

2026

承保範圍證明

Senior Whole Health of New York NHC

(HMO D-SNP)

New York H5992-007-000

生效時間為 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

2026 年 1 月 1 日 — 12 月 31 日

2026 年承保範圍證明：

作為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的會員，您的 Medicare 健康福利與服務及藥物承保

本文件提供您在 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日的 Medicare 及藥物承保詳細資訊。這是重要的法律文件。請保存在安全的地方。

本文件說明您的福利與權利。使用此文件以瞭解：

- 我們的計劃保費和分攤費用
- 我們的健康和藥物福利
- 如果您對服務或治療不滿意時，該如何提出投訴
- 如何聯絡我們
- Medicare 法律要求的其他保護措施

如對本文件有疑問，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440。(TTY 使用者請致電 711)。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，每天 8 a.m. 至 8 p.m. (當地時間)。4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五 8 a.m. 至 8 p.m. (當地時間)。這是免付費專線。

此計劃 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 由 Senior Whole Health of New York, Inc. 提供 (當本《承保範圍證明》提及「我們」或「我們的」時，是指 Senior Whole Health of New York, Inc.。當提及「計劃」或「我們的計劃」時，是指 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。

Molina Healthcare 是一項與 Medicare 簽約的 C-SNP、D-SNP 和 HMO 計劃。D-SNP 計劃與州 Medicaid 計劃簽約。投保取決於續約情況。

Senior Whole Health 遵循適用的聯邦民權法，而且不會基於種族、民族、國籍、宗教、社會性別、生理性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀況、接受醫療照護、理賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明、地理位置而有所歧視。

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，大字版本、點字版本和語音版本。請致電 (833) 671-0440，(TTY: 711)。這是免付費專線。

福利可能於 2027 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。如有任何變更，您將提前至少 30 天收到通知。

H5992_26_007_NY_EOC_C

目錄

目錄

第1章	會員入門	4
第1節	您是 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的會員	4
第2節	計劃資格要求	5
第3節	重要會員資料	6
第4節	重要費用摘要	8
第5節	進一步瞭解您的每月計劃保費	11
第6節	不斷更新我們的計劃會員身分記錄	12
第7節	其他保險與我們的計劃如何協調	12
第2章	電話號碼及資源	14
第1節	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 聯絡方式	14
第2節	從 Medicare 獲得幫助	16
第3節	State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	17
第4節	Quality Improvement Organization (QIO)	18
第5節	社會安全局	18
第6節	Medicaid	19
第7節	支援支付處方藥物費用的計劃	21
第8節	Railroad Retirement Board (RRB)	24
第9節	如果您有雇主提供的團體保險或其他健康保險	24
第3章	將我們的計劃用於您的醫療和其他承保服務	25
第1節	本計劃會員如何獲得醫療照護和其他服務	25
第2節	透過本計劃網絡醫療服務提供者獲得醫療照護和其他服務	26
第3節	如何在急診、災難或急需照護時獲得服務	29
第4節	如果您收到承保服務的全額費用帳單，該怎麼辦？	31
第5節	臨床研究中的醫療服務	31
第6節	獲得宗教性非醫療健康照護機構提供之照護的規定	32
第7節	耐用性醫療設備的所有權規定	33
第4章	醫療福利表（承保範圍）	34
第1節	瞭解承保服務	34
第2節	醫療福利表顯示您的醫療福利和費用	34
第3節	在 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 之外的承保服務	66
第4節	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 或 Medicaid 不承保的服務	66
第5章	使用 D 部分藥物的計劃承保	68
第1節	本計劃 D 部分藥物承保的基本規定	68

目錄

第2節	在網絡藥局或透過本計劃的郵購服務領取處方藥	68
第3節	您的藥物應在我們的計劃「藥品名錄」中	70
第4節	受到承保限制的藥物	72
第5節	如果您的某種藥物未按照您想要的方式得到承保，您可以採取什麼行動	73
第6節	「藥品名錄」可能在一年當中發生變更	74
第7節	我們不承保的藥物類型	76
第8節	如何配取處方藥	76
第9節	特殊情況下的 D 部分藥物承保	77
第10節	藥物安全和藥物管理方案	78
第6章	您為 D 部分藥物支付的費用	80
第1節	您為 D 部分藥物支付的費用	80
第2節	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員的藥物支付階段	82
第3節	您的 D 部分福利說明說明您處於哪個付款階段	82
第4節	自付額階段	83
第5節	初始給付階段	83
第6節	重大傷病給付階段	87
第7節	您為 D 部分疫苗支付的費用	87
第7章	要求我們攤付承保醫療服務或藥物的帳單	89
第1節	您應要求我們攤付承保服務或藥物的情況	89
第2節	如何要求我們將款項退還給您，或是支付您所拿到的帳單	91
第3節	我們將考慮您的付款請求，然後批准或拒絕您的請求	91
第8章	您的權利與責任	92
第1節	我們的計劃必須尊重您的權利和文化敏感性	92
第2節	您作為計劃會員的責任	110
第9章	如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）	111
第1節	如果您有問題或疑慮時該怎麼做	111
第2節	何處獲得更多資訊及個人化的幫助	111
第3節	瞭解 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴	112
第4節	應使用哪個程序處理您的問題	112
第5節	承保決定和上訴指南	112
第6節	醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴	114
第7節	D 部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴	123
第8節	如果您認為自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院	129
第9節	如果您認為特定醫療服務承保過早結束，如何要求我們繼續承保	132
第10節	提出第 3 級、第 4 級及第 5 級上訴	134

第11節	如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴	136
第10章	終止我們的計劃中的會員身分	139
第1節	終止您於我們的計劃中的會員身分	139
第2節	您何時可以終止我們的計劃中的會員身分？	139
第3節	如何終止本計劃的會員身分	141
第4節	除非您的會員身分終止，否則您必須一直透過我們的計劃獲得醫療項目、服務和藥物	142
第5節	在某些情況下，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 必須終止我們的計劃會員資格	142
第11章	法律聲明	144
第1節	適用法律聲明	144
第2節	反歧視行為聲明	144
第3節	Medicare 作為次要付款方的代位權聲明	144
第12章	定義	145

第1章 會員入門

第1節 您是 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的會員

第1.1節 您所投保的 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 是 Medicare Special Needs Plan

您同時享有 Medicare 和 Medicaid 的承保：

- **Medicare** 是聯邦醫療健康保險計劃，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 的承保範圍依州別和您的 Medicaid 類型而異。有些 Medicaid 會員會獲得協助以支付其 Medicare 保費和其他費用。有些人還可獲得額外保障，取得 Medicare 未承保服務和藥物。

您選擇透過我們的計劃 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 享有 Medicare 健康照護和藥物承保。我們的計劃承保所有 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 Plan (Medicare Special Needs Plan)，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 協助的人士所設計。

由於您透過 Medicaid 獲得協助，支付您的 Medicare Part A 和 B 分攤費用（自付額、共付額和共同保險），您可能無須為您的 Medicare 服務支付任何費用。Medicaid 也提供其他福利給您，承保通常不由 Medicare 承保的健康照護服務。您也可能會獲得 Medicare 的 Extra Help，以支付 Medicare 藥物的費用。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 Plan 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 承保，包括藥物承保。

第1.2節 《承保範圍證明》的法律資訊

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) 如何為您提供照護承保。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），以及在我們針對承保範圍或條件做出變更且會影響您的承保範圍時，您將收到的通知。這些通知有時被稱為附加條款或修訂條款。

第1章會員入門

合約在您投保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的月份內有效，期限為 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日。

Medicare 允許我們每個日曆年針對所提供的計劃進行變更。也就是說，我們可以在 2026 年 12 月 31 日之後更改 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的費用和福利。我們也可以選擇在 2026 年 12 月 31 日之後，停止在您的服務區域提供本計劃。

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) 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 的承保項目。

第2節 計劃資格要求

第2.1節 資格要求

只要滿足以下所有條件，即可成為本計劃的會員：

- 您同時擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B
- 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。
- 您是美國公民，或合法居住在美國
- 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。

註：如果您喪失資格，但合理預期會在 6 個月內重新獲得資格，那麼您仍然有資格參加本計劃。第 4 章第 2.1 節告知您在認定持續符合資格期間的承保範圍和分攤費用。

第2.2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、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 也提供計劃，協助人們支付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些 Medicare Savings Program 每年都協助收入和資源有限的人士節省金錢：

- **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 的完整承保資格的個人，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承保群體，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。
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+)**：幫助支付 Medicare Part A 和 Medicare Part B 保費，以及其他分攤費用（如自付額、共同保險額和共付額）。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 僅提供給居住在本計劃服務區域內的人。若要繼續成爲我們計劃的會員，您必須繼續居住在計劃服務區域內。

我們的服務區域包括 New York 的以下郡縣：Bronx；Kings；Nassau；New York；Orange；Queens；Richmond；Rockland；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。

若您計劃搬離本計劃服務區域，則無法繼續參加本計劃。致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)，瞭解我們是否於您新搬入的區域內提供計劃。當您搬家時，您會有一段特殊投保期，供您轉換至 Original Medicare，或投保您新區域的 Medicare 健康或藥物計劃。

如果您搬家或變更郵寄地址，也請務必致電社會安全局。請致電社會安全局：1-800-772-1213 (TTY 使用者請致電 1-800-325-0778)。

第2.4節 美國公民或合法居留身分

您必須是美國公民或合法居住在美國，才能成爲 Medicare 健保計劃的會員。如果您沒有資格繼續依此作爲本計劃會員，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 重要會員資料

第3.1節 我們的計劃會員卡

使用此計劃承保的任何服務時，以及在網絡藥局領取處方藥物時，請均使用您的會員卡。每次就診時，請記得出示您的 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ID 卡和 Medicaid ID 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 卡用於承保醫療服務。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 卡保存在安全之處。如果您需要醫院服務、安寧照護服務或參與 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 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)，我們將寄發新卡給您。

第3.2節 醫療服務提供者/藥局名錄

醫療服務提供者/藥局名錄 SWHNY.com 列出了我們目前的網絡醫療服務提供者和耐用性醫療設備供應商。

網絡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、耐用性醫療設備供應商、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。

您必須使用網絡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。唯一的例外是急診情況、在網絡不可用時（即在網絡內獲取服務不合理或不可能的情況下）的急需服務、區域外透析服務，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。

藥局名錄 SWHNY.com 列有我們的網絡藥局。

網絡藥局是指已簽約同意提供承保處方藥物給計劃會員的藥局。請使用藥局名錄，尋找您要使用的網絡藥局。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絡藥局。最新的醫療服務提供者、藥局和供應商名單可在我們的網站 SWHNY.com 上查閱。

如果您沒有醫療服務提供者/藥局名錄，可以向會員服務部請求一份（電子版或紙本版），電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。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。

藥局名錄 SWHNY.com 列有我們的網絡藥局。網絡藥局是指已簽約同意提供承保處方藥物給計劃會員的藥局。請使用藥局名錄，尋找您要使用的網絡藥局。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絡藥局。

第1章會員入門

第3.3節 藥品名錄(處方集)

本計劃提供承保藥物清單（也稱為藥品名錄或處方集）。該表說明 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 中包含的 D 部分福利所給付的處方藥物。表上的藥物是本計劃在醫師與藥劑師協助下精選出的藥物。藥品名錄必須符合 Medicare 的要求。根據 Medicare Drug Price Negotiation Program，協商價格的藥品將包含在您的藥品名錄中，除非它們已按照第 5 章第 6 節的說明被刪除和替換。Medicare 已核准 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的「藥品名錄」。

此「藥品名錄」也會說明藥物的承保是否有任何限制規定。

我們將提供一份「藥品名錄」給您。如要獲得承保藥物最完整的新資訊，請造訪本計劃網站 (SWHNY.com) 或致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 711)。

第4節 重要費用摘要

	您在 2026 年的費用
每月計劃保費*	\$0
* 您的保費可能高於此金額。若要瞭解詳細資訊，請參閱第 4.1 節。	
自付費用上限金額	\$9,250
這是您為 A 部分和 B 部分的承保服務支付的最高自付金額。 (如需詳細資訊，請參閱第 4 章第 1 節。)	您無需為承保的 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。
主要照護醫師診間看診	每次就診 \$0
	如果您有資格享受 Medicaid 計劃下的 Medicare 分攤費用幫助，每次就診您需支付的金額為 \$0。
專科醫師診間看診	每次就診 \$0
	如果您有資格享受 Medicaid 計劃下的 Medicare 分攤費用幫助，每次就診您需支付的金額為 \$0。
住院	\$0
	如果您有資格享受 Medicaid 計劃下的 Medicare 分攤費用幫助，您需支付的金額為 \$0。
D 部分藥物承保自付額	\$615 自付額。如果您享有 Extra Help，則此自付額不適用於您。第 6 章有關於承保範圍和限制的其他詳情。
(如需詳細資訊，請參閱第 6 章第 4 節。)	
D 部分藥物承保範圍	初始給付階段的共付額：
(如需詳細資訊，包括年度自付額階段、初始給付階段和重大傷病給付階段，請參閱第 6 章。)	第 1 級藥物：\$0

第1章會員入門

您在 2026 年的費用

第 2 級藥物：學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65。

第 3 級藥物：學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65。

第 4 級藥物：學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65。

第 5 級藥物：學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65。

第 6 級藥物：\$0

重大傷病給付階段：

在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

您的費用可能包括：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- 每月 Medicare Part B 保費（第 4.2 節）
- D 部分逾期投保罰金（第 4.3 節）
- 收入相關每月調整金額（第 4.4 節）
- Medicare Prescription Payment Plan 金額（第 4.5 節）

第4.1節 計劃保費

身為本計劃會員，您必須支付每月的計劃保費。2026 年，Senior Whole Health Complete Care (HMO D-SNP) 每月計劃保費為 \$17.30。

如果您已獲得其中一項計劃的幫助，本《承保範圍證明》中關於保費的資訊可能不適用於您。我們已另外寄送一份稱為「為獲得『Extra Help』支付處方藥物費用者提供的承保範圍證明附加條款」（亦稱為「Low-Income Subsidy 附加條款」或「LIS 附加條款」）的文件給您，其中說明了您的藥物承保。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部以索取 LIS 附加條款，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

在某些情況下，我們的計劃保費可能會更低。

Extra Help 計劃協助資源有限的人士支付藥物費用。參閱第 2 章第 7 節瞭解更多關於這些計劃的資訊。如果您合乎資格，參加其中一項計劃可能降低您的每月計劃保費。

不同收入水準的人士的 Medicare Part B 和 Part D 保費有所不同。如果您對這些保費有疑問，請查看您的 2026 年《Medicare 與您》手冊中的「2026 年 Medicare 費用」部分。從 Medicare 網站

第1章會員入門

(www.Medicare.gov/medicare-and-you) 下載副本，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 訂購紙本。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第4.2節 每月 Medicare Part B 保費

許多會員必須支付其他 Medicare 保費

除了支付每月計劃保費外，有些會員還需要支付其他 Medicare 保費。如以上第 2 節所述，為了符合我們的計劃資格，您必須保有您的 Medicaid 資格，並且同時擁有 Medicare Part A 和 Medicare Part B。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。

如果 Medicaid 沒有為您支付 Medicare 保費，則您必須繼續支付 Medicare 保費以保有本計劃的會員資格。其中包括您的 B 部分保費。如果您沒有資格免 A 部分保費，您可能也需要支付 A 部分的保費。

第4.3節 D 部分逾期投保罰金

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結束後的任何時間，曾連續 63 天或以上沒有 D 部分或其他達標藥物承保，則 D 部分逾期投保罰金是必須為 D 部分承保支付的額外保費。達標處方藥物承保代表是指 Medicare 最低標準的承保，其預期的平均支付金額至少與 Medicare 標準藥物承保相同。逾期投保罰金的金額取決於您沒有 D 部分或其他達標處方藥物承保的時間長短。只要您有 D 部分保險，您就必須支付這筆罰金。

在以下情況下，您不必支付 D 部分逾期投保罰金：

- 您從 Medicare 獲得 Extra Help 以協助支付您的藥物費用。
- 您沒有達標承保的天數未達連續 63 天。
- 您已透過其他來源獲得達標藥物承保（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承保是否為達標。您可以從計劃的信件或電子報中獲得這些資訊。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：**任何信件或通知都必須聲明您擁有「達標」處方藥物承保，且其預期的支付金額與 Medicare 標準藥物計劃支付金額相同。
 - **註：**處方藥物折扣卡、免費診所和藥物折扣網站不屬於達標處方藥物承保。

Medicare 決定 D 部分逾期投保罰金。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，則計算您沒有達標藥物承保的完整月數。如果您沒有達標承保，則每個月的罰金百分比為 1%。舉例來說，如果您已有 14 個月沒有承保，罰金百分比將為 14%。
- 然後，Medicare 會確定全國 Medicare 藥物計劃前一年（全國基準受益人保費）的平均每月計劃保費金額。2025 年此平均保費金額為 \$36.78。此金額在 2026 年可能變動。
- 若要計算您的每月罰金，將罰金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。在此範例中，將是 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 部分逾期投保罰金者的每月保費中。**

關於每月 D 部分逾期投保罰金，有三個重要注意事項：

第1章會員入門

- **罰金可能每年變更**，因為每年的全國基準受益人保費可能會改變。
- 只要您有投保一項提供 Medicare Part D 藥物福利的計劃，即使您變更了計劃，每個月**您都將繼續支付罰金**。
- 如果您未滿 65 歲且目前投保 Medicare，當您年滿 65 歲時，D 部分逾期投保罰金將重設。65 歲以後，您的 D 部分逾期投保罰金將僅根據您在邁入 Medicare 初始投保期間後沒有保險的月份計算。

如果您對您的 D 部分逾期投保罰金存有異議，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逾期投保罰金通知信時，依信函所載日期起算的 **60 天內**提出審查請求。但是，如果您在投保本計劃前支付罰金，您可能沒有機會請求審查該筆逾期投保罰金。

第4.4節 收入相關每月調整金額

如果您因收入變化而失去本計劃的資格，部分會員可能需要為其 Medicare 計劃支付額外費用，這稱為 D 部分 Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA)。額外費用是根據您 2 年前的 IRS 納稅申報單表上申報的修正調整後總收入來決定。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。如需有關您可能需要根據收入支付的額外費用的更多資訊，請瀏覽：www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs。

如果您必須支付額外的 IRMAA，社會安全局，而非您的 Medicare 計劃，會寄信給您告知此額外金額。無論您通常如何支付本計劃保費，額外的金額都將從您的社會安全局、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的 IRMAA。您無法使用每月計劃保費支付額外金額。如果您沒有支付額外的 IRMAA，您將從本計劃退保，並且失去處方藥物承保。**

如果您不同意支付額外的 IRMAA，您可以要求社會安全局對該決定進行審查。如需瞭解如何要求審查，請致電聯絡社會安全局 1-800-772-1213(TTY 使用者請致電 1-800-325-0778)。

第4.5節 Medicare Prescription Payment Plan 金額

如果您參加了 Medicare Prescription Payment Plan，您每月需支付您的保費(如有)，您將收到健康或藥物計劃開具的處方藥物帳單(而不是支付給藥局)。每月的帳單是根據您所欠的處方藥費用加上上個月的結欠，除以該年剩餘的月份數得出的。第 2 章第 7 節詳細介紹了 Medicare Prescription Payment Plan。如果您不同意作為此付款選項一部分的帳單金額，您可以按照第 9 章的步驟進行投訴或上訴。

第5節 進一步瞭解您的每月計劃保費

第5.1節 我們的每月計劃保費在一年當中不會變更

我們不得在一年中更改每月的計劃保費金額。如果明年的月度計劃保費有變動，我們將在 9 月通知您，新保費將於 1 月 1 日生效。

如果您在一年中符合 Extra Help 資格或失去 Extra Help 資格，您必須支付的計劃保費部分可能會有所變動。如果您符合藥物承保費用的 Extra Help 資格，Extra Help 將支付每月計劃保費的一部分。

第1章會員入門

如果您在一年中失去了 Extra Help 資格，您將需要開始支付全額每月計劃保費。第 2 章第 7 節可找到 Extra Help 的更多相關資訊。

第6節 不斷更新我們的計劃會員身分記錄

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劃承保範圍，包括您的主要照護提供者。

本計劃網絡內的醫師、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者會使用您的會員記錄，來瞭解哪些服務和藥物有承保以及您的分攤費用。因此，請務必協助我們將您的最新資訊保持在最新狀態。

如果您發生了以下任何變更，請告知我們：

- 名字、地址或電話號碼的變更
- 您的其他承保（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
- 任何責任理賠，例如車禍意外事故理賠
- 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（例如照顧者）變更
- 如果您參與臨床研究（註：您不需要將有意參與的臨床研究告知本計劃，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，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。會員可以建立線上 My Senior Whole Health 帳戶，以變更醫師、聯絡方式、請求新 ID 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，也請務必聯絡社會安全局。請致電社會安全局：1-800-772-1213（TTY 使用者請致電 1-800-325-0778）。

第7節 其他保險與我們的計劃如何協調

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承保的相關資訊，以便我們能夠協調任何其他承保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任何其他醫療或藥物承保。請仔細閱讀此資訊。如果正確無誤，您無需做任何事。如果資訊不正確，或您有其他未列出的承保，請致電會員服務部 (833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。您可能需要將本計劃會員 ID 號碼提供給您的其他保險公司（在您確認其身分後），以便正確及時地支付您的帳單。

當您有其他保險（例如僱主集體健康承保）時，Medicare 規則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（「主要保險人」）支付的金額為承保範圍的上限。第二個付款的保險（「次要保險人」）僅在主要保險人承保後尚有未承保費用的情況下才付款。次要保險人可能不會支付所有未承保的費用。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保計劃保險：

- 如果您有退休人員保險，Medicare 將先支付費用。

第1章會員入門

- 如果您的集體健保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、雇主僱用的人數，以及您是否有根據年齡、殘疾或末期腎病 (ESRD) 而提供的 Medicare：
 - 如果您未滿 65 歲且身患殘疾，而您（或您的家人）仍在工作，在雇主有 100 名或更多員工，或是在多個雇主計劃中，至少有一名雇主有 100 名或更多員工的情況下，您的集體健保計劃將先支付費用。
 - 如果您年滿 65 歲，而且您（或您的配偶或同住伴侶）仍在工作，在雇主有 20 名或更多員工，或是在多個雇主計劃中，至少有一名雇主有 20 名或更多員工的情況下，您的集體健保計劃將先支付費用。
- 如果您因為 ESRD 而享有 Medicare，在您符合 Medicare 資格後的前 30 個月，您的集體健保計劃將先支付費用。

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 從不為 Medicare 承保服務優先付款。它們只會在 Medicare 和/或雇主集體健保計劃已支付費用後才付費。

第2章 電話號碼及資源

第1節 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 聯絡方式

如果您有理赔、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。

會員服務部 — 聯絡方式

致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，8 a.m. 至 8 p.m.（當地時間）。4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.。 會員服務部亦為英語非母語者提供免費的口譯服務，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。
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 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，8 a.m. 至 8 p.m.（當地時間）。4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.。
傳真	(310) 507-6186
致函	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate, Ste.100 Long Beach, CA 90802
網站	SWHNY.com

如何要求承保決定或針對您的醫療照護提出上訴

承保決定是我們針對您的福利和承保範圍，或我們為您的醫療服務或 D 部分藥物支付多少金額所做的決定。上訴是要求我們審查及變更承保決定的一項正式方法。欲進一步瞭解如何針對您的醫療照護或 D 部分藥物要求承保決定或提出上訴，請參閱第 9 章。

醫療照護或 D 部分藥物承保決定和上訴 — 聯絡方式

致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。 服務時間為每週七天，8 a.m. 至 5 p.m.（當地時間）。
TTY	711

醫療照護或 D 部分藥物承保決定和上訴 — 聯絡方式

	<p>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。 服務時間為每週七天，8 a.m. 至 5 p.m.（當地時間）。</p>
傳真	<p>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</p>
致函	<p>Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802</p> <p>處方藥物： Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047</p>
網站	SWHNY.com

如何對醫療照護提出投訴

您可以對我們，或對我們的網絡醫療服務提供者提出投訴，包括對您的照護品質的投訴。此類投訴不涉及承保或付款爭議。欲進一步瞭解如何針對您的醫療照護提出投訴，請參閱第 9 章。

醫療照護投訴 - 聯絡方式

致電	<p>(833) 671-0440 此號碼為免費電話。 服務時間為每週七天，8 a.m. 至 5 p.m.（當地時間）。</p>
TTY	<p>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。服務時間為每週七天，8 a.m. 至 5 p.m.（當地時間）。</p>
傳真	(562) 499-0610
致函	<p>Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O.Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977</p>
網站	SWHNY.com

如何要求我們支付您獲得醫療照護或藥物的費用

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 7 章，以瞭解更多資訊。

如果您向我們提出付款要求，而我們拒絕任何一部分的要求，您可以對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章，以瞭解更多資訊。

付款要求 - 聯絡方式	
致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。 週一至週五，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.
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，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.
傳真	(866) 290-1309
致函	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 處方藥物： Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
網站	SWHNY.com

第2節 從 Medicare 獲得幫助

Medicare 是聯邦醫療健康保險計劃，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 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)。這個機構與包括我們計劃在內的 Medicare Advantage 組織簽訂合約。

Medicare - 聯絡方式	
致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 每天 24 小時，每週 7 天全天候提供服務。
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。

Medicare - 聯絡方式	
即時聊天	在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 上即時聊天。
致函	<ul style="list-style-type: none"> 寫信給 Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	<p>www.Medicare.gov</p> <ul style="list-style-type: none"> 獲取有關您所在地區的 Medicare 健康和藥物計劃的資訊，包括其費用以及所提供的服務。 尋找參與 Medicare 的醫師或其他健康照護提供者和供應商。 瞭解 Medicare 承保範圍，包括預防性服務(如篩查、注射或疫苗接種，以及每年的「健康」就診)。 獲取 Medicare 申訴資訊和表格。 取得計劃、療養院、醫院、醫師、居家健康照護機構、洗腎機構、安寧療護中心、住院康復機構和長期照護醫院所提供照護品質的相關資訊。 尋找有用的網站和電話號碼。 <p>您也可以造訪 www.Medicare.gov 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> <p>如要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。Medicare 會審慎處理您的投訴，並且會利用此項資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。</p>

第3節 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是政府計劃，在各州都有訓練有素的諮詢師，提供免費協助、資訊，以及 Medicare 問題解答。在 New York，SHIP 稱作 Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)。

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) 是一項獨立的州立計劃（與任何保險公司或健保計劃無關），其經費來自聯邦政府，旨在為 Medicare 受益人提供免費的當地健康保險諮詢服務。

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) 的諮詢師可以協助您瞭解您的 Medicare 權利、針對您的醫療照護或治療提出投訴，並解決與 Medicare 帳單相關的問題。Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) 的諮詢師也可以協助您處理 Medicare 問題或困難，並幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇，並回答有關更換計劃的問題。

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (New York 的 SHIP) — 聯絡方式	
致電	(800) 701-0501
致函	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251

Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (New York 的 SHIP) — 聯絡方式

網站	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap
----	---

第4節 Quality Improvement Organization (QIO)

各州都有指定的 Quality Improvement Organization (QIO) 為 Medicare 受益人提供服務。對於 New York，Quality Improvement Organization 稱為 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 會員的照護品質。Livanta 是一個獨立組織，與本計劃無關。

如有下列任何情況，您應該與 Livanta 聯絡：

- 您想對您得到的照護品質進行投訴。照護品質問題的範例包括服用錯誤的藥物、不必要的檢測或程序或誤診。
- 您認為保險承保的住院期太早結束。
- 您認為保險承保的居家健康照護、專業療養機構照護，或是綜合門診復健機構 (CORF) 服務太早結束。

Livanta (New York 的 Quality Improvement Organization) — 聯絡方式

致電	(866) 815-5440 週一至週五，當地時間 9 a.m. 至 5 p.m.；週末和節假日，當地時間 10 a.m. 至 4 p.m.。
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。
致函	Livanta BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
網站	https://www.livantaqio.cms.gov/

第5節 社會安全局

社會安全局會決定 Medicare 資格並處理 Medicare 投保事宜。

社會安全局也有責任確定哪些人因為收入較高，而必須為其 D 部分藥物承保支付額外費用。如果您收到社會安全局的信函，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，您可以致電社會安全局，要求他們重新審議這項決定。

如果您搬家或變更郵寄地址，請聯絡並通知社會安全局。

社會安全局 - 聯絡方式	
致電	1-800-772-1213 此號碼為免費電話。 週一至週五 8 a.m. 至 7 p.m.。 使用全天 24 小時無休的社會安全局自動化電話服務獲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 8 a.m. 至 7 p.m.。
網站	www.SSA.gov

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。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下，各州也能自行決定如何推動其計劃。

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

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE)**：有時候，個人可能有資格享有有限的 Medicare 分攤費用承保與 Medicaid 的完整福利。
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+)**：幫助支付 Medicare Part A 和 Part B 保費，以及其他分攤費用（如自付額、共同保險和共付額）。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。

如果您對從 Medicaid 獲得的協助有疑問，請聯絡

New York 州的 Medicaid 計劃 — 聯絡方式	
致電	1-800-541-2831，週一至週五 8 a.m. 至 8 p.m.，週六 9 a.m 至 1 p.m.。
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。
致函	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 您可以致函您當地的 Department of Social Services (LDSS)。 在以下網址查找您的 LDSS 地址： https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

New York 州的 Medicaid 計劃 — 聯絡方式

網站	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
----	---

Nassau 郡的會員可聯絡當地的 Department of Social Services。

Nassau 郡 Department of Social Services

致電	(516) 227-7474
----	----------------

致函	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
----	---

網站	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html
----	---

Westchester 郡的會員可聯絡當地的 Department of Social Services。

Westchester 郡 Department of Social Services

致電	(914) 995-3333
----	----------------

致函	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
----	--

網站	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices
----	---

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) 幫助 Medicaid 投保人士處理服務或帳單問題。他們可以協助您對本計劃提出申訴或上訴。此申訴專員可以幫助我們 Health and Recovery Plan (HARP) 中的投保人，以及我們 Medicaid Managed Care (MMC) 計劃中獲得長期服務和支援的投保人。

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) — 聯絡方式

致電	1-844-614-8800，週一至週五9 a.m 至 5 p.m.。
----	-------------------------------------

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。
-----	-------------------------------------

致函	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 電子郵件：ican@cssny.org
----	--

網站	www.icannys.org
----	--

Community Health Advocates (CHA) 幫助 Medicaid 投保人士處理服務或帳單問題。他們可以協助您對本計劃提出申訴或上訴。

Community Health Advocates (CHA) — 聯絡方式

致電	1-844-614-8800，週一至週五9 a.m 至 5 p.m.
----	------------------------------------

TTY	711
-----	-----

Community Health Advocates (CHA) — 聯絡方式

	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。
致函	Community Health Advocates (CHA) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 電子郵件：cha@cssny.org
網站	www.communityhealthadvocates.org

