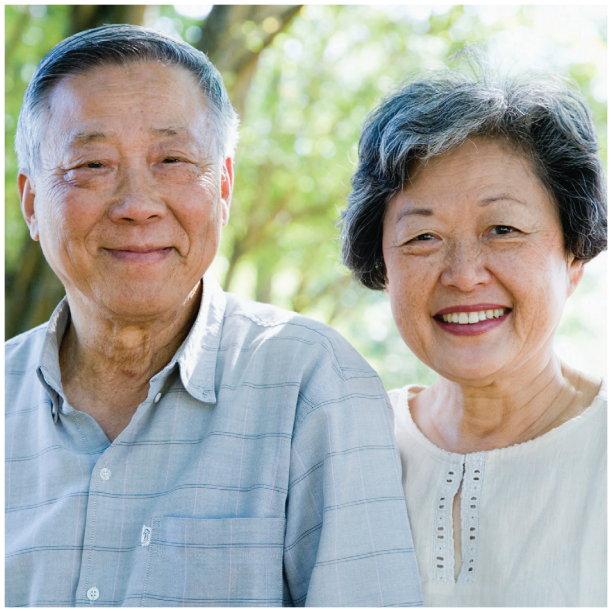
Plan Year 2023



CCHP Senior Select Program (HMO D-SNP)
東華智選 (HMO D-SNP) 計劃

Evidence of Coverage
保障說明書

H0571_2023EOC005CHSelectHMODSNPCH_C

CCHP
華人保健計劃

2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

保障說明書：

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*會員聯邦保健福利、服務及處方藥物保障細則

本文件旨在為您詳細介紹從 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，您所享有的聯邦保健及州醫療補助福利及處方藥物保障的範圍。**本文件為重要的法律文件，請務必妥善保存。**

如對本文件有任何問題，請在每週 7 天從早上 8 時到晚上 8 時之間，致電 1-888-775-7888 (聽障人士 1-877-681-8898)。

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*由*華人保健計劃提供*。在本文件中，「我們」或「我們的」代表華人保健計劃，*東華智選(HMO D-SNP)計劃*則被稱為「本計劃」或「我們的計劃」。

此文件有中文及西班牙文版本免費提供。

此文件有其它版本如盲文、大字體及其它格式提供。詳情請致電 1-888-775-7888 與會員服務中心聯絡。聽障人士 1-877-681-8898。

各種保障、月費、扣除額及/或自付費/共付費等，可能於 2024 年 1 月 1 日有變更。

藥物表、網絡藥房及網絡醫生可能會隨時更改。必要時您會收到更改通知，更改通知將提前至少 30 天知會受影響之會員。

本文件解釋您的利益及權利，參閱本文件可了解：

- 您的計劃保費及費用分攤；
- 您的醫療及處方藥物福利；
- 您如何對服務或治療不滿意提出投訴；
- 如果您需要進一步的幫助，如何聯絡我們； 及，
- 聯邦保健法例要求的其它保護。

H0571_2023EOC005SelectHMODSNPCH_C

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

2023 保障說明書

目錄

第一章：*會員須知* **5**
第 1 節 內容介紹 6
第 2 節 需符合哪些資格才能成為本計劃的會員？ 8
第 3 節 您將收到的重要會員資料 10
第 4 節 *東華智選(HMO D-SNP)計劃*的費用 12
第 5 節 有關會月費的其它資料 15
第 6 節 及時更新您的會員資料 17
第 7 節 其它保險如何與我們的計劃配合使用 18

第二章：*重要電話號碼及資源* **20**
第 1 節 東華智選(HMO D-SNP)計劃聯絡資料(如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務中心) 21
第 2 節 聯邦保健計劃(Medicare) (如何直接向聯邦保健計劃尋求協助及獲取資料) 23
第 3 節 州政府醫療保險輔助計劃 (免費協助、提供資料、回答您對聯邦保健計劃的疑問) 25
第 4 節 質量監控機構 26
第 5 節 社會安全局 27
第 6 節 州醫療補助 28
第 7 節 有關協助會員支付處方藥物的各種計劃的資料 30
第 8 節 如何聯絡鐵路局退休人員委員會 31
第 9 節 您是否有「團體保險」或由僱主提供的其它醫療保障計劃？ 32

第三章： *享用本計劃保障的醫療及其它承保的服務* **33**
第 1 節 作為本計劃的會員，您應該了解如何享用醫療保障及其它承保的服務 34
第 2 節 如何通過聯網醫療提供者享用醫療護理及其它承保的服務 36

第 3 節 急症、急需醫療護理或在災難情況下如何獲取醫療服務 39
第 4 節 如果您直接收到醫療服務的全額賬單，該怎麼辦？ 41
第 5 節 參與「臨床研究」時接受的醫療服務是如何保障的？ 41
第 6 節 有關在「宗教性非醫療健康護理機構」接受服務的規定 43
第 7 節 有關耐用醫療設備所有權的規定 44

第四章： *醫療福利保障圖表(保障範圍)* 46
第 1 節 了解承保項目的自付費用 47
第 2 節 通過醫療保障福利圖表了解承保項目及其付費情況 48
第 3 節 東華智選(HMO D-SNP)計劃外保障的醫療服務 81
第 4 節 計劃不保的醫療服務類型 81

第五章： *通過本計劃的保障福利獲取聯邦保健 D 部份處方藥物* 85
第 1 節 介紹 86
第 2 節 在聯網藥房或通過計劃的郵購服務配藥 87
第 3 節 您的藥物必須在本計劃的「藥物表」內 90
第 4 節 某些藥物的保障是受到限制的 92
第 5 節 如果某種藥物的保障方式並不如您所想，該怎麼辦？ 93
第 6 節 如果某種您正服用的藥物保障有改變，該怎麼做？ 95
第 7 節 本計劃不保障那類型的藥物？ 98
第 8 節 配藥 99
第 9 節 在特殊情況下的 D 部份處方藥保障 99
第 10 節 藥物安全及如何管理用藥的項目 101

第六章： *您 D 部份處方藥物需要支付的費用* 104
第 1 節 介紹 105
第 2 節 您所支付的藥費取決於您在配藥時所處的「藥物支付期」 108
第 3 節 我們向您寄發月結概要，說明您的藥費支付情況及現在所處的支付期 109
第 4 節 會員在扣除額階段需支付所有藥物的費用 110
第 5 節 在最初保障期內，本計劃與您分擔相應的藥費 111
第 6 節 在保障間斷期間的費用 113

第 7 節 在重病保障期，本計劃將為您支付大部份的藥費 114
第 8 節 D 部分疫苗的付費情況取決於您在那裏及如何接受接種 114

第七章： *要求計劃分擔您接受的承保項目服務或藥物的費用* 117
第 1 節 甚麼情況下，您應要求計劃分擔您接受的承保項目或藥物的費用..... 118
第 2 節 如何要求我們償付或支付您收到的賬單 120
第 3 節 我們會考慮您的付款申請，並決定是否批准 121

第八章： *您的權利及責任* 123
第 1 節 本計劃必須尊重您作為會員的權利 124
第 2 節 作為本計劃會員，您有一定的責任 130

第九章： *如何提出疑問或投訴* 132
第 1 節 介紹 133
第 2 節 從哪裏能獲取更多資料及個人協助 134
第 3 節 應採取哪種程序來處理您的問題？ 134
第 4 節 處理有關您聯邦保健福利的問題..... 135
第 5 節 保障裁決及上訴基本指南..... 136
第 6 節 您的醫療護理：如何要求保障裁決或提出上訴 139
第 7 節 聯邦保健 D 部份處方藥物保障：如何申請保障裁決或提出上訴 147
第 8 節 如您認為醫生過早讓您出院，應如何要求我們延長住院時間的保障 157
第 9 節 如果您認為某些保障過早結束，如何要求我們繼續承保這些醫療服務 164
第 10 節 繼續進行第三級或更高級別上訴 170
第 11 節 如何就護理服務質量、等候時間、客戶服務或其它問題提出投訴..... 173
第 12 節 處理有關您州醫療補助福利的問題 177

第十章： *如何終止您的會員資格*..... 178
第 1 節 介紹如何終止會員資格 179
第 2 節 您何時可以終止本計劃的會員資格？ 179
第 3 節 您如何終止您在本計劃的會員資格？ 183

第 4 節 在會員資格終止之前，您都必須通過本計劃獲取醫療承保項目 184
第 5 節 東華智選(HMO D-SNP)計劃在某些情況下必須終止您的會員資格 184

第十一章： *法律聲明* 187
第 1 節 有關遵從法律的聲明 188
第 2 節 反歧視聲明 188
第 3 節 行使聯邦保健次要付償代位權聲明 188

第十二章： *重要詞彙的定義* 189

第一章：

會員須知

第 1 節 內容介紹

第 1.1 節 您已加入*東華智選(HMO D-SNP)計劃*，這是一個特殊的聯邦保健優惠計劃（是為有特殊需要的人士提供的醫療保險）

您同時享有聯邦保健以及州醫療補助的保障。

- **聯邦保健**是為 65 歲及以上人士、部份不足 65 歲的殘障人士以及患有末期腎(腎功能衰竭)的人士所提供的聯邦政府醫療保障計劃。
- **州醫療補助**是一項聯邦及州政府的合作計劃，旨在幫助低收入及資源有限者支付醫療費用。州醫療補助保障項目因不同的州或不同的醫療補助計劃而有所不同。有些持有州醫療補助的人士可獲得援助為其繳付聯邦保健月費用以及其它費用。另外有些人還可得到聯邦保健計劃不保障的額外服務以及藥費。

您選擇加入*東華智選(HMO D-SNP)計劃*來獲取聯邦保健及加州醫療補助提供的醫療護理，以及您所需的處方藥物。我們需要覆蓋所有 A 部分及 B 部分服務，但本計劃的費用分攤及醫生名單與原式聯邦保健計劃有所不同。

目前有形形式式的聯邦保健計劃。*東華智選(HMO D-SNP)計劃*是一項特別的聯邦保健優惠計劃，(一項提供特殊需要的聯邦保健計劃)。亦即為有特殊醫療需要的人士而設。*東華智選(HMO D-SNP)計劃*是專為享有聯邦保健福利，以及符合資格領取州醫療補助的人士而設的一種醫療保險計劃。

因為您有州醫療補助幫助支付您的聯邦保健 A 部份及 B 部份的費用分擔（扣除額、自付費及共付費），您可能無需為其承保的服務支付任何費用。同時州醫療補助可能還提供聯邦保健通常不保障的服務。您亦可能獲得聯邦保健的「額外資助」計劃為您支付聯邦處方藥物。*東華智選(HMO D-SNP)計劃*可為您管理所有這些福利，確保您能享用這些您符合資格取得醫療護理服務及費用援助。

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*是由一間私營機構。如其它聯邦保健優惠計劃一樣，這種聯邦保健特殊需要計劃是經由聯邦保健批准，並同時與州醫療補助簽有合約來協調您的

州醫療補助福利。我們非常榮幸為您提供聯邦保健計劃及州醫療補助保障，包括您的處方藥物保障。

該計劃的保障符合合格健康保障（QHC）及維護病人權益及可負擔保障法（ACA）的個人責任分擔要求。詳情請瀏覽聯邦稅局（IRS）的網址：
www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families

第 1.2 節 本*保障說明書*文件的內容是甚麼？

本*保障說明書*文件向您解釋如何通過本計劃獲取您所需的聯邦保健及州醫療補助醫療護理及處方藥物的方法。本文件同時指出您的權利及義務，承保範圍與會員支付的費用，及如何對決定或治療不滿意提出投訴。

「承保」及「承保項目」等詞是指您作為*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的會員所享有的醫療護理、服務及處方藥物。

了解本計劃的規章條例及服務十分重要。我們建議您仔細閱讀本文件。

如您有任何顧慮或疑問，請致電本計劃的會員服務中心。

第 1.3 節 本*保障說明書*的法律責任

本*保障說明書*是*東華智選(HMO D-SNP)計劃*保障您醫療護理需要的合約的其中一部份。合約的其它部份包括您的投保申請書、保障藥物一覽表(處方藥物)、以及我們向您寄發有關影響您保障或條件的變動通知。這些通知有時被稱作「附加條款」或「修正條款」。

本合約僅於 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，您加入*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的月份內有效。

每個日曆年，聯邦保健允許我們更改所提供的計劃，例如我們可以在 2023 年 12 月 31 日後更改*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的費用及福利。我們亦可以在 2023 年 12 月 31 日後停止提供這計劃，或在另一個服務地區提供。

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*必須每年向聯邦保健計劃(聯邦保健及醫療輔助中心)申請批准。只要我們在您投保期間仍提供該計劃，並獲聯邦保健的批准，您就可以每年繼續作為我們的會員，享有聯邦保健的承保項目。

第 2 節 需符合哪些資格才能成為本計劃的會員？

第 2.1 節 成為會員的條件

只要您符合以下條件，就有資格成為我們的會員：

- 您享有聯邦保健 A 部份及 B 部份
- *同時*，您居住在本計劃的服務地區內 (第 2.3 節會詳細說明本計劃的服務地區) 即使在囚人士實際在服務區內服刑、他們都不被視為符合資格。
- 同時，您是美國公民或美國合法居民
- *並且*，您必須符合以下所述的特別資格條件。

符合我們計劃的特別資格條件

我們的計劃是專門為持有某些州醫療補助福利的人士而設的計劃。該計劃是一項聯邦政府及州政府的合作計劃， 專為某些低收入及資產有限人士提供醫療費用援助。欲符合資格加入我們的計劃，您必須同時享有聯邦以及州醫療補助的福利。

請注意：如果您失去資格，但有理由相信在 3 個月內重獲該資格，您仍然符合我們計劃的會員資格（第四章第 2.1 節說明您在等候資格期內的保障及費用分擔是如何）。

第 2.3 節 甚麼是州醫療補助 ？

州醫療補助是一項聯邦政府及州政府的合作計劃，為低收入及資產有限人士支付醫療費用。每個州有其各自的規定劃分甚麼可算作收入資源、誰符合資格、哪種服務受保障，以及服務費用等。只要遵從聯邦政府的規例，各個州可自行策劃他們的州醫療補助。

此外， 還有其它一些計劃通過州醫療補助為聯邦保健持有人支付其聯邦保健服務費用，例如聯邦保健月費。 這些「聯邦保健省錢計劃」每年助低收入及資產有限人士節省一筆醫療費用：

- **合格聯邦保健福利補助(QMB)：** 支付聯邦保健A部份及B部份的月費及其它分擔費用(例如扣除額，共付費及自付費)。(一些合符聯邦保健福利補助資格的人士亦會同時符合全額的州醫療補助而享有雙重福利)。
- **特定低收入聯邦保健福利補助 (SLMB)：**幫助支付B部份的月費。(一些符合特定低收入聯邦保健福利補助人士亦會同時符合全額的州醫療補助而享有雙福利。)
- **合格人士福利補助(QI)：**幫助支付B部份的月費。
- **合格殘障工作人士福利補助(QDWI):** 幫助支付A部份月費。

第 2.4 節 *東華智選(HMO D-SNP)計劃*的服務地區

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*只保障居住在本計劃服務地區內的會員。要成為本計劃會員，您必須始終居住在本計劃的服務地區內。服務地區請參閱下方。

我們承保的服務區域包括以下*加州*的縣：*三藩市*

如果您計劃搬離本計劃的服務地區，就不能繼續成為本計劃會員，請聯絡會員服務中心以了解我們是否在您的新住址提供計劃。您搬離的時候，可以享受一個特殊入會期，在此期間轉至原式聯邦保健計劃或加入新居住區域內提供的聯邦保健及藥物計劃。

如果您搬遷或轉換地址，通知社會安全局您的新地址是非常重要。請參閱第二章，第 5 節，社會安全局的聯絡電話及聯絡資料。

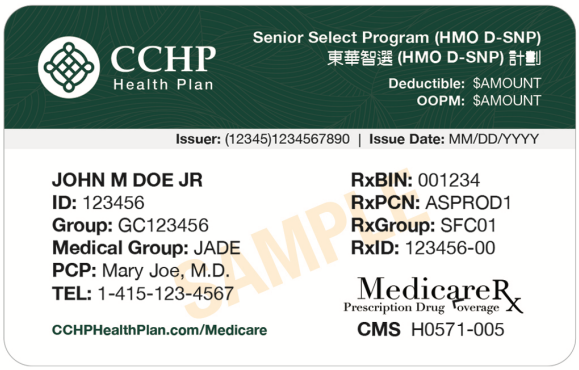
第 2.5 節 美國公民或美國合法居民

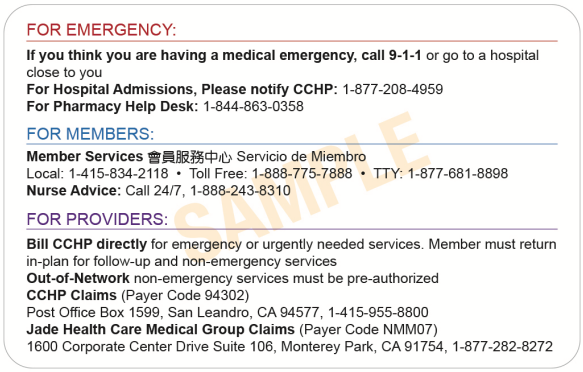
聯邦保健計劃的會員必須是美國公民或美國合法居民。聯邦保健（聯邦保健及州醫療補助服務中心）會通知 CCHP *東華智選(HMO D-SNP)計劃*您是否符合這個要求。如果您不符合這個要求，我們必須取消您的會員資格。

第 3 節 您將收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

作為本計劃會員，您必須憑會員卡以享有本計劃提供的任何服務，以及從聯網藥房配購的處方藥物。您亦應該同時出示您的州醫療補助卡。以下是您的會員卡樣式：





只要您是本計劃會員，**絕對不能使用您的聯邦醫療保健卡(紅藍卡)**接受醫療承保項目。如果您使用聯邦醫療保健卡而不是 CCHP *東華智選(HMO D-SNP)計劃*會員卡，則可能需要自己負擔全額醫療費用。 請務必將您的紅藍卡妥善存放在一個安全的地方，以備日後所需。如果您需要使用醫院服務、寧養服務或參加聯邦保健批准的常規臨床研究，可能會要求您出示紅藍卡。

如果您的會員卡不慎損壞、丟失或被盜，請立即致電會員服務中心，我們會給您補發一張新卡。

第 3.2 節 醫生名錄

*醫生名錄*列出本計劃網絡中所有醫療服務提供者的名單。

網絡提供者是與我們簽有合約的醫生、醫療專業人士、醫療團體、耐用醫療器材、醫院及其它醫療服務機構，他們接受我們的全額付款，以及任何費用分擔部份的款項。

您必須通過這些聯網醫療提供者來獲取您所需的醫療服務。如果您在未經授權下前往其它地方則必須全額付款。而例外的情況則包括急症、無法由聯網醫療提供者提供的急需醫療

服務(即表示在不合理或不可能獲得聯網醫療服務的情況下)、非服務地區內的洗腎中心，以及*東華智選(HMO D-SNP)計劃*事前批准的非聯網醫療提供者的服務。

最新的網絡提供者名單可在我們的網站 *www.cchphealthplan.com/medicare* 上找到。

如果您沒有收到*醫生名錄*，可向會員服務中心索取。

第 3.3 節 藥房手冊

*藥房手冊*列出了我們的網絡**藥房**。**網絡藥房**即是同意為本計劃會員配藥的所有藥房。您可在*藥房手冊*內查閱您想去的藥房資料。有關何時可以使用非網絡藥房的資料，請參閱第五章第 2.5 節。

*藥房手冊*還將告訴您我們網絡中的哪些藥房有首選藥物分擔費用，這可能低於其他網絡藥房為某些藥物提供的標準藥物分擔費用。

如果您沒有*藥房手冊*，您可以從會員服務中獲取一份副本。您可在我們的網址 *www.CCHPHealthPlan.com/medicare* 找到最新的版本。您亦可致電會員服務中心了解最新的提供者資料或要求我們郵寄一份文件。**請查閱 2023 年*藥房手冊*了解哪些藥房在我們的網絡。**

第 3.4 節 本計劃的保障*藥物表(藥物一覽表)*

本計劃還包括一份保障*藥物一覽表*，簡稱為「藥物表」。它列出了*東華智選(HMO D-SNP)計劃* D 部份福利所保障的聯邦保健 D 部份處方藥物。表中藥物是本計劃在醫生及藥劑師的協商下選定的。藥物表必須符合聯邦保健的相關規定。聯邦保健已經批准*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的藥物表。

藥物表也會說明您所服用的藥物是否受到保障限制。

我們會為您提供一份藥物表。您可瀏覽 *www.CCHPHealthPlan.com/medicare* 或致電會員服務中心獲取最新最齊全的保障藥物一覽表。

第 4 節 *東華智選(HMO D-SNP)計劃*的費用

您的費用可能包括以下項目：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- 每月聯邦保健 B 部分保費（第 4.2 節）
- D 部分遲入會罰款（第 4.3 節）
- 與收入有關的每月調整金額（第 4.4 節）

某些情況下，您可能支付較低的月費。

「額外資助」計劃協助低收入人士支付處方藥物費用。第二章第 7 節詳細說明這計劃。如果您符合申請資格，就可以支付較低的月費。

如果您*已經加入*並開始享有上述的資助計劃，**本*保障說明書*內的月費可能不適用於您。**我們另外附上「*獲取處方藥物額外資助投保人的保障說明書附加條款*」(又稱為「低收入人士資助附加條款」或「LIS Rider」)能解釋您的藥物保障範圍。如果您沒有收到此附加條款，請致電會員服務中心索取。

各人收入不同，聯邦保健 B 部分及 D 部分的保費因人而異。 如果您對這些保費有疑問，請查看您的*聯邦保健與您 2023* 文件，該部分名為「2023 聯邦保健費用」。如果您需要副本一份，可以從聯邦保健網站 (www.medicare.gov) 下載。您或可以在每週 7 天、每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取印刷本，聽障人士 1-877-486-2048。

第 4.1 節 計劃月費

您須支付每月保費作為我們計劃的會員。2023 年*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的月費是$0 - $38.90。

第 4.2 節 聯邦保健 B 部分每月保費

許多會員需要支付其它聯邦保健保費

除了本計劃的會月費，有些會員還需要支付其它聯邦保健保費。正如在以上第 2 節所述，您必須保持州醫療補助(Meciciad)的資格，還必須同時持有聯邦保健 A 部份及 B 部份，才有資格加入本計劃。大部分的*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的會員由州醫療補助(Mediciad)助其支付聯邦保健 A 部份的保費 (若您未能自動符合資格)，及 B 部份的保費。

如果州醫療補助(Mediciad)不支付您的聯邦保健的月費，為保留本計劃會員身份，您就必須要繼續支付各種聯邦保健的保費。這包括您的 B 部分保費，不符合免保費 A 部分資格的會員還可能包括 A 部分的保費。

第 4.3 節 D 部份遲入會罰款

因為您具有雙重資格，所以只要您保持雙重資格身份，遲入會罰款(LEP)就不適用，但如果您失去身份，您可能會招致 LEP。有些會員會被要求支付 D 部份**遲入會罰款**。遲入會罰款是在您 D 部份會費以外的費用。如果您錯過了初次申請期限，又連續 63 天或以上沒有續保 D 部份或其它被認可的藥物保障，就會被要求支付遲入會罰款。「被認可藥物保障」是能符合聯邦保健最低標準，平均來說，能至少支付等同於聯邦保健標準藥物保障金額的計劃)。罰款金額是根據您沒有 D 部分藥物保障或其它被認可藥物保障時間長短來計算的。只要您享有 D 部份藥物保障，就必須持續支付這項罰款。

D 部份遲入會罰款會附加到您的月費上。當您初次加入*東華智選(HMO D-SNP)計劃*時，我們會告知您罰款金額。如果您不支付 D 部份遲入會罰款，將會因此而喪失處方藥物保障。

如果出現以下情況，您**無需**支付：

- 您接受聯邦保健的「額外資助」支付您的處方藥物費用。
- 您連續不少於 63 天沒有認可保障。
- 被認可藥物保障包括前任僱主或工會的藥物保障計劃，TRICARE 或退伍軍人事務部提供的保障。您的保險公司或人事部門負責人每年會告知您所享有的藥物保障是否被認可保障。此資料可能會通過信函或該計劃的通訊寄發給您。請保留此資料，因為日後如果您要加入聯邦保健計劃可能會需要。
    - 注意：通知中必須寫明您享有「被認可」藥物保障，將償付與聯邦保健標準保障一樣的費用。

- 注意：這些不包括在被認可藥物保障中：處方藥物折扣卡、免費診所服務，及藥物折扣網站。

聯邦保健決定遲入會罰款的金額。以下是計算方法：

- 如果您在首次有資格參加 D 部分後，沒有參加 D 部分或其它認可的藥物保障已 63 天或更長時間，該計劃將計算您沒有保障的完整月數。罰款比例為您沒有被認可保障的月份月費的 1%。在我們的例子中，如果 14 個月沒有保障，就要支付 14%的罰款。
- 聯邦保健根據上一年的情況，來決定全國聯邦保健藥物計劃的月費平均額。2022 年的平均月費為$33.37，此金額可能會在 2023 年更改。
- 您將罰款比例乘以月費平均額，就得到每月罰款的金額，然後四捨五入到小數點後一位。在我們的例子裏，應該是 14%乘以$33.37，等於$4.67，四捨五入之後就是$4.70。這個金額將加到需要支付 D 部份遲入會罰款會員**的月費上。**

關於 D 部份遲入會罰款，有三點注意事項：

- 第一，**罰款金額每年不同**，因為月費平均額會每年改變。
- 第二，即使您轉換了計劃，只要您享有聯邦保健 D 部份處方藥物保障計劃，**就要繼續每月支付罰款**。
- 第三，如果您未滿 65 歲，現在正接受聯邦保健的福利，遲入會罰款會在您滿 65 歲時重新計算。到了 65 歲，您的遲入會罰款將會只根據您初次加入聯邦保健之後沒有藥物保障的月份來計算。

如您不同意對您的 D 部份遲入會罰款處理，您或您的代表可要求我們重新復審。通常，你要在收到要求您支付遲入會罰款的第一封信函簽署日的 **60 天內**提出申請。否則，如果您在加入本計劃前已經在支付遲入會罰款，您未必能申請對罰款的復審。

重要注意事項：在您等候我們對您的遲入會罰款的決定進行審核處理的同時，請不要停止支付您的遲入會罰款。否則，您將可能因拒付月費而被本計劃解除您的會員資格。

第 4.4 節 與收入有關的每月調整金額

某些會員可能需要**支付額外**費用，稱為 **D 部分**與收入掛勾的每月調整金額，亦稱為 IRMAA。額外費用是根據您 2 年前在 IRS 稅單上報告的修正後總收入總額計算得出的。如果您的總額高於某個金額，您將除月費之外還要支付額外費用。請瀏覽 www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html 了解更多有關的資料。

如果您需要支付額外費用，社會安全局而非您的聯邦保健計劃會來函通知您需要支付的金額。不管您平時以哪種方式支付聯邦保健計劃月費，這額外的費用將從社會安全局，鐵路退休委員會或人事管理部支付的福利支票中扣除，除非您享有的每月福利不足以抵扣所需支付的額外費用。如果您的福利支票不夠用以抵扣額外費用，聯邦保健會向您寄發賬單。**額外費用必須由您直接支付給政府，不能與每月月費合併支付。如果您不支付額外金額，您將會被本計劃終止會員資格並失去處方藥物保障。**

如果**您不同意支付額外金額**，您可以要求社會安全局重新複審保障裁決。欲知更多詳情，請致電社會安全局 1-800-772-1213(聽障人士 1-800-325-0778)。

第 5 節 有關會月費的其它資料

第 5.1 節 支付計劃月費的方式

有四種不同的月費支付方式供您選擇。

如果您想要改變付費方式，新付費方式可能要三個月的時間才能生效，在我們處理您的申請期間，會員有責任按時支付月費。

方法 1：支票支付

如果您選擇這種支付方式，我們會每月寄賬單給您(大約在下次繳費到期日的前兩個星期內)，並隨信附上回郵信封。我們必須在每月第 1 天收到您繳付的月費。如果您願意，可以一次性支付多個月的月費。如果您一次性支付超過一個月的月費，仍然會每月收到賬單提

醒您下次繳費的限期。在繳費時，請務必撕下賬單的上半部份，並隨支票一同寄給我們。支票抬頭請寫華人保健計劃。如支票不能兌現或退回情況，不論任何原因，我們都向您收取$15 的費用。

方法 2：*電子轉帳 (EFT)*

您可以選擇通過銀行帳戶自動扣除月費的方式。選擇這種繳費方式，月費將在每月的第 15 天從您帳戶中自動扣除。請致電會員服務中心索取自動轉賬付費方式表格及使用指南。如果在扣款當日您的銀行帳戶餘額不足，您也要支付$15 的費用。

方法 3：從每月的社會安全金扣除月費

改變您支付月費的方式。如果您決定更改支付月費的方式，新方式有可能需要長達三個月才生效。在我們處理您對新付款方式的請求時，您有責任確保按時支付您的計劃月費。欲了解更多有關這種支付方式，請聯絡會員服務中心。我們很樂意為您做出相應的安排。(會員服務中心的電話號碼印在本文件封底。)

方法 4：現金支付

有部分會員選擇以現金形式支付。如果您選擇現金繳費方式，我們指定位於 Stockton 街 1023 號的建東銀行(Bank of the Orient)(華埠分行)收取現金付款。現金繳費的同時，您要將賬單的上半部份一同交給銀行出納員。只有建東銀行的華埠分行才可以收取現金繳費。繳費必須在銀行營業時間內進行，並必須在每月第 1 天之前存入。東華醫院及華人保健計劃辦公室均不接受現金付款。

如果在繳付月費時發生問題，該怎麼辦？

我們必須在每月的第 1 天或之前收到您的月費。如果到期日沒有收到您的月費，我們將會寄給您一份通知，說明如果在三個日曆月內我們仍沒有收到您的月費，就會終止您的會員資格。

如果您無法按時支付月費，請聯絡會員服務中心，我們會視情況而向您推薦能資助您繳費的其它計劃。(會員服務中心的電話號碼印在本文件封底。)

如果您因未能按時繳費被我們終止您的會員資格，您仍會獲得原式聯邦保健的保障。若之前您享有額外資助支付藥物費用，您會繼續享有藥物保障，聯邦保健將會為您提供一個新的藥物計劃。

在我們終止您會員資格之時，您仍需付還所拖欠的月費。我們有權追討您的欠款。如果日後您希望重新加入本計劃(或我們提供的其它計劃)，須在申請加入時支付以前拖欠的月費。

如果您認為我們終止您會員資格的決定是個錯誤，您有權向我們提出投訴 (也稱為申訴) 。本文件第七章告知您該如何提出投訴。如果因為無法控制的緊急原因造成您無法在寬限期內支付計劃月費，您可以提出投訴。對於您的投訴，我們將再次審查我們的決定。 本文件第九章第 11 節介紹如何提出投訴，或者您可以在每週 7 天從早上 8 時到晚上 8 時之間致電 1-888-775-7888 聯絡我們， 聽障人士 1-877-681-8898。您必須在會員資格結束後 60 天內提出申請。

第 5.2 節 我們能否在年中改變您的月費？

不能。我們不允許在年中改變我們收取的月費金額。如果下一年的月費有改變，我們會在 9 月通知您，而變動將從新一年的 1 月 1 日起生效。

但在某些情況下，您的月費可能會在年中發生改變，一般是獲得或失去額外資助的資格時發生。如果會員獲取資助支付處方藥物，額外資助計劃會支付部份的月費，該會員將支付較低的月費。在年中失去額外資助資格的會員，則要開始支付全額月費。您可以在第二章第 7 節了解額外資助的細節

第 6 節 及時更新您的會員資料

您的會員記錄包括了您填寫註冊申請表時提供的各種資料，包括您的地址及電話號碼。
會員記錄顯示了您個人的承保資料，包括您的主治醫生、醫療團隊及 IPA。

本計劃醫療網中的醫生、醫院、藥劑師以及其它醫務人員都需要知道您的準確資料。**這些聯網醫療提供者根據會員記錄，了解您的醫護服務及藥物的保障情況，以及您的費用分擔金額**。因此，協助我們獲取您的最新資料非常重要。

如發生以下個人資料變更情況，請致電會員服務中心：

- 個人姓名、地址及電話號碼變動
- 您加入的其它醫療保健計劃的改變(例如新僱主的變更，您配偶的新僱主變更，勞工賠償的變更，或州醫療補助的變更)
- 任何事故賠償，例如汽車交通事故的賠償
- 入住護理院
- 您接受了非服務區域或非聯網醫院或急症服務等護理
- 您指定的責任方(例如看護者)情況變更
- 您參與了臨床醫學研究 (注意：您無需透露您將打算參加的臨床研究但我們鼓勵您這樣做)

以上任何情況發生的變更，請致電會員服務中心告知我們(電話號碼印在本文件封底)。

如果您搬遷或轉換地址，通知社會安全局您的新地址是非常重要。請參閱第二章，第 5 節，社會安全局的聯絡電話及聯絡資料。

第 7 節 其它保險如何與我們的計劃配合使用

其它保險

聯邦保健要求我們向您收集有關您加入其它醫療或藥物計劃的資料，因為我們必須與其它計劃一起協調您所享有的承保項目。

我們會每年寄給向您一封信，列明我們所知的有關您其它醫療或藥物的計劃情況。請仔細閱讀，如果內容正確，您無需採取任何行動；但如果內容不正確，或是遺漏了其它承保資料，請聯絡會員服務中心。您可能需要將您的計劃會員卡號碼提供給其它保險公司 (當您確認他們的身份) ，以便您的賬單能夠按時正確支付。

當您還加入了其它保障計劃時(例如僱主團體醫療保障計劃)，聯邦保健有規定去決定是由本計劃還是您的另一個計劃先行賠付。先行賠付的保障計劃被稱為「主要保險人」會支付至其保障規定的上限；第二支付的保障計劃被稱為「次要保險人」，只支付主要保險人

未能保障的那部份費用。次要保險人未必會支付全部的未保障費用。如果您加入了其它保障計劃，告訴您的醫生、醫院及藥房。

以下規定適用於僱主或工會集體醫療保障計劃：

- 如果您有退休人士保障，則由聯邦保健先行支付。
- 如果您的團體醫療保障計劃是由您或家人任職的公司所提供，哪個計劃先行賠付取決於您的年齡、僱主規模、以及您加入聯邦保健是否按年齡、殘障情況或末期腎衰竭：
    - 如果您是未滿 65 歲的殘障人士，且您或您的家人仍在工作，而若僱主或多僱主計劃中的其中一位僱主聘用超過 100 名僱員，您的團體計劃則先行賠付。
    - 如果您年逾 65 歲，且您或您的配偶仍在工作，而若僱主或多僱主計劃中的其中一位僱主聘用超過 20 名僱員，您的團體計劃則先行賠付。
- 如果您因為罹患末期腎衰竭而享受聯邦保健保障，在您符合資格享受聯邦保健保障之後，您的團體醫療保障計劃先行賠付頭 30 個月的費用。

以下保障按每種類型，通常會先行賠付：

- 無過失保障(包括汽車保障)
- 責任保障(包括汽車保障)
- 黑肺病福利
- 勞工賠償

州醫療補助及 TRICARE 從來不會先於其它保障計劃支付聯邦保健保障的服務。它們只在聯邦保健計劃及/或僱主團體醫療保障計劃支付之後才賠付。

第二章：

重要電話號碼

及資源

第 1 節 東華智選(HMO D-SNP)計劃聯絡資料 (如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務中心)

如何聯絡本計劃的會員服務中心

如需任何協助處理有關索償、賬單或會員卡等問題，請致電或來函*東華智選(HMO D-SNP)計劃*會員服務中心。我們很樂意為您提供協助。

聯絡方式	會員服務中心
電話號碼	*1-888-775-7888* 以上為免費電話，*每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時* 會員服務中心還向非英語人士提供免費的翻譯服務。
聽障人士 (TTY)號碼	*1-877-681-8898* 致電本號碼需要特殊的電話機裝置，僅向聽力及語言殘障的人士提供服務。 以上為免費電話，*每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時*
傳真	*1-415-397-2129*
來函地址	*Chinese Community Health Plan* *Attn: Member Services Center* *445 Grant Avenue, Suite 700* *San Francisco, CA 94108* *電子郵件：MemberServices@CCHPHealthPlan.com*
網址	*www.CCHPHealthPlan.com/medicare*

如果您要求醫療護理保障裁決或上訴，如何聯絡我們？

保障裁決是指我們對於有關您的福利及保障，或我們為您的醫療護理藥物保障所要支付的費用或 D 部份處方藥物等問題而作出的裁決。上訴是要求我們審查及更改我們做出的保障決定的正式方式。如需了解更多有關醫療護理 D 部份處方藥物的保障裁決或上訴的資料，請參閱第九章「*如何提出疑問或投訴(有關保障裁決、上訴及投訴)*」。

聯絡方式	要求對醫療護理保障或 D 部份藥物保障裁決或上訴- 聯絡資料
電話號碼	*1-888-775-7888* 以上為免費電話，*每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時*
***聽障人士* (TTY)號碼**	*1-877-681-8898* 致電本號碼需要特殊的電話機裝置，僅向聽力及語言殘障的人士提供服務。 以上為免費電話，*每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時*
傳真	*1-415-397-2129*
來函地址	*Chinese Community Health Plan* *Attn: Utilization Management* *445 Grant Avenue, Suite 700* *San Francisco, CA 94108*

如果您因醫療護理問題要求提出投訴，如何聯絡我們？

您可以向我們提出關於醫療服務聯網提供者或聯網藥房的投訴，包括投訴您所得到的醫療護理的質量。此類投訴不涉及保障或費用糾紛。更多如何對醫療護理問題提出投訴的資料，請參閱第九章「*如何提出疑問或投訴(有關保障裁決、上訴及投訴)* 」。

聯絡方式	醫療護理問題提出投訴 - 聯絡資料
電話號碼	*1-888-775-7888* 以上為免費電話，*每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時*
聽障人士 (TTY)號碼	*1-877-681-8898* 致電本號碼需要特殊的電話機裝置，僅向聽力及語言殘障的人士提供服務。 以上為免費電話，*每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時*
傳真	1-415-397-2129
來函地址	*Chinese Community Health Plan* *Attn: Grievances and Appeals* *445 Grant Avenue, Suite 700* *San Francisco, CA 94108*
聯邦保健網址	您可以將對*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的投訴直接遞交給聯邦保

