殊規定。這些規定是由醫師和藥劑師共同制定，鼓勵您和醫療服務提供者以最有效的方式使用藥物。若想知道上述限制是否適用於您正在使用或想要使用的藥物，請查閱藥物清單。本計畫的規定是在費用較低又安全，但效用和較貴藥品相同的藥物問世時，鼓勵您和醫療服務提供者採用此類較便宜藥物。

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

請注意，有時候藥物會多次出現在我們的「藥物清單」中。這是因為相同的藥物可能會因健康照護提供者所開立之藥物的強度、數量或形態而異，不同限制或分攤費用也可能適用於各種藥物版本（例如 10 mg 和 100 mg；每天一次和兩次；藥片和液體）。

第4.2節 具有哪些限制？

以下各節將詳細說明我們對某些藥物所採取的限制類型。

如果您的藥物有特殊限制，通常是指您或醫療服務提供者需要採取額外的步驟，我們才會給付該藥物。請聯絡會員服務部，以瞭解您或醫療服務提供者需要怎麼做才能讓該藥物得到給付。如果您希望我們免除您的限制，您必須使用給付裁定程序，要求我們進行例外處理。我們可能會也可能不會同意免除您的限制。（請參閱第 8 章）

事先獲得計畫核准

對於某些藥物，您或醫療服務提供者必須先獲得計畫核准，我們才會同意為您給付該藥物。這稱之為事先授權。這是為了確保藥物安全，並協助引導適當使用某些藥物。如果未獲得核准，您的藥物可能無法得到本計畫的給付。

先嘗試不同藥物

這項規定鼓勵您先嘗試比較便宜但通常藥效相同的藥，然後本計畫才會給付另一種藥物。舉例來說，如果 A 藥物和 B 藥物用於治療相同的醫療病症，而 A 藥物比 B 藥物便宜，那麼本計畫可能會要求您先嘗試 A 藥物。如果藥物 A 對您無效，我們將會提供藥物 B 的保障。這種首先嘗試不同藥物的要求稱為階段治療。

數量限制

對於某些藥物，我們會限制您的處方每次可領取的藥量。例如，假設某種藥物每天一顆通常是公認的安全劑量，那麼我們就會將處方的給付範圍限制在每天不超過一顆。

第5節 如果您的藥物之一未按照您想要的方式得到給付，該怎麼辦？

第5.1節 如果您的藥物未按照您想要的方式得到給付，您可以採取相關行動

會有您正在服用的處方藥，或者您或醫療服務提供者認為您應該服用的某種藥物不在我們的處方集上，或是雖然在處方集上但有相關限制的情況。例如：

- 該藥物可能完全不給付。或是非專利藥版的藥物可得到給付，但您要服用的原廠藥版不在給付範圍。
- 藥物雖然在給付範圍，但是在藥物給付方面有額外的規定或限制，請見第 4 節的說明。
- 如果您的藥物未按照您想要的方式得到給付，您可以採取相關行動。如果您的藥物不在「藥物清單」上，或是您的藥物受到限制，請參閱第 5.2 節，瞭解您可以採取哪些行動。

第5.2節 如果您的藥物不在「藥物清單」上，或是藥物受到某些限制，您該怎麼辦？

如果您的藥物不在「藥物清單」上或受到限制，以下是您的選項：

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

- 您也許能獲得暫時的藥物供應。
- 您可以改成服用其他藥物。
- 您可以申請例外處理，並要求本計畫將藥物納入給付範圍或取消藥物限制。

您也許能獲得暫時供應

在某些情況下，本計畫必須暫時供應您已經在服用的藥物。此暫時供應可以讓您有時間與醫療服務提供者討論給付範圍的變更

您所服用的藥物必須已不在本計畫的「藥物清單」上或目前受到某種限制，才有資格獲得暫時藥物供應。

- 如果您是**新會員**，我們會在您成為計畫會員的前**90天**，支付您藥物的暫時供應。
- 如果您已在去年加入本計畫，我們會在該日曆年的前**90天**支付您藥物的暫時供應量費用。
- 此暫時藥物供應將提供最多**31天**的份量。如果處方規定的用藥天數較少，我們會允許您多次取藥，保證最高提供**31天**的藥物供應。處方必須在網內藥局領取。（請注意，長期護理藥局每次可能提供較少量藥物以避免浪費。）
- 對於加入本計畫已超過**90天**、住在長期照護機構並需要立即獲得藥物的會員：
我們會給付一次**31天**緊急份量的特定藥物，或按照您處方規定的更少天數用藥。這是除上述規定的暫時供藥以外的福利。
- 如果您剛入住長期照護 (LTC) 機構，並已投保本計畫超過**90天**，且您所需要的藥物不在我們的處方集上或受到階段治療或數量限制（劑量限制）等其他限制，在會員尋求處方集例外處理期間，我們會給付該藥物**31天**的暫時緊急藥物補給（除非藥物處方少於此天數）。例外處理適用於您所接受的治療等級改變，並隨之需要從療養院或治療中心轉到另一家療養院或治療中心時。在此情況下，您將符合臨時單次領藥例外處理的資格，即使您超過了前**90天**的計畫會員期。請注意，我們的銜接政策僅適用於屬於「D部分」藥物並在網內藥局領藥。銜接政策無法用於購買非D部分藥物或在網外藥局購買的藥物，除非您符合網外領藥資格。

若有暫時供應的問題，請致電會員服務部。

在您使用暫時供藥服務期間，應該諮詢您的健康服務提供者，決定暫時供藥使用完畢後的後續行動。您有兩個選項：

1) 您可以改成服用其他藥物

諮詢您的健康服務提供者是否可能本計畫給付的不同藥物也適用於您。您可以致電會員服務部，索取用於治療相同病況的給付藥物清單。此列表可協助您的健康服務提供者尋找可能適合您的給付藥物。

2) 您可以申請例外處理

您和您的健康服務提供者可以要求本計畫進行例外處理，並按照您希望的方式將藥物納入給付範圍。如果您的健康服務提供者表示您有醫療理由可要求我們進行例外處理，您的健康服務提供者可協助您申請例外處理。例如，您可以要求本計畫給付某種藥物，即使該藥物不在本計畫的「藥物清單」上。或者，您可以要求本計畫進行例外處理，以及解除藥物給付的限制。

如果您目前是會員，而您正在服用的某種藥物會在明年從處方集移除或受到某些限制，我們會在新年度前告知您任何變動。您可以在明年之前請求進行例外處理，而我們會在收到請求（或處方開立者的支持聲明）後**72小時**內回覆您。如果我們核准您的請求，即會在變更生效前授權給付。

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

如果您和您的健康服務提供者想要申請例外處理，請參閱第 8 章第 7.4 節瞭解申請方式。該節會說明 Medicare 設立的程序和期限，以確保迅速公平地處理您的申請。

第6節 如果您的某項藥物給付有所變動，該怎麼辦？**第6.1節 藥物清單可能在年中有所變動**

大部分藥物給付範圍變更發生在每年年初（1月1日）。然而，本計畫可能會在一年中針對「藥物清單」進行一些變更。例如，本計畫可能會：

- 增加或刪除「藥物清單」中的藥物。
- 增加或移除藥物的給付限制。
- 以非專利藥取代原廠藥。
- 用生物製品的可互換生物相似性藥物替代原生物製品。

在變更本計畫的藥物清單之前，我們必須遵守 Medicare 規定。

有關本章中所討論的藥物類型的定義，請參閱第 11 章。

第6.2節 如果您正在服用的藥物發生給付變化，會怎麼樣？**藥物給付範圍變更相關資訊**

如果藥物清單發生變更，我們會在網站張貼變更相關資訊。我們也會定期更新藥物清單。本節說明我們可能對藥物清單進行的變更類型，以及如果您正在服用的藥物發生變更，您何時會收到直接通知。

我們可能會對藥物清單進行的變更，可能在當前計劃年度影響您

- 將新藥物添加到「藥物清單」中，並立即刪除或變更「藥物清單」上的類似藥物。
 - 將新版本的藥物加入藥物清單時，我們可能會立即從「藥物清單」中刪除類似藥物、將類似藥物移至不同費用分攤層級、添加新的限制，或兩者兼而有之。該藥物的新版本將處於相同或更低的費用分攤層級，並且具有相同或更少的限制。
 - 只有當我們添加原廠藥的新非專利藥版本，或添加已在「藥物清單」上的原生物製品的某些新的生物相似性藥版本時，我們才會立即進行這些變更。
 - 即使您正在服用我們將要移除或變更的藥物，我們也可能會立即進行這些變更並在事後通知您。如果您在我們進行變更時正在服用類似藥物，我們將告訴您我們所做的任何具體變更。
- 將藥物添加到「藥物清單」中，並在提前通知的情況下刪除或變更「藥物清單」中的類似藥物。
 - 將其他版本的藥物加入藥物清單時，我們可能會從「藥物清單」中刪除類似藥物、將類似藥物移至不同費用分攤層級、添加新的限制，或兩者兼而有之。我們新增的藥物版本將處於相同或較低的費用分攤層級，並且具有相同或更少的限制。
 - 只有當我們添加原廠藥的新非專利藥版本，或添加已在「藥物清單」上的原生物製品的某些新的生物相似性藥版本時，我們才會進行這些變更。
 - 我們將在做出變更之前至少 30 天通知您，或告知您變更情況並給付您正在服用的藥物版本的 31 天補充費用。

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

- 刪除「藥物清單」中已下市的不安全藥物和其他藥物。
 - 有時藥物可能會遭認定不安全，或因其他原因而退出市場。如果發生這種情形，我們可能會立即將該藥物從「藥物清單」中刪除。如果您正在服用該藥物，我們會在做出變更後告知您。
- 對「藥物清單」上的藥物進行其他變更
 - 我們可能會在年初進行其他變更，而這些變更可能會影響您正在服用的藥物。例如我們可能根據美國食品藥物管理局 (FDA) 盒裝警告或 Medicare 認可的新臨床指南進行變更。
 - 我們將在做出變更之前至少 30 天通知您，或告知您變更情況並給付您正在服用的藥物版本的額外 31 天補充費用。

如果我們要您正在服用的任何藥物進行任何上述變更，請與您的處方藥劑師討論最適合您的選項，包括變更為不同藥物來治療您的病情，或請求給付裁定以滿足任何新的要求對您正在服用的藥物的限制。您或您的處方藥劑師可以要求我們例外處理，以繼續給付您一直服用的藥物或藥物版本。有關如何請求給付決定（包括例外處理）的更多資訊，請參閱第 9 章。

本計畫年度不會對您造成影響的藥物清單變更

我們可能會對藥物清單進行上文未提及的特定變更。在這種情況下，如果變更時您正在服用藥物，變更將不適用於您；然而，如果您持續參加相同的計畫，這些變更便很可能從下一個計畫年度的 1 月 1 日開始對您造成影響。

一般而言，在本計畫年度不會對您造成影響的變更為：

- 我們對您藥物的使用設下新的限制。
- 我們將您的藥物從藥物清單移除。

如果您正在服用的藥物發生上述任何變更（退出市場、原廠藥被非專利藥取代，或是上述章節所述的其他變更除外），那麼在隔年 1 月 1 日之前，這些變更將不會影響您的用藥，或是您所支付的分攤費用。

我們不會在本計畫年度中直接告訴您這些類型的變更。您將需要查看下一個計畫年度的藥物清單（開放投保期間提供該表後），以瞭解您所服用的藥物是否有任何會在下一個計畫年度對您造成影響的變更。

第7節 本計畫不給付何種類型的藥物？

第7.1節 我們不給付的藥物類型

本節將說明何種類型的處方藥為「排除項目」。這表示 Medicare 不支付這些藥物的費用。

如果您提出上訴，且發現所請求的藥物並未排除在 D 部分給付範圍外，我們將支付此藥物費用或給付此藥物。（如需提出上訴的相關資訊，請參閱第 8 章。）如果藥物同時被本計畫和 Medicaid 排除在外，您就必須自行支付費用。

以下是 Medicare D 部分藥物計畫不給付藥物的三個通用規則：

- 本計畫的 D 部分藥物給付範圍無法涵蓋 Medicare A 部分或 B 部分所給付的藥物。
- 我們的計畫不給付美國或其領地之外購買的藥物。
- 如果沒有特定參考文件的佐證，例如「美國醫院處方集服務藥物資訊」和「Micromedex DRUGDEX 資訊索引系統」，我們計畫不得給付藥品仿單核准適應症外的使用。藥品仿單核准適應症外的使用是指未依照藥物仿單所示且經美國食品藥物管理局核准的用途使用藥物。

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

此外，Medicare 依法不給付下列類別的藥物。然而，您的 Medicaid 藥物給付範圍可能涵蓋部分這些藥物。關於 Medicaid 藥物給付，詳細資訊請聯絡會員服務部或州 Medicaid 辦事處（聯絡資訊列於第 2 章第 6 節）。

- 非處方藥（又稱為成藥）
 - 用於促進生育的藥物
 - 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
 - 用於美容或促進頭髮生長的藥物
 - 處方維他命和礦物質，不含產前維他命和氟化物
 - 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
 - 門診藥物，其製造商企圖要求只能向其購買相關的測試或監控服務，並以此做為銷售條件

第8節 領取處方藥

第8.1節 請提供您的會員資訊

若要領取處方藥，請向您選擇的網絡藥局提供您的計劃會員資訊，您可以在會員卡上找到相關資訊。網絡藥局會自動向本計劃收取您的藥物費用。

您必須出示您的 New York Medicaid 計劃會員 ID 卡以領取 Medicaid 所承保的處方藥。

第8.2節 如果您沒有會員資訊，該怎麼辦？

如果您領取處方藥時沒有計劃會員資訊，您或藥局可以致電本計劃以取得必要資訊，或者您可以要求藥局查找您的計劃投保資訊。

如果藥局無法取得必要的資訊，您可能需要全額支付處方藥費用，才能完成領藥。（之後，您可以要求我們將費用退還給您。請參閱第 6 章第 2 節，瞭解如何要求本計劃退還款項。）

第9節 特殊狀況下的 D 部分藥物給付

第9.1節 如果您住進本計劃給付的醫院或專業療養機構

如果您住進本計劃給付的醫院或專業療養機構，我們通常會給付您住院期間的處方藥費用。出院或離開專業療養機構後，只要您的處方藥符合本章所述之我們所有的給付規定，本計劃即會給付您的處方藥。

第9.2節 如果您是長期照護 (Long-term Care, LTC) 機構的院友

長期照護 (LTC) 機構（如療養院）通常有自己的藥局採用提供藥物給其所有院友的藥局。如果您住在長期照護 (LTC) 機構，即可透過該機構本身或採用的藥局（必須是我們的網內藥局）獲得處方藥。

請查閱「醫療服務提供者與藥局名錄」SWHNY.com，以瞭解您的長期照護 (LTC) 機構本身或採用的藥局是否在我們的服務網內。如果該藥局不在我們的網內，或若您需要更多資訊或協助，請聯絡會員服務

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

部。如果您住在長期照護 (LTC) 機構，我們必須確保您能透過我們的長期照護 (LTC) 藥局網絡定期獲得您的 D 部分福利。

如果您是長期照護 (LTC) 機構的院友，且當您需要的藥物不在我們的「藥物清單」上或受到某些限制時，該怎麼辦？

請參閱第 5.2 節，瞭解暫時或緊急供應。

第9.3節 如果您也從僱主或退休人員集體計劃得到藥物給付

如果您享有自己（或配偶或同居伴侶）僱主或退休人員團體提供的其他處方藥給付，請聯絡該團體的福利管理人員。此福利管理人員可協助您判定您目前的處方藥給付範圍如何與本計劃配合運作。

一般而言，如果您有僱主或退休人員集體保險，我們為您提供的藥物給付會是您集體保險的第二保險。這表示您的集體保險會優先付款。

「可抵免給付範圍」的特別注意事項：

您的僱主或退休人員團體每年都應寄送通知給您，說明您下個日曆年度的處方藥給付是否「可抵免」。

如果集體計劃的給付範圍「可抵免」的，表示此計劃有預期會支付的藥物給付，其平均金額至少等於 Medicare 標準處方藥的給付金額。

請保留可抵免給付範圍的通知，因為您之後可能需要該通知。如果您投保的 Medicare 計劃包括 D 部分藥物給付，您可能需要該通知，以表示您持續擁有可抵免給付範圍。如果您沒有收到可抵免給付範圍通知，請向僱主或退休人員計劃的福利管理人員、僱主或工會索取一份副本。

第9.4節 如果您住在 Medicare 認證的安寧療護機構

安寧療護服務和我們的計劃不會同時給付相同的藥物。如果您投保 Medicare 安寧療護，並要求取得安寧療護機構不給付的特定藥物（例如抗噁心藥、止瀉藥、止痛藥物或抗焦慮藥，因為這些藥物與您的末期預後和相關病情無關），本計劃必須先收到處方開立者或安寧療護提供者的通知，說明該藥物與您的末期預後和相關病情無關，才能給付該藥物。為避免延遲收到本計劃應給付的此類藥物，請在領取您的藥物之前，要求您的安寧療護提供者或處方開立者提供通知。

如果您撤消安寧療護選擇，或是離開安寧療護機構，那麼我們的計劃應依照本文件所述給付您的藥物。為了避免在您的 Medicare 安寧療護服務福利終止時，於藥局發生任何延遲情形，請攜帶證明文件到藥局，證明您已經撤消安寧療護服務或離開安寧療護機構。

第10節 藥物安全與管理藥物計畫

第10.1節 協助會員安全用藥的計畫

我們會對會員進行藥物使用審查，以協助確保會員得到安全且適當的照護。

我們會在您每次領取處方藥時進行審查。我們也會定期檢視我方記錄。在檢視過程中，我們會尋找潛在問題，例如：

- 可能的用藥錯誤

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

- 如果您正在服用另一種類似藥物來治療相同的病症，您可能不需要該藥物
- 對於您的年齡或性別而言，藥物可能不安全或不適當
- 同時使用可能會對您造成傷害的某些藥物組合
- 處方藥含有會讓您過敏的成分
- 您正在服用的藥物數量（劑量）可能有誤
- 鴉片類止痛藥物的量不安全

如果我們發現您的藥物使用可能有問題，會與您的健康服務提供者合作矯正問題。

第10.2節 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (Drug Management Program, DMP)

我們有一項計劃能協助確保會員安全使用鴉片類處方藥以及其他經常濫用的藥物。這項計劃稱為藥物管理計劃 (Drug Management Program, DMP)。如果您從數個處方藥劑師或藥局領取鴉片類藥物，或者最近發生鴉片使用過量情事，我們可能會聯絡您的處方藥劑師，以確保您的鴉片類用藥適量且醫療必要性。如果我們與您的處方藥劑師一同裁定您無法安全使用鴉片類或苯二氮平類處方用藥，我們可能會限制您領取這些藥物。如果我們將您加入藥物管理計劃 (DMP)，限制可能包括：

- 要求您在特定藥局領取您所有的鴉片類或苯二氮平類處方藥
- 要求您向特定處方藥劑師領取您所有的鴉片類或苯二氮平類處方藥
- 限制我們為您給付的鴉片類或苯二氮平類藥物數量

如果我們打算限制您獲得這些藥物的方式或可領取的藥量，我們將提前寄送通知函給您。本通知函將告知您，我們是否會為您限制這些藥物的給付範圍，或者您是否需要只從特定處方藥劑師或藥局處獲得這些藥物的處方。您可以告知想要選用哪個處方藥劑師或藥局，以及您認為我們該知道的任何其他重要資訊。在您回應之後，若我們決定針對您的用藥採取限制給付，我們會再寄一封用藥限制的確認信函給您。如果您認為我們處置有誤，或是不同意我們的裁定或限制，您和您的處方開立者有權提出上訴。若您提出上訴，我們會審查您的案例並做出新的裁定。如果我們持續拒絕您對藥品領用適用限制相關的任何要求，我們會主動將您的案件交給本計劃之外的獨立審查員。請參閱第 9 章以瞭解如何提出上訴。

若您處於下列情況，您將不會參加藥物管理計劃 (DMP)：您患有特定疾病（例如持續的癌症相關疼痛或鐮狀細胞貧血症）、正在接受安寧療護、緩和醫療、臨終照護，或住在長期照護機構。

第10.3節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (Medication Therapy Management, MTM) 計劃

我們設有計畫，可協助擁有複雜醫療需求的會員。我們的這項計畫稱為藥物治療管理 (MTM) 計畫。這項計畫為自願參加性質。此計畫由藥劑師和醫師團隊為我們開發，協助確保會員服用的藥物能發揮最大效益。

患有某些慢性疾病並服用超過特定藥品費用的藥物的會員，或參加了藥物管理計畫 (DMP) 以便安全使用鴉片類藥物的會員，也許能透過藥物治療管理 (MTM) 計畫獲得服務。如果您符合計畫的資格，藥劑師或其他健康專業人士會綜合檢視您的全部藥物：在檢視期間，您可以討論您的藥物、費用，以及您對您的處方和非處方藥的任何問題或疑問。您會收到一份內含建議待辦事項清單的書面總結，此清單提供為獲得藥物最佳效果應採取的步驟。您還將獲得一份藥物清單，此清單上將包含您正在服用的所有藥物、服用的藥量，以及服用藥物的時間和原因。此外，參加藥物治療管理 (MTM) 計畫的會員將收到管制處方藥的安全棄置資訊。

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

建議您與您的醫師討論建議待辦事項清單和藥物清單。請在每次健康檢查或與您的醫師、藥劑師和其他醫療服務提供者交談時隨身攜帶您的書面總結。此外，請更新您的藥物清單，而前往醫院或急診室時也要隨身攜帶（例如，您的 ID）。

如果我們有符合您需求的計畫，就會自動將您加入該計畫並發送資訊給您。如果您決定不參加，請通知我們，我們將會讓您退出。如果您對本計畫有任何疑問，請聯絡會員服務部。

第11節 我們會將解說藥物付款和您所處付款階段的報告寄給您

第11.1節 我們會將名為「D 部分福利說明」(D 部分 EOB) 的每月摘要寄給您

本計畫會記錄您的處方藥費用，以及您在藥局領取或續領處方藥時所支付的款項。如此一來，我們就能在您從某個藥物付款階段進入下一個階段時通知您。我們尤其會記錄兩種類型的費用：

- 我們會記錄您已支付的金額。這稱為您的自付費用。
- 我們會持續記錄您的藥物總費用。這是指您的自付金額或他人代您支付的金額，外加本計畫支付的金額。

如果您在上個月透過本計畫配取了一或多個處方藥，我們將寄送一份 D 部分 EOB 給您。D 部分 EOB 包括：

- 該月份資訊。此報告提供有關您在前一個月領取之處方藥的付款詳細資訊。其中顯示藥物總費用、本計畫支付的金額，以及您本人和他人代您支付的金額。
- 自 1 月 1 日以來的年度總計。這稱為年初至今資訊。其中顯示藥物總費用，以及您自年初起為藥物支付的總金額。
- 藥價資訊。此資訊將顯示藥物總價格，以及針對相同數量的每次處方請款，從初次領取藥物開始的價格調漲資訊。
- 可用的降低成本替代處方。這將包括有關每次處方請款時分攤費用較低的其他可用藥物資訊。