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) — 聯絡方式

致電	1-888-614-5400，週一至週三9 a.m. 至 7 p.m.，週四至週五9 a.m. 至 4 p.m.
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。
致函	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 電子郵件：ombuds@oasas.ny.gov
網站	www.champny.org

New York 州長期照護 Ombudsman 計劃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。

New York 州長期照護 Ombudsman 計劃 — 聯絡方式

致電	1-855-582-6769，週一至週五8 a.m. 至 4 p.m.
致函	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 電子郵件：ombudsman@aging.ny.gov
網站	http://www.ltombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

第7節 支援支付處方藥物費用的計劃

Medicare 網站 (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供有關如何降低處方藥物費用的資訊。以下計劃可以協助收入有限的人士。

Medicare 提供的 Extra Help

由於您符合 Medicaid 資格，您有資格且從 Medicare 獲得 Extra Help 以支付處方藥物計劃費用。您無須再採取任何動作，就能獲得 Extra Help。

如果您對 Extra Help 有任何疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048；
- 社會安全局辦公室：1-800-772-1213，週一至週五 8 a.m. 至 7 p.m.。TTY 使用者請致電 1-800-325-0778；或
- 您所在州的 Medicaid 辦公室（參閱本章第 6 節以獲得聯絡方式）。

若您認為自己在藥局支付的處方藥物金額有誤，本計劃有一套程序，可協助您取得正確共付額金額證明。如果您已有正確金額的證明，我們可以協助您與我們分享此證明。

- 最佳可用證明 (BAE) 位於下列網站 <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>。BAE 用於決定會員的 Low Income Subsidy。我們的會員服務部和藥局部會找出適用 BAE 政策的個案。會員可以將 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，請聯絡會員服務部。可接受的證明形式包括：
 - SSA 獎勵信
 - 獎勵通知
 - 社會安全生活補助金

當我們收到顯示正確共付額等級的證明時，我們會更新系統，這樣下次您領取處方時就能支付正確的共付額金額。如果您多付了共付額，我們會透過支票或未來的共付額抵扣退還給您。如果藥局沒有向您收取共付額，而是讓您積欠款項，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。如有疑問，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

我們大部分的會員都符合資格，而且已經從 Medicare 獲得 Extra Help，以支付其處方藥物計劃的費用。如果您享有 Extra Help 及 State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) 的承保，將會發生什麼？

許多州均提供處方藥物、藥物計劃保費和/或其他藥物費用的支付幫助。如果您投保了 State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)，Medicare 的 Extra Help 會先支付費用。

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (New York 的 State Pharmaceutical Assistance Program) — 聯絡方式

致電	(800) 332-3742 週一至週五，8 a.m. 至 5 p.m. (當地時間)
致函	EPIC P.O.Box 15018 Albany, NY 12212-5018
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

如果您獲得 Extra Help 並享有 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 的承保，該怎麼辦？

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 可協助 HIV/AIDS 患者獲得 HIV 救命藥物。同時列於 ADAP 處方集上的 Medicare Part D 藥物有資格透過 New York State-具體 ADAP 資訊獲得處方分攤費用援助。

註：為符合您所在州 ADAP 的資格，必須符合特定條件，包括下列證明：州居住地、HIV 狀態、該州所定義的低收入，以及無保險/保險不足狀態。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 投保人員，以便您能夠繼續獲得協助。有關資格標準、承保藥物或如何投保該計劃的資訊，請致電 (800) 542-2437 或 1-844-682-4058。

State Pharmaceutical Assistance Program

許多州都設有 State Pharmaceutical Assistance Program，可根據財務需求、年齡、醫療狀況或殘疾，協助人們支付處方藥物費用。各州在提供藥物承保給其計劃會員方面都有不同規定。

在 New York State，State Pharmaceutical Assistance Program 是 *EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage)*。

EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (New York 的 State Pharmaceutical Assistance Program) — 聯絡方式

致電	(800) 332-3742 週一至週五，8 a.m. 至 5 p.m. (當地時間)
致函	EPIC P.O.Box 15018 Albany, NY 12212-5018
網站	https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Medicare Prescription Payment Plan

Medicare Prescription Payment Plan 是一種付款選項，可與您目前的藥物承保配合使用，透過將我們計劃承保藥物的自付費用分攤到日曆年（1 月至 12 月），幫助您管理自付費用。任何擁有 Medicare 藥物計劃或有藥物承保的 Medicare 健保計劃（如有藥物承保的 Medicare Advantage 計劃）的人都可以使用此付款選項。這種付款方式可能會幫助您管理費用，但它不會省錢或降低您的藥物費用。如果您參加了 Medicare Prescription Payment Plan 並繼續參加相同的 D 部分計劃，您的參與將自動續約至 2026 年。對於那些符合條件的人來說，享受 Medicare 的 Extra Help 以及 SPAP 和 ADAP 的援助比投保 Medicare Prescription Payment Plan 更有利。要瞭解更多關於這種付款方式的資訊，請撥打會員服務部的電話 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)，或造訪 www.Medicare.gov。

Medicare Prescription Payment Plan - 聯絡方式

致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，8 a.m. 至 8 p.m. (當地時間)。4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.。 會員服務部亦為英語非母語者提供免費的口譯服務，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。
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 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，8 a.m. 至 8 p.m. (當地時間)。4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.。

Medicare Prescription Payment Plan - 聯絡方式

傳真	(310) 507-6186
致函	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate, Ste.100 Long Beach, CA 90802
網站	SWHNY.com

第8節 Railroad Retirement Board (RRB)

Railroad Retirement Board 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劃。如果您是透過 Railroad Retirement Board 得到 Medicare，當您搬家或變更郵寄地址時，請通知他們。您對 Railroad Retirement Board 提供的福利有任何疑問，請與該機構聯絡。

Railroad Retirement Board (RRB) - 聯絡方式

致電	1-877-772-5772 此號碼為免費電話。 按「0」在週一、二、四、五 9 a.m. 至 3:30 p.m.，以及週三 9 a.m. 至 12 p.m.，與 RRB 代表通話。 按「1」存取自動化 RRB 服務熱線並獲得錄音資訊，此服務全天 24 小時提供，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	https://RRB.gov

第9節 如果您有雇主提供的團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)的雇主或退休人員集體計劃獲得福利，當您有疑問時，可以致電雇主/工會福利的管理人員或會員服務部 (833) 671-0440(TTY 使用者致電 711)。您可以詢問您(或配偶或同居伴侶)的雇主或退休人員健康福利、保費或投保期間事宜。(會員服務部的電話號碼印於本文件封底。)如對本計劃下的 Medicare 承保有任何疑問，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

如果您享有自己(或配偶或同居伴侶)雇主或退休人員團體提供的其他藥物承保，請聯絡該團體的福利管理人員。福利管理人員可協助您瞭解您目前的藥物承保範圍如何與本計劃配合運作。

第3章

將我們的計劃用於您的醫療和其他承保服務

第1節 本計劃會員如何獲得醫療照護和其他服務

本章說明您在使用本計劃獲得醫療照護和其他承保服務方面時的須知事項。如需瞭解本計劃承保的醫療照護及其他服務詳情，請參閱第 4 章的醫療福利表。

第1.1節 網絡醫療服務提供者和承保服務

- **醫療服務提供者**是領有州政府核發執照的醫師和其他健康照護專業人員，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、其他健康照護專業人員、醫療小組、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承保服務。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。對於承保服務範圍的項目，您在網絡醫療服務提供者處不需要支付任何費用。
- **承保服務**包括本計劃承保的所有醫療照護、健康照護服務、用品、設備和處方藥物。您的醫療照護承保服務列示於第 4 章的醫療福利表。您的處方藥物承保服務將於第 5 章討論。

第1.2節 本計劃承保的醫療照護和其他承保服務的基本規則

作為 Medicare 和 Medicaid 健保計劃，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 必須承保 Original Medicare 承保的所有服務，並可能在 Original Medicare 承保服務之外提供其他服務。

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

- 您所接受的照護包含在本計劃第 4 章的醫療福利表內。
- 您所接受的照護被視為**醫療必要性**。醫療上必要是指為預防、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。
- 您的照護由**網絡主要照護提供者 (PCP) 提供和監督**。身為本計劃會員，您必須選擇一位網絡 PCP（請參閱第 2.1 節以獲取更多資訊）。
 - 在大多數情況下，您必須事先取得本計劃的核准（轉診），才能使用本計劃網絡內的其他醫療服務提供者，例如專科醫師、醫院、專業療養機構或居家健康照護機構。如需更多資訊，請參閱第 2.3 節。
 - 您無需 PCP 的轉診即可獲得急診照護或急需服務。如需瞭解您可以在無需事先得到 PCP 核准的情況下，得到其他類型的照護，請參閱第 2.2 節。
- 您必須從**網絡醫療服務提供者處獲取照護**（請參閱第 2 節）。在大多數情況下，您從網外醫療服務提供者（不在本計劃網內醫療服務提供者）處接受的照護無法獲得承保。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 3 個例外情況：
 - 本計劃承保由網外醫療服務提供者提供的急診照護或急需服務。如需更多資訊，以及瞭解哪些屬於急診或急需服務，請參閱第 3 節。

- 如果您需要的醫療照護是 Medicare 要求我們計劃承保的，但我們網絡中沒有提供此類照護的專科醫師，您可以從網外醫療服務提供者處獲得此類照護，分攤費用與您通常在網絡內支付的相同。在這種情況下，必須獲得事先核准。請聯絡會員服務部以獲得協助。在這種情況下，我們將免費承保這些服務。有關獲得核准以向網外醫療服務提供者求診的相關資訊，請參閱第 2.4 節。
- 當您暫時身處計劃服務區域外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，本計劃會承保您在 Medicare 認證洗腎中心接受的洗腎醫療服務。您向本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。如果您身處本計劃服務區域外，並從本計劃網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內所需支付的分攤費用。然而，如果您熟悉的網絡醫療服務提供者暫時無法提供洗腎醫療服務，且您選擇在本計劃服務區域內，從本計劃網外醫療服務提供者獲得服務，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獲得醫療照護和其他服務

第2.1節 您必須選擇主要照護提供者 (PCP) 為您提供及監督您的照護

何謂 PCP，以及 PCP 能為您做什麼？

當您成為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員時，您必須選擇一名主要照護提供者 (PCP)。您的 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 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，或老年醫學的專科照護師。您將向您的 PCP 獲得例行或基本照護。您的 PCP 也會協調您以本計劃會員身分獲得的其他承保服務。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 PCP 需獲得本計劃的事先核准（事先核准）。第 4 章的福利表顯示哪些服務需要由計劃事先核准。您的主要照護提供者 (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 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 PCP 的辦公室。

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) 的一部分，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。如需最新醫療服務提供者清單，請使用我們網站的「Find a Provider」搜尋工具。您也可以致電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師以及您前往的醫院。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。

如何更換您的 PCP

您隨時都可以出於任何原因而更換您的 PCP。此外，您的 PCP 可能會離開本計劃的醫療服務提供者網絡，如此一來您需要選擇新 PCP。

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 設有持續性照護 (COC) 政策，允許您在下列情況繼續前往非簽約的醫療從業人員處就診：

如果您是新會員，可以繼續接受治療達 90 天：

- 如果您在投保時，正在接受非簽約醫療從業人員的治療。
- 如果您目前有 DME 設備，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 將確保您能繼續從非簽約醫療服務提供者處獲得所需的 DME 和維修服務。
- 如果您懷有身孕，將獲得持續性照護直到完成產後照護服務，獲得照護的時間也可能視必要延長，以便安全轉移至另一醫療服務提供者。

如果您是現有會員，在 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 與您的執業醫師或機構之間的合約終止後，您最多可獲得一年的持續照護服務，但須符合以下條件：

- 該服務包含在您的福利中。
- 該醫療服務提供者未因照護品質問題而中斷服務。
- 該醫療服務提供者必須同意繼續為您看診。
- 該醫療服務提供者已同意接受法定費率。

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 工作人員將與您的非簽約醫療從業人員合作，將他們帶入 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 網內作為簽約的醫療服務提供者，或是與您和醫療服務提供者合作，在 90 天的持續性照護期間內將您的照護轉介給網內醫師。將在您的福利限制範圍提供持續性照護。

政策例外情形：

1. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 工作人員可視必要性延長 90 天的期限，以滿足您的任何特殊需求。
2. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 在以下情況下，將不核准由非參與提供者繼續提供照護：
 - 您只需要監控慢性病症。
 - 經過專業審查後，發現醫療從業人員能力不足或行為不當，可能危及您的福祉，因而終止與該方的合約。

第2.2節 您可以在沒有 PCP 轉診的情況下獲得的醫療照護和其他服務

您可以在無需事先得到 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 型肝炎疫苗和肺炎疫苗
- 由網絡醫療服務提供者或網外醫療服務提供者提供的急診服務
- 急需服務是計劃承保服務，指您暫時身處於本計劃服務區域外，或考量您的時間、地點和情況，向網絡醫療服務提供者尋求該服務不合理時，需要立即就醫（但並非急診）的服務。急需服務例子包括無法預見的醫療疾病和傷害，或現有疾病狀況的意外發作。即使您不在計劃服務區域內，或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的例行醫療服務提供者就診（例如年度檢查）也不會被視為符合急需。

- 當您暫時身處於本計劃服務區域外時，您在 Medicare 認證的洗腎中心獲得的洗腎服務。若可行，在您離開服務區域前，請致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)，我們可以協助您安排在外出期間進行維持性透析。

第2.3節 如何獲得專科醫師或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健康照護服務的醫師。有許多種類的專科醫師。例如：

- 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 PCP 負責協調服務，包括視情況將您轉診給專科醫師和其他網絡醫療服務提供者。向網絡專科醫師就診時，無需事先核准。如果您需要某個需要計劃事先核准的程序或服務，PCP 或專科醫師將聯絡我們，以獲得必要的事先核准。本手冊第 4 章第 2.1 節說明需要計劃事先核准的服務。需要計劃事先核准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 PCP。此資訊列於您的 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員 ID 卡上。如果您認為這是急診，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照護時，如何獲得承保服務）。

當專科醫師或其他網絡醫療服務提供者離開本計劃

我們可能會在一年中變更本計劃網內的醫院、醫師和專科醫師(醫療服務提供者)。如果您的醫師和專科醫師退出計劃，您仍享有這些權利和保障：

- 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。
- 我們會在您的醫療服務提供者退出本計劃時通知您，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劃，我們會通知您在過去 3 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劃，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 3 個月內曾經就診過。
- 我們會協助您選擇一位新的網絡內合格醫療服務提供者，以繼續接受照護。
- 如果您目前正與您現有的醫療服務提供者一起接受醫療或治療，您有權要求繼續接受醫療上必要的治療或療法。我們會與您合作，讓您可以繼續獲得照護。
- 我們會提供您關於可用投保期間和您可能擁有的更換計劃選項的資訊。
- 當網內的醫療服務提供者或福利無法滿足您的醫療需求時，我們會安排您在我們的醫療服務提供者網絡外，以網內的分攤費用，獲得任何醫療上必要的承保福利。可能需要事先核准。
- 如果您發現您的醫師或專科醫師即將退出您的計劃，請聯絡我們，我們會協助您選擇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 QIO 投訴照護品質，或投訴本計劃照護品質，或兩者皆選(請參閱第 9 章)。

第2.4節 如何獲得網外醫療服務提供者的照護

如果您需要 Medicare 或 Medicaid 要求我們計劃承保的專科醫療照護，而我們網絡中沒有提供者可以提供此類照護，您可以從網外醫療服務提供者處獲得照護。其中包括具有獨特資格、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）。在我們的網絡或服務區域之外，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 PCP 必須聯絡本計劃以獲得事先核准。請致電會員服務部尋求協助。如果我們事先核准您從網外醫療服務提供者獲得照護，我們將視同您從網絡醫療服務提供者獲得照護，而承保這些服務。

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劃的事先核准。如果您未獲得計劃核准，本計劃可能不會承保該服務。如果醫療服務提供者希望您繼續接受更多照護，請先確認本計劃是否核准承保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急需服務。此外，若 ESRD 會員前往我們計劃服務區域外的地方，且無法獲得已簽約的 ESRD 服務提供者的服務，則計劃必須承保其透析服務。

第3節 如何在急診、災難或急需照護時獲得服務

第3.1節 在您發生醫療急診狀況時獲得照護

醫療急診狀況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醫療狀況。

如果您出現醫療急診狀況：

- **儘快獲得協助。** 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。您不需要先取得 PCP 的核准或轉診書。您不需要網絡醫師。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承保的急診醫療照護。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絡。
- **儘快確保向本計劃告知您的急診情況。** 我們需要追蹤您的急診照護情況。您或其他人通常應在 48 小時內，打電話告訴我們您的急診照護情況。致電會員服務部，電話號碼以及營業日與營業時間，或說明在哪裡可以找到該號碼（例如，在我們的計劃會員卡背面）。

醫療急診狀況下的承保服務

我們計劃的救護車服務承保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。我們也承保急診醫療服務。

為您提供急診照護的醫師會決定您的狀況是否穩定，以及醫療急診狀況是否已結束。

急診狀況結束後，您有權享有後續追蹤照護，以確保您的情況持續維持穩定。您的醫師將繼續治療您，直到您的醫師聯絡我們並計劃接受額外的照護。您的後續追蹤照護費用將由本計劃支付。

如果您的急診照護是由網外醫療服務提供者提供，只要您的醫療狀況和情況許可，我們會儘快安排由網絡醫療服務提供者接手您的照護。

如果不是醫療急診狀況呢？

有時很難得知您的狀況是否屬於醫療急診狀況。例如，您可能會認為自己的健康受到嚴重威脅，因此尋求急診照護，但醫師卻表示那根本不是醫療急診狀況。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，我們都會承保您的照護。

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 2 種方式之一接受額外照護時，才會承保額外照護：

- 您從網絡醫療服務提供者處接受額外照護。
- 您額外獲得的照護被視為急需服務，且您需遵循以下規則來獲得此緊急照護。

第3.2節 在您急需服務時獲得照護

如果某項服務需要立即就醫（但非急診狀況），且您暫時不在本計劃的服務區域內，或考量您的時間、地點和情況，尋求網絡醫療服務提供者的服務是不合理的，那麼這項服務就是急需服務。急需服務例子包括無法預見的醫療疾病和傷害，或現有疾病狀況的意外發作。但是，即使您不在本計劃服務區域內，或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要例行醫療服務提供者就診（例如年度檢查）也不會被視為急需。

當網絡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照護中心，獲得緊急照護。您也可致電照護諮詢專線 (844) 658-8544。TTY 使用者請致電 711。

在下列情況下，我們的計劃承保美國及其領地之外的全球急診照護服務：

- 您每日曆年有 \$10,000 的全球急診承保限額，可用於急診照護和穩定後照護。
- 對於在美國境內提供的照護，此項福利僅限於歸類為急診照護的服務。
- 如果您在美國境外接受急診照護，並在急診狀況穩定後需要住院治療，您必須回到網絡醫院，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。您的費用是您在網絡醫院會支付的分攤費用。適用計劃上限。
- 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）不在承保範圍。從其他國家返回美國的交通費不在承保範圍。
- 例行照護和預先安排或選擇性程序皆不在承保範圍。

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，詢問我們是否承保其費用。您也有權以書面形式詢問。如果我們表示不承保您的服務，您有權針對我們不承保該照護的決定提出上訴或報銷要求。

第3.3節 在災難期間獲得照護

如果您所在州的州長、美國衛生及公共服務部部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍然有權接受本計劃提供的照護。

造訪 SWHNY.com 以獲取有關如何在災難期間獲得所需照護的資訊。

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分攤費用的方式向網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，您可以在網外藥局領取處方藥物。請參閱第 5 章第 2.5 節。

第4節 如果您收到承保服務的全額費用帳單，該怎麼辦？

如果您已支付您承保服務的費用，或收到承保醫療服務的帳單，您可以要求我們支付我們應負的承保服務費用分擔額。請參閱第 7 章以取得相關資訊。

第4.1節 如果服務不在本計劃承保範圍

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 承保第 4 章醫療福利表中列出的所有醫療上必要的服務。如果您接受我們計劃未承保的服務，或未經授權就接受網外服務，您將負責支付服務的全額費用。

對於有福利限制的承保服務，在您用完該類型承保服務的福利之後，也必須為後續得到的服務支付全額費用。一旦達到福利限額，您支付的費用將不計入您的自付費用上限。

第5節 臨床研究中的醫療服務

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要求自願者參與研究。您參與臨床研究時可以持續投保本計劃，並繼續透過本計劃獲得其餘的照護（與研究無關的照護）。

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。您需要提供文件，以向我們證明您的支付金額。

若您想參與任何 Medicare 核准的臨床研究，您不需要取得我們或您的 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，不必是本計劃的網絡醫療服務提供者。（這不適用於需要臨床試驗或登記來評估效益的承保福利，包括某些需要有證據發展的承保 [NCDs-CED] 以及醫療設備臨床豁免 [IDE] 研究。這些福利也可能需要事先核准和其他計劃規定。）

雖然您不需要獲得我們的計劃同意，也可以參與臨床研究，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 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 誰為臨床研究中的服務支付費用

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 承保範圍，包括：

- Medicare 在您即使未參加研究時即會承保的住院食宿費用。
- 研究所包含的手術或其他醫療程序。
- 針對新型照護引發的副作用或併發症所進行的治療。

當您參與臨床研究時，無論 Medicare 或本計劃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承保該項目或服務。
- 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，如果您的醫療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。
- 研究發起者會為參與試驗的任何人免費提供的項目和服務。

獲取更多關於參與臨床研究的資訊

如需更多關於參加臨床研究的資訊，請參閱 Medicare 出版的「*Medicare 和臨床研究*」，網址為 www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第6節 獲得宗教性非醫療健康照護機構提供之照護的規定

第6.1節 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，是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獲得照護違反會員的宗教信仰，我們會改為承保由宗教性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 如何獲得宗教性非醫療健康照護機構的照護

如果要獲得由宗教性非醫療健康照護機構所提供的照護，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任何自願且非任何聯邦、州或地方法律要求的醫療照護或治療。
- **強制性**醫療治療是指您所接受的**非自願**或為聯邦、州或地方法律所要求的醫療照護或治療。

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，才能納入本計劃的承保範圍：

- 提供照護的機構必須經過 Medicare 認證。
- 本計劃僅承保**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：
 - 您的醫療狀況，必須能夠讓您獲得住院照護或專業療養機構照護承保服務。
 - — 以及 — 您必須事先獲得本計劃的核准，才能獲准在機構住院，否則無法獲得住院承保。
 - Medicare *住院照護承保限額適用*

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

第7節 耐用性醫療設備的所有權規定

第7.1節 您在本計劃中支付特定筆數的款項後，不會擁有耐用性醫療設備

耐用性醫療設備 (DME) 包括氧氣設備與項目、輪椅、助行器、動力床墊系統、拐杖、糖尿病項目、語音產生裝置、IV 輸液泵、噴霧器，以及由醫療服務提供者訂購供會員在家使用的醫用床等項目。會員一定會擁有一些 DME 項目，例如義肢。您必須租用的其他類型 DME。

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。然而，作為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的會員，您通常不會因為在我們計劃的會員期間為租賃的 DME 項目支付了多次共付額而取得其所有權。即使您在本計劃投保前，曾就某 DME 項目向 Original Medicare 支付了最多 12 次連續付款，您也不會取得所有權。在某些有限情況下，我們會將 DME 項目的所有權轉讓給您。請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)，以獲得更詳細的資訊。

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

如果您在投保本計劃期間未取得 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 期款項以擁有該 DME 項目。您在投保本計劃期間所支付的款項不會計入這 13 期的付款中。

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，以獲得該項目的所有權。

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。您在加入本計劃期間並未獲得該物品的所有權。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。您先前已支付的任何款項(無論是支付給本計劃還是 Original Medicare)均不計入。

第7.2節 氧氣設備、用品和維護的規定

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) 或不再有醫療上需要氧氣設備，則必須歸還氧氣設備。

如果您離開本計劃並回到 Original Medicare，會發生什麼事？

Original Medicare 會要求氧氣供應商提供您 5 年的服務。在前 36 個月，您租用設備。在剩餘的 24 個月，供應商提供設備和維護（您仍需負責支付氧氣的共付額）。5 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，5 年週期仍會再次開始，並且您仍需要支付前 36 個月的共付額。如果您加入或退出我們的計劃，5 年週期將會重新開始。

第4章 醫療福利表（承保範圍）

第1節 瞭解承保服務

醫療福利表列出您作為 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員所享受的承保服務。本節還提供不承保醫療服務的相關資訊，並說明某些服務的限制。

第1.1節 針對您承保服務，您無須支付費用

由於您是從 Medicaid 獲得協助，只要您依照本計劃規定獲得照護，即無需為承保服務支付任何費用。（如需更多有關獲得照護的計劃規定，請參閱第 3 章。）

第1.2節 您為 Medicare Part A 和 Medicare Part B 承保醫療服務支付最高金額為何？

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。您無需為承保的 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。

Medicare Advantage 計劃對於您每年為 Medicare Part A 和 Medicare Part B 承保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)。對於 2026 日曆年，MOOP 金額為 \$9,250。

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。您為計劃保費和 D 部分藥物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 \$9,250，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 Part B 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 醫療福利表顯示您的醫療福利和費用

接下來幾頁的醫療福利表列出 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 承保的服務（D 部分藥物承保資訊在第 5 章）。只有在符合下列要求的情況下，醫療福利表中的服務才能獲得承保：

- 您的 Medicare 承保服務必須依照 Medicare 承保指南提供。
- 您的服務（包括醫療照護、服務、用品、設備和 B 部分藥物）必須為醫療上必要。「醫療上必要」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 協調照護計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，新的 MA 計劃不得對任何正在進行的治療過程要求事先核准，即使該治療過程是由網外醫療服務提供者開始的服務。

第4章醫療福利表（承保範圍）

- 您從網絡醫療服務提供者處獲得照護。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承保，除非是急診或緊急照護，或是您的計劃或網絡醫療服務提供者將您轉診。也就是說，您需要為從網外醫療服務提供者處獲得的服務支付全額費用。
- 您的照護由主要照護提供者 (PCP) 提供和監督。
- 對於醫療福利表所列的部分服務，您的醫師或其他網絡醫療服務提供者必須事先獲得我們的核准（有時稱為事先核准），該服務才會獲得承保。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核准請求，則根據適用的承保標準、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。

其他關於我們承保範圍的重要須知：

- 您同時享有 Medicare 和 Medicaid 的承保。Medicare 承保健康照護和處方藥物。Medicaid 會承保您的 Medicare 服務分攤費用，包括住院服務和門診醫院服務。Medicaid 亦承保 Medicare 不承保的服務，例如計劃生育服務、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 健保計劃，我們承保 Original Medicare 承保的所有項目。（如需瞭解更多關於 Original Medicare 的承保範圍和費用，請查閱您的 2026 年《Medicare 與您》手冊。您可以在 www.Medicare.gov 網站上查閱該手冊，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。）
- 對於 Original Medicare 免費承保的預防性服務，我們一樣免費承保這些服務。
- 如果 Medicare 在 2026 年針對任何新服務新增承保項目，那麼 Medicare 或本計劃將承保這些服務。
- 由於您是從 Medicaid 獲得協助，只要您依照本計劃規定獲得照護，即無需為承保服務支付任何費用。也就是說，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 承保服務和您的 Medicaid 服務，因為這些服務都在我們的計劃承保範圍。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 6 個月（180 天）期間內，我們將繼續提供所有 Medicare Advantage 計劃承保的 Medicare 福利。然而，在此期間，我們將不會繼續承保適用的 Medicaid 州計劃下包含的 Medicaid 福利，也不會支付若您未喪失 Medicaid 資格，州計劃本應承擔的 Medicare 保費或分攤費用。在此期間，您為 Medicare 承保服務支付的金額可能會增加。

只要您符合上述承保規定，在您有資格得到 Medicaid 的 Medicare 分攤費用援助的情況下，即無需為醫療福利表所列的服務支付任何費用。

患有慢性病症會員所需要知道的重要福利資訊

- 如果您經診斷患有下列任何慢性病並符合特定標準，您可能符合獲得慢性病患者特別額外福利的資格。
 - 慢性酒精使用障礙和其他物質使用障礙 (SUD)
 - 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
 - 超重、肥胖和代謝綜合症

第4章醫療福利表（承保範圍）

- 慢性胃腸病
- 慢性腎病 (CKD)
- 嚴重的血液疾病
- HIV/AIDS
- 慢性肺病
- 慢性和心理障礙狀況
- 神經系統疾病
- 中風
- 器官移植後
- 免疫缺陷和免疫抑制性疾病
- 與認知障礙相關的病症
- 有功能性挑戰的病症
- 影響視力、聽力（耳聾）、味覺、觸覺和嗅覺的慢性疾病
- 需要持續治療服務以維持或保留個人功能的病症

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，向其提出您的請求或獲得額外資訊。


註：請求此福利，即表示您授權 Senior Whole Health of New York NHC 的代表能夠以電話、郵件或任何其他通訊方式與您聯絡，如您在請求中明文所述。

- 請前往下方醫療福利表中的慢性病特別額外福利行，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。






這個蘋果在醫療福利表中表示預防性服務。

醫療福利表





	承保服務	您個人支付的範圍
	<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、執業護理師或臨床照護專家的轉診時，本計劃才會承保該項篩檢。</p>	<p>有資格接受此預防性篩檢的會員無須支付共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>慢性下背痛針灸治療</p> <p>承保服務包括：</p> <p>在以下情況下，承保 90 天內最多達 12 次就診：</p> <p>就本福利而言，慢性下背痛定義為：</p>	<p>Medicare 承保的針灸服務沒有共同保險或共付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>慢性下背痛針灸治療（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 持續 12 週或以上； • 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，將承保 8 次額外治療。針灸治療每年不可超過 20 次。</p> <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)、專科照護師 (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，且其獲得學位的學校經 Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM) 認可；且擁有， • 可在美國州、領地或聯邦（如 Puerto Rico），或 District of Columbia 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、PA，或 NP/CNS 執行。</p>	
	<p>針灸服務（額外）*</p> <p>計劃每個日曆年最多承保 30 次醫療上必要的針灸服務就診。</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承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 頭痛；與骨關節炎 (OA) 有關的髖關節或膝關節疼痛；其他慢性或對標準醫療照護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 • 承保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>這些服務沒有共同保險額、共付額或自付額。</p>

第4章醫療福利表 (承保範圍)