	健。可以到以下網址提交投訴表： www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

如果您要求我們為您所接受的醫療護理服務或藥物分擔費用，該如何提出申請？

如果您收到了您認為我們應付的賬單或服務（例如醫生賬單），您可能需要要求我們報銷或支付，請參閱第七章「*要求計劃分擔您所接受醫療服務或購買藥物的費用*」。

請注意：如果您向我們提出付款申請而遭到拒絕，您可以對我們的決定提出上訴。詳情請參閱第九章「*如何提出疑問或投訴(有關保障裁決、上訴及投訴)*」。

聯絡方式	**付款申請 - 聯絡資料**
電話號碼	*1-888-775-7888* 以上為免費電話
聽障人士 (TTY)號碼	*1-877-681-8898* 致電本號碼需要特殊的電話機裝置，僅向聽力及語言殘障的人士提供服務。 以上為免費電話，*每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時*
傳真	*(415) 397-2129*
來函地址	*Chinese Community Health Plan* *445 Grant Avenue, Suite 700* *San Francisco, CA 94108*
網址	*www.CCHPHealthPlan.com/medicare*

第 2 節 聯邦保健計劃(Medicare) (如何直接向聯邦保健計劃尋求協助及獲取資料)

聯邦保健計劃是為 65 歲及以上人士，或部份不足 65 歲的殘障人士以及患有末期腎衰竭(永久性腎功能衰竭需透析或腎臟移植)的人士所提供的聯邦政府醫療保障計劃。

負責聯邦保健計劃的聯邦政府機構是聯邦保健及醫療輔助中心(又稱「CMS」)。該機構與包括我們在內的各聯邦保健優惠機構簽有合約。

聯絡方式	**聯邦保健 - 聯絡資料**
電話號碼	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 以上為免費電話，每週七天，每天 24 小時
聽障人士 (TTY)號碼	1-877-486-2048 致電本號碼需要特殊的電話機裝置，僅向聽力及語言殘障的人士提供服務。 以上為免費電話
網址	www.medicare.gov 這是聯邦保健的官方網址。該網址向您提供有關聯邦保健的最新資料及目前聯邦保健的相關問題。更提供有關醫院、護理院、醫生、家居護理服務機構及透析中心的資料。您還可從該網址下載並列印各種文件及找到您所在州政府的聯邦保健聯絡資料。聯邦保健的網址還包括詳細的資料，看看您是符合資格享受聯邦保健計劃，以及提供以下申請計劃選擇的各種工具： • **聯邦保健資格鑒定工具：**提供投保人是否符合資格加入聯邦保健計劃的資料。 • **聯邦保健計劃比較工具：**提供能滿足您個人需求、您所在地區市面上所有的各種聯邦保健處方藥計劃，保健計劃及 Medigap (聯邦保健輔助保障)保單。這些工具還能讓您*估計*各種不同聯邦保健計劃中您所需要支付的費用。 您還可以透過此網址向聯邦保健提出對*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的投訴： • **向聯邦保健提出投訴：**您可以把對*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的投訴直接提交給聯邦保健。輸入以下網址，向聯邦保健提出投訴 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 聯邦保健會認真對待您的投訴，並利用這些對服務的反饋意見來提高聯邦保健計劃的服務質量。

如果您沒有電腦，當地圖書館或者英中心會讓您使用它們的電腦來瀏覽該網址。您也可以致電聯邦保健，讓他們助您尋找及一起檢視您感興趣的資料。(您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週七天，每天 24 小時開通。聽障人士請致電 1-877-486-2048。)

第 3 節 州政府醫療保險輔助計劃 (免費協助、提供資料、回答您對聯邦保健計劃的疑問)

州政府醫療保險輔助計劃 (SHIP)是各州政府提供由受過專門訓練的顧問所負責的一項政府計劃。在加州，該計劃被稱爲*醫療保險顧問及權益倡導計劃(HICAP)*。

醫療保險顧問及權益倡導計劃(HICAP)是獨立經營的(與任何保險公司或醫療保障計劃均無關係)聯邦政府撥款資助的州政府項目，為加入聯邦保健計劃人士提供免費的本地保險顧問服務。

醫療保險顧問及權益倡導計劃(HICAP)的顧問會讓您更了解聯邦保健權利、協助您對遭遇的醫療保健問題或所受待遇提出投訴、並助您解決聯邦保健賬單的問題。該計劃的顧問還能解答您有關聯邦保健計劃的問題，讓您了解聯邦保健計劃的各種選擇，並回答有關計劃轉換的問題。

獲取州政府醫療保險輔助計劃及其它資源的方法：

- 瀏覽 www.medicare.gov
- 點擊在主頁中間的**“Talk to Someone”**
- 您現在有以下選擇
  - 選項 #1：您可以與 **1-800-MEDICARE 代表進行實時對話**
  - 選項 #2：您可以從下拉式目錄中選擇所處**州份**再點擊 GO，這將帶您進入包含您所在州份的電話號碼及資源的頁面。

聯絡方式	**醫療保險顧問及權益倡導計劃 (HICAP) (加州 SHIP)**
電話號碼	*415-677-7520*
來函地址	***三藩市縣：*** *Health Insurance Counseling and Advocacy Program* *601 Jackson Street* *San Francisco, CA 94133*
網址	*www.aging.ca.gov/hicap*

第 4 節 質量監控機構

每一個州政府都有一個特定的質量監控機構(Quality Improvement Organization)服務聯邦保健受益人。

加州的質量監控機構稱為 *Livanta*。

Livanta 是一批醫生及醫務人員組成的。該組織由聯邦保健計劃監督並提高聯邦保健計劃會員所接受護理服務的質量。*Livanta* 是獨立機構，與本計劃並沒有聯係。

如果您發生以下任何情況，應聯絡 *Livanta*：

- 您要對您所接受的護理服務質量提出投訴。
- 您認為您的住院保障結束過早。
- 您認為您所接受的家居護理服務、專業護理院服務或綜合康復門診服務結束過早。

聯絡方式	***Livanta*（加州的質量監控機構）**
電話號碼	*1-877-588-1123* *星期一至五，上午 9 時至下午 5 時* *週末及假日，上午 11 時至下午 3 時*
聽障人士 (TTY)號碼	*1-855-887-6668* 致電本號碼需要特殊的電話機裝置，僅向聽力及語言殘障的人士提供服務。
來函地址	*Livanta* *BFCC-QIO Program, Area 5*

	9090 Junction Drive, Suite 10 *Annapolis Junction, MD 20701*
網址	*www.bfccqioarea5.com*

第 5 節 社會安全局

美國社會安全局(Social Security)負責確定年滿 65 歲及以上、殘障或患有末期腎衰竭的美國公民或合法永久居民的聯邦保健計劃投保人的資格及入會手續，如果符合適當條件，便有資格加入聯邦保健計劃。如果您正領取社會安全生活補助金支票，就會自動加入聯邦保健計劃。如果您沒有領取社會安全生活補助金支票，您必須申請加入聯邦保健計劃。要加入聯邦保健計劃，您可以致電社會安全局或前往您當地的社會安全辦公室。

社會安全局還負責確定高收入人士必須為 D 部份保障處方藥支付額外的費用。如果您接到社會安全局來函通知您需要支付額外費用，但對此費用有疑問，或者您的收入因發生人生重大事件而減少，可以致電社會安全局要求他們重新考慮決定。

如果您搬遷或轉換新地址，通知社會安全局您的新地址是非常重要。

聯絡方式	**社會安全局 - 聯絡資料**
電話號碼	1-800-772-1213 以上為免費電話 辦公時間：週一至週五，早上 8 時至晚上 7 時 您還可通過 24 小時自動語音系統，聽取事先錄好的資料，處理部份事務。

聽障人士 (TTY)號碼	1-800-325-0778 致電本號碼需要特殊的電話機裝置，僅向聽力及語言殘障的人士提供服務。 以上為免費電話 辦公時間：週一至週五，早上 8 時至晚上 7 時
網址	www.ssa.gov

第 6 節 州醫療補助

州醫療補助是一項聯邦政府及州政府的合作計劃，為低收入及資產有限人士支付醫療費用。

此外，還有其它一些計劃通過加州醫療補助向計劃持有人支付享受聯邦保健保障服務的費用，例如聯邦保健月費。這些「聯邦保健省錢計劃」每年助低收入及資產有限人士節省一筆醫療費用：

- *合格聯邦保健福利補助(QMB)：幫助支付聯邦保健A部份及B部份的月費及其它分擔費用(例如扣除額，共付費及自付費)。(部份可領取QMB的人士還有資格享受全套州醫療補助福利(QMB+)。)*
- *特定低收入聯邦保健福利補助 (SLMB)：幫助支付B部份月費。(部份可領取SLMB的人士還有資格享受全套州醫療補助福利(SLMB+)。)*
- *合格人士福利補助(QI)：幫助支付B部份月費。*
- *合格殘障工作人士福利補助(QDWI): 幫助支付A部份月費。*

欲知更多州醫療補助及其它相關計劃的資料，請聯絡*加州醫療保健服務部*。

聯絡方式	***加州醫療保健服務部* - 聯絡資料**
電話號碼	*1-855-355-5757* *星期一至星期五，上午 8 時至下午 5 時*
來函地址	*SF Benefits Net* *1440 Harrison St*

	San Francisco, CA 94120
網址	*www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx*

*加州長期護理申訴專員*計劃幫助州醫療補助持有人解決各種服務及賬單的問題。他們也可以協助您向我們計劃提出投訴及上訴。

聯絡方式	**加州長期護理申訴專員計劃 – 聯絡資料**
電話號碼	*1-415-751-9788* *星期一至星期五，上午 8 時 30 分至下午 5 時*
來函地址	*San Francisco LTC Ombudsman Program* *c/o Family Services Agency of San Francisco* *6221 Geary Boulevard, 3rd Floor* *San Francisco, CA 94121* *contact@sfltcop.org*
網址	*www.sfltcop.net*

*加州長期護理申訴專員計劃*協助人們獲取護理院資料以及協助解決護理院與住客及家人之間的問題。

聯絡方式	**加州長期護理申訴專員計劃 – 聯絡資料**
電話號碼	*1-415-751-9788* *星期一至星期五，上午 8 時 30 分至下午 5 時*
來函地址	*San Francisco LTC Ombudsman Program* *c/o Family Services Agency of San Francisco* *6221 Geary Boulevard, 3rd Floor* *San Francisco, CA 94121* *contact@sfltcop.org*
網址	*www.sfltcop.net*

第 7 節 有關協助會員支付處方藥物的各種計劃的資料

Medicare.gov網站(https：//www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to- get-help-with-prescription-costs）提供有關如何降低處方藥費用的資料。對於收入有限之人士，還有以下計劃可以提供協助。

聯邦保健的「額外資助」計劃

由於您有資格獲得州醫療補助，因此您自動符合**「額外資助」**條件，以支付您的處方藥計劃費用。您不需要任何進一步的行動獲得**「額外資助」**。

對「額外資助」有任何疑問，歡迎致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障人士請致電 1-877-486-2048 （申請表），此號碼每週七天，每天 24 小時開通；
- 社會安全局：1-800-772-1213，週一至週五，上午 8 時至晚上 7 時。聽障人士請致電 1-800-325-0778；或者
- 您所在的州醫療補助辦公室（申請表）。(聯絡方式請參閱本章第 6 節。)

如果您認為藥房收錯了您的處方藥物分擔費用，可以按本計劃的相關程序，要求我們協助您獲取應支付的正確自付費金額的證明；或如果您已經取得該證明，可提交給我們。

- 當我們收到關於您的正確自付費金額的證明後，將在系統更新此資料，以便您下一次在藥房配藥時可支付正確的費用。如果您支付了多餘的藥費，我們將以支票形式償付給您或減免您下次需支付的費用。如果您的藥房尚未要求您支付藥費而只是算入您所欠的費用，我們將直接償付給藥房。如果您的所在州為您支付了此費用，我們會直接償付給您所在的州。如果您有任何疑問，請聯絡會員服務中心。

如果您享有「愛滋病藥物援助計劃（ADAP）」的保障，該怎麼辦？
什麼是愛滋病藥物援助計劃（ADAP）」？

愛滋病藥物援助計劃（ADAP）幫助符合 ADAP 條件，患有愛滋病毒/艾滋病的人士有機會獲得藥物來挽救生命。同時出現在 ADAP 及聯邦保健 D 部份處方藥亦享有費用分擔援助。

愛滋病藥物援助計劃（ADAP）三藩市縣電話: 1-415-554-9172。注意：要獲得您所在州政府 ADAP 的援助，您必須符合一定的條件，包括您所在州政府的居民身份證明及愛滋病感染狀況，由該州政府界定的低收入證明，及無保險或缺乏保障的狀況。

如果您更改計劃，請通知您當地的 ADAP 註冊工作人員，以便您繼續獲得援助。欲了解申請資格，受保的藥物或如何加入該計劃，請致電 *1-415-554-9172* 與*三藩市縣*有關部門聯絡。

第 8 節 如何聯絡鐵路局退休人員委員會

鐵路退休人士委員會是一個獨立的聯邦政府機構，專為美國鐵路工人及其家庭提供全面福利保障計劃。

如果您從鐵路退休人員委員會處獲得聯邦保健計劃幫助，您必須馬上通知他們您的新地址或任何的變更。如果您對鐵路退休人士委員會提供的福利保障有疑問，請聯絡該委員會。

聯絡方式	**鐵路局退休人員委員會- 聯絡資料**
電話號碼	1-877-772-5772 以上為免費電話 如果按“ 0”，則可以在週一、週二、週四及週五上午 9 時至下午 3 時 30 分，以及週三上午 9 時至下午 12 時與 RRB 代表交談。 如果按“ 1”，則可以每日 24 小時（包括週末及假日）收聽 RRB 自動語音系統已錄製的資料。
聽障人士(TTY)號碼	1-312-751-4701 致電本號碼需要特殊的電話機裝置，僅向聽力及語言殘障的人士提供服務。 非免費電話
網址	rrb.gov

第 9 節 您是否有「團體保險」或由僱主提供的其它醫療保障計劃？

如果您或您的配偶擁有僱主或退休團體醫療保障計劃，有任何問題應該向僱主/工會福利主管或會員服務中心諮詢，包括您或您配偶的僱主或退休團體醫療福利、月費或入會期等問題。(會員服務中心的電話號碼印在本文件的封底。) 如果對本計劃提供的聯邦保健保障或轉換計劃入會期有任何疑問，您亦可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; 聽障人士 TTY 請致電: 1-877-486-2048) 。

如果您或您的配偶從僱主或退休團體醫療福利計劃獲得處方藥物保障，請聯絡該**團體計劃的福利主管**。福利主管會與本計劃協調配合，協助您確定現有的處方藥物計劃福利。

第三章：

享用本計劃保障的醫療

及其它承保的服務

第 1 節 作為本計劃的會員，您應該了解如何享用醫療保障及其它承保的服務

本章解釋了您加入本計劃之後，如何享用承保的醫療護理或其它承保的服務。本章詳細解釋了各種定義及規定，讓您明瞭該如何享用計劃提供的治療、醫療服務、設備、處方藥物及其它醫療護理。

如需了解本計劃保障了哪些醫療服務，以及您接受服務時應支付的費用，請參閱第四章的「*醫療福利保障圖表，承保項目及付費標準*」。

第 1.1 節 甚麼是「聯網醫療提供者」及「承保項目」？

- **「醫療提供者」** 是指持有加州政府行醫執照的醫生及醫療專業人士，還包括醫院及其它醫護機構。
- **「聯網醫療提供者」**是指與我們簽有合約、接受我們的全額付款及您的費用分擔額的醫生、醫療專業人士、醫療團體、醫院及其它醫護機構。我們安排這些醫療提供者向本計劃的會員提供承保項目的服務。聯網醫療提供者會把他們提供服務後的賬單直接寄給我們。在聯網醫療提供者處就診時，您無需支付任何費用或只需支付您的分擔費用。
- **「承保項目」**包括本計劃保障的所有醫療護理、保健服務、醫療用品、設備及處方藥物。第四章的福利保障圖表列明了承保的詳情。您的處方藥物保障將在第五章中討論。

第 1.2 節 享有醫療承保項目及其它承保服務的基本規定

作為聯邦保健及州醫療補助的計劃，*東華智選(HMO D-SNP)計劃*必須保障原式聯邦保健計劃保障的所有醫療服務，及可能提供除原式聯邦保健保障以外的其它服務。

只要您符合以下條件，*東華智選(HMO D-SNP)計劃*通常會保障您所接受的醫療護理服務：

- **您所接受的護理服務在醫療福利保障圖表內** (請參閱本文件第四章圖表)。

- **您所接受的醫療服務是必須的**。「醫療必須」是指為了預防、診斷或治療您的病情需要用到的醫療服務、醫療用品、設備及藥物，並且必須符合醫療服務標準。
  您有主治醫生(PCP)來為您提供並負責您的護理情況。作為本計劃會員，您必須指定一名主治醫生(詳情請參閱本章第 2.1 節)。
    - 大部分情況下，您必須在得到本計劃的事先批准後，才可轉看其它聯網醫療提供者，例如專科醫生、醫院、專業護理院或家居護理服務機構，這稱作「轉介」。詳情請參閱本章第 2.3 節。
    - 急症或急需醫療服務情況下，無需您的主治醫生轉介。還有其它無需主治醫生轉介，就可以接受的醫療護理服務(詳情請參閱本章第 2.2 節)。
- **您必須從聯網醫療提供者處接受醫療護理服務**。(詳情請參閱本章第 2 節)。大部分情況下，本計劃不保障非聯網醫療提供者(非本計劃網絡內的醫療提供者)提供的醫療護理服務。這表示您必須向服務提供者支付全額費用。*以下三種特例情況除外：*
    - 本計劃保障由非聯網醫療服務提供者所提供的急症或急需醫療服務。詳情及了解急症或急需醫療服務確實包括哪些服務，請參閱本章第 3 節。
    - 如果您需要聯邦保健或州醫療補助要求我們的計劃承保的醫療護理，但我們的網絡中沒有提供這種護理的專家，您可以接受非聯網醫療提供者的服務。在此情況下，您只需承擔與使用聯網醫療提供者服務一樣的費用。欲知如何得到計劃許可接受非聯網醫療提供者的服務，請參閱本章第 2.4 節。
    - 於您臨時離開本計劃覆蓋範圍時，本計劃亦會保障從聯邦保健認證的透析中心接受的腎臟透析服務。您為透析計劃支付的分攤費用永不超過原式聯邦保健的分攤費用。如果您在非本計劃的服務區域並從非聯網醫療提供者處獲得透析服務，您的分攤費用不能超過您在網絡內支付的分攤費用。然而，如果您通常的網絡內透析提供者暫時無法應診，而您選擇從非聯網醫療提供者處獲得服務區域內的服務，則透析的費用分攤可能會更高。

第 2 節 如何通過聯網醫療提供者享用醫療護理及其它承保的服務

第 2.1 節 您必須指定一名主治醫生(PCP) 來安排並提供您所需的醫療服務

甚麼是「主治醫生」？主治醫生的職責是甚麼？

主治醫生通常被稱作「PCP」。主治醫生是符合州政府規定、經過專業訓練、能向您提供基本醫療服務的醫生或診所。您的 PCP 會向您提供例行或基本的醫療服務，並協調您作為本計劃會員能夠享有的其它承保項目，包括 X 光、各種化驗檢查、治療、專科醫生的診治、住院安排，以及跟進醫療服務。「協調」您享有的服務包括受其它聯網醫療提供者診治、了解您所接受的醫療服務及現在的治療情況。如果您需要其它承保項目或用品，必須得到您的 PCP 事先批准(例如轉介您去看專科醫生)。在某些情況下，您的 PCP 會提供並協調您所需的醫療服務，因此您必須把您所有病歷帶往新 PCP 診所，這樣，您的 PCP 才能根據您的病歷來決定您現在的健康情況，並作出相應的協調。

如果您突發急病或受傷，但又不屬於急症情況(本節稍後將作詳細解釋)，如果您當時身處本計劃服務地區內，請致電您的 PCP。 如果您在 PCP 下班之後需要就診，請致電醫生的辦公室，總會有值班醫生接聽您的電話，並回覆及指示您該如何處理。

如何選擇主治醫生？

當您成為本計劃會員，您必須指定一位聯網醫療提供者作為您的主治醫生。您可以在加入本計劃時，從醫生名錄及藥房手冊中選一位PCP或請會員服務中心助您選擇。如果您沒有在入會表上寫上PCP名字，會員服務中心會致電您，協助您選定PCP。如果您有指定某間醫院，請事先查明您的PCP是否可以在此醫院提供醫療服務。您的PCP姓名及辦公電話會打印在您的計劃會員卡上。

轉換您的主治醫生

您可以隨時因各種原因轉換您的主治醫生(PCP)。同時，也有可能您的PCP退出本計劃的醫療網，而使您需要重新指定一位PCP。

如果您想要轉換PCP，請告知會員服務中心。如果您正在接受專科醫生的治療或其它需要您的PCP事先批准的醫療承保項目(例如家居護理服務或耐用性醫療設備)，請在致電時告

知會員服務中心。會員服務中心會確保您在轉換PCP期間，能繼續享有專科醫生及其它醫療服務。他們還會助您確認您所希望轉換的PCP現在仍接受新病人；新PCP的變動何時生效；並寄給您一張印有新PCP姓名及電話號碼的新會員卡。此變動將在您提出申請後的第一個月第一天起生效。

第 2.2 節 沒有 PCP 轉介下能享有的醫療護理及其它服務類型

即使沒有您的PCP事先同意，您也可以享有以下醫療服務：

- 任何聯網醫療提供者提供的常規婦科檢查，包括乳腺檢查、乳房X光照影、子宮頸塗片檢查及盆腔檢查；
- 任何聯網醫療提供者提供的流感疫苗、COVID-19 疫苗、乙型肝炎疫苗及肺炎疫苗接種；
- 聯網或非聯網醫療提供者提供的急需醫療服務；
- 當您臨時離開本計劃服務範圍時，或指定聯網醫療提供者暫時未能提供承保的急診服務而非急症服務。例如，您在周末需要即時護理，服務需要立即提供並且在醫療上是必要的；
- 在您臨時離開本計劃服務範圍時，接受了一間由聯邦保健認證的透析中心提供的腎透析服務。(如有可能，請您在離開服務地區前致電會員服務中心，以便我們能在您離開期間給您安排維持性透析服務。)

第 2.3 節 如何享用專科醫生及其它聯網醫療提供者的護理服務

專科醫生是專門醫治某種特殊疾病或身體某一部位的醫生。以下是部份專科醫生的例子：

- 治療癌症病人的腫瘤科醫生
- 治療心臟病的心臟病專家
- 治療骨科、關節或肌肉疾病的矯形外科醫生

在轉介您給本計劃聯網的專科醫生前，您的PCP需事先取得東華智選(HMO D-SNP)計劃的批准，這個步驟是至關重要的。(極少數特殊情況下，例如第 2.2 節所述的常規婦科檢查，則無需本計劃事先批准)。如果您沒有得到轉介(或事先批准)就去看專科醫生，可能要自己

負擔所有費用。如果專科醫生要求您復診，請預先確認您的PCP批准第一次轉介(或事先批准)時已經包括了復診的需求。第四章第 2.1 節列明了何種項目需要得到事先批准。

一位PCP通常有幾位固定的專科醫生可供轉介。如您想看特定的專科醫生或專業護理院，請務必先與您的PCP商定。如果我們的醫療網裏有您想去求診的特定醫院，請確保您的PCP也使用該醫院。

您、您的PCP或提供者可以可以透過傳真、電話、郵件或在線上，從計劃獲得某些服務的預先授權。計劃或其代表根據您的保障及醫療需要作出預先授權決定。

如果專科醫生或聯網醫療提供者退出本計劃怎麼辦？

在一年之中，我們計劃內的醫院、醫生及專科醫生（醫療服務提供者）可能會有更改。如果您的醫生及專科醫生離開您的計劃，您可以享有以下一定的權利及保障：

- 即使我們的醫療服務網絡可能於年內有改變，聯邦保健要求我們不間斷地為您提供合資格的主治醫生或專科醫生服務。
- 當醫療服務提供者即將離開我們的計劃，我們會盡可能提前至少 30 天向您發出通知，使你有時間去選擇一個新的醫療服務提供者。
- 我們會協助您選擇一個新的合資格醫療服務提供者繼續安排您的醫療保健需求。
- 如果您正在接受治療，您有權利要求我們確保您醫療上必需的治療不被中斷。
- 如果我們的網絡沒有合資格的專科醫生，我們必須以網絡內費用分攤的方式保障該服務。某些服務可能需要事先授權。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生將退出計劃，請聯絡我們以協助您尋找新的提供者來安排您的護理。
- 如果您認為我們沒有為您安排一個合格的醫療服務提供者或沒有適當安排您的醫療護理，您有權利對我們的決定向 QIO 提出護理質量投訴、向本計劃提出護理質量申訴，或兩者同時進行。請參閱第九章。

如您需要任何協助，請致電本計劃的會員服務中心(電話號碼印在本文件封底)。

第 2.4 節 如何從非聯網醫療提供者處獲取服務

如果某項專科醫療服務的提供者不在本計劃的醫療網內，本計劃可以安排您接受非聯網醫療提供者的服務。欲知更多詳情，請致電會員服務中心(電話號碼印在本文件的封底)。

第 3 節 急症、急需醫療護理或在災難情況下如何獲取醫療服務

第 3.1 節 急症情況下如何獲取醫療承保項目

甚麼是「急症」？急症發生時該怎麼辦？

醫療急症是指您本人或其它對醫療及藥物具有一般常識並穩重的非醫務人員，認為您自己需要緊急醫護治療以避免危及自身性命（並且，如果您是孕婦，則失去未出生的孩子）、引致殘疾、身體器官喪失功能或嚴重受損等情況。這些症狀包括生病、受傷，劇痛或急劇惡化等病情。

如果您發生了急症情況：

- **立即求助**。致電 911 求助或前往最近的一間急診室或醫院。如有需要，叫救護車。發生急症，*無需*事先獲取您的 PCP 的批准或轉介。您可以在任何需要的時候、在美國或其領土的任何地方，即使擁有適當州執照的任何提供者不屬於我們的網絡，您不需要使用網絡醫生亦可獲得承保的緊急醫療護理。
- **立即將您的急症情況告知本計劃**。我們需要跟進您的急症護理。您或家人應在 48 小時內致電告知本計劃。本計劃的電話號碼印在您的會員卡背面。

發生急症情況時您能享有的醫療承保項目

無論您在美國的任何地方，只要發生急症，您都能獲得有保障的急症服務。如果以其它方式前往急診室會延誤並危害您的生命安全，本計劃會保障救護車服務。詳情請參閱本文件第四章醫療福利圖表。

該醫生會決定您的情況何時穩定，何時可以結束急症服務。您的醫生在聯絡我們並製定額外護理計劃之前，他們將繼續為您治療。本計劃保障您所需要的繼續護理服務。如果您的急症服務是由非聯網醫療提供者提供，我們會儘量在您的病情允許的條件下安排網絡醫生

接替此後的繼續護理服務。

如病情不屬於急症情況時該怎麼辦？

有時很難確定您的病情是否屬於急症情況。例如，您認為自己的健康受到嚴重威脅，前往急診室就醫，而醫生診斷其實並非急症情況。在此情況下，如您有合理的解釋，我們都會保障您所享有的急症服務。

如果醫生確定您的狀況不屬於急症服務範圍，我們通常只保障以下兩種附加護理服務：

- 您前往聯網醫療提供者處接受附加護理服務；
- – *或* –您接受的附加護理服務被確定為「急需醫療服務」，並遵照接受此急需醫療服務的各項規定(詳情請參閱以下第 3.2 節)。

第 3.2 節 急需醫療情況下如何獲取服務

甚麼是「急需醫療服務」？

「急需醫療服務」是需要立即就醫的非急症情況，但鑑於您的情況從聯網醫療服務者獲得這些服務是不可能或不合理的。本計劃必須涵蓋網絡外提供的急需服務。 一些急需服務的例子包括 i) 在周末發生的嚴重喉嚨痛或 ii) 當您暫時不在服務區時某種已知的疾病突然發作。

我們可以協助您尋找您所在地最近的急診服務，請致電會員服務中心(電話號碼印在本文件的封底)。

本計劃在以下情況保障在美國境外接受的急症保障及急診護理，同樣的服務可在美國境內提供。 您將必須在服務時先支付全部費用、保留收據及所有相關的醫療記錄，然後要求我們向您償還我們應承擔的費用。 有關提交付款請求的更多資料，請參閱第七章。

第 3.3 節 在災難情況下如何獲取服務

如果您的州長、美國健康及人事部秘書長或美國總統宣佈您的地區成為災難或緊急地帶，您仍可接受本計劃的醫療服務。

請瀏覽以下網址www.CCHPHealthPlan.com/medicare了解當災難發生時該如何接受醫療護理的資料。

在災難發生時，如果您無法使用網絡提供者的服務，本計劃允許您用聯網分擔費用支付在非聯網醫療提供者接受的醫療服務。在災難發生時，如果您不能使用聯網藥房，您可以在非聯網藥房配購處方藥物。詳情請參閱第五章，第 2.5 節。

第 4 節 如果您直接收到醫療服務的全額賬單，該怎麼辦？

第 4.1 節 您可以要求本計劃為您接受的醫療承保項目支付分擔的費用部份

如果您支付了或您收到醫療承保項目的全額賬單時，請參閱第七章「*要求計劃分擔您獲取的承保項目或藥物的費用*」中的處理辦法。

第 4.2 節 如果醫療服務不受本計劃保障， 您該怎樣做?

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*保障本文件第 4 章醫療福利圖表列出的所有醫療必要服務。如果您接受非計劃保障內的醫療服務，或未經批准的非聯網醫療服務，則要自付全額費用。

對於那些有限制的承保服務，在您用完所有限額之後，再使用此類服務時，就要自付全額費用。這些服務費用會記入自付額上限。欲查詢您本年累積的總額，請致電會員服務中心。

第 5 節 參與「臨床研究」時接受的醫療服務是如何保障的？

第 5.1 節 甚麼是「臨床研究」？

臨床研究(又稱「臨床試驗」)是醫生及科研人員測試新醫療護理產品的方法，例如檢測新抗癌藥物的藥效。某些臨床研究已獲得聯邦保健的批准。聯邦保健批准的臨床研究通常要求志願者參與研究。

當聯邦保健批准了某項臨床研究及你表達了興趣，研究人員會聯絡您並向您解釋研究細節，看您是否符合設計研究的科研人員所設定的條件。如果您符合條件，而且完全了解並接受您在研究中將會參與的事項，您就可以參與該研究。

如果您參與了一項聯邦保健批准的臨床研究，原式聯邦保健會支付您在研究中接受的醫療承保項目的費用。如果您告訴我們您正在進行合格的臨床試驗，那麼您只需負責該試驗中服務的網絡內費用分攤。如果您支付了更多費用，例如，如果您已經支付了原式聯邦醫療保險費用分攤金額，我們將補償您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。 然而，您需要提供文件以向我們展示您支付的金額。您在參與臨床研究時，仍保留本計劃會員的身份，繼續由本計劃保障您其它的護理需要(與臨床試驗研究無關的醫療服務)。

如果您希望參與任何聯邦保健批准的臨床研究，*無需*事先通知我們、獲得本計劃或主治醫生的批准。臨床研究中的醫生亦無需是本計劃的聯網醫療提供者。

儘管您參與臨床研究前無需獲得本計劃的批准，但我們鼓勵您在選擇參加符合聯邦保健資格的臨床研究時提前通知我們。

如果您參與*未經*聯邦保健批准的研究，*您將負責支付參與該研究的所有費用。*

第 5.2 節 您參與臨床研究的費用的支付情況

當您參與了聯邦保健批准的臨床研究，您在研究時接受的常規項目及服務都會得到原式聯邦保健所保障，詳情如下：

- 聯邦保健會支付您在住院期間的食宿費用，即使您當時並沒有參與任何臨床研究；
- 臨床研究中需要的手術及其它治療；
- 因使用新醫療護理產品而產生的副作用及併發症的治療費用。

在聯邦保健支付它分擔的部份後，本計劃將支付我們應付的部份費用。我們將填補原式聯邦保健及作為本計劃會員的費用分擔之間的差額。這意味著您在接受研究期間所付出的服務費用，將會與您從本計劃得到服務時的費用相同。然而，您需要呈交您支付了多少分攤費用的證明文件。請參閱第七章有關提交付款請求的更多資料。

> *舉例說明費用是如何分擔的：*假設您參與臨床研究時接受的檢驗費用是$100，如果按照原式聯邦保健計劃，您個人需要分擔的費用是$20，而在本計劃中，您只需為該檢驗支付$10，這樣，原式聯邦保健將為此檢驗支付$80，及您將支付原式聯邦保健要求的$20 自付費。您將通知您的計劃您獲得了批准的臨床試驗服務，並向計劃提交文件，例如提供者賬單。 然後，該計劃將直接向您退還$10。因此您的淨支出

為$10，這與您根據我們的計劃保障支付的金額相同。 請注意，為了從您的計劃中獲得退款，您必須向您的計劃呈交文件，例如提供者賬單。

在您在參與臨床研究時，**聯邦保健或本計劃將不負擔以下費用：**

- 通常聯邦保健是不會支付仍在研究測試中的新藥品或醫護服務的費用。除非此藥品或醫護服務，無論您參與研究與否，已在保障之列。
- 只是為收集數據而非直接用於您健康護理的藥品或醫護服務。例如根據您的病情只需要一次 CT 掃描，聯邦保健則不會支付試驗研究要求的每月 CT 掃描的費用。

如需了解詳情

更多有關臨床研究的資料，您可以瀏覽聯邦保健的官方網址 www.medicare.gov 參閱或下載「聯邦保健及臨床試驗研究」。（該發佈的連結：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf）您也可以致電每週七天，每天 24 小時開通的熱線電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障人士可致電：1-877-486-2048。

第 6 節 有關在「宗教性非醫療健康護理機構」接受服務的規定

第 6.1 節 甚麼是宗教性非醫療健康護理機構？

宗教性非醫療健康護理機構是一種向病人提供原本應在醫院或專業護理院進行的住院服務的機構。如果接受醫院或專業護理院的醫護服務違背了某些會員的宗教信仰，本計劃會保障由宗教性非醫療健康護理機構提供的醫護服務。此福利只保障聯邦保健 A 部份的住院服務(非醫療保健服務)。

第 6.2 節 接受宗教性非醫療健康護理機構提供的護理服務

接受宗教性非醫療健康護理機構服務之前，您必須簽署一份法律文件，聲明因為宗教信仰，您審慎地反對接受任何「非例外」的醫治方法。

- 「非例外」醫護或治療方法是指任何自願的、非經聯邦、州政府或本地法律要求進行的醫護或治療方法；
- 「例外」醫療法是指非自願並經聯邦、州政府或本地法律強制要求進行的醫護或治療方法。

如果您希望本計劃保障宗教性非醫療健康護理機構提供的護理服務，必須符合以下條件：

- 提供服務的機構必須獲得聯邦保健認證；
- 本計劃只保障您所接受的非宗教部份的醫護服務；
- 如果您在護理院中接受該機構提供的服務，則應符合以下條件：
  - 您的病情必須達到需要住院或入住專業護理院治療的程度；
  - – 並且 –您在入住該護理院之前，必須獲得本計劃的批准，否則本計劃並不保障。

第 7 節 有關耐用醫療設備所有權的規定

第 7.1 節 根據計劃要求，您已經為使用某耐用醫療設備支付了幾次費用，該醫療設備歸您所有嗎？

耐用醫療設備（DME）包括由醫療提供者處方您在家使用的輸氧設備及用品、輪椅、助步器、電動床褥設備、拐杖、糖尿病用品、發聲器、靜脈注射泵、噴霧器及醫生為您訂購在家居使用的病床。某些用品例如義肢，歸會員永久所有的。我們在本節會討論那些必須租賃的耐用醫療設備。

租用某些耐用醫療設備的原式聯邦保健會員，在連續 13 個月支付了自付費之後，就擁有該設備。而*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的會員，通常不管您為使用該設備已支付了多少自付費，也不會擁有該設備。即使在您加入我們的計劃之前，您在原式聯邦保健下為 DME 項目連續支付了多達 12 次費用。在特殊情況下，我們會將耐用醫療設備的所有權轉換。請聯絡會員服務中心(電話號碼印在本文件的封底)了解轉換要求及所需的文件。

如果轉至原式聯邦保健，您之前支付的耐用醫療設備費用會怎樣？

如果您在本計劃期間沒有取得該耐用醫療設備的所有權，在轉到原式聯邦保健之後，您必須重新支付 13 次租金才能擁有該設備。您在本計劃內所支付的費用不會計算在內。

例子 1：您在原式聯邦保健中為該物品連續支付了 12 次或更少的費用，然後加入了我們的計劃。您在原式聯邦保健中支付的款項並不計算在內。您必須向我們的計劃重新支付 13 次付款才能最後擁有該設備。

例子 2：您在原式聯邦保健中為該物品連續支付了 12 次或更少的費用，然後加入了我們的計劃。您在我們的計劃中沒有獲得擁有權，然後您返回原式聯邦保健。您必須重新連續支付 13 次付款才能擁有該物品。所有之前的付款（無論是我們的計劃還是原式聯邦保健）並不計算在內。

第 7.2 節 您應享有哪些氧氣福利？

如果您有資格獲得聯邦保健氧氣設備的福利，只要您登記*東華智選(HMO D-SNP)計劃*亦同樣包括：

- 氧氣設備租賃
- 輸送氧氣及氧氣含量
- 用於輸送氧氣及氧氣含量的喉管及相關氧氣配件
- 氧氣設備的保養及維修

如果您退出*東華智選(HMO D-SNP)計劃*或不再在醫療上需要氧氣設備，則必須將氧氣設備退還。

如果您退出計劃並返回原式聯邦保健計劃會怎樣？

原式聯邦保健計劃要求氧氣供應商為您提供五年的服務。您在首 36 個月內租用設備。 供應商提供剩餘 24 個月保養（您仍需承擔氧氣的自付費）。 5 年過後，您可以選擇留在同一公司或轉至不同公司。 此時，新的 5 年周期會再次開始，即使您留在同一家公司，也要求您支付首 36 個月的自付費。如果您加入或退出我們的計劃，5 年周期將重新開始。

第四章：

醫療福利保障圖表

(保障範圍)

第 1 節 了解承保項目的自付費用

本章著重介紹醫療保障福利圖表列出您作為*東華智選(HMO D-SNP)計劃*會員，所享有的承保項目及每項服務需自付的費用。本章後部還列明不保障的項目，並說明某些服務的保障限制。

第 1.1 節 您無需支付承保服務的費用

您享有州醫療補助的資助，只要您按計劃規定接受承保服務，您便無需支付任何費用。（請參閱第三章如何享用本計劃保障的醫療服務）

要明白本章的各種付費情況，您需要了解享有承保項目時的自付費類型。

- **「扣除額」**是在我們的計劃開始為醫療服務支付之前，您必須支付的金額。
- **「自付費」**是每次您享用醫療服務時支付的固定費用。此費用在您接受醫療服務時支付。(醫療福利保障圖表第 2 節，詳述有關自付費的情況。)
- **「共付費」**是您要支付某項醫療服務總費用的一定比例。此費用在您接受醫療服務時支付。(醫療福利保障圖表第 2 節會詳述有關共付費的情況。)