第11.2節 協助我們保有您的最新藥物付款相關資訊

為了記錄您的藥物費用和您為藥物支付的金額，我們會使用從藥局取得的記錄。您可透過下列方式協助我們確保您的資訊正確無誤且處於最新狀態：

- 每次領取處方藥時出示您的會員卡。這有助於我們確保知曉您領取的處方藥以及您支付的金額。
- 請確保我們擁有所需的資訊。有時候您可能需要支付處方藥的全額費用。在這種情況下，我們無法自動獲得所需資訊以記錄您的自付費用。為了協助我們追蹤您的自付費用，請向我們提供相關收據影本。以下是您應該將藥物收據影本提供給我們的情況：
 - 當您在網內藥局購買特價的給付藥物，或使用不屬於我們計畫福利的折扣卡購買給付藥物時
 - 當您針對藥物製造商病患補助計劃所提供之藥物支付共付額時
 - 凡是您在網絡外藥局購買給付藥物，或是在特殊情況下為給付藥物支付全額費用時

如果您收到給付藥物的帳單，則可要求本計畫支付其分攤費用。如需瞭解如何進行的指示，請參閱第 6 章第 2 節。

第5章 使用本計畫的給付範圍來獲得您的 D 部分處方藥

- 將他人代您支付的費用相關資訊寄給我們。其他特定個人和組織代為支付的費用也會計入您的自付費用部分。例如，由愛滋病藥物援助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)、印地安裔健康服務和慈善機構所支付的款項，均會計入您的自付費用。請保留這些付款記錄並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
- 請查看我們寄給您的書面報告。當您收到 D 部分福利說明時，請檢查內容以確保資訊完整且正確。如果您認為其中有缺漏，或是您有疑問，請致電會員服務部。計劃會員可以線上存取其福利說明，網址為：Caremark.com。請務必留存這些報告。

第6章

要求我們支付您收到的針對給付醫療服務或藥物的帳單

第1節 您應要求我們針對給付服務或藥物支付費用的情況

我們的網內醫療服務提供者會直接為您的承保服務和藥物向計劃收費 – 您不應收到承保服務或藥物的帳單。如果您獲得醫療照護或藥物並收到其帳單，您應將此帳單寄給我們，以便由我們支付費用。您將帳單寄給我們之後，我們會檢視帳單並裁定是否應給付該服務和藥物。如果我們裁定服務應給付，我們會直接付費給醫療服務提供者。

如果您已支付 Medicare 服務或本計劃的給付項目，則可向本計劃申請退款（退款通常稱為報銷）。只要是為本計劃給付的醫療服務或藥物支付費用，您隨時有權利向本計劃申請退款。您可能必須遵守期限規定才能獲得退款。請參閱本章第 2 節。當您將已支付的帳單寄給我們後，我們將檢視帳單並裁定服務或藥物是否應受到給付。如果我們裁定應給付，將針對服務或藥物退款給您。

有時您也可能會獲得醫療服務並收到來自醫療服務提供者的全額費用帳單，或可能需要收取超過您如本文件所述的分攤費用。請先嘗試與醫療服務提供者解決帳單事宜。如果無法解決，請將帳單寄給我們，而非支付帳單。我們會檢視帳單並裁定是否應給付該服務。如果我們裁定服務應給付，我們會直接付費給醫療服務提供者。如果我們決定不支付費用，我們將通知醫療服務提供者。您不應該支付超過本計劃允許的分攤費用。如果是簽約的醫療服務提供者，您仍有接受治療的權利。

下列範例是您可能需要向本計劃申請退款或支付您所收到帳單的情況：

1. 當您向非本計劃網內醫療服務提供者獲得急診或緊急治療

您可向任何醫療服務提供者獲得急診治療服務或緊急治療，無論該醫療服務提供者是否屬於我們的網內。在這種情況下，請醫療服務提供者將帳單寄給本計劃。

- 如果您在獲得照護時自行支付全額費用，請向我們申請退款。請將帳單和您已支付之任何款項的相關文件一併寄給我們。
- 您可能會從醫療服務提供者收到您不認為自己有欠款的帳單。請將此帳單以及您已支付之任何款項的相關文件一併寄給我們。
 - 如果應付給醫療服務提供者任何費用，我們將直接支付費用給醫療服務提供者。
 - 如果您已為該服務付費，我們會把費用退還給您。

2. 當網內醫療服務提供者將您認為不應由您支付的帳單寄給您時

網內醫療服務提供者應一律將帳單直接寄給本計劃。但他們有時可能會犯錯，並要求您支付服務的費用。

- 無論何時收到網內醫療服務提供者的帳單，請將帳單寄給我們。我們會直接聯絡該醫療服務提供者並解決帳單問題。
- 如果您已向網內醫療服務提供者支付帳單，請將該帳單與您已支付之任何款項的相關文件一併寄給我們。您應向我們申請將承保服務費用退還給您。

3. 如果您對本計劃的投保具有追溯效力

有時候，本計劃的投保具有追溯效力。（這代表其投保第一天已是過去的日期。投保日期甚至可能是去年。）

如果您對本計劃的投保具有追溯效力，且您已在投保日期後支付任何承保服務或藥物的自付費用，您可以向我們申請退款。您將須提交收據和帳單等書面文件給我們以處理相關報銷。

第6章 要求我們支付您收到的針對給付醫療服務或藥物的帳單**4. 當您使用網外藥局領取處方藥時**

如果您前往網外藥局，藥局可能無法直接向我們提交藥費要求。若發生此情況，您將須支付處方藥的全額費用。

請妥善保存您的收據，並在向我們申請退款時將收據影本寄給我們。請記住，在特定情況下，我們才會給付網外藥局的費用。請參閱第 5 章第 2.5 節以探討這些情況。針對您在網外藥局的藥物費用與我們為網內藥局給付的費用，我們可能不會支付其間的差額。

5. 當您沒有隨身攜帶本計劃會員卡而需要支付處方藥的全額費用

如果您沒有隨身攜帶本計劃會員卡，可以要求藥局打電話給我們來查詢您的計劃投保資訊。不過，如果藥局無法立刻獲得所需的投保資訊，您可能就需要先行支付處方藥的全額費用。請妥善保存您的收據，並在向我們申請退款時將收據影本寄給我們。如果您支付的現金價格高於我們協商的處方藥價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用

由於發現藥物基於某些原因而不在給付範圍，您可能需要支付處方藥的全額費用。

- 例如，藥物可能不在本計劃的給付「藥物清單」中；或可能有您不知道或不認為應適用於您的要求或限制。如果您決定立即獲得該藥物，可能需要支付該藥物的全額費用。
- 請妥善保存您的收據，並在向我們申請退款時將收據影本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫師索取更多資訊，才能把藥物費用退還給您。如果您支付的現金價格高於我們協商的處方藥價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

當我們收到您的付款要求時，會審查您的要求並裁定該服務或藥物是否應該承保服務。這稱為給付裁定。如果我們裁定該服務或藥物應該受到承保服務，我們會支付該服務或藥物的費用。如果我們拒絕您的給付申請，您可以對我們的裁決提出上訴。本文件第 8 章提供有關如何提出上訴的資訊。

第2節 如何要求我們將款項退還給您，或是支付您所收到的帳單

您可以以書面方式寄送要求給我們，以償還您。如果您以書面方式寄出申請，請隨附帳單和您已支付之任何款項的相關文件。建議您影印一份帳單與收據留作記錄。自您獲得服務、品項或藥物的日期起算，您必須在 **(1)** 個日曆年內向我們提出理賠。

為確保您提供我們做出決定所需的所有資訊，您可以填寫我們的理賠表格以提出付款要求。

- 您無須使用本表單，但這有助於我們更快處理資訊。
- 您可以從我們的網站 (SWHNY.com) 下載表單副本，或致電會員服務部索取表格。

將您的付款要求以及任何帳單或已付款收據一併寄到這個地址給我們：

醫療服務報銷：

Senior Whole Health of New York
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
Or fax to (310) 507-6186

第6章 要求我們支付您收到的針對給付醫療服務或藥物的帳單**處方藥報銷：**

Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

第3節 我們將考慮您的付款申請並接受或否決申請**第3.1節 我們會確認服務或藥物的給付狀況**

收到您的付款申請後，我們會讓您知道是否需要您提供任何其他資訊。如果不需要，我們將考量您的申請並做出給付裁定。

- 如果我們裁定醫療照護或藥物應該受到給付，且您已遵循所有規定，我們將支付服務或藥物的費用。如果您已支付服務或藥物的費用，我們會將費用報銷寄給您。如果您全額支付了藥物費用，您可能無法獲得全額償付（例如，如果您在網外藥局購買藥物，或者您為藥物支付的現金價格高於我們的協商價格）。如果您尚未支付該服務或藥物，我們會將款項直接寄給醫療服務提供者。
- 如果我們裁定醫療照護或藥物不應受到給付，或您未遵循所有規定，我們將不支付照護或藥物費用。我們將寄給您一封信函，說明我們不將款項寄給您的原因，以及您針對該裁定提出上訴的權利。

第3.2節 如果我們表示不支付醫療照護或藥物費用，您可以提出上訴

如果您認為我們否決您的付款請求或我們支付的金額是錯誤的裁定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，即代表您要求我們變更您的付款申請否決裁定。上訴程序是一種正式程序，包括詳細的程序和重要的截止日期。如需上訴提出方式的詳細資訊，請參閱本文件第 8 章。

第7章

您的權利和責任

第1節 本計劃必須尊重您身為本計劃會員的權利和文化敏感度

第1.1節 我們必須以適用於您且依據您文化敏感度的方式向您提供資訊 (非英語版本、點字、大字體版本或其他替代格式等)

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化習慣且無障礙的方式提供給所有保戶，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足或文化和種族背景多元的人士。一項計劃如何符合這些無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本計劃提供免費口譯服務，為不說英語的會員回答問題。我們也可以根據您的需求，免費提供點字、大字體版本或其他替代格式資訊。我們必須以無障礙和適用於您的格式提供本計劃福利相關資訊。若要向我們索取適用於您的資訊版本，請致電會員服務部。

本計劃必須可讓女性保戶選擇，是否要直接透過網內女性健康專科醫師獲得例行性和預防性健康照護服務。

如果無法提供本計劃網內某專科服務提供者，則本計劃有責任尋找網外專科服務提供者，為您提供必要的照護。在這種情況下，您只需支付網內分攤費用。如果您發現本計劃網內沒有自己所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解可前往何處以網內分攤費用的方式獲得此服務。

如果您遇到任何問題而無法以無障礙和適用於您的格式向本計劃獲得資訊，請致電會員服務部提出申訴，電話號碼為，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點 (當地時間)，TTY 使用者請致電 711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話號碼為 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención

第7章您的權利和責任

necesaria.En este caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red.Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (833) 671-0440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.Los usuarios de TTY deben llamar al 711.También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente a la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

節 1.1 我們必須以適用於您且依據您文化敏感度的方式向您提供資訊 (非英語版本、點字、大字體版本或其他替代格式等)

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化習慣且無障礙的方式提供給所有保戶，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足或文化和種族背景多元的人士。一項計劃如何符合這些無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本計劃提供免費口譯服務，為不說英語的會員回答問題。我們也可以根據您的需求，免費提供點字、大字體版本或其他替代格式資訊。我們必須以無障礙和適用於您的格式提供本計劃福利相關資訊。若要向我們索取適用於您的資訊版本，請致電會員服務部。

本計劃必須可讓女性保戶選擇，是否要直接透過網內女性健康專科醫師獲得例行性和預防性醫療照護服務。

如果無法提供本計劃網內某專科服務提供者，則本計劃有責任尋找網外專科服務提供者，為您提供必要的照護。在這種情況下，您只需支付網內分攤費用。如果您發現本計劃網內沒有自己所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解可前往何處以網內分攤費用的方式獲得此服務。

如果您遇到任何問題而無法以無障礙和適用於您的格式向本計劃獲得資訊，請致電會員服務部提出申訴，電話號碼為 (833) 671-0440，當地時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點為您提供服務。TTY 使用者請致電 711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話號碼為 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

القسم 1-1 يجب أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتسق مع حساسياتك الثقافية (بلغات غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل أو بخط كبير، أو بتنسيقات بديلة أخرى، إلخ).

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضاً أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتنسيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

مطلوب منا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

第7章您的權利和責任

إذا لم يكن مقدمو الخدمة في شبكة الخطة متاحين لأحد التخصصات، تقع على عاتق الخطة مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خلال مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال على 671-0440 (833)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성과 일치하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등으로).

귀하의 플랜은 임상 및 비임상 서비스를 모두 문화적으로 유능한 방식으로 제공하고 제한된 영어 능력, 제한된 읽기 능력, 청력 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 등록자가 액세스 할 수 있도록 보장해야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역가 서비스, 통역 서비스, 전신 타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신 타자기 전화) 연결 제공 등이 있습니다(단, 이에 국한되지 않음).

본 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 필요한 경우 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 무료로 제공할 수 있습니다. 플랜의 혜택에 대한 정보를 귀하에게 접근 가능하고 적합한 형식으로 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사의 플랜은 여성 등록자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내에서 여성 건강 전문가에게 직접 액세스할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜 네트워크에 속한 전문의를 이용할 수 없는 경우, 플랜은 네트워크 외부에서 전문의를 지정하여 필요한 진료를 받을 수 있도록 해드려야 합니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 지불하면 됩니다. 필요한 서비스를 제공하는 플랜 네트워크에 전문의가 없는 경우, 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 제공하는 의료 제공자의 정보를 플랜에 문의하십시오.

당사 플랜에서 귀하에게 접근할 수 있고 적합한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, 현지 시간으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 (833) 671-0440로 전화하여 가입자 서비스부에 불만을 제기하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 직접 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

Раздел 1.1 Мы должны предоставлять вам информацию в доступной для вас форме, а также в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.).

Ваш план должен следить за тем, чтобы вся помощь, как клиническая, так и нет, оказывалась с учетом культурных особенностей пациента и была доступна всем участникам плана, в том числе с плохим знанием английского языка, ограниченными навыками чтения и нарушениями слуха или с различными культурными и этническими особенностями. Примеры того, как план может

第7章您的權利和責任

выполнить эти требования, включают, помимо прочего, предоставление услуг устных и письменных переводчиков, а также линий для слабослышащих (TTY — текстовый телефон или телетайп).

В нашем плане есть устные переводчики, готовые ответить на вопросы участников, не говорящих на английском языке. Услуги устных переводчиков предоставляются бесплатно. Кроме того, при необходимости мы можем бесплатно присылать вам наши материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, либо в других альтернативных форматах. Информацию о покрываемых планом услугах мы должны сообщать в доступном и удобном для вас виде. Для того чтобы получить информацию в доступной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания.

Наш план должен давать женщинам-участникам возможность обращаться непосредственно к гинекологам, которые сотрудничают с планом, для обычного и профилактического обслуживания.

Если сотрудничающих с планом врачей нужной специальности нет, план должен найти вам такого специалиста за пределами сети. В подобной ситуации вы оплачиваете только расходы в рамках сети. Если выясняется, что врачи нужной для вас специальности с планом не сотрудничают, позвоните в наш отдел обслуживания. Там объяснят, к кому обратиться за нужной вам помощью, заплатив только ту сумму, которая предусмотрена планом.

Если у вас возникнут проблемы с получением информации от нашего плана в доступной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 и подайте жалобу (с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени). При использовании TTY набирайте 711. Кроме того, можно пожаловаться в программу Medicare (телефон: 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) (телефон: 1-800-368-1019 или TTY: 1-800-537-7697).

Sezione 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in modo adeguato alle esigenze del cliente e in linea con le sue sensibilità culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi, ecc.)

Il Suo piano è necessario per garantire che tutti i servizi, sia clinici che non clinici, siano forniti in modo culturalmente competente e siano accessibili a tutti gli iscritti, compresi quelli con conoscenza della lingua inglese limitata, capacità di lettura limitate, incapacità uditiva o quelli con diversi background culturali ed etnici. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la fornitura di servizi di traduzione, servizi di interpretazione, telescriventi o connessione tty (telefono di testo o telefono di telescrivente).

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Possiamo anche fornirLe informazioni in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi gratuitamente se ne ha bisogno. Siamo tenuti a fornirLe informazioni sui vantaggi del piano in un formato accessibile e appropriato per Lei. Per ottenere informazioni da noi in un modo che funzioni per Lei, chiami il Servizio Soci.

Il nostro piano è necessario per dare alle donne iscritte la possibilità di accedere direttamente a uno specialista della salute delle donne all'interno della rete per i servizi di assistenza sanitaria di routine e preventiva delle donne.

Se i fornitori nella rete del piano per una specialità non sono disponibili, è responsabilità del piano individuare i fornitori di specialità al di fuori della rete che forniranno le cure necessarie. In questo caso,

第7章您的權利和責任

pagherà solo la condivisione dei costi in rete. Se si trova in una situazione in cui non ci sono specialisti nella rete del piano che coprono un servizio di cui ha bisogno, chiami il piano per informazioni su dove andare per ottenere questo servizio con la condivisione dei costi in rete.

Se ha problemi a ottenere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per Lei, chiami per presentare un reclamo al Servizio Soci chiamando il numero (833) 671-0440, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. Può anche presentare un reclamo a Medicare chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direttamente all'Ufficio per i diritti civili 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 Nous sommes tenus de fournir des renseignements d'une manière qui vous convienne et soit respectueuse de vos sensibilités culturelles (dans d'autres langues que l'anglais, en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats de substitution, etc.)

Votre régime est tenu de veiller à ce que tous les services, tant cliniques que non cliniques, soient fournis d'une manière culturellement compétente et soient accessibles à tous les affiliés, y compris ceux qui ont une maîtrise limitée de l'anglais, des capacités de lecture limitées, une incapacité auditive, ou ceux qui ont des origines culturelles et ethniques diverses. Un régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des téléimprimeurs ou une connexion ATS (téléphone textuel ou téléimprimeur), mais cette liste n'est pas exhaustive.

Notre régime dispose de services d'interprétation gratuits pour répondre aux questions des affiliés non anglophones. Nous pouvons également vous fournir gratuitement des informations en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats si nécessaire. Nous sommes tenus de vous fournir des informations sur les prestations du régime dans un format accessible et adapté à vos besoins. Pour obtenir des informations dans un format qui vous convienne, veuillez appeler les services aux membres.

Notre régime est tenu d'offrir aux femmes affiliées la possibilité d'accéder directement à un spécialiste de la santé des femmes au sein du réseau pour les soins de santé courants et préventifs.

Si le réseau du régime ne dispose pas de prestataires pour certains services spécialisés, il incombe au régime de trouver des prestataires de services spécialisés en dehors du réseau qui vous fourniront les soins nécessaires. Dans ce cas, vous ne paierez que la participation aux coûts au sein du réseau. Si vous vous trouvez dans une situation où aucun spécialiste du réseau du régime ne couvre un service dont vous avez besoin, appelez le régime pour savoir où vous adresser pour obtenir ce service avec une participation aux coûts au sein du réseau.

Si vous avez des difficultés à obtenir des informations de notre régime dans un format accessible et adapté à vos besoins, veuillez déposer un grief auprès des services aux membres en appelant le (833) 671-0440, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h, heure locale. Pour les utilisateurs du système TTY, veuillez appeler le 711. Vous pouvez également déposer une plainte auprès de Medicare en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou directement auprès de l'Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòma, elatriye.)

Plan w lan dwe garanti tout sèvis yo, kit sèvis klinik ak sèvis ki pa sèvis klinik yo, pou li bay yo yon fason ki konpetan nan domèn kiltirèl epi yo aksesib pou tout moun ki enskri yo (asire yo), ki gen ladann moun ki pa pale Anglè byen, moun ki pa ka li byen, moun ki gen difikilte pou tandè, oswa moun ki gen divès kalite kilti ak orijin etnik yo. Men kèk egzanp sou fason yon plan ka reponn ak kondisyon aksesiblite sa yo (aksè pou moun ki gen yon andikap), li gen ladann bagay sa yo men se pa sa sèlman, bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, telefòn tèks, oswa koneksyon TTY (telefòn tèks).

Plan nou an genyen sèvis entèprèt ki disponib gratis pou reponn kesyon manm ki pa pale Anglè yo. Epitou, nou kapab ba w enfòmasyon an bray, an gwo karaktè, oswa an lòt fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

Plan nou an oblije bay fanm ki enskri yo yon opsyon aksè dirèk a yon espesyalis sante pou fanm ki nan rezo a, pou sèvis swen sante woutin yo ak swen prevansyon pou fanm yo.

Si pwofesyonèl swen sante ki nan rezo plan an pou yon espesyalite pa disponib, se responsablite plan an pou li jwenn pwofesyonèl swen sante espesyalize deyò rezo a k ap gen pou ba w swen ki nesèsè yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman pataj depans ki nan rezo a. Si w twouve w nan yon sitiyo kote pa gen espesyalis nan rezo plan an ki kouvri yon sèvis ou bezwen, rele plan an pou w ka jwenn enfòmasyon konsènan kote pou w ale pou w ka jwenn sèvis sa a nan pataj depans ki nan rezo a.

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze yon doleyans nan Sèvis pou Manm yo, deepi ou rele nimewo, (833)6710440, Lendi-Vandredi, 8a.m - 8p.m. lè lokal. Itilizatè TTY yo, tanpri rele nan nimewo 711. Epitou, ou ka depoze yon plent nan Medicare, pou fè sa, rele nan nimewo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Biwo pou Dwa Sivil la nan nimewo 1-800-368-1019 oswa itilizatè TTY yo rele nan nimewo 1-800-537-7697.

1.1 סעקציע 1.1 מיר מוזן צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאַנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפראַכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אָלטערנאַטיוו פֿאָרמאַטירונגען, אאז"ו).

אייער פֿ.לא.ן איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַ לע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפֿעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַ לע ענראַ וּלז, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט לייענען סקילז, געהער ומפֿאַסיק, אַדער יענע מיט פֿאַרשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפילן פֿון ווי אַ פֿ.לא.ן קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פֿאדערונגען אַ ריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פֿון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ רייטערז אַדער TTY (טעקסט טעלעפֿאן אַדער טעלעטייפֿ רייטער טעלעפֿאן) פֿאַר רבינדונג.