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>救護車服務</p> <p>承保的救護車服務（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，以前往可提供照護的最近適當機構，前提是此服務必須是為醫療狀況嚴重，無法以其他方式運輸，否則會危害其健康的會員提供，或是經本計劃授權。如果承保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上必要。</p>	<p>Medicare 承保的救護車服務沒有共同保險或共付額。</p> <p>僅非急診救護車需要事先核准。</p>
	<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 個月承保一次。</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，也能享有承保的年度健康檢查。</p>	<p>年度健康就診沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>骨質測量</p> <p>對於符合條件的個人（一般而言是指骨質流失或骨質疏鬆風險者），下列服務每 24 個月，或在醫療上必要時更頻繁地承保一次：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>	<p>Medicare 承保的骨質測量沒有共同保險額、共付額或自付額。</p>
	<p>乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影) *</p> <p>承保服務包括：</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>	<p>承保的乳房 X 光攝影篩檢沒有共同保險、共付額或自付額。</p>

第4章醫療福利表（承保範圍）

	承保服務	您個人支付的範圍
	<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）的承保。</p> <p>本計劃也承保密集心臟復健計劃，其強度或密集程度通常高於心臟復健計劃。</p>	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>
	<p>心血管疾病風險降低就診（心血管疾病治療）*</p> <p>我們每年承保一次由主要照護醫師為您就診的費用，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>	<p>密集式行為治療心血管疾病預防福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>心血管疾病篩檢</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>	<p>每 5 年承保一次的心血管疾病檢測沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>子宮頸癌和陰道癌篩檢</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 適用於所有女性：每 24 個月承保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 	<p>Medicare 承保的預防性子宮頸和骨盆檢查沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>整脊照護（Medicare 承保）</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 人工作業的脊椎半脫位矯正 	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>慢性疼痛管理及治療服務</p> <p>每月為患有慢性疼痛（持續或復發性疼痛持續超過 3 個月）的人士提供承保服務。服務可能包括疼痛評估、藥物管理以及照護協調和計劃。</p>	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>結腸直腸癌篩檢*</p> <p>承保以下篩檢測試：</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）承保一次；對於非結腸直腸癌高風險患者，在之前接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高風險患者，在之前接受過結腸鏡篩檢後，每 24 個月承保一次。 	<p>Medicare 承保的結腸直腸癌篩檢沒有共同保險、共付額或自付額。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>


第4章醫療福利表（承保範圍）

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>結腸直腸癌篩檢*（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> 對年滿 45 歲且無結腸直腸癌高風險的患者，若自上次進行電腦斷層結腸鏡篩檢之月份起已過至少 59 個月，或自上次進行軟式乙狀結腸鏡篩檢或結腸鏡篩檢之月份起已過至少 47 個月，則可承保電腦斷層結腸鏡檢查。對於具結腸直腸癌高風險的患者，若自上次進行電腦斷層結腸鏡篩檢或結腸鏡篩檢之月份起已過至少 23 個月，則可承保電腦斷層結腸鏡檢查。 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 個月承保一次。高風險患者從上次接受軟式乙狀結腸鏡檢查或鉭劑灌腸檢查起，每 48 個月承保一次。 對 45 歲及以上患者進行的糞便潛血篩檢。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。 結腸直腸癌篩檢包括在 Medicare 承保的非侵入式糞便結腸直腸癌篩檢呈陽性結果後的追蹤結腸鏡篩檢。 結腸直腸癌篩檢包括計劃的軟式乙狀結腸鏡篩檢或結腸鏡篩檢，若於同一次臨床就診中，因篩檢而進行組織或其他物質之切除，或執行與篩檢相關或由其引起之其他程序，亦屬篩檢範圍。 	<p>B 部分自付額不適用。</p> <p>如果在篩檢過程中發現異常並且服務提供者當時採取了措施，則附加服務（活檢組織檢查或其他干預）將被視為診斷檢查。</p>
	<p>牙科服務（Medicare 承保）</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 的承保範圍。然而，Medicare 目前在有限的情況下承保牙科服務費用，尤其是當該服務為治療個人主要醫療狀況的特定治療之必要組成部分時。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，或器官移植前的口腔檢查。</p> <p>*這無法保證承保範圍。</p> <p>*某些程序需要事先核准。您的牙醫會提交 X 光等文件及敘述，以支持醫療上必要的程序，並符合可接受的臨床準則。</p>	<p>有資格接受這些服務的會員無須支付共同保險額、共付額或自付額。</p> <p>綜合牙科服務可能需要事先核准。</p>

第4章醫療福利表（承保範圍）


	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>牙科服務（額外）*</p> <p>我們與提供者建立了合作夥伴關係，提供與 New York 州 Medicaid 相同的綜合牙科保險服務。從我們的提供者網絡附屬提供者處獲得的服務將受到承保。</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>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核准，並且必須醫療上必要。您的醫療服務提供者會為您處理計劃所需的授權。</p> <p>註：上述保險適用於 Medicare 附加牙科福利。您的 New York Medicaid Dental Benefit 可能也由您的 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>沒有共同保險或共付額。</p> <p>並非牙醫推薦的所有牙科手術都會承保。</p> <p>讓牙醫告訴您此計劃會支付的費用，以及您必須自付的費用。</p> <p>如果某項服務不在承保範圍，或是您超過補助上限，您可能需要承擔費用。可能會有限制和排除項目。</p>
	<p>憂鬱症篩檢</p> <p>我們每年承保一次憂鬱症篩檢。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同保險、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，我們會承保這項篩檢（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，本檢測也包含在承保範圍內。</p> <p>自您最近一次糖尿病篩檢之日起，您可能資格每 12 個月進行最多 2 次糖尿病篩檢。</p>	<p>Medicare 承保的糖尿病篩檢沒有共同保險、共付額或自付額。</p>

第4章醫療福利表（承保範圍）


	承保服務	您個人支付的範圍
	<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）。承保服務包括：</p> <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承保。 ◦ 首選血糖機不需要事先核准。 ◦ 血糖試紙 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 首選血糖試紙不需要事先核准。 ◦ 每次可能僅限領取 30 天份的用品。 • True Metrix 是我們的糖尿病用品首選製造商。請參閱我們的計劃處方集以瞭解更多資訊，或致電會員服務部以瞭解其他資訊。 • 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）。承保範圍包括配適。 • 在特定情況下，糖尿病自我管理訓練可獲得承保。 • Medicare 承保的糖尿病服務包括： <ul style="list-style-type: none"> ◦ 每年眼科檢查和青光眼檢測 ◦ 足部檢查 ◦ 醫學營養治療服務（MNT） 	<p>這項福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>只要您持有處方，並在網絡零售藥局或透過 Mail Service Pharmacy 計劃來領取用品，用品即可獲得承保。</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療檢查，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（MNT），請參閱本表中的「醫學營養治療」。</p> <p>糖尿病用品、糖尿病用鞋和鞋墊可能需要事先核准。</p> <p>首選製造商不需要事先核准。</p> <p>Medicare 承保的糖尿病自我管理訓練不需要事先核准。</p>
	<p>耐用性醫療設備（DME）和相關用品</p> <p>（有關耐用性醫療設備的定義，請參閱第 12 章和第 3 章）</p> <p>承保項目包括但不限於：輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病項目、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>這項福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>

第4章醫療福利表（承保範圍）

承保服務	您個人支付的範圍
<p>耐用性醫療設備 (DME) 和相關用品 (續)</p> <p>我們承保 Original Medicare 承保的所有醫療上必要 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) 承保 Original Medicare 承保的任何 DME，品牌和製造商均在此清單上。我們不會承保其他品牌和製造商，除非您的醫師或其他提供者告知我們該品牌適合您的醫療需求。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，我們將繼續為您承保該品牌最多 90 天。在此期間，您應與您的醫師討論，以決定在此 90 天期限後，哪種品牌在醫療上適合。（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>如果您（或您的提供者）不同意本計劃的承保決定，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醫療狀況決定，您也可以提出上訴。（有關上訴的詳細資訊，請參閱第 9 章）</p>	
<p>急診照護</p> <p>急診照護是指符合下列條件的服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由具資格提供急診照護服務之醫療服務提供者提供，以及 • 為評估或穩定急診醫療狀況所需。 <p>醫療急診狀況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醫療狀況。</p> <p>若從網外醫療服務提供者處獲得必要急診服務，其分攤費用與從網絡醫療服務提供者處獲得該服務相同。</p> <p>在美國境外的急診醫療可能屬於全球急診照護服務承保福利的承保範圍。我們每日曆年提供高達 \$10,000 的全球急診承保，用於急診照護和穩定後照護。請參閱本表的「全球急診照護承保」以進一步瞭解。</p>	<p>這些服務沒有共同保險、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照護服務，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照護，並在急診狀況穩定後需要住院治療，您必須轉至網絡醫院，這樣我們才會繼續承保費用，或者您必須在本計劃授權的網外醫院住院治療，且您的費用將是在網絡醫院支付的最高分攤費用。</p>
<p>健身福利 (額外) *</p> <p>可獲得進入健身中心的健身中心會員資格。如果您無法前往健身中心，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>這項福利沒有共同保險、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>

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>健身福利（額外）*（續）</p> <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>衛生和健康教育計劃</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我們提供多項計劃，協助您管理診斷出的健康狀況。計劃包括氣喘管理 • 憂鬱症管理 • 糖尿病管理 • 高血壓管理 • 心血管疾病（CVD）管理 • 慢性阻塞性肺病（COPD）管理 <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>投保健康管理計劃：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 系統會根據醫療或藥局領藥資料，自動為您投保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投保。 <p>您必須符合某些條件才能投保。</p> <p>退保健康管理計劃：</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>如需深入瞭解或投保上述任何計劃，請致電我們的健康管理部門：(866) 891-2320 (TTY: 711)，週一至週五，8 a.m. 至 8 p.m.（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>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)，週一至週五，8 a.m. 至 8 p.m.（東部標準時間）。</p> <p>照護諮詢專線</p> <p>無論您是有立即的健康疑慮、醫療狀況問題，或是想要索取可用保健資源的一般資訊，都可利用每天 24 小時，每週 7 天全年無休的照護諮詢專線獲得協助。</p>	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p>


	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>衛生和健康教育計劃（續）</p> <p>照護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>免付費照護諮詢專線電話號碼是： (844) 658-8544, (TTY/TDD: 711)</p> <p>您可以隨時致電照護師，討論疾病或受傷的相關事宜。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 不需要轉診或事先核准 <p>此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 卡每月為您提供 \$285 的共用支出補助，可用於特定的額外計劃福利，例如：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 非處方 (OTC) • OTC 助聽器 • 餐飲* • 任何健康相關地點的交通 • 非醫療需求交通 • 公用事業 <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。本福利卡並未承保美容程序。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額外福利、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。要獲得 SSBCI 的補助，會員必須患有符合資格的慢性病；並提供醫師核准，與 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 個案管理相結合。如需詳細資訊，請參閱本表中的「慢性病特別額外福利」。</p>	<p>Healthy You 卡沒有共同保險、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，可獲得承保。</p> <p>Medicare 承保的聽力診斷和平衡檢查有助於判斷您是否需要醫療。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>聽力服務（額外）*</p>	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>聽力服務（續）</p> <p>除了 Medicare 承保的聽力服務之外，您每個日曆年都能接受一次例行的聽力測試。完成例行的聽力測試之後，可能會為您選配助聽器。若要尋找您附近的網內聽力醫療服務提供者，您可以：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 致電我們的會員服務部，或者 2. 線上搜尋 — 在 MolinaHealthcare.com/Medicare 上使用我們的附加聽力醫療服務提供者線上搜尋工具。 <p>每個日曆年可進行一次助聽器配適/評估。</p> <p>如果您得知需要使用助聽器，可以每 2 年向本計劃核准的醫療服務提供者，最多獲得 2 副預選雙耳助聽器。</p>	
	<p>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，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每 12 個月一次篩檢檢查。 <p>如果您懷有身孕，我們承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 懷孕期間最多 3 次篩檢 	<p>有資格接受 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢者無需支付共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>居家健康照護機構照護</p> <p>在接受居家健康照護服務前，必須由醫師證明您需要居家健康照護服務，並指示由居家健康照護機構來提供居家健康照護服務。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"> • 兼職或間歇性專業照護以及居家健康照護助理服務（為了將此類服務納入居家健康照護輔助服務福利之中，您的專業照護和居家健康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 • 醫療設備和用品 	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</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，包括照護服務 • 耐用性醫療設備福利承保並不包含病患訓練和教育 	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>

第4章醫療福利表（承保範圍）

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>家中注射治療（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> 遠端監測 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注射藥物 	
	<p>安寧照護</p> <p>當您的醫師和安寧醫療總監向您提出末期預後，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。我們的計劃有義務幫助您在本計劃服務區域內找到 Medicare 認證的安寧照護計劃，包括我們擁有、控制或有經濟利益的計劃。您的安寧照護醫師可以是網絡醫療服務提供者，也可以是網外醫療服務提供者。</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 症狀控制藥物和止痛藥 短期暫託照護服務 居家照護 <p>當您進入安寧照護時，您有權繼續參加我們的計劃；如果您繼續參加我們的計劃，則必須繼續支付計劃保費。</p> <p>針對安寧照護服務，以及由 Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保且與您的末期預後相關服務：Original Medicare（而非本計劃）會向您的安寧照護服務提供者支付與您末期預後有關的安寧照護服務和任何 A 部分和 B 部分服務費用。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 承保的服務向 Original Medicare 收費。您將會收到 Original Medicare 分攤費用的帳單。</p> <p>針對由 Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保並與您的末期預後無關的服務：如果您需要與您的末期預後無關，且由 Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保的非急診或非急需服務，您為此類服務支付的費用取決於您是否使用本計劃的網絡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核准的需求）。</p> <ul style="list-style-type: none"> 如果您從網絡醫療服務提供者處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絡內服務分攤費用 如果您從網外醫療服務提供者處獲得承保服務，則需支付 Original Medicare 的分攤費用 <p>針對 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 承保，但 Medicare Part A 或 Medicare Part B 不承保的服務：Senior Whole Health of New York NHC 將繼續承保不由</p>	<p>當您投保 Medicare 認證的安寧照護計劃時，您的安寧照護服務以及與您末期預後相關的 A 部分和 B 部分服務將由 Original Medicare 支付，而非 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。</p>



第4章醫療福利表（承保範圍）

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>A 部分或 B 部分承保的計劃承保服務，無論這些服務是否與您的末期預後相關。您必需為這些服務支付計劃分攤費用金額。</p> <p>安寧照護（續）</p> <p>對於本計劃 D 部分福利可能承保的藥物：如果這些藥物與您的末期安寧照護有關，您將支付分攤費用。如果這些藥物與您的末期安寧照護病症有關，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。</p> <p>註：如果您需要非安寧照護（與您末期預後無關的照護），請聯絡我們以安排相關服務。</p> <p>本計劃針對罹患絕症且未選擇安寧照護福利者承保安寧照護諮詢服務（僅限一次）。</p>	
	<p>疫苗接種</p> <p>Medicare Part B 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，若醫療上必要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 Part B 承保規定 <p>我們的 D 部分藥物福利也承保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 疫苗沒有共同保險、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、長期照護醫院及其他類型的住院服務。醫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，如果在醫療上必要） • 膳食，包括特殊飲食 • 定期照護服務 • 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 	<p>您為每個福利期的住院期間第 1 - 90 天支付 \$0。</p> <p>我們的計劃承保 60 個「終身儲備日」。這些是我們承保的「額外」天數。如果您單一福利期的住院照護天數超過 90 天，即可使用這些額外 60 天，您的住院承保即會限制在每個福利期 90 天。</p> <p>根據您的 Medicaid 福利和指南可能承保的其他服務。</p>

	承保服務	您個人支付的範圍
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>住院照護（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 住院物質使用障礙服務 • 在某些情況下，下列類型的移植可獲得承保：角膜、腎臟、腎胰、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，決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域以外。如果我們的網內移植服務不在社區模式照護之內，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照護模式之外，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) 將報銷移植相關醫療照護詳細資訊，每日最高限額為 \$150。此外，還可以按照 Internal Revenue Service (IRS) 調整並公開發布之規定的納稅人標準里程費率請求里程報銷。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。全血和濃縮紅血球的承保，僅從您所需的第四品脫血液開始。您必須自付每日曆年所輸注的前 3 品脫血的費用，或者由您或他人捐贈血液。其他血液類型的承保將從第一品脫血液開始。 • 醫師服務 <p>註：要成為住院病人，您的醫療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>在 Medicare 資料表《Medicare 醫院福利》中獲取更多資訊。您可以在網站獲得此資料表：www.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。您可以免費撥打這些號碼，每天 24 小時，每週 7 天全天候提供服務。</p>	<p>如果您在急診狀況穩定後，於網外醫院接受經授權的醫院照護，您的費用是您在網絡醫院會支付的分攤費用。</p> <p>可能需要事先核准。</p>


第4章醫療福利表（承保範圍）

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>精神科醫院的住院服務</p> <p>承保服務包括需要住院的精神健康照護服務</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 在您的一生中僅承保最多 190 天的精神科住院醫院服務。 • 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精神健康照護時已承保的住院天數，將會從承保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精神健康照護，則可享有無限制的福利期。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 承保達到 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絡行為健康服務提供者清單。 <p>Medicare 不承保：</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 私人照護 ◦ 病房內的電話或電視 <p>私人病房（除非醫療上必要）</p>	<p>您為每個福利期的住院期間第 1 - 90 天支付 \$0。</p> <p>我們的計劃也承保 60 個「終身儲備日」。這些是我們承保的「額外」天數。如果您單一福利期的住院天數超過 90 天，即可使用這些額外天數。但若您已用完這 60 個額外天數，您的住院承保即會限制在每個福利期 90 天。</p> <p>如果您在急診穩定後，於網外醫院接受經授權的住院照護，您的費用是您在網絡醫院會支付的分攤費用。</p> <p>可能需要事先核准。除急診外，您的醫師必須告知我們您即將入院。</p>
	<p>住院：於非承保住院期間，在醫院或 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，我們將不會承保您的住院費用。在某些情況下，我們會承保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 	<p>這項福利沒有共同保險額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>住院：於非承保住院期間，在醫院或 SNF 獲得的承保服務（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> 腿部、手臂、背部和頸部支架、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 <p>物理治療、言語治療和職能治療</p>	
	<p>醫學營養治療</p> <p>此福利適用於糖尿病、腎病（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、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）醫學營養治療服務的第一年，我們會承保 3 個小時的一對一諮詢服務，之後則是每年承保 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 承保醫學營養治療服務的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</p> <p>所有 Medicare 健保計劃的合格個人均享有 Medicare MDPP 服務承保。</p> <p>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>MDPP 福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>Medicare Part B 藥物</p> <p>這些藥物包含在 Original Medicare Part B 的承保範圍中。本計劃的會員可透過本計劃得到這些藥物的承保。承保藥物包括：</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 透過耐用性醫療設備（例如醫療上必要胰島素幫浦）提供的胰島素 您透過本計劃授權的耐用性醫療設備（例如噴霧器）所使用的其他藥物 Alzheimer 藥物 Leqembi®（學名 lecanemab），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 	<p>這項福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>B 部分藥物可能會受階段治療的約束。</p> <p>可能需要事先核准。</p>

承保服務	您個人支付的範圍
<p>Medicare Part B 藥物（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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。您在接受承保移植時必須享有 A 部分，在獲得免疫抑制藥物時必須享有 B 部分。如果 B 部分不承保免疫抑制劑藥物，Medicare Part D 藥物承保會承保這些藥物 • 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 • 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 承保抗原藥物 • 某些口服抗癌藥物：Medicare 給付您的某些口服口腔抗癌藥物，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）。隨著新型口服抗癌藥物的上市，B 部分可能會加以承保。如果 B 部分不承保，D 部分將承保。 • 口服抗噁心藥物：Medicare 承保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 • Medicare Part B 承保的某些口服末期腎病 (ESRD) 藥物 • ESRD 支付系統下的擬鈣藥物與磷結合劑藥物，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（如醫療上必要）和局部麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：如果您患有末期腎病 (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 Retacrit®、Aranesp®），則 Medicare 承保促紅血球生成素注射 • 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醫療狀況，然後再承保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。如果藥物 A 對您無效，我們將承保藥物 B。您可以造訪 SWHMA.com 以瞭解更多關於我們如何決定是否需要階段治療的資訊。</p> <p>我們還根據我們的 B 部分承保一些疫苗，並根據我們的 D 部分藥物福利承保大多數成人疫苗。</p> <p>第 5 章說明我們的 D 部分藥物福利，包括您在獲得處方藥物承保時必須遵守的規定。第 6 章說明透過本計劃獲得 D 部分藥物時，您應支付的費用為何。</p>	

第4章醫療福利表 (承保範圍)

	承保服務	您個人支付的範圍
	<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預防計劃協調運作，則可獲得給付。請洽詢您的主要照護醫師或醫療從業人員以瞭解詳情。</p>	<p>預防性肥胖篩檢和治療沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>鴉片類治療計劃服務</p> <p>本計劃為鴉片使用失調 (OUD) 病患承保 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"> • Food and Drug Administration (FDA) 核准的鴉片類受體致效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物 • MAT 藥物的配藥和給藥 (如適用) • 物質使用諮詢 • 個人治療與團體治療 • 毒理學檢測 • 攝取活動 • 定期評估 	<p>Medicare 承保的鴉片類治療門診沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>Medicare 承保的門診鴉片類治療計劃服務不需要事先核准，但如果您要求獲得鴉片類治療藥物，則可能需要獲得事先核准。</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。其他血液類型的承保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 (EKG)、腦電圖 (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、CT、SPECT、PET、MRI、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、血管造影和鉭劑檢查)。 • 門診實驗室服務和門診 X 光服務不需要核准。 	<p>這項福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>
	<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>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>



	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>門診醫院留觀（續）</p> <p>門診醫院留觀服務必須符合 Medicare 標準，且被認為合理且必要，才會獲得承保。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，留觀服務才能獲得承保。</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，請詢問醫院工作人員。</p> <p>在 Medicare 資料表《Medicare 醫院福利》中獲取更多資訊。您可以在網站獲得此資料表：www.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。您可以免費撥打這些號碼，每天 24 小時，每週 7 天全天候提供服務。</p>	
	<p>門診醫院服務</p> <p>我們會承保您在醫院門診部門為診斷或治療疾病或受傷而取得的醫療上必要服務。</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 • 精神健康照護，包括部分制住院計劃中的照護（如果醫師證明沒有這項照護則需住院治療） • 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，請詢問醫院工作人員。</p> <p>您也可在 Medicare 資料表中的「您是住院患者還是門診患者？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。您可以免費撥打這些號碼，每天 24 小時，每週 7 天全天候提供服務。</p>	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>門診醫院服務包含在本表中的其他福利承保範圍。如果照護是在門診醫院環境中提供，則請參閱下列福利和其他福利：</p> <p>「急診照護」</p> <p>「全球急診/緊急承保」</p> <p>「門診診斷檢測和治療服務與用品」「在醫院門診設施和門診手術中心提供的門診手術」</p> <p>「部分制住院」</p> <p>可能需要事先核准。</p>

第4章醫療福利表（承保範圍）




	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>門診精神健康照護</p> <p>承保服務包括：</p> <p>由持有州立執照的精神科醫師或醫師、臨床精神學家、臨床社會工作者、臨床照護專家、認證專業諮詢師 (LPC)、認證婚姻與家庭治療師 (LMFT)、專科照護師 (NP)、醫師助理 (PA) 或其他經 Medicare 檢定合格的精神健康照護專業人士，依照適用州法律提供的精神健康服務。</p> <p>您的 Medicare 門診精神健康照護承保範圍包括：</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照護醫師診間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。 • 藥物管理。 	<p>這項福利沒有共同保險、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 承保的門診精神健康照護，請參閱本表中的「部分制住院」。</p> <p>可能需要事先核准。</p>
	<p>門診復健服務</p> <p>承保服務包括：物理治療、職能治療和言語治療。</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，以及綜合門診復健機構 (CORF)。</p>	<p>這項福利沒有共同保險或共付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>
	<p>門診物質使用障礙服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的門診戒除物質濫用服務。 • 此外，Medicaid 也承保個人治療與團體治療就診。在十二 (12) 個月的期間內，投保人必須能夠自我轉診，以進行網絡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>這項福利沒有共同保險或共付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>
	<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：如果您是在醫院機構接受手術，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>這項福利沒有共同保險或共付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>


	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>非處方 (OTC) 項目 (額外) *</p> <p>您每月可獲得 \$285 的共用補助，可使用 Healthy You 卡在計劃核准的 OTC 項目、產品及藥物上花費。此月補助與食品和農產品 (SSBCI)*、前往計劃核准地點的交通、OTC 助聽器、非急診交通 (SSBCI)* 服務和公用事業 (SSBCI)* 補助共用。您可以將此補助用於 OTC 項目、食品和農產品 (SSBCI)*、前往計劃核准地點的交通、OTC 助聽器、聽器、非急診交通 (額外) 服務或公用事業 (電、天然氣和水) 費用援助。如果您未用完月補助，剩餘的餘額會失效，不會轉入下一個月。</p> <p>您的承保範圍包括維他命、防曬乳、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> <p>線上 — 請造訪 NationsOTC.com/Molina</p> <p>透過電話 — 請致電 (877) 208-9243 與 NationsOTC Member Experience Advisor</p> <p>(國民非處方會員體驗顧問) 聯絡，(TTY 711)，每天 24 小時，每週 7 天全天候提供服務，365 天全年無休。</p> <p>透過郵寄 — 填寫並交回產品目錄中的訂購單。</p> <p>透過參與計劃的零售地點。</p> <p>有關計劃核准的 OTC 項目的完整清單，請參閱您的 2026 OTC 產品目錄，或致電 OTC 支援人員以獲取更多資訊。您將在 2026 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>*慢性病資格要求</p>	<p>如果您使用的是 Healthy You 卡，則無需支付共同保險額，共付額或自付額。</p> <p>如果您超過月補助上限，您可能需要負擔費用。</p> <p>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><i>部分制住院</i>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，其所提供的照護比您在醫師、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照護更為密集，是住院照護的替代選擇。</p> <p><i>密集型門診服務</i>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照護更為密集，但比部分制住院強度更弱。</p>	<p>Medicare 承保的部分制住院服務沒有共同保險額、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>


	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>「醫師/醫療從業人員服務，包括醫師診間就診」</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在醫師診間、通過認證的非住院性手術中心、醫院門診部門或其他地點進行的醫療上必要醫療照護或手術服務。可能需要事先核准。 • 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 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絡醫療服務提供者。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絡醫療服務提供者。欲尋找網絡醫療服務提供者，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病就診相關的遠距醫療服務。可能需要事先核准。 • 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核准。 • 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。可能需要事先核准。 • 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和聯邦核准的健康中心提供 • 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"> ◦ 您不是首次看診，且 ◦ 該看診與過去 7 天內的診間就診無關，且 ◦ 該看診不會在 24 小時內導致診間就診，或以最快時間約診 	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p>

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>醫師/醫療從業人員服務，包括醫師診間就診（續）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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"> ◦ 您不是首次看診，且 ◦ 該評估與過去 7 天內的診間就診無關，且 ◦ 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、網際網絡或電子健康記錄諮詢醫師或其他醫師 • 手術前由另一網絡醫療服務提供者提供第二意見 • 非例行牙科照護（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）。可能需要事先核准。 • 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 承保）</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 足部損傷或疾病（如鏈狀趾或後跟骨刺）的診斷和醫療或外科治療 • 例行足部照護，適用於所患特定醫療醫療狀況會影響下肢的會員 	<p>這項福利沒有共同保險或共付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>
	<p>用於預防 HIV 的暴露前預防 (PrEP)</p> <p>如果您沒有感染 HIV，但您的醫師或其他醫療保健專業人員確定您感染 HIV 的風險增加，我們承保暴露前預防 (PrEP) 藥物和相關服務。如果您符合資格，承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • FDA 核准的口服或注射用 PrEP 藥物。如果您正在獲取可注射藥物，我們還會承保注射藥物的費用。 • 每 12 個月最多 8 次個人諮詢會談（包括 HIV 風險評估、HIV 風險降低和藥物依從性）。 • 每 12 個月最多進行 8 次 HIV 篩檢。 <p>一次性 B 型肝炎病毒篩檢。</p>	<p>PrEP 福利沒有共同保險、共付額或自付額。</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 (PSA) 檢查 	<p>年度 PSA 檢查沒有共同保險、共付額或自付額。</p>

第4章醫療福利表（承保範圍）

	承保服務	您個人支付的範圍
	<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）。其中包括但不限於義肢和矯形器使用的測試、配適或訓練；以及與結腸造口照護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承保項目 - 請參閱本表格下文的「視力保健」以瞭解詳情。</p>	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>可能需要事先核准。</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承保。</p>	<p>這項福利沒有共同保險或共付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>
	<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成人會員（包括孕婦），我們承保一次酒精濫用篩檢。</p> <p>如果您篩檢出酒精濫用陽性，您每年可獲得最多 4 次簡短的面對面諮詢會談，（如果您在諮詢期間神智清醒且警覺）由合格的主要照護醫師或執業醫師在主要照護環境中提供。</p>	<p>Medicare 承保的減少酒精濫用篩檢和諮詢預防性福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>使用低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 篩檢肺癌*</p> <p>合格的個人每 12 個月可進行一次承保的 LDCT。</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就診期間拿到 LDCT 的醫囑（符合 Medicare 的此類就診標準，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 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：會員必須拿到 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 LDCT 肺癌篩檢，提供肺癌篩檢諮詢和醫病共享決策就診，則該就診必須符合此類就診的 Medicare 標準。</p>	<p>Medicare 承保的 LDCT 諮詢和醫病共享決策門診沒有共同保險額、共付額或自付額。</p>
	<p>C 型肝炎病毒感染篩檢</p> <p>如果您的主要照護醫師或其他合格的健康照護提供者要求進行一次 C 型肝炎篩檢，而您符合以下條件之一，我們將承保一次篩檢：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您因使用或曾經使用非法注射藥物而面臨高風險。 • 您在 1992 年之前曾輸血。 • 您出生於 1945 年至 1965 年之間。 	<p>Medicare 承保的 C 型肝炎篩檢沒有共同保險、共付額或自付額。</p>