第 1.2 節 本計劃某些服務有扣除額

某些種類的服務有扣除額。

如果您符合州醫療補助的費用分攤援助，您沒有扣除額。

第 1.3 節 您需要為醫療承保項目支付的費用上限是多少？

注意：由於*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的會員都獲州醫療補助(Mecicaid)的援助，所以極少會員會達到這個自付額上限。如果您有資格獲得州醫療補助的聯邦保健費用分攤援助，您則無需承擔計入最高自付費額內 A 部份及 B 部份承保服務的自付費。

由於您參加的是一項聯邦保健優惠計劃，您每年在本計劃聯網醫療提供者處接受的醫護

服務支付費用時是有限額的。這個限額稱作自付額上限(MOOP)。2023 年您需支付的醫療服務費用限額為$3,400。

您為承保項目所支付的自付費及共付費都會計入此限額。(月費及 D 部份處方藥費用則不計入此限額。) 當您支付的費用達到$3,400 上限時，直到本年度結束，您都無需支付任何醫療服務費用。不過您必須繼續支付 B 部份的保費(除非您的 B 部份保費是由州醫療補助或第三方支付。)

第 1.4 節 您為某些種類的服務支付的費用亦有上限

由於本計劃的會員都獲州醫療補助的援助，所以極少會員會達到這個自付額上限。如果您符合州醫療補助的費用分攤援助，您無需承擔計入最高自付費額內 A 部份及 B 部份承保服務的自付費。

第 2 節 通過醫療保障福利圖表了解承保項目及其付費情況

第 2.1 節 作為本計劃會員，您享有的醫療福利

以下幾頁的醫療保障福利圖表列出了*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的承保項目。D 部分處方藥保障參閱第五章。只有您符合了以下保障要求，表中列出的服務才得到保障：

- 必須根據聯邦保健及州醫療補助制定的保障規定來為您提供承保項目；
- 您享有的服務(包括醫療護理、醫療服務、物品、設備及 B 部分處方藥)都必須是醫療必需的。醫療必需是指為了預防、診斷或治療您疾病所需，並符合公認醫療行為標準的醫療服務、用品或藥物。
- 由聯網醫療提供者向您提供護理服務。大部分情況下，非聯網醫療提供者提供的護理服務不受保障。第三章詳述有關使用聯網醫療提供者時的要求及甚麼情況下，由非聯網醫療提供者提供的服務方可得到保障。除非是緊急護理或緊急護理，或您的計劃聯網醫療提供者已為您轉介。這代表您必須就所提供的服務向供應商支付全額費用。

- 由主治醫生(PCP)提供並負責您的醫療護理。大部分情況下，您去看其它聯網醫療提供者之前，必須得到主治醫生的事先批准，稱作「轉介」。

- 醫療保障福利圖表中的某些服務須在您的主治醫生或聯網醫療提供者取得本計劃批准(又稱「事前批准」)後才受保障。需要事先取得批准的承保項目會在圖表中以斜體字標出。

其它重要保障內容包括:

- 您享有聯邦保健及州醫療補助的保障。聯邦保健承保醫療項目及處方藥。州醫療補助幫助您支付聯邦保健承保服務的費用，同時承保一些聯邦保健不保障的項目。

- 與全部的聯邦保健計劃一樣，本計劃承保所有原式聯邦保健的福利。（欲了解原式聯邦保健的福利，請參閱「*聯邦保健與您 2023*」文件。您亦可瀏覽網址 www.medicare.gov，或每週七天，每天 24 小時，致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障人士 1-877-486-2048），要求一份副本。

- 在原式聯邦保健計劃中會對所有的預防性服務進行免費保障，我們也會免費向您提供這些保障。

- 如果聯邦保健在 2023 年間增加對任何迎新的醫護服務保障，聯邦保健或者本計劃會保障這些服務。

- 如果您在計劃的三個月資格等候期內，我們會繼續為您提供所有聯邦保健優惠計劃承保福利。但在這期間，*我們不會支付包括在州醫療補助內相關的福利，亦不會支付聯邦保健月費或由州政府承擔的費用部分。如果您沒有失去您的州醫療補助資格，則州政府將承擔這些費用。在此期間，您為聯邦保健承保服務支付的金額可能會增加。*

如果您有資格獲得州醫療補助下的聯邦保健費用援助，只要您按上述規定享用福利圖表內的服務，您無需支付任何費用。

以下醫療福利圖表，凡有此蘋果圖案，則屬於保健預防性服務項目。

醫療福利圖表

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
腹部主動脈瘤檢驗 為有罹患此病風險的人士提供一次性超音波測試。當您有罹患此病風險，本計劃只保障您通過您的醫生、醫生助理、護士醫生或診所護士轉介安排的檢驗服務。	合資格的會員無需共付費、自付費或扣除額
針灸服務適用於慢性腰痛 本計劃承保網絡內的針灸醫療服務 保障服務包括： 在以下情況下，聯邦保健受益人最多可在 90 天內接受 12 次治療： 針對此項保障，慢性腰痛被定義為： • 持續 12 週或更長時間； • 非特異性，因為它沒有可識別的全身原因(即與轉移性、炎症、傳染性等疾病無關）； • 與手術無關；及 • 與懷孕無關。 對於那些表現出改善的患者，可再進行 8 次治療。每年最多可進行 20 次針灸治療。 如果患者沒有改善或正在消退，則必須停止治療。 醫療服務提供者要求：	可能需要事前批准及轉介 **網絡內** 每次針灸服務**:** 自付費$0

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
醫師（如《社會保障法》（《法案》）第 1861(r)(1) 條所定義）可根據適用的州要求提供針灸服務。 醫師助理(PA)、執業護士(NP) / 臨床護士專家(CNS)（如法案 1861(aa)(5) 所述）及輔助人員，如果符合所有適用的州要求並具備以下條件則可以提供針灸： • 獲得針灸及東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認可的學校的針灸或東方醫學碩士或博士學位；及， • 在美國的州、領地或英聯邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區擁有現有、完整、有效及不受限制的針灸執照。 提供針灸的輔助人員必須在我們的法規 42 CFR §§ 410.26 及 410.27 所要求的醫師、執業護士或臨床護士專家的適當監督下進行。	
救護車服務 • 受保障的救護車服務包括有：如果使用其它交通工具運送，病人生命會受到威脅或是本計劃批准的情況下，可以用固定翼飛機，螺旋槳飛機及地面救護車將病人送到最近的護理機構。 • 如果有記錄表明由其它交通工具運送會威脅到會員的健康情況，因此必須使用救護車，在此情況下，會員可接受救護車提供的非急症運載服務。	可能需要事前批准及轉介 **網絡內** 聯邦保健承保的救護車服務無需自付費($0)
年度健康檢查 如果您加入 B 部份已經超過 12 個月，可以參加年度健康檢查，	無需任何共付費、自付費或扣除額。

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
可以根據現在的健康情況及可能患病的情況，為自己制定或更新一份個人的預防疾病計劃。此保障為每 12 個月一次。 **注意：**您的初次年度健康檢查不能在您做了「「歡迎加入聯邦保健」第一次體檢後的 12 個月內進行。但在您加入 B 部份計劃 12 個月之後，「歡迎加入聯邦保健」的第一次體檢不會算作年度健康檢查。	
骨質密度測量 向符合資格的個人提供(通常指有骨質密度流失或骨質疏鬆風險的人士)。以下保障為每 24 個月一次，或按照醫療必需情況增加保障次數：測定骨質密度的方法，檢測骨質流失，或測量骨質密度，還包括醫生對檢查結果的解釋。	聯邦保健承保的骨質密度測量無需共付費、自付費或扣除額
乳腺癌檢驗(乳房 X 光檢查) **承保項目包括:** • 在 35 至 39 歲期間接受一次基線乳房檢查 • 40 歲及以上的女性每 12 個月一次的檢查 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查	承保的乳腺癌檢驗無需共付費、自付費或扣除額
心臟康復治療 心臟康復治療的綜合服務包括經由醫生轉介，為符合某些條件的會員提供健身運動、教育及咨詢輔導服務。本計劃還保障對心臟康復的特別護理計劃，通常此類護理計劃是更為嚴格及密集。	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的心臟康復治療及心臟康復特別護理無需自付費($0)

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
降低心血管疾病危險服務(為心血管疾病提供治療) 我們向會員每年提供一次此服務，您可以到主治醫生處去了解如何能降低罹患心血管疾病的危險。在看診時，您的醫生會告訴您如何正確服用阿司匹林(如有需要)，為您檢查血壓及提供健康飲食的建議。	心血管疾病深入行為治療預防服務無需共付費、自付費或扣除額
心血管疾病檢測 每五年(60 個月)檢測心血管疾病(或與心血管疾病相關的異常情況)而進行的驗血檢查。	每五年一次的心血管疾病檢測無需共付費、自付費或扣除額
宮頸癌及陰道癌檢驗 保障服務包括： • 為所有婦女提供每 24 個月一次宮頸刮片檢查及盆腔檢查 • 為有罹患子宮頸癌及陰道癌高風險、在過去 3 年內宮頸刮片檢查結果異常的育齡期婦女，提供每 12 個月一次宮頸刮片檢查的承保項目	聯邦保健承保的預防性宮頸刮片檢查及盆腔檢查無需共付費、自付費或扣除額
脊椎推拿療法服務 保障服務包括： • 我們只保障以物理手法對脊柱進行理療，矯正移位情況的服務。	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的脊椎推拿療法服務無需自付費($0)

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
結直腸癌檢驗	
為 50 歲及以上人士提供下列承保項目： • 每 48 個月一次軟式乙狀直腸鏡(或用鋇劑灌腸測試替代) 每 12 個月一次： • 糞便隱血試驗(gFOBT) ，或 • 糞便免疫化學試驗(FIT) 每 3 年一次 DNA 基因篩查大腸癌測試 為屬罹患結直腸癌高風險人士提供以下承保項目： • 每 24 個月一次大腸鏡檢驗(或用鋇劑灌腸測試替代) 為無罹患結直腸癌風險人士提供以下承保項目： • 每 10 年(120 個月) 一次大腸鏡檢驗，但不能在做過乙狀直腸鏡之後的 48 個月內進行	聯邦保健承保的結直腸癌檢驗無需共付費、自付費或扣除額 聯邦保健承保的鋇劑灌腸造影檢查無需自付費($0)
牙科服務	
通常預防性牙科服務(如洗牙，常規牙科檢查或牙科 X 光)是不受原式聯邦保健保障的。我們保障以下的服務： • *超出州醫療補助的牙科計劃所保障牙科服務的$1,000 津貼。* *您可以透過州醫療補助牙科計劃（也稱為 Denti-Cal）獲得牙科保險。有關保障表及尋找牙醫，請瀏覽 smilecalifornia.org。* *要聯絡州醫療補助牙科計劃，請致電會員電話服務中心，免費電話 1-800-322-6384 (聽障人士 1-800-735-2922)。州醫療補助牙科計劃代表可在周一至週五上午 8 時至下午 5 時為您提供協助。*	*請參閱州醫療補助牙科計劃。*

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
抑鬱症檢驗 我們向會員提供每年一次的抑鬱症檢驗服務。此檢驗必須由主治醫生進行，並能夠提供跟進治療及/或轉介服務。	年度抑鬱症檢驗無需共付費、自付費或扣除額
糖尿病檢驗 我們會為有以下患糖尿病風險的會員提供檢驗服務(包括空腹血糖檢查)：高血壓，有膽固醇及三酯甘油酸水平異常病史(血脂異常)，癡肥，或有高血糖病史。如果您符合其它條件，例如體重超重及有家族糖尿病史，還可以享有其它保障檢查服務。 根據檢查結果，您可能有資格獲得每 12 個月最多兩次的糖尿病驗血檢查。	聯邦保健承保的糖尿病檢驗無需共付費、自付費或扣除額
糖尿病人的自我監護訓練、糖尿病監護服務及用品 適用於所有糖尿病人(胰島素或非胰島素使用者)。承保項目包括： • 監控血糖的用品：血糖機、血糖試紙、採血針設備及針，以及檢測試紙及血糖機準確性的血糖控制溶液 • 為有嚴重糖尿腳病的糖尿病人：每年一雙定制的治療性鞋(包括配套鞋墊)以及兩雙額外鞋墊；或者一雙深厚度的鞋及三雙鞋墊(不包括隨此鞋搭配的非定制可取出鞋墊)。有嚴重糖尿腳病的病人，保障還包括糖尿鞋試穿服務。 • 某些情況下，自我監護培訓也受保障。	聯邦保健承保的糖尿病測試，無需共付費、自付費或扣除額
耐用性醫療設備(DME)及相關用品	

承保項目		享有承保項目時 **您必須支付的費用**
(「耐用性醫療設備(DME)」的定義請參閱本文件第十二章及第三章第 7 節。) 保障設備包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床褥設備、糖尿病用品、由醫生為您訂購的在家居使用的病床、靜脈注射泵、發聲器、吸氧設備、噴霧劑及助步器。 本計劃承保所有原式聯邦保健保障的醫療必需的耐用醫療器材。如果我們的合約機構沒有您需要的牌子或生產商，您可查詢他們可否為您特別訂購。瀏覽我們的網址 www.CCHPHealthPlan.com/medicare 了解最新供應商的資料。 *東華智選(HMO D-SNP)計劃*通常承保由這名單上的牌子或生產商提供的、原式聯邦保健承保的耐用醫療器材。除非您的醫生或醫療提供者認為其它牌子對您的情況更為適合，我們對名單以外的牌子或生產商不予承保。如果您是新加入 CCHP *東華智選(HMO D-SNP)計劃*，並且正在使用其它牌子的耐用醫療器材，我們會繼續承保這器材最多 90 天。在這 90 天內，您應該與您的醫生商量，90 天後您應使用哪種牌子的器材。（如果您與醫生的意見不一致，您可要求轉介到另一位醫生，接受第二意見。） 如果您（或您的醫生）不同意本計劃的承保決定，您們可以提出上訴。您亦可以對您醫生使用哪種器材或牌子的決定提出上訴。（詳情請參閱第九章*如何提出疑問或投訴（有關保障裁決、上訴及投訴）*）		*可能需要事前批准及轉介* 醫療網內 聯邦保健保障的耐用醫療器材 *每件 20%共付費* 您在登記 36 個月後的費用分攤不會改變。 如果在加入*東華智選(HMO D-SNP)計劃*之前，您已經為氧氣設備保障支付了 36 個月的租金，您在*東華智選(HMO D-SNP)計劃*中的分攤費用為*每件 20%共付費*。
急症服務 急症服務為：		美國境內急症服務無需自

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
• 由有提供急症服務資格的醫療提供者提供，及 • 需要評估及穩定一種緊急醫療狀況。 急症服務是指您或其它有一定健康及藥物知識的、審慎的非醫務人員，認為您發生了醫療症狀需要緊急醫治，以免危及生命（以及，如果您是孕婦則失去未出生的孩子）、引致殘疾、身體器官喪失功能等情況。這些症狀包括生病、受傷、劇痛或急劇惡化等病情。 網絡外必要的急診服務費用與網絡內接受同一服務的費用相同。 全球急症都有保障	付費($0) 美國境外急症服務每次收取$90 自付費(最高承保金額$25,000）。住院亦需支付該費用。您在報銷前需要預先支付該費用。 當您在非聯網醫院接受急症護理並且在病情穩定之後需繼續留院治療，您必須轉回計劃聯網醫院，計劃才會繼續承保您的住院費用。
雜貨津貼卡 $0 自付費由 NationsBenefits 管理的雜貨津貼卡。 您可以到任何參與的零售商或使用雜貨卡的每月$20 福利津貼。	雜貨津貼卡沒有共付費、自付費或扣除額。
保健及健康教育項目 這些項目針對某些健康問題：例如高血壓、膽固醇、哮喘及特殊飲食。為改善會員健康及豐富其生活方式的項目包括體重控制，健身及壓力緩舒。	醫療網內 無需自付費($0)
聽力服務 由您的主診醫生進行診斷性的聽力及身體平衡評估，來確定您是否需要由醫生、聽力矯治專家或其它有資格的醫療提供者提供的保障	可能需要事前批准及轉介 醫療網內

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
門診治療服務。 除了聯邦保健包含的福利外，我們還透過 NationsHearing 包含以下內容： • 例行聽力檢查：每年一次 • 助聽器 : 每年從 NationalHearing 購買最多兩副助聽器的費用最高達$ 1,000（雙耳組合）。 • 助聽器配件評估：每年進行 1 次助聽器配件/評估。 購買助聽器包括： • 在首次安裝的一年內提供 3 次探訪 • 自安裝之日起提供 60 天試用 • 每個助聽器提供每年 60 塊電池（3 年供應） • 3 年製造商維修保養 • 1 次性因遺失、被盜或損壞的助聽器的更換（每次更換可能需要支付自付費） • 第一套耳模（如有需要） 我們的計劃已與 NationsHearing 合作，為您提供非聯邦保健涵蓋的聽力服務。 您必須透過 NationsHearing 獲得助聽器。 請致電（877）392-3753（TTY：711）或瀏覽網站 Nationalshearing.com/cchp 與 NationsHearing 聯繫，以獲取更多資訊或安排預約。	受聯邦保健保障的聽力檢查無需自付費($0) 非聯邦保健涵蓋的聽力服務： 例行聽力檢查：無需自付費($0) 助聽器配件評估：無需自付費($0) 助聽器： 入門技術級別：每個助聽器無需付費($0)

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
愛滋病 HIV 檢驗 為那些要求進行 HIV 檢驗或處於感染高風險人士提供以下保障服務： • 每 12 個月一次檢驗 我們保障孕婦： • 妊娠期內最多三次的檢驗	合格的會員無需聯邦保健承保的預防性愛滋病 HIV 檢驗的共付費、自付費或扣除額

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
家居護理機構服務 在您獲得家居護理服務前，醫生必須證實您需要此服務，並要求家居護理機構向您提供此服務。您必須是長期居家，每次出門都有困難。 保障服務包括但不限於： • 兼職或間斷性專業護理及家居護理輔助服務(如要按家居護理福利而接受保障，您接受的專業護理及家居護理輔助服務總共不得超過每天八小時，每週三十五小時) • 物理治療、職業康復治療及語言治療 • 醫療及社交服務 • 醫療設備及用品	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健承保的家居護理服務無需自付費($0)
家居輸血治療 家**居**輸液治療涉及在家中對個人進行注入靜脈、皮下藥物或生物製劑。 進行家**居**輸液治療所需的組件包括藥物（例如抗病毒藥，免疫球蛋白），設備（例如泵）及用品（例如管道及導管）。 保障服務包括但不限於： • 專業服務，包括護理服務； 按照護理計劃的佈置 • 耐用醫療設備福利未涵蓋的病人訓練及教育 • 遙距監控 • 由合格的家居輸血治療供應商提供家居輸血治療及家居輸血藥物的監控服務	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的家居輸血治療無需自付費($0)

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
寧養護理 如果您的醫生及寧養醫療總監評估您的病情是末期，並在正常的情況下只擁有 6 個月或以下的生命時間，您可以接受寧養護理服務。您可以接受任何由聯邦保健認證的寧養服務計劃提供的護理服務。您的計劃有義務協助您在計劃的服務範圍區內找到經聯邦保健認證的寧養護理，包括聯邦保健優惠計劃組織所擁有、控製或有經濟利益的機構。負責您寧養護理的醫生可以是聯網或非聯網醫療提供者。保障的服務包括： ●控制症狀或止痛的藥物 ●短期臨時看護 ●家居護理 <u>寧養護理服務及由聯邦保健 A 部份及 B 部份保障的因您病危評估而提供的護理服務</u>：由原式聯邦保健(而不是本計劃)會支付這些服務費用給寧養護理機構。當您加入了這些寧養計劃，負責您安養護理的醫療提供者會向原式聯邦保健收取其保障的服務費用。您將被收取原式聯邦保健的分攤費用。 <u>由聯邦保健 A 部份及 B 部份保障但不涉及您病危評估的護理服務:</u>如果您需要聯邦保健 A 部份及 B 部份保障的、不涉及病危情況的非急症、非急需的醫療護理服務，您所要支付的費用取決於您是否享有的是本計劃的聯網醫療提供者提供的服務並遵守計劃規則(例如是否需要獲得事先授權）。 • 如果您是通過聯網醫療提供者獲取保障服務並遵循獲得服務的計劃規定，您只需支付本計劃規定的聯網服務分擔費用。 • 如果您是通過非聯網醫療提供者獲取保障服務的，您需要	當您加入聯邦保健認證的寧養服務計劃，將由原式聯邦保健計劃而非*東華智選(HMO D-SNP)計劃*支付您的寧養護理及 A 部份及 B 部份與病危有關的保障費用。

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
支付按服務收費的聯邦保健(原式聯邦保健)規定的分擔費用。 對於*東華智選(HMO D-SNP)計劃*保障而非聯邦保健 A 部份或 B 部份保障的服務：不管此 A 部份或 B 部份是否因您病危評估，*東華智選(HMO D-SNP)計劃*將繼續保障此服務。您需支付享有這些服務的分擔費用。 有關本計劃承保的 D 部份藥物福利: 如果這些藥物與您的寧養護理無關，您需要支付分攤費用。如果它們與您的寧養護理有關，您需要支付原式聯邦保健的費用分攤。 藥物不會同時由本計劃及寧養服務機構承保提供(請參閱第 5 章第 9.4 節的*假如您正在接受聯邦醫療保健認可的寧養服務*) **注意：**如果您需要非寧養服務(即與病危評估無關的護理服務)，應聯絡我們替您做出相應安排。	
疫苗接種 聯邦保健 B 部份保障服務包括： • 肺炎疫苗 • 每個秋天及冬天流感季節一次的流感疫苗接種，及醫療上有必要的額外流感疫苗 • 為有罹患乙肝中等及高風險人士提供乙肝疫苗 • COVID-19 疫苗 • 其它高患病風險所需要接種的疫苗，並且需符合聯邦保健 B 部份的規定	肺炎疫苗、流感疫苗、乙型肝炎疫苗及 COVID-19 疫苗無需共付費、自付費或扣除額

承保項目		享有承保項目時 **您必須支付的費用**
我們的 D 部份處方藥福利還保障其它一些疫苗。		
住院護理 包括緊急住院、康復性住院、長期護理醫院及其它住院服務。保障在您的醫生安排您正式入院的當日開始，到您出院前一天結束。 保障服務包括但不限於： ● 半私人病房(如有醫療必需，可提供私人病房) ● 膳食，包括特殊飲食需要 ● 常規護理服務 ● 特殊護理病房的費用(包括重症監護病房/冠心病監護病房) ● 藥物及藥物治療 ● 試驗室測試 ● X 光及其它放射性服務 ● 必須的手術及醫療用品 ● 輔助工具，例如輪椅 ● 手術室及術後觀察室的費用 ● 物理治療、職業康復治療及語言治療 ● 在特定情況下，以下移植手術也受到保障：眼角膜、腎臟、胰腎聯合移植、心臟、肝臟、肺、心肺聯合移植、骨髓、幹細胞以及腸道/多內臟器官移植。如果您需要接受移植手術，我們會安排由聯邦保健批准的移植中心復審您的案例，決定您能否成為移植候選人。移植中心可能位於服務保障區域內，也可能在您所在社區護理模式外。只要您選擇的移植中心願意接受原式聯邦保健的付費標準，您則可以選擇在本地		可能需要事前批准及轉介 醫療網內 住院護理無需自付費($0) 每次住院沒有時限。 除緊急情況外，您的醫生必須通知本計劃您即將需要入住醫院。

承保項目		享有承保項目時 **您必須支付的費用**
進行移植手術或去計劃安排的較偏遠地點。如果您被安排到您所在社區護理模式外的中心接受移植，*東華智選(HMO D-SNP)計劃*會為您及一位陪護安排或支付相應的住宿及交通費用。 ● 血液服務 – 包括儲存及輸血。輸送全血或血細胞的保障僅從第 4 品脫開始，在一年內您必須自己支付前 3 品脫的輸血費用或接受您自己或他人捐的血。其它血液部份從開始使用的第一品脫血液開始 ● 醫生服務 **注意：**您的醫療提供者必須書面開寫醫囑正式收您入院。有時即使您在醫院過夜，也只會被視作「門診病人」。如果您不確定您屬於住院病人還是門診病人，可以向醫務人員查詢。 您也可以從一份名為「您是住院病人還是門診病人? 如果您有聯邦保健計劃—請向我們查問」的聯邦保健資料資料一覽表中了解詳情。該資料資料一覽表可從以下網站獲得：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，您還可致電每週七天，每天 24 小時開通的熱線電話查詢，號碼 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士 1-877-486-2048。		

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
精神科住院服務 承保項目包括需要住院治療的精神科護理。會員在精神病院接受住院治療，終生最高期限為 190 天。只有當會員符合某些條件，其在精神病院住院治療的天數才會計入此 190 天終生期限。此 190 天期限不適用於一般醫院精神病科接受的服務。	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 精神科住院護理無需自付費($0) 除緊急情況外，您的醫生必須通知本計劃您即將需要入住醫院。
不受保障的入住醫院或專業護理院的情況下承保的服務 如果您已經用完了住院福利或住院情況並不合理及無必要的，我們是不會保障您的住院服務。但在某些情況下，我們會保障您在入住醫院或專業護理院時的部份護理服務。保障服務包括但不限於以下幾種： • 醫生服務 • 各種診斷性測試(例如試驗室檢驗) • X 光，鐳等放射性同位素治療，包括技術員使用的材料及服務 • 手術包扎敷料 • 夾板、石膏、或其它用於減低骨折及錯位的工具 • 義肢及矯形工具(不包括牙科)來替換部份或所有人體內部器官(包括連接組織)，或代替某一功能障礙或永久性失靈的人體內部器官的部份或全部功能，以及修補或替換這些器具	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 參閱該表內門診服務費用部分。

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
• 由於弄壞、損耗，丟失或病人身體狀況改變等原因，需要調整、修補或更換腿部、手臂、背部及頸部支架；疝氣帶；義肢及義眼 • 物理治療、語言治療及職業康復治療	
醫療營養治療 此福利是由主治醫生轉介給糖尿病患者，腎病患者(無需透析服務)以及剛接受器官移植的病人。 根據聯邦保健計劃規定(包括本計劃，任何其它聯邦保健優惠計劃及原式聯邦保健計劃)，在您接受醫療營養治療的第一年，您可以享有三小時的 1 對 1 關於醫療營養的咨詢服務，此後每年可享受一次兩小時的服務。如果您的病情、治療方法或診斷有變，經由醫生重新轉介後，可以享有更長時間的服務。醫生必須要把這項服務寫入轉介信內，如果您下一年繼續需要此服務，要重新寫入處方。	合資格會員無需聯邦保健承保的醫療營養治療的共付費、自付費或扣除額
聯邦保健糖尿病預防計劃 (MDPP) 所有聯邦保健醫療計劃將會向所有合資格的醫療保險受益人提供 MDPP 服務。 該計劃是一個結構性的健康行為干預措施，為長期飲食改變、提高運動量及解決問題策略提供實用的培訓，去克服控制體重及維持健康生活方式的挑戰。	無需共付費、自付費或扣除額
聯邦保健 B 部份處方藥物 以下藥物得到原式聯邦保健 B 部份的保障。本計劃向會員提供這些藥物的保障，包括：	可能需要事前批准或轉介 醫療網內

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
• 這些藥物通常不會由病人自己服藥、而是由醫生、門診部或門診手術中心，給病人注射或輸液的藥物 • 本計劃批准您在使用耐用醫療器材時服用的藥物 (例如噴霧劑) • 您因血友病而自行注射的凝血因子 • 免疫抑制藥物(如果您在接受器官移植時已加入了聯邦保健 A 部份計劃) • 注射型抗骨質疏鬆藥物(如果您居住家中，不慎骨折，經醫生確診為絕經期骨質疏鬆症，而且無法自行服藥) • 抗原 • 部份口服抗癌藥物及防止噁心的藥物 • 部分家居透析需要的藥物，包括肝素，醫療必需時服用的肝素解毒劑，表皮麻醉，及促血紅素形成激化劑(例如 Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa) • 在家中治療原發性免疫缺陷疾病所使用的靜脈內免疫球蛋白 我們還根據 B 部分及 D 部分處方藥物的保障涵蓋一些疫苗。 第五章介紹 D 部份處方藥物的保障福利，包括您必須遵從的處方藥物條例。第六章說明您需為 D 部份支付的處方藥費。	化學療法/放射藥物，會員無需自付費($0) 對於其它聯邦保健 B 部份藥物，會員無需自付費($0)
肥胖症檢驗及保持體重的治療 如果您的身體密度指數(BMI)超過 30，我們會保障協助您減肥的深切輔導。本計劃只保障您在您的定點醫院獲取的此項服務，這樣可以與您的綜合預防計劃相結合。欲知詳情，請諮詢您的主治醫生。	預防性肥胖症檢驗及輔導無需共付費、自付費或扣除額

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
鴉片類藥物治療計劃服務 我們計劃中患有鴉片類藥物成癮 OUD) 的會員可以通過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 獲得這些服務以治療 OUD，其中包括： • 美國食品及藥物管理局(FDA)批准的鴉片類增效劑及拮抗劑作藥物輔助治療 (MAT) 的藥物。處方及管理 MAT 藥物 (若適用) • 濫藥輔導 • 個人及團體治療 • 毒理學測試 • 攝取量活動 • 定期評估	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 無需自付費($0)
門診診斷性檢查及治療服務及用品 保障服務包括但不限於： • X 光 • 放射性治療 (鐳及同位素)包括技術師使用的材料及用品 • 手術用品，例如包扎敷料 • 夾板，石膏，或其它用於減低骨折及錯位的工具 • 各種化驗 • 輸血 -包括儲存及輸血。保障從您輸入的第 4 品脫血液開始 – 在一年內，前 3 品脫血液您必須通過自付或自己及他人捐血來得到。血液的其它元素將從第 1 品脫開始保障。	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 無需自付費($0) • X 光 • 化驗 • 診斷程序及檢查 聯邦保健保障的診斷性照射服務 (即磁力共振、電腦斷層掃描、正電子斷層掃

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
• 其它門診診斷檢查	描、熒光鏡引導造影，核醫學）無需自付費($0) 聯邦保健保障的治療性照射服務無需自付費($0)
醫院門診觀察 觀察服務是醫院的門診服務，用於確定您是需要住院還是可以出院。 為了覆蓋醫院門診觀察服務，它們必須符合聯邦保健的標準並被視為合理且必要的。觀察服務僅在由醫生進行，或另一獲本州法例許可之人士以及醫院工作人員允許病人入院或下令進行門診檢查。 **注意：**除非醫療提供者開醫囑要求您住院治療，否則您仍然只是門診病人，需要支付門診服務的分擔費用。有時即使您在醫院過夜，也只會被視作「門診病人」。如果您不確定您是否門診病人，請向醫務人員查詢。 您也可以從一份名為「您是住院病人還是門診病人?如果您有聯邦保健計劃—請向我們查詢」的聯邦保健資料一覽表中了解詳情。該資料一覽表可從以下網站獲得：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，您還可致電每週七天，每天 24 小時開通的熱線電話查詢，號碼 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士 1-877-486-2048。	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的醫院門診或觀察服務無需自付費($0)
醫院門診服務 我們會保障您在醫院門診部門爲了診斷或治療某種疾病或受傷而	可能需要事前批准及轉介

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
接受的醫療必須服務。 保障服務包括但不限於： • 急症或門診診所提供的服務，例如觀察服務或門診手術 • 由醫院寄發賬單的化驗及診斷性檢查 • 精神心理護理服務，包括通過部份住院項目接受的護理，並且需有醫生證實如果不使用部份住院項目護理，就必須要住院治療。 • 由醫院寄發賬單的 X 光及其它放射性檢查服務 • 醫療用品，例如夾板及石膏 • 您無法自己得到的某些藥物或化學品 **注意：**除非醫療提供者開醫囑要求您住院治療，否則您仍然只是門診病人，需要支付門診服務的分擔費用。有時即使您在醫院過夜，也只會被視作「門診病人」。如果您不確定您是否門診病人，請向醫務人員查詢。 您也可以從一份名為「您是住院病人還是門診病人? 如果您有 聯邦保健計劃—請向我們查問」的聯邦保健資料一覽表中了解詳情。該資料一覽表可從以下網站獲得：https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf，您還可致電每週七天，每天 24 小時開通的熱線電話查詢，號碼 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士請致電 1-877-486-2048。	醫療網內 聯邦保健保障的醫院門診或觀察服務無需自付費 ($0)
門診精神科服護理 承保項目包括：	可能需要事前批准及轉介

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
由取得本州執業執照的精神科醫生或醫生、臨床心理醫生、臨床社工、臨床護理專家、醫護師、醫師助理或其它聯邦保健認證的心理保健師提供的心理保健服務。	醫療網內 聯邦保健保障的個人或小組護理無需自付費($0) 無需自付費
門診復康服務 承保項目包括: 物理治療、職業康復治療、語言治療。 門診康復服務通常是在這些門診環境下為病人提供的 : 例如醫院的門診各部門，私人執業治療師辦公室以及綜合康復門診中心(CORFs)。	可能需要事前批准或轉介 醫療網內 聯邦保健保障的門診康復服務無需自付費($0) 聯邦保健保障的物理治療或語言、發音治療門診無需自付費($0)
門診藥物濫用治療服務 承保聯邦保健保障的個人或團體門診藥物濫用治療	可能需要事前批准或轉介 醫療網內 聯邦保健保障的個人或小組門診藥物濫用治療無需自付費($0)

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
門診手術，包括在醫院門診部或門診手術中心提供的服務 **注意：**如果您在醫院接受手術，您需要向醫療提供者諮詢您屬於住院病人還是門診病人。除非醫療提供者開寫醫囑收取您入院，否則您都只是門診病人，需要支付門診手術的分擔費用。有時即使您在醫院過夜，也可能只算作「門診病人」。	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的醫院門診手術或急救手術中心服務無需自付費($0)
非處方 (OTC) 物品。 您的保障包括非處方物品、藥品及產品。 您可以訂購： 網上 – 瀏覽 NationsOTC.com/cchp 電話 – 週一至週五（節假日除外）致電 1-877-211-3132（TTY：711）與 NationsOTC 會員體驗顧問查詢。 郵寄 – 填寫 NationsOTC 產品目錄訂購單	您在每個季度可獲取$55津貼，可用於購買計劃批准的 OTC 物品，藥物及產品。 如果您訂購時未使用所有季度 OTC 津貼，餘額將不會累積到下一個 OTC 季度
部份住院服務 「部份住院服務」是由醫院門診部或社區精神健康中心為病人提供的積極精神治療的結構化項目，該服務相較比在主治醫生或治療師處得到的服務更為強化，是替代住院治療的另一種方式。 注：因為本計劃醫療網內沒有社區精神健康中心，我們只保障醫院門診部提供的此項服務。	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的部份住院計劃服務無需要支付自付費($0)

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**

醫生/醫護師服務，包括前往主治醫生處看診
 	
承保項目包括：
• 在醫生辦公室、經聯邦保健認證的門診手術中心、醫院門診部門或任何其它地方進行的醫療必須的護理及外科手術服務
• 由專科醫生就診、診斷及治療
• 由主治醫生開醫囑要求進行的基本聽力及平衡測試，以確定您是否需要醫治
• 遙距醫療服務，適用於每月與居住於醫院、重症醫院的腎臟透析中心、腎臟透析設施、或家中的晚期腎臟疾病有關家庭透析成員就診。
• 無論您身在何地，遙距醫療服務用於診斷，評估或治療中風症狀。
• 無論您身在何地，為患有藥物濫用障礙或同時患有精神健康障礙的會員提供遙距醫療服務。
• 在以下情況下，遙距醫療服務適用於診斷、評估及治療精神疾病：
  ○ 您在首次遙距醫療診斷前 6 個月內進行了面對面訪問
  ○ 在接受這些遙距醫療服務期間，您每 12 個月進行一次面對面訪問
  ○ 在某些情況下可以對上述情況進行例外處理
• 郊區健康診所及聯邦合格健康中心為心理健康診斷提供遙距醫療服務與醫生進行 5-10 分鐘的虛擬（例如：通過電話或視頻對話）就診，如果：
  ○ 您並非新病人，及
  ○ 此就診與前 7 天內的就診無關，及
	可能需要事前批准及轉介
	
	醫療網內
	
	聯邦保健保障的主治醫生診所就診無需自付費($0)
	
	聯邦保健保障的專科醫生診所就診無需自付費($0)

承保項目		享有承保項目時 **您必須支付的費用**
○ 此就診與在接下來的 24 小時內或下一個預約無關。 • 對您發送給醫生的預先錄製的視頻及或圖像作遙距評估，包括醫生解釋及 24 小時內的跟進，如果： ○ 您並非新病人，及 ○ 此遙距評估與前 7 天內的就診無關，及 ○ 此遙距評估與在接下來的 24 小時內或下一個預約無關。 • 與其它醫生透過電話、互聯網或電子健康記錄評估進行諮詢 • 手術前，由另一位聯網醫療提供者做出的治療建議 • 非常規性牙科護理(受保障服務限於下頜或其它結構的手術，下頜或臉骨的接骨，為下頜接受放射性癌症治療而進行的拔牙術，或其它由醫生實施的受保障服務)		
足科服務 承保項目包括： • 診斷及以醫療或手術方式治療足部的受傷及疾病(如鎚狀趾或跟骨骨刺) • 為因某些病症而影響下肢功能的會員提供常規足部護理		可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的醫療必需足科服務無需自付費($0)
前列腺癌檢驗測試 為 50 歲及以上的男士提供以下的承保項目 – 每 12 個月一次： • 肛門指檢 • 前列腺抗原 (PSA)檢測		年度前列腺癌檢驗無需共付費、自付費或扣除額

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
矯形設備及相關用品 替換部份或全部身體器官或功能的設備(不包括牙科矯形)，包括但不限於：人造肛門袋及與結腸造口護理直接相關的用具、起搏器、支架、矯形鞋、義肢、義乳(包括乳房切除術後的術後胸圍)。包括部份與矯形設備相關的用具，以及矯形設備的修補及更換。還包括白內障切除手術之後的部份承保項目—詳情請參閱本節「視力護理」部份。	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的用品無需自付費($0)
肺科康復服務 肺科康復的綜合性項目是受本計劃保障的，為罹患中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺疾病(COPD)的會員以及由治療慢性呼吸道疾病的醫生轉介接受肺科康復服務。	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的肺科康復服務無需自付費($0)
檢驗及輔導服務以減少濫用酒精情況 我們向濫用酒精但尚未對酒精產生依賴性的、享有聯邦保健的成年人(包括懷孕婦女)提供一次酒精濫用檢驗服務。 如果您的濫用酒精檢驗結果為陽性，您可以到醫院，接受符合資格的主治醫生提供的每年四次簡短的面對面輔導(如果您在接受輔導時神志尚是正常及清醒的話)。	聯邦保健承保的預防濫用酒精檢驗及輔導無需共付費、自付費或扣除額