אונדזער פֿ.לא.ן האט פֿריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאראנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פֿון ניט-ענגליש בייטןעדט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען אַן קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פֿארלאנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פֿון דעם פֿ.לא.ן אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַסיק פֿאַר אייך. צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

第7章您的權利和責任

אונדזער פֿלאַן איז פארלאנגט צו געבן ווייבלעך ענרא, ולז די א פֿציע פון דירעקט א קסעס צו א פֿרויען געזונט ספֿעציאליסט אין די נעץ פֿאַר פֿרויען רוטיין און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

אויב פֿאַר וויידער אין דעם פלאן נעץ פֿאַר א ספֿעציאליסט זענען נישט פאראנען, עס איז די פֿאַר אַנטוואַרטלעכקייט פון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספֿעציאליסט פֿאַר וויידער אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿאַר, ל, אייך וועט בלויז באַצאָלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וווּ עס זענען קיין ספֿעשאַלאַסן אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אייך דאָרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאָרמאַציע אויף וווּ צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האָט קיין קאָנפליקט צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן אַ קלאַווויאָטור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאַנטיק-פֿרייטאָג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פֿאַרלייגן אַ קלאַג מיט Medicare דורך רופן Medicare (1-800-633-4227) אַ דער גלייך מיט די אַפֿיסע פֿאַר סיוויל רעכט (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 אַ דער TTY 1-800-537-7697.

Sekcja 1.1	Musimy dostarczać informacje w sposób odpowiedni dla użytkownika i zgodny z jego wrażliwością kulturową (w językach innych niż angielski, wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach itp.)
-------------------	---

Plan jest zobowiązany do zapewnienia, aby wszystkie usługi, zarówno kliniczne, jak i niekliniczne, były świadczone w sposób uwzględniający odrębności kulturowe i były dostępne dla wszystkich osób zapisanych do planu, w tym osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego, ograniczoną umiejętnością czytania, niesłyszących lub osób o różnym pochodzeniu kulturowym i etnicznym. Plan może spełnić wymagania w zakresie dostępności zapewniając między innymi usługi tłumacza ustnego i pisemnego lub usługi telefonu tekstowego (TTY).

Plan oferuje usługi tłumaczy, którzy bezpłatnie pomagają członkom niemówiącym po angielsku w uzyskiwaniu odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby może także zapewnić bezpłatnie informacje wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach. Plan jest zobowiązany do przekazywania informacji o świadczeniach w formacie dostępnym i odpowiednim dla członków. Aby uzyskać od planu informacje w odpowiednim dla siebie formacie, członkowie powinni zadzwonić do działu obsługi uczestników.

Plan jest zobowiązany do zapewnienia członkiniom opcji bezpośredniego dostępu do specjalisty ds. zdrowia kobiet w ramach sieci w zakresie regularnych i profilaktycznych usług opieki zdrowotnej dla kobiet.

Jeśli w sieci nie ma dostępnych świadczeniodawców danej specjalizacji, obowiązkiem planu jest znalezienie świadczeniodawców spoza sieci, którzy zapewnią niezbędną opiekę. W takim przypadku członek zapłaci tylko obowiązujący w sieci udział w kosztach. Jeśli członek znajdzie się w sytuacji, kiedy w sieci planu nie będzie specjalistów, którzy zapewniliby potrzebną mu usługę, powinien zadzwonić do planu, aby uzyskać informacje, gdzie może uzyskać taką usługę przy udziale w kosztach obowiązującym w sieci.

Osoby, które mają trudności z uzyskaniem od planu informacji w dostępnym i odpowiednim formacie, mogą złożyć zażalenie w dziale obsługi członków, dzwoniąc pod numer (833) 671-0440 od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 20.00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711. Można również złożyć skargę do Medicare, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) lub bezpośrednio do Urzędu ds. Praw Obywatelskich pod numer 1-800-368-1019 lub TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa Ingles, sa braille, sa malalaking titik, o ibang kahaliling mga format, atbp.)

Kinakailangan ang plano mo para matiyak na ang lahat ng mga serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa isang paraang may kakayahang pangkultura at naa-access sa lahat ng mga nakatala, kabilang ang mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kakayahan sa pagbasa, kawalan ng kakayahan sa pandinig, o mga may magkakaibang kultura at etnikong pinagmulan. Kasama sa mga halimbawa ng kung paano matutugunan ng isang plano ang mga kinakailangan sa pagiging naa-access na ito, ngunit hindi limitado sa pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

Mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ang plano namin na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking titik, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana sa iyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Inaatasan ang plano namin na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga sa kalusugan.

Kung hindi handang magamit ang mga provider sa network ng plano para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na humanap ng mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangan na pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang hatian sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plano para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang serbisyo ng ito sa hatian sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

বভাগ 1.1 আমাদের অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহ্মিলে, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পরিসিবি, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদের ইংরেজিতে দক্ষতা সীমিত, পড়ার দক্ষতা সীমিত, শ্রবণশক্তি অক্ষমতা রয়েছে বা যাদের বৈচিত্র্যময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্রক্শাপট রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালকিভুক্তদের জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নিশ্চিত করতে হবে। কোনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলি মধ্য রয়েছে, তবে অনুবাদক পরিসিবি, দোভাষী পরিসিবি, টেলোটিইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলোটিইপ্রাইটার ফোন) সংযোগে বধিানে মধ্য সীমাবদ্ধ নয়।

第7章您的權利和責任

আমাদের প্ল্যানের, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরামর্শ দেওয়া হয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে বরহেল, বড় হরফে মুদ্রণ বা অন্যান্য বক্লিপ ফর্ম্যাটে কোনো খরচ ছাড়াই তথ্য দিতে পারি। আমাদের আপনাকে প্ল্যানের সুবিধাগুলির সম্পর্কে এমন একটি ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদের থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরামর্শদাতার সাথে কথা বলুন।

আমাদের প্ল্যানটির মহিলা তালিকাভুক্তদের, মহিলাদের রুটিন ও প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসেবা পরামর্শগুণের জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বক্লিপ প্রদান করা প্রয়োজন।

কোনো বিশেষত্বের জন্য প্ল্যানের নটেওয়ারকরে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারকরে বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার অর্থ পেমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরামর্শ আপনাকে প্রদান করতে পারে প্ল্যানের নটেওয়ারকরে এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নাই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শেয়ার করে নেওয়ার সময় এই পরামর্শটি পতে কীভাবে করতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্লানে কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যান বিষয়ক তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুরুর স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত 8টার মধ্যে সদস্য পরামর্শে অভ্যর্থনা দায়ের করতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে 711 এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছে অভ্যর্থনা দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সভিল রাইটস অফিসে অভ্যর্থনা দায়ের করতে পারেন।

Seksioni 1.1 Ne jemi të përkushtuar të ofrojmë informacion të përshtatshëm për ju dhe që respekton ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, në braile, në format me shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative, etj.)

Planit tuaj duhet të ofrojë të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara në anglisht, personat me aftësi të kufizuara në lexim, personat me aftësi të kufizuar në dëgjim ose personat me kulturë dhe prejardhje etnike të ndryshme. Shembujt se si një plan mund t'i plotësojë këto kërkesa aksesueshmërie përfshijnë, por nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Plani ynë ofron shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në braile, në format me shkronja të mëdha ose në formate të tjera alternative pa kosto, sipas nevojës. Neve na kërkohet t'ju japim informacione rreth përfitimeve të planit në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju. Për të marrë informacion nga ne në një mënyrë të përshtatshme për ju, ju lutemi telefononi Shërbimet e Anëtarëve.

Plani ynë duhet t'ju japë grupe të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë të një specialisti i shëndetit të gruas brenda rrjetit për shërbimet rutinë dhe parandaluese të kujdesit shëndetësor për gratë.

Nëse ofruarit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruarit e specializuar jashtë rrjetit, të cilët do t'ju ofrojnë kujdesin e nevojshëm. Në këtë rast, ju do të paguani vetëm ndarjen e kostos brenda rrjetit. Nëse përballeni me një situatë ku nuk ka specialistë

第7章您的權利和責任

në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e kostos brenda rrjetit.

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

Ενότητα 1.1 Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και που να συνάδει με τις πολιτισμικές σας ευαισθησίες (σε γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)

Το πρόγραμμά σας απαιτείται να διασφαλίσει ότι όλες οι υπηρεσίες, τόσο κλινικές όσο και μη κλινικές, παρέχονται με πολιτισμικά ικανό τρόπο και είναι προσβάσιμες σε όλους τους εγγεγραμμένους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με περιορισμένη αγγλική επάρκεια, περιορισμένες δεξιότητες ανάγνωσης, ανικανότητα ακοής ή άτομα με διαφορετικό πολιτιστικό και εθνοτικό υπόβαθρο. Παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο ένα πρόγραμμα μπορεί να πληροί αυτές τις απαιτήσεις προσβασιμότητας περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την παροχή μεταφραστικών υπηρεσιών, υπηρεσιών διερμηνείας, τηλεγραφομηχανών ή σύνδεσης TTY (τηλέφωνο κειμένου ή τηλέφωνο τηλεγραφομηχανής).

Το πρόγραμμά μας διαθέτει δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσετε σε ερωτήσεις από μη αγγλόφωνα μέλη. Μπορούμε, επίσης, να σας δώσουμε πληροφορίες σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές χωρίς κόστος, εάν τις χρειάζεστε. Είμαστε υποχρεωμένοι να σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις παροχές του προγράμματος σε μορφή που είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς. Για να λάβετε πληροφορίες από εμάς με τρόπο που σας εξυπηρετεί, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Το πρόγραμμά μας απαιτείται να δώσει στις γυναίκες εγγεγραμμένους τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε έναν ειδικό υγείας γυναικών στο πλαίσιο του δικτύου για υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης των γυναικών.

Εάν οι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος για μια ειδικότητα δεν είναι διαθέσιμοι, είναι ευθύνη του προγράμματος να εντοπίσει εξειδικευμένους παρόχους εκτός του δικτύου που θα σας παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Σε αυτήν την περίπτωση, θα πληρώσετε μόνο επιμερισμό κόστους εντός δικτύου. Εάν βρεθείτε σε μια κατάσταση όπου δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυο του προγράμματος που να καλύπτουν μια υπηρεσία που χρειάζεστε, καλέστε το πρόγραμμα για πληροφορίες σχετικά με το πού να πάτε για να αποκτήσετε αυτήν την υπηρεσία με επιμερισμό κόστους εντός δικτύου.

Εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη πληροφοριών από το πρόγραμμά μας σε μορφή που να είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8 π.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλέσουν στο 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

سیکشن 1.1 ہمیں معلومات اس انداز میں فراہم کرنی چاہیے جو آپ کے لیے مناسب ہو اور آپ کے ثقافتی حساس پہلوؤں سے ہم آہنگ ہو (انگریزی کے علاوہ باقی زبانوں میں، بریل میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس، وغیرہ)

آپ کے منصوبے سے اس بات کو یقینی بنانے کا تقاضا کیا جاتا ہے کہ تمام سروسز، کلینکل اور غیر کلینکل دونوں ثقافتی طور پر موزوں انداز میں فراہم کی جاتی ہیں اور تمام مندرجہ افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود مہارت، پڑھنے کی محدود مہارتیں، قوت سماعت سے محروم، یا متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر سے تعلق رکھنے والے افراد شامل ہیں۔ منصوبہ رسائی کے تقاضے کیسے پورا کر سکتا ہے اس کی مثالوں میں بلاتحدید، ترجمان کی سروسز، مترجم کی سروسز، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا TTY (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہیں۔

ہمارے منصوبے میں مفت ترجمان کی سروسز موجود ہیں جو انگریزی نہ بولنے والے ممبرز کے سوالات کا جواب دینے کے لیے دستیاب ہیں۔ ہم آپ کو ضرورت پیش آنے پر بریل سسٹم میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا ضروری ہے جو آپ کے لیے قابل رسائی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے لیے کام کرنے والی معلومات حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

ہمارے منصوبے سے تقاضا کیا جاتا ہے کہ وہ مندرجہ خواتین کو ان کی روزمرہ اور احتیاطی صحت کی نگہداشت کی سروسز کے لیے نیٹ ورک کے اندر خواتین کی صحت کے ماہر تک براہ راست رسائی کا اختیار دے۔

اگر منصوبے کے نیٹ ورک میں خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ منصوبے کی ذمہ داری ہے کہ وہ نیٹ ورک سے باہر خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان کو تلاش کرے جو آپ کو ضروری نگہداشت فراہم کریں گے۔ اس کیس میں، آپ صرف اندرون نیٹ ورک لاکٹ کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ خود کو ایک ایسی صورتحال میں پاتے ہیں جہاں منصوبے کے نیٹ ورک میں کوئی ماہرین موجود نہیں ہیں جو آپ کو درکار سروسز کو کور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے لیے کال کریں کہ اس سروسز کو اندرون نیٹ ورک لاکٹ کے اشتراک پر حاصل کرنے کے لیے کہاں جائیں۔

اگر آپ کو ہمارے منصوبے میں موجود اپنے لیے قابل رسائی اور موزوں فارمیٹ میں معلومات حاصل کرنے میں کسی مشکل کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، تو براہ کرم مقامی وقت کے مطابق، پیر-جمعہ، صبح 8 بجے - رات 8 بجے تک، 671-0440 (833) پر کال کر کے ممبر سروسز کو شکایت درج کروائیں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ آپ Medicare (1-800-633-4227) پر کال کر کے یا دفتر برائے شہری حقوق کو 1-800-368-1019 یا 1-800-537-7697 TTY پر براہ راست کال کر کے Medicare کے ساتھ شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

第1.2節 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

您有權選擇本計畫網內主要醫療服務提供者 (PCP) 來提供並安排承保服務。您也有權選擇女性健康專科醫師 (例如婦科醫師)，無須透過轉診。

您有權在合理的時間範圍，與本計畫的網內醫療服務提供者約診並獲得承保服務。這包括有權在需要照護時獲得專科醫師的即時服務。您也有權從任何我們的網內藥局領取或續領您的處方藥，不會發生長期延遲的情形。

如果您認為不會在合理的時間範圍獲得醫療照護或 D 部分藥物，請參閱第 8 章瞭解該如何處理。

第1.3節 我們必須保護您的個人健康資訊隱私

聯邦和州法律保護您的健康記錄和個人健康資訊隱私。我們依照這些法律規定保護您的個人健康資訊。

- 您的個人健康資訊包含您在投保本計畫時提供給我們的個人資訊，以及您的健康記錄與其他醫療和健康資訊。

第7章您的權利和責任

- 您擁有與您的資訊相關並控制健康資訊使用方式的權利。我們會提供一份「**隱私慣例通知**」書面通知給您，說明這些權利並解說我們如何保護您的健康資訊隱私。

我們如何保護您的健康資訊隱私？

- 我們確保未獲授權的人無法看到或更改您的記錄。
- 除以下所述情況外，如果我們要將您的健康資訊提供給他人，但對方不是您的照護提供者或您的照護付費者，我們皆須事先獲得您或您已賦予法律代理權者的書面同意。
- 在某些例外情況，我們不需要事先獲得您的書面同意。這些例外情況是受到法律允許或要求的。
 - 我們必須向檢查醫療照護品質的政府機構提供健康資訊。
 - 由於您是透過 Medicare 加入本計畫的會員，我們必須向 Medicare 提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥相關資訊。如果 Medicare 基於研究或其他目的揭露您的資訊，將會根據聯邦法令和法規進行；通常會規定不得分享專門表明您身份的資訊。

您可以查看您記錄中的資訊，並瞭解該資訊透過何種方式與其他單位分享

您有權查看您保留在本計畫中的醫療記錄，並且可以獲得您的記錄副本。我們得以對您收取複製副本的費用。您也有權要求我們新增或修正您的健康記錄。如果您要求我們這樣做，我們會與您的健康醫療服務提供者合作以決定是否應該變更。

您有權瞭解您的健康資訊如何基於任何非例行目的與其他單位分享。

如果您對於您的個人健康資訊隱私有問題或疑慮，請致電會員服務部。

SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC. 隱私慣例通知

本通知說明如何使用和披露您的健康資訊，以及您如何可以獲取這些資訊。請仔細審查。

Senior Whole Health of New York, Inc. 經營別稱「Senior Whole Health by Molina Healthcare」（下文簡稱「Senior Whole Health」、「我們」或「我方的」）使用和分享您的受保護健康資訊，以為您提供身為 Senior Whole Health 會員所享有的健康福利。我們使用並分享您的資訊來執行治療、支付和健康照護業務。我們還出於法律允許和要求的其他原因使用和分享您的資訊。我們有義務對您的健康資訊保密，並遵守本通知的條款。本通知的生效日期為 2021 年 10 月 1 日。

PHI 是指受保護健康資訊。受保護健康資訊 (PHI) 是包括您姓名、會員編號或其他識別資訊，並由 Senior Whole Health 使用或分享的健康資訊。

為什麼 Senior Whole Health 要使用或分享您的 PHI？

我們使用和分享您的 PHI，為您提供健康照護福利。您的 PHI 用於治療、支付和健康照護業務或分享。

用於治療

Senior Whole Health 可以使用或分享您的 PHI，為您提供或安排醫療照護。這種治療還包括您的醫師或其他健康照護服務提供者之間的轉診。例如，我們可能會與專科醫師分享有關您健康狀況的資訊。這有助於專科醫師與醫師討論您的治療方法。

用於付款

Senior Whole Health 可以使用或分享 PHI 來做出付款決定。這可能包括理賠、治療核准和醫療需求裁定。帳單上可能寫明您的姓名、病症、治療和所提供的用品。例如，我們可以讓醫師知道您具有我們的福利。我們還會告知醫師我們將要支付的帳單金額。

用於健康照護業務

第7章您的權利和責任

Senior Whole Health 可能會使用或分享您的 PHI 來營運我們的健康計畫。例如，我們可能會使用理賠中的資訊，讓您瞭解可以協助您的健康計畫。我們也可能使用或分享您的受保護健康資訊 (PHI) 來解決會員的疑慮。您的 PHI 還可用於確保理賠得到正確支付。

健康照護業務涉及許多日常商業需要。包括但不限於下列內容：

- 改良品質；
- 透過健康計畫活動幫助患有某些症狀（例如哮喘）的會員；
- 進行或安排醫學檢查；
- 法律服務，包括欺詐與濫用偵查及起訴行為；
- 協助我們遵守法律的行動；
- 回應會員需求，包括解決投訴和申訴。

我們將與為我們的健康計畫開展各種活動的其他公司（「業務夥伴」）共用您的 PHI。我們還可以使用 PHI 提醒您有關約診的資訊。我們可能會使用您的受保護健康資訊 (PHI) 為您提供有關其他治療，或者其他健康相關福利和服務的資訊。

Senior Whole Health 何時可以在未獲得您書面授權（核准）的情況下使用或分享您的 PHI？

除了治療、付款和保健業務以外，法律也允許或要求 Senior Whole Health 基於其他幾個目的使用和分享您的 PHI，包括下列各項：

法律要求

我們將根據法律要求使用或分享關於您的資訊。當衛生及公共服務部投訴 (HHS) 部長要求時，我們將分享您的 PHI。這可能是由於法院案件、其他法律審查，或者出於執法需要。

公共衛生

可以為公共衛生活動使用或分享您的 PHI。這可能包括協助公共衛生機構預防或控制疾病。

健康照護監管

我們可能與政府機構使用或分享您的 PHI。他們可能需要您的 PHI 進行稽核。

研究

在某些情況下，您的受保護健康資訊 (PHI) 可能會出於研究需要而使用或分享，例如：當隱私或機構審查委員會核准時。

法律或行政訴訟

您的受保護健康資訊 (PHI) 可能因為法律程序而被使用或分享，例如為了回應法院命令。

執法

您的受保護健康資訊 (PHI) 可能會出於執法目的而提供給警察使用，例如：為了協助尋找嫌犯、證人或失蹤者。

健康與安全

您的受保護健康資訊 (PHI) 可能被分享，以防止對公共健康或安全造成嚴重威脅。

政府職能

我們可能將您的受保護健康資訊 (PHI) 提供給政府以用於特別職能。例如為了保護總統。

被虐待、忽略、家庭暴力的受害人

如果我們相信您是被虐待或忽略的受害人，我們可能會將您的受保護健康資訊 (PHI) 提供給適當的執法機關。

第7章您的權利和責任

勞工賠償

為了遵守勞工賠償法律，可能會使用或分享您的 PHI。

其他揭露

我們可能將您的受保護健康資訊 (PHI) 提供給喪葬承辦人或驗屍官，以便其履行職責。

Senior Whole Health 何時需要您的書面授權 (核准) 來使用或分享您的 PHI ?