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>C 型肝炎病毒感染篩檢（續）</p> <p>如果您出生在 1945 年至 1965 年之間，且不被視為高風險，我們將支付一次篩檢費用。如果您處於高風險（例如，自上次 C 型肝炎陰性篩查測試以來，您繼續使用非法注射藥物），我們將為您提供年度篩查。</p>	
	<p>性傳播感染 (STI) 篩檢和預防 STI 的諮詢</p> <p>我們承保披衣菌、淋病、梅毒和 B 型肝炎的性傳播感染 (STI) 篩檢。這些篩檢承保適用於懷孕女性，以及 STI 風險較高且主要照護提供者要求進行檢測者。我們每 12 個月或在懷孕特定時間承保一次這些檢測。</p> <p>我們也為性活躍且 STI 風險較高的成年人每年承保最多 2 次 20 至 30 分鐘、面對面的高強度行為諮詢會談。我們僅在這些諮詢會談由主要照護提供者提供並在主要照護場所（如醫師診間）進行時，才將其作為預防性服務承保。</p>	<p>Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 諮詢預防性福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>腎病治療服務</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 腎病教育服務，教導腎臟照護的常識，並協助會員對其照護做出明智的決定。對於患有 IV 期慢性腎病的會員，得到醫師轉診後，終生最多可接受 6 次我們承保的腎病教育服務。 • 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，或這項服務的網絡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就診，確認您的居家洗腎情形、協助處理急診狀況，以及檢查您的洗腎設備和供水裝置） <p>某些洗腎藥物在 Medicare Part B 承保範圍內。如需 B 部分藥物的承保資訊，請參閱此表中的 Medicare Part B 藥物。</p>	<p>這些服務沒有共同保險、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「耐用性醫療設備和相關用品」。 <p>居家支援服務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 請參閱本表的「居家健康照護機構照護」。 <p>Medicare Part B 洗腎藥物</p> <ul style="list-style-type: none"> • 請參閱本表的「Medicare Part B 處方藥物」。
	<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（或是私人病房，如果在醫療上必要） 	<p>這項福利沒有共同保險或共付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p> <p>除緊急情況外，您的醫師必須告知計劃您即將進入</p>

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>專業療養機構 (SNF) 照護 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 膳食，包括特殊飲食 • 專業照護服務 • 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承保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。其他血液類型的承保將從第一品脫血液開始。 • 通常由 SNF 提供的醫療和手術用品 • 通常由 SNF 提供的化驗檢測 • 通常由 SNF 提供的 X 光與其他放射服務 • 使用通常由 SNF 提供的裝置，如輪椅 • 醫師/醫療從業人員服務 <p>您通常會從網絡機構獲得 SNF 照護。然而，在下列特定情況，您也可以網絡內分攤費用獲得非網絡醫療服務提供者機構提供的照護，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（只要提供專業療養機構照護即可） • 在您出院時，您的配偶或同居伴侶所居住的 SNF 	<p>SNF。無需事先住院授權。</p>
	<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>符合以下標準的門診和住院患者可獲得戒菸諮詢：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 使用菸草，無論是否表現出與菸草相關疾病的前兆或症狀 • 在諮詢期間神智清醒且警覺 • 由合格的醫師或其他 Medicare 認可的從業人員提供諮詢服務 <p>我們每年承保 2 次戒菸嘗試（每次嘗試最多可包括 4 次中度或強化治療，患者每年最多可進行 8 次治療。）</p>	<p>Medicare 承保的戒除吸菸及菸草使用的預防性福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>戒除吸菸及菸草使用服務 (額外) *</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 Health Education Department。</p> <p>除了 Medicare 承保戒除吸菸及菸草使用福利提供的承保範圍外，本計劃每個日曆年還承保 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 承保的戒除菸草使用福利，本計劃才會支付此福利下的承保項目。</p>	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p>


第4章醫療福利表（承保範圍）

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>慢性病特別額外福利</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額外福利的資格。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 自體免疫性疾病； • 心血管疾病 • 慢性心臟衰竭 • 失智症 • 糖尿病 • 慢性肺病 • 慢性腎病 (CKD) • 慢性酒精使用障礙和其他物質使用障礙 (SUD) • 癌症 • 超重、肥胖和代謝綜合症 • 慢性胃腸病 • 嚴重的血液疾病 • HIV/AIDS • 慢性和心理障礙狀況 • 神經系統疾病 • 中風 • 器官移植後 • 免疫缺陷和免疫抑制性疾病 • 與認知障礙相關的病症 • 有功能性挑戰的病症 • 影響視力、聽力（耳聾）、味覺、觸覺和嗅覺的慢性疾病 • 需要持續治療服務以維持或保留個人功能的病症 <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，向其提出您的請求或獲得額外資訊。</p> <p>註：請求此福利，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，如您在請求中明文所述。</p> <p>若經核准，每個月將會有 \$285 的共用補助自動存入至您的 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>食品和農產品*</p> <p>患有上述慢性病的受益人也有資格透過 Healthy You 卡福利獲得食品和農產品福利。您的 Healthy You 卡將每月自動儲值最高 \$285，共用於非處方 (OTC) 項目、OTC 助聽器、前往計劃核准健康地點的交通、非醫療需求交通和公用事業*（電、天然氣和水）。</p>	<p>如果您使用您的 Healthy You 卡，則無共同保險或共付額。</p> <p>可能需要參與照護管理計劃。在缺乏歷史醫療資訊的情況下，會員還必須有醫師的簽核以進行檢測。</p> <p>可能需要事先核准。</p>


第4章醫療福利表 (承保範圍)

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>慢性病特別額外福利 (續)</p> <p>您可以使用 Healthy You 卡上的補助，在您附近參與計劃的當地商店購買各種品牌與非專利健康食品，或在 SWHMA.com 線上外送至家中，無需支付額外費用。</p> <p>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>非醫療需求交通</p> <p>您可以使用 Healthy You 卡支付前往核准地點的非醫療需求交通費，例如健身中心、食物救濟站、雜貨店、藥局購買 OTC 用品、宗教服務場所和長者中心。如需更多資訊，請參閱預存資金的簽帳金融卡 Healthy You 部分。</p> <p>公用事業*</p> <p>會員必須參與評估以確定其是否符合公用事業（電力和天然氣、水）援助福利的資格。</p> <p>您的 Healthy You 卡將每月自動儲值最高 \$285，共用於非處方 (OTC) 項目、OTC助聽器、食品和農產品*、前往計劃核准健康地點的交通以及非醫療需求交通。</p> <p>*慢性病資格要求</p>	
	<p>監督運動治療 (SET)</p> <p>患有症狀性周邊動脈疾病 (PAD) 的會員享有 SET 承保。</p> <p>只要符合 SET 計劃要求，即可參加為期 12 週最多 36 次的承保治療。</p> <p>SET 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由 30 至 60 分鐘的治療構成，其中包含為跛行患者提供的 PAD 治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診環境或醫師診所進行 • 必須由受過 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照護師/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必要，承保的 SET 可從為期 12 週的 36 次治療，延長時間並再增加 36 次治療。</p>	<p>有資格接受此福利的會員無須支付共同保險或共付額。</p> <p>可能需要事先核准。</p>
	<p>交通-非急診 (額外)</p> <p>您的 Healthy You 卡每個月有 \$285 的共用補助，可由您自行決定用於前往健康相關地點的交通。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 (OTC) 項目、OTC 助聽器、食品和農產品*、前往計劃核准健康地點的交通。</p>	<p>如果您使用的是 Healthy You 卡，則這些服務無需支付共同保險或共付額。</p> <p>如果您超過年度補助上限，您可能需要負擔費用。</p>

第4章醫療福利表（承保範圍）

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>交通-非急診（額外）（續）</p> <p>通以及公用事業的月補助共用。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 卡搭配叫車應用程式、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補助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請求目的地，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>*慢性病資格要求</p>	<p>可能會有限制和排除項目。如果您需要急診照護，請致電 911 並請求救護車。</p> <p>請參閱本表的「救護車服務」，以進一步瞭解急診交通。</p>
	<p>急需服務</p> <p>如果您暫時不在計劃服務區域內，或即使您在計劃服務區域內但考慮到您的時間、地點和情況，從網絡醫療服務提供者處獲得服務是不合理的，則計劃承保的需要立即就醫且不屬於急診的服務將視為「急需服務」。本計劃計劃必須承保急需服務，並且僅向您收取網絡分攤費用。急需服務例子包括無法預見的醫療疾病和傷害，或現有疾病狀況的意外發作。即使您不在計劃服務區域內，或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的例行醫療服務提供者就診（例如年度檢查）也不會被視為符合急需。</p>	<p>這些服務沒有共同保險、共付額或自付額。</p>
	<p>視力保健（Medicare 承保）</p> <p>承保服務包括：</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 不承保為了配眼鏡/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，我們每年承保一次青光眼篩檢。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承保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 2 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 2 副眼鏡。 <p>視力保健（額外）</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>	<p>有資格接受此福利的會員無須支付共同保險或共付額。</p> <p>眼鏡可能需要事先核准。</p>

第4章醫療福利表（承保範圍）

	承保服務	您個人支付的範圍
	<p>視力保健 (Medicare 承保) (續)</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。必須使用網絡醫療服務提供者。請參閱「醫療服務提供者/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>本計劃承保單次「歡迎參加 Medicare」預防性就診。本就診包括：檢查您的健康狀況、針對您所需要的預防性服務提供教育與諮詢（包括某些篩檢和注射），以及視需要進行其他照護轉診。</p> <ul style="list-style-type: none"> 重要事項：我們僅在您投保 Medicare Part B 的前 12 個月承保「歡迎參加 Medicare」預防性就診。預約時，請告知醫師診間您想要安排「歡迎參加 Medicare」預防性就診。 	<p>「歡迎參加 Medicare」預防性就診沒有共同保險額、共付額或自付額。</p>
	<p>全球急診承保 (額外) *</p> <p>這項附加福利的承保範圍包括：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 的承保。</p> <p>此福利僅限於若在美國境內提供，將被歸類為急診照護的服務。全球承保包括急診照護以及穩定後照護。</p> <p>發生這類情況時，我們會要求您或您的看護致電我們。一旦您的醫療狀況與情況許可，我們將儘快安排網絡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承保範圍。例行照護和預先安排或選擇性程序皆不在承保範圍。</p> <p>外國稅金和費用（包括但不限於換匯或交易費）不在承保範圍。</p> <p>美國指的是 50 個州、District of Columbia、Puerto Rico、Virgin Islands、Guam、Northern Mariana Island 和 American Samoa。</p> <p>全球急診承保 (額外) * (續)</p>	<p>這項福利沒有共同保險、共付額或自付額。</p> <p>如果您在美國境外接受急診照護，並在急診狀況穩定後需要住院治療，您必須回到網絡醫院，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>您的費用是您在網絡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/緊急照護提出報銷要求。</p> <p>每個日曆年最多承保 \$10,000 的計劃上限適用於此福利。</p>

第3節 在 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 之外的承保服務

以下服務不受 Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP) 承保，但可透過 Medicaid 獲得：

- 在直接存取條款下的網外家庭計劃生育服務，
- 州法允許的 Medicaid 藥局福利（選擇 Medicare Part D 福利排除的藥物類別），
- Methadone Maintenance Treatment 計劃，
- OMH 認證社區居民 (CR) 所提供的復健服務及 Family Based Treatment Program，
- 發展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 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 或 Medicaid 不承保的服務

本節將說明哪些服務排除在外。

下表列出在任何情況下本計劃或 Medicaid 都不承保服務和項目，或是僅在特定情況下由 Medicaid 承保的服務和項目。

如果您獲得被排除在外（未承保）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承保範圍內，我們的計劃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承保醫療服務的上訴。（如需瞭解如何針對我們不承保某醫療服務的決定提出上訴，請參閱第 9 章第 6.3 節。）

Medicare 不承保服務	僅在特定情況下承保
針灸	特定情況下，適用於慢性下背痛患者
整形美容外科手術或程序	會員可享有意外受傷或改善畸形身體機能情況下的承保。 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，都可得到承保
監護性照護 監護性照護是不需要由受過訓練之醫療或輔助醫務人員持續關注的個人照護，例如協助您進行洗澡或穿衣等日常生活活動的照護	在任何情況下都不承保
實驗性質的醫療程序和手術、設備和藥物 實驗性質的程序和項目是指經 Original Medicare 裁定，未普遍為醫學界接受的項目和程序。	可在 Medicare 核准的臨床研究中獲得 Original Medicare 的承保，或是由本計劃承保。 (如欲進一步瞭解臨床研究，請參閱第 3 章第 5 節)

Medicare 不承保服務	僅在特定情況下承保
由直系親屬或家庭成員提供照護的費用	在任何情況下都不承保
在家中提供全職照護	在任何情況下都不承保
居家送餐服務	在任何情況下都不承保
家管服務包括基本的居家幫助，像是簡單的家事或便餐準備。	在任何情況下都不承保
自然療法服務（使用自然或替代療法）	在任何情況下都不承保
矯形鞋或足部支撐裝置	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。矯形鞋可能屬於 Medicaid 範圍
醫院或專業療養機構病房中的個人項目，例如電話或電視機	在任何情況下都不承保
醫院的私人病房	僅在醫療上必要時才承保
絕育復通手術和/或非處方避孕用品	在任何情況下都不承保
例行整脊照護	人工作業的脊椎半脫位矯正在承保範圍內
例行牙科照護，例如洗牙、補牙或假牙	在任何情況下都不承保 請參閱醫療福利表以瞭解更多資訊。
例行眼睛檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力輔助工具	在任何情況下都不承保 請參閱醫療福利表以瞭解更多資訊。
例行足部照護	根據 Medicare 指南，提供部分有限承保(例如，假設您有糖尿病) 請參閱醫療福利表以瞭解更多資訊。
例行聽力檢查、助聽器或助聽器的佩戴檢查	Medicaid 承保測試和檢查、助聽器評估和處方（具有醫療必要性）。 請參閱醫療福利表以瞭解更多資訊。
根據 Original Medicare 標準，視為不合理和不必要的服務	在任何情況下都不承保

第5章

使用 D 部分藥物的計劃承保

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 Extra Help 以支付處方藥物計劃費用。因為您目前參加 Extra Help 計劃，**此承保範圍證明中有關 D 部分處方藥物費用的部分資訊可能不適用於您**。我們已另外寄送一份稱為「為獲得『Extra Help』支付處方藥物費用者提供的承保範圍證明附加條款」（亦稱為「Low-Income Subsidy 附加條款」或「LIS 附加條款」）的插頁給您，其中說明了您的藥物承保。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部以索取 LIS 附加條款，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。（會員服務部的電話號碼印在本文件封底。）

第1節 本計劃 D 部分藥物承保的基本規定

請前往第 4 章的醫療福利表，以瞭解 Medicare Part B 藥物福利和安寧照護藥物福利。

除了 Medicare 承保的藥物之外，您的 Medicaid 福利也為您承保部分處方藥物。

關於 Medicaid 藥物承保，詳細資訊請聯絡州 Medicaid 辦事處（聯絡方式列於第 2 章第 6 節）。

一般而言，只要遵守以下規則，本計劃即會承保您的藥物：

- 您必須有醫療服務提供者（醫師、牙醫或其他處方藥物劑師）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。
- 您通常必須使用網絡藥局來領取您的處方藥物（請參閱第 2 節），或者您可以透過本計劃的郵購服務領取您的處方藥物。
- 您的藥物應在我們的計劃「藥品名錄」中（請參閱第 3 節）。
- 藥物必須用於醫療許可的適應症。「醫療許可的適應症」是指藥物用途透過 FDA 核准，或得到某些參考文獻的支持。（請參閱第 3 節以進一步瞭解醫療許可的適應症。）
- 您的藥物可能需要先獲得本計劃根據特定標準的核准，我們才會同意予以承保。（請參閱第 4 節，以瞭解更多資訊）

第2節 在網絡藥局或透過本計劃的郵購服務領取處方藥

在大多數情況下，**僅在**您於本計劃網絡藥局領取處方藥物時，我們才會予以承保。（請參閱第 2.5 節，瞭解在什麼情況下，我們會承保於網外藥局領取的處方藥物。）

網絡藥局是與本計劃簽約以為您提供承保藥物的藥局。「承保藥物」一詞是指本計劃藥品名錄上的所有 D 部分藥物。

第2.1節 網絡藥局

找到您所在區域的網絡藥局

要尋找網絡藥局，您可以查閱醫療服務提供者/藥局名錄，造訪我們的網站 (SWHNY.com)，和/或致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

您可以到我們任何一家網絡藥局領藥。

如果您的藥局退出網絡

如果您使用的藥局退出本計劃的網絡，您必須尋找一家新的網絡藥局。若要尋找您所在區域內的其他藥局，您可以致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711) 尋求協助或使用醫療服務提供者/藥局名錄。您也可以我們的網站 SWHNY.com 上找到資訊。

專科藥局

某些處方藥物必須在專科藥局配取。專科藥局包括：

- 提供居家注射治療藥物的藥局。
- 為住在長期照護 (LTC) 機構的會員供藥的藥局。通常，LTC 機構（例如療養院）有自己的藥局。如果您無法在 LTC 機構順利獲得您的 D 部分藥物，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。
- 為 Indian Health Service Tribal/ Urban Indian Health Program 提供服務的藥局（不適用於 Puerto Rico）。除急診外，僅美國原住民或 Alaska 原住民可使用我們網絡內的此類藥局。
- 分發由 FDA 限制在某些地點配取或需要特別處理、醫療服務提供者對藥物使用進行協調或教育的藥物的藥局。如要尋找專科藥局，請查閱醫療服務提供者/藥局名錄 SWHNY.com 或致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

第2.2節 本計劃的郵購服務

對於特定種類的藥物，您可以使用本計劃的網絡郵購服務。一般而言，透過郵購提供的藥物是您定期服用，用於慢性或長期醫療狀況的藥物。無法透過本計劃郵購服務獲得的藥物，會在「藥品名錄」中加註「NM」表示無法郵購。

我們計劃的郵購服務允許您訂購最多 100 天的供應量。

要獲取訂購表格和關於郵寄配藥的資訊，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處方藥暫時供應的幫助。

藥局直接從醫師診間收到新處方。在收到健康照護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。

若要退出我們自動準備郵購續配的計劃，請致電會員服務部或造訪我們的網站 SWHNY.com。
如果您收到您不希望收到的郵購續藥，您有要求退款的資格。

第2.3節 如何獲得長期藥物供應

本計劃針對「藥品名錄」上的支持性藥物，提供兩種可獲得該藥物長期供應（也稱為延長供應）的方式。（支持性藥物是指您因慢性或長期醫療狀況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/藥局名錄》SWHNY.com 會說明哪些網絡藥局能為您長期供應支持藥物。請致電會員服務部以獲得更詳細的資訊，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)
2. 您也可以透過我們的郵購計劃獲得支持性藥物。請參閱第 2.3 節，瞭解更多資訊。

第2.4節 使用不屬於本計劃網絡的藥局

一般來說，我們只在您無法使用網絡藥局時，才會承保您在網外藥局領取的藥物。我們在服務區域外也有網絡藥局，協助您以本計劃會員的身分在此領取處方藥物。請先向會員服務部確認附近是否有網絡藥局，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

只有在以下情況下，我們才會承保在網外藥局領取的處方藥物：

- 如果處方與急需醫療照護相關
- 如果這些處方與醫療急診狀況相關
- 承保僅限 31 天用藥或處方上規定的更少天數用藥。

如果您必須使用網外藥局，通常您需要支付全額（而非您的正常分攤費用）才能獲得處方藥物。您可以要求我們退還我們應分攤的費用。（請參閱第 7 章第 2 節，瞭解如何要求本計劃退還款項。）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絡藥局承保的費用。

第3節 您的藥物應在我們的計劃「藥品名錄」中

第3.1節 「藥品名錄」說明哪些 D 部分藥物在承保範圍內

本計劃有一份承保藥物清單（處方集）。在本承保範圍證明中，我們將其簡稱為「藥品名錄」。

表上的藥物是本計劃在醫師與藥劑師協助下精選出的藥物。該清單符合 Medicare 的要求，並且已經 Medicare 批准。

「藥品名錄」僅列出 Medicare Part D 承保的藥物。除了 Medicare 承保的藥物之外，您的 Medicaid 福利也為您承保部分處方藥物。關於 Medicaid 藥物承保，詳細資訊請聯絡州 Medicaid 辦事處（聯絡方式列於第 2 章第 6 節）。

我們通常會承保本計劃「藥品名錄」中的藥物，前提是您遵守本章所述的其他承保規定，而且藥物應用於醫療上可接受的適應症。醫療上可接受的適應症指符合以下任一種情形的藥物使用：

- 獲得 FDA 核准，可將此種藥物按照醫囑用於診斷或治療病症，或
- 由特定參考資料支援，例如美國醫院處方集目錄服務藥物資訊或 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

第5章使用 D 部分藥物的計劃承保

「藥品名錄」包括名牌藥、學名藥以及生物製品（其中可能包含生物相似藥）。

名牌藥是一種由製藥商根據擁有的商標名稱銷售的處方藥物。生物製品是比典型藥物更複雜的藥物。在「藥品名錄」上，當我們提及藥物時，這可能是指藥物或生物製品。

學名藥指活性成分與名牌藥相同的處方藥物。生物製品有稱為生物相似藥的替代品。一般來說，學名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。許多名牌藥都有學名藥替代藥物，有些原始生物製品有替代的生物相似藥。一些生物相似藥是可互換的生物相似藥，根據州法律，可以在藥局替代原始生物製品，而無需新處方，就像學名藥可以替代名牌藥一樣。

如需「藥品名錄」中可能包含的藥物類型定義，請參閱 12。

非處方藥物

我們的計劃也承保某些非處方藥物。某些非處方藥物的價格比處方藥低，但效用卻一樣好。如需更詳細的資訊，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

未列示在「藥品名錄」中的藥物

本計劃並不承保所有處方藥物。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保某些類型的藥物。（如需更多資訊，請參閱第7節。）
- 另外一種情況是，我們決定不將某種特定藥物納入「藥品名錄」。
- 在某些情況，您可能可以獲得不在「藥品名錄」上的藥物。（如需更多資訊，請參閱第 9 章。）

第3.2節 「藥品名錄」上的藥物共有六 (6) 種分攤費用層級

本計劃「藥品名錄」上的每種藥物都屬於六 (6) 個分攤費用層級之一。一般來說，層級越高，您要支付的藥物費用就越高：

- 第 1 級 - 首選學名藥
- 第 2 級 - 學名藥
- 第 3 級 - 首選名牌藥
- 第 4 級 - 非首選藥物
- 第 5 級 - 專門藥物等級
- 第 6 級 - 特選照護藥物

若想得知藥物的分攤費用等級，請查閱本計劃的「藥品名錄」。第 6 章顯示您為每個分攤費用層級的藥物所支付的金額。

第3.3節 您要如何確定某種特定藥物是否列在「藥品名錄」上

想要知道某種藥物是否在「藥品名錄」上，您有以下選項：

- 查看我們透過電子方式提供給您的最新「藥品名錄」。
- 造訪計劃的網站 (SWHNY.com)。網站的「藥品名錄」通常內容最新。
- 致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)，查詢特定藥物是否包含於本計劃的「藥品名錄」，或索取一份「藥品名錄」。

第5章使用 D 部分藥物的計劃承保

- 使用本計劃的「即時福利工具」 (Caremark.com 或致電會員服務部)，搜索「藥品名錄」上的藥物來估算您將支付的費用，以及查看「藥品名錄」上是否有可以治療相同病症的替代藥物。請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

第4節 受到承保限制的藥物

第4.1節 某些藥物受到限制的原因

本計劃針對某些處方藥物的承保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「藥品名錄」。

本計劃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。

請注意，有時候藥物會多次出現在我們的「藥品名錄」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 或 100 mg；每天 1 次或 2 次；藥片或液體)。

第4.2節 限制的類型

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，我們才會承保該藥物。請致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)，以瞭解您或您的醫療服務提供者可以如何做，才能讓該藥物獲得承保。**如果您希望我們免除您的限制，您必須使用承保決定程序，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 9 章。)

事先獲得計劃核准

對於某些藥物，您或您的醫療服務提供者需要根據特定標準，事先獲得本計劃的核准，我們才會同意為您承保該藥物。這稱之為**事先核准**。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劃的承保。您可以透過致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711) 或造訪本計劃網站 SWHNY.com，以取得本計劃的事先核准標準。

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，然後本計劃才會承保另一種藥物。舉例來說，如果藥物 A 和 藥物 B 用於治療相同的醫療狀況，而藥物 A 比藥物 B 便宜，那麼本計劃可能會要求您先嘗試藥物 A。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**。您可以透過致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711) 或造訪本計劃網站 SWHNY.com，以取得本計劃的階段治療標準。

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承保範圍限制在每天不超過一顆。

第5節 如果您的某種藥物未按照您想要的方式得到承保，您可以採取什麼行動

會有這樣一種情況：您正在服用的處方藥物，或您和您的醫療服務提供者認為您應該服用的處方藥物，不在我們的「藥品名錄」上或者有限制。例如：

- 該藥物可能根本不屬於承保範圍。或者該藥物的學名藥在承保範圍內，但您想要服用的名牌藥不在承保範圍內。
- 該藥物在承保範圍內，但該藥物的承保有額外規則或限制。

如果您的藥物所屬的分攤費用層級使您的花費高於您的預期，請參閱第 5.1 節，瞭解解決方法。

如果您的藥物不在「藥品名錄」上或受到限制，您有以下幾種選擇：

- 您可能可以獲得藥物暫時供應。
- 您可以改服用其他藥物。
- 您可以請求例外處理，請求本項計劃承保該藥物或取消該藥物的限制。

您可能可以獲得暫時供應

在某些情況，本計劃必須針對您已經在服用的藥物提供暫時供應。此暫時供應會讓您有時間與您的醫療服務提供者商討變更問題。

您所服用的藥物**必須已不在本計劃的「藥品名錄」上或目前受到某種限制**，才有資格獲得藥物暫時供應。

- **如果您是新會員**，我們會在您成為計劃會員的前 90 天，承保您的藥物暫時供應。
- **如果您在去年已加入本計劃**，我們會在該日曆年的前 90 天承保您的藥物暫時供應。
- 該暫時供應最多提供 31 天藥量。如果您的書面處方天數較少，我們允許最多配取 31 天藥量。處方藥物必須在網絡藥局配取。（注意，長期照護藥局可能一次提供少量藥物以避免浪費。）
- **對於加入本計劃已超過 90 天、住在長期照護機構並需要立即獲得藥物的會員**：我們會承保一次 31 天急診供應量的特定藥物，或承保您處方規定的更少天數供應量。這是除上述規定的暫時供應以外的給付。
- 如果您是新入住 LTC 機構，已參保我們的計劃超過 90 天，並且需要不在我們處方集中或受其他限制（例如步驟療法或數量限制（劑量限制））約束的藥物，我們將在會員尋求處方集例外處理期間承保該藥物的暫時 31 天緊急供應（除非處方天數較少）。如果您接受的照護等級出現變化，而且需要從一個機構或治療中心轉移到另一個機構或治療中心，則提供例外處理。在這種情況下，即使您作為計劃會員已超過 90 天，您仍有資格獲得暫時的一次性例外配藥。請注意，我們的過渡政策僅適用於在網絡藥局購買的「D 部分」藥物。除非您符合網外存取的資格，否則過渡政策不能用於購買非 D 部分藥物或網外藥物。

如果您有暫時供應的相關問題，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。

在您使用暫時供應期間，您應該與您的醫療服務提供者商討，以決定暫時供應用完後該怎麼辦。您有 2 個選項：

選項 1. 您可以改成服用其他藥物

與您的醫療服務提供者討論是否有另一種藥物，受本計劃的承保且療效相同。請致電會員服務部，索取用於治療相同醫療狀況的承保藥物清單，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。此清單可協助您的醫療服務提供者尋找可能適合您的承保藥物。

選項 2. 您可以申請例外處理

您和您的醫療服務提供者可以要求本計劃進行例外處理，並按照您希望的方式將藥物納入承保範圍。如果您的醫療服務提供者認為您有合理的醫療理由，可以要求我們做出例外處理，您的醫療服務提供者可協助您要求做出例外處理。例如，您可以請求本計劃承保不在本計劃「藥品名錄」上的某種藥物。您也可以請求本計劃作例外處理，無限制地承保您的藥物。

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（或處方醫師的支持聲明）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藥物承保。

如果您和您的醫療服務提供者想要請求例外處理，請參閱第 8 章第 7.4 節瞭解請求方式。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請求。

第5.1節 如果您認為藥物的分攤費用層級過高，該怎麼做？

如果您認為藥物所屬的分攤費用等級太高，您可以採取以下行動：

您可以改成服用其他藥物

如果您認為藥物所屬的分攤費用等級太高，請與您的健康服務提供者討論。可能分攤費用等級較低的不同藥物也適用於您。請致電會員服務部，索取用於治療相同醫療狀況的承保藥物清單，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。此清單可協助您的醫療服務提供者尋找可能適合您的承保藥物。

您可以申請例外處理

您和您的醫療服務提供者可以要求本計劃進行藥物所屬的分攤費用分級例外處理，這樣您就能減少支付費用。如果您的醫療服務提供者表示您有醫療理由可請求我們進行例外處理，您的醫療服務提供者可協助您針對規定請求例外處理。

如果您和您的醫療服務提供者想要請求例外處理，請參閱第 9 章第 7 節瞭解請求方式。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請求。

藥物若屬於第五 (5) 級專門藥物，則不符合例外處理資格。我們不會降低此等級藥物的分攤費用金額。

第6節 「藥品名錄」可能在一年當中發生變更

大部分藥物承保變更發生在每年年初(1 月 1 日)。然而，本計劃可能會在一年中針對「藥品名錄」進行一些變更。例如，本計劃可能會：

- 增加或刪除「藥品名錄」中的藥物。
- 增加或移除藥物的承保限制。
- 以學名藥取代名牌藥。
- 以可互換的生物相似性生物製品替代原始生物製品。

在變更本計劃的「藥品名錄」之前，我們必須遵守 Medicare 規定。

藥物承保變更相關資訊

如果「藥品名錄」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「藥品名錄」。有時，如果您服用的藥物發生變化，您會直接收到通知。

您會在本計劃年度受到影響的藥物承保範圍變更

- **將新藥物添加到「藥品名錄」中，並立即刪除或變更「藥品名錄」上的類似藥物。**
 - 我們可能會立即從「藥品名錄」中刪除類似藥物、將類似藥物移至不同分攤費用層級、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分攤費用層級，並且具有相同或更少的限制。
 - 只有當我們添加名牌藥的新學名藥版本，或添加已在「藥品名錄」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「藥品名錄」中，並在提前通知的情況下刪除或變更「藥品名錄」中的類似藥物。**
 - 將其他版本的藥物加入「藥品名錄」時，我們可能會從「藥品名錄」中刪除類似藥物、將類似藥物移至不同分攤費用層級、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分攤費用層級，並且具有相同或更少的限制。
 - 只有當我們添加名牌藥的新學名藥版本，或添加已在「藥品名錄」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承保您正在服用的藥物版本的 31 天補充費用。
- **刪除「藥品名錄」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「藥品名錄」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「藥品名錄」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 FDA 盒裝警告或 Medicare 認可的新臨床指南進行變更。
 - 我們將在進行這些變更前至少 30 天通知您，或通知您變更並承保您服用的藥物額外 31 天的份量。

如果我們要對您服用的任何藥物進行任何上述變更，請與您的處方藥物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，或請求承保決定以滿足任何新的請求對您服用的藥物的限制。您或您的處方藥物劑師可以要求我們例外處理，以繼續承保您一直服用的藥物或藥物版本。有關如何請求承保決定（包括例外處理）的更多資訊，請參閱第 9 章。