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
輕劑量電腦斷層掃描(LDCT)測試肺癌 為合資格會員提供每 12 個月一次承保的輕劑量電腦斷層掃描. **合資格會員是指**：50-77 歲沒有肺癌症狀，但曾經每年吸煙最少 20 包、現時有吸煙或過去 15 年內戒了煙的人士，在肺癌測試諮詢及決策時醫生認為適合，提供 LDCT 處方，並由醫生或合資格醫護師提供的掃描。 *首次 LDCT 掃描後的跟進掃描*: 必須有醫生或合資格醫護師提供的 LDCT 肺癌測試處方。LDCT 跟進掃描諮詢及決策必須符合聯邦保健的要求。	聯邦保健保障的 LDCT 掃描諮詢及決策無需共付費、自付費或扣除額。
性傳染疾病(STI)的檢驗以及預防輔導 我們保障的性傳染疾病(STI)檢驗服務會包括衣原體、淋病、梅毒及乙肝的檢查。如主治醫生有開寫相應的醫囑，本計劃會為孕婦及某些有感染性傳播疾病高風險的人士保障此類檢查。我們會提供每 12 個月一次的保障服務，孕婦根據情況在某些時候進行。 我們還會為性生活頻繁，容易罹患性傳染疾病的成年人提供每年最多兩次，每次 20 至 30 分鐘的一對一針對行為輔導保障服務。此類預防性輔導服務只有在主治醫生要求下，在主診醫生辦公室內進行。	聯邦保健承保的預防性傳染疾病(STI)的檢驗及輔導無需共付費、自付費或扣除額
治療腎病的服務 承保項目包括：	可能需要事前批准及轉介

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
• 腎病教育服務，進行腎病護理的教育，協助會員對其護理作出明智的決定。患有第四期腎功能衰竭的病人如得到醫生轉介，一生可接受最多 6 次的腎病護理教育服務。 • 門診透析治療(包括第三章所述的臨時離開保障服務地區的透析服務，或當您的該服務提供者暫時無法預約) • 住院透析服務(如果您需要住院接受特殊護理) • 個人家居透析培訓(包括向您或任何協助您在家中進行透析的人士提供的培訓) • 家居透析設備及用品 • 某些家居援助服務(例如在有需要的時候，受過培訓的透析專員到訪您家中，查看您在家中的透析情況，急症情況援助，以及檢查您的透析設備及供水狀況) 聯邦保健 B 部份福利保障某些透析時使用的藥物。請參閱「聯邦保健 B 部份處方藥物」項目一欄了解哪些藥物是 B 部份保障藥物。	醫療網內 聯邦保健保障的治療腎病服務無需自付費($0)
專業護理院(SNF)服務 (「專業護理院」的定義請參閱本文件第十二章。專業護理院有時被稱作「SNFs」。) 保障服務包括但不限於： • 半私人病房(如醫療必需，可提供私人病房) • 膳食，包括特殊飲食需要 • 專業護理服務 • 物理治療、職業康復治療及語言治療 • 作爲對您的護理一部分，為您監管用藥情況 (包括監察體內	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 專業護理院照顧無需自付費($0)，每日曆年上限 100 天

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
自然存在的物質，例如凝血因子) • 血液服務 – 包括儲存及輸血。輸送全血或血細胞的保障僅從第 4 品脫開始 – 在一年內，您需要自己支付前 3 品脫的血液，或由自己或他人捐血獲得。其它血液部份從使用的第 1 品脫血開始。 • 通常由 SNFs 提供的醫療及手術用品 • 通常由 SNFs 提供化驗 • 通常由 SNFs 進行的 X 光及其它放射性服務 • 通常由 SNFs 提供的輔助工具，例如：輪椅 • 醫生/醫護師服務 您的 SNF 護理服務通常由聯網護理院提供。但在下列情況中，您也可以用聯網共付費的金額來接受非聯網護理院的服務，只要該護理院願意接受本計劃支付的金額。 • 您入住醫院前一直居住的護理院或持續性護理退休社區中心 (只要它能提供專業護理院所提供的護理服務) • 您離開醫院時，您的配偶居住的專業護理院	
戒煙 (戒煙輔導) 如果您吸煙，但沒有任何與吸煙相關的疾病或症狀：我們會保障每 12 個月內兩次戒煙輔導，這項預防性的服務是免費的。每次輔導包括最多 4 次面見輔導師。 如果您吸煙，而且也被診斷出患上與吸煙相關的疾病，或者因吸煙而需要服藥：我們保障戒煙輔導服務。我們提供每 12 個月內兩次戒煙輔導，但您需要支付自付費用。每次輔導包括最多 4 次面見	聯邦保健承保的預防吸煙及戒煙服務無需共付費、自付費或扣除額

承保項目		享有承保項目時 **您必須支付的費用**
輔導師。		
督導運動治療(SET) 督導運動治療是為患有症狀性外周動脈疾病（PAD）的會員提供，及由負責提供 PAD 治療的醫生轉介。 如果滿足督導運動治療的要求，12 週內最多接受 36 次的療程。 督導運動治療必須： • 包括持續 30-60 分鐘的療程，包括針對跛行患者的 PAD 治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診或醫生診所環境下提供 • 由合資格及受過 PAD 運動療法訓練的輔助人員提供，保證運動治療的好處勝於可能造成的傷害 • 由醫生、醫生助手、醫護師或臨床專科護士直接監督下進行，監督人員必須受過基本及高級急救技術訓練。 12 週內接受 36 次療程後，如果醫生證明有醫療上的必要，SET可能延長保障一個期限內額外 36 次療程。		可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的治療症狀性外周動脈疾病（PAD）的督導運動治療（SET）無需自付費($0)
交通服務 承保每年 48 次單程到計劃允許地點的交通服務。 交通服務必須由CCHP的關護員安排。		可能需要事前批准及轉介 醫療網內 *每程支付$0 自付費*
急需醫療服務 急需醫療服務是指處理非急症、不能預知但又需要立即醫治的疾病、受傷等情況的護理服務。但鑑於您的情況，從聯網醫療服務提供者獲得服務是不可能或不合理的。計劃必須保障在非聯網的急需		*醫療網內/外* *美國境內聯邦保健保障的急需醫療服務無需自付費*

承保項目	享有承保項目時 **您必須支付的費用**
服務的例子包括 i)您在周末需要即時護理，或 ii)您暫時不在計劃的服務範圍內。服務必須有迫切性及醫療必要性。如果鑑於您的情況而立即從聯網醫療服務提供者獲得服務是不合理的，的計劃將保障來自非聯網提供者的急需服務。 *急需醫療服務覆蓋全球。*	*($0)* *美國境外急症服務每次收取$90 自付費(最高承保金額$25,000）。住院亦需支付該費用。您在報銷前需要預先支付該費用。*
視力護理 保障的服務包括： • 門診醫生進行的診斷及治療眼病及眼受傷情況，包括治療老年黃斑退化性病變。原式聯邦保健並不保障配眼鏡或隱形眼鏡而要做的常規眼部檢查(例如驗光檢查)。 • 為患青光眼高風險的病人，例如有青光眼家族病史人士、糖尿病患者、50 歲及以上非洲裔美國人及 65 歲及以上西班牙裔美國人提供：每年一次青光眼檢查。 • 承保每年一次為糖尿病人士提供的視網膜病變檢查。 • 每次進行包括植入人工晶狀體的白內障手術之後的一副眼鏡或隱形眼鏡。(如果您要做兩次不同的白內障手術，您不能保留第一次手術的福利，即不能在第二次手術之後配兩副眼鏡。)	可能需要事前批准及轉介 醫療網內 聯邦保健保障的眼疾診斷及治療無需自付費($0) 聯邦保健保障的白內障手術後配戴的一副眼鏡或隱形眼鏡無需自付費($0) 每年一次由 VSP 合約醫生提供的補充眼科檢查(眼屈光）無需自付費($0) 無需自付費： 每兩年配購一副眼鏡，限 $150
「歡迎加入聯邦保健」 預防性檢驗	無需為「歡迎加入聯邦保

承保項目		享有承保項目時 **您必須支付的費用**
本計劃會提供一次性「歡迎加入聯邦保健」預防性檢驗。這次檢驗會檢查您的健康情況，評估您是否需要某些預防性服務的教育及輔導(包括某些化驗及預防針)，或是否需要轉介服務。 **重要：**我們只保障您在加入聯邦保健 B 部份的頭 12 個月內進行的首次「歡迎加入聯邦保健」預防性檢驗。當您預約時，請告知您的醫生診所安排「歡迎加入聯邦保健」預防性檢。		健」預防性檢驗支付任何共付費、自付費或扣除額。

第 3 節 東華智選(HMO D-SNP)計劃外保障的醫療服務

第 3.1 節 *東華智選(HMO D-SNP)計劃*不承保的服務

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*不承保下列服務，但這些服務可能通過州醫療補助提供：

- 入住長期護理院的時間超過入院當月開始計算的兩個月（可能需要州醫療補助事前批准）
- 例行足部護理（可能需要州醫療補助事前批准）
- 失禁用品
- 聯邦保健不保障的某些藥物，詳情請參閱州醫療補助藥物表
- 部份牙科服務（可能需要加州牙科事前批准）

第 4 節 計劃不保的醫療服務類型

第 4.1 節 *不受保*的醫療服務(不承保項目)

本節說明哪些醫療服務是「除外」。

以下表列出在任何情況下都不受保障的服務及項目，或者只在某些特定情況下才受保障的服務及項目。

如果您接受不受保障的醫療服務，除非下列特別情況，否則必須要自行支付費用。即使這些服務是在急症中心進行的，仍然不屬於保障範圍。本計劃是不會負責這些服務的費用。唯一的例外是如果該服務被上訴並裁定：根據您的具體情況，裁定我們該支付或保障的醫療服務。(有關對我們拒絕醫療服務的決定提出上訴的資料，請參閱本文件第九章第 6.3 節。)

不受聯邦保健承保的服務	**任何情況下不予承保**	**只在特殊情況下承保**
整容手術或服務		• 由於意外受傷或為改善身體某個變形器官而進行的美容手術。 • 乳房切除術後的乳房再造，則是全額保障的，保障還包括調整未受影響的乳房，以達到對稱外觀的效果。
看護。（有助於不需要專業技能或培訓的日常活動的護理，例如洗澡及穿衣。） 監護服務是不要求有受過醫護訓練的人士或輔助人員持續看護，只是協助您完成日常生活的服務，包括洗澡及更衣。	√	
試驗性的醫療及手術、設備及藥物 試驗性的手術或醫療程序包括被原式聯邦保健認為通常不為醫務界接受的手術或程序		經聯邦保健臨床研究所或本計劃的批准，可受到原式聯邦保健的保障 (請參閱第三章第 5 節有關臨床研究的說明)

不受聯邦保健承保的服務	任何情況下不予承保	只在特殊情況下承保
由您的直系親屬或家庭成員收取的護理費用。	√	
您家中的全職護理服務	√	
家居送餐服務	√	
家居服務，包括基本的家政服務，例如簡單的打掃或煮食	√	
自然療法服務（使用自然療法或替代療法）。	√	
非常規的牙科服務		如果是非常規牙科服務以治療疾病或受傷，可能會受住院或門診保障。
矯形鞋或腳部支撐裝置		鞋子屬於腿部支架的一部份並且費用包含在支架費用內，或是有糖尿足病患者穿著的矯形鞋或治療鞋。
醫院或專業護理機構房間內的個人物品，例如電話或電視	√	
醫院私家病房		除非是醫療必需
逆轉絕育手術及非處方避孕工具	√	
常規脊椎護理		只保障人手脊柱理療調整半脫位。
常規牙科護理，例如清潔、填充或假牙。	√	
常規眼科檢查，眼鏡，放射狀角膜切開術、LASIK 手術及其它視力輔助工具		保障白內障手術後人士的眼睛檢查及一副眼鏡（或隱形眼鏡）

不受聯邦保健承保的服務	任何情況下不予承保	只在特殊情況下承保
常規足部護理		除非是符合聯邦保健條例的限制性保障，如有糖尿病患者的足部護理。
根據原式聯邦保健標準，被認為是不合理及非必需的醫療服務	√	

第五章：

通過本計劃的保障福利獲取

聯邦保健 D 部份處方藥物

? **如果您享有處方藥物資助，該如何查詢您的藥物費用？**

本計劃大部份會員享有聯邦保健提供的「額外資助」計劃來支付其處方藥物費用。如果已您加入了處方藥物資助計劃，**本*保障說明書*內某些關於 D 部份處方藥的資料可能對您並不適用。**我們已經寄出一份「獲取處方藥物額外資助投保人的*保障說明書*附加條款」(LIS Rider)的單張，說明您的處方藥物保障情況。如果您沒有收到此單張，請致電會員服務中心，並說明索取(LIS Rider)的單張。(會員服務中心的電話號碼印在本文件封底。)

第 1 節 介紹

本章**說明通過本計劃獲取 D 部份處方藥物的規定**。請參閱第四章了解聯邦保健 B 部分藥物及寧養藥物保障。

除了聯邦保健保障的藥物外，有些處方藥物也可以通過您的州醫療補助得到保障。如欲向聯邦保健輔助計劃索取資料，請致電 1-916-445-4171，聽障人士 1-916-445-0553。

第 1.1 節 本計劃 D 部份處方藥物保障的基本規定

只要您遵守以下基本規定，本計劃通常都會保障您的藥物需要：

- 必須由醫療提供者(醫生、牙醫或其它能開寫處方的醫務人員)為您開寫根據適用的州法律必須是有效的處方。
- 您的開寫處方者不得出現在聯邦保健的排除名單上。
- 必須在聯網藥房配藥。(詳情請參閱第 2 節「*在聯網藥房或通過計劃的郵購配藥服務配藥*」)
- 您的藥物必須在本計劃的保障藥物一覽表內(我們簡稱為「*藥物表*」)。
  (請參閱第 3 節「*您的藥物必須在本計劃的藥物表內*」)

- 您的藥物必須用於「醫療許可」情況，即經美國食品及藥物管理局的核准或有特定參考資料佐證的藥物使用方式。(關於醫療許可情況的詳情請參閱第 3 節。)

第 2 節 在聯網藥房或通過計劃的郵購服務配藥

第 2.1 節 使用聯網藥房

大部分情況下，*只有*本計劃聯網藥房配的處方藥物才能得到保障。(在何種情況下本計劃才保障非聯網藥房配購的藥物，請查閱第 2.5 節。)

聯網藥房與本計劃簽有協議，向您提供保障的處方藥物。「保障藥物」指的是本計劃藥物表內的所有 D 部份處方藥物。

第 2.2 節 尋找聯網藥房

如何在您居住的地區尋找聯網藥房？

您可以查閱*藥房手冊*、瀏覽我們的網址(*www.CCHPHealthPlan.com/medicare*)，及/或致電會員服務中心，選擇一間最方便的聯網藥房。

您可以到任一聯網藥房配藥。

如果您一直配藥的藥房退出網絡怎麼辦？

如果您一直配藥的藥房退出本計劃醫療網，您可能需要在醫療網內重新找一家新聯網藥房。又或者您常用的聯網藥房不再提供首選藥物分擔費用，您可能需要轉用另一間聯網或首選藥房。您可以要求會員服務部中心協助或使用*藥房手冊*尋找另一家您地區附近的藥房。您也可以瀏覽我們的網站 *www.CCHPHealthPlan.com/medicare* 獲取更多資訊。

如果您需要一家專科藥房怎麼辦？

某些處方藥物只能在專科藥房配到。專科藥房包括：

- 提供家居靜脈注射治療的藥房。

- 為長期護理機構住客提供藥物的藥房。長期護理機構(例如護理院)通常都有自己的藥房。如果您在長期護理藥房不能使用 D 部份福利，請聯絡會員服務中心。為印第安人醫療服務部/部落/城市印第安人保健項目服務的藥房(此項目不在波多黎各提供)。除非發生急症情況，否則本計劃內的此類藥房只為美洲土著居民或阿拉斯加印第安居民提供服務。
- 配售受 FDA 對某些地區進行限制的藥物，藥房需要對此類藥物進行特別處理，並由提供者協調並教育病人如何使用。(注意：這種情況很少發生。)

要找專科藥房，請查閱*藥房手冊*或致電會員服務中心(電話號碼印在本文件封底)。

第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務

您可以通過本計劃的聯網郵購服務獲得某些藥物。通常能以郵購方式配購的藥物是您長期使用為治療長期或慢性病所需要的。不接受郵購服務的藥物在藥物表內註有“無郵購服務”或 NM 標誌。

本計劃的郵購服務要求配***最少* 84 天的劑量，但*不超過* 90 天的劑量。**

欲獲取郵購藥物的表格及資料，請*致電會員服務中心，電話號碼 1-888-775-7888 (聽障人士 1-877-681-8898)。辦公時間為每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時。*

郵購藥物通常會在訂貨後 14 天內寄給您。*有時您的郵購藥物可能會延遲。如果由於某些原因您的藥物不能在 14 天內到達，您需與郵購藥房聯絡。您應在本地的藥房購買臨時藥物。如果您有任何疑問，請致電會員服務中心（電話號碼印在本文件的封底）。*

您可從醫生診所直接收到新處方藥。當藥房收到來自保健提供者所開的處方，藥房會與您聯絡以了解您想立即取得處方藥或在稍後的時間才領取藥物。您的回應是重要的，讓他們知道是否運送、延遲或停止新處方。

續配郵購藥物。請在您現有的藥物即將耗盡的 14 天之前聯絡您的藥房，以確保您準時收到下一個藥物訂單。

為保證藥房在寄出藥物前可與您聯絡確認，請將您的最佳聯絡方式通知藥房。*請於星期一至星期五，上午 5 時至下午 5 時，星期六上午 6 時至下午 2 時，致電 1-855-873-8739 (聽*

障人士致電 771)聯絡 MedImpact Direct Mail，留下您最新的聯絡資料。您亦可瀏覽 www.medimpact.com/HomeDeliveryMembers 更新您的聯絡資料。

第 2.4 節 如何獲得長期藥物供應？

如果您能得到長期藥物供應，您分擔的費用會較低。本計劃的藥物表內提供兩種取得長期保障“延長供應”的維持性藥物供應方法。(維持性藥物是指因長期或慢性病而必須定期服用的藥物。)

1. 本醫療網內的**某些零售藥房**能以較低的分擔費用為您長期獲取維持性藥物的供應，有些藥房則不一定願意這麼做，在這種情況下，您自己要負擔差價。*藥房手冊*會告知您本計劃醫療網內哪些藥房是可以長期提供維持性藥物的，您也可以致電會員服務中心了解詳情。
2. 您也可以透過我們的郵購**服務**獲得某些藥物。 請參閱第 2.3 節了解更多資料。

第 2.5 節 何時可以在非聯網藥房配藥？

在某些情況下，在非聯網藥房配藥也可能獲得保障

通常只有在您無法去聯網藥房配藥的情況下，我們才會保障您在非聯網藥房配的藥。為了幫助您，我們提供計劃服務範圍外聯網藥房為會員提供配藥服務。請先與會員服務中心確定附近是否有聯網藥房。您可能要支付所購藥物在非聯網藥房的費用與本計劃對該藥在聯網藥房承保費用的差額。

我們會保障以下在非聯網藥房配藥的情況：

- *由於在一個合理的車程內沒有一間 24 小時服務的聯網藥房，您無法及時地在我們的服務地區配到保障藥物。*
- *如果某間聯網零售藥房不長期儲備您要配的處方藥物。(這些藥物包括罕見病用藥或其它特殊用藥。)*

- *如果您暫時離開了計劃服務範圍、突然病倒、遺失或服完了您的處方藥物。(您必須遵循本文件的保障規定，附近又找不到聯網藥房。)*
- *如果您的處方藥物是與急症或急需醫療護理相關的。*

您如何向本計劃要求償付？

如果您必須去非聯網藥房配藥時，通常要支付全部藥費(而不是只支付通常的自付費金額)。您可以要求本計劃償付我們應負擔的費用。(第七章第 2.1 節解釋如何要求計劃償付的方法。)

第 3 節 您的藥物必須在本計劃的「藥物表」內

第 3.1 節 「藥物表」列明了哪些 D 部份處方藥物是受到保障的

本計劃還包括一份「*保障藥物名單*」(保障藥物一覽表)。**我們在本*保障說明書*內簡稱為「藥物表」。**

藥物表內的藥物是醫生及藥劑師協助本計劃選定的。藥物表符合聯邦保健的要求，並得到聯邦保健的批准。

藥物表內的藥物只包含那些由聯邦保健 D 部份保障的藥物。除了聯邦保健保障的藥物外，有些處方藥物也可以通過您的州醫療補助得到保障。如欲向州醫療補助索取資料，請致電 1-916-445-4171，聽障人士 1-916-445-0553。

只要您遵循本章介紹的保障規定，而且該藥物也被認定是醫療許可用來治療您的病情的，我們通常會保障您使用的該藥物。醫療許可的治療藥物是以下任何情況：

- 由美國食品及藥物管理局批准的處方用以診斷或治療某種病情。
- -- *或* -- 由某些參考資料佐證，包括美國醫院處方服務藥物資料及 DRUGDEX 藥典。

藥物表內包括商標藥物及非商標藥物

商標藥物是一種處方藥，以藥廠擁有的商標名稱銷售。比典型藥物更複雜（例如，基於蛋白質的藥物）稱為生物製品。在藥品清單上，當我們提到「藥物」時，可能是指藥物或生物製品。

非商標藥物是與商標藥物有相同藥效的處方藥物。它的藥效跟商標藥物大致一樣，但較低廉。很多商標藥物都有可替代的非商標藥物。

非處方藥物

本計劃亦保障一些非處方藥物。一些非處方藥物比處方藥物便宜，藥效相當。了解更多資料，請聯絡會員服務中心（電話號碼印在本文件的封底）。

甚麼藥*不*包括在藥物表內？

您的州醫療補助計劃保障為您承保了一些處方藥。從州醫療補助計劃獲取資料，請致電 1-916-445-4171。聽障人士 1-916-445-0553。

本計劃並不保障所有的處方藥物。

- 某些情況下，法律不允許聯邦保健計劃保障某類型的藥物(詳情請參閱本章第 7.1 節)。
- 在某些其它情況下，我們決定將某些特定藥物不列入藥物表。在某些情況下，您可能可以獲取不在藥物表上的藥物。有關詳細資料，請參閱第九章。

第 3.2 節 如何查知某種藥物是否在藥物表內？

可經由*三種*方法查詢：

1. 查閱我們提供的最新的電子版本藥物表。

2. 瀏覽本計劃網址(*www.CCHPHealthPlan.com/medicare*)。網址上的藥物表是最新的。

3. 致電會員服務中心查詢某種藥物是否在藥物表內，或者要求他們給您郵寄一份最新的藥物表。

第 4 節 某些藥物的保障是受到限制的

第 4.1 節 為甚麼某些藥物的保障會受限制？

本計劃特別規定了在甚麼時候或在什麼情況下，計劃才會保障某些處方藥物。這些規定是由醫生及藥劑師制定的，使您及您的醫療服務提供者能更有效地使用處方藥物。要了解這些限制是否適用於您服用或想要服用的藥物，請查看藥物清單。如果一種低價藥物是安全的，且藥效與高價藥物相同，本計劃就會鼓勵您及您的醫療提供者使用低價藥物。

請注意，某些藥物會在藥物表內出現超過一次。這是因為根據藥物的藥效、數量或醫生處方的形式而有不同的限制或費用分擔。（例如，10 毫克或 100 毫克；每日一粒或每日兩粒；藥丸或藥水）。

第 4.2 節 有哪些限制類型？

本節詳細說明了我們對某些藥物的限制類型。

如果您需要的藥物受保障限制，代表您或您的醫療提供者必須通過其他途徑使我們保障您的藥物。如果您希望我們解除限制，您必須遵循保障申訴程序，要求我們做出特例處理。我們可能或不會同意解除限制。(請參閱第九章)

任何情況下，儘量先使用非商標藥物

通常「非商標」藥物與商標藥物的藥效一樣，但更便宜。**大多數情況下，當商標藥物的普通版本上市後，我們的聯網藥房會給您配普通版本，代替商標藥物。**通常如有非商標藥物，我們將不保障商標藥物。但如果您的醫療提供者從醫學角度向我們解釋非商標藥物或其它保障藥物都對治療您的病情無效的原因，我們會保障您配購的商標藥物。(您配購商標藥物所支付的分擔費用較非商標藥物高。)

事前獲取本計劃批准

您或您的醫療提供者必須在使用某些藥物之前取得本計劃同意，稱作「**事前批准**」。事前批准的要求能指引我們合理及安全使用某些藥物。如果您不事先申請批准，本計劃可能不會保障您配購的藥物。

先嘗試其它藥物

此要求鼓勵您在計劃保障某種藥物之前試用其它更相宜但通常具有效力相若的藥物。例如，如果 A 藥及 B 藥都能治療相同疾病及而且藥物 A 較便宜，計劃可能會要求您先試用 A 藥。如果 A 藥對您無效，計劃才會保障 B 藥。這種先試驗另一種藥的要求叫做「**階段治療**。」

數量限制

我們會限制您每次配購某種藥物的數量。例如，如果通常認為某種藥每天一粒是安全的，那我們會限制您配藥時不得超過每天一粒。

第 5 節 如果某種藥物的保障方式並不如您所想，該怎麼辦？

第 5.1 節 如果藥物的保障方式並不如您所想，您可以採取的做法

某種處方藥物是您現正服用，或者您及您的醫生認為您應服用的藥物不在我們的藥物表內或有保障限制。例如：

- 藥物完全得不到保障，或者您希望服用的商標藥物沒有得到保障，但其非商標版藥物卻獲得保障。
- 雖然您服用的藥物得到了保障，但卻受到規章制度的額外限制。
- 儘管藥物並不是以您需要的方式獲得保障的，根據您的情況，還是可以找到解決辦法。
- 如果藥物不在藥物表內或者受到保障限制，參閱第 5.2 節了解解決辦法。

第 5.2 節 如果藥物不在藥物表內或者受到一定的保障限制，該怎麼辦？

如果您的藥物不在藥物表內或者受到保障限制，可以採取以下辦法：

- 您也許能得到臨時藥物補給。
- 您可以轉用另一種藥。
- 您可以要求特例處理，要求計劃保障該藥物或取消對該藥物的保障限制。

您也許能得到臨時藥物補給

在某些情況下，本計劃必向您提供正在服用藥物的臨時補給。這樣，您有足夠的時間與醫療提供者商量保障的改變並找出解決辦法。

要符合獲取臨時補給的資格，您正服用的藥物**已經不在本計劃藥物表內**或**現在受到某些限制**。

- **如果您是新會員**，我們會在首 ***90 天***內提供臨時藥物補給。
- **如果您是去年加入計劃的會員**，我們會在首 ***90 個***日曆日內提供臨時藥物補給。
- 此臨時藥物補給只提供最多 30 天的劑量。如果您的處方是少於 30 天，計劃允許您多次配藥總數最多 30 天的劑量。該藥物必須在聯網藥房配購。（請注意：長期護理藥房可能每次提供較少藥量來避免浪費。）
- **對於那些加入本計劃已經超過 *90 天*，現在住在長期護理(LTC)院的會員，如果您立即需要藥物補給**：

  我們會保障所需藥物一次 *31 天*或根據您的處方要求提供更少天數的劑量。這是附加在上述過渡性補給情況之上的福利。

  護理程度的改變可能會包括非預計的治療環境的改變，例如從急性護理環境(如醫院)出院或入住或從長期護理院出院。對於那些不在藥物表的藥物或該藥物有保障限制或需要費用分擔，我們會保障 31 天的臨時補給 (或根據您的處方要求少於 31 天的劑量)。

如需臨時藥物補給，請致電會員服務中心。

在您服用臨時藥物補給時，應該與您的醫療提供者討論用完臨時藥物補給之後該怎麼辦。

1) 您可以改用另一種藥

請與您的醫療提供者商量。計劃是否保障的另一種藥物對您有同樣藥效。您可以致電會員服務中心要求他們提供一份治療相同病症的保障藥物清單。此清單能協助您的醫生找到適合您的藥物。

2) 您可以申請特例處理

您與您的醫療提供者可以要求本計劃作特例處理，以您需要的方式來保障所需要的藥物。如果您的醫療提供者認為您的病情應該得到特例處理，他們應該幫您提出申請。例如，您可以要求計劃保障某種不包括在藥物表上的藥物，也可要求計劃特例取消對某種藥物的保障限制。

如果您現時是會員而您正在使用的藥物下一年將會在藥物表內被刪除或有新的限制，我們將會通知您該藥物在下一年有何變更。您可以為下一年的變更申請特例處理，我們將會在收到您申請 (或您醫生的特例處理支持文件) 的 72 小時內回復。如果我們同意您的申請，表示您的藥物在下一年會受到保障。

如果您與您的醫療提供者想要提出特例申請，第九章第 7.4 節列出了聯邦保健規定的相關辦理程序及期限，確保您的要求得到及時公正的處理。

第 6 節 如果某種您正服用的藥物保障有改變，該怎麼做？

第 6.1 節 藥物表每年年中都會變更

大多數藥物保障的變化都在每年年初(1 月 1 日)發生。但是，在當年年中，本計劃可以對藥物表做出變更，例如本計劃會：

- **增加或刪減藥物表內的某種藥物。**
- **增加或取消對某種藥物的保障限制。**
- **用非商標藥物取代商標藥物。**

我們對計劃藥物表進行改動前必須遵從聯邦保健的要求。

第 6.2 節 您正服用的藥物如有保障改變，該怎麼做？

藥物保障變化的資料

藥物表有變更時，我們會在我們的網頁提供藥物變更的資料。我們也會定期更新網上的藥物表。如果您正在服用的藥物有改變，我們會在下文指出您哪些時候會收到直接通知。

藥物保障的變化對您在本年度的影響

- **當一種新的非商標藥物取代藥物表內一種商標藥物時(或/及我們改變了藥物成本分攤等級，或/及對商標藥物附加新的限制)**
    - 如果我們使用新批准的非商標藥物，被取代的商標藥物會立即在藥物表內刪除，新批准的非商標版本的相同藥物會列入相同或較低的等級，並有相同或較少的藥物限制。有時，我們會保留被取代的商標藥物，但會立即改到較高的成本分攤等級或/及附加新的限制。
    - 我們可能不會事先通知您藥物的改變—即使您正在服用該商標藥物
    - 如果我們改變您正在服用的商標藥物，我們會為您提供藥物改變的具體資料。這些資料包括您如何申請特例處理要求保障該藥物的步驟。您可能不會收到藥物更改事前通知。
    - 您或您的處方提供者可以向我們申請藥物特例處理並繼續保障您的商標藥物，詳情請參閱第九章。

- **藥物表內的藥物被定為危險藥物並退出市場**
    - 某種藥物可能被發現為不安全或因其它原因被收回，我們會立即在藥物表內刪除該藥物。如果您正在服用該藥物，我們會馬上通知您。
    - 您的處方提供者將會知道這項改變，並會與您商量使用另一種藥物治療您的症狀。

- **藥物表內藥物的其它變更**

- 在年度開始後，我們可能會對您正在服用的藥物作出改變，例如：用一種現有的非商標藥物代替一種商標藥物在藥物表中，或改變藥物成本分攤等級，或/及附加新的限制。我們亦會根據食品及藥物安全局包裝警告或聯邦保健新的臨床指引改變某種藥物。
- 我們必須最少提前 30 天發出預先更改通知或發出更改通知及在聯網藥房為您提供該藥物 *30 天*的補給。
- 在收到更改通知後，您應與您的處方提供者商量轉換另一種我們承保的藥物或滿足您正在服用的藥物的任何新限制。
- 您及您的處方提供者可向我們申請特例處理並繼續保障您的藥物。詳情請參閱第九章。

藥物表內的改變不會在本年度影響您正在服用的藥物

我們可能會對藥物表進行某些上述未描述的情況進行更改。 在這些情況下，如果您在進行更改時正在服藥，更改則將不適用於您；否則，如果您保持相同的計劃，這些更改可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日起生效。

一般情況下，在本計劃年度不會影響您的改變包括：

- 我們給您正服用的藥物增加了新的保障限制
- 我們把您正服用的藥物從藥物表中刪除

上述任何變化如果影響到您正服用的藥物（除非退出市場、非商標藥物取代商標藥物或上述的其它改變），該變化只會影響從下一年 1 月 1 日起您的使用及付費情況。到那天之前，您需要多付藥費或對您正在服用的藥物保障增加限制等問題都可能不會發生。

我們不會在本計劃年度直接告訴您這些類型的更改。 您將需要檢查下一個計劃年度的藥物表（當該藥物表在年度開放登記期發表時），以查看您正在服用的藥物在下一個計劃年度是否有任何變化會影響您。

第 7 節 本計劃不保障那類型的藥物？

第 7.1 節 不受保障的藥物類型

本節告知您甚麼類型的處方藥物是「除外」的，代表聯邦保健或州醫療補助將不償付此類型的藥物。

如果經上訴後被認為是不屬於 D 部份不受保障的藥物，本計劃會支付或保障該藥物福利。(有關提出上訴的資料，請參閱本文件第九章。) 如果某種藥本計劃與州醫療補助均不保障，您必須自己承擔費用。

以下是聯邦保健不承保的 D 部份藥物的三條一般規定：

- 本計劃 D 部份藥物保障不承保聯邦保健 A 部份或 B 部份保障的藥物。
- 本計劃不保障在美國及其屬土之外購買的藥物。
- 本計劃通常不保障「非正式藥物標簽」的藥物。「非正式藥物標簽」是指那些在藥物標簽上未經美國食品及藥品管理局註明批准的藥物。
- 只在得到某些參考的情況下，我們才會保障 「非正式藥物標簽」的藥物，例如美國醫院處方藥物資料及 DRUGDEX 藥典。

此外，法律也不允許聯邦保健藥物計劃保障下列類型的藥物。但這些處方藥物可能通過您的州醫療補助得到保障。如欲向聯邦保健補助計劃索取資料，請致電 1-916-445-4171，聽障人士 1-916-445-0553。

- 非處方藥物(也稱為可自行在櫃檯購買的藥物)
- 提高生育能力的藥物
- 緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 美容或促進毛髮生長的藥物
- 處方的維他命或礦物質產品，但補充產前維他命及氟化物除外
- 治療性功能或勃起障礙的藥物

- 治療厭食症，減肥或增肥的藥物
- 按照藥廠的要求，需參與相關測試或監察服務作為銷售附加條件的門診藥物

第 8 節 配藥

第 8.1 節 出示會員資料

配藥時，您應向聯網藥房提供包括會員卡上的會員資料，這樣，藥房會自動向本計劃收取我們應負擔的保障藥物費用。您只需在取藥時支付您所負擔的那部份藥費。

第 8.2 節 沒有提供會員資料怎麼辦？

如果您在配藥時忘記會員資料，可以請藥房致電本計劃獲取所需資料。

如果藥房無法得到所需資料，**您可能在取藥時被要求支付全額藥費。**(您可以稍後**要求我們償付**部份藥費。具體步驟請參閱第七章第 2.1 節。)

第 9 節 在特殊情況下的 D 部份處方藥保障

第 9.1 在受保障的住院或入住專業護理院期間，藥物保障情況是怎樣的？

如果您住醫院或專業護理院是受到計劃保障的，我們通常會保障在您入住期間所使用的藥物費用。當您出院或離開專業護理院時，只要您所使用的處方藥物符合本章節的所有規定，本計劃會繼續保障那些藥物。

第 9.2 節 長期護理院住客的藥物保障情況是怎樣的？

長期護理機構(如療養院)通常都有自己的藥房，或者能向所有住客提供藥物補給的藥房。如果您是一所長期護理機構的住客，只要該機構的藥房是在本計劃醫療網內的，您都可以從該藥房或指定藥房獲取您需要的處方藥物。

查閱*藥房手冊*，看您所住的長期護理機構的藥房或指定藥房是否屬於聯網藥房。如否，或需要了解詳情，請聯絡會員服務中心。如果您在長期護理機構，我們必須確保您能夠透過我們的長期護理機構藥房網絡定期獲得您的 D 部分保障。

如果您是長期護理院的住客，及**您需要的藥物不在我們的藥物表內或受某些保障限制?**

有關臨時或緊急供應，請參閱第 5.2 節。

第 9.3 節 同時享有僱主或退休團體計劃保障時的藥物保障是怎樣的？

如果您現在還同時享有您自己或配偶的僱主計劃或退休團體計劃的處方藥物保障福利？請聯絡**該團體的福利部職員**。他/她能協助您決定他們的處方藥物保障福利該如何配合本計劃。

通常如果擁有僱主計劃或退休團體計劃，我們提供的藥物保障只能次(secondary)於您的團體計劃提供的保障。代表您的團體保障計劃會先支付保障。

關於「認可保障」的特別注意：

您的僱主或退休團體計劃應該每年通知您下一年的處方藥物保障是否為「認可保障」。

如果團體計劃提供的保障是「**認可保障**」，代表其藥物保障計劃平均起來會支付至少與聯邦保健標準藥物保障一樣的費用。

請保留此認可保障的通知，因為日後可能會有用。如您加入的聯邦保健計劃包括D部份處方藥物的，您可能需要憑此通知來證明您擁有有效的認可保障。如果您沒有認可保障的通知，可以向其退休福利部職員、僱主或工會索取。

第 9.4 節 假如您正在接受聯邦醫療保健認可的寧養服務

本計劃及寧養服務機構不會同時承保您的同一種藥物。如果您正在使用聯邦醫療保健的寧養服務並要求配處與絕症無關的某些藥物(例如：抗噁心，潤腸通便藥，止痛藥或抗焦慮藥，原式的聯邦醫療保健不會承保；因為這些藥物與絕症及其症狀無關。要配取這些藥物，您的寧養服務機構或開處方藥者必須通知本計劃這些藥物與絕症及其症狀無關。

為了避免延誤，請於配藥前確保您的寧養服務機構或開處方藥者已經向本計劃提交通知書。

當您從寧養服務機構出院或取消寧養服務，本計劃應按照本文件的說明會承保所有藥物。為了避免延誤，請於藥房配藥時攜帶出院或取消寧養服務證明文件。

第 10 節 藥物安全及如何管理用藥的項目

第 10.1 節 協助會員安全用藥的項目

我們會為會員進行藥物使用評估，確保會員得到安全穩妥的護理。

我們會在您每次配藥時進行檢查，也會定期翻查我們的記錄。我們希望通過這些評估發現潛在的危險，例如：

- 可能發生的用藥失誤
- 服用了不必要的藥物，即為治療同一病情服用了兩種類似藥物
- 由於您的年齡或性別，有些藥物對您可能不安全或不適合
- 同時服用某些藥物，可能會危害到您的健康
- 處方藥物裏面有導致您過敏的成份
- 您正服用的藥物可能發生數量(劑量)錯誤
- 不安全劑量的鴉片類止痛藥