Senior Whole Health 需要獲得您的書面核准，才能就本通知所列用途外的其他用途使用或分享您的 PHI。在 Senior Whole Health 針對下列目的披露您的 PHI 之前，必須先獲得您的授權：(1) 在多數情形下心理治療記錄的使用及揭露；(2) 基於行銷目的之使用和披露；以及 (3) 涉及出售 PHI 的使用和披露。您可以取消您提供給我們的書面核准。您的取消不適用於我們已採取的行動，因為您已提供給我們核准。

您享有哪些健康資訊權？

您有權：

- **要求限制使用或揭露受保護健康資訊 (PHI) (分享您的受保護健康資訊)**
您可以要求我們在進行治療、付款或健康照護業務時不分享您的 PHI。您可以要求我們不要與家人、朋友或您指名之其他健康照護涉入者分享您的 PHI。但是，我們不需要同意您的要求。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Senior Whole Health 的表格提出要求。
- **要求對受保護健康資訊 (PHI) 通訊保密**
您可以要求 Senior Whole Health 以某種方式或在某個地點提供您的 PHI，以協助您保護 PHI 隱私。如果您讓我們知道，若您的部分或全部 PHI 被分享出去的話會如何對您的生命構成危險，我們會依照您的合理要求辦事。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Senior Whole Health 的表格提出要求。
- **檢視和影印您的 PHI**
您有權檢視我們所持有您的 PHI，並索取影本。這可能包括以 Senior Whole Health 會員身分辦理投保、理賠和進行其他決定時使用的記錄。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Senior Whole Health 的表格提出要求。我們可能會向您收取合理的費用以複製和郵寄記錄。在某些情況下，我們可以否決這些要求。重要事項：我們沒有您的病歷完整副本。如果您希望檢視、獲得副本或更改您的健康記錄，請與您的醫師或診所聯絡。
- **修改您的受保護健康資訊 (PHI)**
您可以要求我們修改 (更改) 您的 PHI。這僅涉及我們為您保管的會員記錄。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Senior Whole Health 的表格提出要求。如果我們拒絕您的要求，您可以郵寄信函表示不同意。
- **接收受保護健康資訊 (PHI) 揭露 (分享您的受保護健康資訊) 記錄**
您可以要求我們向您提供清單，列明在您要求日期前六年之間，我們與之分享您 PHI 的特定當事人清單。以下情況下，此清單將不包括分享的 PHI：
 - 用於治療、支付或健康照護業務；
 - 向人員披露其個人 PHI；
 - 在您的授權下進行分享；
 - 適用法律允許或要求的使用或披露事件；
 - 為維護國家安全利益或為獲取情報之目的而發佈的 PHI；或者
 - PHI 作為依照相關法例建立的受限制資料的一部分時。

如果您在 12 個月的期限內多次索取此清單，我們將對每份清單收取合理的費用。您需要以書面方式提出要求。您可以使用 Senior Whole Health 的表格提出要求。

第7章您的權利和責任

您可提出上述任何一項要求，或索取本通知副本。請致電 Senior Whole Health ID 卡上的免付費電話號碼，與 Senior Whole Health 會員服務部聯絡，服務時間為：全年無休，上午 8:00 至晚上 8:00 (當地時間)。TTY 使用者請致電 711。

如果您的權利沒有得到保護，您可以採取哪些行動？

如果您認為您的隱私權受到侵犯，可以向 Senior Whole Health 和衛生及公共服務部投訴。我們不會因為您提出投訴而對您不利。您的照護和福利不會以任何方式改變。

您可以透過以下方式向我們提出投訴：

透過電話：

請致電 Senior Whole Health ID 卡上的免付費電話號碼，與 Senior Whole Health 會員服務部聯絡，服務時間為：全年無休，上午 8:00 至晚上 8:00 (當地時間)。TTY 使用者請致電 711。

透過書面：

Senior Whole Health
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O.Box 22816
Long Beach, CA 90801

您可以向美國衛生及公共服務部民權辦公室部長提出投訴：

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD) ; (202) 619-3818 (傳真)

Senior Whole Health 有哪些責任？

Senior Whole Health 需要：

- 將您的 PHI 保密；
- 向您提供書面資訊，例如我們關於您的 PHI 的職責和隱私政策；
- 在您未受保護的 PHI 外洩時向您發出通知；
- 不得出於承保目的使用或披露您的基因資訊；
- 遵守本通知的條款。

本通知可隨時更改

Senior Whole Health 保留隨時更改其資訊實務和本通知條款的權利。如果我們做出變更，新的條款和政策將適用於我們保存的所有受保護健康資訊 (PHI)。如果我們變更資料，Senior Whole Health 將在我們的網站發佈修改通知，並將修改通知，或者資料變更資訊以及獲得修改通知的方法，在我們的下一次年度郵件寄送給當時投保 Senior Whole Health 的會員。

聯絡資訊

如果您有任何問題，請聯絡以下辦事處：

透過電話：

請致電 Senior Whole Health ID 卡上的免付費電話號碼，與 Senior Whole Health 會員服務部聯絡，服務時間為：全年無休，上午 8:00 至晚上 8:00 (當地時間)。TTY 使用者請致電 711。

第7章您的權利和責任

您可以免費獲得本文件的其他格式版本，例如，大字版本、盲文版本和語音版本。致電 Senior Whole Health ID 卡上的免付費電話號碼，與 Senior Whole Health 會員服務部聯絡，服務時間為：全年無休，上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。TTY 使用者請致電 711。此為免付費電話。

第1.4節 我們必須向您提供本計畫、計畫網內醫療服務提供者與承保服務的資訊

身為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要下列任何一種類型的資訊，請致電會員服務部：

- 我們的計畫相關資訊。舉例來說，這些資訊包括本計畫的財務狀況。
- 我們的網絡醫療服務提供者和藥房相關資訊。您有權取得網絡醫療服務提供者和藥局的合格資訊，以及瞭解我們如何支付網絡醫療服務提供者。
- 您的給付和使用給付時必須遵守之規定的相關資訊。第 3 章和第 4 章提供關於醫療服務的資訊。第 5 章提供關於 D 部分處方藥給付的資訊。
- 某個項目不給付的原因，以及如何處理此狀況的相關資訊。第 8 章提供要求書面說明為何不給付醫療服務或 D 部分藥物，或您的給付範圍受到限制的資訊。第 8 章也提供要求我們變更裁定（也稱為上訴）的資訊。

第1.5節 我們必須支持您為自身照護做出決定的權利

您有權知道您的治療選擇並參與您的醫療照護裁定

您有權向醫師或其他醫療服務提供者索取完整的資訊。您的醫療服務提供者必須以您能夠理解的方式解釋您的醫療狀況和治療選項。

您也有權全程參與您的醫療照護決定過程。為協助您與醫師一同決定最適合您的治療方式，您的權利包含下列各項：

- 瞭解您的所有選項。您有權瞭解與您病症相關的所有建議治療選項，無論這些選項的費用為何或是否受到本計畫給付。這也包含瞭解本計畫為協助會員管理其藥品和安全用藥所提供的方案。
- 瞭解風險。您有權瞭解您的照護是否有任何風險。如果任何提議的醫療照護或治療屬於某項研究實驗的一部分，您必須事先知情。您隨時可選擇拒絕任何實驗治療。
- 說「不」的權利。您有權拒絕任何建議的治療。這包括，即使醫師建議您不要離開醫院或其他醫療設施，您仍有權離開。您也有權停止使用藥物。當然，如果您拒絕接受治療或停止使用藥物，您必須對因此發生的身體狀況負起全責。

您有權指示在您無法自行做出醫療決定的情況下該如何處理

有時候，人們會因發生意外或嚴重疾病而無法自行做出醫療照護決定。如果您處於此情況，您有權提出指示，讓醫療人員知道該如何處理。這表示如果您願意，您可以：

- 填寫書面表單，提供某人為您做出醫療決定的合法授權（在您無法自行決定的情況下）。
- 提供書面指示給您的醫師，告訴他們如果您無法自己做決定時，該如何處理您的醫療照護。

在這些情況下可用來提前給出指示的法律文件叫做醫療事前指示。醫療事前指示有不同的類型和名稱。生前遺囑和醫療照護授權書等文件就是醫療事前指示的範例。

第7章您的權利和責任

若要使用醫療事前指示提供指示，請按照下列方法進行：

- **索取表格。**您可以透過律師、社會工作者或某些辦公室用品店取得醫療事前指示表格。有時可透過向大眾提供 Medicare 相關資訊的機構取得醫療事前指示表格。您也可以致電會員服務部以索取表格。
- 也可透過我們網站上的「照護聯絡」(Caring Connections) 連結或 <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/> 取得表格
- **填寫表格並簽名。**無論您從何處取得此表格，都請注意這是一份法律文件。您應該考慮請律師幫您準備這份文件。
- **將副本交給適當人士。**您應該將表格副本交給您的醫師，以及您在表格上指名在您無法做出決定時可為您做出決定的人士。您也可以把副本交給好朋友或家人。在家中保留一份副本。

如果您事先知道您即將住院，且您已在醫療事前指示表格上簽名，請隨身攜帶一份副本到醫院。

- 醫院會問您是否有簽名的醫療事前指示表格，以及是否有帶在身上。
- 如果您尚未在醫療事前指示表格上簽名，而醫院也有表格可提供，他們會詢問您是否要在表格上簽名。

請記得，您可自行選擇是否要填寫醫療事前指示表格（包括當您在醫院時是否要在表格上簽名）。根據法律規定，沒有人能根據您是否在醫療事前指示表格上簽名來拒絕為您提供照護或歧視您。

如果未遵照您的指示處理，該怎麼辦？

如果您已簽署醫療事前指示表單，但您認為醫師或醫院並未遵照指示，您可撥打投訴專線 1-800-206-8125 (TTY 711) 向 New York State Department of Health (紐約州衛生署) 進行投訴。

第1.6節 您有權提出投訴並要求我們重新考慮所做的裁定

如果您有任何問題、疑慮或投訴，且需要申請給付或提出上訴，本文件第 8 章會說明您可以採取的做法。無論您採取何種行動（要求給付裁定、提出上訴或提出投訴）– 我們都必須公平對待您。

第1.7節 如果您認為自己受到不公平對待或您的權利未受尊重，您能採取哪些行動？

若是關於歧視的問題，請致電民權辦公室

如果您認為自己受到不公對待，或您的權利因種族、身心障礙、宗教、性別、健康狀況、民族、信條（信仰）、年齡、性取向或國籍而未獲得尊重，您應致電衛生及公共服務部的民權辦公室，電話號碼為：1-800-368-1019 或 TTY：1-800-537-7697，或是致電您的當地民權辦公室。

如果是其他方面的問題？

如果您認為自己受到不公對待，或您的權利未獲得尊重，且此問題與歧視無關，您可以透過下列方式取得協助以處理問題：

- 您可以致電會員服務部。
- 您可以致電 SHIP。如需詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 或者，您也可以致電 Medicare，電話號碼為：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休 (TTY 1-877-486-2048)。

第1.8節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

您可透過多種方式取得您的權利詳細資訊：

- 您可以致電會員服務部。
- 您可以致電 SHIP。如需詳細資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可以聯絡 Medicare。
 - 您可以瀏覽 Medicare 網站閱讀或下載「*Medicare Rights & Protections*」(Medicare 權利與保障) 出版物。(您可在下列位置取得這份文件：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。)
 - 或是您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休 (TTY：1-877-486-2048)。

第2節 身為本計劃會員的應負責任

以下列出您身為本計劃會員的應做事項。如果您有任何其他問題，請致電會員服務部。

- 熟悉您的給付服務，以及獲得給付服務時必須遵守的規定。請使用本《承保範圍證明》，瞭解您的給付項目，以及您在獲得給付服務時所須遵守的規定。
 - 第 3 章和第 4 章提供您的醫療服務詳細資訊。
 - 第 5 章提供 D 部分處方藥給付的詳細資訊。
- 如果您除了本計劃還有任何其他健康保險或處方藥保險，務必告知我們。第 1 章說明協調這些福利的相關事項。
- 請告訴您的醫師和其他健康照護提供者您已投保我們的計劃。請在每次取得醫療照護或 D 部分處方藥時出示本計劃會員卡。
- 請向醫師和其他醫療服務提供者提供資訊、提出問題並完成全套照護，以便讓他們確實幫助您。
 - 為有助於獲得最完善的照護，請告訴您的醫師和其他醫療服務提供者您的健康問題。遵守您和您的醫生所商定的治療計劃和指示。
 - 確保您的醫師知道您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命和補充品。
 - 如果您有任何疑問，請務必發問並取得您可以理解的答案。
- 無微不至我們期待所有的會員都能夠尊重其他病患的權利。我們也期望您能以有助醫師診間、醫院和其他辦公室順暢運作的方式行事。
- 支付您應付的費用。身為計劃會員，您有責任支付下列款項：
 - 您必須繼續支付 Medicare 保費以保有本計劃的會員資格。
 - 如果您由於收入較高 (如您的最新報稅報告所示) 而必須為 D 部分支付額外金額，則您必須繼續直接向政府支付額外的金額，才能維持本計劃會員身分。
- 如果您搬家後的新址仍在我們的計劃服務區域之內，請告知我們，這樣我們才能讓您的會員記錄保持在最新狀態，並且知道如何與您聯絡。
- 如果您搬到本計劃服務區域之外，即無法保有本計劃的會員身分。
- 如果您搬家，也請務必告知社會保障局 (或鐵路退休委員會)。

第8章

如果您有問題或需要投訴（給付裁定、上訴、投訴）該怎麼辦

第1節 簡介

第1.1節 如果您有問題或疑慮時該怎麼做

本章說明處理問題和疑慮的程序。您為處理您的問題所採用的程序取決於您的問題類型：

- 針對某些問題，您必須使用給付裁定和上訴程序。
- 針對其他問題，您需要使用投訴程序；也稱為申訴。

每個程序都有一套您和我們都必須遵守的規定、程序和截止日期。

第 3 節將協助您找出應使用的適當程序，以及應該採取的行動。

第1.2節 關於法律術語呢？

本章會解說某些規定、程序和期限類型的法律術語。這些術語大半對於多數人來說相當陌生，而且可能難以理解。為了讓說明淺顯易懂，本章：

- 使用較簡單的詞彙來取代特定法律術語。例如，本章一般會使用「提出投訴」（而非「提交申訴」）、「給付裁定」（而非「整合組織裁定」、「給付仲裁」或「風險仲裁」）、「獨立審查組織」（而非「獨立審查實體」）等用語。
- 本章也會盡量少用縮寫。

不過，瞭解正確的法律術語對您來說可能很有幫助（有時也相當重要）。瞭解應使用的術語有助您更準確地進行溝通，以便取得適用於您所處情況的協助或資訊。為協助您瞭解應使用的術語，在提供特定類型情況的處理詳細資訊時，我們會一併提供法律術語。

第2節 可於何處獲得更多資訊和個人化協助

我們隨時樂意為您提供協助。即使您對我們的處理方式有投訴，我們仍有義務尊重您的投訴權利。因此，您應隨時聯絡會員服務部尋求協助。但在某些情況下，您可能會想尋求與我們無關者的協助或指導。以下是兩個可以協助您的實體。

州健康保險援助計劃 (SHIP)

每個州都有一項政府計劃，提供訓練有素的諮詢師。該計劃與我們或任何保險公司或健保計劃無關。該計劃的諮詢師可協助您瞭解您應使用哪些程序來處理您遇到的問題。他們也可以回答您的問題、提供更多資訊，以及提出行動指導。

州健康保險援助計劃 (SHIP) 諮詢師的服務為免費性質。您可在本文件第 2 章第 3 節找到電話號碼及網站 URL。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 以獲得協助。若要聯絡 Medicare：

- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 您也可以瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

您可以向 Medicaid 尋求協助和獲得資訊

方法	New York State Medicaid、New York City’s Human Resources Administration 和其他地方社工服務區，包括 Nassau、Orange、Rockland 和 Westchester 郡 - 聯絡資訊
致電	New York State Medicaid (800) 505-5678 New York Human Resources Administration/Department of Social Services (DSS) : (718) 557-1399 Nassau 郡 : (516) 227-7474 Orange 郡 : (845) 291-4000 Rockland 郡 : (845) 364-3040 Westchester 郡 : (914) 995-3333 週一至週五，上午 8:30 至晚上 8:00，週六為上午 10:00 至下午 6:00
寫信	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678 Rockland County DSS Building L 50 Sanatorium Road Pomona, New York 10970 White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
網站	New York : http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml Nassau : https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html Orange : https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services Rockland : http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/ Westchester:

方法	New York State Medicaid、New York City’s Human Resources Administration 和其他地方社工服務區，包括 Nassau、Orange、Rockland 和 Westchester 郡 - 聯絡資訊
	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

方法	申訴專員辦公室 — 聯絡資訊
致電	(888) 219-9818 週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。
網站	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

方法	長期照護申訴專員 – 聯絡資訊
致電	(855) 582-6769 週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。
網站	http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

方法	Livanta (New York 的品質改善 組織) – 聯絡資訊
致電	(866) 815-5440 週一至週五上午 9:00 至下午 5:00 (當地時間) ；週末與假日上午 10:00 至下午 4:00 (當地時間)
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	https://www.livantaqio.com/

第3節 瞭解本計劃中 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴

您享有 Medicare 並可獲得 Medicaid 的協助。本章的資訊適用於您所有的 Medicare 和大部分的 Medicaid 福利。針對您大部分的福利，您將透過一個程序來獲得您的 Medicare 及 Medicaid 福利。這有時稱為「整合程序」，因其結合或整合了 Medicare 和 Medicaid 程序。

有時，Medicare 和 Medicaid 程序不會合併。在這些情況下，您可以透過 Medicare 程序以獲得 Medicare 給付的福利，以及透過 Medicaid 程序以獲得 Medicaid 給付的福利。這些情況在本章第 6.4 節「逐步說明：如何完成第 2 級上訴」中有相關說明。

您福利相關問題

第4節 給付裁定和上訴

如果您有問題或疑慮，只需閱讀本章適用於您情況的部分即可。以下資訊將協助您找到本章中與 Medicare 或 Medicaid 給付福利問題或投訴相關的正確章節。

您的問題或疑慮與您的福利或給付服務有關嗎？

這包括醫療照護 (醫療項目、服務和/或 B 部分處方藥) 是否可獲得給付、它們獲得給付的方式，以及醫療照護付款相關問題。

是。

請參閱本章下一節第 5 節：「給付裁定和上訴基本概念指南」。

否。

請跳至本章結尾的第 11 節：「如何提出與照護品質、等候時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴」。

第5節 給付裁定和上訴基本概念指南

第5.1節 要求給付裁定和提出上訴：整體情況

給付裁定和上訴處理與您的健康照護 (服務、項目及 B 部分處方藥，包括付款) 福利及給付範圍有關的問題。為使說明簡單易懂，我們會以「醫療項目、服務以及 Medicare B 部分處方藥」來表示「醫療照護」。您應該使用給付裁定和上訴程序。這個程序的適用問題是某個項目的給付性質和給付方式。

在獲得福利之前要求給付裁定

給付裁定是我們對您的福利和給付範圍或我們會為您的健康照護費用支付多少所做的裁定。例如，如果您的計劃網內醫師將您轉介至不在網內專科醫師，則此轉介被視為有利的給付裁定，除非您的網內醫師可以證明您收到了該專科醫師的標準拒絕通知，或者「給付範圍證明」明確表明，在任何情況下，轉診服務均不予給付。如果您的醫師不確定我們是否將給付特定醫療服務，或拒絕為您提供您認為必要的醫療照護，您或您的醫師也可以聯絡我們並要求給付裁定。換句話說，如果您想要在接受某個醫療照護前瞭解我們是否將給付該服務，您可以要求我們為您做出給付裁定。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

在特定情況下將會駁回給付裁定申請，這表示我們不會審查申請。申請遭到駁回的範例包括申請不完整、有人代表您提出申請，但未獲得相關合法授權，或者您要求撤銷申請。如果我們駁回給付裁定申請，我們會寄送通知，說明為何駁回申請，以及如何要求審查駁回。

每當我們為您裁定承保服務的項目以及我們應支付多少時，即表示我們正為您做出給付裁定。在某些情況下，我們可能會判定醫療照護不在給付範圍，或 Medicare 不再為您提供給付。如果您不同意此給付裁定，可以提出上訴。

提出上訴

如果我們做出給付裁定，不論是福利獲得之前或之後，而您不滿意，您可以對該裁定提出「上訴」。上訴是要求我們審查和變更所做給付裁定的正式方式。在稍後會探討的某些情況下，您可以要求給付裁定的加速或「快速上訴」。處理上訴的審查人員將不同於做出原始裁定的人員。

第一次對裁定提出上訴稱為第 1 級上訴。在此上訴中，我們會審查所做的給付裁定，確認我們是否正確遵守規定。完成審查後，我們會向您提供裁定。

在特定情況下將會駁回第 1 級上訴申請，這表示我們不會審查申請。申請遭到駁回的範例包括申請不完整、有人代表您提出申請，但未獲得相關合法授權，或者您要求撤銷申請。如果我們駁回第 1 級上訴申請，我們會寄送通知，說明為何駁回申請，以及如何要求審查駁回。

如果我們否決您所有或部分的第 1 級醫療照護上訴要求，您的上訴將自動進入第 2 級。第 2 級上訴會交由 Office of Administrative Hearings 進行。該機關與我們並無關聯。

- 您的個案將自動傳送到行政聽證會辦公室 (Office of Administrative Hearings) 以進行 2 級上訴，您不需要做任何事。行政聽證會將通知郵寄給您，以確認他們已收到您的 2 級上訴。
- 請參閱本章第 6.4 節，瞭解第 2 級醫療照護上訴的更多資訊。
- D 部分上訴將在本章第 7 節中進一步討論。

如果您不滿意第 2 級上訴的裁定，或可繼續進行其他級別的上訴 (本章第 10 節說明第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序)。

第5.2節 如何在要求給付裁定或提出上訴時取得協助

以下是您在決定要求任何類型的給付裁定或對裁定提出上訴時可以使用的資源：

- 您可以致電會員服務部與我們聯絡。
- 您可以從州健康保險援助計劃取得免費協助。
- 您的醫師或其他健康照護提供者可以代替您提出申請。如果您的醫師協助您進行第 2 級以上上訴，必須指派該位醫師做為您的代表。請致電會員服務部索取「代表委任書」表格。(您也可以前往下列 Medicare 網站取得此表格：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。)
 - 在醫療照護方面，您的醫師或其他健康照護服務提供者可以代表您要求給付裁定或第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級遭到否決，會自動進入第 2 級。
 - 如果您的醫師或其他健康照護提供者要求在上訴期間，繼續取得您已獲得的服務或項目，您可能需要將您的醫師或其他處方藥劑師列為您的代表，以代表您採取行動。
 - 在 D 部分處方藥方面，您的醫師或其他處方藥劑師可以代表您要求給付裁定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴遭到否決，您的醫師或處方藥劑師可以要求第 2 級上訴。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

- 您也可以要求某人代表您行事。您可以視需要指名另一個人做為您的「代表」，代您提出給付裁定要求或上訴。
 - 如果您想要讓一位朋友、親戚或其他人成為您的代表，請致電會員服務部索取「代理人委任書」表格。(您也可以前往下列 Medicare 網站取得此表格：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf。) 此表單賦予該人士代表您行事的許可權。您本人和您希望代表您行事的對象都必須在此表單上簽名。您必須將簽名後的表格副本交給我們。
 - 雖然我們可以接受沒有表單的上訴要求，但在收到表單前，我們無法開始或完成審查。如果我們未能於我方針對您的上訴做出裁定的期限內收到表單，您的上訴要求將會駁回。若發生這種情況，我們會向您寄送書面通知，說明您有權要求 Office of Administrative Hearings (行政公聽會辦公室) 來審查我們駁回上訴的裁定。
- 您亦有權聘用律師。您可以聯絡私人律師，或者向您當地的律師協會或其他轉介服務獲得律師姓名。如果您符合資格，也有可向您提供免費法律服務的團體。不過，您並非一定要聘用律師才能要求任何類型的給付裁定或針對裁定提出上訴。

第5.3節 本章哪一節會提供適用於您情況的詳細資訊？

涉及給付裁定和上訴的情況有四種。由於每種情況都有不同規定和期限，因此我們會在個別小節中提供每種情況的詳細資訊：

- 本章第 6 節：「您的健康照護：如何要求給付裁定或提出上訴」
- 本章第 7 節：「您的 D 部分處方藥：如何要求給付裁定或提出上訴」
- 本章第 8 節：「如果您認為醫師過早讓您出院，該如何要求我們延長住院給付」
- 本章第 9 節：「如果您認為給付太早結束，如何要求我們繼續給付特定醫療服務」(僅適用下列服務：居家醫療保健、專業療養機構照護和綜合門診康復機構 (CORF) 服務)

如果您不確定應該查閱哪一節，請致電會員服務部。您也可以向 SHIP 等政府機構尋求協助或索取資訊。

第6節 您的健康照護：如何要求給付裁定或對給付裁定提出上訴**第6.1節 本節說明在遇到醫療照護給付問題，或您希望我們償還您照護的費用時該怎麼做**

本節說明您的健康照護相關福利。本文件第 4 章提供這些福利的說明：醫療福利表 (給付範圍)。在某些情況下，B 部分處方藥相關要求會適用不同規定。在這些情況下，我們將解說 B 部分處方藥的規定與醫療項目和服務的規定有何不同。