本計劃年度不會對您造成影響的藥品名錄變更

我們可能會對「藥品名錄」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劃，這些變更便很可能從下一個計劃年度的 1 月 1 日開始對您造成影響。

一般而言，在本計劃年度不會對您造成影響的變更為：

- 我們將您的藥物移至較高的分攤費用等級。
- 我們對您藥物的使用設下新的限制。
- 我們將您的藥物從「藥品名錄」移除。

如果您服用的藥物發生上述任何變更（退出市場、名牌藥被學名藥取代，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。

第5章使用 D 部分藥物的計劃承保

我們不會在本計劃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劃年度的「藥品名錄」（開放投保期間提供該表後），以瞭解您服用的藥物是否有任何會在下一個計劃年度對您造成影響的變更。

第7節 我們不承保的藥物類型

某些類型的處方藥物將被排除在外。換言之，Medicare 不支付這些藥物的費用。

如果您提出上訴，且發現所要求的藥物並未排除在 D 部分承保範圍外，我們將支付此藥物費用或承保此藥物。（如需提出上訴的相關資訊，請參閱第 9 章。）如果藥物同時被本計劃和 Medicaid 排除在外，您就必須自行支付費用。

以下是 Medicare Part D 藥物計劃不承保藥物的 3 個通用規則：

- 本計劃的 D 部分藥物承保範圍無法涵蓋 Medicare Part A 或 Medicare Part B 所承保的藥物。
- 我們的計劃不承保美國或其領地之外購買的藥物。
- 我們的計劃無法承保未受某些參考資料（如美國醫院處方集服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統）支援的藥物仿單外使用。藥物仿單外使用是指未依照藥物仿單所示且經 FDA 核准的用途使用藥物。

此外，Medicare 依法不承保下列類別的藥物。然而，您的 Medicaid 藥物承保可能涵蓋其中部分藥物。關於 Medicaid 藥物承保，詳細資訊請聯絡會員服務部或州 Medicaid 辦事處（聯絡方式列於第 2 章第 6 節）。

- 非處方藥物（又稱為成藥）
 - 用於促進生育的藥物
 - 用於紓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，並以此作為銷售條件

如果您獲得 Extra Help 來支付處方藥物費用，Extra Help 將無法支付通常無法承保的藥物費用。如果您透過 Medicaid 獲得藥物承保，您所在州的 Medicaid 計劃可能會承保 Medicare 藥物計劃一般不承保的部分處方藥物。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，以確定您可以獲得的藥物承保。（在第 2 章第 6 節找到 Medicaid 的電話號碼和聯絡方式。）

第8節 如何配取處方藥

若要領取處方藥物，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我們應分攤的您的藥物費用。當您領取處方藥物時，必須向藥局支付您的分攤費用。

如果您沒有本計劃會員資訊，您或藥局可以致電本計劃以獲得資訊，或者您可以要求藥局尋找本計劃投保資訊。

如果藥局無法獲得必要的資訊，您可能需要全額支付處方藥物費用，才能完成領藥。之後，您可以要求我們將應分攤的費用退還給您。請參閱第 7 章第 2 節，瞭解如何要求本計劃退還款項。

第9節 特殊情況下的 D 部分藥物承保

第9.1節 在醫院或專業療養機構獲取本計劃承保的住院

如果您住進本計劃承保的醫院或專業療養機構，我們通常會承保您住院期間的處方藥物費用。出院或離開專業療養機構後，只要您的處方藥物符合本章所述之我們所有的承保規定，本計劃即會承保您的處方藥物。

第9.2節 作為長期照護 (LTC) 機構的住戶

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(必須是我們的網絡藥局)獲得處方藥物。

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。如果不是，或者您需要更多資訊或協助，請致電會員服務部 (833) 671-0440(TTY 使用者請致電 711)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。

如果您住在長期照護 (LTC) 機構，並且需要不在我們「藥品名錄」上或受到某種限制的藥物，請參閱第5節，瞭解如何取得臨時或緊急藥物供應。

第9.3節 如果您也從僱主或退休人員集體計劃得到藥物承保

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藥物承保，請聯絡該團體的福利管理人員。此福利管理人員可協助您瞭解您目前的藥物承保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，我們為您提供的的藥物承保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。

「達標承保範圍」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物承保是否「達標」。

如果集體計劃的承保範圍「達標」的，表示此計劃有預期會支付的承保的藥物，其平均金額至少等於 Medicare 標準藥物承保。

請保留任何關於達標承保的通知，因為您之後可能需要這些通知來證明您維持了達標承保。如果您沒有收到達標承保範圍通知，請向僱主或退休人員計劃的福利管理人員、僱主或工會請求一份副本。

第9.4節 如果您住在 Medicare 認證的安寧照護機構

安寧療護服務和我們的計劃不會同時承保相同的藥物。如果您投保 Medicare 安寧照護，並要求獲得安寧照護機構不承保的特定藥物(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照護提供者的通知，說明該藥物與您的末期

第5章使用 D 部分藥物的計劃承保

預後和相關病情無關，才能承保該藥物。為避免延遲收到本計劃應承保的此類藥物，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承保您的藥物。為了避免在您的 Medicare 安寧照護服務福利終止時，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照護服務或離開安寧照護機構。

第10節 藥物安全和藥物管理方案

我們進行藥物使用檢視，以確保我們的會員獲得安全且適當的照護。

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
- 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
- 處方藥物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10.1節 協助會員安全使用類嗎啡藥物的 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 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 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
- 限制我們為您承保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承保範圍，或者您是否需要只從特定處方藥物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物劑師或藥局，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承保，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，或是不同意我們的決定或限制，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決定。如果我們持續拒絕您對藥物領用適用限制相關的任何請求，我們會主動將您的案件交給本計劃之外的獨立審查人員。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 DMP：您患有特定醫療狀況(例如癌症相關疼痛或鎌狀細胞貧血症)、正在接受安寧照護、緩和醫療、臨終照護，或住在長期照護機構。

第10.2節 協助會員管理其藥物的 Medication Therapy Management (MTM) 計劃

我們設有計劃，可協助擁有複雜醫療需求的會員。我們的這項計劃稱為 Medication Therapy Management (MTM) 計劃。這項計劃為自願參加性質。此計劃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物費用的藥物的會員，或參加了 DMP 以便安全使用鴉片類藥物的會員，也許能透過 MTM 計劃獲得服務。如果您符合計劃的資格，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 MTM 計劃的會員將收到管制處方藥物的安全棄置資訊。

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、藥劑師和其他健康照護提供者交談時隨身攜帶您的書面總結。請更新您的藥品名錄，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劃，就會自動將您投保該計劃並發送資訊給您。如果您決定不參加，請通知我們，我們將會讓您退出。如對此計劃有疑問，請致電會員服務部 (833) 671-0440(TTY 使用者請致電 711)。

第6章 您為 D 部分藥物支付的費用

第1節 您為 D 部分藥物支付的費用

我們在本章使用「藥物」一詞代表 D 部分處方藥物。並非所有藥物均為 D 部分藥物。某些藥物由法律排除在 D 部分承保範圍之外。某些 D 部分承保排除的藥物由 Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保。

為瞭解付款資訊，您需要瞭解可得到承保的藥物、處方藥物領取處，以及獲得承保藥物時應遵守哪些規定。第5章說明這些規則。當您使用我們的「即時福利工具」(SWHNY.com) 查看藥物承保範圍時，您看到的費用顯示的是您預計支付的自付費用估計額。您也可以致電會員服務部以獲得「即時福利工具」提供的資訊，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

如果您的 D 部分處方藥物費用得到 Extra Help，您要如何取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 Extra Help 以支付處方藥物計劃費用。由於您享有 Extra Help，**本承保範圍證明中關於 D 部分處方藥物費用的一些資訊可能不適用於您。**我們已另外寄送一份稱為「為獲得『Extra Help』支付處方藥物費用者提供的承保範圍證明附加條款」（亦稱為「Low-Income Subsidy 附加條款」或「LIS 附加條款」）的插頁給您，其中說明了您的藥物承保。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部以索取 LIS 附加條款，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

第1.1節 您為承保藥物支付的自費費用類型

您可能需要為承保的 D 部分藥物支付不同的 3 種自付費用：

- 「自付額」是本計劃開始支付其分攤費用前，您為藥物支付的金額。
- 「共付額」是您每次領取處方藥時所支付的固定金額。
- 「共同保險額」是您每次領取處方藥時所支付的總費用百分比。

第1.2節 Medicare 如何計算您的自付費用

Medicare 設有哪些項目計入和不計入自付費用的規定。

以下是我們記錄您的自付費用時必須遵守的規定。

這些付款包含在您的自付費用中

您的自付費用**包含**以下列出的付款（前提是它們屬於承保的 D 部分藥物，且您遵循第 5 章所說明的藥物承保規定）：

- 您在處於下列藥物付款階段時為藥物支付的金額：
 - 自付額階段

第6章您為 D 部分藥物支付的費用

- 初始給付階段
- 在您加入本計劃前，您已透過其他 Medicare 藥物計劃的會員身分在本日曆年期間支付的任何款項。
- 由家人或朋友支付的任何藥物款項
- 由 Medicare 提供的 Extra Help、僱主或工會健保計劃、Indian Health Service、AIDS 藥物援助計劃、State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) 和大多數慈善機構為您的藥物支付的任何款項

進入重大傷病給付階段：

當您（或代您付款者）在日曆年內支付的自付費用總額達到 \$2,100 時，您將從初始給付階段轉入重大傷病給付階段。

這些付款不包含在您的自付費用中

您的自付費用**不包括**以下任何類型的付款：

- 您在美國及其屬地之外購買的藥物
- 本計劃不承保的藥物
- 您在網外藥局獲得藥物，而這些藥物不符合本計劃的網外承保要求
- 非 D 部分藥物，包括 A 部分或 B 部分承保的處方藥物，以及 Medicare 承保範圍所排除的其他藥物
- A 部分或 B 部分承保的處方藥物
- 您為我們額外承保但 Medicare 藥物計劃一般不承保藥物所支付的款項
- 您為 Medicare 藥物計劃一般不承保的藥物所支付的款項
- 由特定保險計劃和政府資助健保計劃（例如 TRICARE 和 Veterans Health Administration [VA]）支付的藥物款項
- 由有法定義務支付處方藥物費用之第三方所支付的藥物款項（例如工傷賠償）
- 藥品製造商依據 Manufacturer Discount Program 支付的款項

提醒：如果上述等任何其他組織支付您的部分或全部藥物自付費用，您必須致電會員服務部告知本計劃，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。

追蹤您的自付費用總額

- 您收到的 D 部分福利說明 (EOB) 包含您目前累積的自付費用。當此金額達到 \$2,100 時，D 部分 EOB 將告知您已離開初始給付階段，並已進入重大傷病給付階段。
- **請確保我們擁有所需的資訊。**參閱第 3.1 節，瞭解您可採取哪些做法，協助確保我們擁有您最新且完整的付費記錄。

第2節 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員的藥物支付階段

您在 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 下的藥物承保共有 3 個藥物付款階段。您為每張處方支付的費用取決於您在領取或續領處方藥物時處於哪個階段。本章會詳細解釋每個階段的資訊。這些階段包括：

- 第 1 階段：年度自付額階段
- 第 2 階段：初始給付階段
- 第 3 階段：重大傷病給付階段

第3節 您的 D 部分福利說明說明您處於哪個付款階段

為了追蹤您的藥品費用和支付情況，我們會使用從藥局取得的記錄。以下是您可以幫助我們確保您的資訊準確無誤並及時更新的方法：

- **每次取藥時請出示您的會員卡。**這有助於我們了解您所取的處方藥以及您所支付的費用。
- **請確保我們掌握所需資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這種情況下，我們無法自動取得追蹤您自付費用所需的資訊。為了幫助我們追蹤您的自付費用，請向我們提供您的收據副本。以下情況您應提供我們藥品收據副本：
 - 如果您在網路藥局以特價購買處方藥或使用非我們計劃提供的折扣卡，則不屬於我們計劃的福利範圍。
 - 當您為藥品製造商患者援助計劃提供的藥品支付自付費用時。
 - 如果您在非合作藥局購買處方藥，或在特殊情況下需要全額支付處方藥費用，則可以申請報銷。

如果您收到了涵蓋在保險範圍內的藥物帳單，您可以要求我們的保險計劃支付您應承擔的費用。有關具體操作步驟，請參閱第七章第二節。

- **請向我們提供其他人為您支付的款項資訊。**某些個人和組織為您支付的款項也計入您的自付費用。例如，州藥品援助計劃、愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務機構和慈善機構支付的款項都計入您的自付費用。請記錄這些付款資訊並發送給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **請查看我們發送給您的書面報告。**收到 Part D 醫療費用報銷說明 (EOB) 後，請仔細查看，確保資訊完整無誤。如果您認為資訊有遺漏或有任何疑問，請致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 用戶請撥打 TTY 711)。計劃成員也可以訪問 Caremark.com 在線查看他們的 EOB。請務必妥善保管這些報告。

第3.1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

為了追蹤您的藥品費用和支付情況，我們會使用從藥局取得的記錄。以下是您可以幫助我們確保您的資訊準確無誤並及時更新的方法：

- **每次取藥時請出示您的會員卡。**這有助於我們了解您所取的處方藥以及您所支付的費用。
- **請確保我們掌握所需資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這種情況下，我們無法自動取得追蹤您自付費用所需的資訊。為了幫助我們追蹤您的自付費用，請向我們提供您的收據副本。以下情況您應提供我們藥品收據副本：
 - 如果您在網路藥局以特價購買處方藥或使用非我們計劃提供的折扣卡，則不屬於我們計劃的福利範圍。

第6章您為 D 部分藥物支付的費用

- 當您為藥品製造商患者援助計劃提供的藥品支付自付費用時。
- 如果您在非合作藥局購買處方藥，或在特殊情況下需要全額支付處方藥費用，則可以申請報銷。

如果您收到了涵蓋在保險範圍內的藥物帳單，您可以要求我們的保險計劃支付您應承擔的費用。有關具體操作步驟，請參閱第七章第二節。

- **請向我們提供其他人為您支付的款項資訊。** 某些個人和組織為您支付的款項也計入您的自付費用。例如，州藥品援助計劃、愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務機構和慈善機構支付的款項都計入您的自付費用。請記錄這些付款資訊並發送給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **請查看我們發送給您的書面報告。** 收到 Part D 醫療費用報銷說明 (EOB) 後，請仔細查看，確保資訊完整無誤。如果您認為資訊有遺漏或有任何疑問，請致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 用戶請撥打 TTY 711)。計劃成員也可以訪問 Caremark.com 在線查看他們的 EOB。請務必妥善保管這些報告。

第3.2節 協助我們維持有關您的藥物付款的最新資訊

第4節 自付額階段

我們大多數的會員都可獲得其處方藥物費用的 Extra Help，因此自付額階段對許多會員並不適用。如果您獲得 Extra Help，則此付款階段不適用於您。

如果您未獲得 Extra Help，自付額階段即是您藥物承保的第一個付款階段。此階段從您領取年度第一份處方時開始。當您處於此付款階段時，**您必須支付藥物的全部費用**，直到您達到計劃的自付額，即 2026 年的 \$615。承保的胰島素產品和大部分成人 D 部分疫苗（包括帶狀皰疹、破傷風和旅遊疫苗）不適用於自付額。您將為第 2-5 層級藥物支付 \$615 的年度自付額。**您必須支付第 2-5 層級藥物的全部費用 \$615**，直到您達到本計劃的自付額。您將不必為所有其他藥物支付任何自付額。由於本計劃已針對大多數藥物與網絡藥局協商出較便宜的費用，因此**全額費用**通常會比一般的全額價格更低。Medicare Drug Price Negotiation Program 下的全額費用不得超過協商價格的最高公平價格加上藥事服務費。一旦您為第 2-5 層級藥物支付了 \$615，您就會離開自付額階段，進入初始給付階段。

第5節 初始給付階段

第5.1節 您支付的藥物費用因藥物和配取處方藥物的地點而異

在初始給付階段，本計劃會為您的承保藥物支付其分攤費用，而您則支付您的分攤費用（您的共付額或共同保險額）。您的分攤費用將視藥物和您領取處方藥物之處而有所不同。

我們的計劃有六 (6) 個分攤費用層級

本計劃「藥品名錄」上的每種藥物都屬於六 (6) 個分攤費用層級之一。一般來說，分攤費用等級號碼越大，您要支付的藥物費用就越高：

- 第 1 級 - 首選學名藥
- 第 2 級 - 學名藥
- 第 3 級 - 首選名牌藥
- 第 4 級 - 非首選藥物

第6章您為 D 部分藥物支付的費用

- 第 5 級 - 專門藥物等級
- 第 6 級 - 特選照護藥物

若想得知藥物的分攤費用等級，請查閱本計劃的「藥品名錄」。

您選擇的藥局

領藥時，您應支付多少取決於您獲得藥物的地方：

- 網絡零售藥局
- 非本計劃網絡藥局。只有在限定情況下，我們才會承保在網外藥局領取的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，以瞭解我們什麼情況下會承保在網外藥局配領的處方藥物。
- 本計劃的郵購藥局。

如需藥局選項和處方藥物領取的詳細資訊，請參閱本手冊第 5 章和本計劃的藥局名錄。

第5.2節 您獲得承保藥物一個月用量的費用

在初始給付階段期間，您的承保藥物分攤費用將為共付額或共同保險額。

有時藥物費用會低於您的共付額。在這種情況下，您為藥物支付較低價格，而非共付額。

您獲得 D 部分承保藥物一個月供應量的費用

等級	標準零售網內分攤費用	郵購分攤費用	長期照護 (LTC) 分攤費用	網外分攤費用
	(最多 31 天用藥)	(最多 31 天用藥)	(最多 31 天用藥)	(承保僅限於特定情況；詳情請參閱第 5 章。) (最多 31 天用藥)
分攤費用第 1 級 (首選學名藥)	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
分攤費用第 2 級 (學名藥)	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65

第6章您為 D 部分藥物支付的費用

等級	標準零售網內分攤費用	郵購分攤費用	長期照護 (LTC) 分攤費用	網外分攤費用
	(最多 31 天用藥)	(最多 31 天用藥)	(最多 31 天用藥)	(承保僅限於特定情況；詳情請參閱第 5 章。) (最多 31 天用藥)
分攤費用第 3 級 (首選名牌藥)	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65
分攤費用第 4 級 (非首選藥物)	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65
分攤費用第 5 級 (專門藥物)	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10 (包括視為學名藥的名牌藥)，所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65
分攤費用第 6 級 (特選照護藥物)	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額

請參閱第 8 節，以瞭解更多有關 D 部分疫苗分攤費用的資訊。

第5.3節 如果您的醫師所開的藥量不到一個月，您可能不需要支付一整個月藥量的費用

一般而言，您支付的藥物金額含括一整個月的用量。有時您或您的醫師可能希望您能服用少於一個月的藥量（例如，當您第一次嘗試藥物時）。如果這麼做能協助您更妥善地規劃領藥日期，您也可以請醫師開立處方，並請藥師調配少於整個月的藥物量。

如果您領取特定藥物的藥量不足一個月，您將不必支付一整個月的藥量費用。

第6章您為 D 部分藥物支付的費用

- 如果您須負責共保額，則應支付藥物費用總額的某個百分比。由於共同保險額以藥物總費用為依據，因此您的費用將會較低，因為藥物的總費用將減少。
- 如果您負責藥物的共付額，您只需為獲得的藥物天數支付費用，而非一整個月。我們會計算您每天為藥物支付的金額（即「每日分攤費用率」），並將其乘以您獲得的藥物天數。

第5.4節 您長期（最多 100 天）D 部分承保用藥費用

有些藥品您可以獲得長期用藥（也稱為「延長供給」）。長期供應是指長達 100 天的用藥供應。

您獲得 D 部分承保藥物長期供應的費用

等級	標準零售分攤費用（網內） （最多 100 天用藥）	郵購分攤費用 （最多 100 天用藥）
分攤費用第 1 級（首選學名藥）	\$0 共付額	\$0 共付額
分攤費用第 2 級（學名藥）	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65
分攤費用第 3 級（首選名牌藥）	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65
分攤費用第 4 級（非首選藥物）	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65	學名藥的共付額為 \$0、\$1.60 或 \$5.10（包括視為學名藥的名牌藥），所有其他藥物的共付額是每張處方 \$0、\$4.90 或 \$12.65
分攤費用第 5 級（專門藥物）	長期供應不適用於第五 (5) 級藥物。	長期供應不適用於第五 (5) 級藥物。
分攤費用第 6 級（特選照護藥物）	\$0 共付額	\$0 共付額

第5.5節 您將停留在初始給付階段，直到您當年度的自付費用達到 \$2,100

您將停留在初始給付階段，直到您的自付總費用達到 \$2,100。之後，您會進入重大傷病給付階段。

您收到的「D 部分 EOB」可協助您追蹤一年當中您本人和本計劃支付的金額，以及任何第三方代您支付的金額。並非所有會員都會在一年內達到 \$2,100 的自付額上限。

如果您達到此金額，我們將會通知您。請參閱第 1.3 節，以進一步瞭解 Medicare 如何計算您的自付費用的更多諮詢。

第6節 重大傷病給付階段

在重大傷病給付階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。當您的自付費用在日曆年內達到 \$2,100 的限額時，您就進入了重大傷病給付階段。進入重大傷病給付階段之後，在該日曆年度的剩餘時間內，您都將一直處於此付款階段。

在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

第7節 您為 D 部分疫苗支付的費用

關於您支付疫苗費用的重要訊息 — 有些疫苗被視為醫療福利，由 B 部分承保。其他疫苗則被視為 D 部分藥物。您可以在本計劃的「藥品名錄」中找到這些疫苗。我們的計劃承保大多數成人 D 部分疫苗，您無須支付任何費用。請參閱本計劃的「藥品名錄」或致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)，以瞭解有關特定疫苗的承保範圍和分攤費用的詳細資訊。

我們的 D 部分疫苗承保包含 2 部分：

- 第一部分是**疫苗本身**的費用。
- 第二部分是**為您注射疫苗**的費用。(這有時稱為「疫苗接種」。)

您要支付的 D 部分疫苗費用取決於下列 3 項因素：

1. **Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 組織是否建議成人接種該疫苗。**
 - ACIP 建議大多數成人接種 D 部分疫苗，且無需付費。
2. **接種疫苗之處。**
 - 疫苗本身可由藥局發放或醫師診間提供。
3. **為您接種疫苗者。**
 - 藥劑師或其他提供者可以在藥局提供疫苗。或者，提供者也可以在醫師診間提供。

接種 D 部分疫苗時的自付費用可能會視具體情況和所處的**藥物付款階段**而有所不同。

- 當您接種疫苗時，可能必須支付疫苗本身及醫療服務提供者為您注射疫苗的全額費用。您可以要求本計劃將我們的分攤費用退還給您。對於大多數成人 D 部分疫苗，這表示您將獲得您所支付的全部費用的報銷。
- 其他時候，當您接種疫苗時，您將根據您的 D 部分福利僅支付您應分攤的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，您無須支付任何費用。

以下是您可能接種 D 部分疫苗的 3 個方式範例。

情況 1：您可以在網絡藥局接種 D 部分疫苗。(是否有此選項取決於您的居住地。某些州不允許藥局注射某些疫苗。)

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無須支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您將向藥局支付疫苗本身的共同保險或共付額，其中包括為您接種疫苗的費用。
- 本計劃將支付其餘的費用。

情況 2：您在您的醫師辦公室接種 D 部分疫苗。

- 當您接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身及醫療服務提供者為您注射疫苗的全額費用。
- 之後，您可以使用第 7 章所述程序，要求本計劃支付我們的分攤費用。

第6章您為 D 部分藥物支付的費用

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得您所支付的全部費用的償付。對於其他 D 部分疫苗，您將獲得您支付的金額減去任何疫苗的共同保險或共付額(包括施打費用)，再減去醫師收費與我們通常支付的金額之間的任何差額的報銷。(如果您獲得 Extra Help，我們會補償此差額。)

情況 3：您在網絡藥局購買 D 部分疫苗本身，然後帶到您的醫師診間，由他們為您接種疫苗。

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無須為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您將向藥局支付疫苗本身共同保險或共付額。
- 醫師為您注射疫苗後，您可能必須支付此服務的全額費用。
- 之後，您可以使用第 7 章的程序，要求本計劃支付我們的分攤費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得您所支付的全部費用的償付。對於其他 D 部分疫苗，您獲得的報銷金額為您支付的金額，減掉疫苗接種的任何共同保險或共付額，再減掉醫師收取金額及我們通常支付金額之間的任何差額。(如果您獲得 Extra Help，我們會補償此差額。)

第7章

要求我們攤付承保醫療服務或藥物的帳單

第1節 您應要求我們攤付承保服務或藥物的情況

我們的網絡醫療服務提供者會針對您的承保服務和藥物直接將帳單寄給本計劃。如果您收到醫療照護或藥物的全額帳單，請將帳單寄給我們，以便我們支付款項。您將帳單寄給我們之後，我們會檢視帳單並裁定是否應承保該服務和藥物。如果我們裁定服務應承保，我們會直接付費給醫療服務提供者。

如果您已支付 Medicare 服務或本計劃應承保的項目，則可向本計劃申請退款（退款通常稱為「報銷」）。無論您是否已為本計劃承保的醫療服務或藥物支付超過您的應付分攤費用，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承保。如果我們裁定應承保，將針對服務或藥物退款給您。

有時您也可能在獲得醫療照護後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承保該服務。如果我們裁定服務應承保，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. 您從非本計劃網絡的醫療服務提供者處獲得急診或急需的醫療照護

您可向任何醫療服務提供者獲得急診照護服務或急需服務，無論該醫療服務提供者是否屬於我們的網絡。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，要求我們支付應付的分攤費用。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處收到您不認為自己有欠款的帳單。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。
 - 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。
 - 如果您已支付超過分攤費用的服務金額，我們將裁定您的應付金額，並就我方應付的分攤費用退款給您。

2. 當網絡醫療服務提供者將您認為不應由您支付的帳單寄給您時

網絡醫療服務提供者應一律將帳單直接寄給本計劃。但是有時候他們會出錯，而要求您支付服務費用或超過您應分擔的費用。

- 當您獲得承保服務時，只須支付您的分攤費用金額。我們不允許醫療服務提供者增加額外的個別費用，即所謂的收取差額。即使我們付給醫療服務提供者的費用低於醫療服務提供者所收取的服務費用，且即使有爭議而我們不支付醫療服務提供者所收取的某些費用，這項保障依然適用（您支付的金額絕對不會多於您的分攤費用金額）。我們不容許醫療服務提供者向您收取承保服務的費用。我們會直接付款給我們的醫療服務提供者，您無需支付任何費用。即使我們付給醫療服務提供者的款項少於該醫療服務提供者所要求的服務費用，您依舊無須支付費用。當您收到網絡醫療服務提供者帳單，且您認為該帳單超過您應支付的金額時，請將該帳單寄給我們。我們會直接聯絡該醫療服務提供者並解決帳單問題。
- 如果您已向網絡醫療服務提供者支付帳單費用，但您認為您支付的金額過多，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。您應向我們申請您承保服務的退款，償還您的支付金額與您根據本計劃應付金額間的差額。

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，要求我方支付應付的分攤費用。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。

4. 當您使用網外藥局領取處方藥物時

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以要求我們支付應付分攤費用時，將收據影本寄給我們。請記住，在特定情況下，我們才會承保網外藥局的費用。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解關於這些情形的更多資訊。針對您在網外藥局的藥物費用與我們為網絡藥局承保的費用，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的全額費用。

請妥善保存您的收據，並在向我們申請退款以要求我們支付應付分攤費用時，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受承保，您可能需要支付處方藥物的全額費用。

- 例如，藥物可能不在本計劃的承保「藥品名錄」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，才能將我們應付的藥物分攤費用退還給您。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請求時，會審查您的請求並裁定該服務或藥物是否應該承保的服務。這稱為**承保決定**。如果我們裁定該服務或藥物應受到承保，我們將支付服務或藥物應付的分攤費用。如果我們拒絕您的承保請求，您可以對我們的決定提出上訴。第 9 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，或是支付您所拿到的帳單

您可以以書面方式寄送請求給我們，請求我們償還您。如果您以書面方式寄出請求，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。**您必須在得到服務和/或商品的日期後一 (1) 個日曆年內**，或者在得到藥物的日期後 36 個月內向我們提交理賠申請。

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請求。

- 您無須使用本表單，但這有助於我們更快處理資訊。
- 請從我們的網站 (SWHNY.com) 下載表格副本，或致電會員服務部索取表格，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

將您的付款請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
或傳真至 (310) 507-6186

處方藥物報銷：

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請求，然後批准或拒絕您的請求

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承保決定。

- 如果我們決定醫療照護或藥物在承保範圍內且您遵守了所有規則，我們將支付我們應分攤的費用以支付該服務或藥物的費用。如果您已支付服務或藥物的費用，我們會將應付的分攤費用報銷寄給您。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承保，或您未遵循所有規定，我們將不支付應付的照護或藥物分攤費用。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3.1節 如果我們告知您我們將不支付全部或部分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，請參閱第 9 章。

第8章 您的權利與責任

第1節 我們的計劃必須尊重您的權利和文化敏感性

第1.1節 我們必須以適合您且符合您文化敏感度的方式（英文以外的其他語言、盲文點字法、大字體印刷或其他替代格式等）提供資訊

我們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會員，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。本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料。我們必須以無障礙和適用於您的格式提供本計劃的福利相關資訊。若想透過適合您的方式取得我們的資訊，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。

本計劃必須可讓女性會員選擇，是否要直接透過網絡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的網絡某專科服務提供者，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。如果您發現本計劃的網絡沒有自己所需承保的服務的專科醫師，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。

如果您在以無障礙且適合您的格式從本計劃獲取資訊、看婦女健康專科醫師或尋找網絡專科醫師時遇到任何困難，請致電會員服務部提出申訴，電話號碼為 (833) 671-0440，服務時間為週一至週五 8 a.m. 至 8 p.m.（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 Office for Civil Rights，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

第8章您的權利與責任

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 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.

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會員，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會員選擇，是否要直接透過網絡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絡某專科服務提供者，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，您只需支付網絡分攤費用。如果您發現本計劃網絡沒有自己所需承保的服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解可前往何處以網絡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 8 a.m. 至 8 p.m. 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 بتسجيلات 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

第8章您的權利與責任

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 بتيسقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتيسيق 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.

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 بتيسيق 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 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 8 а.м. до 8 р.м. 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 fornire le informazioni in braille, in caratteri

第8章您的權利與責任

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, 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 a.m. alle 8 p.m.. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. Puoi 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.)