如果我們發現您服用藥物時的潛在問題，將與您的醫療提供者商談解決辦法。

第 10.2 節 藥物管理計劃（DMP）幫助會員安全使用其鴉片類藥物

我們有一個計劃可以確保我們的會員安全地服用處方鴉片及其它經常濫用的藥物。該程序稱為藥物管理計劃（DMP）。如果您使用從多位醫生或藥房獲得的鴉片類藥物，或如果最近服用過鴉片類藥物過量，我們可能會與您的醫生商談，以確保您使用鴉片類藥物是適當並且有醫療必要。如果我們與您的醫生合作時，認為您使用處方鴉片類藥物或苯二氮卓類

藥物不安全，則可能會限制您獲得這些藥物的方式。如果您參加我們的DMP，限制可能包括：

- 要求您從某些藥房獲取全部鴉片類藥物或苯二氮卓類藥物的處方
- 要求您從某些醫生獲取全部鴉片類藥物或苯二氮卓類藥物的處方
- 我們為您提供限制的鴉片類藥物或苯二氮卓類藥物的劑量

如果我們計劃限制您獲得這些藥物的方式或數量，我們將預先向您作出書面通知。通知將包含我們認為應適用於您的限制的解釋。您還可告訴我們希望使用哪些醫生或藥房，以及您認為對我們重要的其它資料。在您做出回應後，如果我們決定限制您對這些藥物的保障範圍，我們將向您發送另一封限制確認信。如果您認為我們出錯或不同意，您及您的處方醫生有權向我們提出上訴。如果您上訴，我們將審查您的個案並做出決定。如果我們繼續拒絕為您移除獲取藥品的任何限制，我們將自動將您的個案件發送到我們計劃外的獨立審查員。有關如何提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您患有某些疾病，您將不會參加DMP，例如活躍性癌症相關疼痛或鐮狀細胞病、正在接受寧養服務、紓緩護理、臨終治療，或住在長期護理設施中。

第 10.3 節 用藥管理計劃(MTM)協助會員管理用藥情況的項目

我們還推出計劃協助有特殊醫療需要的會員。

我們的計劃稱為用藥管理計劃(MTM)。這些計劃都是本著自願參加的原則，並免費向會員提供的。這些計劃是藥劑師及醫生為我們設計的，能確保會員正服用的藥物對於治療病情是最有效的。

一些會員同時服用多種藥物治療不同症狀及負擔高昂藥費，或在 DMP 中幫助會員安全使用他們的鴉片類藥物也許能夠加入這個計劃。藥劑師或專業人士將會給會員服用的所有藥物作整體的查核。會員可以在這次查核與他們討論服藥的情況、費用、有關您藥物的問題或非處方藥物的問題。會員會收到一份書面報告，包括會員如何服藥去達到最佳效果的建議事項。會員亦會收到一份列出所有服用藥物的名稱及服用的原因。此外，MTM 計劃的會員將收到有關安全處置受管製處方藥的資料。

您最好在見醫生時討論您的建議事項及藥物清單。當與您的醫生、處方藥劑師或其他醫療提供者見面時，請隨身帶備您的報告。如果您需要入醫院或急症室，您亦應該帶上藥物清單（例如連同您的醫療卡）。

如果我們提供的計劃符合您的需求，我們會自動將您納入該計劃，並將相關資料寄給您。如果您決定不參加該計劃，請通知我們，我們會取消您的參加資格。如果您對這些計劃有任何疑問，請聯絡會員服務中心。

第六章：

您 D 部份處方藥物

需要支付的費用

? **如果您享有處方藥物費用的「額外資助」，該如何查詢您的藥物費用資料？**

本計劃大部份的會員享有聯邦保健提供的「額外資助」計劃來支付其處方藥物費用。因為如果您加入了處方藥物資助計劃，**本*保障說明書*內某些關於 D 部份處方藥的資料可能對您並不適用**。 我們寄兇一份「獲取處方藥物額外資助投保人的*保障說明書*附加條款」(LIS Rider)的單張，說明您的處方藥物保障情況。如果您沒有收到此單張，請致電會員服務中心，並說明索取(LIS Rider)的單張。

第 1 節 介紹

第 1.1 節 從本章及其它資料中了解自己的藥物保障

本章著重介紹您獲取 D 部份處方藥物所支付的費用。我們在本章用「藥物」來簡稱 D 部份處方藥物。如第五章說明，並非所有藥物都是 D 部份處方藥物，某些藥物按照法律是不受聯邦保健 D 部份保障的，而有些藥物是由聯邦保健 A 部份或 B 部份承保，或由州醫療補助承保。

為明費用支付資料，您應該知道甚麼藥物受到保障、應該去何處配藥、獲取保障藥物應遵循哪些規定。第五章第 1 至 4 節助您了解這些基本規則。

第 1.2 節 承保藥物自付費種類

D 部分藥物有不同類型的自付費用。您需支付的部份稱為「分攤費」，您有下列三種方法支付這些分攤費。

- **「扣除額」**是計劃提供承保前您支付的費用。
- **「自付費」**是您配藥時支付的一個特定金額。
- **「共付費」**是您每次配藥時支付的藥物費用百分數。

第 1.3 節 聯邦保健如何計算您的自付費用

聯邦保健規定哪些內容可以計入及*不*計入您的自付費用。 我們必須遵循聯邦保健制定的下列規定：

這些款項計入在您的自付費用中

您的自付費用包括下列費用 (只要它們用於 D 部分保障的藥物並且您遵守了第五章中解釋的藥物保障規定) ：

- 當您處於以下任何藥物支付階段時為藥物支付的金額：
  - 年度扣除額期
  - 最初保障期
- 在此年內，您在加入本計劃前按照其它聯邦保健處方藥物計劃規定所支付的任何費用。

誰支付很重要：

- 如果您**自己**支付這些費用，它將包含在您的自付費用中。
- 如果費用是由**他人或機構**代您支付的，也會計入自付額，包括由親友、大多數慈善機構、聯邦保健認可的愛滋病藥物協助計劃、聯邦保健認可的國家藥品援助計劃、印第安人醫療服務部代您支付的藥費。聯邦保健「額外資助」計劃代付的費用也計入自付額。
- 同時計入自付額的還包括某些由聯邦保健保障間斷折扣計劃支付的費用、藥廠為您的商標藥物支付的費用。但本計劃為您非商標藥物支付的費用則不計在內。

進入重病保障期

當您(或為您代付的他人)在一年度內已支付了*$7,400* 自付額，您就脫離保障間斷期進入重病保障期。

下列費用不計入您的自付額

您的自付費用不包括以下任何類型的款項：

- 您的月費。
- 您在美國及其領土以外購買的藥物。
- 我們計劃的非保障藥物。
- 在不符合本計劃保障規定的非聯網藥房配購的藥物。
- 非 D 部分藥物，包括 A 部分或 B 部分承保的處方藥以及聯邦保健承保範圍之外的其它藥物。
- 通常聯邦保健藥物計劃不保障的藥物費用
- 在保障間斷期本計劃為您的商標或非商標藥物所支付的費用
- 由團體保健計劃，包括僱主保健計劃所支付的藥費
- 由某些保健計劃及政府資助的保健計劃所支付，如 TRICARE 及退伍軍人管理局
- 由第三方基於法律責任而為您支付的處方藥物費用(例如勞工保險賠償)

*提示：*如果任何機構，包括上述機構，為您支付了部份或全部的自付藥費，您必須要告知本計劃。請聯絡會員服務中心。

您如何記錄您的自付費用總額？

- **我們可以幫助您。**我們寄給您的 D 部份藥物保障月結概要（D 部份 EOB）列明了您現在已支付的自付費情況。當此金額達到*$7,400*，該報告會告知您已經脫離保障間斷期，進入重病保障期。
- **確保我們有您的所有資料。**第 3.2 節介紹了您如何能確保我們收到您最新最完整的付費記錄。

第 2 節 您所支付的藥費取決於您在配藥時所處的「藥物支付期」

第 2.1 節 *東華智選(HMO D-SNP)計劃*會員會有哪些藥物支付期？

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的聯邦保健 D 部分處方藥物保障分為四個「藥物支付期」。您應支付多少藥費取決於您配藥時所在的「藥物支付期」。每個階段的詳細資料在本章的第 4 節至第 7 節中。這些階段包括：

第 1 期：年度扣除額期

第 2 期：最初保障期

第 3 期：保障間斷期

第 4 期：重病保障期

關於您為胰島素支付的費用的重要訊息

無論它處於哪個成本分攤級別，對於我們計劃保障的每種胰島素產品的一個月供應量，您支付的費用不會超過$35。

從聯邦保健獲得協助

如果您選擇本計劃是因為您正在尋找每月$ 35 或以下的胰島素保險，由於聯邦保健 D 部分計劃的變化，聯邦保健會在 2023 年以更低的費用為您提供其它選擇。請在每週 7 天、每日 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡聯邦保健，以比較您的選擇，聽障人士 1-877-486-2048。

額外幫助資源

請致電 1-888-775-7888 聯絡我們的會員服務中心以獲取**更多資料**。（**聽障人士** 1-877-681-8898）。**營業時間**為每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時。

第 3 節 我們向您寄發月結概要，說明您的藥費支付情況及現在所處的支付期

第 3.1 節 我們會每月寄發「D 部份藥物保障月結概要」(D 部份 EOB)

本計劃記錄您服用處方藥物的費用情況及您每次在藥房配藥時的支付情況。這樣，當您從一個支付期轉到另一個支付期時，我們會通知您。我們會特別記錄以下兩類費用情況：

- 我們記錄您已支付的費用。即「**自付額**」費用。
- 我們記錄您的**「藥費總額」**。這是您的自付額或其它人代您支付的金額加上本計劃支付的金額。

如果您在某月配過一種或多種處方藥物，本計劃會準備一份書面概要，稱為 *D 部份藥物保障概要*(有時稱作「D 部份 EOB」)。D 部份 EOB 包括：

- **該月的付費情況**。報告會列明您在上個月配藥的付費細節，以及藥費總額，本計劃支付的金額，您或他人代付的金額。
- **從本年度 1 月 1 日起累積的藥費總額**。這是「當年累積」的資料，列明從今年年初至今的藥費總額以及藥費的所有支付細節。
- **藥物價格資訊**。 顯示累積藥物的總價格，以及相同數量的每個處方藥物自首次索償的價格上漲資料。
- **費用較低的替代處方藥物**。 包括有機會在索償時，每種費用分擔較低的其它替代處方藥物資訊。

第 3.2 節 協助我們獲取您最新藥費支付資料

我們從藥房獲得您最新的藥物費用及藥費的支付資料。您可以通過以下方法協助我們獲得您最新，最準確的資料：

- **每次配藥時出示會員卡**。這有助確保我們知道您要配的藥物及您應該支付的費用，請每次配藥時出示您的會員卡。

- **確保我們知道所有的資料。**有時當您支付全額藥費時，在這些情況下，我們無法自動獲得所需的資料。為協助我們記錄您的自付額情況，您可以將藥費的收據交給我們。以下是您應何時要給我們購藥收據副本的例子：
    - 您在聯網藥房以特價或使用了非本計劃保障福利的折扣卡配購了一種保障藥物。
    - 您以自付費的方式購買了某種屬於藥廠提供的病人資助項目中的藥物。
    - 任何時候，您在非聯網藥房購買了保障藥物，或某種特殊情況下，您全額支付了某種保障藥物。

  如果您需要支付保障藥物的費用，您可以要求我們支付費用分攤。有關如何執行，請參閱第七章第 2 節。

- **將他人為您支付費用的資料寄給我們。**他人或其它機構為您支付的費用也可計入您的自付額中。例如：愛滋病藥物協助計劃(ADAP)，印第安人醫療服務部，以及大多數慈善機構為您支付的費用。妥善保存此類支付費用的資料，並寄給我們，以便我們記錄您的費用總額。
- **查看我們寄給您的書面報告。**當您收到 D 部份 EOB 時，請仔細閱讀，確保資料完整及準確。如果您認為遺漏了某些資料，或是有任何疑問，請致電會員服務中心。請務必保存好這些報告。

第 4 節 會員在扣除額階段需支付所有藥物的費用

由於我們的大部份會員在處方藥費用方面獲得「額外幫助」，因此扣除額階段並不適用。如果您收到「額外幫助」，則此付款階段不適用於您。

本計劃大部份的會員享有額外資助幫助支付其藥物費用，因此，扣除額階段不適合這些會員。如果您享有額外資助支付藥物費用，您的扣除額將取決於輔助額的高低，您將：

- 不需支付扣除額
- 或，支付$104 扣除額

參閱附上的 LIS Rider 單張有關您的扣除額資料。

如果您沒有額外資助，扣除額階段是您藥物保障的第一個付費階段，並由您當年首次支付處方藥物開始計算。**您必須支付藥物的全部的費用**直到您達到計劃的扣除額，2023 年的扣除額為$505。您支付的藥物**全部費用**通常低於這藥物的真正費用，這是因為本計劃已經與藥商商討好大部份的藥物價格。

當您支付的藥物費用達到*$505*，您將離開扣除額階段並轉到最初保障期階段。

第 5 節 在最初保障期內，本計劃與您分擔相應的藥費

第 5.1 節 您應支付多少藥費取決於藥物及配藥地點

在最初保障期時，本計劃支付我們應負擔的那部份費用，而您則支付您所應負擔的那部份(共付費)。您所應支付的部份根據您所需的藥物類別及配藥地點而有所不同。

可供您選擇的藥房

您為某種藥物支付多少費用，取決於您從下面哪類藥房配藥的：

- 聯網藥房
- 非聯網藥房，我們僅在有限的情況下保障在非聯網藥房開出的處方，請參閱第五章第 2.5 節。
- 本計劃的郵購藥房

更多有關藥房的選擇以及配藥的資料，請參閱本文件第五章以及本計劃的*藥房手冊*。

第 5.2 節 配購一個月劑量的費用表

在最初保障期階段，您要分擔承保藥物的自付費或共付費。

從下列藥房配購一個月劑量時您自己需要負擔的 D 部份保障藥費：

等級	標準費用分擔的聯網零售藥房 (可達 *30 天*劑量)	郵購藥房 (可達 *30 天*劑量)	長期護理院 (LTC)藥房 (可達 *31 天*劑量)	非聯網藥房 (保障有一定限制，詳情請參閱第五章)(可達 *14 天*劑量)
費用分擔 1 級（所有藥物）	25%共付費	25%共付費	25%共付費	25%共付費

第 5.3 節 如果您醫生的處方未夠一個月，您無需支付整個月的藥物費用

您通常支付整個月的藥物費用。如果您或您醫生可能希望處方少於一個月的藥物（例如您是第一次使用某些藥物），如果這有助於您更好地計劃不同處方的補充日期，您也可以請您的醫生開處方，及讓您的藥劑師分配少於一個月的份量。

如果您收到的某些藥物少於整月的供應量，您將無需支付整月的費用。

- 如果您負擔共付費，您則支付藥物費用的*百分數*。由於共付費基於藥物的總費用，您實際支付的費用亦會較少。
- 如果您負擔自付費，您的自付費會以處方實際天數來計算，而不是整個月。您支付的費用為處方藥每天的價錢（日分攤額）乘處方的天數。

第 5.4 節 配購長期劑量(可達 90 天)的費用表

您能獲得某些藥物的長期供給(也稱「延長供應量」)。長期供給可提供最多 *90 天*的劑量。

下表列出您獲取長期藥物供給時，應支付的費用。

從下列藥房配購長期劑量時您自己需要負擔的 D 部份保障藥費

等級	**標準費用分擔的聯網零售藥房** (可達 *90 天*劑量)	**郵購藥物** (可達 *90 天*劑量)
費用分擔 1 級（*所有藥物*）	*25%共付費*	*25%共付費*

第 5.5 節 在您全年藥費總額達到$4,660 之前，您都停留在最初保障期階段內

在您所支付的藥物自付費總額達到**最初保障期規定的*$4,660*** 數額前，您都停留在此階段。

您收到的 *D 部份藥物保障月結通知*(D 部份 EOB) 助您掌握一年中自己、計劃及第三者各自支付的費用情況。很多人在一年期間的藥費總額都達不到*$4,660*。

當您達到這個限額，我們會通知您。如果您達到這個限額，您就會從最初保障期轉至保障間斷期。請參閱第 1.3 節，了解聯邦保健如何計算您的自付費用。

第 6 節 在保障間斷期間的費用

在保障間斷期間，聯邦保健保障間斷期折扣計劃為商標藥物提供藥廠折扣。會員支付商標藥物商討價格的 25%及部分的配藥費。會員支付的部份及折扣部份都計入自付費總額，幫您過度保障間斷期。

會員亦會享有一些非商標藥物的保障。會員支付非商標藥物不超過 25%，計劃為您支付餘下的部份。只有會員支付的部份會計算在內，幫您過度保障間斷期。

您會按上述的方法支付費用，直到您達到由聯邦保健設立的年度自付費總額。您當達到*($7,400)*這個自付額上限，您就脫離保障間斷期，進入重病保障期。

聯邦保健規定哪些服務計入及不計入年度自付費總額（第 1.3 節）。

第 7 節 在重病保障期，本計劃將為您支付大部份的藥費

當您在某一年的自付總額達到$7,400 上限，就符合接受重病保障的資格。一旦您進入重病保障期，您在該年度剩餘時間內都將停留在此階段。

如果您享有「額外資助」，您的藥物費用將根據您的資助額計算。在此階段，您為承保藥物支付的費用分擔為：

- $0，*或*
- 共付費或自付費*較高*的一項：
  - 5%的藥物共付費
  - *或*，非商標藥物或被視為非商標藥物的費用為*$4.15*，其它所有藥物的費用為*$10.35*

參閱附件“低收入資助” 了解重病保障期的藥物費用。

第 8 節 D 部分疫苗的付費情況取決於您在那裏及如何接受接種

本計劃提供多種 D 部分疫苗及醫療福利的疫苗。**由於疫苗的承保範圍可能很複雜，如果您有任何疑慮，我們建議您在接種任何疫苗之前致電會員服務中心。**

我們保障的 D 部份疫苗分為兩部份：

- 第一部份是保障**疫苗藥物本身的費用**。
- 第二部份是保障**接種疫苗時的費用**。(有時稱作 「注射」疫苗。)

疫苗接種的費費用取決於以下 3 種情況：

接種疫苗時您需要支付多少費用取決於以下三種情況：

1. **疫苗類別**(您接受接種的目的)
   - 某些疫苗是醫療福利，請參閱第四章「*醫療福利保障圖表(承保項目及付費細節)*」。

- 其它疫苗則屬於 D 部份處方藥物。 您可以從*保障藥物一覽表*上找到這類疫苗的資料。

2. 您在哪裏獲得疫苗藥物。

- 疫苗可以由藥房配發或由醫生診所提供。

3. 誰為您注射疫苗。

- 藥劑師可以在藥房，或其他提供者可以在醫生診所為您接種。

您在接受疫苗接種時，支付費用按情況不同及您在什麼藥物階段而有分別：

- 有時在您接受疫苗注射時，您需要支付疫苗藥物以及注射的全部費用。您可以要求本計劃償付應由我們負擔的部份。
- 有時在您接種疫苗時，可能只需要支付您在 D 部份應付的部份。

以下是三種接受 D 部份保障的疫苗注射的常見情況。

情況 1： 您在藥房接種疫苗，在聯網藥房接受疫苗注射。(您是否選擇此方式取決於您的居住地。某些州政府不允許藥房提供疫苗注射服務。)

- 您需要向藥房支付疫苗的共付費及注射費。
- 本計劃將會支付餘下的部份。

情況 2： 您在主治醫生處接受疫苗注射。

- 當您接種疫苗時，您需要支付包括疫苗藥物及注射的所有費用。
- 然後可以要求本計劃按照第七章指示的步驟將應由我們負擔的部份償還給您。
- 您得到償付的金額是您已支付的金額減去您通常為疫苗 (包括行政費) 需要支付的費用，減去任何醫生收費與我們通常償付之間的差額。(如果您接受「額外資助」，我們會將此差額償付給您。)

情況 3： 您從藥房購買疫苗藥物，然後拿到主治醫生處請他們給您注射疫苗。

- 您將向藥房支付購買疫苗的共付費部份。

- 主治醫生為您接種疫苗時，您需支付全部費用。然後要求本計劃按照第七章中指示的步驟，向您償付應由我們負擔的部份。
- 您得到償付的金額是醫生向您收取的注射費。

第七章：

要求計劃分擔

您接受的承保

項目服務或藥物的費用

第 1 節 甚麼情況下，您應要求計劃分擔您接受的承保項目或藥物的費用

我們的聯網醫療提供者會將賬單直接寄來本計劃。如果您收到您接受某項醫療服務或藥物的全額賬單，您應該將賬單寄給我們，由我們為您支付。我們會查看賬單，決定該服務是否屬於保障範圍。如果我們裁決了該服務是受到保障的，我們會直接支付給聯網醫療提供者。

如果您自己支付了本計劃保障的聯邦保健服務或項目時，您應要求本計劃付還給您(付還通常稱為「償付」您)。您在獲得本計劃保障的醫療服務或藥物之後，發現支付的費用超過自己應付的標準，都有權要求我們償付您。您可能必須遵守最後期限才能獲得償付，請參閱本章第 2 節。當我們收到您已支付的賬單後，我們會查看賬單，決定該服務是否屬於保障範圍。如果我們裁決了該服務是受到保障的，我們會付還給您。

還有可能是您會收到聯網醫療提供者寄給您接受某項醫療服務的全額賬單，或者可能超過文件中描述您的分攤費用。 首先嘗試與醫療提供者為賬單尋求解決辦法。 如果這不起作用，您應該將賬單寄給我們而不是自行支付。我們會查看賬單，決定該服務是否屬於保障範圍。如果我們裁決了該服務是受到保障的，我們會直接支付給醫療提供者。如果我們拒絕支付，我們將通知醫療提供者。您支付的費用絕不應超過計劃允許的費用分攤。如果與此醫療提供者簽約，您仍然有權接受治療。

以下例舉了一些您應該要求本計劃償付或支付您收到的賬單的情況：

1. 如果您接受非聯網醫療提供者提供的急症服務或急需醫療護理時

您可以從任何醫療提供者處接受急症服務或急需醫療護理，不管他們是否屬於聯網醫療提供者。在此情況下，您應該要求該醫療提供者將費用賬單寄給我們。

- 如果您在接受醫護服務時支付了全額費用，應該要求我們將我們應負擔的部份償付給您。請您將賬單及所有已經支付了的收據一同寄給我們。
- 如您收到某個醫療提供者寄來您認為不應由您支付的賬單。請您將賬單及所有已經支付了的收據一同寄給我們。

- 如果醫療提供者確實應該收取費用，我們會直接支付該機構。
- 如果您已經支付了超過自己應該負擔的部份，我們會裁決您實際應該支付多少，並將我們應該支付的部份償還給您。

2. 如果聯網醫療提供者給您寄去一張您認為不應支付的賬單

聯網醫療提供者應該總是將賬單直接交給本計劃。但有時，他們也會出錯，要求您支付超過您所應負擔的金額。

- 您只需支付享有保障服務時自己應分擔的那部份費用。我們不允許醫療提供者收取額外費用，或稱作「差額費用」。這種保護您不會多付超出您應分擔費用的措施適用於我們向醫療提供者少支付了他應收費用的情況，也適用於在爭議期間， 我們尚未支付醫療提供者費用的情況。我們不允許醫療提供者向您收取承保服務的費用，因為我們會直接將費用支付給他們，這樣保障您不受收費的影響。即使我們向醫療提供者少支付了他應收取的費用，他們亦不能向您收費。
- 無論何時您收到聯網醫療提供者寄來的賬單時，發覺超過您應支付的金額，都請將賬單寄給我們。我們會直接聯絡醫療提供者，解決此問題。
- 如果您已經支付了聯網醫療提供者的賬單，但認為自己付多了，請將賬單連付費收據一同寄給我們，要求我們償付您已經支付的費用與您欠計劃費用的差額。

3. 如果您是以追溯方式加入本計劃的

有時，會員是以追溯方式加入本計劃的。(即已經過了他們加入的那個日期，有時加入日期可能會是去年的某日。)

如果您是以追溯方式加入本計劃的，而您在入會期那天之後已經自付了自己享有的保障服務或藥物，這樣則可以要求我們償付我們應負擔的費用。您需要將要求償付的文件例如收據及賬單遞交給我們。

4. 當您在非聯網藥房配購處方藥物時

如果您身處非聯網藥房，該藥房未必能將索償申請直接交給我們。在這種情況下，您需要支付全額藥費。

請您保留收據，在要求我們支付我們應負擔的費用時，將收據副本寄給我們。請注意，我們僅在有限的情況下保障非聯網藥房。有關這些情況，請參閱第五章第 2.5 節。

5. 當您因沒帶會員卡而支付了全額處方藥物時

如果您沒帶會員卡，您可以要求藥房致電本計劃或查找您的入會資料。但是，如果藥房不能立即獲取他們需要的入會資料，他們會要求您支付全額藥費。請您保留收據，在要求我們支付我們應負擔的費用時，將收據複印件寄給我們。

6. 如果您在其它情況下支付了全額藥費

如果某些藥物因某種原因不受保障，您可能需要支付全額藥費。

- 例如，您需要的藥物不在本計劃的*保障藥物一覽表*內，或者受到某些您不知道或認為不適用於您的限制。如您希望立即獲得該藥物，可能需要先支付全額藥費。
- 請您保留收據，在要求我們支付我們應負擔的費用時，將收據複印件寄給我們。某些情況下，我們在償付我們應負擔的費用之前，會向您的主治醫生了解詳情。

當我們收到您要求償還已支付的賬單後，我們會審閱您的要求，決定該服務是否屬於保障範圍。這稱為 「保障裁決」。如果我們裁決了該服務是受到保障的，我們會將本計劃應付的款項還給您。如果我們否決了您的要求，您可以提出上訴。本文件第九章介紹了提出上訴的方法。

第 2 節 如何要求我們償付或支付您收到的賬單

第 2.1 節 您該如何把付款申請寄給我們？應該寄到哪裏？

您可以以書面形式要求我們向您退款。如果您以書面形式提出請求，請發送您的賬單及您已付款的文件。最好是將賬單及付費收據複印一份以作存錄。您必須在接受醫療服務、用品及藥物的***30天*內提交索償申請**。

為確保您向我們提供所有完備的資料以協助我們做出決定，您可以填寫索償表格來申請償付。

- 您並非必須使用該表格，但它能幫我們更快地處理您的資料。
- 可以從我們的網址(*www.CCHPHealthPlan.com/medicare)*下載表格或致電會員服務中心索取。

請您將付款申請以及所有的賬單或已付款收據寄往以下的地址：

醫療服務索償
Chinese Community Health Plan
Attn: Claims Department
445 Grant Avenue, Suite 700
San Francisco, CA 94108

處方藥索償
MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

第 3 節 我們會考慮您的付款申請，並決定是否批准

第 3.1 節 我們會核查您的申請，決定是否保障該服務或藥物以及我們應支付多少費用

我們收到您的付款申請後，會告知您我們是否需要您提供補充資料。如無此需要，我們會直接核查您的申請，並決定是否償付以及我們應支付多少費用。

- 如果我們裁決了您接受的醫療服務或藥物是受到保障的，並且您在獲取服務及藥物時遵循了所有規定，我們會支付屬於我們分擔的部份。如果您已經支付了該服務或藥物的費用，我們會將我們應支付的部份償付給您。如果您尚未支付該費用，我們會直接把費用寄給醫療提供者。

- 如果我們裁決了您接受的醫療服務或藥物是不受保障的，或者您沒有遵循所有的規定，我們不會支付此費用並將以信件的方式解釋拒絕您的付款申請的原因及說明您具有提出上訴的權利。

第 3.2 節	**如果我們告知您我們不會支付部份或全部醫療服務或藥物的費用，您可以提出上訴**

如果您認為我們拒絕您付款申請的決定有誤，可以提出上訴。如果您提出上訴，即是要求我們改變拒絕您付款申請的裁決。上訴是一個法律過程，有詳細的步驟及重要的期限。如何提起上訴的細節，請參閱本本件第九章。

第八章：

您的權利及責任

第 1 節 本計劃必須尊重您作為會員的權利

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

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

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

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with *CCHP Member services at 1-888-775-7888 (TTY users call 1-877-681-8898)*. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

第 1.1 節	我們必須配合您需要的方式為您提供資料並符合您的文化感受(例如提供除英語以外的語言，及以盲文，大字體或替代格式的資料)

您的計劃需要確保所有臨床及非臨床服務，都以符合不同文化要求的方式提供，並且給予包括所有英語水平有限、閱讀能力有限、聽力障礙或不同文化及種族背景的會員使用。一

個計劃如何滿足這些無障礙要求的例子，可以包括但不局限於提供：筆譯服務、口譯服務、電傳打字或文字電話（文本電話或電傳打字機電話）的連接。

本計劃提供可以回答非英語會員問題的免費口譯服務。如果您有需要，我們還可以為您免費提供盲文、大字體或其它替代格式的資料。我們需要以適合您的格式，向您提供有關計劃保障的資料，請致電會員服務中心尋求協助。

本計劃確保女性會員可以選擇直接看網絡內的婦科醫生，以獲得女性常規及預防性醫療保健服務。

如果計劃無法提供網絡內的專科醫生，計劃則有責任為您尋找提供必要的護理的非網絡專科醫生。您在這種情況下只需支付網絡內的分攤費用。如果您發現本計劃的網絡並無提供所需服務的專科醫生，請致電我們以獲取在網絡內的分攤費用情況下之有關服務資料。

如果您無法以可行及適合您的方式從本計劃獲得資料，請致電 *1-888-775-7888（文字電話用戶致電 1-877-681-8898）*向*華人保健計劃會員服務中心*提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或直接致電公民權益辦公室 1-800-368-1019 或文字電話 1-800-537-7697 向聯邦保健提出投訴。

第 1.2 節 我們必須保證您能及時獲得承保項目及處方藥物

您有權在本計劃醫療網內指定一名主治醫生(PCP)為您提供及安排您的醫療承保項目。您也有權在沒有得到轉介的情況下，直接到本計劃的聯網婦女健康專科醫生(例如婦科醫生)處看診。

您有權在合理時間內從聯網醫療提供者處取得預約及獲得所需的承保項目，包括在需要時能及時得到專科醫生服務的權利，以及在任何聯網藥房配藥或續配藥時不受到長時間拖延的權利。

如果您認為自己沒有在合理時間內獲得醫護服務或 D 部份處方藥物，請參閱第九章。

第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資料的私隱

聯邦及加州法律都會保護您的醫療記錄及個人健康資料的安全。我們應法律要求必須保護您的個人醫療資料的安全

- 您的「個人健康資料」包括您加入本計劃時提供的個人資料，您的醫療記錄及其它醫療健康資料。
- 您有權取得個人健康資料及限制該資料如何被使用。我們會給您一份書面的「有關保護私隱的通告」，詳細解釋這些權利及我們會如何對您的私隱及個人資料保密。

我們如何保護您的私隱及健康資料不受侵犯？

- 我們會確保未經授權者無法看到或更改您的記錄。
- 除下述情況外，如果我們打算將您的健康資料透露給將要為您提供或支付醫護服務的人士之前，*我們必須事先得到您或您依法授權的人士的書面許可。*
- 在某些特例情況下，我們無須事先獲得您的書面許可。這些特例是按法律要求或得到法律允許的：
    - 我們需要向檢查醫療服務質量的政府部門提供您的健康資料。

      由於您是通過本計劃接受聯邦保健保障的 ，我們需要向聯邦保健提供您的健康資料，包括有關您所需的 D 部份處方藥物資料。如果聯邦保健因研究或其它原因披露您的資料，也會依照聯邦政府的法規而執行。通常，唯一標識您的資料不會被披露。

您可以查閱您記錄中的資料並了解他人使用這些資料的情況

您有權要求查閱並複印一份本計劃留存的個人醫療記錄，我們有權向您收取複印費。您也有權要求我們增加或修正您的醫療記錄。如果您要求我們這麼做，我們會聯絡您的醫療提供者，決定是否做出相應的改動。

您有權知道在任何非常規的原因下，他人如何使用了您的醫療記錄。

如您對私隱及個人健康資料有疑問或顧慮，請致電會員服務中心。

第 1.4 節 我們必須向您提供有關本計劃、聯網醫療服務提供者及您受保障的服務的資料

作為*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的會員，您有權向我們索取某些資料。

如果您需要以下資料，請致電會員服務中心：

- **有關本計劃的資料**。例如本計劃財務狀況。
- **有關聯網醫療提供者及聯網藥房的資料**。您有權要求我們提供聯網醫療提供者的資歷及聯網藥房的情況，以及我們如何支付聯網醫療提供者的資料。
- **有關您的保障及您獲取保障時必須遵循的規定等資料**。第三章及第四章詳細說明了何種醫療服務受保障。D 部份處方藥物保障的詳情，請參閱第五章及第六章。
- **為何有些服務或藥物不受保障，以及在這種情況下您該怎麼做的資料**。第九章提供要求書面解釋為何某項醫療服務或某種 D 部份處方藥物不受保障，或者保障是否受到限制的資料。第九章還解釋有關要求我們改變決定 （也稱為上訴）的資料。

第 1.5 節 我們必須維護您為個人護理做出決定的權利

您有權知道您的治療方案並參與醫療服務的決定

您有權從主治醫生及其他醫療提供者處得到完整的資料。您的醫療提供者必須以您能理解的方式，向您解釋您的健康情況以及可選的治療方案。

您也可以全權參與自己的醫療護理決定。為協助您的主治醫生選擇對您最好的治療方法，您有以下權利：

- **了解所有可選的治療方案**。您有權得知針對您病情的所有治療方案，不管費用多少或者是否受到本計劃保障。並包括獲知本計劃可提供的協助會員安全用藥的其它計劃。
- **了解風險**。您有權得知您的醫療服務可能出現的風險。如果推薦給您的醫療護理或治療服務是臨床研究的一部份，您有事先知情權。您在任何時候都有權拒絕任何研究性質的治療服務。

- **有權說「不」。**您有權拒絕任何推薦給您的治療方案，包括有權在醫生勸阻您的情況下，出院或離開護理機構。您也有權停止服藥。當然如果您拒絕治療服務或停止服藥，您將全部承擔因此而產生的身體情況後果。

當您無法自行做醫療決定時，有權訂立醫療事前指示

有時，由於意外事故或病重，人們無法自行作出健康護理決定。您有權事先指示在這種情況下您希望的做法。表示*如果您願意*，您可以：

- 填寫書面表格，**指定某人有法定權力**在您無法自行做決定時**為您做醫療決定。**
- **給您主治醫生的書面指示**，指示您希望在您無法自行做決定時，他們應如何為您作出醫療決定。

在這種情況下您用來事先給予指示的法律文件稱作**「事前指示」**。事前指示有各種類別以及不同名稱，**「生前意願」**及**「醫護委託授權書」**等文件都是事前指示的其中一種。

如果您希望通過「事前指示」的文件來訂立事先指示，可以參照以下步驟：

- **獲取表格。**您可以從律師、社工或某些辦公機構獲取一份表格。有時您可在那些向民衆提供聯邦保健資料的機構領取事前指示，也可以向會員服務中心索取該表格。
- **填寫表格，簽署姓名。**無論從何處取得表格，您都要牢記這是一份法律文件。您應該考慮由律師幫您準備該文件。
- **將副本發給相關人士。**您應該將表格的副本交給您的醫生，以及您在表格中授權為您在無決定能力時做醫療決定的人。您也可以將副本提供給親戚朋友。請確保您家中也有一份副本。

如果您事先知道自己要住院，而您又已經簽好了事前指示，**入院時請帶上副本。**

- 醫生會問您是否有簽署過事前指示並且是否帶在身邊。
- 如果您沒有簽署事前指示，醫院有現成表格，醫生會詢問您是否想要填寫一份。

請謹記，填寫事前指示是您的自行抉擇(包括您住院時是否想要填寫一份)。根據法律規定，任何人不得因為您是否簽署了事前指示而拒絕為您進行護理或對您歧視對待。

如果您的事前指示沒有得到執行，怎麼辦？

如果您簽署了事前指示，但認為醫生或醫院都沒有執行該指引書，您可以向 *Livanta, 加州質量監控機構*提出投訴。

第 1.6 節	**您有權就我們的保障決定提出投訴，並要求我們重新裁決**

如果您有任何問題、疑慮或投訴並需要申請保障或提出上訴，本文件第九章會告訴您該如何做。無論您是要求進行保障裁決，或是提出上訴或投訴，**我們都必須公平對待您。**

第 1.7 節	**如果您認為自己受到不公平待遇或者個人權利沒有得到尊重，該怎麼做？**

如果是有關歧視問題，請致電民權辦公室。

如果您認為自己因種族、殘障、宗教、性別、健康情況、族裔、信仰、年齡、性取向或原國籍等原因而受到不公平待遇，或者個人權利沒有得到尊重，請致電美國衛生及福利部**民權辦公室** 1-800-368-1019 (聽障人士 1-800-537-7697) 或者您當地的民權辦公室。

如果遭遇其它問題，該怎麼做？

如果您認為受到了不公平對待或者個人權利沒有得到尊重，但這與歧視無關，可從下列機構獲得協助：

- 您可以聯絡**會員服務中心**。
- 您可以聯絡**加州政府醫療保險補助計劃**。有關資料請參閱第二章第 3 節。
- 或**致電聯邦保健**每週七天每天 24 小時開通的熱線 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)，聽障人士 1-877-486-2048。

第 1.8 節	**如何獲取更多有關個人權利的資料**

您可以向以下機構索取更多有關個人權利的資料：

- 您可以聯絡**會員服務中心**。
- 您可以聯絡**加州政府醫療保險補助計劃**。有關資料請參閱第二章第 3 節。

- 您可以聯絡**聯邦保健：**
    - 您可以瀏覽聯邦保健的網址閱讀並下載「您的聯邦保健權利與保障」的文件(請瀏覽該出版文件網址 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
    - 或者可以每週七天每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障人士 1-877-486-2048。