本節會說明如何處理下列五種情況的任何一種：

1. 您沒有得到想要的醫療照護，而您認為我們的計劃給付此項照護。要求給付裁定。第 6.2 節。
2. 您的醫師或其他醫療服務提供者想要提供您某種健康照護，但我們並不核准，而您認為本計劃應給付此照護。要求給付裁定。第 6.2 節。
3. 您接受您認為本計劃應給付的醫療照護，但我們已表示將不會支付此照護的費用。提出上訴。第 6.3 節。
4. 您接受您認為本計劃應給付的醫療照護，並已支付費用，而您想要求本計劃讓您報銷照護費用。請將帳單寄給我們。第 6.5 節。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

5. 您得知 (我方先前核准) 您獲得的特定醫療照護將減少或停止給付，而您認為減少或停止此照護可能會傷害您的健康。提出上訴。第 6.3 節。
 - 註：如果要停止的給付範圍與住院照護、居家健康照護、專業療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務有關，您必須閱讀本章的第 8 節和第 9 節。這種類型的照護有特殊的適用規定。

第6.2節 逐步說明：如何要求給付裁定

法律術語

當給付裁定涉及您的健康照護時，其稱為「整合組織裁決」。
「快速給付裁定」稱為「加速裁決」。

步驟 1：決定您是否需要「標準給付裁定」或「快速給付裁定」。

針對 B 部分藥物的「標準給付裁定」通常在 14 天或 72 小時內做成。針對醫療服務的「快速給付裁定」通常在 72 小時內做成，B 部分藥物則為 24 小時內。若要得到快速給付裁定，您必須符合下列兩項要求：

- 您僅可要求醫療項目和/或服務的給付（不得要求為已收到的專案和/或服務付款）。
- 只有在採用標準期限會對您的健康造成嚴重傷害或損害您的機能時，您才可以得到快速給付裁定。
- 如果您的醫師向我們告知您的健康情況需要「快速給付裁定」，我們會自動同意為您提供快速給付裁定。
- 如果您沒有醫師背書，自行要求獲得快速給付裁定，我們將裁定您的健康情況是否需要我們提供快速給付裁定。如果我們未核准快速給付裁定，我們會寄信：
 - 說明我們將採用標準期限。
 - 解釋如果您的醫師提出快速給付裁定的要求，我們會自動提供您快速給付裁定。
 - 說明如何針對我們給您標準給付裁定，而非您要求的快速給付裁定的狀況提出「快速投訴」。

步驟 2：要求本計劃做出給付裁定或快速給付裁定。

- 首先，請透過電話、書面或傳真方式聯絡本計劃，要求我們授權或針對您想要的醫療照護提供給付。可由您本人、您的醫師或您的代表進行。第 2 章提供聯絡資訊。

步驟 3：我們考量您的健康照護給付要求，並向您提供我們的答覆。

針對標準給付裁定，我們採用標準期限。

這代表在收到您的健康項目或服務要求後，我們將在 14 個日曆日內向您提供答覆。如果您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們將在收到要求後的 72 小時內向您提供答覆。

- 不過，如果您要求更多時間，或我們需要更多可能對您有所助益的資訊，我們最多可再增加 14 天的處理時間（若您的要求與醫療項目或服務相關）。如果我們需要更多時間，會以書面方式通知您。如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥有關，則不會多加裁定時間。
- 如果您認為我們不應花費額外的時間，您可以提出「快速投訴」。我們將在作出裁定後立即就您的投訴做出答覆。（提出投訴的程序與給付裁定和上訴的程序不同。請參閱本章第 11 節，以瞭解投訴資訊。）

針對快速給付裁定，我們採用加速的時間範圍

快速給付裁定代表在您提出醫療項目或服務要求後，我們將在 72 小時內提供答覆。如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥有關，我們將在 24 小時內提供答覆。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

- 不過，如果您要求更多時間，或我們需要更多可能對您有所助益的資訊，我們最多可再增加 14 個日曆日的處理時間。如果我們需要更多時間，會以書面方式通知您。如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥有關，則不會多加裁定時間。
- 如果您認為我們不應花費額外的時間，您可以提出「快速投訴」。(請參閱本章第 11 節，以瞭解投訴資訊。) 我們將在作出裁定後盡快打電話給您。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，則會寄送書面說明給您，解釋我們否決的原因。

步驟 4：如果我們否決您的健康照護給付要求，您可以提出上訴。

- 如果我們否決，您有權透過上訴的方式，要求我們重新考量這項裁定。這表示再次要求獲得您想要的醫療照護給付。提出上訴表示您將進入上訴程序的第 1 級。

第6.3節 逐步說明：如何提出第 1 級上訴**法律術語**

對本計劃提出有關醫療照護給付裁定的上訴即稱為，計劃「整合重新考量」。

「快速上訴」也稱為「加速重新考量」。

步驟 1：決定您是否需要「標準上訴」或「快速上訴」。

針對 B 部分藥物的「標準上訴」通常在 30 天或 7 天內做成。「快速上訴」通常在 72 小時內提出。

- 如果您對我們就您尚未取得的照護之給付所做的裁定提出上訴，您和/或您的醫師將需要決定您是否需要「快速上訴」。如果您的醫師向我們告知您的健康情況需要「快速上訴」，我們會為您提供快速上訴。
- 「快速上訴」的條件與本章第 6.2 節「快速給付裁定」的條件相同。

步驟 2：向本計劃提出上訴或快速上訴

- 如果您要求標準上訴，請透過書面方式提出標準上訴。您也可以打電話給我們要求上訴。第 2 章提供聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，請透過書面或電話方式提出上訴。第 2 章提供聯絡資訊。
- 您必須在 65 個日曆日內提出上訴要求 (起算日期為我們寄出書面通知，告知我們對您的給付裁定要求做何答覆開始)。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，請說明自己提出上訴時發生延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間來提出上訴。正當理由範例包括：身患重疾而無法聯絡我們，或者我們就上訴提出的期限提供您不正確或不完整資訊。
- 您可以索取您的醫療裁定相關資訊免費副本。您和您的醫師可以增加更多資訊來支持您的上訴。

如果我們告訴您，我們要停止或減少您已經獲得的服務或商品，您可以在上訴期間繼續獲得這些服務或商品。

- 如果我們決定更改或停止您目前獲得的服務或商品給付，那麼我們將在採取此行動前向您發送通知。
- 如果您不同意此行動，您可以提出第 1 級上訴。如果您在我們信函上的郵戳日期起 10 個日曆日內，或在行動預期生效日前 (以較晚者為準) 提出第 1 級上訴要求，我們將繼續給付該服務或商品。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

- 如果您符合時限要求，在第 1 級上訴待決期間，您可以繼續獲得服務或商品，且不會有任何變更。您也將繼續獲得所有其他 (與您的上訴無關的) 服務或商品，且不會有任何變更。

步驟 3：我們考量您的上訴，並向您提供我們的答覆。

- 審查您的上訴時，我們會仔細檢視所有相關資訊。我們會確認在否決您的要求時是否遵守所有規定。
- 我們可能會視需要聯絡您或您的醫師來收集更多資訊。

「快速上訴」的期限

- 若是快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 向您提供答覆。我們可以基於您的健康需要更快給您答覆。
 - 不過，如果您要求更多時間，或我們需要收集更多可能對您有所助益的資訊，我們最多可再增加 **14 個日曆日** 的處理時間 (若您的要求與醫療項目或服務相關)。如果我們需要更多時間，會以書面方式通知您。如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥有關，則不會多加時間。
 - 如果我們沒有在 72 小時內 (或如果我們需要更多天數，就是在延長期間結束之前) 向您提供答覆，則須自動將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。第 6.4 節說明第 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，則須在我們收到上訴後的 72 小時內，授權或進行我方同意提供的給付。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，我們會以書面方式將我們的裁決寄送給您，並自動將您的上訴轉給 Office of Administrative Hearings 以進行第 2 級上訴。Office of Administrative Hearings 會針對您的案件安排聽證會，並在收到您的上訴時以書面方式通知您聽證會的日期和時間。

「標準上訴」的期限

- 若是標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內** 向您提供答覆。如果您要求的是您尚未取得的 Medicare B 部分處方藥，我們將在收到上訴後的 **7 個日曆日內** 答覆您。如果因為您的健康需要，我們會更快給您答覆。
 - 不過，如果您要求更多時間，或我們需要收集更多可能對您有所助益的資訊，我們最多可再增加 **14 個日曆日** 的處理時間 (若您的要求與醫療項目或服務相關)。如果我們需要更多時間，會以書面方式通知您。如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥有關，則不會多加裁定時間。
 - 如果您認為我們不應花費額外的時間，您可以提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內對您的投訴做出答覆。(若需更多有關投訴程序的資訊，包括快速投訴，請參閱本章第 11 節。)
 - 如果我們沒有在期限前 (或在延長期間結束之前) 向您提供答覆，我們會將您的要求送至第 2 級上訴，由 Office of Administrative Hearings 針對您的案件召開聽證會。第 6.4 節說明第 2 級上訴程序。
- 如我們同意您的部分或全部要求，我們則須在收到上訴後的 **30 個日曆日內** 授權或提供給付，而若如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥相關，則會在 **7 個日曆日內** 授權或提供。
- 如果我們的計劃否決您的部分或全部上訴，您有額外的上訴權利。我們會自動將您的要求送至第 **2 級上訴**，由 **Office of Administrative Hearings** 針對您的案件召開聽證會，以裁定他們是否同意我們的決定。
- 如果我們否決您部分或所有的要求，我們會寄發通知信給您。

第6.4節 逐步說明：如何完成第 2 級上訴

Office of Administrative Hearings 是 Medicare 和 Medicaid 聘僱的獨立組織。其與我們毫無關聯，也並非政府機構。該組織會裁定我們的判定是否正確或需要更改。Medicare 和 Medicaid 監督其工作。

我們會在第 1 級上訴完成時，自動將您的個案送至第 2 級上訴程序。Office of Administrative Hearings 會針對您的案件安排聽證會，並通知您聽證會的日期和時間。如有需要，您可以要求重新安排其他日期或時間。

如果您在提出第 1 級上訴時有資格繼續享有福利，您對該上訴涉及的服務、項目或藥物的福利也可能在第 2 級期間繼續。請參閱第 138 頁，以瞭解在第 1 級上訴期間繼續享有的福利。

第 2 級上訴程序：

步驟 1：我們會將您的案件送至 Office of Administrative Hearings。Office of Administrative Hearings 會針對您的案件召開聽證會。

- 我們會將您的上訴相關資訊轉給此組織。此資訊稱為您的「個案檔案」或「證據包」。我們會將您的證據包免費副本寄給您。
- 您有權向 Office of Administrative Hearings 提供額外資訊，以支持您的上訴。
- 在您聽證會期間，Office of Administrative Hearings 的聽證官將仔細檢視與您的上訴相關的所有資訊，並聽取您以及您計劃人員針對您的要求所提出的說明。

如果您在第 1 級進行「快速」上訴，則在第 2 級您也可能進行「快速」上訴。

- 若是「快速上訴」，審查組織必須在收到您的上訴後 72 小時內向您提供第 2 級上訴的答覆。在某些情況下，雖然您已在第 1 級進行快速上訴，您並不會自動在第 2 級獲得快速上訴。只有在採用標準期限會對您的健康造成嚴重傷害或損害您重獲最大程度身體機能的能力時，您才可以得到快速上訴。
- 如果您的要求與醫療項目或服務有關，且 Office of Administrative Hearings 必須收集更多可能對您有所助益的資訊，那麼該組織最多可再延長 14 個日曆日的處理時間。如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥相關，則 Office of Administrative Hearings 不能延長做出裁定的時限。

如果您在第 1 級進行「標準」上訴，則您在第 2 級也是進行「標準」上訴。

- 如果是「標準上訴」且您的要求與醫療項目或服務相關，審查組織必須在收到您的上訴後 60 個日曆日內向您提供第 2 級上訴的答覆。
- 如果您要求的是 Medicare B 部分處方藥，審查組織必須在收到您的上訴後 7 個日曆日內向您提供第 2 級上訴的答覆。
- 不過，如果您的要求與醫療項目或服務有關，且 Office of Administrative Hearings 必須收集更多可能對您有所助益的資訊，那麼該組織最多可再延長 14 個日曆日的處理時間。如果您的要求與 Medicare B 部分處方藥相關，則 Office of Administrative Hearings 不能延長做出裁定的時限。

步驟 2：Office of Administrative Hearings 向您提供答覆。

Office of Administrative Hearings 會以書面向您告知其裁定並說明理由。

- 如果 Office of Administrative Hearings 同意您的部分或全部要求，我們必須在 1 個工作天內授權醫療照護給付。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

- 如果此組織否決您的部分或全部上訴，則表示他們同意本計劃的裁決，不應核准您的醫療照護給付要求 (或部分要求)。(這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。) 在這種情況下，Office of Administrative Hearings 會寄信給您：
 - 說明其裁定。
 - 通知您有權提出第 3 級上訴 (如果醫療照護給付金額達到最低金額)。Office of Administrative Hearings 寄送的書面通知中，會說明要繼續進行上訴所需達到的金額。
 - 說明如何提出第 3 級上訴。
- 如果您的第 2 級上訴遭到否決，您必須決定是否要繼續進入第 3 級並提出第三次上訴。如需詳細瞭解相關做法，請參閱您在第 2 級上訴後收到的書面通知。
 - 第 3 級上訴由 Medicare Appeals Council 處理。本章第 10 節說明第 3、第 4 和第 5 級上訴的程序。

如果裁定否決我全部或部分的要求，我可以再提上訴嗎？

如果 Office of Administrative Hearings 否決您全部或部分的要求，您有額外的上訴權利。

您從 Office of Administrative Hearings 收到的信函中，會說明這個後續上訴選項。

請參閱本章第 10 節以瞭解第 2 級之後的上訴權利。

第6.5節 如果您收到醫療照護帳單，並希望我們將費用退還給您，該怎麼做？

我們無法直接向您報銷 Medicaid 服務或商品。如果您收到 Medicaid 承保服務和項目的帳單，請將該帳單寄給我們。您不應該自行支付帳單費用。我們會直接聯絡該醫療服務提供者並處理該問題。但是如果您支付了帳單，若您遵守了獲得服務和項目的規則，則可以從醫療服務提供者得到退費。

要求償還您已經支付的費用：

如果您將要求報銷的書面文件寄給我們，即表示您要求給付裁定。我們無法直接向您報銷 Medicaid 服務或商品。如果您收到 Medicaid 承保服務和項目的帳單，請將該帳單寄給我們。您不應該自行支付帳單費用。我們會直接聯絡該醫療服務提供者並處理該問題。但是如果您支付了帳單，若您遵守了獲得服務和項目的規則，則可以從醫療服務提供者得到退費。

如果您希望我們報銷 Medicare 服務或商品的費用，或者您要求我們向醫療服務提供者支付您付費的 Medicaid 服務或商品的費用，您將要求我們做出此給付決定。我們將檢查並確認您支付的醫療照護是否屬於承保服務。我們也會檢查您是否遵照使用醫療照護給付的所有規定。

- **如果我們同意您的要求：**如果 Medicare 醫療照護受到給付，我們會在收到您的要求後 60 個日曆日內，將費用款項寄給您。
 - 如果您向醫療服務提供者支付的 Medicaid 照護費用受到給付，並且您認為我們應該向醫療服務提供者付款，我們將在收到您的請求後 60 個日曆日內向您的健康服務提供者支付費用。
 - 然後，您需要聯絡您的健康服務提供者，向他們提出退款。如果您尚未支付健康照護，我們會直接支付給醫療服務提供者。
- **如果我們否決您的要求：**如果醫療照護不屬於給付項目，或您未遵守所有規定，我們將不會寄出款項。相反地，我們將寄給您一封郵件，說明我們將不支付服務的費用及其理由。

如果您不同意我們的否決裁定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，即表示您要求我們變更給付裁定 (即否決您的付款申請)。

若要提出此上訴，請按照第 6.3 節所述的上訴程序進行。關於報銷的上訴，請註：

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

- 我們必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內提供答覆給您。如果您已接受醫療照護且支付費用，現在要求我們退費，則無法要求快速上訴。
- 如果 Office of Administrative Hearings 裁定我們應該支付費用，我們必須在 30 個日曆日內將款項寄給您或醫療服務提供者。如果在上訴過程第 2 級之後的任何階段中，您的上訴獲得核准，我們必須在 60 個日曆日內將款項寄給您或健康照護服務提供者。

第6.6節 僅限 Medicaid 外部上訴

您或您的醫師只能針對 Medicaid 承保的福利提出外部上訴要求。

如果我們的計劃決定拒絕您和您的醫師所要求的醫療服務保險，您可以要求紐約州政府進行獨立的外部上訴，原因是：

- 不具醫療必要性，或
- 為實驗性或試驗性，或
- 和您在計劃網絡中得到的照護並無不同，或
- 可向參與計劃且擁有正確訓練和經驗以符合您需求的醫療服務提供者處取得。

這稱為外部上訴，因做出決定的審查員並不屬於健康計劃或州政府。這些審查員是紐約州政府核准的合格人員。該服務必須在計劃福利方案中，或屬實驗性治療。您無需支付外部上訴費用。

在您對州政府提出上訴之前：

- 您必須向本計劃提出 1 級上訴並取得該計劃的最終不利判決；或
- 如果您尚未獲得服務，並且要求快速上訴，您可以同時要求加速外部上訴。（您的醫生必須說明加速上訴是必要的）；或
- 您和您的計劃可一起同意略過計劃上訴流程，直接選擇進行外部上訴；或
- 您可以在處理 1 級上訴時，證明計劃並未正確遵守規定。

您在獲得計劃的最後不利裁定後有 4 個月的時間可要求外部上訴。如果您和計劃同意跳過計劃上訴程序，您必須在您同意後的 4 個月內提出外部上訴。

若要要求外部上訴，請填寫申請書並將其寄給金融服務部。

- 如果您需要協助提出上訴，您可以致電會員服務部 833-671-0440。
- 您和您的醫生必須提供有關您的醫療問題的資訊。
- 外部上訴申請書會說明需要哪些資訊。

以下是取得申請書的一些方法：

- 請撥打 1-800-400-8882 聯絡金融服務部 (Department of Financial Services)
- 請造訪金融服務部的網站 www.dfs.ny.gov。
- 請致電 (833) 671-0440 聯絡健康計劃

審查員將在 30 天內決定您的外部上訴。如果外部上訴審查員要求提供更多資訊，則可能需要更多時間（最多五個工作日）。審查者會在做出決定後的兩天內告訴您和計劃最終決定。

如果您的醫生說明延遲會對您的健康造成嚴重傷害，您可以獲得更快速的決定。這稱為加速外部上訴。外部上訴審查員將在 72 小時內為加速上訴做出決定。審查員將透過電話或傳真立即告知您和計劃決定。之後，審查員會寄一封信給您，告知您這項決定。

在程序中任何時間，您或您信任的人也可以針對審查時間向紐約州衛生署 (New York State Department of Health) 提出投訴，電話：1-866-712-7197。

第7節 您的 D 部分處方藥：如何要求給付裁定或提出上訴

第7.1節 本節旨在說明如果您無法順利取得 D 部分藥物或是您希望我們將 D 部分藥物的費用退還給您時該怎麼辦

您的福利包括多種處方藥的給付。藥物必須用於醫療許可的適應症才能獲得給付。(請參閱第5章以進一步瞭解醫療許可的適應症。)如需詳細瞭解 D 部分藥物、規定、限制和費用，請參閱第5章和第6章。本節僅說明 D 部分藥物。為了使說明簡單易懂，在本節其餘內容中，我們不會每次都用給付門診處方藥或 D 部分藥物等詞彙，而會以藥物來表示。我們也會使用「藥物清單」一詞，而非給付藥物清單或處方集。

- 如果您不知道藥物是否受到給付，或您是否符合規定，您可以向我們詢問。某些藥物需要您事先獲得核准我們才會給付。
- 如果藥局告知您無法按照字面所述領取處方藥，藥局會提供書面通知書，說明如何聯絡我們以要求給付裁定。

D 部分給付裁定和上訴

法律術語

有關 D 部分藥物的初始給付裁定稱為「給付裁決」。

給付裁定是我們對您的福利和給付範圍或我們會為您的藥物費用支付多少所做的裁定。本節會說明如何處理下列任何情況：

- 要求給付不在本計劃給付「藥物清單」上的 D 部分藥物。申請例外處理。第 7.2 節。
- 要求我們撤除本計劃對某種藥物給付的限制 (例如，限制可領取的藥量、事先授權或對先嘗試另一種要的要求)。申請例外處理。第 7.2 節。
- 要求獲得藥物的預先核准。要求給付裁定。第 7.4 節。
- 支付您已購買的處方藥。向我們申請退款。第 7.4 節。

如果您不同意我們做出的給付裁定，您可以對我們的裁決提出上訴。

本節會同時說明如何要求給付裁定，以及如何提起上訴。

第7.2節 何謂例外處理？

法律術語

要求給付不在藥物清單上的藥物時稱為要求「處方集例外處理」。

要求移除給付藥物限制有時稱為要求「處方集例外處理」。

要求針對非首選藥物支付較低價格有時稱為要求「分級例外處理」。

如果藥物未按照您所希望的給付方式給付，您可以要求我們進行「例外處理」。這一例外處理是一種給付裁定。

您的醫師或其他處方藥劑師將需要解釋需要核准例外處理的醫療原因，以供我們考量您的例外處理要求。在兩種範例情況下，您或您的醫師或其他處方藥劑師可以要求我們：

1. 為您給付不在我們「藥物清單」中的 D 部分藥物。
2. 撤除給付藥物的限制。第 5 章說明適用於我們「藥物清單」上某些藥物的額外規定或限制。

第7.3節 要求例外處理的重要須知事項

您的醫師必須告訴我們醫療原因

您的醫師或其他處方開立者必須提供我們一份聲明，說明要求例外處理的醫療原因。如需更快速的裁定，請在要求例外處理時，附上醫師或其他處方藥劑師所提供的這類醫療資訊。

通常，我們的「藥物清單」包括多種用於治療某種疾病的藥物。這些不同的可能選項稱為「替代」藥物。如果某個替代藥物您所要求的藥物一樣有效，並且不會產生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。

我們可以同意或否決您的要求

- 如果我們核准您的例外處理要求，我們的核准效期通常會到本計畫年度結束為止。只要您的醫師繼續開立該藥物的處方，且該藥物對於治療您的疾病維持安全且有效時，就會持續適用。
- 如果我們否決您的要求，您可以透過提出上訴，要求重新審查。