Notre 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 ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des tél'imprimeurs ou une connexion ATS (téléphone textuel ou tél'imprimeur), 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

第8章您的權利與責任

regime 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 yon an fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwòl t, oswa yon lèt kalite fòm, 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 tande, 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 (aksès pou moun ki gen yon andikap), li gen ladann bagay sa yo men se pa sa sèlman, bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, telefòn tèt, oswa koneksyon TTY (telefòn tèt).

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 gwòl karaktè, oswa an lèt fòm gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòm 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 rezò a, pou sèvis swen sante woutin yo ak swen prevansyon pou fanm yo.

Si pwofesyonèl swen sante ki nan rezò plan an pou yon espesyalite pa disponib, se responsablite plan an pou li jwenn pwofesyonèl swen sante espesyalize deyò rezò a kap gen pou ba w swen ki nesèy yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman pataj depans ki nan rezò a. Si w twouve w nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezò 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 rezò a.

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòm 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. • Itilizat TTY yo, tanpri rele nan nimewo 711. Epitou, ou ka depoze yon plent nan Medicare, pou fèsa, 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 itilizat TTY yo rele nan nimewo 1-800-537-7697.

סקיצע 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, אַדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאָרמאַטירונגען, אאז"ו).

אייער פֿלאַן איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַלע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאַמפֿעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַלע ענראַ וואָ, אריינגענומען יענע מיט באַגרענעצט

第8章您的權利與責任

Je li w sieci nie ma dostępnych świadczeniodawców w danej specjalizacji, obowiązkowo planu jest znalezienie świadczeniodawcy spoza sieci, który zapewni niezbędne opieki. W takim przypadku członek zapłaci tylko obowiązkowo w sieci udział w kosztach. Je li członek znajdzie się w sytuacji, kiedy w sieci planu nie będzie specjalistów, którzy zapewniliby potrzebny mu usługa, powinien zadzwonić do planu, aby uzyskać informacje, gdzie może uzyskać taką usługę przy udziale w kosztach obowiązkowo 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

第8章您的權利與責任

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.

বভিগ 1.1 আমাদরে অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি বিষয়ীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্মাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পরষিবো, কলনিকাল এবং অ-কলনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদরে ইংরেজিতে দক্ষতা সীমতি, পড়ার দক্ষতা সীমতি, শ্রবণশক্তির অক্ষমতা রয়েছে বা যাদরে বচৈত্রিময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্রকেষাপট রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালকিাভুক্তদরে জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নশিচতি করতে হবে। কনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলি মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরষিবো, দোভাষী পরষিবো, টেলোটিইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলোটিইপ্রাইটার ফোন) সংযোগে বধিনারে মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদরে প্ল্যানে, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদরে উত্তর দেওয়ার জন্য বনিামূল্যে দোভাষী পরষিবো রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্মাটে কনো খরচ ছাড়াই তথ্য দিতে পারি। আমাদরে আপনাকে প্ল্যানের সুবধিাগুলি সম্পর্কে এমন একটা ফর্মাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদরে থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরষিবোদিতে কল করুন।

আমাদরে প্ল্যানটির মহলিা তালকিাভুক্তদরে, মহলিাদরে রুটনি ও প্রতরিোধমূলক স্বাস্থ্যসবো পরষিবোগুলোর জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহলিা স্বাস্থ্য বশিযেজ্ঞেরে সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

কনো বশিষেত্বেরে জন্য প্ল্যানেরে নটেওয়ারকরে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারকরে বাইরে বশিষে সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুধুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার অর্থ পমেন্টে করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরষিবো আপনাকে প্রদান করতে পারে প্লানেরে নটেওয়ারক্রে এমন কনো বশিষেজ্ঞ উপস্থতি নাই এরকম কনো পরসিথতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার সময় এই পরষিবোটি পতে কনোথায় যতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যেরে জন্য প্লানে কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্মাটে আমাদরে প্ল্যান বধিয়ক তথ্য পতে আপনার কনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুরবার স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাতরা 8টার মধ্যে সদস্য পরষিবোয় অভিযোগ দায়েরে 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 অভিযোগও দায়েরে করতে পারনে বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সভিলি রাইটস অফসিে অভিযোগ দায়েরে করতে পারনে।

Seksioni 1.1 Ne jemi t p rkushtuar t ofrojm informacion t p rshtatsh m p r ju dhe q respektom ndjeshm rit tuaja kulturore (n gjuh t tjera p rve anglishtes, n braile, n format me shkronja t m dha ose formate t tjera alternative, etj.)

Planit tuaj duhet t ofroj t gjitha sh rbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike n nj m nyr kompetente kulturore dhe jan t aksesueshme p r t gjith t regjistruarit, duke p rfshir personat me aft si t kufizuara n anglisht, personat me aft si t kufizuara n lexim, personat me af tsi t kufizuar n d gjim ose personat

第8章您的權利與責任

me kultur dhe prejardhje etnike t ndryshme. Shembujt se si nj plan mund t' i plot soj k to k rkesa aksesueshm rie p rfshijn , por nuk kufizohen me ofrimin e sh rbimeve t p rkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronj .

Plani yn ofron sh rbime me p rkthyes falas p r t' iu p rgjigjur pyetjeve t an tar ve q nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t' ju japim informacione n braille, n format me shkronja t m dha ose n formate t tjera alternative pa kosto, sipas nevoj s. Neve na k rkohet t' ju japim informacione rreth p rfitimeve t planit n nj format q sht i aksesuesh m dhe i p rshtatsh m p r ju. P r t marr informacion nga ne n nj m nyr t p rshtatshme p r ju, ju lutemi telefononi Sh rbimet e An tar ve.

Plani yn duhet t' u jap grave t regjistruara mund sin e aksesit t drejtp rdrejt te nj specialist i sh ndetit t gruas brenda rrjetit p r sh rbimet rutin dhe parandaluese t kujdesit sh ndet sor p r grat .

N se ofruesit n rrjetin e planit p r nj specialitet nuk jan t disponuesh m, sht p rgjegj si e planit t gjej ofruesit e specializuar jasht rrjetit, t cil t do t' ju ofrojn kujdesin e nevojsh m. N k t rast, ju do t paguani vet m ndarjen e koston brenda rrjetit. N se p rballeni me nj situat ku nuk ka specialist n rrjetin e planit q mbulojn nj sh rbim q ju nevojitet, telefononi planin p r t marr informacion se ku t shkoni p r ta marr k t sh rbim me ndarjen e koston brenda rrjetit.

N se hasni ndonj problem p r t marr informacion nga plani yn n nj format q sht i arritsh m dhe i p rshtatsh m p r ju, ju lutemi telefononi p r t paraqitur nj ankes tek Sh rbimet e An tar ve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e h na n t premt, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. P rdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Ju gjithashtu mund t paraqisni nj ankes te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtp rdrejt te Zyra p r t Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

Εν τητα Πρ πει να παρ χουμε πληροφορο ε μετρο πο που να λειτουργε για εσ και που να συν δει με τι πολιτισμικ σα ευαισθησε (σε γλ σσε εκτ των Αγγλικ ν, σε γραφ Braille, με μεγ λα γρ μματα σε λλε ευαλλακτικ μορφ κ.λπ.)

Το προ γραμμα σα απαιτεται να διασφαλ σει τι λε οι υπηρεσε , τ σο κλινικ σο και μη κλινικ , παρ χουνται με πολιτισμικ ικαν τρο πο και ε ναι προσβ σιμε σε λου του εγγεγραμμ νου , συμπεριλαμβανομ νων εκε νων με περιορισμ νη αγγλικ επ ρκεια, περιορισμ νε δεξι τητε αν γνωση , ανικαν τητα ακο τομα με διαφορετικ πολιτιστικ και εθνοτικ υπ βαθρο. Παραδε γματα του τρο που με τον οπο ο να προ γραμμα μπορε να πληρο αυτ τι απαιτ σει προσβασιμ τητα περιλαμβ νουν, μεταξ λλων, την παροχ

第8章您的權利與責任

μεταφραστικ ν υπηρεσι ν, υπηρεσι ν διερμηνε α , τηλεγραφομηκαν ν σ νδεση TTY (τηλ φωνοκειμ νου τηλ φωνο τηλεγραφομηκαν).

Το πρ γραμμ μα διαθ τει δωρε ν υπηρεσε διερμηνε α για να απαντ σετε σε ερωτ σει απ μη αγγλ φωνα μ λη. Μπορο με, επ ση , να σα δ σου με πληροφορο σε γραφ Braille, με μεγ λα γρ μματα σε λλε εναλλακτικ μορφ κωρ κ στο , εν τι κρει ξεστε. Ε μαστε υποχρεωμ νοι να σα παρ κουμε πληροφορο σε σχετικ με τι παροχ του προγρ μματο σε μορφ που ε ναι προσβ σιμη και κατ λληλη για εσ . Για να λ βετε πληροφορο σε απ εμ μετρ πο που σα εξυπηρετε , καλ στε το Τμ μα Υπηρεσι ν Μελ ν.

Το πρ γραμμ μα απαιτε ται να δ σει στι γυνα κε εγγεγραμμ νου τη δυνατ τητα μεση πρ σβαση σε ναν ειδικ υγε α γυναικ ν στο πλα σιο του δικτ ου για υπηρεσε ρουτ να και προληπτικ υγειονομικ περ θαλψη των γυναικ ν.

Ε ν οι π ροχοι στο δ κτυο του προγρ μματο για μια ειδικ τητα δεν ε ναι διαθ σιμοι, ε ναι ευθ νη του προγρ μματο να εντοπ σει εξειδικευμ νου παρ κου εκτ του δικτ ου που θα σα παρ κουν την αναπα τητη φροντ δα. Σε αυτ ν την περ πτωση, θα πληρ σετε μ νο επιμερισμ κ στον εντ δικτ ου. Ε ν βρεθε τε σε μια κατ σταση που δεν υπ ρχουνν ειδικο στο δ κτυο του προγρ μματο που να καλ πτουνν μια υπηρεσε α που κρει ξεστε, καλ στε το πρ γραμμα για πληροφορο σε σχετικ με το πο να π τε για να αποκτ σετε αυτ ν την υπηρεσε α με επιμερισμ κ στον εντ δικτ ου.

Ε ν αντιμετωπ ξετε προβλ ματα με τη λ ψη πληροφορορι να π το πρ γραμμ μα σε μορφ που να ε ναι προσβ σιμη και κατ λληλη για εσ , καλ στε για να υποβ λετε παρ πονο στο Τμ μα Υπηρεσι ν Μελ ν στον αριθμ (833) 671-0440, Δευτ ρα ω Παρασκευ , 8 π.μ. ω 8 μ.μ., τοπικ ρα. Οι κρ στε τη υπηρεσε α TTY παρακαλο νται να καλ σουν στο 711. Μπορε τε επ ση να υποβ λετε καταγγελ α στο Medicare καλ ντα στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) απευθε α στο Γραφε ο Πολιτικ ν Δικαιωμ των 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697.

第8章您的權利與責任

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

您有權選擇本計劃網絡主要照護提供者 (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，與本計劃的網絡醫療服務提供者約診並獲得承保服務。其中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絡藥局領取或續領您的處方藥，不會發生長期延遲的情形。

如果您認為您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 9 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醫療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劃時提供給我們的**個人資訊**，以及您的醫療記錄與其他醫療和健康資訊。
- 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 加入本計劃的會員，我們必須向 Medicare 提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥物相關資訊。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分的資訊。

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劃中的醫療記錄，並且可以獲得您的記錄副本。我們得以向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醫療記錄。如果您要求我們這樣做，我們會與您的健康照護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。

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。

本通知描述 Molina Healthcare 附屬健保計劃（下文簡稱「Molina」、「我們」或「我們的」）的隱私慣例。我們使用並分享您的受保護健康資訊（「PHI」），以提供您作為 Molina 會員所享有的健康福利。我們使用並分享您的 PHI 來履行治療、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 PHI。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 2026 年 1 月 1 日。

PHI 是包含您的姓名、會員編號或其他識別碼的健康資訊，由我們使用或分享。PHI 包括有關物質使用障礙的健康資訊和生物特徵資訊（如聲紋）。

為什麼我們要使用或分享您的 PHI？

我們使用和分享您的 PHI，為您提供健康照護福利。您的 PHI 也會因治療、支付和健康照護業務而被使用或分享。

用於治療

我們可能使用或分享您的 PHI，以便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

我們可能會使用或分享 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。您的姓名、健康狀況、所接受的治療以及我們提供給您的物資資料均可能在帳單上列出。例如，我們可以讓醫師知道您享有我們的福利。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8章您的權利與責任

我們可能會使用或分享關於您的 PHI 以經營我們的健保計劃。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保計劃。我們也可能使用或分享您的 PHI 來解決您的疑慮。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。其包括但不限於下列內容：

- 提高品質；
- 透過健保計劃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保計劃開展各種活動的其他公司（「業務夥伴」）分享您的 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 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。

我們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、付款和健康照護業務以外，法律也允許或要求 Molina 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 Department of Health and Human Services (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。

公共健康

可能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 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 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 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。

衛生與安全

您的 PHI 可能被分享，以防止對個人或公眾健康或安全造成嚴重緊迫的威脅。

政府職能

我們可能將您的 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 PHI 提供給適當的執法機關。

第8章您的權利與責任

勞工賠償

爲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 PHI 提供給喪葬承辦人或驗屍官，以使其履行職責。

其他使用和揭露限制。

某些聯邦和州法律可能會要求特殊隱私保護，限制使用和揭露某些類型的健康資訊。此類法律可能會保護以下類型的資訊：酒精和物質使用障礙、生物辨識資訊、兒童或成人虐待或忽略（包括性侵害）、傳染病、基因資訊、HIV/AIDS、心理健康、未成年人資訊、處方、生殖健康和性傳播疾病。我們會遵守適用於我們的更嚴格法律。

物質使用障礙 (SUD) 資訊。雖然根據聯邦法律，我們不是物質使用障礙治療計劃（「SUD 計劃」），但我們可能會從 SUD 計劃收到有關您的資訊。我們不得披露 SUD 資訊，以用於針對您的民事、刑事、行政或立法訴訟，除非我們有 (i) 您的書面同意，或 (ii) 法院命令，以及在我們和您收到通知並有機會聽取意見後發出的傳票或其他強制披露的法律要求。

我們何時需要您的書面授權（核准）來使用或分享您的 PHI？

我們需要您的書面核准才能使用或分享您的 PHI，以用於本通知所載項目以外的其他目的。在我們針對下列目的披露您的 PHI 之前，我們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，因爲您已提供給我們核准。

您的健康資訊權利有哪些？

您有權：

要求限制 PHI 之使用或揭露（分享您的 PHI）

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。您可以使用我們的表格提出您的請求。

要求對 PHI 通訊保密

您可以要求 Molina 以某種方式或在某個地點提供您的 PHI，以協助保護您的 PHI 隱私。如果您讓我們知道，您的部分或全部 PHI 被分享出去會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。您可以使用我們的表格提出您的請求。

檢視並複製您的 PHI

您有權檢視我們所持有的您的 PHI，並索取副本。可能包括您作爲我們的會員在做出承保、理賠和其他決定時使用的記錄。您需要以書面方式提出要求。您可以使用我們的表格提出您的請求。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：我們沒有您的完整的醫療記錄。如果您希望檢視、獲得副本或更改您的醫療記錄，請聯絡您的醫師或診所。

修改您的 PHI

您可以要求我們修改（更改）您的 PHI。這僅涉及我們爲您保管的會員記錄。您需要以書面方式提出要求。您可以使用我們的表格提出您的請求。如果我們拒絕您的要求，您可以郵寄信函表示不同意。

獲得 PHI 揭露（分享您的 PHI）記錄

第8章您的權利與責任

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，該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布的 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。您可以使用我們的表格提出您的請求。

您可提出上述任何一項要求，或索取本通知副本。請撥打您 ID 卡背面的免付費電話號碼，與我們的會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 8 a.m. 至 8 p.m.（當地時間）。TTY/TDD 使用者請撥 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，您可以向我們和 Department of Health and Human Services 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：

撥打您 ID 卡背面的免付費電話號碼，與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 8 a.m. 至 8 p.m.（當地時間）。TTY/TDD 使用者請撥 711。或寫信給我們：

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O.Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

您可以向 U.S. Department of Health and Human Services 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）

我們的職責是什麼？

我們必須：

- 為您的 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；
- 不得出於給付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

我們保留隨時更改其資訊政策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留的所有 PHI。如果我們做出任何重大變更，我們將在我們的網站上發布修訂後的通知，並在下一次

第8章您的權利與責任

向當時由我們承保的會員發出的年度郵件中寄送修訂後的通知，或有關重大變更以及如何獲取修訂後通知的資訊。此通知可在我們的網站上 www.molinahealthcare.com 取得。

聯絡方式

如果您對本通知有任何疑問，請聯絡我們。

請撥打您 ID 卡背面的免付費電話號碼，與我們的會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 8 a.m. 至 8 p.m.（當地時間）。TTY/TDD 使用者請撥 711。或寫信至 Molina 會員服務部，200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802。

您可以免費獲得本文件的其他格式版本，例如，大字版本、點字版本和語音版本。致電 (855) 882-3901，TTY/TDD：711，服務時間為每週 7 天 8 a.m. 至 8 p.m.（當地時間）。這是免付費專線。

第1.4節 我們必須為您提供關於本計劃、其網絡醫療服務提供者和您的承保服務等資訊

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資訊，請致電會員服務部 (833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）：

- **我們的計劃相關資訊。**舉例來說，這些資訊包括本計劃的財務狀況。
- **我們的網絡醫療服務提供者和藥局相關資訊。**您有權獲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。
- **您的承保和使用承保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 和 6 章提供關於 D 部分藥物承保的資訊。
- **某個項目不承保的原因，以及如何處理此狀況的相關資訊。**第 9 章提供要求書面說明為何不承保醫療服務或 D 部分藥物，或您的承保範圍受到限制的資訊。第 9 章也提供要求我們變更決定（也稱為上訴）的資訊。

第1.5節 您有權知道您的治療選擇並參與您的照護決定

您有權向醫師或其他健康照護提供者索取完整的資訊。您的健康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健康照護決定過程。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劃承保。這也包含瞭解本計劃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。其中包括，即使醫師建議您不要離開醫院或其他醫療機構，您仍有權離開。您也有權停止使用藥物。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健康照護決定。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。也就是說，如果您願意，您可以：

第8章您的權利與責任

- 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**。生前遺囑和**健康照護授權書**等文件就是醫療事前指示的範例。

如何建立醫療事前指示以提供指示：

- **獲取表格**。您可以透過律師、社會工作者或某些辦公室用品店獲得醫療事前指示表格。有時可透過向大眾提供 Medicare 相關資訊的機構獲得醫療事前指示表格。您也可致電會員服務部以索取表格，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。
- **填寫表格並簽名**。無論您從何處獲得此表格，都請注意這是一份法律文件。您可以考慮請律師幫您準備這份文件。
- **將表格副本交給適當的人員**。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上簽名，請**隨身攜帶一份副本到醫院**。

- 醫院會問您是否有已簽署的醫療事前指示，以及是否有帶在身上。
- 如果您尚未在醫療事前指示上簽名，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。

您可自行選擇是否要填寫醫療事前指示（包括當您在醫院時，選擇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

如果您已簽署醫療事前指示，但您認為醫師或醫院並未遵照指示，您可致電投訴專線 1-866-334-9866（TTY 711）向 New York State Department of Health 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決定

如果您有任何問題、疑慮或投訴，且需要申請承保或提出上訴，本文件第 9 章會說明您可以採取的做法。無論您採取何種行動（要求承保決定、提出上訴或提出投訴）— **我們都必須公平對待您**。

第1.7節 如果您認為自己受到不公平對待或您的權利未收尊重

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）、年齡或國籍而未獲得尊重，您應致電 Department of Health and Human Services 的 **Office for Civil Rights**，電話：1-800-368-1019（TTY 使用者請致電 1-800-537-7697），或是致電當地 Office for Civil Rights。

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向以下單位尋求協助以處理問題：

- **致電本計劃的會員服務部**，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）
- **致電當地 SHIP**，電話：SHIP。聯絡方式請參閱第 2 章第 3 節。
- **致電 Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048）

第1.8節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

透過以下方式獲得有關您的權利的更多資訊：

- 致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)
- 致電當地 SHIP，電話：(800) 701-0501
- 聯絡 Medicare
 - 請造訪 www.Medicare.gov 閱讀刊物 *Medicare Rights & Protections* (可在此處取得：*Medicare Rights & Protections*)。
 - 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 使用者請致電 1-877-486-2048)

第2節 您作為計劃會員的責任

以下列出您身為本計劃會員的應做事項。如有疑問，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

- **熟悉您的承保服務，以及獲得承保服務時必須遵守的規定。**請使用本「承保範圍證明」，瞭解您的承保項目，以及您在獲得承保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 和 6 章提供 D 部分藥物承保的詳細資訊。
- **如果您除了本計劃還有任何其他健康承保或藥物承保，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 部分藥物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。遵守您和您的醫師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，請務必發問並獲得您可以理解的答案。
- **請體貼他人。**我們希望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，請告知社會安全局（或 Railroad Retirement Board）。**

第9章

如果您遇到困難或想要投訴（承保決定、上訴、投訴）

第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**承保決定和上訴程序**。
- 針對其他問題，您必須使用**投訴程序**（也稱為申訴）。

第1.1節 法律術語

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。為了讓說明淺顯易懂，本章使用較為熟悉的詞彙來取代某些法律術語。

不過，有時瞭解正確的法律術語也很重要。為了協助您知道在尋求協助或資訊時該使用哪些術語，在提供特定類型情況的處理詳細資訊時，**我們**會一併提供這些法律術語。

第2節 何處獲得更多資訊及個人化的幫助

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。您應致電會員服務部尋求幫助，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。在某些情況下，您可能還會想尋求與我們無關之人的協助或指導。有兩個機構可以提供協助：

State Health Insurance Assistance Program (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、向您提供更多資訊，以及提出行動指導。

SHIP 諮詢師的服務為免費性質。SHIP 聯絡方式請參閱第 2 章第 3 節。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 以獲得協助：

- 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。
- 請造訪 www.medicare.gov

您可以向 Medicaid 尋求協助和獲得資訊

- 您可以致電 Medicaid 幫助熱線，電話：1-800-541-2831 (TTY 711)，服務時間為週一至週五 8 a.m. 至 8 p.m.，週六 9 a.m 至 1 p.m.。

- 您可以致函您當地的 Department of Social Services (LDSS)。在以下網站查找您的 LDSS 地址：www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
- 您也可以造訪 New York State Medicaid 網站：www.health.ny.gov/health_care/medicaid

第3節 瞭解 Medicare 和 Medicaid 的投訴和上訴

您擁有 Medicare 並從 Medicaid 獲得援助。本章中的資訊適用於您**所有的** Medicare 和 Medicaid 福利。這被稱為整合流程，因為它結合或整合了 Medicare 和 Medicaid 的流程。

有時，Medicare 和 Medicaid 的流程並未合併。在這些情況下，對由 Medicare 承保的福利使用 Medicare 流程，對由 Medicaid 承保的福利使用 Medicaid 流程。這些情況在**第 6.4 節**中有說明。

第4節 應使用哪個程序處理您的問題

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

您是否有關於福利或承保範圍的問題或疑慮？

其中包括醫療照護(醫療項目、服務及/或 B 部分藥物)是否可獲得承保、它們獲得承保的方式，以及醫療照護付款相關問題。

是。

請參閱**第 5 節，承保決定和上訴指南**。

否。

請參閱**第 11 節，如何提出與照護品質、等候時間、客戶服務或其他疑慮相關的投訴**。

承保決定和上訴

第5節 承保決定和上訴指南

承保決定和上訴處理與您的醫療照護（服務、項目及 B 部分處方藥物，包括付款）福利及承保範圍有關的問題。為使說明簡單易懂，我們會以「醫療項目、服務以及 Medicare Part B 處方藥物」來表示「**醫療照護**」。您可以使用承保決定和上訴程序來處理某些問題，例如某個項目是否可以獲得承保及其承保方式。

在接受服務之前要求給付裁定

如果您想要在接受某項醫療照護前瞭解我們是否會承保該服務，您可以要求我們為您做出承保決定。承保決定是我們對您的福利和承保範圍或我們會為您的醫療照護費用支付多少所做的決定。例如，如果您的計劃網絡醫師將您轉診至不在網絡內的專科醫師，則此轉診被視為有利的承保決定，除非您的網絡醫師可以證明您收到了該專科醫師的標準拒絕通知，或者「承保範圍證明」明確表明，在任何情況下，轉診服務均不予承保。如果您的醫師不確定我們是否將承保特定醫療服務，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作出承保決定。

在特定情況下將會駁回承保決定請求，這表示我們不會審查請求。請求遭到駁回的範例**包括**請求不完整、有人代表您提出請求，但未獲得相關合法授權，或者您請求撤銷請求。如果我們駁回承保決定請求，我們會寄送通知，說明為何駁回請求，以及如何請求審查駁回。

每當我們為您裁定承保項目以及我們應支付多少時，即表示我們正作出承保決定。在某些情況下，我們可能會判定醫療照護不在承保範圍，或不再為您提供承保。如果您不同意此承保決定，可以提出上訴。

提出上訴

如果我們做出承保決定，不論是獲得福利之前還是之後，只要您不滿意，您就可以對該決定提出**上訴**。上訴是要求我們審查及變更我們所做出的承保決定的一項正式方法。在某些情況下，您可以請求加速作出承保決定或**快速上訴**。處理上訴的審查人員將不同於做出原始決定的人員。

第一次對決定提出上訴稱為第 1 級上訴。在此上訴中，我們會審查所做的承保決定，確認我們是否正確遵守規定。完成審查後，我們會向您提供決定。

在特定情況下將會駁回第 1 級上訴請求，這表示我們不會審查請求。請求遭到駁回的範例包括請求不完整、有人代表您提出請求，但未獲得相關合法授權，或者您請求撤銷請求。如果我們駁回第 1 級上訴請求，我們會寄送通知，說明為何駁回請求，以及如何請求審查駁回。

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 級上訴會交由與我們無關的獨立審查組織進行。

- 您不需要辦理任何手續即可啟動第 2 級上訴。如果我們不完全同意您的第 1 級上訴，Medicare 規定要求我們自動將您的醫療照護上訴送至第 2 級。
- 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 節中討論。

如果您不滿意第 2 級上訴的決定，您可以繼續進行其他級別的上訴（本章說明第 3 級、4 級和 5 級上訴程序）。

第5.1節 獲取要求承保決定或提出上訴的幫助

以下是您在決定要求任何類型的承保決定或對決定提出上訴時可以使用的資源：

- **致電會員服務部**，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)
- 從 State Health Insurance Assistance Program **獲得免費協助**
- **您的醫師或其他健康照護提供者可以代替您提出請求**。如果您的醫師協助您進行第 2 級以上上訴，必須指派該位醫師作為您的代表。致電會員服務部索取代表委任書表格，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。（您也可以前往下列網站獲得此表格：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提供者可以代表您要求承保決定或第 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服務提供者要求在上訴期間，繼續獲得您已獲得的服務或商品，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 部分藥物方面，您的醫師或其他處方醫師可以代表您請求承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴遭到否決，您的醫師或處方醫師可以請求第 2 級上訴。
- **您也可以要求某人代表您行事**。您可以視需要指名另一人作為您的「代表」，代您提出承保決定要求或上訴。

如果您希望朋友、親戚或其他人擔任您的代表，請致電會員服務部索取代表委任書表格，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。(您也可以前往下列網站獲得此表格：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。

雖然我們可以接受代表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決定的期限內收到表單，您的上訴請求將會駁回。若發生這種情況，我們會向您寄送書面通知，說明您有權要求獨立審查組織來審查我們駁回上訴的決定。

- **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承保決定或針對決定提出上訴。

第5.2節 不同情況的規定和截止日期

涉及承保決定和上訴的情況有 4 種。每種情況都有不同規定和期限，我們會提供每種情況的詳細資訊：

- **第 6 節：**「醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴」
- **第 7 節：**「D 部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴」
- **第 8 節：**「如果您認為自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院」
- **第 9 節：**如果您認為承保太早結束，如何要求我們繼續承保特定醫療服務(僅適用下列服務：居家健康照護、專業療養機構照護和綜合門診復健機構 [CORF] 服務)

如果您不確定哪些資訊適用於您，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440(TTY 使用者請致電 711)。您也可以向 SHIP 尋求協助或索取資訊。

第6節 醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴

第6.1節 在遇到醫療照護承保問題，或您希望我們償還您照護的費用時該怎麼做

您的醫療照護福利詳見第四章的「醫療福利表」。在某些情況下，B 部分藥物相關請求會適用不同規定。在這些情況下，我們將解說 B 部分藥物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任何下列 5 種情況：

1. 您沒有得到想要的醫療照護，而您認為我們的計劃承保此項照護。**要求承保決定。第 6.2 節。**
2. 您的醫師或其他健康照護提供者想要提供您某種醫療照護，但我們並不核准，而您認為本計劃應承保此照護。**要求承保決定。第 6.2 節。**
3. 您接受您認為本計劃應承保的醫療照護，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承保的醫療照護，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。**
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承保，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：如果要停止的承保範圍與醫院照護、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，請參閱第 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 如何要求承保決定

法律術語：

涉及您的醫療照護的承保決定稱為「組織裁定」。

「快速承保決定」稱為「加速裁定」。

步驟 1：決定您是否需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。

標準承保決定通常會在以下時限內作出：若醫療項目或服務需事先核准，為 7 個日曆日，所有其他醫療項目和服務為 14 個日曆日，B 部分藥物為 72 小時。針對醫療服務的快速承保決定通常在 72 小時內做成，B 部分藥物則為 24 小時內。

- 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，您才可以得到快速承保決定。
- 如果您的醫師向我們告知您的健康情況需要「快速承保決定」，我們會自動同意為您提供快速承保決定。
- 如果您沒有醫師背書，自行要求獲得快速承保決定，我們將判斷您的健康情況是否需要我們提供快速承保決定。如果我們未核准快速承保決定，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承保決定的要求，我們會自動提供您快速承保決定。
 - 說明您可以針對我們給您的標準承保決定，而非您請求的快速承保決定，提出快速投訴。

步驟 2：要求本計劃做出承保決定或快速承保決定。

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

步驟 3：我們考量您的醫療照護承保請求，並向您提供我們的答覆。

針對標準承保決定，我們採用標準期限。

這代表在收到您針對需事先核准之醫療項目或服務的請求後，我們將在 7 個日曆日內向您提供答覆。如果您請求的醫療項目或服務無需事先核准，我們將在收到您的請求後 14 個日曆日內向您提供答覆。如果您請求的是 B 部分藥物，我們將在收到請求後的 72 小時內向您提供答覆。

- 不過，如果您請求更多時間，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（若您的請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。如果您的請求與 B 部分處方藥物有關，則不會延長決定時間。
- 如果您認為我們不應延長時間，您可以提出快速投訴。我們將在作出決定後立即就您的投訴做出答覆。（提出投訴的程序與承保決定和上訴的程序不同。請參閱第 11 節，以瞭解投訴的相關資訊。）

針對快速承保決定，我們採用加速的時間範圍。

快速承保決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。如果您的請求與 B 部分藥物有關，我們將在 24 小時內提供答覆。

- 然而，如果您要求更多時間，或者如果我們需要更多可能對您有利的資訊，**我們可以多花最多 14 個日曆日**。如果我們需要更多時間，會以書面方式通知您。如果您的請求與 B 部分處方藥物有關，則不會延長決定時間。
- 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」。（請參閱第 11 節，以瞭解投訴的相關資訊。）我們將在作出決定後儘快打電話給您。
- 如果我們否決您的部分或全部請求，則會寄送書面說明給您，解釋我們否決的原因。

步驟 4：如果我們否決您的醫療照護承保請求，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決定。這表示再次要求獲得您想要的醫療照護承保。提出上訴表示您將進入上訴程序的第 1 級。

第6.3節 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承保決定的上訴即稱為計劃「重新審議」。

「快速上訴」也稱為「加速重新審議」。

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 個日曆日或 7 個日曆日內提出。「快速上訴」通常在 72 小時內提出。

- 如果您對我們就您的照護承保範圍所做的決定提出上訴，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」的條件與第 6.2 節「快速承保決定」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 章提供聯絡方式。
- 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 章提供聯絡方式。
- 您必須在 65 個日曆日內提出上訴請求（起算日期為我們寄出書面通知，告知我們對您的承保決定請求做何答覆開始）。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，或者我們就請求上訴的期限提供您不正確或不完整資訊。
- 您可以索取您的健康決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項目，您可以在上訴期間繼續獲得這些服務或項目。

- 如果我們決定更改或停止您目前獲得的服務或商品承保，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，我們將繼續承保該服務或項目。
- 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項目，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）服務或項目，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請求時是否遵守所有規定。
- 我們可能會視需要收集更多資訊，並可能聯絡您或您的醫師。

「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。
 - 若您的請求與醫療項目或服務相關，如果您請求更多時間，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。如果我們需要更多時間，會以書面方式通知您。如果您的請求與 B 部分藥物有關，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，即為在延長期間結束之前）向您提供答覆，則須自動將您的請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請求，則須在我們收到上訴後的 72 小時內，授權或提供我方同意的承保。
- 如果我們否決您的部分或全部請求，我們會以書面方式將我們的決定寄送給您，並自動將您的上訴轉給獨立審查組織以進行第 2 級上訴。獨立審查組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。

「標準上訴」的期限

- 對於標準上訴，我們必須在收到您上訴後 30 個日曆日內給予您答覆。如果您請求的是您尚未獲得的 B 部分處方藥物，我們將在收到上訴後的 7 個日曆日內答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快作出決定。
 - 不過，如果您請求更多時間，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（若您的請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。如果您的請求與 B 部分處方藥物有關，則不會延長決定時間。
 - 如果您認為我們不應延長時間，您可以提出快速投訴。提出快速投訴後，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，請參閱第 11 節。）
 - 如果我們未在期限內（或在延長期限結束前）給予您答覆，我們將把您的請求送交第 2 級上訴，由獨立審查組織審查該上訴。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，我們必須在 30 個日曆日內授權或提供承保，或者，如果您的要求與 B 部分藥物有關，則為 7 個日曆日內。
- 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。
- 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。
 - 如果您的問題是關於 Medicare 服務或項目的承保，該信函會說明我們已將您的個案轉給獨立審查組織進行第 2 級上訴。
 - 如果您的問題涉及 Medicaid 服務或項目的承保，信函將告知您如何自行提出第 2 級上訴。

第6.4節 2 級上訴程序

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 僱用的獨立組織。其與我們並無關聯，也不是政府機構。該組織會決定我們的判定是否正確或需要更改。Medicare 會監督其工作。

- 如果您的問題是有關通常由 Medicare 給付的服務或項目，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。
- 如果您的問題是有關通常由 Medicaid 給付的服務或項目，您可以自行提出第 2 級上訴。通知書會告訴您如何處理。相關資訊也如下所列。
- 如果您的問題是有關可能由 Medicare 和 Medicaid 同時給付的服務或項目，獨立審查組織會自動啟動第 2 級上訴。您也可以要求州政府公平聽證會。

如果您在提出第 1 級上訴時有資格繼續享有給付，您對該上訴涉及的服務、項目或藥物的給付也可能在第 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。

- 如果您的問題是關於通常只由 Medicare 承保的服務，那麼在第 2 級上訴程序送交獨立審查組織進行處理的期間，您對於該服務的福利將不會繼續。
- 如果您的問題是關於通常由 Medicaid 給付的服務，若您在收到本計劃的裁定信函後 10 個日曆日內提交第 2 級上訴，則該服務的福利將繼續。

如果您的問題是關於 Medicare 通常給付的服務或項目：

步驟 1：獨立審查組織會審查您的上訴。

- 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」。您有權向我們免費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。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細審閱所有上訴相關資訊。

如果您在第 1 級已進行快速上訴，則在第 2 級也會是進行快速上訴。

- 若是「快速上訴」，獨立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。
- 如果您的請求與醫療項目或服務有關，且獨立審查組織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。如果您的請求與 B 部分藥物相關，則獨立審查組織不能延長做出決定的時限。

如果您在第 1 級已進行標準上訴，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，獨立審查組織必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內向您提供第 2 級上訴的答覆。如果您請求的是 B 部分藥物，獨立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。
- 如果您的請求與醫療項目或服務有關，且獨立審查組織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。如果您的請求與 B 部分藥物相關，則獨立審查組織不能延長做出決定的時限。

步驟 2：獨立審查組織向您提供答覆。

獨立審查組織透過書面方式向您告知其決定並說明理由。

- 如果獨立審查組織同意您對醫療項目或服務的部分或全部要求，我們必須在收到獨立審查組織對標準請求的決定後，在 72 小時內授權該醫療照護承保，或在 14 個日曆日內提供該服務。對於加速請求，自收到獨立審查組織決定之日起，我們有 72 小時的時間。

- 如果獨立審查組織同意 B 部分藥物的部分或全部要求，我們必須在收到獨立審查組織對標準請求的決定後，在 72 小時內授權或提供該 B 部分藥物。對於**加速請求**，自收到獨立審查組織決定之日起，我們有 24 小時的時間
- 如果獨立審查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承保請求（或部分請求）。（這稱為「**贊同原決定**」或「**駁回您的上訴**」。）在這種情況下，獨立審查組織會寄信給您：
 - 說明其決定。
 - 通知您有權提出第 3 級上訴（如果醫療照護承保金額達到最低金額）。獨立審查組織寄送的書面通知中會說明要繼續上訴程序所需達到的金額。
 - 說明如何提出第 3 級上訴。
- 如果您的第 2 級上訴遭到駁回，但符合上訴程序的要求，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 級上訴會由行政法官或司法審裁官處理。本章**第 10 節**說明第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴的程序。

如果您的問題是關於 Medicaid 通常給付的服務或項目：

步驟 1：要求舉行州政府公平聽證會。

- 針對 Medicaid 通常給付的服務提出第 2 級上訴程序是舉行州公平聽證會。您必須在我們針對您的第 1 級上訴寄送決定函之日起 60 個日曆日內透過書面或電話方式要求舉行公平聽證會。我們寄送給您的信函將說明您向哪裡提交聽證會請求。
- 透過電話：1-800-342-3334 (TTY 致電 711 並請接線員致電 1-877-502-6155)
- 透過傳真：518-473-6735
- 透過網際網路：<http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- 透過郵寄：NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

- 當面：對於非 New York 市居民：

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243
- 對於 New York 市居民：

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
5 Beaver Street
New York, New York 10004

在您請求舉行公平聽證會後，州政府會寄送通知給您，告知聽證會的時間和地點。聽證會上將要求您說明為什麼認為此決定有誤。聽證官將聽取您和計劃的說明，並裁定我們的決定是否有誤。如果州政府拒絕您的快速公平聽證會請求，他們會打電話給您並寄送信函。如果您的快速公平聽證會請求被拒絕，州政府將在 90 天內處理您的公平聽證會。

如果州政府批准您的快速公平聽證會請求，他們會打電話給您，告知您聽證會的時間和日期。所有快速公平聽證會都將透過電話舉行。

為聽證會做好準備：

- **我們會在聽證會召開前寄送一份「證明包」給您。**這是我們用來作出有關您的服務的決定的資訊。我們將把這些資訊提供給聽證官，以解釋我們的決定。如果沒有足夠的時間將其郵寄給您，我們前往聽證會時將為您帶一份證明包副本。如果您在聽證會前一週仍未收到證明包，您可以致電 1-800 MCO-PLAN 索取。
- **您有權查看您的個案檔案和其他文件。**您的個案檔案包含您的健康紀錄，並可能含有說明您的健康照護服務為何變更或未得批准的更多資訊。您也可以要求查看指南和我們據以做出此決定的任何其他文件。您可以撥打 1-800 MCO-PLAN 查看您的個案檔案和其他文件，或索取免費副本。只有在您表示希望郵寄副本時，我們才會寄送副本給您。
- **您有權偕同一人前往聽證會為您提供協助，**例如律師、朋友、親戚或其他人士。在聽證會中，您或此人士可以向聽證官提交書面文件，或單純口述你們認為決定有誤的原因。您也可以邀請他人參加，為您提出有利說詞。您或此人士也可以向聽證會中的任何其他人提出問題。
- **您有權提供文件支援您的個案。**請攜帶您認為對您個案有幫助的任何文件副本，例如醫師信函、健康照護帳單和收據。將本通知的副本和隨附的所有文頁帶到聽證會，可能也會有所幫助。
- 您可致電當地的法律援助協會或倡導團體**取得法律協助。**如需尋找律師，請查閱黃頁的「律師」欄位，或造訪 www.LawhelpNY.org。在 New York City，請致電 311。

外部上訴

如果我們表示您要求的服務屬於以下情況，則您還有其他上訴權利：

1. 非醫療上必要；
2. 為實驗性或試驗性；
3. 和您在計劃網絡得到的照護並無不同；或
4. 可向參與計劃並擁有正確訓練且經驗符合您需求的醫療服務提供者處索取。

對於這些類型的決定，您可以向 New York State (NYS) 要求獨立的外部上訴。這稱為外部上訴，因為它是由並不屬於 Senior Whole Health of New York NHC 或 NYS 的審查人員作出決定。這些審查人員是 NYS 核准的合格人員。該服務必須包含在計劃福利方案中，或屬於實驗性治療、臨床試驗或罕見疾病的治療。您無需支付外部上訴費用。

自我們針對您的第 1 級上訴寄送決定函之日起，您有 4 個月的時間要求外部上訴。如果您和 Senior Whole Health of New York NHC 同意跳過我們的上訴程序，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 Department of Financial Services。如果您需要協助提出外部上訴，您可以撥打會員 ID 卡背面的號碼致電會員服務部。您和您的醫師必須提供有關您的健康問題的資訊。外部上訴申請書會說明需要哪些資訊。

以下是獲得外部上訴申請書的一些方法：

- 致電 1-800-400-8882 聯絡 Department of Financial Services
- 造訪 Department of Financial Service 的網站 www.dfs.ny.gov。
- 致電 833) 671-0440 聯絡我們

您的外部上訴將在 30 天內作出決定。如果外部上訴審查人員要求提供更多資訊，可能需要更多時間（最多五個工作日）。您和 Senior Whole Health of New York NHC 將在作出決定後兩天內得知最終決定。

如果發生以下情況，您可以獲得快速決定：

- 您的醫師說明延遲會對您的健康造成嚴重損害；或者
- 您在急診室就診後住院，但您的計劃拒絕了醫院照護。

這稱為加速外部上訴。外部上訴審查人員將在 72 小時內為加速上訴做出決定。

如果您在出院前至少 24 小時要求住院物質使用障礙治療，則我們將繼續支付您的住院費用，前提是：

- 您要求在 24 小時內進行快速第 1 級上訴；以及
- 您同時要求快速外部上訴。

我們將繼續支付您的住院費用，直到您的上訴作出決定為止。我們將在 24 小時內就您的快速第 1 級上訴作出決定。快速外部上訴將在 72 小時內作出決定。

外部上訴審查人員將透過電話或傳真立即告知您和計劃決定。之後，將寄送一封信函，告知您決定結果。

您可以要求舉行公平聽證會或要求外部上訴，或兩者兼而有之。如果您同時要求舉行公平聽證會和外部上訴，則公平聽證官員的決定將最為重要。

在第 10.2 節「其他 Medicaid 上訴」中，當 EOC 指示 MMCP 填入有關在州內提出額外上訴的程序和說明時，MMCP 不應包含額外語言。

在第 11.4 節，您也可以向 Medicare 和 Medicaid 提出投訴：

1. MMCP 應在本節標題中填入「和 Medicaid」。
2. 經營 MAP 計劃的 MMCP 應包括下列 Medicaid 機構投訴聯絡方式：

您也有權聯絡 New York State Department of Health 提出投訴。

透過以下方式聯絡 Department of Health：

- 電話：1-866-712-7197
- 郵寄：New York State Department of Health
Bureau of Managed Long Term Care
Technical Assistance Center
99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl
Albany, NY 12210
- 電子郵件：mltctac@health.ny.gov”

您也有權聯絡 New York State Department of Health 提出投訴。透過以下方式聯絡 Department of Health：

- 電話：1-800-206-8125
- 郵寄：New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHP CO 1CP-1609
Albany, New York 12237
電子郵件：managedcarecomplaint@health.ny.gov

步驟 2：公平聽證辦公室會向您提供答覆。

公平聽證會辦公室會以書面形式向您通知其決定，並說明原因。

- 如果公平聽證會辦公室對醫療項目或服務的請求部分或全部表示同意，我們必須在收到公平聽證會辦公室的決定後 72 小時內授權或提供該服務或項目。
- 如果公平聽證會辦公室對您的上訴部分或全部予以否決，他們同意我們計劃的意見，即您對醫療照護承保的請求（或部分請求）不應被核准。（這稱為「贊同原決定」或「駁回您的上訴」。）

如果裁定否決您全部或部分的要求，您可以再提上訴。

如果獨立審查組織或公平聽證會辦公室的決定是否否決您的部分或全部上訴，您有額外的上訴權利。

您從公平聽證會辦公室收到的信函中，會說明後續上訴選項。

請參閱第 10 節，瞭解您第 2 級之後的上訴權利的更多資訊。

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

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。請勿自行支付帳單。我們會直接聯絡該醫療服務提供者並處理該問題。如果您支付了帳單，若您遵守了獲得服務和項目的規則，則可以從健康照護提供者得到退費。

要求報銷就是要求我們進行承保決定。

如果您將要求報銷的書面文件寄給我們，即表示您要求承保決定。為做出此決定，我們將檢查並確認您支付的醫療照護是否承保。我們也會檢查您是否遵照使用醫療照護承保的規定。

如果您希望我們報銷 Medicare 服務或商品的費用，或者您要求我們向健康照護提供者支付您付費的 Medicaid 服務或商品的費用，請要求我們做出此承保決定。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承保的所有規定。

- **如果我們同意您的請求：**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。
 - 如果您向健康照護提供者支付的 Medicaid 照護費用受到給付，並且您認為我們應該向健康照護提供者付款，我們將在收到您的請求後 60 個日曆日內向您的健康照護提供者支付費用。
 - 然後，您需要聯絡您的健康照護提供者，向他們提出退款。如果您尚未支付醫療照護，我們會直接支付給健康照護提供者。
- **如果我們否決您的請求：**如果醫療照護不屬於承保項目，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，說明我們將不會支付醫療照護的費用及理由。

如果您不同意我們的否決決定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，即表示您請求我們變更否決您的付款請求這一承保決定。

若要提出此上訴，請按照第 6.3 節的上訴程序進行。關於報銷的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 30 個日曆日內提供答覆給您。
- 如果獨立審查組織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。如果在上訴程序第 2 級之後的任何階段中，您的上訴獲得核准，我們必須在 60 個日曆日內將請求的款項寄給您或健康照護提供者。

第7節 D 部分藥物：如何要求承保決定或提出上訴

第7.1節 本節旨在說明如果您無法順利獲得 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物的承保。藥物必須用於醫療許可的適應症才能獲得承保。（請參閱第 5 章以進一步瞭解醫療上可接受的適應症。）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，我們不會每次都使用「承保門診處方藥物」或「D 部分藥物」等詞彙，而會以「藥物」來表示。我們也會使用「藥品名錄」一詞，而非承保藥物清單或「處方集」。

- 如果您不知道藥物是否受到承保，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承保。
- 如果藥局告知您無法按照文書所述領取處方藥，藥局會給您一份書面通知書，說明如何聯絡我們以要求承保決定。

D 部分承保決定和上訴

法律術語：

有關 D 部分藥物的初始給付決定稱為「承保裁定」。

承保決定是我們對您的福利和承保範圍或我們會為您的藥物費用支付多少所做的決定。本節會說明如何處理下列任何情況：

- 要求我們承保不在本計劃「藥品名錄」中的 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承保的藥物的限制（例如，限制可領取的藥量、事先核准標準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。**要求承保決定**。**第 7.4 節。**
- 支付您已購買的處方藥物費用。**向我們申請退款**。**第 7.4 節。**

如果您不同意我們做出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

本節會同時說明如何請求承保決定，以及如何提起上訴。

第7.2節 要求例外處理

法律術語：

要求承保不在「藥品名錄」上的藥物屬於**處方集例外處理**。

要求移除承保藥物限制屬於**處方集例外處理**。

要求針對非首選藥物支付較低價格屬於**分層級例外處理**。

如果藥物未按照您所希望的承保方式承保，您可以要求我們進行**例外處理**。這一例外處理是一種承保決定。

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請求。在 3 種範例情況下，您或您的醫師或其他處方醫師可以要求我們：

1. **承保不在我們「藥品名錄」中的 D 部分藥物。** 如果我們同意承保不在「藥品名錄」上的藥物，您將須支付適用於第 5 級專門藥物的分攤費用金額。您不能就我們要求您支付的藥物分攤費用金額申請例外處理。
2. **撤除承保藥物的限制。** 第 5 章說明適用於我們「藥品名錄」上某些藥物的額外規定或限制。如果我們同意做出例外處理並為您撤除限制，您可以就我們要求您支付的藥物共付額或共同保險申請例外處理。
3. **將藥物承保變更至較低的分攤費用等級。** 「藥品名錄」上的每種藥物都屬於六 (6) 個分攤費用層級之一。一般而言，分攤費用層級編號越小，您應支付的藥物分攤費用就越少。
 - 如果我們的「藥品名錄」包含了可治療您醫療狀況的替代藥物，且其分攤費用等級低於您的目前藥物，您可要求我們承保您目前的藥物，但僅支付替代藥物的分攤費用金額。
 - 如果您正在服用的藥物是名牌藥，您可以要求我們以適用於包含治療您的病症的名牌藥替代藥物的最低層級分攤費用金額承保您的藥物。
 - 如果您正在服用的藥物是學名藥，您可以要求我們以適用於包含治療您的病症的名牌藥或學名藥替代藥物的最低層級分攤費用金額承保您的藥物。
 - 您不能要求我們變更任何第 5 級專門藥物的分攤費用層級。
 - 如果我們核准您的分級例外處理要求，且您無法使用的替代藥物有多個較低的分攤費用層級，您通常將會支付最低的金額。

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醫師必須向我們提供一份聲明，說明請求例外處理的醫療原因。如需更快速的決定，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「藥品名錄」包括多種用於治療特定疾病的藥物。這些不同的可能選項稱為**替代藥物**。如果某個替代藥物與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請求。如果您要求我們進行分級例外處理，我們通常不會核准您的例外處理要求，除非較低分攤費用層級中的所有替代藥物對您的效果都沒有那麼好，或是可能造成不良反應或其他傷害。

我們可以同意或否決您的請求

- 如果我們核准您的例外處理請求，我們的核准效期通常會到本計劃年度結束為止。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。
- 如果我們否決您的請求，您可以透過提出上訴，請求重新審查。

第7.4節 如何要求承保決定，包括例外處理

法律術語：

「快速承保決定」稱為「加速承保決定」。

步驟 1：決定您是否需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。

標準承保決定會在收到您醫師的聲明後 72 小時內作出。**快速承保決定**會在收到您醫師的聲明後 24 小時內作出。

如果您的健康需要，請要求我們作出快速承保決定。如要得到快速承保決定，您必須符合下列 2 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的退款要求作出快速承保決定。）
- 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醫師向我們告知您的健康情況需要快速承保決定，我們會自動為您作出快速承保決定。**
- **如果您沒有醫師或處方醫師背書，自行要求獲得快速承保決定，我們將決定您的健康情況是否需要我們作出快速承保決定。**如果我們未核准快速承保決定，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醫師提出快速承保決定的要求，我們會自動為您作出快速承保決定。
 - 說明如何針對我們給您標準承保決定，而非您請求的快速承保決定提出「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：請求標準承保決定或快速承保決定。

首先，請透過電話、書面或傳真方式聯絡本計劃，請求我們授權或針對您想要的醫療照護提供承保。您也可以透過我們的網站存取承保決定程序。我們必須接受任何書面請求，包括提交在我們網站 SWHNY.com 上提供的 *CMS* 模型承保決定請求表格上的請求。第 2 章提供聯絡方式。為了協助我們處理您的請求，請務必提供您的姓名、聯絡方式，以及可說明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作為您的代表。

- **如果您想要求例外處理，請提供支援聲明**，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：我們考量您的請求，並向您提供我們的答覆。

「快速承保決定」的期限

- 我們必須在收到您的請求後 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援聲明後 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，即須將您的請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請求**，則須在收到您的請求或收到為該請求背書的醫師聲明後，於 24 小時內提供我方同意的承保。
- **如果我們否決您的部分或全部請求**，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因，還會告知您如何提出上訴。

有關您尚未獲得之藥物的標準承保決定期限

- 我們必須在收到您的請求後 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援聲明後 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。
 - 如果我們無法趕上此期限，即須將您的請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請求，則須在收到您的請求或收到為該請求背書的醫師聲明後，於 72 小時內提供我方同意的承保。
- 如果我們否決您的部分或全部請求，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因，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」承保決定期限

- 我們必須在收到您的請求後 14 個日曆日內提供答覆給您。
 - 如果我們無法趕上此期限，即須將您的請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請求，還必須在收到請求後的 14 個日曆日內向您付款。
- 如果我們否決您的部分或全部請求，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因，還會告知您如何提出上訴。

步驟 4：如果我們否決您的承保請求，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決定。這表示再次要求獲得您想要的藥物承保。提出上訴表示您將進入上訴程序的第 1 級。

第7.5節 如何提出第 1 級上訴

法律術語：

對本計劃提出有關 D 部分藥物承保決定上訴即稱為計劃「重新決定」。
「快速上訴」稱為「加速重新裁決」。

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決定提出上訴，您和您的醫師或其他處方藥物劑師將需要決定您是否需要快速上訴。
- 「快速上訴」的條件與第 7.4 節「快速承保決定」的條件相同。

步驟 2：您、您的代表、醫師或其他處方藥物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，請提交書面請求或致電我們。第 2 章提供聯絡方式。
- 對於快速上訴，請以書面形式提交您的上訴或撥打會員 ID 卡背面的號碼致電我們。第 2 章提供聯絡方式。
- 我們必須接受任何書面請求，包括「CMS 模型重新裁決請求表」上提交的請求，此表可從我們的網站 SWHNY.com 獲得。提供您的姓名、聯絡方式及請款相關資訊，以協助我們處理您的請求。
- 您必須在 65 個日曆日內提出上訴請求（起算日期為我們寄出書面通知，告知我們對您的承保決定請求做何答覆開始）。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，或者我們就請求上訴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，我們會針對您的承保請求重新仔細檢視所有相關資訊。我們會確認在否決您的請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，即須將您的請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請求，則須在我們收到上訴後的 72 小時內，提供我方同意的承保。
- 如果我們否決您的部分或全部請求，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決定提出上訴。

有關您尚未獲得之藥物的標準上訴期限

- 對於標準上訴，我們必須在收到您上訴後 7 個日曆日內給予您答覆。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決定，即須將您的請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請求，則須依據您健康上的需求，於收到您的上訴後 7 個日曆日內儘快承保。
- 如果我們否決您的部分或全部請求，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決定提出上訴。

有關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請求後 14 個日曆日內提供答覆給您。
 - 如果我們無法趕上此期限，即須將您的請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請求，還必須在收到請求後的 30 個日曆日內向您付款。
- 如果我們否決您的部分或全部請求，則會寄送書面聲明給您，解釋我們否決的原因，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。

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 僱用的獨立組織。其與我們並無關聯，也不是政府機構。該組織會決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，以及如何聯絡獨立審查組織。
- **您必須在在書面通知之日起 65 個日曆日內提出上訴請求。**
- 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劃中所做的「**風險**」決定做出不利的決定，我們會自動將您的請求轉給 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」。
- 如果該獨立審查組織同意讓您快速上訴，其必須在收到您的上訴請求後 **72 小時內**，向您提供第 2 級上訴的答覆。

標準上訴的期限

- 對於標準上訴，獨立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，並請求我們將藥物費用退還給您，則獨立審查組織必須在收到請求後 **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**部分或全部請求**，我們必須在收到審查組織決定後的 **24 小時內**，提供獨立審查組織已核准的藥物承保。

針對標準上訴：

- 如果獨立審查組織同意您的**部分或全部承保請求**，我們必須在收到獨立審查組織決定後的 **72 小時內**，提供獨立審查組織已核准的藥物承保。
- 如果您請求退還已購買之藥物的費用，且獨立審查組織同意您的**部分或全部請求**，我們必須在收到獨立審查組織決定後 **30 個日曆日內** 將款項寄給您。

如果獨立審查組織否決您的上訴該如何處理？

如果此獨立組織否決您的**部分或全部上訴**，則表示他們同意我們的決定，也就是不核准您的請求（或部分請求）。（這稱為「**贊同原決定**」或「**駁回您的上訴**」。）在這種情況下，獨立審查組織會寄信給您：

- 說明其決定。
- 通知您有權提出第 3 級上訴（如果您要求的藥物承保金額達到最低金額）。如果您要求的藥物承保金額太低，就無法再提上訴，第 2 級決定即是最終決定。
- 說明要繼續上訴程序所需滿足的爭議金額。

步驟 4：如果您的個案符合要求，您可選擇是否要進一步提出上訴。

- 第 2 級之後有 3 個額外上訴程序層級（總共 5 個上訴層級）。如果您想要提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴決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。第 10 節詳細說明第 3 級、第 4 級和第 5 級上訴程序。

第8節 如果您認爲自己過早出院，如何要求我們承保更長的住院

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承保醫院服務。

在承保服務住院期間，您的醫師和醫院工作人員會與您合作準備您要出院的那一天。他們將協助安排您離院後可能需要的照護。

- 您離開醫院的那一天稱爲**出院日期**。
- 決定出院日期後，您的醫師或醫院工作人員將告訴您。
- 如果您認爲過早出院，您可以要求更長的住院治療時間，我們將考慮您的要求。

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 2 個日曆日內，您將拿到一份書面通知，名爲 *Medicare 提供的重要權利須知*。Medicare 會員都會拿到這份通知。

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。如果您需要協助，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）或 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）（TTY 使用者請致電 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。其中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。
- 如果您認爲太早請求您出院，您有權**請求立即審查**出院決定。如想要求延遲您的出院日期，以讓我們承保更長時間的醫院照護，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。在通知上簽名**並不**表示您同意出院日期。

3. 請保留一份通知，這樣您就有提出上訴（或檢舉照護品質疑慮）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 2 個日曆日，您將在排定出院前再拿到一份通知。
- 若要事先檢視本通知，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）或 1-800 MEDICARE（1-800-633-4227）。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。您亦可透過 www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 在線上取得本通知。

第8.2節 如何提出第 1 級上訴要求更改出院日期

若想請求我們延長住院醫院服務承保時間，請使用上訴程序來提出此請求。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**。如果您有任何疑問或需要協助，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。或致電 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)，尋求個人化協助。SHIP 聯絡方式請參閱第 2 章第 3 節。

在第 1 級上訴期間，Quality Improvement Organization 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。

Quality Improvement Organization 是由醫師及其他健康照護專業人員組成的團體，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 會員的照護品質。其中包括審查 Medicare 會員的出院日期。這些專家與本計劃並無關聯。

步驟 1：聯絡您所在州的 Quality Improvement Organization，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 Quality Improvement Organization 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 Quality Improvement Organization，且不能晚於您出院日的午夜。
 - 如果您符合此期限，您可以在出院日期後繼續住院，無須支付費用，同時等待 Quality Improvement Organization 的決定。
 - 如果您未在此期限前完成，請聯絡我們。如果您決定要在預定出院日期之後繼續住院，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。

在您請求立即審查您的出院之後，Quality Improvement Organization 將聯絡我們。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以獲得**詳細出院通知範例**，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。（TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。）您亦可透過 www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 在線上取得通知範例。

步驟 2：Quality Improvement Organization 會對您的個案進行獨立審查。

- Quality Improvement Organization 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的服務。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，以及審查我們和醫院提供給他們的資訊。
- 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 Quality Improvement Organization 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？

- 如果獨立審查組織同意，只要您的承保住院醫院服務在醫療上必要，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，您的承保醫院服務可能設有限制。

如果審查組織否決上訴要求會如何？

- 如果獨立審查組織否決，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，我們的住院醫院服務承保會在 Quality Improvement Organization 回覆上訴後的隔天中午終止。
- 如果獨立審查組織否決您的上訴，而您決定繼續住院，則在 Quality Improvement Organization 向您提供上訴答覆的隔天中午過後，您可能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 Quality Improvement Organization 否決您的上訴，且您在預定出院日期過後仍繼續住院，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 如何提出第 2 級上訴要求更改出院日期

在第 2 級上訴期間，您要求 Quality Improvement Organization 重新審閱其第一個上訴決定。如果 Quality Improvement Organization 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 Quality Improvement Organization，要求重新審查。

- 您必須在 Quality Improvement Organization 否決第 1 級上訴當日後 60 個日曆日內，要求進行此審查。您必須在照護承保終止當日過後仍繼續住院，才能要求此審查。

步驟 2：Quality Improvement Organization 對您的情況進行第二次審查。

- Quality Improvement Organization 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 級上訴請求後 14 個日曆日內，審查人員將決定您的上訴並向您告知決定結果。

如果獨立審查組織同意：

- 我們必須向您報銷的部分，是自 Quality Improvement Organization 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。我們必須持續為您承保醫療上必要的住院照護。
- 您必須續繳您應付的分攤費用，且可能會有相關承保的服務限制。