第 2 節 作為本計劃會員，您有一定的責任

作為本計劃會員，您有以下責任。如您對這些責任有任何疑問，請致電會員服務中心。

- **熟悉您的承保項目及您獲取承保項目時必須遵循的規定。***保障說明書*能讓了解您可享有的承保項目及為獲取承保項目您必須遵循的規定。
    - 第三章及第四章說明了您享有的醫療承保項目的細節。
    - 第五章及第六章詳細說明了您可享有的 D 部份處方藥物的保障情況。
- **如果除本計劃外，您還加入其它健康保障計劃或處方藥物保障計劃，請您務必告知我們。**
- **請告知您的主治醫生或其他醫療提供者，您已經加入了我們的計劃。**無論任何時間需要獲取醫療服務或 D 部份處方藥物時，都要出示您的會員卡及州醫療補助卡。
- **向您的主治醫生或其它醫療服務提供者提供資料、諮詢疑問，使他們能更好地跟進您的護理情況。**
    - 為助您的醫生及其他醫療提供者能向您提供最好的醫療服務，您應向他們提供關於您的健康問題。遵循您與醫生協定的治療計劃及方案。
    - 確保醫生知道您正在服用的所有藥物，包括可自行在櫃檯購買的藥物、維他命及補養品。
    - 如您有任何問題，務必提出來。

- **要體諒他人。**我們希望所有會員都尊重其他會員的權利，也希望您能盡您所能協助您的主治醫生診所，醫院或其它辦公室順利運作。

- **支付您應負擔的費用。**作為會員，您應支付以下費用：

  - 您必須支付的每月保費。
  - 您必須繼續為您的聯邦保健支付保費才能繼續成為本計劃的會員。
  - 享用大部份受計劃保障的醫療服務或藥物時，您必須支付自己的分擔費用。
  - 如果您需要支付遲入會罰款，必須在支付之後才能維持您的處方藥物保障。
  - 如果您因收入高 (根據您上一年的報稅表) 而需要支付 D 部份藥物的額外費用，必須繼續向政府支付該費用以維持會員身份。

- **即便您是在本計劃服務*地區內搬遷*，也請務必告知我們。**這樣我們能更新您的會員記錄，知道如何聯絡您。

- **如果您*搬出*我們的計劃服務地區，您將不能繼續成為我們計劃的會員。**

- 如果轉了新地址，通知社會安全局 (或鐵路退休委員會) 是非常重要。

第九章：

如何提出疑問或投訴

(有關保障裁決、上訴及投訴)

第 1 節 介紹

第 1.1 節 如有疑問或顧慮該怎麼做？

本章解釋了處理疑問與顧慮的正式程序。處理的程序取決於以下兩種分類：

1. 您的問題是否與**聯邦保健**或**州醫療補助**的福利保障有關。 如果您需要協助以便作出決定使用聯邦保健，還是州醫療補助的程序，又或兩者都使用，請聯絡會員服務中心。

2. 您的問題屬於甚麼類型：
   - 有些問題，您需要通過**保障裁決及上訴**來處理。
   - 另外一些問題，您需要通過**投訴**來處理；也稱為申訴。

這些程序都是經聯邦保健批准的。每種程序都有一套需要您與我們各自遵守的規則、步驟及期限。

第 3 節的指南將幫您選擇適合您的程序及你應怎做。

第 1.2 節 法律名詞

本章將解釋部份規則、步驟的法律名詞及期限的類別。大多數人都不熟悉這些術語並覺得難以理解。為方便起見，本章：

本章將用更淺顯的詞語替代某些法律名詞。例如，本章通常會用「提出投訴」而不是「提起申訴」，用「保障裁決」而不是「機構判決」、「保障判決」或「風險判決」，「獨立復審機構」而不是「獨立復審實體」。同時也會儘量減少使用縮寫詞。

但了解適用的法律名詞，對您是非常重要且有幫助的。正確地了解並使用術語將有助於您在處理問題時更準確地取得相應的協助或正確的資料。為協助您了解並使用適當的術語，我們在詳述如何根據不同情況處理問題時，也詳述了相應的法律名詞。

第 2 節 從哪裏能獲取更多資料及個人協助

我們隨時樂意為您提供協助。即使您對我們對待您的方式提出投訴，我們也有義務尊重您投訴的權利。 因此，您應該經常向客戶服務尋求協助，但有些情況下您也許想從與我們沒有關連的機構獲取協助。以下兩個團體可以為您提供協助。

州政府醫療保險輔助計劃(SHIP)

每州均有政府聘請一批接受過訓練的顧問。此計劃與本計劃或其它任何保險公司及保健計劃均無關連。諮詢顧問將協助您了解該採取甚麼程序來處理您的問題，回答您的疑問，並提供更詳盡的資料及指導。

SHIP 的顧問服務是免費的。電話號碼及網址請參閱本文件第二章第 3 節。

聯邦保健

您也可聯絡聯邦保健獲取協助。聯絡聯邦保健：

- 您可每週七天，每天 24 小時致電服務熱線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士 1-877-486-2048。
- 您也可以瀏覽聯邦保健的網址(www.medicare.gov)

您也可從州醫療補助獲取相關協助及資料

欲了解更多有關從州醫療補助獲取協助或資料，您可以聯絡加州醫療輔助管理計劃醫療申訴專員辦公室 1-888-452-8609，辦公時間星期一至五，早上八時至下午五時，太平洋時間 (節日除外)。

第 3 節 應採取哪種程序來處理您的問題？

因為您享有聯邦保健，同時又取得州醫療補助的援助，所以處理您問題的程序則有所不同。您應採取哪種程序取決於您的問題是與聯邦保健福利有關還是與州醫療補助福利有關。如果您的問題與聯邦保健福利有關，請採用聯邦保健的程序。如果您的問題與州醫療補助的福利有關，請採用州醫療補助的程序。如果您需要協助以便作出決定使用聯邦保健還是州醫療補助的程序，請聯絡會員服務中心。

本章分不同的章節解釋有關聯邦保健以及州醫療補助的處理程序。欲了解您應該閱讀哪一章節，請查閱以下的表格。

您的問題或顧慮是與您的聯邦保健還是州醫療補助福利保障有關？

如果您需要協助以便作出決定使用聯邦保健還是州醫療補助的程序，請聯絡會員服務中心。

我的問題是與**聯邦保健**保障福利有關。

轉至本章下一節，第 4 節 「**處理有關您聯邦保健福利問題**」

我的問題是與州醫療補助有關。

轉至本章第 12 節「處**理有關州醫療補助福利問題**」

有關您聯邦保健福利的問題

第 4 節 處理有關您聯邦保健福利的問題

第 4.1 節 您應採取保障裁決及上訴的程序，還是採取投訴程序？

如有問題或顧慮需要處理，您只需查閱本章適用於自己情況的部份。以下的指南將方便您查閱，以找到合適的章節解決您有關**聯邦保健的福利保障方面的投訴**。

要確定本章的哪部分將有助於解決您對**聯邦保健保障**問題或疑慮，請使用此圖表：

您的問題或顧慮是否與您的福利及保障有關？

這包括醫療護理服務或處方藥物是否屬於保障範圍、受保障的方式及與醫療護理或處方藥物付費有關的問題。

是。

轉至本章下一節，**第 4 節「保障裁決及上訴基本指南」**

否。

跳至本章末尾**第 12 節**「如何就護理服務質量、等候時間、客戶服務或其它問題提出投訴」

第 5 節 保障裁決及上訴基本指南

第 5.1 節 要求保障裁決及提出上訴：概要

保障裁決及提出上訴的步驟是用來處理與醫療服務及處方藥物相關的福利保障問題，包括付款。您可以通過此程序來明確保障範圍以及保障方式等問題。

在接受服務之前要求保障裁決

保障裁決是我們對您的福利及保障，或對我們償付您所接受的醫療服務或藥物費用金額的決定。我們作出是否承保或付費多少的決定。例如，您的聯網醫生可以在您接受他/她醫療護理或是轉介您去看專科醫生時做出(有利的)保障裁決。如果您的醫生不確定我們是否會保障某項醫療服務或拒絕提供您認為必須的醫療服務時，您或您的醫生都可以聯絡我們要求做出保障裁決。或者，如果您想在接受醫療服務之前了解此項服務是否屬於保障範圍，可以要求我們為您作出保障裁決。在有限的情況下，保障裁決的請求會被駁回，即表示我們不會審查該請求。例如要求不完整，如果有人代表您提出請求但未獲得法律

授權，或您撤回請求。如果我們駁回保障裁決請求，我們將發送通知說明原因以及如何對駁回進行審查。

某些情況下，我們可能裁決某項醫療服務或藥物不再接受保障或聯邦保健不再繼續為您保障。如果您對裁決結果有異議，可提出上訴。

提出上訴

如果您對我們的保障裁決不滿意，可以提出「上訴」。上訴是要求我們重新復審並改變已作出的保障裁決的一種正式程序。我們稍後會講及在哪些特殊情況下，您可要求加快審理、「快速保障裁決」或快速上訴。上訴不會由做出初次不利裁決的審核人進行。

在您第一次提出上訴時，稱為第一級上訴。當您提出第一級上訴時，我們會重新復審已作出的保障裁決，檢查是否切實遵循所有相關規則。完成重審後我們會告知您結果。

在有限的情況下，保障裁決的請求會被駁回，即表示我們不會審查該請求。例如要求不完整，如果有人代表您提出請求但未獲得法律授權，或您撤回請求。如果我們駁回保障裁決請求，我們將發送通知說明原因以及如何對駁回進行審查。

如果我們部份或全部否定了您的第一級上訴，您可繼續進行第二級上訴。第二級上訴將由與本計劃毫無關連的獨立復審機構進行復審。

- 您的案例會被自動提交至獨立復審機構進行第二級上訴 - 您無需任何行動。獨立復審機構將以郵寄通知您，以確認他們已收到您的第二級上訴。

- 有關第二級申訴的更多資訊，請參閱本章第 6.4 節。

如果您對第二級上訴的結果仍不滿意，您可以繼續提出更高級別的上訴（本章第 10 節解釋了第三、四及五級上訴程序）。

第 5.2 節 如何在保障裁決或上訴期間獲取協助

在決定要求保障裁決或上訴時，請檢視以下資源：

- 您**可以致電會員服務中心**。

- 您可以聯絡加州醫療保險輔助計劃**獲取免費協助**。
- **您的醫生可以為您提出上訴**。如果您的醫生幫助上訴超過第二級，他們將需要被指定為您的代表。請致電會員服務中心並索取「指定代理人」表格。（該表格也可在聯邦保健網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 上找到。
    - 您的醫生可以代表您要求本計劃做出保障裁決或提出第一級的上訴。如果您的上訴在第一級被拒絕，它將自動轉至第二級。
    - 如果是有關 D 部份藥物的上訴，您的醫生或其他醫療提供者可為您提出保障裁決第一級上訴。如果您的第一級上訴被拒絕，您的醫生或寫處方的醫生可以申請第二級。
- **您可以指定某人作為您的代理人**。如果您願意，可以指定他人作為「代理人」為您申請保障裁決或提出上訴。
    - 如果您希望朋友、親戚，或其它人成為您的代理人，請致電會員服務中心索取「指定代理人」表格，(也可到聯邦保健網址去下載該表格 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)。 該表格授權代理人成為您的代表，必須由您與您指定的代理人共同簽署。您必須向本計劃提供一份已簽署的表格副本。
    - 雖然我們可以在沒有表格的情況下接受上訴請求，但我們無法在收到表格之前開始或完成審核。如果我們收到您的上訴請求後，在 44 個日曆日（我們對您的上訴做出決定的截止日期）內沒有收到該表格，您的上訴請求將被駁回。如果發生這種情況，我們將向您發送書面通知，說明您有權要求獨立審查組織審查我們駁回您上訴的決定。
- **您也有權聘請律師作**。您可以聯絡您的私人律師，或從當地的律師協會或其它轉介服務尋找合適的律師。某些組織會向合資格人士提供免費法律服務。但是，**您並非一定需要聘請律師**代理申請保障裁決或者提出上訴。

第 5.3 節	**本章哪一節詳述了<u>您所處</u>的情況？**

有四種不同情況會涉及保障裁決及上訴。鑒於每種情況都有其不同的規則及期限，我們將在不同章節分別對每一種情況進行詳細介紹：

- 本章**第 6 節**：「有關您的醫療護理：如何申請保障裁決或提出上訴」
- 本章**第 7 節**：「有關您的聯邦保健 D 部份處方藥物保障：如何申請保障裁決或提出上訴」
- 本章**第 8 節**： 「如果您認為醫生過早安排您出院，應如何要求我們延長住院的保障期限」
- 本章**第 9 節**：「如果您認為某些醫療服務保障過早結束，應如何要求我們繼續保障這些服務」[僅適用於以下服務：家居醫療護理、專業護理機構及綜合康復門診(CORF)]

如果您無法確定您的情況應參考哪一章節，請致電會員服務中心，也可以向州立醫療保險輔助計劃等政府機構獲取協助或資料。

第 6 節 您的醫療護理：如何要求保障裁決或提出上訴

第 6.1 節	**本節將告訴您如果您無法獲得醫療保障或希望我們償付計劃的費用分擔時，該怎麼做？**

本節是關於您的醫療護理及服務的保障福利。這些福利在本文件第四章「*醫療福利保障圖表(承保項目及付費標準)*」中有詳述。為了簡化，在本節以下部份我們通常會說「醫療服務保障」或「醫療服務」，包括醫療項目及服務，以及聯邦保健 B 部分處方藥物。 在某些情況下，不同的規則適用於對 B 部分處方藥物的要求。在這種情況下，我們將解釋 B 部分處方藥物的規則與醫療用品及服務規則間的差別。

本節向您提供以下五種情況的處理辦法：

1. 您沒有獲得您所需要的醫療服務，但認為此項服務屬於本計劃的保障範圍。**要求做出保障決定，第 6.2 節。**

2．本計劃將不批准您的醫生或其它醫療服務提供者為您提供的醫療服務，但您認為此服務屬於本計劃的保障範圍。**要求做出保障決定，第 6.2 節。**

3．您接受了您認為是在計劃保障範圍內的醫療護理，但我們答覆說不會償付此服務的相關費用。**提出上訴，第 6.3 節。**

4．您收到並支付了您認為是在計劃保障範圍內的醫療護理，要求本計劃償付此費用。**把賬單寄給我們，第 6.5 節。**

5．您被告知您正在接受的某項保障醫療服務即將遭到削減或終止，而您認為削減或終止此服務將會影響您的健康。**提出上訴，第 6.3 節。**

- 注意：**如果即將被終止的保障是與住院護理、家居醫療護理，專業護理院，或綜合性康復門診(CORF)有關**，由於這幾類醫療服務另有特殊規定，您必須閱讀本章的第 7 及 8 節。特殊規定適用於這些類型的護理。

第 6.2 節	**步驟程序：如何要求保障裁決**

法律名詞	當保障裁決涉及您的醫療護理時，稱作**「機構判決」**。 快速裁決」被稱為**「加急裁決」**

步驟 1：您決定是否需要進行「普通裁決」還是「快速裁決」。

對於 B 部分藥物，通常會在 14 日或 72 小時內做出「普通裁決」。「快速裁決」對於醫療服務通常在 72 小時內完成；對於 B 部分藥物通常在 24 小時內完成。您必須符合以下兩項要求，才可以申請快速裁決：

- *只能對您尚未接受*的醫療服務要求進行快速裁決。
- 只有在按普通期限處理會對您的*健康或身體功能造成嚴重傷害時*，才可以要求快速裁決。
- **如果您的醫生告訴我們您的健康情況需要「快速裁決」，我們將自動同意進行快速裁決。**

- **如果您在沒有醫生證明的情況下，自行要求快速裁決，本計劃會根據您的健康狀況來判斷是否予以快速裁決。**如果我們判定您的健康狀況並不需要快速裁決，將以信函形式告知您：
  - 說明我們將使用標準截止日期
  - 告知您如果您的醫生要求快速裁決，我們將自動進行快速裁決。
  - 該信函還會告知您如何就我們對您進行普通裁決而不是快速裁決的決定提出「快速投訴」。

步驟 2：要求我們進行「普通裁決」還是「快速裁決」。

- 先致電、來函或傳真至本計劃，取得我們的批准或要求我們提供您需要的醫療服務保障。您本人、您的醫生或您的代理人都可以提出申請。第二章有聯絡資料。

步驟 3：本計劃會考慮您的醫療服務保障的申請並給予答覆

對於普通裁決，我們使用普通期限。

即我們會在收到您的醫療項目或服務申請後 **14 個日曆日內答覆**。如果您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，我們將在收到您的要求後 **72 小時內**答覆。

- 但如果您要求更長的時間，或我們需要收集有利於您的資料，醫療物品或服務請求**處理時間將會再多延長 14 個日曆日**。如果我們決定延長處理時間，將以書面形式通知您。如果您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，我們將不會花更多時間做出決定。
- 如果您認為我們*不應*延長處理時間，可以對此提出「快速投訴」要求。當您提出快速投訴時，我們會盡快對您的投訴作出回應。(投訴的步驟與要求保障裁決及上訴的步驟不同。有關投訴包括快速投訴的步驟，請參閱本章第 10 節。)

對於快速裁決，我們使用快速期限。

如果您的要求是醫療項目或服務，快速裁決意味著我們必須在 72 小時內作出答覆。 如果您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，我們將在 24 小時內答覆。

- **但是**，如果我們需要更多有利於您的資料，或者您需要更長時間來尋找這些資料，**我們可以延長多 14 日曆日**。如果我們決定延長處理時間，將會以書面形式通知您。如果您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，我們將不會花更多時間做出決定。
- 如果您認為我們*不應*延長處理時間，可以對此提出「快速投訴」要求。(請參閱本章第 10 節)。我們做出決定後會盡快以電話答覆。
- **如果我們不批准您部份或全部的申請**，將以書面形式向您詳細解釋原因。

步驟 4： **如果我們不批准您的醫療保障申請，您可以決定進行上訴。**

- 如果本計劃不批准您的申請，您有權提出上訴，要求我們重新復審或更改這一裁決。上訴表示再次提出要求享有自己想要的醫療服務保障。如果您提出上訴，意味著您將進入第一級上訴步驟。

第 6.3 節	**步驟程序：如何進行第一級上訴**

法律	**對醫療服務保障裁決的提出上訴被稱作該計劃「重新審查」**
名詞	**「快速上訴」被稱為「加急處理」。**

步驟 1：您決定是否需要進行「普通裁決」還是「快速裁決」。

「普通裁決」通常在 30 天內提出。「快速裁決」通常在 72 小時內提出。

- 如果您的上訴是關於我們對您尚未接受的醫療服務做出的裁決，您及/或您的醫生需要決定是否需要「快速上訴」。如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要「快速上訴」，我們將為您進行快速上訴。
- 「快速上訴」的要求及步驟與要求「快速裁決」相同，欲提出快速上訴，請參閱本章第 6.2 節。

步驟 2：要求我們進行「普通上訴」還是「快速上訴」。

- **如果您要求進行普通上訴，請以書面形式提交。**您也可以致電我們提出上訴。第二章有聯絡資料。

- **如果您要求快速上訴，請按照書面形式提出或致電我們。**第二章有聯絡資料。
- **您必須在保障裁決通知書顯示的日期起 60 個日曆日內提出上訴申請。**如果您錯過了截止期限，但有充分理由說明錯過的原因。當您提出上訴時，請解釋您的上訴延遲的原因，我們也可能給您更多的時間提出上訴。充分理由包括您患了重病，無法聯絡我們；或我們向您提供的上訴截止期限資料是錯誤或不完整的。
- **您可以索取一份您的醫療裁決相關資料的副本，您及您的醫生也可以向我們提供更多資料來支持您的上訴申請。**

步驟 3：本計劃考慮您的上訴並給予答覆

- 當本計劃復查您的上訴時，我們將認真復審所有資料，並回顧我們作拒保決定時是否遵從所有的規則。
- 如有需要，我們會聯絡您或您的醫生以獲取更多資料。

「快速上訴」的截止期限

- 快速期限通常要在**收到上訴申請後的 72 小時內**作出答覆。 如果您的健康狀況不允許，我們會儘快給予您答覆。
  - 但是，如果我們需要更多有利於您的資料，或者您需要更長時間來尋找這些資料，我們**會多延長 14 個日曆日**處理您的醫療項目或服務要求。如果我們決定延長處理時間，將會以書面形式通知您。如果您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，我們將不會花更多時間。
  - 如果我們未能在 72 小時內(或延長期到期之時)作出答覆，我們必須自動將您的申請轉至第二級上訴程序，由獨立復審機構進行核審。第 6.4 節解釋第二級上訴程序的步驟。
- **如果我們批准了您部份或全部的申請，**我們必須在收到申請的 72 小時內批准或提供相應的醫療服務保障。
- **如果我們不批准您部份或全部的申請，**我們將以書面形式向您通知，並會自動將您的申請轉至獨立複審機構做第二級上訴處理。獨立審查機構收到您的上訴後會以書面形式通知您。

「普通上訴」的截止期限

- 普通上訴必須在**收到您的**請**後的 30 個日曆日**內答覆您。如果您的要求是涉及尚未收到的聯邦保健 B 部分處方藥物，我們將在收到您的上訴後的 **7 個日曆日**內給您答覆。我們會根據您的健康狀況，儘快給予答覆。
  - 但是，如果我們需要收集更多有利於您的資料，或者您需要更長時間來尋找這些資料，我們**會多延長 14 個日曆日若您的要求是醫療項目或服務**。這時，我們會以書面通知您。如果您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，我們將不會花更多時間做出決定。
  - 如果您認為我們*不應*延長處理時間，可以對此提出「快速投訴」要求。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內對您的投訴作出回應。(投訴的步驟與要求保障裁決及上訴的步驟不同。有關投訴包括快速投訴的步驟，請參閱本章第 10 節)。
  - 如果我們未能在以上適用的限期內(或**您的醫療項目或服務要求**延長期到期之時)作出答覆，我們必須自動將您的申請轉至第二級上訴程序，由獨立復審機構進行核審。本節的後面會介紹該獨立復審機構並解釋第二級上訴程序的步驟。
- **如果我們批准了您部份或全部的申請**，我們必須在收到上訴後的 30 個日曆日內若您的要求是醫療項目或服務，或 **7 個日曆日內**若您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，批准或提供相應的醫療服務保障。

如果我們不批准您部份或全部的申請，我們會自動將您的上訴轉至獨立複審機構做第二級上訴處理。

第 6.4 節	**步驟程序：如何進行第二級上訴**
法律名詞	「獨立復審機構」的正式名稱是「**獨立復審部門**」。有時簡稱為「**IRE**」。

獨立復審機構是受僱於聯邦保健的外部獨立復審機構。此機構與本計劃毫無關連亦非政府機構。它是由聯邦保健選定作為獨立復審機構處理事務的公司。聯邦保健將監察其工作。

步驟 1：獨立復審機構將重新復審您的上訴申請

- 我們將您上訴的相關資料交給此機構。相關資料被稱作您的「案例檔案」。**您有權向我們索取一份案例檔案副本。**
- 您有權向獨立復審機構提交補充資料來支持您的上訴申請。
- 獨立復審機構的復審人員將仔細核對與您上訴申請相關的所有資料。

*如果您的第一級上訴屬於「快速」上訴，那第二級上訴仍屬**「快速」上訴***

- 如果您在第一級進行了快速上訴，那麼在第二級您將自動進入「快速」上訴程序。獨立復審機構必須在收到上訴後 **72 小時內**對您的第二級上訴作出答覆。
- 但如果您的要求是醫療項目或服務，獨立復審機構需要收集更多可能有利於您的資料，處理時間也可能**多延長 14 個日曆日**。如果您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，獨立復審機構將不會花更多時間做出決定。

*如果您的第一級上訴屬於「普通」上訴，那麼第二級上訴仍屬**「普通」上訴***

- 如果您在第一級進行了普通上訴，您會自動得到第二級「普通」上訴處理。如果您的要求是醫療項目或服務，獨立復審機構必須在收到上訴後 **30 個日曆日內**對您的第二級上訴作出答覆。如果您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，如果您的上訴涉及尚未收到的 B 部分處方藥的承保範圍，獨立復審機構將在收到您的第二級上訴後的 7 個日曆日內給您答覆。
- 但如果您的要求是醫療項目或服務，及獨立復審機構需要收集更多可能有利於您的資料，處理時間也可能**多延長 14 個日曆日**。如果您的要求是聯邦保健 B 部分處方藥物，獨立復審機構將不會花更多時間做出決定。

步驟 2：獨立復審機構將向您提供答覆

獨立復審機構將以書面形式通知您裁決結果，並解釋相關原因。

- **如果獨立復審機構同意了您的醫療項目或服務要求部份或全部申請**，我們必須在收到獨立復審機構裁決的 **72 小時內**批准相關醫療保障或在 **14 個日曆日**內提供相應的醫療服務；如果是**快速上訴**，我們必須在收到獨立復審機構裁決的 72 小時內批准相關醫療保障。

- **如果獨立復審機構同意了您的聯邦保健 B 部分處方藥物部份或全部申請**，我們必須在收到獨立復審機構裁決的 72 小時內批准相關醫療保障或在 14 個日曆日內提供相應的醫療服務；如果是**快速上訴**，我們必須在收到獨立復審機構裁決的 **24 小時內**批准相關醫療保障。
- **如果獨立復審機構駁回您的部份或全部上訴申請，就表明他們同意我們的拒保裁決**。(這被稱作「維持保障裁決」或「駁回您的上訴申請」) 在這種情況下，獨立審查機構會給您書面通知：
  - 解釋其決定
  - 如果您所要求的醫療保障金額達到一定限額，您有權要求進行第三級上訴。獨立復審機構給您的書面通知內會告知您如何查找保障金額。
  - 告訴您如何提出第三級上訴。

步驟 3：如果您的案例符合要求，您可選擇是否繼續上訴

- 第二級上訴之後還有三個級別的上訴步驟(共有五級上訴步驟)。如果您想進行第三級上訴，在您收到您在第二級上訴裁決通知書會詳細解釋如何進行第三級上訴。
- 第三級上訴將由行政法官或律師審判員裁決。關於第三、四、五級上訴步驟的詳情，請請參閱本章第 10 節。

第 6.5 節 如何要求本計劃償付您已接受的醫療服務費用分擔?

如果您已經支付州醫療補助服務或計劃保障的項目，您可以要求我們退款（退款通常稱為「報銷」）。若您為計劃承保的醫療服務或藥物費用支付超過應承擔的部份，您有權獲得我們退款。當您向我們提供已支付的賬單時，我們將查看並決定是否應受保障的服務或藥物。如果我們決定應受保障，我們將退回有關費用。

要求償付就是要求本計劃進行保障裁決

如果您提交要求我們償付的書面資料，即是要求我們作出保障裁決。我們將核對您所支付的醫療服務是否屬於保障範圍，然後作出保障裁決。我們還會核查您是否遵守了所有使用醫療服務保障的相關規則。

- **如果我們同意您申請**：如果您所支付的醫療服務在保障範圍內，且您遵守了所有規則，我們將在收到您的申請後 60 個日曆日內償付計劃的費用分擔部份；如果您尚未支付該服務的費用，我們將直接支付給聯網醫療服務提供者。

- **如果我們駁回您申請**：如果醫療服務*不屬於*保障範圍，或您沒有遵守相關規則，我們將不會付款。我們還將以書信告知您我們不會支付相關醫療服務及其原因。

如果您不同意我們的拒保裁決，**您可以提出上訴**。上訴即表明您要求我們更改已作出的拒保裁決。

請參照本章第 5.3 節的相關步驟指示進行上訴。當您遵循相關指示時，請注意：

- 我們必須在收到上訴後 60 個日曆日內作出答覆。(如果您要求我們償付您已接受並支付的醫療服務，不得提出快速上訴要求。)

- 如果獨立復審機構決定我們應該負責，我們必須在 30 個日曆日內向您或相關醫療服務作出償付。如果您的上訴申請是在第二級及更上一級上訴階段獲得批准，我們必須在 60 個日曆日內向您或聯網醫療服務提供者償付您所要求的款項。

第 7 節 聯邦保健 D 部份處方藥物保障：如何申請保障裁決或提出上訴

第 7.1 節 本節將告知您在無法獲得聯邦保健 D 部份處方藥物，或希望我們償付 D 部份處方藥物的費用，該怎麼做？

您享有的醫療福利包括許多處方藥物。只有是醫療許可用來治療您的病情的藥物才受到保障。藥物使用方式請參閱第五章。) 有關 D 部分藥物、規則、限制及費用的詳細資料，請參閱第五章及第六章。**此章節只針對聯邦保健 D 部份處方藥物**。為了簡化，在本節其餘部

份，我們通常將其簡稱為「藥物」而不再每次重複「受保障的門診處方藥物」或「聯邦保健 D 部份處方藥物」。我們還使用術語「藥物清單」而非「承保藥物清單」或「藥物一覽表」。

- 如果您不知道某種藥物是否在承保範圍內或符合規定，您可以詢問我們。有些藥物需要您先獲得我們的批准，然後我們才會承保。
- 如果您的藥房告知您無法按照處方來配發您的藥，藥房會向您發出書面通知，解釋該如何聯絡我們要求做出保障裁決。

聯邦保健 D 部份處方藥物保障裁決及上訴

法律名詞	關於聯邦保健 D 部份處方藥物的初步判決被稱為**「保障裁決」**。

保障裁決是關於醫療福利及保障或我們須為您的藥物分擔多少費用的裁決。本節說明如果您處於以下任何一種情況，您可以做什麼：

- 您要求我們做特例處理，包括：
- 要求我們保障不在本計劃*保障藥物一覽表(藥物表)*內的聯邦保健 D 部份處方藥物。**要求我們做特例處理，第 7.2 節**。
- 要求我們取消計劃中對某些藥物的限制(如對可獲取藥物的數量限制)。**要求我們做特例處理，第 7.2 節**。
- 償付某種您已購買的處方藥物。**要求我們償付給您，第 7.4 節**。

如果您不同意我們作出的保障裁決，您可以就此裁決提出上訴。

本節講述您該如何要求保障裁決及如何提出上訴。

第 7.2 節	**甚麼是特例處理？**

法律	要求保障不在藥物表內的藥物有時被稱為**「藥物特例處理」**。
名詞	要求撤銷對某種保障藥物的限制有時被稱為**「藥物特例處理」**。

要求降低對承保的非首選商標藥物的費用分攤，有時被稱為**「費用分攤等級特例處理」**。

如果某種藥物沒有按您所需要的方式受到保障，您可以要求本計劃作「特例處理」。特例處理是保障裁決的一種類別。

當我們考慮您的特例處理申請時，您的醫生或其他開處方藥物的醫生必須從醫療原因解釋您需要特例處理的理由。以下是您或您的醫生或其他開處方藥物的醫生要求我們作例外處理的兩個例子。

1. **要求保障不在藥物表內的聯邦保健 D 部份處方藥物**。如果我們同意作特例處理，保障某種不在藥物表內的藥物，您要支付適用於藥物*等級 4* 的分擔費用。您不得對自付費或共付費提出特例處理要求。

2. **撤銷某一保障藥物的限制**。第五章描述本計劃保障表可能對某些藥物有附加規定或限制。如果本計劃同意為您做特例處理，取消某項限制，您可以要求對該藥的自付費或共付費做特例處理。

7.3 節 要求特例處理時需了解的重要事項

您的醫生必須告知我們要求特例處理的醫療原因

您的醫生或其他開處方藥物的醫生必須向我們提供書面說明，告知要求特例處理的醫療原因。為了得到快速裁決，請您在提交特例處理申請時，請務必附上這份由您的醫生或其他開處方藥物的醫生提供的書面證明。

通常來說，我們的藥物表對每一種病情都提供了超過一種的治療藥物。這些不同選擇被稱作「可選」藥物。如果可選藥物與您要求的藥物療效一樣，且不會產生更多副作用或引發其它健康問題，我們通常不會批准您的特例處理申請。

本計劃同意或駁回您的申請

- 如果我們批准您的特例處理申請，此批准通常在本計劃年度內一直有效。只要您的醫生繼續給您處方此藥物，而此藥物對您的病情也是有效且安全的，我們就不會作

出任何改變。

- 如果我們駁回您的申請，您可以通過上訴要求我們重新復審裁決。

第 7.4 節	**步驟程序：如何要求保障裁決，包括特例處理**

法律名詞	「快速裁決」被稱為「**加急裁決**」

步驟 1：您決定是否需要進行「普通裁決」還是「快速裁決」。

「普通裁決」是在我們收到您的醫生聲明後 **72 小時內**完成。我們會在收到您的醫生聲明後 **24 小時內**做出**「快速裁決」**。

如果您的健康需要，請要求我們為您提供「快速裁決」。**您必須符合以下兩項要求，才可以申請快速裁決**：

- *只能對您尚未接受的藥物*要求進行快速裁決。（您不能要求對您已經購買的藥物進行快速裁決進行償付。）
- 只有在按普通期限處理會對您的*健康或身體功能造成嚴重傷害時*，才可以要求快速裁決。
- **如果您的醫生或其他開藥者告訴我們您的健康需要「快速裁決」，我們將自動為您提供「快速裁決」。**
- **如果您在沒有醫生證明的情況下，自行要求快速裁決，本計劃會根據您的健康狀況來判斷是否予以快速裁決。**如果我們判定您的健康狀況並不需要快速裁決，將以信函形式告知您：
  - 說明我們將使用標準截止日期
  - 告知您如果您的醫生要求快速裁決，我們將自動進行快速裁決。
  - 該信函還會告知您如何就我們對您進行普通裁決而不是快速裁決的決定提出「快速投訴」我們將在收到您的投訴後 24 小時內答覆。

步驟 2：要求我們進行「普通裁決」還是「快速裁決」。

先致電、來函或傳真至本計劃，取得我們的批准或要求我們提供您需要的醫療服務保障。您還可以在我們的網站瀏覽決定流程。我們必須接受任何書面申請，包括在聯邦保健中心提供的保障決定申請表或我們網站上提供的計劃表格上提交。第二章有聯絡資料。為協助我們處理您的申請求，請提供您的姓名、聯絡資料以及正在上訴的被拒絕索償的資料。

您本人、您的醫生(或其他寫處方的醫生)或您的代理人都可以提出申請。您也可以請律師作為您的代理人， 本章第 4 節介紹您如何向其他人提供書面許可以擔任您的代表。

- **如果您要求特例處理，請提供「醫生證明」**。您的醫生或其他開處方藥物的醫生必須向我們提供要求藥物特例處理的醫療原因。您的醫生或其他開處方藥物的醫生可以致電我們，及傳真或郵寄證明給本計劃進行跟進。

步驟 3：本計劃會考慮您的特例處理申請，並給予答覆。

「快速裁決」的截止期限

- 快速裁決通常要在 **24 小時內**作出答覆。
  - 這通常意味著我們在收到您的申請的 24 小時內作出答覆。如果您要求特例處理，我們將在收到醫生證明後的 24 小時內作出答覆。根據您的健康狀況，我們將會加快處理儘早回覆。
  - 如果我們未能在期限內作出答覆，我們必須將您的申請轉至第二級上訴程序，由獨立複審機構進行核審。本節後面會介紹該獨立復審機構並解釋第二級上訴程序的步驟。
- **如果我們批准了您部份或全部的申請**，我們必須在收到申請或醫生證明的 24 小時內批准或提供相應的保障。
- **如果我們不批准您部份或全部的申請**，將以書面形式通知您駁回的理由。我們亦會告知您如何上訴。

對於尚未獲得的藥物進行「普通」保障裁決的截止期限

- 如果是以普通期限來處理申請，我們必須在 **72 小時內**作出答覆

- 這通常意味著在收到您申請後的 72 小時內作出答覆。如果您要求特例處理，我們將在收到支持此申請的醫生證明後的 72 小時內作出答覆。根據您的健康狀況，我們將會加快處理儘早回覆。
- 如果我們未能在期限內作出答覆，則必須將您的申請轉至第二級上訴，由獨立復審機構進行復核。本節後面將介紹該機構並解釋第二級上訴的步驟。

- **如果我們批准了您部份或全部申請**，如果我們批准了您的裁決申請，則必須在收到您的申請或醫生證明後的 **72 小時內**做出償付。
- **如果我們不批准您部份或全部的申請**，將以書面形式通知您駁回的理由。我們亦會告知您如何上訴。

對於已經獲得的藥物進行「普通」保障裁決的截止期限

- 我們必須在收到您的申請後的 **14 個日曆日內**作出答覆
  - 如果我們未能在期限內作出答覆，則必須將您的申請轉至第二級上訴，由獨立復審機構進行復核。本節後面將介紹該機構並解釋第二級上訴的步驟。
- **如果我們批准了您部份或全部申請** ，則必須在收到您的申請後的 14 個日曆日內做出償付。
- **如果我們不批准您部份或全部的申請**，將以書面形式通知您駁回的理由。我們亦會告知您如何上訴。

步驟 4：如果我們駁回您的保障裁決申請，您可以決定提出上訴

- 如果本計劃駁回了您的申請，您有權提出上訴。提出上訴即意味著您要求我們重新考慮並可能更改我們已作出的決定。

7.5 節 步驟程序：如何進行第一級上訴

法律	**對聯邦保健 D 部份處方藥物保障裁決進行上訴又稱作計劃的「重新裁決」**
名詞	**「快速上訴」也被稱作「加急上訴」**

步驟 1：您決定是否需要進行「普通上訴」還是「快速上訴」。

「普通上訴」通常在 7 天內提出。「快速上訴」通常在 72 小時內提出。如果您的健康需要，請要求「快速上訴」。

- 如果您就尚未接受的藥物提出上訴，您及您的醫生或其他開處方藥物的醫生必須決定您是否需要「快速上訴」
- 獲得「快速上訴」的條件與本章第 6.4 節獲得「快速裁決」的條件是一樣的。

步驟 2：您(或您的代理人，您的醫生，其他寫處方的醫生)必須聯絡本計劃並提出您的第一級上訴。如果您的健康需要，您必須要求**「快速上訴」**。

- **如果您要求進行普通上訴，請以書面形式提交。**您也可以致電我們提出上訴。第二章有聯絡資料。
- **如果您要求快速上訴，請按照書面形式提出**或*在每週 7 天的上午 8 時至晚上 8 時之間致電 1-888-775-7888，聽障人士 1-877-681-8898* **聯絡我們。**第二章有聯絡資料。
- ***我們只接受書面申請，包括聯邦保健中心提供的保障決定申請表，您可在本計劃網址查找該表格。***為協助我們處理您的申請求，請提供您的姓名、聯絡資料以及有關您索償的資料。
- **您必須在保障裁決通知書上的日期起 60 個日曆日內提出上訴申請。**如果您錯過了截止期限，但有充分理由解釋錯過的原因，我們也可能給您更多的時間提出上訴。充分理由包括您患了重病，無法聯絡我們；或我們向您提供的上訴截止期限資料是錯誤或不完整的。

- **您可以索取一份有關您上訴資料的副本，也可以向我們提供更多資料來支持您的上訴申請。**您與您的醫生可以提供補充資料以支持您的上訴。

步驟 3：本計劃考慮您的上訴並給予答覆

- 當本計劃復核您的上訴時，我們將再次仔細復審有關您保障申請的所有資料，核查我們在作出拒保決定時是否遵循了所有規則。我們也許會與您或您的醫生或者其他開處方藥物的醫生聯絡以獲取詳情。