第7.4節 逐步說明：如何要求給付裁定，包括例外處理

法律術語

「快速給付裁定」稱為「加速給付裁定」。

步驟 1：決定您是否需要「標準給付裁定」或「快速給付裁定」。

「標準給付裁定」會在收到您醫師的聲明後 72 小時內做成。「快速給付裁定」會在收到您醫師的聲明後 24 小時內做成。

如果基於您的健康需要，請要求我們進行「快速給付裁定」。為了得到快速給付裁定，您必須符合下列兩項要求：

- 您必須要求尚未獲得的藥物。（您不能針對已購藥物費用退款要求快速給付裁定。）
- 採用標準期限會對您的健康造成嚴重傷害或損害您的機能。
- 如果您的醫師或其他處方藥劑師向我們告知您的健康情況需要「快速給付裁定」，我們會自動為您提供快速給付裁定。
- 如果您沒有醫師或處方藥劑師背書，自行要求獲得快速給付裁定，我們將裁定您的健康情況是否需要我們提供快速給付裁定。如果我們未核准快速給付裁定，我們會寄信：
 - 說明我們將採用標準期限。

- 說明如果您的醫師或其他處方藥劑師提出快速給付裁定的要求，我們會自動提供您快速給付裁定。
- 說明如何針對我們給您標準給付裁定，而非您要求的快速給付裁定的狀況提出「快速投訴」。我們會在收到您投訴後的 24 小時內做出答覆。

步驟 2：要求「標準給付裁定」或「快速給付裁定」。

首先，請透過電話、書面或傳真方式聯絡本計劃，要求我們授權或針對您想要的醫療照護提供給付。您也可以透過我們的網站存取給付裁定程序。我們必須接受任何書面要求，包括「CMS 模型給付裁決申請表」上提交的要求，此表可從我們的網站獲得。第 2 章提供聯絡資訊。為了協助我們處理您的要求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊，以及可辨識針對哪個遭拒請款提出上訴的資訊。

可由您本人、您的醫師（或其他處方藥劑師）或您的代表進行。您也可以要求律師代表您行事。本章第 4 節說明您可如何提供書面同意以委任他人做為您的代表。

- 如果您想要求例外處理，請提供「支持聲明」，也就是例外處理的醫療原因。您的醫師或其他處方藥劑師可以將聲明傳真或由寄給我們。或者，您的醫師或其他處方開立者也可以透過電話告知我們，然後再視需要傳真或郵寄書面聲明。

步驟 3：我們考量您的要求，並向您提供我們的答覆。

「快速給付裁定」的期限

- 我們必須在收到您的要求後 **24 小時內** 提供答覆給您。
 - 若是例外處理，我們將在收到您醫師的支持聲明後 **24 小時內**，向您提供答覆。我們可以基於您的健康需要更快給您答覆。
 - 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，則須在收到您的要求或為該要求背書的醫師聲明後，於 **24 小時內** 進行我方同意提供的給付。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因。我們還會告知您如何提出上訴。

有關您尚未獲得之藥物的「標準」給付裁定期限

- 我們必須在收到您的要求後 **72 小時內** 提供答覆給您。
 - 若是例外處理，我們將在收到您醫師的支持聲明後 **72 小時內**，給您我們的答覆。我們可以基於您的健康需要更快給您答覆。
 - 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，則須在收到您的要求或為該要求背書的醫師聲明後，於 **72 小時內** 進行我方同意提供的給付。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因。我們還會告知您如何提出上訴。

關於支付您已購買之藥物的「標準」給付裁定期限

- 我們必須在收到您的要求後 **14 個日曆日內** 提供答覆給您。
 - 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，還必須在收到要求後的 **14 個日曆日內** 付款給您。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

- 如果我們否決您的部分或全部要求，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因。我們還會告知您如何提出上訴。

步驟 4：如果我們否決您的給付要求，您可以提出上訴。

- 如果我們否決，您有權透過上訴的方式，要求我們重新考量這項裁定。這表示再次要求獲得您想要的藥物給付。提出上訴表示您將進入上訴程序的第 1 級。

第7.5節 逐步說明：如何提出第 1 級上訴**法律術語**

對本計劃提出有關 D 部分藥物給付裁定的上訴即稱為計劃「重新裁決」。

快速上訴也稱為「加速重新裁定」。

步驟 1：決定您是否需要「標準上訴」或「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 7 個日曆日內提出。「快速上訴」通常在 72 小時內提出。如果您有健康上的需求，可以要求「快速上訴」

- 如果您對我們就您尚未獲得的藥物所做的裁定提出上訴，您和您的醫師或其他處方藥劑師將需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 「快速上訴」的條件與本章第 6.2 節「快速給付裁定」的條件相同。

步驟 2：您、您的代表、醫師或其他處方藥劑師必須聯絡我們並提出第 1 級上訴。如果基於您的健康情況需要快速回覆，您必須要求「快速上訴」。

- 若是標準上訴，請提交書面要求。第 2 章提供聯絡資訊。
- 若是快速上訴，請透過書面方式提交上訴，或致電 (833) 671-0440，TTY: 711。第 2 章提供聯絡資訊。
- 我們必須接受任何書面要求，包括「CMS 模型給付裁決申請表」上提交的要求，此表可從我們的網站 SWHNY.com 獲得。請務必提供您的姓名、聯絡資訊及請款相關資訊，以協助我們處理您的要求。
- 您必須在 65 個日曆日內提出上訴要求 (起算日期為我們寄出書面通知，告知我們對您的給付裁定要求做何答覆開始)。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，請說明自己提出上訴時發生延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間來提出上訴。正當理由範例包括：身患重疾而無法聯絡我們，或者我們就上訴提出的期限提供您不正確或不完整資訊。
- 您可以索取一份與您上訴相關的資訊副本，並新增更多資訊。您和您的醫師可以增加更多資訊來支持您的上訴。

步驟 3：我們考量您的上訴，並向您提供我們的答覆。

- 審查您的上訴時，我們會針對您的給付要求重新仔細檢視所有相關資訊。我們會確認在否決您的要求時是否遵守所有規定。我們可能會聯絡您或您的醫師或其他處方藥劑師以獲得更多資訊。

「快速上訴」的期限

- 若是快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內向您提供答覆。我們可以基於您的健康需要更快給您答覆。
 - 如果我們沒有在 72 小時內向您提供答覆，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。第 7.6 節說明第 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，則須在收到上訴後的 72 小時內，進行我方同意提供的給付。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因以及如何針對我們的裁定提出上訴。

有關您尚未獲得之藥物的「標準」上訴期限

- 若是標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 7 個日曆日內向您提供答覆。如果您尚未獲得藥物，應您的健康情況需要，我們會更快向您提供答覆。
 - 如果我們沒有在 7 個日曆日內向您提供裁定，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。第 7.6 節說明第 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，則須依據您健康上的需求，於收到您的上訴後 7 個日曆日內盡快給付。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因以及如何針對我們的裁定提出上訴。

關於支付您已購買之藥物的「標準」上訴期限

- 我們必須在收到您的要求後 14 個日曆日內提供答覆給您。
 - 如果我們無法趕上此期限，即須將您的要求送到上訴程序的第 2 級，由獨立組織進行審查。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，還必須在收到要求後的 30 個日曆日內付款給您。
- 如果我們否決您的部分或全部要求，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因。我們還會告知您如何提出上訴。

步驟 4：如果我們否決您的上訴，您可決定是否要繼續進行上訴程序，並提出另一上訴。

- 如果您決定提出另一上訴，這意味著您的上訴將進入上訴程序的第 2 級。

第7.6節	逐步說明：如何提出第 2 級上訴
-------	------------------

法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查實體」。有時稱為「IRE」。

獨立審查組織是 Medicare 雇用的獨立組織。其與我們毫無關聯，也並非政府機構。該組織會裁定我們的判定是否正確或需要更改。Medicare 會監督其工作。

步驟 1：您 (或您的代表、您的醫師或其他處方藥劑師) 必須聯絡獨立審查組織，並要求審查您的個案。

- 如果我們否決您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含如何向獨立審查組織提出第 2 級上訴的指示。這些指示將說明哪些人士可以提出此第 2 級上訴、您必須遵守的期限，以及如何聯絡審查組織。然而，如果我們沒有在適用的時限內完成審查，或對我們的藥物管理計畫中所做的「風險」裁決做出不利的裁定，我們會自動將您的理賠轉給 IRE。
- 我們會將您的上訴相關資訊轉給此組織。此資訊稱為您的「個案檔案」。您有權向我們索取您的個案檔案副本。
- 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：獨立審查組織會審查您的上訴。

獨立審查組織的審查人員會仔細審閱所有上訴相關資訊。

「快速上訴」的期限

- 如果您有健康上的需求，可以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，向您提供第 2 級上訴的答覆。

「標準」上訴的期限

- 若是標準上訴，審查組織必須在收到您的上訴後 7 個日曆日內 (若上訴是針對您尚未獲得之藥物)，提供第 2 級上訴的答覆。如果您已購買藥物，並要求我們將藥物費用退還給您，則審查組織必須在收到要求後 14 個日曆日內向您提供第 2 級上訴的答覆。

步驟 3：獨立審查組織向您提供答覆。

針對「快速上訴」：

- 如果獨立審查組織同意您的部分或全部要求，我們必須在收到審查組織裁定後的 24 小時內，提供審查組織已核准的藥物給付。

針對「標準上訴」：

- 如果獨立審查組織同意您的部分或全部給付要求，我們必須在收到審查組織裁定後的 72 小時內，提供審查組織已核准的藥物給付。
- 如果您要求退還已購買之藥物的費用，且獨立審查組織同意您的部分或全部要求，我們必須在收到審查組織裁定後 30 個日曆日內將款項寄給您。

如果審查組織否決您的上訴該如何處理？

如果此組織否決您的部分或全部上訴，則表示他們同意我們的裁決，也就是不核准您的要求 (或部分要求)。(這稱為「贊同原裁定」或「駁回您的上訴」。) 在這種情況下，獨立審查組織會寄信給您：

- 說明其裁定。
- 通知您有權提出第 3 級上訴 (如果要求的藥物給付金額達到最低金額)。如果您要求的藥物給付金額太低，就無法再提上訴，第 2 級裁定即是最終裁定。
- 說明要繼續提出上訴所需滿足的爭議金額。

步驟 4：如果您的個案符合要求，您可選擇是否要进一步提出上訴。

- 第 2 級之後有三個額外上訴程序層級 (總共五個上訴層級)。如果您想要提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴裁定後收到的書面通知中有詳細提供其方法。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

- 第 3 級上訴會由行政法官或司法審裁官處理。本章第 10 節詳細說明第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的程序。

第8節 如果您認為醫師過早讓您出院，該如何要求我們延長住院給付

當您獲准住院時，有權獲得診斷和治療您疾病或受傷所需的所有給付醫院服務。

在您的給付住院期間，您的醫師和醫院工作人員會與您合作，為您出院那天做好準備。他們會幫忙安排您出院後可能需要的照護。

- 您離開醫院的那一天稱為「出院日」。
- 決定您的出院日期後，您的醫師或醫院工作人員會通知您。
- 如果您認為太早要求您出院，則可要求延長住院時間，我們將會考慮您的要求。

第8.1節 住院期間，您會收到載明您權利的 Medicare 書面通知

在住院的兩天內，您將拿到一份書面通知，名為 *Medicare 提供的重要權利須知*。Medicare 保戶都會拿到這份通知。

如果醫院人員 (例如社會工作者或護士) 沒有提供此通知給您，請向任何醫院員工索取。如果您需要幫助，請致電會員服務部或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休 (TTY 1-877-486-2048)。

1. 請仔細閱讀此通知，如果您不理解通知的內容，請提問。此清單說明：
 - 您有權根據醫囑，在住院期間和之後獲得 Medicare 承保服務。這包括有權得知服務項目、服務付費者，以及服務獲得處。
 - 您有權參與任何住院相關決定。
 - 對醫院照護品質有疑慮時，該向哪個單位舉報。
 - 如果您認為太早要求您出院，您有權要求立即審查出院裁定。如想要求延遲您的出院日期，以讓我們給付更長時間的住院照護，這是正式的法律途徑。
2. 您會被要求在書面通知上簽名，表示您已收到並瞭解您的權利。
 - 您或代表您的人士會被要求在通知上簽名。
 - 在通知上簽名僅表示您已收到您的權利相關資訊。此通知不會提供您的出院日期。在通知書上簽名並不表示您同意出院日期。
3. 請保留一份通知在身邊，這樣您就有提出上訴 (或舉報照護品質疑慮) 的相關資訊以備不時之需。
 - 如果您在通知上簽名的時間早於出院日期前兩天，您將在排定出院前再拿到一份通知。
 - 若要事先檢視本通知，您可以致電會員服務部或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。您亦可透過 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeappealNotices，在線上查看該通知。

第8.2節 逐步說明：如何提出第 1 級上訴要求更改出院日期

如果您想要求我們給付更長時間的住院照護服務，您將須使用上訴程序來提出此要求。在開始之前，請先瞭解需做事項與相關期限。

- 按照程序進行。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

- 遵守期限。
- 需要時請尋求協助。不論何時遇到問題或需要協助，請隨時致電會員服務部。或者，請致電州健康保險援助計劃，此政府機構會提供個人化協助。

在第 1 級上訴期間，品質改善 組織會審查您的上訴。並會確認您的預定出院日期是否具有醫療正當性。

品質改善 組織是由醫師及其他健康照護專家組成的團體，其領取聯邦政府支付的薪酬，負責查核及協助改善提供給 Medicare 保戶的照護品質。這包括審查 Medicare 保戶的出院日期。這些專家與本計劃並無關聯。

步驟 1：聯絡您所在州的品質改善 組織，並要求對您的出院進行立即審查。您必須快速採取行動。

如何聯絡此組織？

- 您收到的書面通知 (*Medicare 提供的重要權利須知*) 會告訴您如何聯絡此組織。或者，您也可以在第 2 章中找到您所在州的品質改善組織名稱、地址和電話號碼。

快速採取行動：

- 若要提出上訴，您必須在離開醫院之前聯絡品質改善組織，且不能晚於您出院日的午夜。
 - 如果您遵守此期限，您就能在出院日期之後繼續留院，且不需要支付費用，等待品質改善組織做出裁定。
 - 如果您未遵守此期限，並且決定要在預定出院日期之後繼續留院，在預定出院日期之後取得的醫院照護費用可能須由您全額支付。

在您要求立即審查您的出院之後，品質改善組織將與我們聯絡。在接到聯絡的隔天中午前，我們將向您提供詳細出院通知。本通知寫明您預定出院日期，並詳細說明為何您的醫師、醫院或我們認為安排您當日出院並無不當 (醫療正當性) 。

您可以致電會員服務部或全年無休的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，以取得一份詳細出院通知範例。(TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。) 您亦可透過 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices 線上查看通知範本。

步驟 2：品質改善 組織會對您的個案進行獨立審查。

- 品質改善組織的醫療專業人員 (簡稱「審查人員」) 會詢問您 (或您的代表) 為何認為需要繼續給付服務。您不必準備任何書面資料，不過準備與否可依您自己的意願而定。
- 審查人員也會審閱您的健康資訊、與您的醫師會談，以及審查醫院和我們提供的資訊。
- 在審查人員通知我們您提出上訴後的隔天中午之前，您會收到寫明您預定出院日期的書面通知。本通知也會詳細說明為何您的醫師、醫院或我們認為安排您當日出院並無不當 (醫療正當性) 。

步驟 3：在品質改善 組織收齊所有必要資訊後的一天內，該組織將向您提供上訴答覆。

如果審查組織同意上訴要求會如何？

- 如果審查組織同意，只要您的給付住院服務具有醫療正當性，我們就必須持續提供這些服務。
- 您將須持續支付您應付的分攤費用 (例如適用的自付額或共付額)。此外，您的給付住院服務可能設有限制。

如果審查組織否決上訴要求會如何？

- 如果審查組織否決，表示他們認為您的預定出院日期具有醫療正當性。若是如此，我們的住院服務給付會在品質改善組織回覆上訴後的隔天中午終止。
- 如果審查組織否決您的上訴，而您決定繼續留院，則在品質改善組織向您提供上訴答覆的隔天中午過後，您必須全額支付所獲醫院照護的費用。

步驟 4：如果第 1 級上訴遭到否決，您可決定是否要再提上訴。

- 如果品質改善組織否決您的上訴，且您在預定出院日期過後仍持續住院，則您可以再提上訴。再提上訴表示您要繼續上訴程序的「第 2 級」。

第8.3節 逐步說明：如何提出第 2 級上訴要求更改出院日期

在第 2 級上訴，您要求品質改善組織重新審閱其第一個上訴裁定。如果品質改善組織駁回您的第 2 級上訴，則您可能必須自行負擔預定出院日期後的全額住院費用。

步驟 1：再度聯絡品質改善組織，要求重新審查。

- 您必須在品質改善組織否決第 1 級上訴當日後 60 個日曆日內，要求進行此審查。您必須在照護給付終止當日過後仍繼續住院，才能要求此審查。

步驟 2：品質改善組織對您的情況進行第二次審查。

- 品質改善組織的審查人員會重新仔細審閱所有上訴相關資訊。

步驟 3：在收到您的第 2 級上訴要求後 14 個日曆日內，審查人員將裁定您的上訴並向您告知裁定結果。

如果審查組織同意：

- 我們必須補償您的部分，是自品質改善組織駁回初次上訴隔天中午起，您獲得之所有醫院照護的我方應付分攤費用。我們必須持續為您給付具有醫療必要性的住院照護。
- 您必須續繳您應付的分攤費用，且可能會有相關給付服務限制。

如果審查組織否決：

- 表示他們同意自己做出的第 1 級上訴裁定。
- 您收到的通知書會寫明如果想繼續審查程序該怎麼做。

步驟 4：如果裁定結果為否決，您將須決定是否進入第 3 級以進一步提出上訴。

- 第 2 級之後有三個額外上訴程序層級 (總共五個上訴層級)。如果您想要提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴裁定後收到的書面通知中會詳細提供其方法。
- 第 3 級上訴會由行政法官或司法審裁官處理。本章第 10 節詳細說明上訴程序的第 3 級、第 4 級和第 5 級。

第9節 如果您認為給付太早結束，如何要求我們繼續給付特定醫療服務

第9.1節 此節僅說明僅三種服務：居家健康照護、專業療養機構醫護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務

當您獲得給付的居家健康服務、專業療養機構照護或復健照護（綜合門診復健機構）時，只要照護對於診斷和治療您的疾病或受傷有其必要性，您就有權持續獲得該類型照護的服務。

當我們決定是時候停止給付上述三種照護類型中的任一種時，我們必須事先通知您。該照護給付終止後，我們會止付您的照護。

如果您認為我們太早終止給付您的照護，可就我們的裁定提出上訴。本節告知如何提出上訴。

第9.2節 我們會事先告知您即將終止您的給付

法律術語

「**Medicare 不承保服務通知。**」其中說明如何要求「快速審批上訴」。請求快速審批上訴是一種正式、合法的方式，請求變更我們關於何時終止您的照護的給付裁定。

1. 您至少會在本計劃即將終止照護給付的兩天前收到書面通知。該通知說明：
 - 我們終止照護給付的確切日期。
 - 如何申請「快速審批上訴」，以要求我們延長照護給付時間。
2. 您或代表您行事的人會被要求在書面通知上簽名，表示您已收到通知。在通知上簽名僅表示您已收到給付結束時間資訊。在通知上簽名並不表示您同意本計劃終止照護的決定。

第9.3節 逐步說明：如何提出第 1 級上訴以要求本計劃延長您的照護給付時間

若您要求我們延長您的照護給付時間，您將需使用上訴程序來提出此要求。在開始之前，請先瞭解需做事項與相關期限。

- 按照程序進行。
- 遵守期限。
- 需要時請尋求協助。不論何時遇到問題或需要協助，請隨時致電會員服務部。或者，請致電州健康保險援助計劃，此政府機構會提供個人化協助。

在第 1 級上訴期間，品質改善 組織會審查您的上訴。該組織會決定您的照護終止日期是否具有醫療正當性。

品質改善 組織是由醫師及其他健康照護專家組成的團體，其領取聯邦政府支付的薪酬，負責查核及協助改善提供給 Medicare 保戶的照護品質。這包括審查計劃決定何時停止給付特定種類的醫療照護。這些專家與本計劃並無關聯。

步驟 1：您提出第 1 級上訴：聯絡品質改善 組織，並要求進行快速審批上訴。您必須快速採取行動。

如何聯絡此組織？

- 您收到的書面通知 (*Medicare 不承保服務通知*) 會告訴您如何聯絡此組織。或者，您也可以在第 2 章中找到您所在州的品質改善組織名稱、地址和電話號碼。
- 如何聯絡此組織
- **快速採取行動：**
 - 您必須在 Medicare 不給付通知上的生效日期前一天中午之前，聯絡品質改善組織以開始上訴。

步驟 2：品質改善 組織會對您的個案進行獨立審查。

法律術語

「不給付詳細說明。」詳細說明為何終止給付的通知。

此審查過程為何？

- 品質改善組織的醫療專業人員 (簡稱「審查人員」) 會詢問您或您的代表為何認為需要繼續承保服務。您不必準備任何書面資料，不過準備與否可依您自己的意願而定。
- 審查組織也會審閱您的健康資訊、與您的醫師會談，以及審查本計劃提供給他們的資訊。
- 在審查人員向我們告知您提出上訴之後，您會於當天結束之前收到我們的不給付詳細說明，詳細解釋為何我們終止您的服務給付。

步驟 3：所有必要資訊收齊後，審查人員會在一天內向您告知其裁定。

若審查人員同意您的上訴會如何？

- 如果審查人員同意您的上訴要求，則我們必須持續為您給付醫療必要性服務。
- 您將須持續支付您應付的分攤費用 (例如適用的自付額或共付額)。您的承保服務可能設有限制。

若審查人員否決您的上訴會如何？

- 如果審查人員否決，則您的給付會在我們所稱的截止日終止。
- 如果您決定在給付終止日期過後仍要繼續接受居家健康照護、專業療養機構醫護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則該照護的全額費用需由您自行承擔。

步驟 4：如果第 1 級上訴遭到否決，您可決定是否要再提上訴。

- 如果審查人員否決您的第 1 級上訴，且您選擇在照護給付終止後持續接受已終止給付的照護，則您可以提出第 2 級上訴。

第9.4節 逐步說明：如何提出第 2 級上訴以要求本計劃延長您的照護給付時間

在第 2 級上訴，您要求品質改善組織重新審閱您第一個上訴裁定。如果品質改善組織駁回您的第 2 級上訴，則在我們指定的給付終止日過後，所有居家健康照護、專業療養機構醫護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務的全額費用可能須由您自行承擔。

步驟 1：再度聯絡品質改善 組織，要求重新審查。

- 您必須在品質改善組織否決您的第 1 級上訴當日後 60 天內，要求進行此審查。您必須在照護給付終止當日過後仍繼續接受照護，才能要求重審。

步驟 2：品質改善 組織對您的情況進行第二次審查。

- 品質改善組織的審查人員會重新仔細審閱所有上訴相關資訊。

步驟 3：在收到您的上訴要求 14 天內，審查人員將裁定您的上訴並向您告知裁定結果。

若審查組織同意您的上訴會如何？

- 我們必須向您報銷，支付自我們所稱的給付終止日起，我方對於您獲得之所有照護的應付分攤費用。我們必須持續給付醫療必要性照護。
- 您必須繼續支付您的應付分攤費用，且可能會有給付限制。