如果獨立審查組織否決：

- 表示他們同意自己做出的第 1 級上訴決定。
- 您收到的通知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 3 個額外上訴程序層級（總共 5 個上訴層級）。如果您想要提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴決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。第 10 節詳細說明上訴程序的第 3、4 和 5 級。

第9節 如果您認為特定醫療服務承保過早結束，如何要求我們繼續承保

當您獲得承保的居家健康服務、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承保上述 3 種照護類型中的任一種時，我們必須事先通知您。該照護承保終止後，我們會止付您的照護。

如果您認為我們太早終止承保您的照護，您可以對我們的裁決提出上訴。本節告知如何提出上訴。

第9.1節 我們會事先告知您的承保將終止

法律術語：

Medicare 不承保通知。該通知向您說明如何要求**快速審批上訴**。要求快速審批上訴是一種正式、合法的方式，要求變更我們關於何時終止您的照護的承保決定。

1. 您至少會在本計劃即將終止照護承保的 2 個日曆日前**收到書面通知**。該通知說明：
 - 我們終止照護承保的確切日期。
 - 如何要求「快速審批上訴」，以要求我們延長照護承保時間。
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承保結束時間資訊。在通知上簽名並不表示您同意本計劃的終止照護的決定。

第9.2節 如何提出第 1 級上訴以要求本計劃延長您的照護承保時間

若想請求我們延長您的照護承保時間，您將需使用上訴程序來提出此請求。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。**如果您有任何疑問或需要協助，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。或致電 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)，尋求個人化協助。SHIP 聯絡方式請參閱第 2 章第 3 節。

在第 1 級上訴期間，Quality Improvement Organization 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。

Quality Improvement Organization 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 會員的照護品質。其中包括審查計劃決定何時停止承保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 Quality Improvement Organization，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 Quality Improvement Organization 名稱、地址和電話號碼。

快速採取行動：

- 您必須在 Medicare 不承保通知上的生效日期前一天中午之前，聯絡 Quality Improvement Organization 以開始上訴。
- 如果您錯過此期限，而您想上訴，您仍擁有上訴權。聯絡 Quality Improvement Organization。

步驟 2：Quality Improvement Organization 會對您的個案進行獨立審查。

法律術語：

不承保詳細說明。 詳細說明為何終止承保的通知。

此審查過程為何？

- Quality Improvement Organization 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的服務。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。
- 獨立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**不承保詳細說明**，詳細解釋為何我們終止您的服務承保。

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決定。

若審查人員同意您的上訴會如何？

- 如果審查人員對您的上訴表示**同意**，那麼我們必須繼續為您提供您承保的服務，只要是在醫療上**必要**。
- 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，則您的承保會在我們所稱的截止日終止。
- 如果您決定在承保終止日期過後仍要繼續接受居家健康照護、專業療養機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，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，且您選擇在照護承保終止後持續接受已終止承保的照護，則您可以提出第 2 級上訴。

第9.3節 如何提出第 2 級上訴以要求本計劃延長您的照護承保時間

在第 2 級上訴，您要求 Quality Improvement Organization 重新審閱您第一個上訴決定。如果 Quality Improvement Organization 駁回您的第 2 級上訴，您可能需要支付您居家健康照護、或專業療養機構照護、或綜合門診復健機構 (CORF) 服務在我們說您的承保將結束的日期之後的全部費用。

步驟 1：再度聯絡 Quality Improvement Organization，要求重新審查。

- 您必須在 Quality Improvement Organization 否決第 1 級上訴當日後 **60 個日曆日內**，要求進行此審查。您必須在照護承保終止當日後仍繼續接受照護，才能要求此審查。

步驟 2：Quality Improvement Organization 對您的情況進行第二次審查。

- Quality Improvement Organization 的審查人員會重新仔細審閱所有上訴相關資訊。

步驟 3：在收到您的上訴請求 14 個日曆日內，審查人員將決定您的上訴並向您告知決定結果。

若獨立審查組織同意您的上訴會如何？

- **我們必須向您報銷**的部分，是自我們說您的承保將結束的日期起，您獲得之所有照護的我方應付分攤費用。**我們必須持續承保**醫療上必要的照護。
- 您必須繼續支付您的應付分攤費用，且可能會有承保限制。

若獨立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 級上訴所做出的決定。
- 您收到的通知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 3 個額外上訴層級(總共 5 個上訴層級)。如果您想要提出第 3 級上訴，在第 2 級上訴決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、4 和 5 級上訴的程序。

第10節 提出第 3 級、第 4 級及第 5 級上訴

第10.1節 醫療服務請求的第 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。

如果您提出上訴之項目或醫療服務的金額達到最低限額，您或可繼續進行其他級上訴。如果上訴金額低於最低限制，您不可再繼續上訴。您收到的第 2 級上訴書面回覆會說明如何提出第 3 級上訴。

就涉及上訴的大多數情況而言，最後 3 級上訴的運作方式與前 2 級大致相同。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。

- **如果行政法官或司法審裁官同意您的上訴，上訴程序可能或可能不會結束。**與第 2 級上訴的決定不同，我們有權對有利於您的第 3 級決定提出上訴。如果我們決定上訴，將會進入第 4 級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，即須在收到行政法官或司法審裁官裁決後 60 個日曆日內，為您授權或提供醫療照護。
 - 如果我們決定對決定提出上訴，即會將請求第 4 級上訴的副本和任何隨附文件寄給您。我們可能會先等候第 4 級上訴的決定出爐，再授權或提供爭議當事醫療照護。
- **如果行政法官或司法審裁官否決您的上訴，上訴程序可能或可能不會結束。**
 - 如果您決定接受您的上訴駁回決定，上訴程序即結束。

- 如果您不想接受此決定，可以繼續進入審查程序的下一級。您收到的通知會說明如何進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare Appeals Council（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。

- **如果決定結果為同意，或委員會否決我們對有利於您的第 3 級上訴決定提出的審查請求，上訴程序可能或可能不會結束。**與第 2 級的決定不同，我們有權對有利於您的第 4 級決定提出上訴。我們將決定是否針對此決定進行第 5 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。
 - 如果我們決定對決定提出上訴，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請求，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決定，上訴程序即結束。
 - 如果您不想接受此決定，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，您收到的通知將告知您依規定是否可讓您繼續進行第 5 級上訴及其方式。

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請求。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

如果您的上訴涉及 Medicaid 通常承保的服務或項目，您還擁有其他上訴權利。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 部分藥物請求的第 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 3 級上訴的運作方式與前 2 級大致相同。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承保，期限為收到決定後 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。
- **如果行政法官或司法審裁官否決您的上訴，上訴程序可能或可能不會結束。**
 - 如果您決定接受您的上訴駁回決定，上訴程序即結束。
 - 如果您不想接受此決定，可以繼續進入審查程序的下一級。您收到的通知會說明如何進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare Appeals Council（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承保，期限為收到決定後 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，或如果委員會否決審查請求，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決定，上訴程序即結束。
 - 如果您不想接受此決定，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，您收到的通知將告知您依規定是否可讓您繼續進行第 5 級上訴及其方式。

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請求。這是最終答案。聯邦地區法院之後沒有其他上訴等級。

提出投訴

第11節 如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴

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爲	<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、醫院或醫師診間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 (這些類型的投訴與我們針對承保決定和上訴採取的行動及時性有關)	如果您已要求我們做出承保決定或已提出上訴，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：

投訴	範例
	<ul style="list-style-type: none">• 您要求我們提供快速承保決定或快速上訴，而我們予以否決；您可以提出投訴。• 您認為我們未遵守承保決定或上訴的期限；您可以提出投訴。• 您認為我們未遵守承保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。

提出投訴稱為提出申訴。

使用投訴程序稱為使用提交申訴程序。

快速投訴稱為加速申訴。

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，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。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，您皆應立即致電會員服務部，電話：(833) 671-0440（TTY 使用者請致電 711）。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。
- 如果您要投訴是因爲我們否決您的快速承保決定或快速上訴請求，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11.3節 您可以向 Quality Improvement Organization 提出照護品質相關的投訴

如果提出的投訴與照護品質有關，您還有另外 2 個選項：

- 您可以直接向 Quality Improvement Organization 提出投訴。Quality Improvement Organization 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 章提供聯絡方式。

或

- 您可以同時向本計劃以及 Quality Improvement Organization 提出投訴。

第11.4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。如要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 使用者請致電 1-877-486-2048。

第10章

終止我們的計劃中的會員身分

第1節 終止您於我們的計劃中的會員身分

終止您在 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 的會員資格可能是**自願的**（您自己的選擇）或**非自願的**（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，我們必須終止您的會員資格。第 5 節說明在哪些情況下我們必須終止您的會員資格。

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物，而您將繼續支付分攤費用直到您的會員資格終止。

第2節 您何時可以終止我們的計劃中的會員身分？

第2.1節 您可因為您是 Medicare 和 Medicaid 的會員而停保

- 大多數 Medicare 會員只能在一年當中的某些時候停保。因為您享有 Medicaid，透過選擇以下任一 Medicare 選項，您可於一年中的任何一個月停保我們的計劃。
 - 擁有單獨 Medicare 處方藥物計劃的 Original Medicare，
 - 無單獨 Medicare 處方藥物計劃的 Original Medicare(如果您選擇此類計劃並獲得額外協助，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。)，或
 - 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：如果您退出 Medicare 藥物承保，不再獲得額外協助，且連續 63 天或以上沒有達標藥物承保，假設您之後投保 Medicare 藥物計劃，可能必須支付 D 部分逾期投保罰金。

- 致電您所在州的 Medicaid 辦公室，電話：(833) 671-0440，瞭解您的 Medicaid 計劃選項。
- **開放投保期**還提供其他 Medicare 健保計劃選項。第 2.2 節提供開放投保期詳細資訊。
- **停保生效日**通常是我們收到您的變更計劃請求後當月的第一天。您投保的新計劃也會在這一天開始生效。

第2.2節 您可以在開放投保期間停保

您可以在每年的**開放投保期間**停保。在此期間，請檢查您的健康和藥物承保，並決定來年的保險。

- **開放投保期間：**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：
 - 另一有或無藥物承保的 Medicare 健保計劃。

第10章終止我們的計劃中的會員身分

- 擁有單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare
- 無單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare。
- 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。

您獲得 Medicare 支付處方藥物的「Extra Help」：如果您轉換到 Original Medicare，但沒有另外投保單獨的 Medicare 處方藥物計劃，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：如果您退出 Medicare 藥物承保，不再獲得額外協助，且連續 63 天或以上沒有達標藥物承保，假設您之後投保 Medicare 藥物計劃，可能必須支付 D 部分逾期投保罰金。

- 當新計劃的承保在 1 月 1 日開始生效時，**即為您在本計劃的停保生效日。**

第2.3節 您可以在 Medicare Advantage 開放投保期間終止您的會員身分

在 Medicare Advantage 開放投保期期間，您每年可以對您的健康承保進行一次更改。

- Medicare Advantage 開放投保期為 1 月 1 日至 3 月 31 日，而對於加入 MA 計劃的新 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 開放投保期期間，您可以：
 - 轉換至另一項有或無藥物承保的 Medicare Advantage 計劃。
 - 從本計劃退保並透過 Original Medicare 獲得承保。如果您在此期間轉換為 Original Medicare，您也可以同時加入單獨的 Medicare 藥物計劃。
- **停保生效日**是您投保另一不同 Medicare Advantage 計劃，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 藥物計劃，您的藥物計劃會員資格將在藥物計劃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，您可以在特別投保期終止您的會員身分

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 www.Medicare.gov。

- 通常在您搬遷時
- 如果您有 New York Medicaid
- 您有資格獲得 Extra Help 以支付您的 Medicare 藥物承保
- 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 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。
- **註：**您投保了一項藥物管理計劃，則您可能僅在某些特殊投保期才符合資格。第 5 章第 10 節提供藥物管理計劃的詳細資訊。
- **註：**第 2.1 節詳細說明 Medicaid 會員適用的特殊投保期間。

根據您的情況，**投保期會有所不同。**

若要瞭解您是否符合在特殊投保期停保的資格，請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。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 健康承保和藥物承保。您可以選擇：

- 另一有或無藥物承保的 Medicare 健保計劃，
- 擁有單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare，
- 無單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare。
- 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：如果您退出 Medicare 藥物承保，不再獲得額外協助，且連續 63 天或以上沒有達標藥物承保，假設您之後投保 Medicare 藥物計劃，可能必須支付 D 部分逾期投保罰金。

您獲得 Medicare 支付藥物承保的 Extra Help：如果您轉換到 Original Medicare，但沒有另外投保單獨的 Medicare 藥物計劃，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請求後當月的第一天。

註：第 2.1 節和第 2.2 節詳細說明適用於 Medicaid 和 Extra Help 會員的特殊投保期。

第2.5節 獲得可停保時間的詳細資訊

如果您對於停保有疑問，您可以：

- 致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。
- 在 2026 年《Medicare 與您》手冊中尋找資訊。
- 致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 使用者請致電 1-877-486-2048)。

第3節 如何終止本計劃的會員身分

下表說明您能如何停保本計劃。

從本計劃轉換到：	以下為具體做法：
另一 Medicare 健保計劃	<ul style="list-style-type: none">• 投保新的 Medicare 健保計劃。• 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)。
擁有單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare	<ul style="list-style-type: none">• 投保新的 Medicare 藥物計劃。• 當新藥物計劃的給付生效時，您即會自動退保 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)。
無單獨 Medicare 藥物計劃的 Original Medicare	<ul style="list-style-type: none">• 將退保的書面要求寄給我們。如果您需要有關如何執行此操作的更多資訊，請致電會員服務部，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

從本計劃轉換到：	以下為具體做法：
	<ul style="list-style-type: none">• 您也可以致電 Medicare 要求退保，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。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)。

註：如果您退出 Medicare 藥物承保，不再獲得額外協助，且連續 63 天或以上沒有達標藥物承保，假設您之後投保 Medicare 藥物計劃，可能必須支付 D 部分逾期投保罰金。

如對您的 Medicaid 福利有相關問題，請聯絡 New York Medicaid (電話：(800) 505-5678、Nassau County Department of Social Services (電話：(516) 227-7474；Bronx、Kings、New York、Queens、Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (電話：(718) 557-1399,)；Orange County Department of Social Services (電話：(845) 291-4000)；Rockland County Department of Social Services (電話：(845) 364-3040 或 Westchester County Department of Social Services (電話：(914) 995-3333)，服務時間：週一至週五 8:30 a.m. 至 8 p.m.，週六 10 a.m. 至 6 p.m.。詢問加入另一計劃或轉回 Original Medicare 會對您獲得 Medicaid 承保有何影響。

第4節 除非您的會員身分終止，否則您必須一直透過我們的計劃獲得醫療項目、服務和藥物

在您的 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 會員資格終止，以及您新的 Medicare 承保開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得您的醫療項目、服務和處方藥物。

- 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承保（即使您在新的健康保險開始生效後才出院亦然）。

第5節 在某些情況下，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 必須終止我們的計劃會員資格

如果發生下列任何一種情況，Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 必須終止您的計劃會員資格：

- 您不再享有 Medicare Part A 和 Medicare Part B。
- 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) 裁定您不再符合特殊資格要求時，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 6 個月 (180 天) 的時間回覆，以要求重新審議您在本計劃中的會員資格。
- 您搬離我們的服務區域。
- 您離開我們的服務區域達 6 個月以上。

第10章終止我們的計劃中的會員身分

- 若您打算搬家或度長假，請致電會員服務部 (833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)，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。
- 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藥物承保的保險資訊。
- 如果您在投保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。（除非我們事先獲得 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。（除非我們事先獲得 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。（除非我們事先獲得 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檢察長進行調查。
- 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。

如果您對何時會被終止會員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，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。

第5.1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因素為由要求您退保，請致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

第5.2節 如果我們終止您的計劃會員身分，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會員資格的決定提出申訴或投訴。

第11章 法律聲明

第1節 適用法律聲明

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 (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 反歧視行為聲明

我們不會基於以下原因歧視您：種族、族裔、國籍、膚色、宗教、性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀況、理賠經歷、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 Department of Health and Human Services 的 **Office for Civil Rights**，電話號碼為：1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 或您的當地 Office for Civil Rights。您也可以造訪 Department of Health and Human Services 的 Office for Civil Rights 網站查閱相關資訊：www.HHS.gov/ocr/index.html。

如果您是殘障人士，並且需要協助以得到照護，請致電會員服務部 (833) 671-0440(TTY 使用者請致電 711)。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 作為次要付款方的代位權聲明

我們有權利也有責任收取 Medicare 非主要保險人之 Medicare 承保服務保費。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) 作為 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12章 定義

非住院性手術中心 — 非住院性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物承保請求，或拒絕為您已獲得的服務或藥物支付費用，而您對此決定存有異議時所採取的措施。如果您不同意我們決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 SNF 專業照護）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，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物。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藥。（瞭解「**原生物製品**」和「**生物相似藥**」）。

生物相似藥 — 與原生物製品非常相似但並非完全相同的生物製品。生物相似藥與原生物製品一樣安全有效。有些生物相似藥可在藥局替代原生物製品，而無需新處方（請參閱「**可互換的生物相似藥**」）。

名牌藥 — 由原本研發藥物之製藥公司所製造和銷售的處方藥物。名牌藥與非專利版的藥物具有相同的有效成分配方。不過，學名藥通常要等到名牌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 — D 部分藥物福利的一個階段，當您（或代表您的其他合格方）在承保年度內為 D 部分承保藥物花費了 \$2,100 時開始。

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) — 管理 Medicare 的聯邦機構。

共同保險額 — 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物分攤費用。

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。針對我們的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、醫院門診或處方藥物的費用。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 3 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「共同保險額」，為服務或藥物支付之總金額的百分比。

分攤費用等級 — 承保藥物清單上的每種藥物都會歸類在六 (6) 種分攤費用等級之一。一般來說，分攤費用等級越高，您要支付的藥物費用就越高。

承保裁定 — 決定本計劃是否承保為您開立的藥物，以及您必須為該處方支付的金額（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承保範圍，這並不是承保裁定。您需要致電或寫信給本計劃，要求做出承保範圍的正式決定。承保裁定在本文件中稱為「承保決定」。

承保藥物 — 用來表示本計劃承保的所有藥物的術語。

承保服務 — 用來表示本計劃承保的所有健康照護服務和用品的術語。

達標處方藥物承保 — 處方藥物承保（例如由僱主或工會提供），預期的平均支付金額至少與 Medicare 標準處方藥物承保相同。如果某人在符合 Medicare 資格時享有這類型承保，之後決定投保 Medicare 處方藥物承保時通常可以保留這類承保，無須支付罰金。

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照護時，在療養院、安寧照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生活活動方面提供協助。這也可能包括大多數人可自己進行的健康相關照護，例如使用眼藥水。Medicare 不支付監護性照護的費用。

每日分攤費用率 — 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，可能適用每日分攤費用率。每日分攤費用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，則您的每日分攤費用率為每天 \$1。

退保 — 終止您在本計劃會員資格的程序。

Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) — 有權享有 Medicare（社會安全法第十八篇）和根據 Medicaid 獲得州計劃醫療援助的個人（第十九篇），可以投保 D-SNP。各州根據州和個人的資格承保部分或全部 Medicare 費用。

雙重資格人士 — 有資格同時享有 Medicare 和 Medicaid 承保的人士。

耐用性醫療設備 (DME) — 您的醫師基於醫療原因訂購的特定醫療設備。例如：助行器、輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、IV 輸液泵、言語發聲裝置、氧氣設備、噴霧器或根據醫療服務提供者醫囑用於住家的病床。

急診 — 醫療急診狀況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醫療狀況。

急診照護 — 符合下列條件的承保服務：(1) 具資格提供急診照護服務之醫療服務提供者提供，以及 (2) 為治療、評估或穩定緊急醫療狀況所需。

承保範圍證明 (EOC) 與揭露資訊 — 本文件以及您的投保表單和任何其他附件、附加條款或其他您已選用的選擇性承保，說明您的承保範圍、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 — 承保決定的一種，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（分級例外處理）。如果本計劃請求您先嘗試另一種藥物，才能獲得您所請求的藥物，或本計劃請求對某種藥物進行事先核准而您希望我們豁免條件限制，或本計劃限制您請求的藥物數量或劑量，您也可以請求例外處理（處方集例外處理）。

Extra Help — Medicare 計劃幫助收入和資源有限者支付 Medicare 處方藥物計劃費用，例如：保費、自付額和共同保險額。

學名藥 — 通過 FDA 核准，與名牌藥有相同有效成分的處方藥物。一般來說，學名藥的效用與名牌藥相同，但價格比較便宜。

第12章定義

居家健康照護助理 — 該人士提供不需持執照護士或治療師能力的服務，如協助進行個人照護（例如沐浴、如廁、更衣或進行醫師囑咐的運動）。

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。本計劃必須向您提供您所在地理區域的安寧照護服務機構名單。如果您選擇安寧照護服務機構，並繼續支付保費，您仍將是本計劃的會員。您仍然可以獲得所有醫療上必要的服務以及我們所提供的額外福利。

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。

收入相關每月調整金額 (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「收入相關每月調整金額」，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 會員不到 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 — 當您首次符合 Medicare 資格時，您可以投保 Medicare Part A 和 Medicare Part B 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，在單一健保計劃下承保 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 服務。這些人士也被稱為全額福利雙重資格人士。

整合式投訴 — 您對我們的計劃、提供者或藥局提出的投訴類型，包括對您的照護品質的投訴。其中並不涉及承保範圍或付款爭議。

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。

「承保藥物清單」（處方集或「藥品名錄」）— 本計劃承保的處方藥物清單。

Low Income Subsidy (LIS) — 請參閱「Extra Help」。

Manufacturer Discount Program — 根據該計劃，藥物製造商為承保的 D 部分名牌藥和生物製劑支付計劃所承擔全部費用的一部分。折扣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 — 您在日曆年內為承保的 Part A 和 Part B 服務支付的自付費用最高金額。您為本計劃保費、Medicare Part A 和 Medicare Part B 保費，以及處方藥物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 的分攤費用援助，您無需為 A 部分和 B 部分承保的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，大部分健康照護費用都將得到承保。

醫療上可接受的適應症 — 藥物的使用經 FDA 核准或受某些參考資料支援，例如美國醫院處方集服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

醫療上必要 — 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 — 1 月 1 日至 3 月 31 日期間，Medicare Advantage 計劃會員可以取消其計劃投保並轉換到另一項 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 獲得

承保。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 處方藥物計劃。Medicare Advantage 開放投保期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 Part C。由與 Medicare 簽約的私人公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare Part A 和 Medicare Part B 福利。Medicare Advantage 計劃可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) Private Fee-for-Service (PFFS) 計劃或 iv) Medicare Medical 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 Plan (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare Part D (處方藥物承保)。這些計劃稱為**具有處方藥物承保的 Medicare Advantage 計劃**。

Medicare 承保服務 — Medicare Part A 和 Medicare Part B 承保服務。所有 Medicare 健保計劃都必須承保 Medicare Part A 和 Medicare Part B 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、牙科或聽力福利。

Medicare 健保計劃 — 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 A 部分和 B 部分福利的 Medicare 健保計劃。此術語包括所有 Medicare Advantage Plan、Medicare Cost Plan、Special Needs Plan、Demonstration/Pilot Plan 以及 Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。

Medicare 藥物承保 (Medicare Part D) — 此保險幫助支付門診處方藥物、疫苗、生物製劑和不在 Medicare Part A 或 Medicare Part B 承保範圍內的某些用品。

Medigap (Medicare Supplement Insurance) 保單 — 由私人保險公司銷售，用於填補 Original Medicare 承保缺口的 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，可獲得承保服務的 Medicare 會員。

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。

網絡藥局 — 與本計劃簽約且可供本計劃會員獲得其處方藥物福利的藥局。在大多數的情況下，您必須在網絡藥局配藥，我們才予以承保。

網絡醫療服務提供者 — **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，可提供健康照護服務的醫師、其他健康照護專業人士、醫院和其他健康照護機構的總稱。**網絡醫療服務提供者**則有與本計劃達成協議，接受我們的付款作為全額付款，並在某些情況下協調並為本計劃的會員提供承保服務。網絡醫療服務提供者又稱為「**計劃醫療服務提供者**」。

組織決定 — 本計劃針對某個項目或服務是否可獲得承保，或您必須為承保項目或服務支付多少金額所做出的決定。組織裁定在本文件中稱作承保決定。

原生物製品 — 經 FDA 核准的生物製品，可為生產生物相似藥的製造商提供參照。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 計劃和處方藥物計劃之類的私人健保計劃。在 Original Medicare 承保範圍中，Medicare 服務的承保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 2 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承保藥物的藥局。本計劃不承保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。

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）。投保 PACE 計劃的人士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 部分獲得承保的藥物。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 部分承保範圍之外。每個計劃都必須承保特定類別的 D 部分藥物。

D 部分逾期投保罰金 — 如果您在首次有資格加入 D 部分計劃後連續 63 天或以上沒有達標承保（預期的平均支付金額至少與 Medicare 標準藥物承保相同之承保），會增加到您的 Medicare 藥物承保的每月計劃保費中的金額。如果您失去「Extra Help」，且連續 63 天或以上沒有 D 部分或其他達標處方藥物承保，您可能需要繳納逾期投保罰金。

保費 — 向 Medicare、保險公司或提供健康或處方藥物承保健康照護計劃支付的定期款項。

主要照護提供者 (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 健保計劃均規定您必須先找主要照護提供者看診後，才能找其他健康照護提供者治療。

事先核准 — 獲得服務或特定藥物所需的事先核准。需要事先核准的承保服務在第 4 章的醫療福利表中有標示。需要事先核准的承保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；義肢；義眼；以及取代內部身體部位或機能的醫療設備，包括造口用品以及腸內和腸外營養治療。

Quality Improvement Organization (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某種藥物的使用。我們可能會針對每張處方箋或定義的期間，設定承保藥物的數量限制。

「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。其中包括分攤費用金額，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承保限制（事先核准、階段治療、數量限制）。

復健服務 — 這些服務包括住院復健照護、物理治療、言語治療以及職能治療。

服務區域 — 加入特定健保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，只有照護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 Plan — 特殊 Medicare Advantage 計劃類型，為特定族群（例如同時享有 Medicare 和 Medicaid 者、居住在療養院或患有慢性醫療狀況者）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醫療狀況，才會承保醫師最初為您開立的藥物。

額外安全收入 (SSI) — 由社會安全局為有殘疾、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 福利與社會安全局福利不同。

急需服務 — 如果您暫時不在計劃服務區域內，或考慮到您的時間、地點和情況，從網絡醫療服務提供者處獲得服務是不合理的，則計劃承保的需要立即就醫且不屬於急診的服務將視為急需服務。急需服務例子包括無法預見的醫療疾病和傷害，或現有疾病狀況的意外發作。即使您不在計劃服務區域內，或計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的例行醫療服務提供者就診（例如年度檢查）也不會被視為符合急需。

Información adicional importante sobre la atención médica y los recursos para miembros

- **Aviso de Disponibilidad (NOA): Servicios de asistencia lingüística**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供者。

Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料をご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસવરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃក៏មានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເລື່ອງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သ့ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီၣ်ကျိၣ် အဃိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျုး လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲနလံာ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပှၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá n sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ́wọ̀ èdè ọfẹ̀ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ́wọ̀ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ̀ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì idánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக்கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiniłti', t'áá jiik'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkáál nihá kée' hólq. T'áá ajiłii íiyisi át'éego nihá át'éego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodoonígíí biniiyé t'áá jíik'eh nihá kée' hólq Member Services béesh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleet ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipéh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de los planes de salud afiliados a Molina Healthcare (en este documento denominados “**Molina**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”). Usamos y compartimos información médica protegida (“**PHI**”) sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina. Usamos y compartimos su PHI para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su PHI por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de este Aviso. La fecha de vigencia de este Aviso es el 1 de enero de 2026.

La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por nosotros. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué usamos o compartimos su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI también se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos

Podemos usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para pagos

Podemos usar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Podemos usar o compartir su PHI para implementar nuestros planes médicos. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle sobre algún programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver sus inquietudes. Su PHI también se puede usar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.

En vigor a partir del 1 de enero de 2026
Multi-State-Y0050-NP-ES-26-S

- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso, y los programas de enjuiciamiento.
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestros planes médicos. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otros tratamientos u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?

Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

Requisitos legales

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica

Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

Su PHI se puede usar o compartir para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

Su PHI se puede compartir para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede compartir con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

En vigor a partir del 1 de enero de 2026
Multi-State-Y0050-NP-ES-26-S

Indemnización de trabajadores

Su PHI se puede usar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

Restricciones adicionales de uso y divulgación.

Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Estas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia infantil o de adultos, incluida la agresión sexual, enfermedades transmisibles, información genética, HIV/AIDS, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual.

Seguiremos la ley más estricta cuando sea aplicable a nosotros.

Información sobre el trastorno de consumo de sustancias (SUD). Si bien no somos un programa de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias según la ley federal (un “Programa SUD”), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito, o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted recibimos notificación y la oportunidad de ser escuchados.

¿Cuándo necesitamos su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Necesitamos su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este Aviso. Necesitamos su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones para el uso o la divulgación de PHI (compartir su PHI)**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, quejas y otros asuntos sobre usted como nuestro

En vigor a partir del 1 de enero de 2026
Multi-State-Y0050-NP-ES-26-S

miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: no tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (compartir su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia PHI.
- La información compartida con su autorización.
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- La PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia.
- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar nuestro formulario para hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja ante el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p.m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escríbanos a:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

Puede presentar una queja ante el Secretario del Department of Health and Human Services de EE. UU. a la siguiente dirección:

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 (FAX)

¿Cuáles son nuestras obligaciones?

Estamos obligados a:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros.
- Cumplir con los términos de este Aviso.

Este Aviso está sujeto a cambios

Nos reservamos el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, publicaremos el Aviso revisado en nuestra página web y enviaremos el Aviso revisado, o bien enviaremos información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por nosotros. Este Aviso se encuentra disponible en nuestra página web en www.molinahealthcare.com.

Información de contacto

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nosotros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. O escriba a Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Senior Whole Health of New York NHC 會員服務部

方法	會員服務部 — 聯絡方式
致電	(833) 671-0440 此號碼為免費電話。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，8 a.m. 至 8 p.m. (當地時間)。4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.。 會員服務部亦為英語非母語者提供免費的口譯服務，電話：(833) 671-0440 (TTY 使用者請致電 711)。
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 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，8 a.m. 至 8 p.m. (當地時間)。4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五，當地時間 8 a.m. 至 8 p.m.。
傳真	(310) 507-6186
致函	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste.100 Long Beach, CA 90802
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 會員提供免費當地健康保險諮詢。

方法	聯絡方式
致電	(800) 701-0501 週一至週五，當地時間 8:30 a.m. 至 5 p.m.。
致函	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 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》，除非顯示有效的 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 OMB 控制號碼為 0938-1051。若您對本表有任何意見或改善建議，請致函至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。