「快速」上訴的截止期限

- 快速期限通常要在**收到上訴申請後的 72 小時內**作出答覆。如果您的健康狀況不允許，我們會儘快給予您答覆。
  - 如果我們未能在 72 小時內做出答覆，我們必須將您的申請轉至第二級上訴程序，由獨立復審機構進行核審。第 6.6 節介紹該獨立復審機構並解釋第二級上訴程序的步驟。
- **如果我們批准了您部份或全部的申請**，我們必須在收到申請的 72 小時內批准或提供相應的保障。
- **如果我們駁回了您部份或全部申請**，將發出書面通知說明駁回的原因及您怎樣可以進行上訴。

對您尚未收到的藥物提出「普通上訴」的截止期限

- 我們必須在收到您的請求後 **7 個日曆日內**答覆。
  - 如果我們未能 7 個日曆日內作出答覆，我們需要將您的申請轉至第二級上訴程序，由獨立審查組織進行核審。第 6.6 節介紹該獨立復審機構並解釋第二級上訴程序的步驟。
- **如果我們批准了您部份或全部申請**，則必須在收到您上訴申請後的 **7 個日曆日內作出償付**。**如果我們駁回了您部份或全部申請**，我們將發出書面通知說明駁回的原因及您怎樣可以進行上訴。

對於已經獲得的藥物進行「普通」保障裁決的截止期限

- 我們必須在收到您的申請後的 **14 個日曆日內**作出答覆
  - 如果我們未能在期限內作出答覆，則必須將您的申請轉至第二級上訴，由獨立復審機構進行復核。本節後面將介紹該機構並解釋第二級上訴的步驟。
- **如果我們批准了您部份或全部申請** ，則必須在收到您的申請後的 30 個日曆日內做出償付。
- **如果我們不批准您部份或全部的申請**，將以書面形式通知您駁回的理由。我們亦會告知您如何上訴

步驟 4：如果我們駁回您的上訴申請，您可以決定是否繼續提出上訴。

- 如果您決定繼續進行上訴，即表示上訴申請將進入上訴第二級。

第 7.6 節	**步驟程序：如何進行第二級上訴**

法律名詞	「獨立復審機構」的正式名稱是「**獨立復審部門**」。有時簡稱為「**IRE**」。

獨立復審機構是受僱於聯邦保健的外部獨立復審機構。此機構與本計劃毫無關連亦非政府機構。它是由聯邦保健選定作為獨立復審機構處理事務的公司。聯邦保健將監察其工作。

步驟 1：您（您的代表人、您的醫生或您的寫處方的醫生）必須聯絡獨立復審機構，要求重新復審您的案例。

- 如果我們駁回了您的第一級上訴，我們發出的書面通知內會有**如何就我們的裁決進行第二級上訴的指引**。該指引將告訴您哪些獨立復審機構擁有審理第二級上訴的資格，您必須遵守的截止期限以及獨立復審機構的聯絡方式。然而，如果我們沒有在適用的時間範圍內完成我們的審查，或者在我們的藥物管理計劃下對「有風險」的案例做出了不利的決定，我們將自動將您的索償轉至 IRE。
- 當您向獨立復審機構提出上訴時，我們將您的上訴相關資料提交給該機構。這些資料被稱作您的「案例檔案」。**您有權要求向我們索取一份案例檔案的副本**。
- 您有權向獨立復審機構提交支持上訴申請的補充資料。

步驟 2：獨立復審機構將復審您的上訴申請。

獨立復審機構的復審人員將仔細核對與您上訴申請相關的所有資料。

「快速」上訴的截止期限

- 根據您的健康狀況，您可以要求獨立復審機構進行「快速上訴」。
- 如果獨立復審機構同意進行「快速上訴」，它必須在收到您的第二級上訴申請後的 **72 小時內**作出答覆。

「普通」上訴的截止期限

- 如果您的第二級上訴是以普通期限處理的，您仍尚未收到藥物，獨立複審機構必須在收到您的第二級申請後的 **7 個日曆日內**給予答覆。如果您要求我們償付您已購買藥物的費用，獨立複審機構必須在收到您的第二級申請的 **14 個日曆日內**給予答覆。

步驟 3：獨立復審機構給您答覆。

「快速上訴」

- **如果獨立復審機構批准了您部份或全部申請**，我們必須在收到決定後 **24 小時內提供相應的藥物保障**。

「普通上訴」

- **如果獨立復審機構批准了您部份或全部申請**，我們必須在收到其裁決後 **72 小時內提供相應的藥物保障**。
- **如果獨立復審機構批准了對您已購藥物的償付申請**，我們必須在收到其裁決後的 **30 個日曆日內**作出償付。

如果獨立復審機構駁回了您的上訴申請該怎麼辦？

如果獨立復審機構駁回您的部份或全部上訴申請，表明他們同意我們的拒保裁決。(這稱作「維持保障裁決」或「駁回您的上訴申請」) 在這種情況下，獨立審查機構會給您書面通知：

- 解釋其決定。
- 如果您所要求的醫療保障金額達到一定限額，您有權要求進行第三級上訴。如果您申請的藥物保險的價值太低，您不能再次上訴，第二級的決定是最終決定。
- 告訴您必須有爭議的價值才能繼續上訴。

步驟 4：如果索賠的藥物保障金額符合要求，您可以選擇是否繼續進行進一步上訴。

- 第二級上訴後還有三個級別的上訴步驟(共有五級上訴步驟)。
- 如果您決定進行第三級上訴，上訴的程序已經在您收到的第二級上訴書面通知中列明。
- 第三級上訴將由行政法法官或律師審判官處理。關於第三、四、五級上訴步驟的詳情，請請參閱本章第 10 節。

第 8 節 如您認為醫生過早讓您出院，應如何要求我們延長住院時間的保障

您住院時，有權獲得與您患病或受傷的診斷及治療有關的所有住院承保項目。

在承保的住院期間，您的醫生及醫務人員將與您一起為您康復出院做準備。他們也會協助您安排出院後所需的醫療服務

- 您離開醫院之日稱作**「出院日」**。
- 當您的出院日訂下來之後，您的醫生或醫務人員會知會您。
- 如果您認為自己被過早要求出院，可以申請延長住院期，我們會考慮您的要求。

第 8.1 節 您在住院期間會收到聯邦保健發出的有關您享有的權利的書面通知

您會在入院後 2 日內收到一份「*聯邦保健關於您的權利的重要資料*」的書面通知。每一位享有聯邦保健的人士都會收到此通知。如果您沒有從醫務人員(例如社工或護士)收到此通知，可以向任何一位醫院職員索取。如需協助，可致電會員服務中心。您也可致電聯邦保健每週七天每天 24 小時開通的熱線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障人士 1-877-486-2048。

1. **請仔細閱讀此通知，若有不明請及時提出。**此通知包括：
   - 在住院期間或出院後，您按照醫囑享有聯邦保健保障服務的權利，包括了解服務內容，由誰來付費，從哪裏可以獲得這些醫療服務。
   - 您參與任何關於住院治療決定的權利。
   - 如有關於醫院護理質量問題的顧慮，應向哪些部門反映。
   - 如果您認為您被要求過早出院，有權就此出院決定提出上訴。這是要求延遲出院的正規及合法方式，以便我們為您提供更長的住院治療時間。
2. **您將被要求簽署書面通知以表明您已收到此通知並了解您的權利。**
   - 您或您的代理人將被要求簽署此通知。
   - 簽署此通知僅表明您已收到個人權利的相關資料，通知中並沒有寫明您的出院日。簽署此通知**不表明**您同意了出院日期。
3. **保留一份已簽署的通知副本**在身邊，以便有上訴(或反映醫療服務質量問題)需要時之用。
   - 如果您在出院日 2 天前簽署此通知，您將在預計出院日到期之前再次收到另一份副本。
   - 如欲事先獲取通知副本，您可以致電會員服務中心或每週七天每天 24 小時開通的熱線號碼：1-800 MEDICARE (1-800-633-4227，聽障人士 TTY1-877-486-2048)，也可以從以下網址獲取：

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

第 8.2 節 步驟程序：如何就改變出院日期提出第一級上訴

如果您希望我們延長您的住院醫療保障，就必須通過上訴程序提交申請。開始上訴前，您需了解您該做甚麼及上訴的截止期限。

- **遵循相關步驟**。
- **請勿錯過截止期限**。
- **如有需要請尋求協助**。如果您在任何時候有疑問或需要協助，請致電會員服務中心，或致電州立醫療保險輔助計劃尋求個人協助。

在第一級上訴期間，質量監控機構(Quality Improvement Organization)將復審您的上訴申請。該機構將從醫療角度上，決定您的預計出院日是否適當。

質量監控機構是由一批受僱於聯邦政府的醫生及醫療專家組成。該機構接受聯邦保健僱用，爲享有聯邦保健的人士監督並提高醫療服務質量，包括復審其出院日是否合理。這些專家不隸屬於本計劃。

步驟 1： 聯絡您所在州政府的質量監控機構，要求對您的出院進行「快速復審」。必須立即採取行動。

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知(聯邦保健關於您的權利的重要資料)將告訴您如何聯絡該機構。您也可在第二章找到您所在州的質量監控機構的名稱、地址及電話號碼。

立即行動：

- 如要提出上訴，您必須在離開醫院且**不遲於出院日期的午夜**前聯絡質量監控機構。
  - 如果您在截止期限前提交了上訴，即可在出院日到期之後或可以留院，同時等待質量監控機構對您的上訴作出答覆，在此期間，您無需支付費用。

  - 如果您錯過了提交上訴的截止期限，並且決定在預計出院日之後仍然留院，您可能需要支付在預計出院日之後接受住院護理服務的所有費用。

- 如果您錯過了向質量監控機構提出上訴的截止期限但您仍想上訴，您必須直接向本計劃提出上訴。詳情請參閱本章第 8.4 節。

一旦您要求立即審查您的出院情況，**質量監控機構**織將與我們聯絡。在第二天中午之前，我們會給您一份**出院詳情通知**。 該通知給出了您計劃的出院日期，並詳細解釋了您的醫生、醫院及我們認為您在該日期出院是正確（醫學上適當）的原因。

您可以每週 7 天、每天 24 小時致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取詳細出院通知樣本。（聽障人士 1-877-486-2048。）或您可以在 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 網上檢視通知樣本。

步驟 2：質量監控機構對您的案例進行獨立復審

- 質量監控機構的醫療專業人員，「復審員」會詢問您(或您的代理人)需要延長住院日期的理由。您無需準備任何書面資料，但如果您願意也可以準備一份。
- 復審員將審閱您的醫療資料，與您的醫生約談，並復審醫院及本計劃提供的相關資料。
- 在審核人員通知我們您提出上訴的當日中午之前，您會收到由我們提供的一份書面通知，告知您預計出院日期，並解釋您的醫生、醫院及本計劃認為您應在(從醫療角度看是適當的)該日出院的理由。

步驟 3： 質量監控機構在獲得所有必需資料後的一天內對您的上訴作出答覆。

如若您的上訴獲得批准：

- 如果復審機構批准，**本計劃必須繼續保障治療上需要的住院醫療服務。**
- 您將繼續支付您所需分擔的費用(例如可適用的扣除額或自付費)。另外，您的住院醫療保障可能會受到某些限制。

如若您的上訴被駁回：

- 如果復審機構駁回了您的上訴，表明他們認為您的預計出院日符合醫療需求。在這種情況下，**本計劃對您的住院醫療保障將在**收到質量監控機構答覆後的第二天中午**終止**。
- 如果復審機構駁回了您的上訴，而您決定繼續留院，那麼**您可能需要支付**在收到質量監控機構答覆的第二天中午以後的**所有住院醫療費用**。

步驟 4：如果第一級上訴被駁回，您可以決定是否提出另一級別的上訴。

- 如果質量監控機構駁回了您的上訴，而您想在預計出院日期後繼續住院，您可以繼續進行上訴。繼續進行上訴即表明您將進入第二級上訴。

第 8.3 節 步驟程序：如何就改變出院日期進行第二級上訴

在第二級上訴時，您可以要求質量監控機構重新復審他們對您作出的首次上訴裁決。如果我們繼續駁回您的第二級上訴，您可能需要支付在預計出院日之後的所有住院醫療費用。

步驟 1：再次聯絡質量監控機構，要求重新復審。

- 您必須在質量監控機構駁回您的第一級上訴之日起 **60 個日曆日內**提出再次復審的要求。只有在住院保障終止之後您仍留院的情況下，您才可以要求再次復審。

步驟 2：質量監控機構再次復審您的情況。

- 質量監控機構的復審員將再次仔細復審所有與您上訴有關的資料。

步驟 3：審員將在收到您第二次複審要求的 14 個日曆日內對您的上訴作出答覆。

如果復審機構批准了您的上訴：

- **本計劃必須償付**您在首次上訴被質量監控機構駁回的第二天中午之後發生的我們應分擔的部份住院費用。只要治療上需要，**本計劃必須繼續保障治療上需要的相關住院醫療服務**。
- 您必須繼續支付您需分擔的費用及接受可能適用的保障限制。

如果復審機構駁回了您的上訴：

- 表明他們同意您的第一級上訴所做的裁決。這也稱作「維持保障裁決」。
- 您收到的書面通知將告訴您如果希望繼續進行復審該怎麼辦。

步驟 4：如果您的上訴被駁回，您需要決定是否繼續第三級上訴

- 第二級上訴後還有三個級別的上訴步驟(共有五級上訴步驟)。如果您的第二級上訴被駁回，您可以決定接受裁決或是繼續進行第三級上訴。
- 第三級上訴將由行政法法官或律師審判官處理。本章第 10 節會說明第三、四、五級上訴的具體步驟。

第 8.4 節 錯過了第一級上訴的截止期限怎麼辦？

法律名詞	「快速」復審(或「快速上訴」)也被稱作「**加急上訴**」) 。

您可以向本計劃提出上訴

如以上所述，您必須立即聯絡質量監控機構，開始有關出院上訴的首次上訴。如果您錯過了聯絡該機構的截止期限，還可以通過其它程序提出上訴。

如果您通過其它程序提出上訴，*最初兩級的上訴步驟是不同的*。

步驟程序：如何進行*其它途徑*的第一級上訴

步驟 1：聯絡本計劃要求「快速復審」。

- **請務必要求「快速復審」**。表明您要求我們使用「快速」截止期限而不是「普通」截止期限對您的上訴申請作出答覆。 第二章有聯絡資料。

步驟 2：本計劃將對您的預計出院日期做「快速」復審，從醫療角度來判斷是否合理。

- 在復審過程中，本計劃將瀏覽您的所有住院資料，判斷您的預計出院日期從醫療角度來看是否合理，並檢查醫院在作出此決定時是否出於公平及遵循所有規則。

步驟 3：本計劃在您提交「快速復審」申請之後 72 小時之內作出答覆。

- **如果本計劃批准了您的上訴申請**，表明我們同意您在預計出院日之後繼續留院治療，同時將繼續提供相關住院保障直至醫療上不再需要。還表明我們同意償付我們應分擔的您在我們通知的保障期結束之日後接受的醫療服務的費用。(您必須支付您需分擔的費用，且可能有相應的保障限制。)
- **如果本計劃駁回了您的上訴申請**，表明我們認為您的預計出院日從醫療角度來看是合理的，相關的住院醫療保障也將在同一天終止
  - 如果您在預計出院日之後繼續留院，**您可能要支付**該日之後所接受的醫療服務的**所有費用**。

步驟 4：如果本計劃駁回了您的上訴，您的案例將被自動轉至上一級的上訴程序。

步驟程序：*其它*的第二級上訴途徑

法律名詞	「獨立復審機構」的正式名稱是「**獨立復審部門**」。有時簡稱為「**IRE**」。

質量監控機構是由一批受僱於聯邦政府的醫生及醫療專家組成。該機構接受聯邦保健僱用，爲享有聯邦保健的人士監督並提高醫療服務質量，包括復審其出院日是否合理。這些專家不隸屬於本計劃。

步驟 1：我們會自動將您的案例轉交給獨立復審機構。

- 我們必須在駁回您的首次上訴之後的 24 小時之內將相關資料轉交獨立復審機構以便進行第二級上訴。(如果您認為我們沒有按照此期限或其它期限行事，可以提出投訴。詳情請查閱本章第 11 節。)

步驟 2： 獨立復審機構對您的上訴做「快速復審」。復審員將在 72 小時內作出答覆。

- 獨立復審機構的復審員將仔細瀏覽您出院上訴申請的所有相關資料。
- **如果該機構*批准*了您的上訴申請**，則本計劃必須償付我們應分擔的您在預計出院日期之日後接受的醫療服務費用。同時，我們必須繼續保障醫療上需要的相關住院服

務。您必須支付您需分擔的費用。如有任何保障限制，可能會限制我們需償付的金額或繼續提供醫療保障的時間。

- **如果此機構*駁回了*您的上訴申請**，表明他們同意本計劃的裁決，認為對您預計出院日的決定從醫療角度來看是合理的。
    - 獨立復審機構發出的書面通知將告訴您進行第三級上訴的詳細資料，這上訴將由行政法法官或律師審判官處理。

步驟 3： 如果獨立復審機構駁回了您的上訴申請，您可以選擇是否繼續進行上訴。

- 第二級上訴後還有三個級別的上訴步驟(共有五級上訴步驟)。如果您的第二級上訴被駁回，您可以決定接受裁決或是繼續進行第三級上訴。
- 本章第 10 節會說明第三、四、五級上訴的具體步驟。

第 9 節 如果您認為某些保障過早結束 ，如何要求我們繼續承保這些醫療服務

第 9.1 節 本節僅適用於以下三種服務：家居醫療護理，專業護理院及綜合康復門診(CORF)

當您獲得**家居醫療護理服務、專業護理服務，或康復治療(**綜合康復門診)，只要您因某種疾病或意外接受治療，您就有權繼續獲得該類型護理的承保服務。

如果本計劃決定是時候終止以上三種醫療服務中的任何一種，都必須事先通知您。當您的相關保障終止時，*本計劃將停止償付我們應分擔的您享有的醫療服務的費用。*

如果您認為我們過早終止了醫療保障，**您可以對我們的裁決提出上訴**。本節將告訴您如何做。

第 9.2 節 我們會在保障終止之前通知您

法律名詞	**「聯邦保健不保障通知」**可告訴您提出**「快速上訴」**應採取的步驟。提出快速上訴是一種正式的法律途徑，要求我們改變對停止您的護理所做的裁決。

1. **您會收到書面通知**。您會在本計劃終止保障至少兩天之前收到書面通知。
   - 書面通知將告訴您本計劃終止保障的具體日期。
   - 如何申請「快速上訴」以要求我們繼續為您提供更長的護理時間。
2. **您或您的代理人將被要求在書面通知上簽署表示您已收到此通知**。在通知上簽署僅表示您已收到保障終止的通知，**並不代表您同意**本計劃關於終止保障的決定。

第 9.3 節	**步驟程序：如何進行第一級上訴，要求本計劃延長醫療保障**

如果您要求我們延長醫療保障時間，必須通過上訴程序提交要求。開始上訴前，您需了解您應該做甚麼以及截止期限。

- **遵循相關步驟**。
- **請勿錯過截止期限**。
- **如有需要，請尋求協助**。如果您在任何時候有疑問或需要協助，請致電會員服務中心或致電州立醫療保險輔助計劃尋求個人協助。

如果您準時提出第一級上訴，質量監控機構將復審您的上訴，並決定是否對保障裁決作出更改。

步驟 1：進行第一級上訴：聯絡您所在州的質量監控機構要求重新復審。必須立即行動。

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知**「聯邦保健不保障通知」**將告訴您如何聯絡該機構。(您也可在本文件第二章找到您所在州的質量監控機構的名稱、地址及電話號碼。)

立即行動：

- 如要提出上訴，您必須在離開醫院且**不遲於出院日的午夜**前聯絡質量監控機構。

聯絡此機構的截止期限。

- 如果您錯過了向質量監控機構提交上訴申請的期限但仍希望上訴，你必須直接向我們提交上訴申請。詳情請參閱第 9.5 節

步驟 2：質量監控機構會對您的案例進行獨立複審。

法律名詞	此說明通知被稱作**「不保障通知」**。

獨立複審是怎麼進行的？

- 質量監控機構的醫療專業人員，復審員會詢問您或您的代理人需要延長保障服務的理由。您無需準備任何書面資料，但如果您願意也可以準備一份。
- 復審機構將瀏覽您的醫療資料，與您的醫生約談，並復審本計劃提供的相關資料。
- 在審核人員通知我們您提出上訴的當日結束時，您會收到我們的一份**「不保障通知」**，告知您我們終止您的醫療保障的理由。

步驟 3：質量監控機構將在獲得所有必需資料後的一天內對您的上訴作出答覆。

如果復審員批准：

- 如果復審機構批准了您的上訴，**本計劃必須繼續保障治療上需要的醫療服務。**
- 您將繼續支付您所需分擔的費用(例如可適用的扣除額或自付費)。您的醫療保障可能會受到某些限制。

如果復審員駁回：

- 如果復審機構駁回，**您的保障將在我們的通知日當天被終止。**
- 如果您決定在保障終止日之後繼續接受家居醫療護理或專業護理院或綜合康復門診(CORF)服務，那麼**您將自行支付所有護理費用**。

步驟 4：如果第一級上訴被駁回，您可以決定是否提出另一級別的上訴。

- 如果審核人員*駁回了*您的第一級上訴，*而*您希望在保障終止之後繼續享有護理服務，可以繼續進行第二級上訴。

第 9.4 節 步驟程序：如何進行第二級上訴，要求本計劃延長醫療保障

在第二級上訴時，您可以要求質量監控機構重新復審他們對您作出的首次上訴裁決。如果質量監控機構繼續駁回您的第二級上訴，您可能要支付在我們通知終止保障日之後，您在家居醫療護理，專業護理院及綜合康復門診(CORF)等機構接受護理的所有費用。

步驟 1：再次聯絡質量監控機構，要求重新復審。

- 您必須在質量監控機構駁回您的第一級上訴之日起 **60 天之內**提出再次復審的要求。只有在醫療保障終止之後您仍繼續接受服務的情況下，您才可以要求再次復審。

步驟 2: 質量監控機構再次復審您的情況。

- 質量監控機構的復審員將再次仔細復審所有與您上訴有關的資料。

步驟 3: 復審員在收到上訴要求 14 個日曆日內對您的上訴作出答覆。

如果復審機構批准：

- **本計劃必須償付**您從醫療保障終止之日起所接受醫療服務的分擔費用。**本計劃必須繼續保障**醫療上需要的相關服務。
- 您必須繼續支付您需分擔的費用，並接受可能適用的保障限制。

如果復審機構駁回：

- 表明他們同意維持我們對您的第一級上訴所做的裁決。
- 您收到的書面通知將告訴您如果希望繼續進行復審該怎麼辦，並提供進行上一級別上訴的詳細資料，這一級上訴將由行政法法官或律師審判官進行處理。

步驟 4: 如果您的上訴被駁回，您需要決定是否繼續上訴。

- 第二級上訴後還有三個級別的上訴步驟(共有五級上訴步驟)。如果您繼續進行第三級上訴，有關詳細資料，請參閱您在第二級上訴決定後收到的書面通知。

- 第三級上訴將由行政法官或律師審判官處理。本章第 10 節會說明第三、四、五級上訴的具體步驟。

第 9.5 節 錯過了第一級上訴的截止期限怎麼辦？

您可以向本計劃提出上訴

如以上所述，您必須立即聯絡質量監控機構，開始首次上訴(在一天內，最多兩天內)。如果您錯過了聯絡該機構的截止期限，還可以通過其它程序提出上訴。如果您通過其它程序提出上訴，*最初兩級的上訴步驟是不同的*。

步驟程序：如何進行*其它*途徑的第一級上訴

法律名詞	「快速」復審(或「快速上訴」)也被稱作「**加急上訴**」)。

步驟 1：聯絡本計劃要求「快速復審」。

- **要求「快速復審」**這表示您要求我們使用「快速」截止期限而不是「普通」截止期限對您的上訴申請作出答覆。

步驟 2：本計劃將對該何時終止您的保障服務進行「快速」復審。

- 在復審過程中，本計劃將審閱您的所有資料，判斷我們在設定結束您的醫療保障日期時是否遵循所有規則。

步驟 3：本計劃在您提交「快速復審」(「快速上訴」)申請之後 72 小時之內作出答覆。

- **如果本計劃批准了您的上訴申請**，表明我們同意您提出的延長醫療保障的申請，將繼續提供相關保障服務直至醫療上不再需要。還表明我們同意償付我們應分擔的您在我們通知的保障期結束之日後接受的醫療服務的費用。(您必須支付您需分擔的費用，且可能有相應的保障限制。)
- **如果本計劃駁回了您的上訴申請**，您的保障將在我們的通知到期日起終止，我們不會支付該日之後的分攤費用。

- 如果您在保障終止日之後繼續接受家居醫療護理、專業護理院或綜合康復門診(CORF)的服務，那麼**您將支付所有護理費用**。

步驟 4：如果本計劃駁回了您的快速上訴，您的案例將被自動轉至上一級的上訴程序。

法律名詞	「獨立復審機構」的正式名稱是「**獨立復審部門**」。有時簡稱為「**IRE**」。

步驟程序：第二級上訴的*其它*途徑

在第二級上訴過程中，**獨立復審機構**將對我們在您「快速上訴」時所作的駁回裁決進行復審，判斷我們的裁決是否需要更改。獨立復審機構是受僱於聯邦保健的外部獨立復審機構。**該機構與本計劃毫無關連亦非政府機構。它是由聯邦保健選定作為獨立復審機構處理事務的公司。聯邦保健將監督其工作。**

步驟 1：我們會自動將您的案例轉交給獨立復審機構。

- 我們必須在駁回您的首次上訴之後的 24 小時之內將相關資料轉交獨立復審機構以便進行第二級上訴。(如果您認為我們沒有按照此期限或其它期限行事，可以提出投訴。投訴程序及上訴程序不同，詳情請查閱本章第 11 節。)

步驟 2：獨立復審機構對您的上訴做「快速復審」。復審員將在 72 小時內作出答覆。

- 獨立復審機構的復審員將仔細瀏覽您出院上訴申請的所有相關資料。
- **如果該機構批准了您的上訴申請**，則本計劃必須償付我們應分擔的您在我們通知的保障終止日之後所接受的醫療服務。同時，我們必須繼續保障醫療上需要的相關服務。您必須支付您需分擔的費用。如有任何保障限制，可能會限制我們需償付的金額或繼續提供醫療保障的時間。
- **如果此機構*駁回了*您的上訴申請**，表明他們同意本計劃對您第一級上訴的裁決，並不會做出更改。
- 獨立復審機構發出的書面通知將告訴您如果希望繼續復審該怎麼辦，並提供進行第三級上訴的詳細資料。

步驟 3：如果獨立復審機構駁回了您的上訴申請，您可以選擇是否繼續進行上訴。

- 第二級上訴後還有三個級別的上訴步驟，共有五級上訴步驟。如果您繼續進行第三級上訴。有關詳細資料，請參閱您在第二級上訴決定後收到的書面通知。第三級上訴將由行政法法官或律師審判官處理。
- 本章第 10 節會說明第三、四、五級上訴的具體步驟。

第 10 節 繼續進行第三級或更高級別上訴

第 10.1 節 醫療服務上訴的第三、四、五級別

本節適用於如果您提出第一級及第二級上訴但全部被駁回的情況。

如果您提出上訴的醫療保障金額達到一定的最低限額，則可以提出較高級別的上訴。如果金額未達到最低限額，則您不能繼續上訴。您第二級上訴的書面通知中會說明如何提出第三級上訴。

大多數上訴案例中，最後三個級別的上訴步驟基本相同。以下將介紹由誰來復審各級的上訴申請。

第三級上訴	**聯邦政府的行政法法官或律師審判官**將復審您的上訴申請並作出答覆

- **如果行政法法官或律師審判官批准了您的上訴，上訴步驟可能還未結束**。與第二級上訴(由獨立復審機構處理)不同，我們有權就有利於您的第三級上訴判決繼續提出上訴。如果我們決定上訴，上訴將繼續至第四級。
  - 如果我們決定*不再*繼續上訴，就必須在行政法法官或律師審判官判決後的 60 天內批准或提供相關醫療服務。
  - 如果我們決定繼續上訴，我們會將第四級上訴申請的副本及相關文件一起寄給您。在等待第四級上訴判決期間，我們可能不會批准或提供有爭議的醫療服務。
- **如果行政法法官或律師審判官駁回了您的上訴，上訴步驟可能還未結束。**
  - 如果您決定接受駁回上訴的判決，那麼上訴步驟到此結束。

- 如果您不接受此判決，可以要求進行更高級別的復審。您收到的書面通知將告訴您如果處理第四級該怎麼做。

第四級上訴	**聯邦保健上訴委員會（委員會）**將復審您的上訴申請並作出答覆。委員會是聯邦政府的一個部門。

- **如果委員會批准了您的上訴，或駁回了我們要求重新復審有利於您的第三級上訴判決的申請，上訴程序可能還未結束。**與第二級上訴不同，如果項目或醫療服務的價值達到金額要求，我們有權就有利於您的第四級上訴判決繼續提出上訴。我們將決定是否進行第五級上訴。
  - 如果我們決定*不再*繼續上訴，就必須在委員會判決後的 60 個日曆天內批准或提供相關醫療服務。
  - 如果我們決定繼續上訴，將以書面形式通知您。

- **如果委員會駁回了您重新復審的申請，上訴程序可能還未結束**。
  - 如果您決定接受駁回上訴的判決，那麼上訴步驟到此結束。
  - 如果您不接受此判決，可以要求進行較高一級的復審。如果委員會駁回您的上訴，您收到的書面通知將告知您相關規則是否允許您繼續進行第五級上訴及上訴步驟。

第五級上訴	**聯邦地方法院**的法官將復審您的上訴申請。

- 法官將復審所有資料並決定是否同意您的申請。這是上訴程序的最後一級，在聯邦地方法院之後沒有更多的上訴級別。

第 10.2 節 聯邦保健 D 部份處方藥物上訴的第三、四、五級別

本節適用於如果您提出第一級及第二級上訴但全部被駁回的情況。

如果您提出上訴的醫療保障金額達到一定的金額，則可以提出較高級別的上訴。如果金額未達到要求，則您不能繼續上訴。如果金額達到了，您第二級上訴的書面通知中會說明應該與誰聯絡及如何提出第三級上訴。

大多數上訴案例中，最後三個級別的上訴步驟基本相同。以下將介紹由誰來復審各級的上訴申請。

第三級上訴	**聯邦政府的行政法法官或律師審判官**將復審您的上訴申請並作出答覆

- **如果答覆是「同意」，上訴步驟結束。**我們必須裁決下達後的 72 小時內(加急上訴應在 24 小時內)批准或提供由行政法法官或律師審判官所批准的藥物保障或在不遲於 30 個日曆日內償付藥費。

- **如果答覆是「不同意」，上訴步驟*可能還未*結束。**
  - 如果您決定接受駁回上訴的判決，那麼上訴步驟到此結束。
  - 如果您不接受此判決，可以要求進行較高一級的復審。您收到的書面通知會詳細解釋如果選擇繼續上訴應採取的步驟。

第四級上訴	**聯邦保健上訴委員會（委員會）**將復審您的上訴申請並作出答覆。委員會是聯邦政府的一個部門。

- **如果答覆是「同意」，上訴步驟結束。**我們必須裁決下達後的 72 小時內(加急上訴應在 24 小時內)批准或提供由委員會所批准的藥物保障或在不遲於 30 個日曆日內償付藥費。

- **即使答覆是「不同意」， 上訴步驟可能還未結束。**
  - 如果您決定接受駁回上訴的判決，那麼上訴步驟到此結束。
  - 如果您不接受此判決，可以要求進行較高一級的復審。如果委員會駁回您的上訴或不接受您的上訴申請，您收到的書面通知將告知您相關規則是否允許您繼續進行第五級上訴。通知也會說明上訴的聯絡人及上訴步驟。

第五級上訴	**聯邦地方法院**的法官將復審您的上訴申請。

- 法官將復審所有資料並決定是否同意您的申請。這是上訴程序的最後一級，在聯邦地方法院之後沒有更多的上訴級別。

第 11 節 如何就護理服務質量、等候時間、客戶服務或其它問題提出投訴

第 11.1 節 投訴步驟將會處理哪些問題？

投訴步驟僅適用於某些類別的問題，包括與護理服務質量、等候時間及客戶服務相關的問題。以下將舉例說明此類投訴具體處理哪些問題。

投訴	例子
醫療護理的質量	• 您是否對自己所接受的醫療服務質量感到不滿(包括住院時接受的服務)？
尊重您的個人隱私	• 某人不尊重您的隱私權或向他人披露了保密資料？
不尊重，劣質的客戶服務或其它不良行為	• 某人是否無禮對待或不尊重您？ • 您是否對我們會員服務中心感到不滿? • 您是否感覺被迫退出我們的計劃？
等候時間	• 您是否在預約時遇到困難，或者預約時間過長？ • 在等候醫生、藥劑師或其它醫療專業人士時，等候時間是否過長？或在等候會員服務中心或本計劃的其它工作人員時，等候時間過長？ ○ 包括在電話上、等候室、檢查室或領取藥物處方時等候時間過長。
整潔情況	• 您是否對診所、醫院或醫生辦公室的整潔情況感到不滿？
您從我們的計劃獲取的資料	• 我們必須提供通知的時候並未向您發出？ • 我們提供的書面資料難以理解？

投訴	例子
處理時間（這些例子都是與我們處理保障裁決及上訴時間有關的投訴）	如果您已提交了保障裁決申請或提出了上訴，但認為本計劃答覆不夠迅速，可以就我們的處理緩慢提出投訴。以下是一些例子： • 您要求我們做出「快速保障裁決」或「快速上訴」，而我們拒絕了，您可以提出投訴。 • 您認為本計劃沒有在截止期限內作出保障裁決或上訴，您可以提出投訴。 • 您認為我們沒有按時保障或償付某項醫療服務或某種藥物時，可以提出投訴。 • 本計劃沒有將您的案例轉交獨立復審機構，您可以提出投訴。

第 11.2 節 如何投訴

法律名詞	
	• 本節所稱「投訴」亦被稱作「申訴」 • 「提出投訴」的另一種說法是「提出申訴」 • 「運用投訴程序」的另一種說法是「運用申訴程序」 • 「快速投訴」亦被稱作「加急申訴」。

第 11.3 節 步驟程序：提出投訴

步驟 1：立即聯絡我們 — 來電或來函

- **通常第一步是致電會員服務中心。**會員服務中心會告知您需要做甚麼。
- **如果您不願意致電會員服務中心(或者您曾經致電但不滿意結果)，您可以以書面形式將投訴寄給我們。**如果您向我們提出書面投訴，我們也會以書面形式做出答覆。

- *如果您希望進行正式申訴，請去函至華人保健計劃會員服務中心說明有關的問題，也可以致電會員服務中心。我們可以在電話裏協助您提出申訴，我們會以書面形式記錄您的申請並在 5 個日曆日內發出確認函。*
- 投訴必須在您希望提出投訴的問題發生後 60 個日曆日的**期限**內進行。

步驟 2: 我們會調查您的投訴並作出答覆。

- **如果可能，我們將立即作出答覆。**如果您以電話形式提出投訴，我們會儘量在當時就告知您我們的答覆。
- **大多數投訴都會在 30 個日曆日內得到答覆。**如果我們需要更多資料，而這樣的延遲對您有利，或您要求更多時間準備資料，處理時間可能會延長多 14 天(共 44 個日曆日)。這時，我們會以書面通知您。
- **如果因為我們拒絕「快速裁決」或「快速上訴」申請而提出投訴，我們將自動給您「快速上訴」。**這代表我們將**在 24 小時內給您答覆**。
- **如果我們不同意**您的部份或全部投訴或對您所投訴的問題不負任何責任，我們會告知您並解釋理由。

第 11.4 節 您可以向質量監控機構投訴醫療服務質量的問題

當您就*醫療服務質量*提出投訴時，還可選擇其它兩種做法：

- **您可以直接向質量監控機構(Quality Improvement Organization)作出投訴。**質量監控機構是由聯邦政府僱用的執業醫生及醫療專家組成的機構，負責督管並尋求改善為聯邦保健持有人提供的服務質量。第二章有聯絡資料。

或

- **您也可以同時向雙方機構提出投訴。**

第 11.5 節 您可以向聯邦保健提出投訴

您可以直接向聯邦保健提出對*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的投訴。您可以上網填寫聯邦保健的投訴表格，網址 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障人士 1-877-486-2048。

與州醫療補助的福利保障有關的問題處理

第 12 節 處理有關您州醫療補助福利的問題

您可以使用如上所述第 11.3 節分步驟的程序投訴有關您對州醫療補助福利的不滿。

當您的投訴是與州醫療補助福利有關，您還有以下兩項額外的選擇：

***您可以直接向州醫療補助提出投訴。**您可以將您對服務質量不滿直接向州醫療補助提出投訴而無需通過本計劃。查詢州醫療補助的地址，電話及負責人姓名，請參看本文件第二章第 6 節。如果您直接向州醫療補助提出投訴，您要與他們聯絡解決您的問題。*

***或者，您可以同時向我們及州醫療補助提出投訴。**如您打算這樣做，您可以將您對服務質量的不滿，向我們及州醫療補助提出投訴。*

第十章：

如何終止您的會員資格

第 1 節 介紹如何終止會員資格

您可以以**自願**(自行選擇的)或**非自願**(非自行選擇的)形式終止您的東華智選(HMO D-SNP)會員資格：

- 如果您*決定*退出本計劃，就可以終止會員資格。第 2 節及第 3 節提供有關自願終止會員資格的資料。
- 也有某些極少數情況下，我們也必須終止您的會員資格。第 5 節會告知您我們必須終止您會員資格的情況。

如果您即將退出本計劃，我們必須繼續為您提供醫療護理及處方藥，並且您將繼續支付您的分攤費用，直到您的會員資格終止。

第 2 節 您何時可以終止本計劃的會員資格？

第 2.1 節 如果您有聯邦保健及州醫療補助，您可以終止您的會員資格

大部份享有聯邦保健的人士只可以在一年中某一段時間內終止他們的會員資格。不過，因為您獲得州醫療補助，所以，您在以下特別登記期有一次機會終止*東華智選(HMO D-SNP)計劃*會員資格或轉換到另一個計劃。

- 一月至三月
- 四月至六月
- 七月至九月

如果您在上述任何一個期間加入本計劃，您必須等到下一個期間才能終止您的會員資格或轉換到另一個計劃。在十月至十二月之間，您不能使用特別登記期，因為所有聯邦保健受益人可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度入會期更改其保健計劃。本章第 2.2 節告知您年度入會期的內容。

- 選擇以下任何聯邦保健計劃：
  - 另一種包括或不包括處方藥物保障的聯邦保健計劃。
  - 包含獨立聯邦保健處方藥物計劃的原式聯邦保健計劃。

- *不包含*獨立聯邦保健處方藥計劃的原式聯邦保健計劃。
  - 如果您選擇此選項，聯邦保健會自動將您納入一種藥物計劃，除非您選擇不自動加入。

注意：如果您從聯邦保健處方藥物計劃中退保轉至一些非認可保障處方藥物計劃連續 63 天或以上，在稍後再加入聯邦保健藥物保障計劃時，您可能支付 D 部份遲入會罰款。

聯絡州醫療補助辦公室，了解州醫療補助的選擇類別(電話號碼參閱本文件第二章第 6 節)。

- **您的會員資格何時可終止？**您的會員資格通常會在我們收到您提出更改計劃的要求後第一個月的第一天終止。您加入新計劃的生效期也在這一天開始。

第 2.2 節	**您可以在年度入會期終止您的會員資格**

您可以在年度入會期（又稱年度開放登記期）終止您的會員資格。在此期間，您應根據您的健康狀況及藥物保障來決定下一年的保障該如何。

- **年度入會期**是 **10** 月 **15** 日至 **12** 月 **7** 日。
- **您可以選擇來年繼續維持現有的保障計劃，也可以改變現有計劃。**如果您決定轉去另一個新計劃，可選擇以下的計劃類別：
  - 另一種包括或不包括處方藥物保障的聯邦保健優惠計劃。
  - 包含獨立聯邦保健處方藥物計劃的原式聯邦保健計劃。

或

  - *不包含*獨立聯邦保健處方藥計劃的原式聯邦保健計劃。
- **您的會員資格將終止**在 1 月 1 日新保障計劃生效時。

如果您得到聯邦保健「額外資助」支付處方藥費：在您轉至原式聯邦保健計劃並且沒有加入獨立的聯邦保健處方藥計劃時，聯邦保健會自動將您納入一種藥物計劃，除非您選擇不自動加入。

請注意：如果您退出聯邦保健處方藥物計劃，並且之後沒有被認可的處方藥物保障連續 63 天或以上，在日後重新加入聯邦保健藥物計劃時必須支付 D 部份遲入會罰款。

第 2.3 節 您可以在聯邦保健優惠計劃開放登記期終止您的會員資格

在**聯邦保健優惠計劃開放登記間**，您有一次轉換醫療保障計劃的機會。

- **聯邦保健優惠計劃年度開放登記期是**每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **在聯邦保健優惠計劃年度開放登記期**，您可以：
  - 轉換到另一個包括或不包括處方藥物保障的聯邦保健優惠計劃
  - 終止本計劃轉至原式聯邦保健計劃。如果您選擇轉至原式聯邦保健計劃，您可以同時選擇加入一個獨立的聯邦保健藥物計劃滿足自己的處方藥保障需求。
- **您的會員資格**將在您加入另一個聯邦保健優惠計劃或我們收到您提出轉至原式聯邦保健計劃之後第一個月的第一天**終止**。如果同時決定加入新的聯邦保健處方藥物計劃，您的會員服務將同時生效。

第 2.4 節 某些情況下，您可以在特別登記期終止您的會員資格

某些情況下，您能夠在年中其它時候終止會員資格，通常是在**特別登記期**。

如果以下情形符合您的情況，**您可能有資格在特別登記期終止會員資格**。這些只是其中一些例子，如需詳細說明，請聯絡本計劃，或致電聯邦保健及瀏覽聯邦保健的網址 (www.medicare.gov)：

- 通常在您搬家後。
- 如果您享有州醫療補助。
- 如果您符合「額外資助」資格，獲得資助支付聯邦保健處方藥物藥費。
- 如果我們違反了與您簽訂的協議。
- 如果您住在護理機構，例如寧養院或長期護理院內。

注意：本章第 2.1 節詳細說明州醫療補助人士特別登記期的資料。

- **何時是特別登記期**根據個人情況，登記期時間將會有所不同。
- **您可以怎麼做？**欲知您是否可以在特別登記期終止會員資格，可致電聯邦保健每週 7 天每天 24 小時開通的熱線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障人士可致電 1-877-486-2048 。如果您因某種特殊原因可以在特別登記期終止會員資格，可同時選擇轉換您的聯邦保健醫療保障以及處方藥物保障，意味著您可以從以下的計劃類別中選擇您需要的任意一種計劃。
- 另一種可以包括或不包括處方藥物保障的聯邦保健計劃。
- 包含獨立聯邦保健藥物計劃的原式聯邦保健計劃。

或

- *不包含*獨立聯邦保健藥物計劃的原式聯邦保健計劃。

注意：如果您退出聯邦保健處方藥物計劃，並且之後連續 63 天或以上沒有被認可的處方藥物保障，在日後重新加入聯邦保健藥物計劃時必須支付 D 部份遲入會罰款。

如果您得到聯邦保健「額外資助」支付處方藥費：在您轉至原式聯邦保健計劃並且加入獨立的聯邦保健處方藥計劃時， 聯邦保健會自動將您納入一種藥物計劃，除非您選擇不自動加入。

您的會員資格通常終止在我們收到您提出轉換計劃之後第一個月的第一天。

注意：本章第 2.1 及 2.2 節詳細說明州醫療補助及額外資助人士的特別登記期資料。

第 2.5 節 您在哪裏可以獲取更多關於何時可終止會員資格的資料？

如果您對於何時可以終止會員資格有疑問或欲了解詳情：

- **致電會員服務中心**。
- 在***聯邦保健與您 2023 年***文件上找到相關資料
- 每週七天每天 24 小時致電**聯邦保健**熱線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士 1-877-486-2048。

第 3 節 您如何終止您在本計劃的會員資格？

下表解釋了您應如何終止本計劃會員資格。

如果您想從本計劃轉至以下計劃：	所應採取的做法：
• 另一種聯邦保健計劃	• 加入新的聯邦保健計劃。新計劃會在下一個月第一天生效。 當您的新保障計劃開始生效，您將會自動退出*東華智選(HMO D-SNP)計劃*。
• *包含*獨立聯邦保健處方藥物計劃的原式聯邦保健計劃	• 加入新的聯邦保健處方藥物計劃。新計劃會在下一個月第一天生效。 當您的新保障計劃開始生效，您將會自動退出*東華智選(HMO D-SNP)計劃*。
• *不包含*獨立聯邦保健處方藥物計劃的原式聯邦保健計劃 ○ 如果您轉去原式聯邦保健計劃而不參加一項獨立的聯邦保健處方藥物計劃，聯邦保健可能會為您選一種藥物計劃，除非您選擇不採用自動加入。 ○ 如果您從聯邦保健處方藥物計劃中退保而且沒有認可的處方藥物保障連續 63 天或以上，在稍後再加入聯邦保健藥物保障計劃時，您必須支付遲入會罰款。	• **向本計劃提交書面申請，要求退出本計劃。**如需了解詳細步驟，請聯絡會員服務中心。 • 可以致電**聯邦保健，要求退出本計劃。**聯邦保健每週七天每天 24 小時開通的熱線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障人士可致電 1-877-486-2048。 • 當您的原式聯邦保健計劃開始生效，您將會自動退出*東華智選(HMO D-SNP)計劃*。

請注意：如果您退出聯邦保健處方藥物計劃，並且之後連續 63 天或以上沒有被認可的處方藥物保障，在日後重新加入聯邦保健藥物計劃時必須支付 D 部份遲入會罰款。

欲了解州醫療補助的福利，轉換計劃或轉回原式聯邦保健計劃是否會影響您州醫療補助的保障，請致電 1-*916-445-4171* 與*加州醫療保健服務部*聯絡。

第 4 節 在會員資格終止之前，您都必須通過本計劃獲取醫療承保項目

第 4.1 節 在會員資格終止之前，您仍然是本計劃的會員

直到您的*東華智選(HMO D-SNP)計劃*會員資格終止，及新的聯邦保健及州醫療補助生效之前，您必須繼續通過本計劃獲取醫療承保項目及處方藥物。

- **繼續使用我們的聯網醫療提供者接受醫療服務。**
- **繼續在聯網藥房配購藥物。**
- **如果您在會員資格終止日期當天入住醫院，通常可以繼續獲得本計劃的保障，直至出院為止**(即使您是在新的醫療保障計劃開始之後才出院的)

第 5 節 東華智選(HMO D-SNP)計劃在某些情況下必須終止您的會員資格

第 5.1 節 在甚麼情況下我們必須終止您在本計劃的會員資格？

***東華智選(HMO D-SNP)計劃*在以下情況下，必須終止您的會員資格：**

- 如果您沒有聯邦保健 A 部份及 B 部份的保障。
- 如果您不再符合資格獲取州醫療補助福利。正如在第一章第 2.1 節說明，成為本計劃的會員必須同時擁有聯邦保健以及州醫療補助的福利。
- 如果您沒有支付您的醫療花費。
- 如果您搬離我們的服務區
- 如果您超過 6 個月不在我們的服務區內

  - 如果您搬家了或者長期旅行，您應該致電會員服務中心查詢您搬至或旅遊的目的地是否屬於本計劃的服務地區。
- 如果您被監禁(坐牢)。
- 如果您不再是美國公民或合法居民。
- 如果您欺騙或隱瞞了其它為您提供處方藥物保障的保障計劃資料。
- 如果您在加入本計劃時故意提供不實以及會影響您加入本計劃資格的資料。(我們只有在得到聯邦保健批准的情況下才能因此理由終止您的會員資格。)
- 如果您不斷擾亂我們的工作，使我們很難向您及其他會員提供醫療服務。(我們只有在得到聯邦保健批准的情況下才能因此理由終止您的會員資格。)
- 如果您讓他人使用您的會員卡來獲取醫療服務。(我們只有在得到聯邦保健批准的情況下才能因此理由終止您的會員資格。)
  - 如果我們因此理由終止您的會員資格，聯邦保健會要求醫療保障總監察長來調查您的案例。
- 如果您連續 90 天不支付計劃月費。
  - 我們必須在終止您的會員資格前書面通知您有 90 日時間補交您的會月費。
- 如果您因高收入而需要支付 D 部份藥物保障的額外費用卻沒有做到，聯邦保健會終止您在本計劃的會員資格。

您從哪裏可以獲取更多相關資料？

如果您有疑問，或想要獲取更多關於我們何時可以終止您的會員資格的資料，可以致電**會員服務中心**。

第 5.2 節 我們不能因為您的健康原因，要求您退出我們的計劃

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*是不允許因為您的健康原因，要求您退出我們的計劃。

如果發生這種情況，您該怎麼做？

如果您認為自己被要求退出本計劃是因為健康方面的原因，您可以致電聯邦保健每週七天每天 24 小時開通的熱線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士 1-877-486-2048。

第 5.3 節 如果我們終止了您的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止了您的會員資格，必須以書面形式告知您有關的原因，也必須向您解釋您可以就我們終止您會員資格的決定作出申訴或投訴。

第十一章：

法律聲明

第 1 節 有關遵從法律的聲明

適用於本*保障說明書*文件最主要的法規是社會安全法案的第十八章，及「聯邦保健及州醫療補助中心」(或稱 CMS)根據社會安全法而制定的規則。此外，其它一些聯邦法律及在某些情況下您所在州的州政府法律也可能適用。即使本文件沒有列明這些法律或加以解釋，但仍會影響到您的權利及責任。

第 2 節 反歧視聲明

我們不會歧視任何種族、族裔、國籍、膚色、宗教、性別、年齡、精神或身體殘障、健康情況、索償經驗、病史、基因資料、投保證據或在服務區域內的地理位置。所有提供聯邦保健優惠計劃的機構，包括本計劃，都必須遵守反對歧視的聯邦法例，包括 1964 年民權法案第六章，1973 年康復法案，1975 年的年齡歧視法案，美國殘障法案，可負擔法第 1557 章，所有適用於獲得聯邦資助機構的法規，以及因為其它原因適用於此情況的任何法律條例。

如果您想了解更多資料或對歧視或不公平待遇有疑慮，請致電 1-800-368-1019 (聽障人士 1-800-537-7697) 或您當地的辦公室聯絡衛生與公眾服務部民權辦公室。您還可以在 https://www.hhs.gov/ocr/index 查看來自衛生與公眾服務部民權辦公室的資料。

如果您有殘障並在獲得護理方面需要幫助，請致電會員服務中心。如果您有任何投訴，例如輪椅通道問題，請聯絡會員服務中心取得協助。

第 3 節 行使聯邦保健次要付償代位權聲明

當聯邦保健並不是投保人所接受的保障服務的第一位付償者時，我們有權利及義務追討所付出的聯邦保健保障服務的費用。 根據 CMS 第 42 條聯邦條例法典第 422.108 及 423.462 節，作為聯邦保健優惠機構的*東華智選(HMO D-SNP)計劃*將行使其追償權，此追償權等同於醫療部長根據 CMS 第 42 條例第 411 部份從 B 至 D 部份以及本節內所規定的條例，將取代任何州法律的情況下行使的權力。

第十二章：

重要詞彙的定義

第十二章. 重要詞彙的定義

門診手術中心 – 這是一種專門為那些無需住院的病人提供的門診手術服務的中心，通常病人在該中心不會逗留超過 24 小時。

上訴 – 上訴是指當我們拒絕保障您所接受的醫療服務或藥物，或是拒絕分擔您所接受的醫療服務或藥物的費用時，您所採取的行動。如果您對某種終止您正在接受的服務的裁決不滿，也可以提出上訴。

差額費用 – 當醫療服務提供者(例如醫生或醫院)向病人收取超出計劃規定的某項醫療服務的分擔費用。作為*東華智選(HMO D-SNP)計劃*的會員，當您接受本計劃保障的醫療服務時，只需支付計劃規定的分擔費用。我們不允許醫療服務提供者向您收取「差額費用」或超出計劃要求您負擔的費用。

保障受惠期：原式聯邦保健以及我們的計劃都用保障受惠期來決定病人住院以及入住專業護理院(SNF)期間的保障。保障受惠期從您入住聯邦保健保障的醫院或專業護理院的第一天開始計算，到您出院或離開專業護理院連續達 60 天之後結束。如果您在一個保障受惠期結束之後再次入住醫院(或專業護理院)，便開始重新計算新保障受惠期。您必須支付每個受惠期的住院扣除額。您可享有的保障受惠期是沒有次數限制的。

商標藥物 – 即由某制藥公司最早開發及研究，並生產銷售的處方藥物。商標藥物與同類的非商標藥物具有相同的有效成份配方。但非商標藥物通常是在商標藥物的專利到期之後，由其它藥廠生產及銷售的藥物。

重病保障期 – 在 D 部份處方藥物受惠期間，當您在受保年限支付或由他人代您支付的保障藥物總額達到$7,400 之後，便可支付較低的自付費或共付費支付藥費。

聯邦保健及醫療補助中心(CMS) – 即管理聯邦保健計劃的聯邦機構。

慢性護理特殊需要計劃 – 慢性護理特殊需要計劃是為有特殊嚴重或致殘慢性病的特殊需要之人士提供，定義參考 42 CFR 422.2。慢性護理特別需求計劃必須具有特定屬性，超出提供原式聯邦保健 A 及 B 部分的服務範圍及聯邦保健優惠計的協調護理，才能取得慢性護理特殊需要計劃的特殊指定、銷售及登記便利。

共付費 – 是指您在支付完扣除額之後，需要承擔的醫療服務或處方藥以百分比表示（例如 20%）的費用。

投訴 – 「提出投訴」正式的名稱是「提交申訴」。投訴程序*只*適合用於某些問題， 包括有關護理質量、等候時間、服務質數及您的計劃未遵循上訴過程中的時間。

綜合康復門診(CORF) – 是一間主要為病人傷病之後提供康復服務的機構，該診所還提供包括物理治療、社會及心理服務、呼吸治療、職業康復治療、語言治療及家居環境評估等服務。

自付費 – 您需要自行承擔的醫療服務或供給的費用，包括前往醫生處就診、前往醫院看病、開處方藥。自付費有固定金額例如$10)，而非一個百分比。

費用分擔 – 費用分擔是指會員在接受服務或藥物時應支付的費用(會員除了付月費，還需要支付這筆費用)。包括以下三種付費類別的任何組合形式：(1)計劃保障醫療服務或藥物之前，要求會員必須支付的扣除額； (2)計劃規定會員在使用某些特定藥物或服務時，必須支付的固定「自付費」金額；或是 (3) 必須支付的「共付費」，即接受服務或藥物之後應支付總費用的一定比例。

保障裁決 – 有關您所接受的醫療服務或藥物是否得到計劃保障的裁決，以及如果發生費用時您所需支付金額的裁決。通常，您持藥物處方去藥房配購藥物卻被告知該藥物不受計劃保障時，藥房的決定並非保障裁決。如果您不同意藥房的做法，應致電或去函給您的保障計劃，要求他們作出正式的裁決。保障裁決在本文件又稱為「保障裁定」。

保障藥物 – 我們用來指受到本計劃保障的所有處方藥物。

承保項目 – 我們用來指受到本計劃保障的所有醫療服務及醫療用品。

認可處方藥物保障 – 指與聯邦保健標準處方藥物計劃保障相似的處方藥物保障計劃(例如，由僱主團體計劃或工會提供的處方藥物保障)。參加這種保障計劃的人士在符合聯邦保健的保障資格之後，通常可以繼續保留原保障計劃，並在日後加入聯邦保健計劃時無須支付遲入會罰款。

監護護理 – 是由護理院、安養院或其它護理機構為個人提供的生活護理，而非專業醫療護理。監護護理可由未經專業培訓、無專業護理技能的人士提供。這種護理包括協助被護理人洗澡、穿衣、吃飯、上下床、行動及上廁所等日常生活活動。有時也包括一些與健康相關的護理，例如滴眼藥水這些普通人會自己做的事。聯邦保健不保障監護護理服務。

日費用分擔率 – "日費用分擔率"為當您的醫生為您開出的處方藥物少於整個月的份量,而您將會被要求以日費用分擔率計算該月藥物費用，以"自付費"形式支付。日費用分擔率是以每月使用藥物費用額攤分 30 天計算，如果藥物整月份量的自付費為 30 元，您的日費用分擔率為 1 元。

扣除額 – 是指在本計劃開始支付您享有的保障醫療護理及藥物的分擔費用之前，您應負擔的費用。

退出計劃 – 終止您在本計劃會員資格的過程。

配藥費 – 是指每次去配處方上的保障藥物時會收取的費用。例如藥劑師為您準備配藥及包裝的時間。

雙重合格特殊需求計劃 (D-SNP) – 雙重合格特殊需求計劃招收個人既有權享受醫療保險（《社會保障法》第十八條），也有權從州醫療補助計劃下的州計劃中獲得醫療援助（第十九條）。各州承擔一些醫療保險費用，具體取決於州及個人的資格。

符合雙重資格的人 – 同時符合資格獲取聯邦保健以及州醫療補助福利的人。

耐用醫療器材(DME) – 由您的醫生處方給您在家使用的某些醫療設備。例如助步器，輪椅，拐杖，電動床褥設備，糖尿病用品，靜脈注射泵，發聲器，氧氣設備，噴霧器或醫生為您訂購在家居使用的病床等。

急症 – 醫療急症是指您本人或其它對醫療及藥物具有一般知識的、慎重的非醫務人員，認為您自己需要緊急醫護治療以避免危及生命(及，如果您是孕婦，則失去未出生的孩子)、引致殘疾、身體器官喪失功能等情況。這些症狀包括生病、受傷，劇痛或急劇惡化等病情。

急症護理 – 承保項目包括：1) 由符合資格的醫療服務提供的急症醫療服務；以及 2)按需要來評估或穩定病人急症病情的護理。

***保障說明書*(EOC)及披露資料** – 即本文件，還包括您的入會登記表及其它附件、附加條款、或其它非強制性的可選保障，解釋了您所享有的保障情況、我們應該做的以及您作為本計劃會員的權利及責任。

例外處理 – 是保障裁決的一種，如果例外處理得到批准，您可以得到不在我們保障藥物一覽表中的處方藥物(藥物表例外處理)，或是以優選的價格獲取非優選藥物(費用分擔級別特例)。如果您的計劃提供者要求您在得到所需藥物之前嘗試其它藥物，或者該計劃限制您所需的數量或劑量(藥物表例外處理)，您可以要求例外處理。

額外資助 – 一項聯邦或州的保健計劃，協助低收入及資產有限人士支付聯邦保健處方藥物費用，包括月費、扣除額及共付費。

非商標藥物 – 由美國食品及藥物管理局(FDA)批准的處方藥物，與商標藥物有著相同的活性成份。非商標藥物通常比商標藥物的價格低廉。

家居護理助理 – 提供無需註冊護士或治療師技能的服務之人士，例如協助個人護理需要(例如洗澡，上廁所，穿衣或醫生要求的運動)。

寧養服務 – 為經醫學證明身患危疾 (即預期壽命為 6 個月或更短) 的會員提供特殊治療的保障。本計劃必須提供在您地區內寧養服務的提供者清單。如果您選擇入住寧養服務機構並繼續繳交本計劃的月費，您仍然是本計劃的會員，可繼續接受醫療必須的護理及計劃提供的附加福利。

住院治療 – 住院治療是指您被正式接收住院，接受專業醫療看護。有時即使您在醫院過夜，也仍可能被視作是門診病人。

收入月調整額(IRMAA) – 因為您 2 年前在 IRS 稅單上的修正後總收入總額高於某個金額，您將支付標準保費金額及與收入相關的每月調整金額，也稱為 IRMAA。IRMAA 是向您收取保費的額外費用。只有少於 5%的聯邦保健受益人需要支付這項費用，對大部份人士是無影響的。

最初保障期限額 – 最初保障期的保障上限。

最初保障期 – 這是您及本計劃代您支付的藥物金額總數達到$4,660 之前的階段。

初始入會期 – 供初次符合聯邦保健投保資格的人申請投保聯邦保健 A 部份及 B 部份的時期。假使您在滿 65 歲時有資格投保聯邦保健，則您在年滿 65 歲的三個月前到年滿 65 歲的三個月後(包括年滿 65 歲的當月在內)，為期共七個月期間即為您的初始入會期。

特殊護理院護理計劃(SNP)—此計劃是在專業護理院內向病人提供持續性,住院超過 90 日或以上專業護理服務計劃。這些護理院內包括專業註冊護士及醫護人員，對智障病人提供緊密護理服務的設施(ICF/IID)，精神病住院服務，及/或 CMS 批准提供聯邦保健 A 部分、聯邦保健 B 部分或州醫療補助計劃保障的類似長期醫療保健服務設施，並且為擁有相似醫療需求及保健狀況的居民服務的其它指定設施類型相似。聯邦保健計劃使用的特殊護理院護理計劃的院舍均有合約安排的(自置或管理)專業護理院。

特殊需要計劃(SNP) – 此計劃的病人居住於自家社區中而非特殊護理院內但需接受如同專業護理院等級的照料，照料標準必須附合州的評估尺度。州評估尺度是以評估護理設施，管理情況作出標準。加入特殊需要計劃的病人亦有所限制，如居住在養老院的病人未必確保受到平均的特殊護理服務而不符合資格。

保障藥物一覽表(或「藥物表」) – 由計劃保障的藥物名錄。

低收入資助 (LIS) – 請參閱「額外資助」

自付費用上限 – 您在年中自行支付的承保服務的最高額度。您所支付的計劃月費、聯邦保健 A 部份及 B 部份月費及處方藥費用不計入自付費用上限。注意：因為本計劃大部份會員享有州醫療補助，很少會員會達到這個上限。如果您有資格獲得州醫療補助的聯邦保健費用分攤援助，您則無需為 A 部分及 B 部分服務的自付費用上限支付任何費用。（注意：由於我們的會員還可從州醫療補助獲得幫助，因此很少會員能夠達到自付費用上限。）

州醫療補助（或醫療補助) – 一項聯邦及州政府的合作計劃，旨在幫助低收入及資源有限者支付醫療費用。各州的州醫療補助均有所不同，如果您符合聯邦保健及州醫療補助的要求，則大部份的醫療護理費用將受到保障。

醫療許可的指示用途 – 經美國食品及藥物管理局核准或有特定參考資料佐證的藥物使用方式。

醫療必需 – 即為了預防、診斷或治療您疾病所需的、並符合公認醫療行為標準的醫療服務、用品或藥物。

聯邦保健 –為 65 歲及以上人士、部份不足 65 歲的殘障人士以及患有末期腎病(永久性腎功能衰竭需要透析或腎臟移植)人士所提供的聯邦政府醫療保障計劃。

聯邦保健優惠開放登記期 – 每年 1 月 1 日至 3 月 31 日允許會員退出或轉換聯邦保健優惠計劃，或轉至原式聯邦保健計劃。如果您選擇加入原式聯邦保健計劃，同時也可加入一個獨立的聯邦保健藥物計劃。聯邦保健優惠開放登記期及包括首次有資格獲得聯邦保健後的三個月內。

聯邦保健優惠(MA)計劃 – 有時又稱為聯邦保健 C 部份。這是由私營機構與聯邦保健簽訂合約，提供您所有的聯邦保健 A 部份及 B 部份福利的保障計劃。聯邦保健優惠計劃可以是 i) HMO 計劃，ii)PPO 計劃，iii) 醫療私人收費(PFFS)計劃或 iv) 聯邦保健醫療儲蓄帳戶(MSA)計劃。除了選擇這些類型外，聯邦保健優惠 HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。大多數情況下，聯邦保健優惠計劃還會提供聯邦保健 D 部份(處方藥物保障)。這些計劃稱作**包含處方藥保障的聯邦保健優惠計劃。**

聯邦保健成本計劃 – 是在第 1876(h)條例下、有費用退還合約的、由健康維護機構(HMO) 或醫療競選計劃（CMP）經營的計劃。

聯邦保健保障間斷期優惠計劃 – 已經達到保障間斷期但尚未獲得「額外」資助的D部份會員，可享有此計劃提供的大部份商標藥物的折扣優惠。優惠的折扣取決於聯邦政府及製藥商的協定。

聯邦保健保障服務 – 由聯邦保健 A 部份及 B 部份保障的服務。所有聯邦保健保健計劃，都必須保障由 A 部份及 B 部份保障的服務。聯邦保健承保服務一詞不包括聯邦保健優惠計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力。

聯邦保健保健計劃 – 聯邦保健保健計劃是由與聯邦保健簽訂合約的私營保險機構，向參保其計劃的聯邦保健持有人提供 A 部份及 B 部份福利保障的保健計劃。此詞彙包括所有的聯邦保健優惠計劃，聯邦保健付費計劃，特殊需求計劃，示範/試行計劃及全面式耆英護理計劃(即 PACE 計劃)。

聯邦保健處方藥保障(聯邦保健 D 部份) – 支付門診處方藥，疫苗，生化物以及其它聯邦保健 A 部份及 B 部份不保的供應物品的保障計劃。

「Medigap」(聯邦保健輔助保障)保單 – 聯邦保健輔助保障是由私營保險機構提供的用以填補原式聯邦保健計劃「不足」的計劃。聯邦保健輔助保障保單只能與原式聯邦保健計劃結合使用。(聯邦保健優惠計劃不屬於聯邦保健輔助保障保單。)

會員(本計劃的會員，或「計劃會員」)– 受到聯邦保健保障、並且符合接受保障服務的資格，得到聯邦保健及醫療補助中心(CMS) 批准加入本計劃的人士。

會員服務中心 – 本計劃下屬的一個部門，負責解答關於會員情況，福利，投訴及申訴等問題。

聯網藥房 –本計劃會員可以享有配購處方藥福利及與我們簽有合約的藥房。大多數情況下，只有在聯網藥房配購的藥物才受到保障。

聯網醫療提供者 – 「醫療提供者」是我們對那些持有執照或經聯邦保健或州政府認證提供醫護服務的醫生，專業醫護人員，醫院以及其它醫護機構的總稱。我們稱之為**「聯網醫療服務」**是因為他們與我們簽有合約，接受我們的全額付款，為本計劃會員協調或提供醫療保障服務。本計劃根據所簽訂的合約或者聯網醫療服務是否同意向您提供計劃保障的服務來支付其費用。聯網醫療服務也可以稱作「計劃提供者」。

可選的附加保障 – 可以額外保費用作購買這些非聯邦保健包括的保障。您必須自願參加才能獲得附加保障。

機構裁決 – 本計劃所作出的有關某項服務是否受保障或您應支付多少費用的一種裁決。機構裁定在本文件又被稱作「保障裁決」。

原式聯邦保健計劃 (「傳統聯邦保健計劃」或「收費」聯邦保健計劃) – 原式聯邦保健計劃是政府提供的、並非聯邦保健優惠計劃或處方藥物計劃此類私人醫療保障計劃。在原式聯邦保健計劃下，享受保健服務時向醫生、醫院及其它醫療服務支付的費用金額，是經由國會制定並通過的。您可以到任何接受聯邦保健計劃的醫生、醫院或其它醫療服務處就診。

您必須支付扣除額。聯邦保健會支付其相應部份，而您則支付自己應負擔的部份。原式聯邦保健計劃有兩部份：A 部份(住院保障)及 B 部份(醫療保障)，並在美國各地都可以享用。

非聯網藥房 – 是指未與本計劃簽約向會員提供保障藥物的藥房。除非某些特例，否則大部份從非聯網藥房配購的藥物都不受本計劃保障。

非聯網醫療服務或非聯網機構 – 未與我們的計劃簽訂合約以協調或向我們的計劃成員提供保障服務的醫療服務的機構或醫療服務提供者。非聯網醫療提供者是不由我們的計劃僱用、擁有或營運。

自付費用 – 請參閱上文中的 「費用分擔級別」定義。會員的費用分擔級別要求您支付一定比例的服務或藥物費用，此為您的自付費用。

PACE 計劃 – PACE 計劃，即全面式耆英護理計劃，為體弱病人士提供結合醫療、社交、長期護理於一體的服務，幫助他們盡可能在社區裏面獨立自主的生活，而免於入住安養院。加入 PACE 計劃的人士通過其計劃獲取聯邦保健及州醫療補助的保障。

C 部份 – 請參閱「聯邦保健優惠(MA)計劃」

D 部份 – 自願性的聯邦保健處方藥物福利計劃。

D 部份處方藥 – 受 D 部份計劃保障的藥物。我們並不一定提供所有的 D 部份處方藥。某些類別的藥物是經國會特別決定排除在 D 部份保障藥物之外的。每個計劃都必須保障某些類別的 D 部分藥物。

D 部份遲入會罰款 – 當在您首次有資格加入 D 部分計劃後，如果持續 63 天或以上沒有被認可的保障(至少與標準聯邦保健處方藥保障相似的藥物保障計劃)，就必須除月費外，再支付一筆聯邦保健藥物保障的費用。您一旦失去額外資助，而您曾經持續 63 天或以上沒有被認可的藥物保障，您可能會被要求支付 D 部份遲入會罰款。

優選醫療服務組織計劃 (PPO)– 優選醫療服務組織計劃是一項聯邦保健優惠計劃，由一批聯網並簽有合約的醫療服務提供者同意以指定金額向計劃會員提供醫療服務。一份 PPO 計劃必須保障無論是從聯網還是非聯網醫療服務提供者處獲得的所有福利。當接受非聯網醫療服務提供的服務時，會員的費用分擔通常會比較高。PPO 計劃會對您接受優選聯網醫

療服務所支付的費用設定一個年度限額，並對您接受優選聯網醫療服務及非聯網(非優選)醫療服務所支付的合計費用總額設定一個較高的限額。

保費 – 向聯邦保健、保險公司、保健計劃定期支付的保健計劃及藥物保障費用。

主治醫生(PCP) –您患病時第一時間去就診的醫生或其它醫療服務提供者。很多聯邦保健計劃都規定您必須經由主治醫生安排才能接受其它醫療服務提供者的治療。

事前批准 – 事先取得批准，來獲取醫療服務或某些藥物。某些聯網醫療服務只有在您的醫生或聯網醫療服務得到本計劃的「事前批准」後才獲得保障。需要事前批准的保障服務已在第四章保障福利圖表中列出。需要事前批准的保障藥物列明在保障藥物表中。

義肢或矯形器 – 醫療設備包括但不限於手臂、背部及頸部的支架，義肢，假眼及用於取代體內器官或功能的儀器，包括開口術及腸內及腸外營養治療。

質量監控機構(QIO) – 由聯邦政府僱用的執業醫生及醫療專家組成的機構，負責督管並尋求改善為聯邦保健持有人提供的服務質量。

數量限制 – 是一種管理方法，是根據質量、安全或善用資源的情況來限制某些藥物的使用，包括對我們保障的處方藥的數量限制以及提供保障時間的限制。

康復服務 – 此類服務包括物理治療，語言治療及職業治療。

服務區域 – 您必須居住的地理區域才能加入特定的健康計劃。這些保健計劃會限定您在這區域內可使用的醫生及醫院服務，通常亦即指您可從這些地區內得到例行(非緊急)醫療服務。如果您永久地搬離此地區，該計劃必定會中斷您的保障。

專業護理院 (SNF)護理服務 – 專業護理及康復服務是在專業護理院內向病人提供的持續性、日常護理服務。這些服務包括只能由註冊護士及醫生提供的物理治療或靜脈注射服務。

特殊需要計劃 – 一種聯邦保健優惠計劃的特殊形式，其為某一類型的人，例如擁有兩者即聯邦保健及加州醫療援助、入住養老院、患有某種慢性疾病的人士提供更為專門的醫療護理。

階段治療 – 是一種善用資源方法，要求您在使用醫生為您處方的某種藥物之前試用其它同樣能治療您病情的藥物。

社會安全生活補助金(SSI) – 社會安全局向殘障、 失明或年齡 65 歲及以上的低收入或資產有限人士提供的每月福利津貼。社會安全生活輔助金福利與社會保障福利是不同的。

急需醫療服務 – 非緊急的保障服務，或聯網醫療提供者暫時未能提供服務或會員不在服務地區。例如，您在周末需要即時護理，服務需要立即提供並且在醫療上是必要的。

*東華智選(HMO D-SNP)計劃*會員服務中心

聯絡方式	會員服務中心 – 聯絡資料
電話	*1-888-775-7888* 此號碼為免費服務。每週七天，*每天早上 8 時至晚上 8 時*開通。 會員服務中心還向非英語人士提供免費翻譯服務。
聽力障礙人士	*1-877-681-8898* 以上電話號碼需要用特殊電話機，並僅向有聽力障礙或語言障礙的人士提供服務。 此號碼為免費服務電話。每週七天，每天早上 8 時至晚上 8 時開通。
傳真	*1-415-397-2129*
來函地址	*Chinese Community Health Plan* *Member Services Center* *445 Grant Avenue, Suite 700* *San Francisco, CA 94108*
網址	*www.CCHPHealthPlan.com/medicare*

醫療保險顧問及權益倡導計劃(HICAP) (加州 SHIP)

HICAP 是一個由聯邦政府撥款資助的州立計劃，為聯邦保健會員提供免費的醫療保險咨詢服務。

聯絡方式	**聯絡資料**
電話	*1-800-434-0222*
來函地址	*Health Insurance Counseling and Advocacy Program* *601 Jackson Street* *San Francisco, CA 94133*
網址	*www.aging.ca.gov/hicap*

PRA 聲明：*根據減少紙張文書條例 1995，除非顯示有效的 OMB 控制號碼，任何人無需回應資料收集。此文件的控制號為 0938-1051。如果您對改進此表格有意見或建議，請郵寄至：CMS，7500 Security Boulevard，Attn：PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。*

CCHP Health Plan

Discrimination is Against the Law

Chinese Community Health Plan (CCHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including sexual orientation, gender identity, and sex characteristics

Chinese Community Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities, including appropriate auxiliary aids and other services, to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, including electronic and translated documents and oral interpretation, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact CCHP Member Services.

If you believe that CCHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with us in person, by phone, by mail, or by fax at:

CCHP Member Services
445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898
Fax 1-415-397-2129
https://cchphealthplan.com/

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201,
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

華人保健計劃（CCHP）遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統（包括有限的英語水平及主要語言）、年齡、殘障或性別（包括性取向、性別認同及性別特徵）而歧視任何人。

華人保健計劃（CCHP）：

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，包括適合的輔助設備及其他服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，包括電子文件、翻譯文件、口譯，如：
  - 合格的翻譯員
  - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡華人保健計劃（CCHP）

如果您認為華人保健計劃（CCHP） 未能提供此類服務或者因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而透

過其他方式歧視您，您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式向我們提交投訴：

CCHP Member Services
445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108

1-888-775-7888, 聽力殘障人仕電話 1-877-681-8898

傳真 1-415-397-2129

https://cchphealthplan.com/

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子方式投訴：

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201

1-800-368-1019，800-537-7697 (TDD)（聾人用電信設備）

登入 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 可獲得投訴表格。

Chinese Community Health Plan (CCHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma materno edad, discapacidad o sexo (incluida la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales).

Chinese Community Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades incluidas las ayudas auxiliares apropiadas y otros servicios, para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con CCHP Member Services.

Si considera que CCHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

CCHP Member Services
445 Grant Ave, Suite 700, San Francisco, CA 94108
1-888-775-7888, TTY 1-877-681-8898
Fax 1-415-397-2129.
https://cchphealthplan.com/

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, and appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística, y las ayudas y servicios auxiliares apropiados. Llame al 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-775-7888
(TTY: 1-877-681-8898).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-775-7888 (телетайп: 1-877-681-8898)

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-775-7888 (TTY:1-877-681-8898).

Hindi: ध्यान द: यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह।
1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) पर कॉल कर।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) まで、お電話にてご連絡ください。

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-888-775-7888
(TTY (հեռատիպ)՝ 1-877-681-8898):

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898)។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-775 7888 (TTY: 1-877-681-8898).

Persian (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898) تماس بگیرید.

Lao (Laotian):
ຄວາມສົນใจ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ເບີຂ້າງລຸ່ມນີ້ ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານได้.
ໂທຫາເບີ 1-888-775-7888 (TTY: 1-877-681-8898).

東華智選 (HMO D-SNP) 計劃會員服務中心

電話	1-888-775-7888 此號碼為免費服務。 每週七天，早上8時至晚上8時開通。 會員服務中心還向非英語人士提供免費翻譯服務。
聽力障礙人士	1-877-681-8898 以上電話號碼需要用特殊電話機，並僅向有聽力障礙或語言障礙人士提供服務。 此號碼為免費服務電話。 每週七天，早上8時至晚上8時開通。
傳真	1-415-397-2129
來函地址	Chinese Community Health Plan Member Services Center 445 Grant Avenue, Suite 700 San Francisco, CA 94108
網址	www.cchphealthplan.com/medicare

醫療保險顧問及權益倡導計劃 (HICAP) (加州 SHIP)

HICAP是一個由聯邦政府撥款資助的州立計劃，為聯邦健保會員提供免費的醫療保險咨詢服務。

電話	1-800-434-0222
來函地址	Health Insurance Counseling and Advocacy Program 601 Jackson Street San Francisco, CA 94133
網址	www.aging.ca.gov/hicap

CCHP
華人保健計劃