若審查組織否決您的上訴會如何？

- 這表示他們同意針對您的第 1 級上訴所做出的裁定。
- 您收到的通知書會寫明如果想繼續審查程序該怎麼做。該通知也會詳細提供續提下一級上訴的方式，該上訴會由行政法官或司法審裁官處理。

步驟 4：如果裁定結果為否決，您將須決定是否進一步提出上訴。

- 第 2 級之後有三個額外上訴等級 (總共五個上訴等級)。如果您想要提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴裁定後收到的書面通知中會詳細提供其方法。
- 第 3 級上訴會由行政法官或司法審裁官處理。本章第 10 節詳細說明第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的程序。

第10節 提出第 3 級及以上上訴

第10.1節 醫療服務要求的第 3 級和第 4 級上訴

如果您已提出第 1 級和第 2 級上訴，而兩個上訴皆已遭到駁回，本節可能適用於您。Integrated Administrative Hearing Office (IAHO) 寄給您的信函會說明如果想繼續上訴程序該怎麼做。

如果您在上訴程序的任何階段需要協助，您可以聯絡獨立消費者維權網 (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN)。電話號碼為 1-844-614-8800。

第 3 級上訴 Medicare 上訴委員會 (簡稱委員會) 將審查您的上訴並向您提供答覆。此委員會隸屬聯邦政府。

- 如果裁定結果為同意，或委員會否決我們對有利於您的第 3 級上訴裁定提出的審查要求，上訴程序可能或可能不會結束。與第 2 級的裁決不同，我們有權對有利於您的第 3 級裁決提出上訴。我們將決定是否針對此裁定進行第 4 級上訴。
 - 如果我們決定不對裁決提出上訴，即須在收到委員會裁決後 60 個日曆日內，為您授權或提供醫療照護。
 - 如果我們決定對裁決提出上訴，將以書面形式通知您。
- 如果裁定結果為否決，或如果委員會否決審查要求，上訴程序可能或可能不會結束。
 - 如果您決定接受您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
 - 如果您不想接受此裁定，或可繼續進入審查程序的下一級。如果委員會否決您的上訴，您收到的通知書將告知您依規定是否可讓您繼續進行第 4 級上訴及其方式。

第 4 級上訴 聯邦地區法院的法官將審查您的上訴。

- 法官會審查所有資訊，並決定同意或否決您的要求。這是最終答案。聯邦地區法院之後沒有其他上訴等級。

第10.2節 其他 Medicaid 上訴

如果您的上訴與 Medicaid 通常承保的服務或項目有關，您也享有其他上訴權利。公平聽證會辦公室寄給您的信函會說明如果想繼續上訴程序該怎麼做。

第10.3節 D 部分藥物要求的第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴

如果您已提出第 1 級和第 2 級上訴，而兩個上訴皆已遭到駁回，本節可能適用於您。

如果您上訴的藥物金額達到特定金額，或可繼續進行其他層級的上訴。如果金額少於該特定限額，您即無法再繼續上訴。您收到的第 2 級上訴書面回覆會說明您該與誰聯絡，以及提出第 3 級上訴的方式。

就涉及上訴的大多數情況而言，最後三級上訴的運作方式大致相同。以下人員會負責處理各級上訴審查。

第 3 級上訴 任職於聯邦政府的行政法官或司法審裁官將審查您的上訴並向您提供答覆。

- 如果裁定結果為同意，上訴程序即結束。我們必須授權或提供行政法官或司法審裁官核准的藥物給付，期限為收到裁定後 72 小時內 (若為加速上訴，則是 24 小時內)，或在 30 個日曆日內付款。
- 如果裁定結果為否決，上訴程序可能或可能不會結束。
 - 如果您決定接受您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
 - 如果您不想接受此裁定，可以繼續進入審查程序的下一級。您收到的通知將告訴您如何執行第 4 級上訴。

第 4 級上訴 Medicare 上訴委員會 (簡稱委員會) 將審查您的上訴並向您提供答覆。此委員會隸屬聯邦政府。

- 如果裁定結果為同意，上訴程序即結束。我們必須授權或提供委員會核准的藥物給付，期限為收到裁定後 72 小時內 (若為加速上訴，則是 24 小時內)，或在 30 個日曆日內付款。
- 如果裁定結果為否決，上訴程序可能或可能不會結束。
 - 如果您決定接受您的上訴駁回裁定，上訴程序即結束。
 - 如果您不想接受此裁定，或可繼續進入審查程序的下一級。如果委員會否決您的上訴或否決您的上訴審查要求，通知書中將告知您，依規定是否可讓您繼續進行第 5 級上訴。該通知書也將告知您該與誰聯絡，以及如果您選擇繼續進行上訴的後續程序。

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

第 5 級上訴 聯邦地區法院的法官將審查您的上訴。

- 法官會審查所有資訊，並決定同意或否決您的要求。這是最終答案。聯邦地區法院之後沒有其他上訴等級。

第11節 如何提出與照護品質、等候時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴**第11.1節** 投訴程序用於處理哪些類型的問題？

投訴程序僅適用於處理特定類型的問題。其中包括有關照護品質、等候時間和客戶服務方面的問題。以下是投訴程序處理的各種問題的範例。

投訴	範例
您的醫療照護品質	<ul style="list-style-type: none"> • 您對獲得的照護品質 (包括醫院中的照護) 不滿意？
尊重您的隱私權	<ul style="list-style-type: none"> • 是否有人不尊重您的隱私權或分享機密資訊？
不尊重、客戶服務品質不佳或其他負面行為	<ul style="list-style-type: none"> • 是否有人對您不禮貌或不尊重？ • 您對我們的會員服務部不滿意？ • 您覺得被慫恿退保本計劃？
等候時間	<ul style="list-style-type: none"> • 您是否在預約上有困難或等候太久？ • 醫師、藥劑師或其他醫療專業人員是否讓您等候太久？或是會員服務部或本計劃的其他員工讓您等候太久？ <ul style="list-style-type: none"> ◦ 範例包括：致電、候診、檢驗室或領取藥物時等候太久。
清潔度	<ul style="list-style-type: none"> • 您對診所、醫院或醫師辦公室的清潔度或情況不滿意？
您向我們索取的資訊	<ul style="list-style-type: none"> • 我們是否未向您提供必要的通知？ • 我們的書面資訊是否難以理解？
及時性 (這些類型的投訴全都與我們針對給付裁定和上訴採取的行動及時性有關)	<p>如果您已要求我們做出給付裁定或已提出上訴，而您認為我們回覆的速度不夠快，您可以投訴我們處理緩慢。範例如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您要求我們提供「快速給付裁定」或「快速上訴」，而我們予以否決；您可以提出投訴。 • 您認為我們未遵守給付裁定或上訴的期限；您可以提出投訴。 • 您認為我們未遵守給付或報銷已核准之特定醫療項目或服務或藥物的期限；您可以提出投訴。 • 您認為我們未能遵守將您的個案轉交獨立審查組織的規定期限；您可以提出投訴。

第11.2節 如何提出投訴

法律術語

- 「投訴」也稱為「申訴」。
- 「提出投訴」也稱為「提出申訴」。
- 「使用投訴程序」也稱為「使用提交申訴程序」。
- 「快速投訴」也稱為「加速申訴」。

第11.3節 逐步說明：提出投訴

步驟 1：立即聯絡我們 – 透過電話或書面方式。

- 致電會員服務部通常是第一個步驟。會員服務部會向您告知任何必辦事項。
- 如果您不想打電話 (或您已打電話但不滿意)，則可透過書面方式將投訴寄給我們。如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式回覆您的投訴。
- 我們將嘗試透過電話解決您的投訴。如果您要求書面回覆，請提交書面申訴，或者如果您的投訴是與照護品質有關，我們即會以書面形式回覆您。如果無法透過電話解決您的投訴，我們設有審查投訴的正式程序。我們將之稱為「會員申訴程序」。
- 每當 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 延長做出組織裁決或重新考量裁定的時間，或我們拒絕加速組織裁決或重新考量的要求時，您或您的授權代表都有權提交加速申訴。(當我們做出給付裁定或裁定涉及 B 部分或 D 部分藥物的上訴時，我們不能延期。) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 將在收到後 (24) 小時內回覆這些申訴。
- 我們必須根據您的健康狀態並依您的個案要求盡快處理您的申訴，最遲不超過收到投訴後 30 天。如果您要求延長，或如果我們需要其他資訊且該延遲符合您的最佳利益，我們最多可將此時間範圍延長 14 天。
- 無論是透過電話或書面方式，您皆應立即聯絡會員服務部。您可以在遇到您想投訴的問題後，隨時提出投訴。

步驟 2：我們調查您的投訴，並向您提供答覆。

- 若有可能，我們會立即回覆您。如果您致電向我們投訴，我們可能會在該通話期間給您答覆。
- 大多數投訴會在 30 個日曆日內提供答覆。如果我們需要更多資訊且該延遲符合您的最佳利益，或如果您要求更多時間，我們最多可再增加 14 個日曆日 (總共 44 個日曆日) 的處理時間來對您的投訴做出答覆。如果我們裁定需要更多時間，會以書面方式通知您。
- 如果您要投訴是因為我們否決您的「快速給付裁定」或「快速上訴」要求，我們會自動採取「快速投訴」的方式處理。如果您得到「快速投訴」，即表示我們會在 24 小時內答覆您。
- 如果我們不同意您的部分或全部投訴內容，或不對您投訴的問題負責，我們將在回覆中附上原因。

第11.4節 您也可以向品質改善 組織提出照護品質投訴

如果提出的投訴與照護品質有關，您還有另外兩個選項：

第8章如果您有問題或需要投訴 (給付裁定、上訴、投訴) 該怎麼辦

- 您可以直接向品質改善 組織提出投訴。品質改善組織是由執業醫師及其他健康照護專家組成的團體，其領取聯邦政府支付的薪酬，負責查核及改進提供給 Medicare 病患的照護品質。第 2 章提供聯絡資訊。
- 或
- 您可以同時向本計劃以及品質改善 組織提出投訴。

第11.5節 您也可以向 Medicare 和 Medicaid 提出投訴

您可以直接向 Medicare 提交 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 相關投訴。如果要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 使用者應撥打 1-877-486-2048。

第9章

停保本計劃

第1節 終止計劃會員資格簡介

終止您在 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 保戶資格的程序，可以是自願性（您自己的選擇）或非自願性（非您自己的選擇）：

- 您可能因為自行決定您想要退出而退保本計劃。第 2 和第 3 節提供了有關自願停保的資訊。
- 在某些限定情況下，雖然您未選擇退出，但我們必須終止您的保戶資格。第 5 節說明在哪些情況下我們必須終止您的保戶資格。

如果您要退出本計劃，本計劃必須繼續提供您醫療照護和處方藥，而您將繼續支付分攤費用，直到您的保戶資格終止。

第2節 何時可以停保本計劃？

第2.1節 您可因為您是 Medicare 和 Medicaid 的保戶而停保

- 大多數 Medicare 保戶只能在一年當中的某些時候停保。因為您享有 Medicaid，您可於一年中的任何一個月來停保我們的計劃。您也可以選擇在任何月份加入另一 Medicare 計劃，包括：
 - 擁有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare
 - 無獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare（如果您選擇此類計劃，除非您已選擇不自動投保，否則 Medicare 可能會替您投保藥物計劃。）
 - 如果符合條件，可在一個計劃中提供您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服務的綜合 D-SNP。

註：如果您從 Medicare 處方藥保險退保，且連續 63 天或以上沒有「可抵免」處方藥給付，假設您之後加入 Medicare 藥物計劃，可能必須支付 D 部分延遲投保罰款。

請聯絡您所在州的 Medicaid 辦公室以瞭解 Medicaid 計劃選項（您可在本文件第 2 章第 6 節中找到電話號碼）。

- 年度投保期間還提供其他 Medicare 健康計劃選項。第 2.2 節提供年度投保期間詳細資訊。
- 您將於何時停保？停保生效日通常是我們收到您的變更計劃申請後當月的第一天。您投保的新計劃也會在這一天開始生效。

第2.2節 您可以在年度投保期間停保

您可以在年度投保期間（也稱為年度開放投保期間）停保。在此期間，請檢查您的健康和藥物給付範圍，並決定來年的保險。

- 年度投保期間：10 月 15 日至 12 月 7 日。
- 選擇保留您目前的保險，或變更來年的保險範圍。如果您決定變更為新的計劃，可以選擇下列任一類型的計劃：
 - 另一有或無處方藥給付的 Medicare 健康計劃。
 - 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare

或

第9章停保本計劃

- 無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
- 當新計劃的給付在 1 月 1 日開始生效時，即為您在本計劃的停保生效日。

您獲得 Medicare 支付處方藥的「額外補助」(Extra Help)：如果您轉換到 Original Medicare，但沒有另外投保單獨的 Medicare 處方藥計劃，除非您已選擇不自動投保，否則 Medicare 可能會替您投保藥物計劃。

註：如果您從 Medicare 處方藥保險退保，且連續 63 天或以上沒有可抵免處方藥給付，假設您之後加入 Medicare 藥物計劃，可能必須支付 D 部分延遲投保罰款。

第2.3節 您可以在 Medicare Advantage 開放投保期間停保

您可以在 Medicare Advantage 開放投保期間變更一次健康保險。

- 每年的 Medicare Advantage 開放投保期為 1 月 1 日至 3 月 31 日，而對於加入 MA 計畫的新 Medicare 受益人，則是從 A 部分和 B 部分的權利月份到權利第三個月的最後一天。
- 在 Medicare Advantage 年度開放投保期間，您可以：
 - 轉換至另一項有或無處方藥給付的 Medicare Advantage 計畫。
 - 從本計畫退保並透過 Original Medicare 獲得給付。如果您選擇在這段期間轉換到 Original Medicare，您還可以在此時加入單獨的 Medicare 處方藥計畫。
- 停保生效日是您投保另一不同 Medicare Advantage 計畫，或我們收到您申請轉換到 Original Medicare 後當月的第一天。如果您也選擇投保 Medicare 處方藥計畫，您的藥物計畫會員資格將在藥物計畫收到您的投保申請後當月的第一天開始生效。

第2.4節 在某些情況下，您可以在特殊投保期間停保

在某些情況下，您可能有資格在一年當中的其他時候停保。這稱為特殊投保期間。

如果您符合下列任何一種情況，您可能有資格在特殊投保期間停保。以下僅列出幾個範例，如需完整清單，您可以聯絡本計劃、致電 Medicare 或瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)：

- 通常在您搬遷後。
- 如果您有 New York Medicaid。
- 您有資格獲得「額外補助」(Extra Help) 以支付您的 Medicare 處方藥。
- 我們違反與您之間的合約。
- 您在療養院或長期照護 (LTC) 醫院等機構獲得照護。
- 您投保老年人全面照護計畫 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)。
- 註：如果您投保了一項藥物管理計畫，則可能無法更換計畫。第 5 章第 10 節提供藥物管理計畫的詳細資訊。
- 註：第 2.1 節詳細說明 Medicaid 保戶適用的特殊投保期間。

根據您的情況，投保期間會有所不同。

若要瞭解您是否符合在特殊投保期間停保的資格，請致電 Medicare，電話號碼為：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。如果您因特殊情況而有資格停保，則可同時選擇變更 Medicare 健康保險和處方藥保險。您可以選擇：

- 另一有或無處方藥給付的 Medicare 健康計畫，

第9章停保本計劃

- 擁有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
- – 或者 – 無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

註：如果您從 Medicare 處方藥保險退保，且連續 63 天或以上沒有可抵免處方藥給付，假設您之後加入 Medicare 藥物計劃，可能必須支付 D 部分延遲投保罰款。

您獲得 Medicare 支付處方藥的「額外補助」(Extra Help)：如果您轉換到 Original Medicare，但沒有另外投保單獨的 Medicare 處方藥計劃，除非您已選擇不自動投保，否則 Medicare 可能會替您投保藥物計劃。

停保生效日通常是收到您的變更計劃申請後當月的第一天。

註：第 2.1 節和第 2.2 節詳細說明適用於 Medicaid 和「額外補助」(Extra Help) 保戶的特殊投保期間。

第2.5節 可在何處取得可停保時間的詳細資訊？

如果您對於停保有任何疑問，您可以：

- 請致電會員服務部。
- 請參閱「Medicare 與您2025」手冊。
- 請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。(TTY：1-877-486-2048)。

第3節 如何停保本計劃？

下表說明您應如何停保本計劃。

如果您想要從本計劃轉換到：	您應該這麼做：
<ul style="list-style-type: none"> • 另一 Medicare 健康計劃 	<ul style="list-style-type: none"> • 投保新的 Medicare 健康計劃。您的新保險將從下個月的第一天開始生效。 • 當新計劃的給付生效時，您即會自動退保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。
<ul style="list-style-type: none"> • 有單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • 投保新的 Medicare 處方藥計劃。您的新保險將從下個月的第一天開始生效。 • 當新計劃的給付生效時，您即會自動退保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。
<ul style="list-style-type: none"> • 無單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 如果您轉換到 Original Medicare，但沒有另外投保單獨的 Medicare 處方藥計劃，除非您已選擇不自動投保，否則 Medicare 可能會替您投保藥物計劃。 	<ul style="list-style-type: none"> • 將退保的書面要求寄給我們如需詳細瞭解如何進行，請聯絡會員服務部。 • 您也可以致電 Medicare 並提出退保的要求，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。 • 當您的 Original Medicare 給付生效時，您即會退保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。

第9章停保本計劃

如果您想要從本計劃轉換到：

您應該這麼做：

- 如果您從 Medicare 處方藥保險退保，且連續 63 天或以上沒有可抵免處方藥給付，假設您之後加入 Medicare 藥物計劃，可能必須支付延遲投保罰款。

註：如果您從 Medicare 處方藥保險退保，且連續 63 天或以上沒有可抵免處方藥給付，假設您之後加入 Medicare 藥物計劃，可能必須支付 D 部分延遲投保罰款。

如對您的 Medicaid 福利有相關問題，請聯絡 New York Medicaid (電話：(800) 505-5678、Nassau 郡社工服務部 (電話：(516) 227-7474；Bronx、Kings、New York、Queens、Richmond 郡人力資源管理/社工服務部 (電話：(718) 557-1399,)；Orange 郡社工服務部 (電話：(845) 291-4000)；Rockland 郡社工服務部 (電話：(845) 364-3040 或 Westchester 郡社工服務部 (電話：(914) 995-3333)，服務時間：週一至週五，上午 8:30 至晚上 8:00，週六上午 10:00 至下午 6:00。詢問加入另一計劃或轉回 Original Medicare 會對您獲得 Medicaid 給付項目有何影響。

第4節 在停保之前，您必須持續透過本計劃獲得醫療項目、服務和藥物

在您的 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 停保和新的 Medicare 保險生效之前，您必須繼續透過本計劃取得醫療專案、服務和處方藥。

- 繼續透過我們的網絡醫療服務提供者獲得醫療照護。
- 繼續透過我們的網絡藥局領取處方藥。
- 如果您在停保當日住院，出院前的所有住院費用會由本計劃給付 (即使您在新的健康保險開始生效後才出院亦然)。

第5節 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 在某些情況下，必須終止您的計劃會員資格

第5.1節 我們何時必須終止您的計劃保戶資格？

如果發生下列任何一種情況，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 必須終止您的計劃保戶資格：

- 您不再享有 Medicare A 部分和 B 部分。

您不再符合 Medicaid 的資格。如第 1 章第 2.1 節所述，本計劃適用於有資格同時享有 Medicare 和 Medicaid 者。當 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 裁定您不再符合資格要求時，您將會收到通知，說明可能將您退保的原因。然後，自信函所載日期起算，您將有 3 個月 (90 天) 的時間回覆，以要求重新審議您在本計劃中的保戶資格。

- 您搬離我們的服務區域。
- 您離開我們的服務區域達六個月以上。
 - 若您打算搬家或度長假，請致電會員服務部，以查詢您欲遷往或欲前往旅行的地點是否位在本計劃服務區域內。

第9章 停保本計劃

- 您受到監禁（入獄）。
- 您已不再是美國公民，或不再擁有美國合法居留權。
- 您欺騙或隱瞞您擁有其他為您提供處方藥給付的保險資訊。
- 如果您在參加我們的計劃時故意向我們提供不正確的資訊，並且這些資訊影響您參加我們計劃的資格。（除非我們先獲得 Medicare 的許可，否則我們無法基於此原因要求您退出本計劃。）
- 如果您的行為持續具有破壞性，讓我們難以為您和我們計劃的其他會員提供醫療照護。（除非我們先獲得 Medicare 的許可，否則我們無法基於此原因要求您退出本計劃。）
- 您讓他人冒用您的會員卡來獲得醫療照護。（除非我們先獲得 Medicare 的許可，否則我們無法基於此原因要求您退出本計劃。）
 - 若您因此退保，Medicare 可能會將您的個案送交監察長進行調查。
- 如果您由於收入而須支付額外的 D 部分金額，但您並未支付，Medicare 會將您從本計劃退保。

可在何處獲得詳細資訊？

如果您對何時會被終止保戶資格有任何疑問或想獲得更詳細的資訊，請致電會員服務部。

第5.2節 我們不得基於任何健康相關原因要求您退出本計劃

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 不得基於任何健康相關原因要求您退出本計劃。

如果發生這種情況，您該怎麼做？

如果您認為我們以健康相關原因為由要求您退保，請致電 Medicare，電話號碼為：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，本專線全年無休 (TTY 1-877-486-2048)。

第5.3節 如果我們終止您的計劃保戶資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，必須以書面方式向您說明停保原因。我們也必須告訴您如何就該終止保戶資格的裁定提出申訴或投訴。

第10章

法律通知

第10章法律通知

第1節 管轄法律聲明

適用於本承保範圍證明文件的主要法律為《社會安全法第十八篇》(Title XVIII of the Social Security Act)，以及 Centers for Medicare & Medicaid Services (也稱為 CMS) 根據社會安全法制定的法規。此外可能也適用其他聯邦法律，且在某些情況下，您居住所在地的州法可能也適用。即使本文件內未納入或說明這些法律，但這些法律仍可能影響您的權利與責任。

第2節 不歧視聲明

我們不會基於以下原因歧視您：種族、族裔、國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、性取向、精神或身體殘疾、健康狀況、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或服務區域內的地理位置。所有提供 Medicare Advantage 計劃的所有組織 (如本計劃)，都必須遵守反歧視的聯邦法律，包括「1964 年民權法案第六篇」(Title VI of the Civil Rights Act of 1964)、「1973 年康復法案」(Rehabilitation Act of 1973)、「1975 年年齡歧視法案」(Age Discrimination Act of 1975)、「美國身心障礙者法案」(Americans with Disabilities Act)、「可負擔保健法案第 1557 節」(Section 1557 of the Affordable Care Act)、適用於獲得聯邦基金之組織的所有其他法律，以及適用於任何其他原因的任何其他法律和規定。

若要獲得詳細資訊或有歧視或不公平對待的疑慮，請致電衛生及公共服務部 (Department of Health and Human Services) 的民權辦事處，電話號碼為：1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 或您的當地民權辦事處。您也可以造訪衛生及公共服務部的民權辦事處網站查閱相關資訊：<https://www.hhs.gov/ocr/index.html>。

如果您是殘障人士，並且需要幫助以得到照護，請致電會員服務部與我們聯絡。如果您提出投訴，例如無障礙輪椅相關問題，會員服務部可以提供協助。

第3節 Medicare 次要保險人代位求償權聲明

我們有權利也有責任收取 Medicare 非主要保險人之 Medicare 給付服務保費。根據聯邦法規彙編 (Code of Federal Regulations, CFR) 分類 42 第 422.108 節和第 423.462 節的 CMS 規定，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 做為 Medicare Advantage 組織，可行使的追償權與部長根據 CFR 分類 42 之 411 部分 B 到 D 子部分 CMS 規定行使者相同，且本節的規定取代任何州法。

第11章

重要詞彙定義

第11章重要詞彙定義

門診手術中心 – 門診手術中心是專門向不需要住院和預計不會在中心停留超過 24 小時之患者提供門診手術服務的實體。

上訴 – 上訴是指我們否決您的健康照護服務或處方藥給付要求，或拒絕支付為您已獲得的服務或藥物支付費用，而您對此裁定存有異議時所採取的措施。如果您不同意我們裁定停止您正在接受的服務，您也可以提出上訴。

福利期 – 本計劃和 Original Medicare 用來衡量您的醫院和專業療養機構 (SNF) 服務使用的方法。福利期從您入住醫院或專業療養機構的當日開始。在您連續 60 天沒有接受任何住院照護 (或專業療養機構 (SNF) 專業護理) 時，福利期即結束。如果您在一個福利期結束後入住醫院或專業療養機構 (SNF)，即開始新的福利期。福利期沒有次數限制。

生物製品 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然活體來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物相似性藥物。(另請參閱「原生物製品」和「生物相似性藥物」)。

生物相似性藥物 – 與原生物製品非常相似但並非完全相同的處方藥。生物相似性藥物與原生物製品一樣安全有效。一些生物相似性藥物可以在藥局替代原生物製品，而無需新處方。(請參閱「可互換的生物相似性藥物」)。

原廠藥 – 由原本研發藥物之製藥公司所製造和銷售的處方藥。原廠藥與非專利版的藥物具有相同的有效成分配方。不過，非專利藥通常要等到原廠藥專利失效後才能由其他藥物製造商進行製造、銷售和上市。

重大傷病給付階段 – 當您 (或有資格代表您的其他方) 在給付年度期間為 D 部分給付藥物花費了 \$2,000 時，D 部分藥物福利的階段開始。**Medicare & Medicaid Services (CMS)** – 管理 Medicare 的聯邦機構。

共保額 – 您可能還須支付的金額，以百分比 (例如 20%) 表示您應付的服務或處方藥分攤費用。

投訴 – 「提出投訴」的正式名稱是「提交申訴」。投訴程序僅適用於處理特定類型的問題。這些問題涉及照護品質、等候時間和您獲得的客戶服務。針對計劃沒有遵守上訴程序中的時限所進行的投訴也包括在內。

綜合門診復健機構 (CORF) – 此類機構主要提供病後或傷後的復健服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療和言語及語言病理學服務，以及居家環境評估服務等各項服務。

共付額 – 您可能需要支付的醫療服務或藥物的分攤費用，例如看醫師、醫院門診或處方藥的費用。共付額通常是固定的金額 (例如 \$10)，而不是百分比。

分攤費用 – 分攤費用是指會員獲得服務或藥物時必須支付的金額。分攤費用包括以下三種付款類型的任意組合：(1) 承保服務或藥物前，本計劃可能收取的任何自付額；(2) 獲得特定服務或藥物時，本計劃要求支付的任何固定「共付額」；或 (3) 獲得特定服務或藥物時，本計劃要求支付的任何「共保額」，為服務或藥物支付之總金額的百分比。

給付裁決 – 裁定為您開立的藥物是否在本計劃給付範圍，以及您必須為該處方支付多少金額 (若有)。一般而言，如果您攜帶處方到藥局，但藥局告訴您該處方不在本計劃給付範圍，這並不是給付裁決。您需要致電或寫信給本計劃，要求做出給付範圍的正式裁定。給付裁決在本文件中稱為「給付裁定」。

給付藥物 – 用來表示本計劃給付所有處方藥的術語。

承保服務 – 用來表示本計劃給付所有健康照護服務和用品的術語。

第11章重要詞彙定義

可抵免處方藥給付 – 處方藥給付計劃（例如由僱主或工會提供者）預期的平均支付金額至少與 Medicare 標準處方藥給付相同。如果某人在符合 Medicare 資格時享有這類型給付，之後決定投保 Medicare 處方藥給付時通常可以保留這類給付，無須支付罰款。

監護性照護 – 監護性照護是當您不需要專業醫療照護或專業護理時，在療養院、安寧療護服務機構或其他機構所得到的照護。監護性照護是由不具專業技能或未經培訓人士所提供的，包括在洗澡、穿衣、吃飯、上下床椅、四處走動和如廁等日常活動方面提供協助。這也可能包括大多數人可自己進行的健康相關護理，例如使用眼藥水。Medicare 不支付監護性照護的費用。

每日費用分攤率 – 當您的醫師針對某種藥物開立少於一整個月的藥量，且您必須支付共付額時，可能適用「每日費用分攤率」。每日費用分攤率是共付額除以一個月中的供藥天數。範例如下：如果您一個月藥量的共付額為 \$30，本計劃中的一個月供藥天數為 30 天，則您的「每日費用分攤率」為每天 \$1。

退保 – 終止您在本計劃保戶資格的程序。

Dual Eligible Special Needs 計劃 (D-SNP) – 有權享有 Medicare（社會保障法第十八篇）和根據 Medicaid 獲得州計劃醫療援助的個人（第十九篇），可以投保此類計劃。各州根據州和個人的資格給付部分或全部 Medicare 費用。

雙重資格人士 – 有資格同時享有 Medicare 和 Medicaid 給付的人士。

耐用性醫療器材 (DME) – 您的醫師基於醫療原因訂購的特定醫療器材。例如：助行器、輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、靜脈注射 (IV) 輸液泵、言語發聲裝置、氧氣設備、霧化器或根據醫療服務提供者醫囑用於住家的病床。

急診 – 急診是指當您或是具有一般健康和醫療常識的其他審慎非專業人士認為您的健康症狀需要立即就醫，否則可能喪命（或您是孕婦，可能失去未出生的孩子）、失去肢體或肢體功能、身體機能喪失或嚴重損傷的情況。醫療症狀可能是疾病、受傷、嚴重疼痛，或是迅速惡化的身體病症。

急診治療 – 符合下列條件的承保服務：(1) 具資格提供急診治療服務之醫療服務提供者提供，以及 (2) 為評估或穩定急診醫療病症所需。

給付範圍證明 (EOC) 與揭露資訊 – 本文件以及您的投保表單和任何其他附件、附約或其他您已選用的選擇性給付，說明您的給付範圍、我們的義務、您的權利以及您身為本計劃會員的應做事項。

例外處理 – 給付裁定的一種，如果獲得核准，您即可獲得不在我們處方集上的藥物（處方集例外處理），或以較低的分攤費用等級獲得非首選藥物（層級例外處理）。如果本計劃要求您先嘗試另一種藥物，才能獲得您所要求的藥物，或本計劃要求對某種藥物進行事先授權而您希望我們放棄標準限制，或本計劃限制您要求的藥物數量或劑量，您也可以申請例外處理（處方集例外處理）。

額外補助 (Extra Help) – Medicare 計劃幫助收入和資源有限者支付 Medicare 處方藥計劃費用，例如：保費、自付額和共保額。

非專利藥 – 通過美國食品藥物管理局 (FDA) 核准，與原廠藥有相同有效成分的處方藥。一般來說，非專利藥的效用與原廠藥相同，但價格比較便宜。

申訴 – 針對我們的計劃、醫療服務提供者或網內藥局提出的投訴類型，包括與您的照護品質有關的投訴。其中並不涉及給付範圍或付款爭議。

居家健康助理 – 該人士提供不需持照護理師或治療師能力的服務，如協助進行個人照護（例如沐浴、如廁、更衣或從事醫師囑咐的活動）。

安寧療護 – 為經醫療認證患有末期疾病的會員提供特殊治療的福利，其預期壽命不超過 6 個月。我們（本計劃）必須向您提供您所在地理區域的安寧療護服務機構名單。如果您選擇安寧療護服務機構，並

第11章重要詞彙定義

繼續支付保費，您仍將是本計劃的會員。您仍然可以獲得所有醫療上必需的服務以及我們所提供的附加福利。

住院 – 正式入院接受專業醫療服務即稱為住院。即使您留在醫院過夜，仍可能被視為門診患者。

按收入每月調整金額 (IRMAA) – 如果從 2 年前開始，您在國稅局 (IRS) 納稅申報表上申報的修正調整後總收入超過一定金額，您將支付標準保費金額，以及「按收入每月調整金額」，也稱為 IRMAA。IRMAA 是在您保費之外增加的額外費用。應支付此金額的 Medicare 保戶不到 5%，因此大多數人無須支付較高的保費。

初始給付階段 – 您當年的自付費用達到自付費用門檻之前的階段。

初始投保期間 – 當您首次符合 Medicare 資格時，您可以投保 Medicare A 部分和 B 部分的期間。如果您在年滿 65 歲時符合投保 Medicare 的資格，您的初始投保期間是從您年滿 65 歲當月的 3 個月前起算 7 個月（包括您年滿 65 歲的當月），並在您年滿 65 歲當月的 3 個月後結束。

綜合 D-SNP – 一種 D-SNP，針對符合 Medicare 和 Medicaid 資格的某些人群，在單一健康計劃下給付 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 服務。這些人士也被稱為全額福利雙重資格人士。

可互換的生物相似藥 – 一種生物相似藥，可在藥局用作原生物相似藥產品的替代品，無需新處方，因為其滿足與自動替代可能性相關的附加要求。藥局的自動替換須遵守州法律。

給付藥物清單 (處方集或「藥物清單」) – 本計劃給付的處方藥清單。

低收入補助 (LIS) – 請參閱「額外補助」(Extra Help)。

製造商折扣計劃 – 根據該計劃，藥品製造商為給付的 D 部分原廠藥和生物製劑支付計劃所承擔全部費用的一部分。折扣是根據聯邦政府與製藥商之間簽訂的合約而定。

自付費用上限金額 – 您在日曆年度期間為給付的 A 部分和 B 部分服務支付的費用上限。您為 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及處方藥費用支付的金額不計入自付費用上限金額。如果您有資格得到 Medicaid 對 Medicare 的分攤費用協助，您就無須為給付的 A 部分和 B 部分服務，支付任何達自付費用上限金額的自付費用。（註：由於我們的會員還能獲得 Medicaid 的援助，因此很少有人達到此自付費用上限。）

Medicaid (或 Medical Assistance) – 這是聯邦和州政府的聯合計劃，可協助某些收入和資源有限的人士支付醫療費用。Medicaid 計劃因州而異，但如果您同時具備 Medicare 和 Medicaid 的資格，大部分健康護理費用都將得到給付。

醫療許可的適應症 – 通過美國食品和藥物管理局核准或得到某些參考文獻的支持的藥物用途，例如美國醫院處方服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

醫療必要性 – 指為預防、診斷或治療您的健康狀況而必須提供的服務、用品或藥物，且須符合公認的醫療行為標準。

Medicare – 為 65 歲或以上者、部分 65 歲以下具有特定殘疾者及末期腎臟病患者（通常是需洗腎或進行腎臟移植的永久性腎衰竭病患）提供的聯邦健康保險計劃。

Medicare Advantage 開放投保期間 – 1 月 1 日至 3 月 31 日期間，Medicare Advantage 計劃會員可以取消其投保計劃並轉換到另一項 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 獲得給付。如果您選擇在這段期間轉換到 Original Medicare，您還可以在此時加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放投保期間也適用於個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時稱為 Medicare C 部分。由與 Medicare 簽約的私人公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分和 B 部分福利。Medicare Advantage 計劃可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人按服務收費 (Private Fee-for-Service, PFFS) 計劃或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶 (Medical

第11章重要詞彙定義

Savings Account, MSA) 計劃。除了從這些類型的計劃中選擇之外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是 Special Needs 計劃 (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare D 部分 (處方藥給付)。這些計劃稱為具有處方藥給付的 Medicare Advantage 計劃。

Medicare 承保服務 – Medicare A 部分和 B 部分承保服務。所有 Medicare 健康計劃都必須給付 Medicare A 部分和 B 部分的所有承保服務。Medicare 承保服務一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力。

Medicare 健康計劃 – 由與 Medicare 簽約的私人公司向享有 Medicare 並投保本計劃的人士提供 Medicare A 部分和 B 部分福利的 Medicare 健康計劃。此術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare Cost 計劃、Special Needs 計劃、Demonstration/Pilot 計劃以及 Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。

Medicare 處方藥給付 (Medicare D 部分) – 此保險幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑和不在 Medicare A 部分或 B 部分給付範圍的某些用品。

Medigap (Medicare Supplement Insurance) 保單 – 由私人保險公司銷售，用於填補 Original Medicare 給付「缺口」的 Medicare 補充保險。Medigap 保單僅可與 Original Medicare 搭配使用。(Medicare Advantage 計劃並非 Medigap 保單。)

會員 (本計劃的會員或計劃會員) – 已投保本計劃，且投保資格已獲 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 確認，可獲得經承保服務的 Medicare 保戶。

會員服務部 – 本計劃中負責解答您會員資格、福利、申訴及上訴等問題的部門。

網內藥局 – 與本計劃簽約且可供本計劃會員獲得其處方藥福利的藥局。在大多數的情況下，您必須在網內藥局購買處方藥，我們才予以給付。

網內醫療服務提供者 – 醫療服務提供者一詞指稱持有 Medicare 和本州頒發之執照或認證，可提供健康照護的醫師、其他健康照護專業人士、醫院和其他健康照護機構的總稱。網內醫療服務提供者則有與本計劃達成協議，接受我們的付款做為全額付款，並在某些情況下協調並為本計劃的會員提供承保服務。網內醫療服務提供者又稱為「計劃提供者」。

組織裁決 – 本計劃針對某個項目或服務是否可獲得給付，或您必須為給付項目或服務支付多少金額所做出的決定。組織裁決在本文件中稱作給付裁定。

原生物製品 – 經美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准的生物製品，可為生產生物相似性藥的製藥商提供參照。亦稱為參考產品。

Original Medicare (Traditional Medicare 或 Fee-for-service Medicare) – Original Medicare 由政府提供，不是 Medicare Advantage 計劃和處方藥計劃之類的私人健康計劃。在 Original Medicare 給付範圍中，Medicare 服務的給付方式是將美國國會規定的付款金額支付給醫師、醫院及其他健康照護提供者。您可以向任何接受 Medicare 的醫師、醫院或其他健康照護提供者求診。您必須支付自付額。Medicare 支付 Medicare 核准的應付分攤費用，而您支付您的分攤費用。Original Medicare 有兩個部分：A 部分 (住院保險) 和 B 部分 (醫療保險)，美國各地均提供。

網外藥局 – 未與本計劃簽約、無法為本計劃會員協調或提供給付藥物的藥局。本計劃不給付您從網外藥局購得的大多數藥物，除非滿足某些條件。

網外醫療服務提供者或網外機構 – 未與本計劃簽約、無法為本計劃會員協調或提供承保服務的醫療服務提供者或機構。網外醫療服務提供者是指非本計劃所聘用、擁有或經營的醫療服務提供者。

自付費用 – 請參閱上文分攤費用的定義。會員必須為獲得的服務或藥物支付一部分的分攤費用規定，也稱為會員的自付費用規定。

第11章重要詞彙定義

自付費用門檻 – 您為 D 部分藥物支付的自付費用的最高金額。

PACE 計劃 – PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) 計劃結合醫療、社會和長期服務和支援 (LTSS)，幫助身體虛弱者盡可能長時間獨立自主並生活在自己的社區中 (而不是住進療養院)。PACE 計劃保戶可透過本計劃同時獲得其 Medicare 和 Medicaid 福利。

C 部分 – 請參閱「Medicare Advantage (MA) 計劃」。

D 部分 – 自願性 Medicare Prescription Drug Benefit 計劃。

D 部分藥物 – 可根據 D 部分獲得給付的藥物。我們可能或可能不會提供所有 D 部分藥物。某些類別的藥物已由美國國會排除在 D 部分給付範圍之外。每個計劃都必須給付特定類別的 D 部分藥物。

D 部分延遲投保罰款 – 如果您在首次有資格加入 D 部分計劃後連續 63 天或以上沒有可抵免給付 (預期的平均支付金額至少與 Medicare 標準處方藥給付相同之給付)，會增加到您月保費中的金額。如果您失去「額外補助」(Extra Help)，且連續 63 天或以上沒有 D 部分或其他可抵免處方藥給付，您可能需要繳納延遲投保罰款。

保費 – 向 Medicare、保險公司或提供健康或處方藥給付健康照護計劃支付的定期款項。

主要醫療服務提供者 (PCP) – 您出現大多數健康問題時第一個找其看診的醫師或其他醫療服務提供者。多數 Medicare 健康計劃均規定您必須先找主要醫療服務提供者看診後，才能找其他健康照護提供者治療。

事先授權 – 獲得服務或特定藥物所需的事先核准。在第 4 章醫療福利表中標示出了需要事先授權的承保服務。需要事先授權的給付藥物已在處方集標記，我們的標準也發佈在我們的網站。

義肢和矯具 – 包括但不限於：手臂、背部和頸部支架；假肢；義眼；以及取代內部身體部位或機能的醫療器材，包括造口用品以及腸內和腸外營養治療。

品質改善 組織 (QIO) – 由執業醫師及其他健康照護專家組成的團體，其領取聯邦政府支付的薪酬，負責查核及改進提供給 Medicare 病患的照護品質。

數量限制 – 這是一種經過專門設計的管理工具，可基於品質、安全或使用原因限制部分藥物的使用。我們可能會針對每張處方箋或定義的期間，設定給付藥物的數量限制。

「即時福利工具」 – 一個門戶網站或電腦應用程式，投保人可以在其中查詢完整、準確、及時、適合臨床、針對投保人的處方集和福利資訊。這包括費用分攤金額，可用於同一健康症狀的替代處方集藥物，以及適用於替代藥物的給付限制 (事先授權、階段治療、數量限制)。

復健服務 – 這些服務包括物理治療、言語及語言治療，以及職業治療。

服務區域 – 加入特定健康計劃時必須居住的地理區域。如果計劃會限制您可能使用的醫師和醫院，此區域通常也是您可以獲得常規 (而非急診) 服務的區域。如果您永久遷離本計劃服務區域，本計劃必須將您退保。

專業療養機構 (SNF) 照護 – 在專業療養機構中提供的連續天數專業療養照護和復健服務。舉例來說，只有護理師或醫師才能提供的物理治療或靜脈注射，即屬此類照護。

Special Needs 計劃 – 特殊 Medicare Advantage 計劃類型，為特定族群 (例如同時享有 Medicare 和 Medicaid 者、療養院院友或患有慢性醫療病症者) 提供更集中的健康照護。

階段治療 – 這是一種服務利用工具，要求您先嘗試以另一種藥物治療您的健康病症，才會給付醫師最初為您開立的藥物。

社會安全生活補助金 (Supplemental Security Income, SSI) – 由社會保障局為有殘疾、失明或 65 歲及以上低收入及資源有限者支付的每月福利。SSI 福利與社會保障福利 (Social Security benefits) 不同。

緊急治療 – 如果您暫時不在計劃服務區域內，或者考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網內醫療服務提供者處獲得服務是不合理的，計劃給付的需要立即就醫且不屬於緊急情況的服務將視為「緊急治療」。緊急治療的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症的意外發作。但是，即使您不在計劃服務區域內，或計劃網內暫時不可用，醫療必要性例行醫療服務提供者就診（例如年度檢查）也不會被視為符合緊急治療要求。

Medicare 語言協助服務



Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-833-671-0440 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-671-0440. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-671-0440. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-833-671-0440。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-833-671-0440 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-671-0440. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-671-0440. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-671-0440. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-671-0440. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-671-0440번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-833-671-0440. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-671-0440. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-833-671-0440 पर कॉल करें। हृदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-833-671-0440. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-671-0440. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-671-0440. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-671-0440. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-671-0440にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Bengali:

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদের কাছে বিনামূল্যে দো-ভাষীর পরামর্শ রয়েছে। কোনও দো-ভাষী পতে, আমাদের 1-833-671-0440 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কউে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরামর্শ।

Yiddish:

מיר האבן פריי יבערזעצער בא דינונגס צו ענטפערן א לע פראגן וואס איר קען האבן וועגן אונזער געזונט א דער מעדיצין פלאן. צו באקומען א יבערזעצער, נאר רופן אונדז אויף 1-833-671-0440. איינער וואס רעדט יידיש קען דיר העלפן. דאס איז א פריי סערוויס.

Urdu:

ہم اپنے صحت یا منشیات کے منصوبوں سے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے مفت تشریحی خدمات بھی پیش کرتے ہیں۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم 1-833-671-0440 پر کال کریں۔ اردو بولنے والے عملے آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Greek:

Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιασδήποτε ερωτήσεις σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνεία, καλέστε μας στο 1-833-671-0440. Κάποιος που μιλά ελληνικά θα σας βοηθήσει. Αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν.



Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員服務部

方法	會員服務部 – 聯絡資訊
致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。服務時間為：週一至週五上午8點至晚上8點（當地時間）。 會員服務亦為英語非母語者提供免費口譯員服務。
TTY	711 此電話號碼需要特殊電話設備，且僅適用於聽障或言語障礙者。 此號碼為免費電話。服務時間為：週一至週五上午8點至晚上8點（當地時間）。
傳真	(310) 507-6186
寫信	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
網站	SWHNY.com

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (New York 的 SHIP) ，這項州計劃由聯邦政府提供資金，為 Medicare 保戶提供免費當地健康保險諮詢。

方法	聯絡資訊
致電	(800) 701-0501 週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00（當地時間）。
寫信	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, New York 12223-1251
網站	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

PRA 揭露聲明根據《1995 年文書簡化法》(Paperwork Reduction Act of 1995)，除非顯示有效的美國行政管理和預算局 (OMB) 控制號碼，否則任何人皆無必要回應資訊收集。此資訊收集的有效美國行政管理和預算局 (OMB) 控制號碼為 0938-1051。若您對本表有任何意見或改善建議，請來信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland