

**2013 年 1 月 1 日至 12 月 31 日**

## **承保範圍證明：**

### **Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 會員的 Medicare 健康福利與服務以及處方藥承保**

本手冊提供有關您自 2013 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間 Medicare 健康照護和處方藥承保的詳細資訊，並說明如何取得您所需的健康照護服務和處方藥承保。此為重要的法律文件。請妥善保管。

本計畫 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)，由 Health Net of California, Inc. 提供。（在本承保範圍證明中 Health Net of California, Inc 簡稱為「本公司」、「我們」或「我們的」。Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 簡稱為「計畫」或「本計畫」）。

Health Net of California, Inc. 是與 Medicare 及加州 Medicaid 方案簽約的 Medicare Advantage 組織。

本資訊免費以其他語言提供。請致電 1-800-431-9007 與我們的會員服務部聯絡，查詢詳情。（聽語障人士請撥打 1-800-929-9955）。每週七天，太平洋時間 上午 8:00 至晚上 8:00 均提供服務。會員服務部也可以為不講英語的民眾免費提供口譯服務。

Esta información está disponible en forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con el número de nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-929-9955). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. El Departamento de Servicios al Afiliado cuenta además con servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.

本資訊也備有不同格式，包括大字體及錄音帶。如果您需要其他格式的計畫資訊，請致電本手冊封底上所列的會員服務部專線。

福利、處方一覽表、藥局網絡、保費、自付額和／或共付額／共同保險金可能於 2014 年 1 月 1 日變更。

Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 獲全國品質保證委員會 (National Committee for Quality Assurance, NCQA) 核准，該組織是致力於改善健康照護品質的非營利組織（有效期至 2015 年 1 月 1 日）。



## 2013 年承保範圍證明

### 目錄

以下僅列出幫助您開始閱讀的各章摘要與頁碼。如需進一步協助查詢您所需的資訊，請參閱各章的第一頁。您可以在各章開始之處找到詳細的主題清單。

**第 1 章： 成為會員 .....Error! Bookmark not defined.**

解說投保 Medicare 健保計畫代表的意義以及如何使用本手冊。說明我們會寄給您的資料、您的計畫保費和會員卡，並將您的會籍紀錄維持在最新狀態。

**第 2 章： 重要的電話號碼與資源 .....Error! Bookmark not defined.**

說明您如何與本計畫 (Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)) 及其他組織保持聯絡，其中包括 Medicare、州健康保險協助方案 (SHIP)、品質改善組織、社會安全局、Medicaid (為低收入民眾提供的州健康保險方案)、協助民眾支付處方藥費用的方案以及鐵路職工退休管理局。

**第 3 章： 利用本計畫的醫療服務承保 .....Error! Bookmark not defined.**

解說本計畫會員取得醫療照護重要須知。主題包括使用計畫網絡內的醫療服務提供者及如何在緊急時取得照護。

**第 4 章： 福利表 (承保範圍以及您支付的費用) .....Error! Bookmark not defined.**

詳盡說明您成為本計畫之會員後哪些醫療照護類型受保及不受保。向您說明針對受保的醫療照護，您需要支付多少的分攤費用。

**第 5 章： 利用本計畫的 D 部分處方藥承保 ..... 141**

解說您取得 D 部分藥品時需遵循的規則。說明您如何使用本計畫的受保藥品清單 (處方一覽表)，查詢哪些藥品屬於承保範圍。告訴您哪些種類的藥品不屬於承保範圍。解說適用您某些藥品承保的幾種限制規定。解說您可以到哪裡領取處方藥。說明本計畫的藥品安全和藥物管理方案。

**第 6 章： 您支付您 D 部分處方藥的費用 ..... 159**

說明藥品承保的四個階段（自付額階段、初期承保階段、承保缺口階段、重大傷病承保階段），以及這些階段對您支付藥品費用的影響。說明您 D 部分藥品的五個費用分攤層級，並告知您在每個費用分攤層級所必須支付的費用。說明延遲投保罰款。

**第 7 章： 要求我們給付您所收到受保醫療服務或藥品帳單我們應分攤的費用..... 178**

解說當您要求本計畫退還應分攤受保服務或藥品費用時，應何時和如何寄送帳單給我們。

**第 8 章： 您的權利和責任..... 184**

解說身為本計畫會員您享有的權利和應承擔的責任。說明如果您認為權利未受尊重時怎麼辦。

**第 9 章： 如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦..... 195**

說明您身為本計畫會員如果有困難或顧慮時該怎麼做的步驟。

- ..... 解  
說如果無法取得您認為屬於本計畫承保範圍的醫療照護或處方藥時，該如何要求承保決定和提出上訴，其中包括要求我們針對您處方藥承保的規則或額外限制規定做成例外處理，及如果您認為您的承保太快結束，要求我們繼續承保醫院照護及某些醫療服務。
- ..... 解  
說如何提出與照護品質、等待時間、客戶服務和其他顧慮相關的投訴。

**第 10 章： 終止您的本計畫會籍 ..... 249**

解說您何時和如何才能終止本計畫的會籍。解說本計畫在哪些情況下必須終止您的會籍。

**第 11 章： 法令通知 ..... 256**

包括管轄法律和不歧視通知。

**第 12 章： 重要用語的定義..... 265**

說明本手冊所使用的主要用語。

## 第 1 章： 成為會員

<b>第 1 節</b>	<b>簡介 .....</b>	<b>3</b>
第 1.1 節	您投保了 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)，這是一項專業的 Medicare Advantage 計畫（特殊需求計畫） .....	3
第 1.2 節	承保範圍證明手冊的有關內容是什麼？ .....	3
第 1.3 節	本章告訴您哪些資訊？ .....	4
第 1.4 節	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 的新會員需要做些什麼？ .....	4
第 1.5 節	<i>承保範圍證明</i> 的相關法律資訊.....	4
<b>第 2 節</b>	<b>什麼使您具備計畫會員的資格？ .....</b>	<b>5</b>
第 2.1 節	您的資格規定.....	5
第 2.2 節	什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分？ .....	5
第 2.3 節	什麼是 Medi-Cal (Medicaid)？ .....	5
第 2.4 節	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 計畫服務區域 .....	6
<b>第 3 節</b>	<b>您可向我們取得哪些其他資料？ .....</b>	<b>6</b>
第 3.1 節	您的計畫會員卡 – 使用它取得所有受保照護及處方藥品.....	6
第 3.2 節	<i>醫療服務提供者名錄</i> ：本計畫網絡內所有醫療服務提供者指引.....	7
第 3.3 節	<i>藥局名錄</i> ：本計畫的網絡藥局指南.....	8
第 3.4 節	本計畫的受保藥品清單（處方一覽表） .....	8
第 3.5 節	<i>福利說明</i> （「EOB」）：您 D 部分處方藥的付款摘要報告.....	9
<b>第 4 節</b>	<b>您的 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 月保費 .....</b>	<b>9</b>
第 4.1 節	您的計畫保費是多少？ .....	9

---

第 4.2 節	您有數種方式可以繳納計畫保費.....	10
第 4.3 節	我們可以在年度當中變更您的計畫月保費嗎? .....	12
<b>第 5 節</b>	<b>請隨時更新您的計畫會籍紀錄 .....</b>	<b>13</b>
第 5.1 節	如何幫助確保我們存有關於您的準確資訊.....	13
<b>第 6 節</b>	<b>我們保護您個人健康資訊的隱私 .....</b>	<b>14</b>
第 6.1 節	我們確保您的健康資訊的隱私得到保護.....	14
<b>第 7 節</b>	<b>其他保險如何搭配本保險計畫運作 .....</b>	<b>14</b>
第 7.1 節	當您有其他保險時，哪個計畫會優先給付? .....	14

---

## 第 1 節 簡介

---

<b>第 1.1 節</b>	<b>您投保了 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)，這是一項專業的 Medicare Advantage 計畫（特殊需求計畫）</b>
----------------	--

您可同時享有 Medicare 與 Medi-Cal (Medicaid) 承保。

- **Medicare** 是專為年滿 65 歲或以上者或某些未滿 65 歲罹患某些殘疾的人士以及末期腎臟病患者而提供的聯邦健康保險方案。
- **Medi-Cal (Medicaid)** 是向某些收入和資源有限者提供醫療費用協助的聯邦和州政府聯合方案。Medicaid 承保範圍廣泛，依您所屬州別和投保的 Medicaid 類型而定。有些投保 Medicaid 的人可以獲得支付 Medicare 保費和其他費用的援助。其他人則可享有 Medicare 不承保的附加服務和藥品承保。

您選擇透過本計畫 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 來取得 Medicare 的健康照護及處方藥承保。

Medicare 健保計畫有不同的類型。本計畫係為專業的 Medicare Advantage 計畫（Medicare「特殊需求計畫」），也就是專為有特殊健康照護需求的人士而設計的福利計畫。我們的計畫旨在專門針對擁有 Medicare 的人士及有權享受 Medi-Cal (Medicaid) 援助的人士。

由於您已經獲得 Medi-Cal (Medicaid) 的協助，所以針對有些 Medicare 健康照護服務您可以支付較少的費用。Medi-Cal 也可能將 Medicare 通常不承保的健康照護納入，提供您額外的福利。您還可以獲得 Medicare 的額外協助，幫您支付 Medicare 處方藥品費用。本計畫能夠幫助您管理所有福利，讓您取得有權享有的健康照護服務及費用補助。

本計畫是由一間私人公司所執行。就像所有 Medicare Advantage 計畫一樣，這項 Medicare 特殊需求計畫已經過 Medicare 核准。我們很榮幸能向您提供 Medicare 健康照護承保，包括處方藥承保。

<b>第 1.2 節</b>	<b>承保範圍證明手冊的有關內容是什麼？</b>
----------------	--------------------------

本承保範圍證明手冊告訴您如何透過本計畫取得您的 Medicare 醫療照護及處方藥承保。本手冊說明您作為本計畫的會員的權利和責任、屬於承保範圍的服務，以及需支付的費用。



本計畫 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)，由 Health Net of California, Inc. 提供。（在本承保範圍證明中 Health Net of California, Inc 簡稱為「本公司」或「我們」。Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 簡稱為「計畫」或「本計畫」）。

「承保」和「受保服務」指本計畫提供給會員的醫療照護與服務以及處方藥。

### 第 1.3 節 本章告訴您哪些資訊？

完整閱讀本承保範圍證明的第 1 章可瞭解：

- 什麼使您具備計畫會員的資格？
- 什麼是您的計畫服務區域？
- 您可向我們取得什麼資料？
- 什麼是計畫保費及您要如何支付？
- 您要如何更新會籍紀錄中的資訊？

### 第 1.4 節 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 的新會員需要做些什麼？

如果您是新會員，重要的是您應瞭解本計畫有哪些規則以及為您提供哪些服務。我們建議您抽空完整閱讀本承保範圍證明手冊。

如果您有不清楚之處或有顧慮，或有任何疑問，請致電本計畫會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

### 第 1.5 節 承保範圍證明的相關法律資訊

它是本公司與您的合約之一部分

本承保範圍證明是本公司與您的合約中有關本計畫如何提供您照護承保的部分。本合約的其他部分包括您的投保登記表、承保藥物清單（處方一覽表），以及您收到本公司寄給您有關您承保或影響您承保條件的任何變更通知。這些通知有時稱為「附約」或「修正」。

合約有效期間為 2013 年 1 月 1 日至 2013 年 12 月 31 日之間您投保於本計畫的月份。

#### Medicare 必須每年核准本計畫

Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）必須每年核准本計畫。只要本公司選擇持續提供本計畫，且取得 Medicare 對本計畫的續約核准，本計畫的會員均可繼續取得 Medicare 承保。

---

## 第 2 節 什麼使您具備計畫會員的資格？

---

### 第 2.1 節 您的資格規定

您只要符合以下條件即具備本計畫會員的資格：

- 您住在本計畫的服務區域內（以下第 2.4 節說明我們的服務區域）
- 以及—您同時享有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
- 以及—您沒有末期腎臟病 (ESRD)，只有少數情況例外，例如您是在成為我們所提供之計畫的會員後才罹患 ESRD，或者您是另一個已終止的計畫的會員。
- 以及—您符合以下所示的特殊資格條件。

#### 本計畫的特殊資格條件

本計畫旨在滿足享有特定 Medi-Cal (Medicaid) 福利的人士的需求。（Medicaid 是向某些收入和資源有限者提供醫療費用協助的聯邦和州政府聯合方案）。要符合本計畫資格，您必須符合 Medicare 和 Medi-Cal 資格。

- 

### 第 2.2 節 什麼是 Medicare A 部分和 Medicare B 部分？

您初次登記參加 Medicare 時會收到如何取得 Medicare A 部分和 Medicare B 部分承保服務的相關資訊。請謹記：

- Medicare A 部分通常承保由機構醫療服務提供者提供的服務，例如醫院（住院服務）、專業護理機構或居家健康機構。
- Medicare B 部分適用於大多數其他醫療服務（例如醫師服務和其他門診服務）以及特定項目（例如耐用醫療器材與用品）。

### 第 2.3 節 什麼是 Medi-Cal (Medicaid)？

Medi-Cal (Medicaid) 是向某些收入和資源有限者提供醫療及長期照護費用協助的聯邦和州政府聯合方案。收入與資源的定義、資格條件、受保服務與服務費用由各州決定之。各州亦可自行決定方案執行的方式，但須遵守聯邦的指導方針。

此外，Medi-Cal (Medicaid) 還提供其他方案，協助投保 Medicare 人士繳付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「Medicare 節省方案」能幫助收入和資源有限的人士節省每年的費用：

- **合格 Medicare 受益人 (QMB)**：幫助支付 Medicare A 部分與 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如自付額、共同保險金及共付額）。
- **指定低收入 Medicare 受益人 (SLMB) 以及合資格的個人 (QI)**：幫助支付 B 部分保費。
- **合資格的殘障人士與在業個人 (QDWI)**：幫助支付 A 部分保費。

有些人同時加入 Medi-Cal (Medicaid) 及 Medicare 儲蓄方案。

## 第 2.4 節 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 計畫服務區域

雖然 Medicare 為聯邦方案，本計畫僅提供給本計畫服務區域內的居民。若要保持本計畫會員的身分，您必須持續住在本服務區域內。服務區域說明如下：

我們的服務區域包括加州以下各郡：Contra Costa、Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Francisco 及 Stanislaus 郡。

如果您打算遷出服務區域，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。當您搬家的時候，可於特殊投保期間轉換至原 Medicare 或投保您新住處所提供的 Medicare 健保或藥品計畫。

## 第 3 節 您可向我們取得哪些其他資料？

### 第 3.1 節 您的計畫會員卡 – 使用它取得所有受保照護及處方藥品

身為本計畫的會員，您若要取得本計畫受保的服務及在網絡藥局取得處方藥，就必須使用您的計畫會員卡。以下會員卡樣本顯示您會員卡的樣子：

<p><b>Health Net</b> &lt;HN Plan Name&gt; &lt;(Plan Type)&gt;</p> <p><b>Health Net</b> MEDICARE PROGRAMS</p> <hr/> <p><b>A Medicare Advantage Prescription Drug Plan</b></p> <p>Name: &lt;FIRST MI LAST&gt;      HN Group ID: &lt;12345A&gt; ID: &lt;RXXXXXXX&gt;-&lt;00&gt;</p> <p>Rx Claims Processor: &lt;Caremark&gt;      PCP Office Visit: &lt;\$XX or %&gt; RxBIN: &lt;004336&gt; RxPCN: &lt;ADV&gt; RxGRP: &lt;RX6270&gt; Issuer: &lt;(80840) 9210567898&gt;</p> <p><b>MedicareRx</b> Prescription Drug Coverage</p> <p>CMS &lt;Contract #&gt; &lt;XXX&gt; Material ID# Y0035_2012_0046 CMS Approved 07192011</p>	<p>[Medical Group]/[Physician Name:] [&lt;Medical Group Name&gt;] [&lt;Medical Group Phone #&gt;] [&lt;Physician Name&gt;] [&lt;Physician Phone #&gt;]</p> <p><b>Mental Health Benefits</b>, Call &lt;1-800-XXX-XXXX&gt; (TTY: 1-800-XXX-XXXX) <b>Decision Power Health Coach</b>, Call &lt;1-800-XXX-XXXX&gt;, &lt;(TTY: 1-800-XXX-XXXX)&gt;, 24 hours a day, 7 days a week</p> <p><b>Provider Inquiries</b>, Call &lt;1-800-XXX-XXXX&gt;, &lt;(TTY: 1-800-XXX-XXXX)&gt; <b>Pharmacist Inquiries</b>, Call &lt;1-888-865-6567&gt;, &lt;(TTY: 1-800-XXX-XXXX)&gt;</p> <p><b>Member questions</b>, please access our website at <a href="http://www.healthnet.com">www.healthnet.com</a>. For additional questions, Call &lt;1-800-XXX-XXXX&gt;, &lt;(TTY: 1-800-929-9955)&gt;</p> <p><b>Submit Medical Claims to:</b>      <b>Submit Part D Drug Claims to:</b> [&lt;Health Net – Attn: Claims&gt;]      [&lt;Health Net – Attn: Pharmacy Claims&gt;] [&lt;P.O. Box 14703&gt;]      [&lt;P.O. Box 9103&gt;] [&lt;Lexington, KY 40512&gt;]      [&lt;Van Nuys, CA 91409-9103&gt;]</p>
---	--

只要您是本計畫的會員，**您就不能使用您的紅、白、藍 Medicare 卡**來取得受保的醫療服務（例行臨床研究及安寧照護服務除外）。請妥善保存您的紅、白、藍 Medicare 卡以便未來使用。

**為什麼這點如此重要：**身為計畫會員，若您使用您的紅、白、藍 Medicare 卡取得受保服務，而不用您的計畫會員卡，您可能必須自行負擔全額費用。

如果您的計畫會員卡受損、遺失或失竊，請立即致電會員服務部，我們會寄發新卡給您。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

請注意，您仍然享有 Medicare 和 Medi-Cal (Medicaid) 承保，但是以 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 會員身分來取得 Medicare 服務。正如以上所述，您若要取得本計畫承保的服務及在網絡藥局取得處方藥，就必須使用您的 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 計畫的會員卡。

請確保在獲取醫療服務或處方藥時出示您的 Medi-Cal (Medicaid) 卡，以便醫療服務提供者或藥局瞭解您享有本計畫及 Medi-Cal 的承保。如果您獲取「按服務收費」的 Medi-Cal (Medicaid)，則該卡將是您的加州 Medi-Cal 福利保險卡（亦稱為 BIC 卡）。如果您沒有收到 BIC 卡，或是需要新卡，請致電您所在各郡的社會服務處。電話號碼列於第 2 章第 9 節。如果您加入 Medi-Cal 管理式保健計畫，則該卡將是您的 Medi-Cal 健康計畫保險卡。如果您沒有收到 Medi-Cal 卡，或是需要新卡，請致電您的 Medi-Cal 健康計畫，請求他們寄發新卡給您。請參閱您的 Medi-Cal 健康計畫的會員手冊以瞭解詳情。

### 第 3.2 節

### 醫療服務提供者名錄：本計畫網絡內所有醫療服務提供者指引

什麼是「網絡醫療服務提供者」？

**網絡醫療服務提供者**指與我們簽訂協議的醫師及其他健康照護專業人員、醫療團體、醫院和其他醫療照護機構，他們接受我們給付，並以計畫分攤費用作為全部給付金額。我們已經安排讓這些醫療服務提供者為本計畫的會員提供受保服務。

**您為什麼需要知道哪些醫療服務提供者屬於我們的網絡？**

知道哪些醫療服務提供者屬於我們的網絡很重要，因為除了少數例外，您身為本計畫會員必須使用網絡醫療服務提供者，才能取得您的醫療照護和服務。此外，可能僅限您使用主治醫師 (PCP) 和／或醫療團體網絡內的醫療服務提供者。這意味著您選擇的 PCP 和／或醫療團體可決定您可以使用哪些專科醫生和醫院。請參閱第 3 章（*利用本計畫的醫療服務承保*）瞭解更多有關選擇 PCP 方面的資訊。少數例外為急診、無法使用網絡時的緊急需求照護（通常是您在區域外時）、區域外洗腎服務，以及本計畫授權使用網絡外醫療服務提供者的情況。請參閱第 3 章（*利用本計畫的醫療服務承保*），瞭解更多關於急診、網絡外和區域外承保的具體資訊。

如果您沒有藥局名錄，可向會員服務部索取（電話號碼請參閱本手冊封底）。您可以詢問會員服務部更多有關本公司網絡醫療服務提供者的資訊，包括他們的資格。您也可以上網 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 查閱或下載醫療服務提供者名錄。會員服務部和該網站均能為您提供網絡醫療服務提供者任何變更的最新資訊。

### 第 3.3 節 藥局名錄：本計畫的網絡藥局指南

#### 什麼是「網絡藥局」？

我們的藥局名錄為您列出我們網絡藥局的完整清單—其中包括所有同意為本計畫會員提供承保處方藥的藥局。

#### 您為何需要知道網絡藥局？

您可以利用藥局名錄查詢您想使用的網絡藥局。這一點很重要，因為除了少數例外情況之外，您必須在我們的網絡藥局領取您的處方藥，才能取得本計畫的承保（即幫助您支付處方藥費用）。

如果您沒有藥局名錄，可向會員服務部索取（電話號碼請參閱本手冊封底）。您可以隨時致電會員服務部以取得藥局網絡的最新變更資訊。您也可以到我們網站查詢此資訊，網址 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)。

### 第 3.4 節 本計畫的受保藥品清單（處方一覽表）

本計畫有一份受保藥品清單（處方一覽表）。我們簡稱它為「藥品清單」它說明哪些 D 部分處方藥屬於本計畫的承保範圍。本清單上的藥品由醫師和藥劑師團隊協助本計畫挑選。本清單必須符合 Medicare 的規定。Medicare 已經核准本計畫的藥品清單。

除了 D 部分承保的藥品之外，本計畫也為您承保某些屬於您 Medicaid 福利範圍內的藥品。關於 Medi-Cal (Medicaid) 承保藥品之資訊，請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於本手冊第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。

藥品清單同時也會告知您，您用的藥品是否有任何限制規定。

我們會寄給您一份藥品清單。若要取得有關哪些藥品屬於承保範圍的最完整清單和最新資訊，您可以瀏覽本計畫網站 ([www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)) 或致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

### 第 3.5 節 福利說明（「EOB」）：您 D 部分處方藥的付款摘要報告

當您使用 D 部分處方藥福利時，我們會寄一份摘要報告給您，幫助您瞭解並跟踪您 D 部分處方藥的付款情況。這份摘要報告稱為 *福利說明*（或簡稱「EOB」）。

*福利說明*會告訴您該月份中您已經花費在 D 部分處方藥的總金額，以及我們就您的 D 部分處方藥已經給付的總金額。第 6 章（*您支付您 D 部分處方藥的費用*）提供更多有關 *福利說明*的資訊，以及它如何幫助您跟踪您的藥品承保。

您也可以索取 *福利說明*摘要。如欲取得副本，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

## 第 4 節 您的 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 月保費

### 第 4.1 節 您的計畫保費是多少？

身為本計畫的會員，您需繳納計畫月保費。本計畫 2013 年的月保費為 \$29.80。此外，您還是必須繼續繳納您 Medicare B 部分的保費（除非您的 B 部分保費由 Medi-Cal (Medicaid) 或其他第三方為您繳納）。不過，由於您同時投保了 Medicare 與 Medi-Cal，因此將可免繳部分或全部保費。若取得額外協助為您支付藥品承保費用，您必須繳納的本計畫會員 D 部分保費金額會列於您的「使用額外協助支付處方藥費用者的承保範圍證明附約」中。您也可以致電會員服務部取得更多資訊，電話號碼請參閱本手冊封底。

#### 在某些情況下，您的計畫保費可能更多

在某些情況下，您的計畫保費可能比上述第 4.1 節中所列的金額還高。該情況說明如下：

- 部分會員必須支付**延遲投保罰款**，原因是他們在首次取得資格時未加入 Medicare 藥品計畫，或是他們有連續 63 天或更久的時間沒有「可替代」處方藥承保。（「可替代」係指藥品承保預期支付費用，平均至少應等於 Medicare 保險的標準處方藥承保。）對這些會員而言，延遲投保罰款將加到計畫月保費中。他們的保費金額將包括計畫月保費與延遲投保罰款的金額。
  - 如果您獲得 Medicare 的「額外協助」，幫您支付了處方藥品費用，那麼您就不適用延遲投保罰款規定。您將不須支付延遲投保罰款，即便您沒有「可替代」處方藥品承保。

- 如果您必須繳納延遲投保罰款，該罰款金額取決於您延遲多久之後才投保藥品承保，或您取得資格之後有幾個月沒有藥品承保。第 6 章第 9 節說明延遲投保罰款。

### 有些會員必須繳納其他 Medicare 保費

除了支付計畫月保費，有些會員必需繳納其他 Medicare 保費。如上述第 2 節之說明，您必須維持 Medi-Cal (Medicaid) 的資格並享有 Medicare A 部分，且投保 Medicare B 部分，才能符合本計畫的資格。對於多數 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 會員來說，Medi-Cal 會幫您支付 A 部分（如果您並非自動符合資格）和 B 部分的保費。如果 Medi-Cal 不幫您支付您的 Medicare 保費，您就必須持續繳付您的 Medicare 保費，才能保有計畫會員的資格。

不過，有些人會因年收入的緣故而需繳納 D 部分額外費用。如果您個人（或已婚個人分開申報）收入等於或高於 \$85,000，或已婚夫婦合計等於或高於 \$170,000，則必須為您的 Medicare D 部分承保直接向政府（而非 Medicare 計畫）繳納額外費用。

- 如果您必須支付額外費用，社會安全局，而非您的 Medicare 計畫，將會寄發郵件告知您應繳納多少額外費用。如果由於發生改變生活的事件而導致您的收入降低，則您可以致電社會安全局，要求其重新考慮他們的決定。
- 如果您被要求支付額外金額而您不予支付，則您將會被該計畫退保。如果您接受處方藥費用方面的「額外協助」，您將繼續享有 D 部分承保。
- 欲知更多有關依所得應繳之 D 部分保費之資訊，請參閱本手冊第 6 章第 10 節。您可以上網 <http://www.medicare.gov>，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，此專線每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。您也可以致電社會安全局，電話號碼 1-800-772-1213。聽語障人士請撥打 1-800-325-0778。

您的《Medicare & You 2013》手冊中的「2013 年 Medicare 費用」(2013 Medicare Costs) 一節會說明這些保費。投保 Medicare 的每一個人都會在每年秋天收到一份《Medicare & You》手冊。新投保 Medicare 的人士會在首次登記參加的一個月內收到。您也能從 Medicare 的網站 (<http://www.medicare.gov>) 下載《Medicare & You 2013》。或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份印刷本，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。

#### 第 4.2 節 您有數種方式可以繳納計畫保費

您有四種方式可以繳納計畫保費。您可在投保時選擇付款方案，還可隨時撥打本手冊封底上的電話號碼至會員服務部進行變更。

若您決定變更繳納保費的方式，新的付款方式最多可能需要三個月才會生效。當我們處理您新付款方式的要求時，您有責任確保按時繳納計畫保費。

### 方案 1：您可使用支票或匯票付款

您可以決定以支票或匯票將計畫月保費或延遲投保罰款直接繳納給本計畫。付款時請載明您的 Health Net 會員編號。

計畫月保費或延遲投保罰款應於每月的第 1 天繳付給我們。您可以將繳費支票或匯票寄至下列地址：

Health Net  
P.O. Box 894702  
Los Angeles, CA 90189-4702

支票收款人應為 **Health Net, Inc.** 而非 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 或者美國健康及人類服務部 (HHS)。請勿至 Health Net 辦事處繳付保費與延遲投保罰款之款項。所有因為金額不足 (NSF) 而被退回的支票都要收取 \$15 的費用。

### 方案 2：您可利用銀行帳戶自動扣款來繳納保費或延遲投保罰款

除了以支票或匯票付款，您可以透過銀行帳戶自動扣款來繳納計畫月保費或延遲投保罰款。如果您想利用此方案，請撥打本手冊封底所列的電話號碼致電會員服務部，索取相關表格。您的銀行設定好自動扣繳功能後，我們會立即向您寄發確認函，告訴您第一次從您的銀行帳戶中扣款事宜。在您收到我們寄出的確認函之前，請您繼續按帳單付款。

每個月 6 號或左右（如 6 號碰巧是假日或週末，則延至次個營業日），我們會直接與您的銀行聯絡，扣除當月應付的保費或延遲投保罰款金額。您的銀行月結單會顯示扣繳的 Health Net 保費或延遲投保罰款金額。本服務有效期間您都不會收到本公司寄出的月保費或延遲投保罰款帳單。若您在本服務有效期間收到月保費或延遲投保罰款帳單，請不用理會。

### 方案 3：您可從每月社會安全支票中扣除計畫保費

您可從每月社會安全支票中扣除計畫保費。請聯絡會員服務部，進一步瞭解如何使用此方式來繳納您的計畫月保費。我們很樂意協助您進行本項設定。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

### 方案 4：您可從每月鐵路退休管理局 (RRB) 支票中扣除計畫保費。



您可從每月鐵路退休管理局 (RRB) 支票中扣除計畫保費。請聯絡會員服務部，進一步瞭解如何使用此方式來繳納您的計畫月保費。我們很樂意協助您進行本項設定。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

### 如果您無法繳納計畫保費怎麼辦

本辦公室必須於每月 1 號之前收到您的計畫保費。若在該月份第 7 個工作日之前沒有收到您的保費，我們會寄發通知，告訴您如果我們 90 天內沒有收到您的保費付款，您的計畫會籍將會終止。

如果您無法準時繳納保費，請與會員服務部聯絡，看我們能否告訴您可協助繳納計畫保費的方案。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

如果我們因您未繳納保費而終止您的會籍，您會有原 Medicare 的承保。只要您接受處方藥費用方面的「額外協助」，您就將繼續享有 D 部分承保。Medicare 會將您加入新的處方藥計畫以獲得您的 D 部分承保。

我們終止您的會籍時，您可能仍有積欠的保費。未來，如果您想再次投保本計畫（或我們提供的其他計畫），您需要先繳納這些積欠的款項才能投保。

如果您認為我們不當終止了您的會籍，您有權透過投訴要求我們重新考慮決定。本手冊第 9 章第 11 節說明如何投訴。）如果您出現無法控制的緊急情況，導致您在寬限期內無法支付保費，您可以請求 Medicare 重新考慮該決定，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。

#### 第 4.3 節

#### 我們可以在年度當中變更您的計畫月保費嗎？

不可以。我們不得在年度當中變更計畫月保費的收費金額。如果次年度的計畫月保費有所變更，我們會在 9 月通知您，而變更將於 1 月 1 日生效。

不過，在某些情況下，您必須繳納的保費部分可在年度當中變更。如果您在年度當中取得額外協助方案的資格或失去額外協助方案的資格，就會發生此情況。如果會員有資格取得其處方藥費用的額外協助，該額外協助方案會支付會員的部分計畫保費。因此，在年度當中取得額外協助資格的會員會開始繳納低於其月保費的費用。同時，在年度當中喪失資格的會員將需開始繳納其全額月保費。您可在第 2 章第 7 節查詢更多有關額外協助方案的資訊。

---

## 第 5 節 請隨時更新您的計畫會籍紀錄

---

### 第 5.1 節 如何幫助確保我們存有關於您的準確資訊

您的會籍紀錄有來自您投保登記表的資訊，包括您的地址與電話號碼。它顯示您特定的計畫承保，包括您的主治醫師／醫療團體。

本計畫網絡內的醫師、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者需要取得關於您的正確資訊。這些網絡醫療服務提供者使用您的會籍記錄來瞭解哪些服務和藥品時屬於承保範圍以及您的費用分攤金額。因此，協助我們隨時更新您的資訊非常重要。

請告知我們下列變更：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更
- 您享有的任何其他健康保險承保（例如，來自您雇主、您配偶的雇主、勞工賠償或 Medi-Cal (Medicaid) 的承保）變更
- 如果您有任何責任理賠，例如汽車事故理賠
- 如果您已住進看護中心
- 如果您在區域外或網絡外醫院或急診室接受照護
- 如果您指定的負責人（如照護提供者）變更
- 如果您正在參與臨床研究

如此類資訊有任何變更，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）告知我們。您還應該直接與您當地的社會服務處聯絡，告知這些 Medi-Cal (Medicaid) 方案的變更。您當地社會服務處的電話號碼列於第 2 章第 9 節。

### 請完整閱讀我們寄給您有關您任何其他保險承保的資訊

Medicare 要求我們向您收集有關您擁有的任何其他醫療或藥品保險承保的資訊。那是因為我們必須和您的其他承保協調您在本計畫的福利。（欲知更多關於當您有其他保險時我們的承保如何運作之資訊，請參閱本章第 7 節。）

我們每年會寄給您一封信函，列出我們知道的其他醫療或藥品保險承保。請仔細閱讀整份資訊。如果資訊正確，您不需有任何行動。如果資訊不正確，或如果您有其他承保並未列出，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

您可以透過如下方式告訴我們有關您的其他醫療或藥品承保方面的情況：

- 您可以致電會員服務部告訴我們有關此其他承保的情況（電話號碼請參閱本手冊封底）。
- 您可以在您入保本計畫時，在入保申請表上載明此承保。Health Net 將隨後給您寄函以進一步了解此其他承保的詳情。

---

## 第 6 節 我們保護您個人健康資訊的隱私

---

### 第 6.1 節 我們確保您的健康資訊的隱私得到保護

聯邦與州法律保護您病歷與個人健康資訊的隱私。我們根據這些法律的規定保護您的個人健康資訊。

欲知更多與我們如何保護您個人的健康資訊有關之資訊，請參閱本手冊第 8 章第 1.4 節。

---

## 第 7 節 其他保險如何搭配本保險計畫運作

---

### 第 7.1 節 當您有其他保險時，哪個計畫會優先給付？

若您還有其他保險（如僱主團體健康保險），Medicare 訂有規範，用以決定是否由本計畫或其他保險優先給付。優先給付的保險稱為「主要給付者」，支付金額最高為承保上限。第二支付的保險稱為「次要給付者」，只需支付主要給付者未承保的費用。次要給付者亦可能無法全額支付未承保之費用。

這些規定適用於僱主或工會團體健保計畫承保：

- 如果您有退休人員承保，那麼由 Medicare 優先支付。
- 如果您的團體健保計畫承保是以您或家屬目前的聘僱為基準，那麼將視您的年齡、僱主規模以及您是否有依年齡、殘障或未期腎臟病 (ESRD) 投保 Medicare 來決定由誰優先支付。
  - 如果您是未滿 65 歲的殘障人士，且您或您的家屬仍在業，那麼如果您的僱主聘有 100 名或以上之員工，或投保的多僱主團體計畫中至少有一位僱主的員工人數超過 100 名，則由您的計畫優先支付。
  - 如果您年滿 65 歲，且您或您的配偶仍在業，那麼如果您的僱主聘有 20 名或以上之員工，或投保的多僱主團體計畫中至少有一位僱主的員工人數超過 20 名，則由您的計畫優先支付。
- 如果您因 ESRD 緣故而有 Medicare，那麼在您具備投保 Medicare 資格之後的前 30 個月將由您的團體健保計畫優先支付。

---

這些承保類型通常會優先支付以下各類相關之服務：

- 無過失險（包括汽車險）
- 責任險（包括汽車險）
- 黑肺病福利
- 勞工賠償

Medi-Cal (Medicaid) 與 TRICARE 絕不優先支付 Medicare 承保的服務。必須在 Medicare、員工團體健保計畫和／或 Medigap 之後才會支付。

如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥局。如果您對由誰優先支付有任何疑問，或需要更新您的其他保險資訊，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。您可能需要提供您的計畫會員 ID 號碼給其他保險公司（請先確認他們的身分），這樣，才能正確及準時地繳付您的帳單。

## 第 2 章： 重要的電話號碼與資源

第 1 節	<b>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 聯絡資訊</b> (如何與我們聯絡, 包括如何與本計畫的會員服務部取得聯繫).....	17
第 2 節	<b>Medicare</b> (如何直接從聯邦 Medicare 方案取得協助和資訊) .....	23
第 3 節	<b>州健康保險協助方案</b> (免費的協助、資訊, 以及回答您有關 Medicare 的疑問) .....	25
第 4 節	<b>品質改善組織</b> (由 Medicare 支付費用, 以檢查 Medicare 投保人取得的照護品質) .....	26
第 5 節	<b>社會安全局</b> .....	26
第 6 節	<b>Medi-Cal (Medicaid)</b> (提供某些收入和資源有限者醫療費用協助的聯邦和州政府聯合方案) .....	27
第 7 節	<b>處方藥協助付費方案的相關資訊</b> .....	34
第 8 節	<b>如何聯絡鐵路職工退休管理局</b> .....	37
第 9 節	<b>您可以向您所在郡的社會服務處或地區老年機構尋求協助</b> .....	37

## 第 1 節 **Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 聯絡資訊** (如何與我們聯絡，包括如何與本計畫的會員服務部取得聯繫)

### 如何聯絡本計畫的會員服務部

如需協助回答您有關理賠、帳單或會員卡的疑問，請致電或寫信至本計畫會員服務部。我們將樂於提供協助。

<b>會員服務部</b>	
<b>電話</b>	<p>1-800-431-9007</p> <p>此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。</p> <p>在年度投保期間（10 月 15 日至 12 月 7 日）到下個合約年度開始之後 45 天期間，本計畫為現有會員及準會員提供免付費的電話服務中心，從太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均有人員提供服務。現有會員及準會員可在上述時段與會員服務代表聯絡。</p> <p>如果您在此時段之外撥打電話，您會接聽到語音信息。留言時應留下您的姓名、電話號碼，以及您致電的時間，服務代表最遲會在您留言後一個工作日內回電。</p> <p>但於 2013 年 2 月 14 日之後，週六、週日和假日時將由本公司自動電話系統處理您的來電。留言時請留下您的姓名、電話號碼，以及您致電的時間，本公司的代表最遲會在您留言後的一個工作日內回電。</p> <p>會員服務部也可以為不講英語的民眾免費提供口譯服務。</p>
<b>聽語障專線</b>	<p>1-800-929-9955</p> <p>本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。</p> <p>此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。</p>
<b>傳真</b>	1-866-214-1992

寫信	Health Net Medicare Programs P.O. Box 10198 Van Nuys, CA 91410-0198
網站	www.healthnet.com

### 當您要求與您醫療照護相關的承保決定時如何與我們聯絡

承保決定是我們針對您的福利與承保範圍或我們給付您醫療服務金額所作的相關決定。如需更多與要求您醫療照護承保決定相關的資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。

若有關於我們承保決定流程的疑問，您可以撥打電話給我們。

醫療照護承保決定	
電話	1-800-431-9007  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
聽語障專線	1-800-929-9955  本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
傳真	1-800-793-4473（非緊急要求），1-800-672-2135（緊急要求）
寫信	Health Net Medical Management 21281 Burbank Blvd Woodland Hills, CA 91367
網站	www.healthnet.com

### 當您要提出與您的醫療照護相關的上訴時如何與我們聯絡

上訴是一個要求我們審查並改變我們作出的承保決定的正式途徑。如需更多提出與您醫療照護相關的上訴之資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。

醫療照護上訴	
電話	1-800-431-9007  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
聽語障專線	1-800-929-9955  本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
傳真	1-818-676-8179（標準上訴）  1-866-587-0544（快速上訴）
寫信	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) Appeals and Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
網站	www.healthnet.com

### 當您要提出與您的醫療照護相關的投訴時如何與我們聯絡

您可對我們或我們的網絡內的醫療服務提供者提出投訴，包括與您的照護品質有關的投訴。這種投訴與承保或給付爭議無關。（如您對計畫承保或給付有疑問，應參閱上述與投訴有關之章節。）如需更多提出與您醫療照護相關的投訴之資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。

醫療照護投訴	
電話	1-800-431-9007  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。



<b>聽語障專線</b>	1-800-929-9955  本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
<b>傳真</b>	1-818-676-8179
<b>寫信</b>	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) Appeals and Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
<b>MEDICARE 網站</b>	您可以向 Medicare 直接提交有關針對我們計畫的投訴。如需向 Medicare 提交線上投訴，請造訪 <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> 。

### 當您要求與您 D 部分處方藥相關的承保決定時如何與我們聯絡

承保決定是我們作出的關於您的福利與承保範圍，或關於我們會給付您處方藥的金額之決定。如需更多與要求您 D 部分處方藥承保決定相關的資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。

<b>D 部分處方藥的承保決定</b>	
<b>電話</b>	1-800-431-9007  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
<b>聽語障專線</b>	1-800-929-9955  本電話號碼需要特殊的電話設備，僅供聽力或言語障礙人士使用。  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
<b>傳真</b>	1-818-676-8086
<b>寫信</b>	Health Net of California Attn: Pharmacy

	P.O. Box 9103 Van Nuys, CA 91409-9103
<b>網站</b>	www.healthnet.com

### 當您要提出與您 **D** 部分處方藥相關的上訴時如何與我們聯絡

上訴是一個要求我們審查並改變我們作出的承保決定的正式途徑。如需更多提出與您 **D** 部分處方藥相關的上訴之資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。

<b>D 部分處方藥的上訴</b>	
<b>電話</b>	1-800-431-9007  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
<b>聽語障專線</b>	1-800-929-9955  本電話號碼需要特殊的電話設備，僅供聽力或言語障礙人士使用。  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
<b>傳真</b>	1-800-977-1959
<b>寫信</b>	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) Appeals and Grievance Department P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
<b>網站</b>	www.healthnet.com

### 當您要提出與您 **D** 部分處方藥相關的投訴時如何與我們聯絡

您可對我們或我們的網絡內的藥局提出投訴，包括與您的照護品質有關的投訴。這種投訴與承保或給付爭議無關。（如您對計畫承保或給付有疑問，應參閱上述與投訴有關之章節。）如需更多提出與您 **D** 部分處方藥相關的投訴之資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。

### **D 部分處方藥的投訴**

<b>電話</b>	1-800-431-9007  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
<b>聽語障專線</b>	1-800-929-9955  本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。
<b>傳真</b>	1-800-977-1959
<b>寫信</b>	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) Appeals and Grievance Department P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
<b>MEDICARE 網站</b>	您可以向 Medicare 直接提交有關針對我們計畫的投訴。如需向 Medicare 提交線上投訴，請造訪 <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> 。

若要求我們針對您已接受的醫療照護或藥品給付我們應分攤的費用，此要求應該寄到哪裡

如果您可能需要請求本計畫補償或支付醫療服務提供者寄給您的帳單，請參閱第 7 章（要求我們給付您所收到受保醫療服務或藥品帳單我們應分攤的費用）以獲得更多資訊。

**請注意：**如果您將給付要求寄給我們，而我們拒絕您要求的任何一部分，您都可以針對我們的決定進行上訴。如需更多資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。

<b>給付要求</b>	
<b>電話</b>	1-800-431-9007  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。

<p><b>聽語障專線</b></p>	<p>1-800-929-9955</p> <p>本電話號碼需要特殊的電話設備，僅供聽力或言語障礙人士使用。</p> <p>此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。</p>
<p><b>傳真</b></p>	<p><u>醫療理賠：</u></p> <p>1-800-793-4473（非緊急要求）</p> <p>1-800-672-2135（緊急要求）</p> <p><u>D 部分處方藥理賠：</u></p> <p>1-818-676-8086</p>
<p><b>寫信</b></p>	<p><u>醫療理賠：</u></p> <p>Health Net of California P.O. Box 14703 Lexington, KY 40512</p> <p><u>D 部分處方藥理賠：</u></p> <p>Health Net of California Attn:Pharmacy P.O. Box 9103 Van Nuys, CA 91409-9103</p>
<p><b>網站</b></p>	<p>www.healthnet.com</p>

## 第 2 節

### Medicare

（如何直接從聯邦 Medicare 方案取得協助和資訊）

Medicare 是專為年滿 65 歲或以上者、未滿 65 歲的某些殘疾者以及末期腎臟病患者（通常是需洗腎或腎臟移植的永久腎功能衰竭者）所提供的聯邦健康保險方案。

Medicare 的主管聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心（有時稱為「CMS」）。此機構與 Medicare Advantage 組織（包括我們）簽約。

<b>Medicare</b>	
<b>電話</b>	<p>1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227</p> <p>此為免付費電話。</p> <p>每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。</p>
<b>聽語障專線</b>	<p>1-877-486-2048</p> <p>本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。</p> <p>此為免付費電話。</p>
<b>網站</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a></p> <p>此網站是 Medicare 的政府官方網站，為您提供有關 Medicare 以及現有 Medicare 問題的最新資訊。此外，它也有關於醫院、看護中心、醫師、居家健康機構和洗腎機構的資訊。網站包括可以從您的電腦直接列印的手冊。您也可找到 Medicare 於您所在州的聯絡資訊。</p> <p>Medicare 網站也提供以下與 Medicare 資格及投保選擇方案有關的工具之詳情：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicare 資格工具</b>：提供 Medicare 資格狀態資訊。</li> <li>• <b>Medicare 計畫查詢工具</b>：提供在您所屬區域內，適用您個人的可用 Medicare 處方藥計畫、Medicare 健康計畫，以及 Medigap (Medicare 附加保險) 政策資訊。這些工具會提供您投保不同 Medicare 計畫的可能自費額的估算。</li> </ul> <p>您亦可利用該網站向 Medicare 提出您對本計畫的任何投訴。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>向 Medicare 提出您的投訴</b>：您可以向 Medicare 直接提交有關針對我們計畫的投訴。欲向 Medicare 提交投訴，請造訪 <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>。Medicare 會認真對待您的投訴並將利用該資訊來幫助改善 Medicare 計畫的品質。</li> </ul> <p>如果您沒有電腦，您當地圖書館或老人中心可能可以協助您使用其電腦瀏覽此網站。或者，您可致電聯絡 Medicare，告訴他們</p>

您要找哪些資訊。他們會在該網站查詢資訊，然後列印並寄給您。（您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障專線使用者請致電 1-877-486-2048。）

### 第 3 節 州健康保險協助方案 (免費的協助、資訊，以及回答您有關 Medicare 的疑問)

州健康保險協助方案 (SHIP) 是一項政府方案，在每一州都有受訓過的顧問。在加州，SHIP 稱為健康保險諮詢和促進方案 (HICAP)。

HICAP 為獨立方案（與任何保險公司或健康計畫沒有關聯）。這是州的方案，其經費來自聯邦政府，為投保 Medicare 的民眾免費提供本地健康保險諮詢。

HICAP 諮詢人員可提供您有關 Medicare 疑難的協助。他們能協助您瞭解您的 Medicare 權利、提出與您醫療照護或治療有關的投訴，並釐清與您 Medicare 帳單有關的問題。此外，HICAP 諮詢人員也能協助您瞭解您的 Medicare 計畫選擇，回答與轉換計畫相關的疑問。

健康保險諮詢和促進方案 (HICAP) (加州 SHIP)	
電話	1-800-434-0222
聽語障專線	1-800-735-2929 本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。
寫信	HICAP 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	<a href="http://www.cahealthadvocates.org/hicap">www.cahealthadvocates.org/hicap</a>

---

## 第 4 節 品質改善組織

(由 Medicare 支付費用，以檢查 Medicare 投保人取得的照護品質)

---

每一個州都有一個品質改善組織。在加州，品質改善組織稱為健康服務顧問團 (Health Services Advisory Group)。

健康服務顧問團 (Health Services Advisory Group) 擁有一組醫師和其他健康照護專業人員，其受僱於聯邦政府。Medicare 支付本組織費用，以檢查並改善 Medicare 投保人取得的照護品質。健康服務顧問團 (Health Services Advisory Group) 為一獨立組織。它與本計畫沒有關聯。

若有下列任何情況，您應聯絡健康服務顧問團：

- 您想要投訴您已接受的照護品質。
- 您認為您的住院承保期間太短。
- 您認為您的居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務承保太快結束。

健康服務顧問團 (加州品質改善組織)	
電話	1-866-800-8749
聽語障專線	1-800-881-5980
寫信	Health Services Advisory Group 700 N. Brand Blvd., Suite 370 Glendale, CA 91203
網站	<a href="http://www.hsag.com">www.hsag.com</a>

---

## 第 5 節 社會安全局

---

社會安全局負責判定 Medicare 的資格與處理投保事宜。年滿 65 歲或以上、或患有殘疾或未期腎臟病，並且符合某些條件的美國公民，均符合 Medicare 的資格。如果您已持續取得社會安全支票，您就會自動入保 Medicare。如果您並未取得社會安全支票，則須投保 Medicare。社會安全局處理 Medicare 的投保流程。若想申請 Medicare，您可致電社會安全局或前往您當地的社會安全局辦公室。

社會安全局也負責判定收入較高的人士是否應為 D 部分處方藥支付額外的金額。如果您從社會安全局收到信函通知您必須支付額外金額，或如果您對該金額有問題，或如果由於發生改變生活的事件而導致您的收入降低，則您可以致電社會安全局，要求其重新考慮。

<b>社會安全局</b>	
<b>電話</b>	1-800-772-1213  此為免付費電話。  服務時間為週一至週五，上午 7:00 至晚上 7:00。  每天 24 小時您皆可利用社會安全局自動電話服務，以聽取錄音資訊和處理部分業務。
<b>聽語障專線</b>	1-800-325-0778  本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽障或語障人士使用。  此為免付費電話。  服務時間為週一至週五，上午 7:00 至晚上 7:00。
<b>網站</b>	<a href="http://www.ssa.gov">http://www.ssa.gov</a>

## 第 6 節 **Medi-Cal (Medicaid)**

（提供某些收入和資源有限者醫療費用協助的聯邦和州政府聯合方案）

身為本計畫的會員，您有資格同時加入 Medicare 與 Medi-Cal (Medicaid)。Medi-Cal (Medicaid) 是提供某些收入和資源有限者醫療費用協助的聯邦和州政府聯合方案。

此外，Medi-Cal (Medicaid) 還提供其他方案，協助投保 Medicare 人士繳付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「Medicare 節省方案」能幫助收入和資源有限的人士節省每年的費用：

- **合格 Medicare 受益人 (QMB)**：幫助支付 Medicare A 部分與 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如自付額、共同保險金及共付額）。（有些有 QMB 資格的人士也



符合全面 Medicaid 福利 (QMB+) 資格。)

- **專門低收入 Medicare 受益人 (SLMB)**：幫助支付 B 部分保費。（有些有 SLMB 資格的人士也符合全面 Medicaid 福利 (SLMB+) 資格。）
- **合格個人 (QI)**：幫助支付 B 部分保費。
- **合資格的殘障人士與在業個人 (QDWI)**：幫助支付 A 部分保費。

如果您對 Medi-Cal (Medicaid) 可提供您的協助有任何問題，請致電健康照護服務部 (DHCS)。（DHCS 監管及監督加州的 Medi-Cal 方案。）您也可聯絡您所在郡的社會服務處，洽詢您的 Medi-Cal 投保資格、Medi-Cal 申請等問題，或與資格審查工作人員商談。您所在郡的社會服務處連絡資料列於本章第 9 節。

Health Net 與加州政府合作制訂 Health Net 社區解決方案、Health Net 的 Medi-Cal 管理式照護計畫，為居住在某些郡的 Medi-Cal 受益人提供 Health Net 為全體會員所提供的優質照護和服務。Health Net 社區解決方案樂意為會員提供以下福利：

- 由個人醫師來管理您的健康，並可為您協調轉介給專科醫師及其他方案
- 化驗與 X 光
- 疫苗接種
- 取得您所在地區的優質醫療服務提供者、藥局和醫院
- 健康教育方案
- 為英語不是母語的會員提供幫助的口譯員
- 處方藥、急診及緊急照護
- 眼科檢查及眼鏡
- 24 小時護士諮詢專線
- 某些郡的會員成人牙科福利

欲瞭解 Health Net 的 Medi-Cal 管理式照護計畫的詳情，或查看 Health Net 的 Medi-Cal 管理式照護計畫是否在您所在區域提供，請致電 Health Net Medi-Cal 會員服務部，電話號碼 **1-800-675-6110**（聽語障專線：**1-800-431-0964**），每天 24 小時，每週七天。此為免付費電話。

#### 健康照護服務部（加州 Medicaid 方案）

電話

免付費電話：1-800-541-5555

1-916-636-1980

聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Department of Health Care Services PO Box 997417 MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
網站	<a href="http://www.medi-cal.ca.gov">www.medi-cal.ca.gov</a>

Medi-Cal 管理式照護監察員辦事處協助投保 Medi-Cal 管理式照護計畫的會員解決服務或帳務問題。他們能幫助您向本計畫提出申訴或上訴。

如果您要取得「按服務收費」Medi-Cal (Medicaid)，請撥打電子資料系統客戶服務處，電話號碼 1-916-636-1980。

<b>Medi-Cal 管理式照護監察員辦事處</b>	
電話	1-888-452-8609
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	P.O. Box 997413  Sacramento, CA 95899
網站	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx">http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx</a>

各州長期照護監察員能幫助民眾取得護理之家相關資訊，以及解決護理之家與居留者或其家人之間的問題。

<b>各州長期照護監察方案</b>	
電話	州 CRISISline 專線：  1-800-231-4024  CRISISline 每天 24 小時，每週 7 天有專人接聽並轉接您的申訴。
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	聯絡您當地的長期照護監察員。您所屬郡的長期照護監察員辦事處的聯絡資訊如下所列。
網站	<a href="http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/">http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/</a>

### 您所屬郡的長期照護監察員

<b>Contra Costa 郡</b>	
電話	1-925-685-2070
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Ombudsman Services of Contra Costa  1601 Sutter Street, Suite A  Concord, CA 94520
網站	<a href="http://www.ccombudsman.org">www.ccombudsman.org</a>

<b>Fresno 郡</b>	
電話	<b>1-559-224-9154 或 1-800-541-8614</b>
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Valley Caregiver Resource Center  3845 North Clark Street, Suite 201  Fresno, CA 93726
網站	<a href="http://www.valleycrc.org">www.valleycrc.org</a>

<b>Kern 郡</b>	
電話	1-661-323-7884 或 1-888-292-4252，分機 1109
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Kern County Long-Term Care Ombudsman Program C/O Greater Bakersfield Legal Assistance, Inc.

	615 California Avenue
	Bakersfield, CA 93304
網站	gbla.org

<b>Los Angeles 郡</b>	
電話	1-310-393-3618 或 1-800-334-9473
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	WISE & Healthy Aging Headquarters 1527 4th St., 2nd Floor Santa Monica, CA 90401
網站	www.wiseandhealthyaging.org

<b>Orange 郡</b>	
電話	1-714-479-0107
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Council on Aging—Orange County  1971 E. 4th Street, Suite 200  Santa Ana, CA 92705–3917
網站	www.coaoc.org

<b>Riverside 郡</b>	
電話	1-951-686-4402
聽語障專線	711 (全國轉接服務)

寫信	Community Connect  2060 University Avenue, Suite 212 Riverside, CA 92507
網站	<a href="http://www.connectriverside.org">www.connectriverside.org</a>

<b>Sacramento 郡</b>	
電話	1-530-823-8422
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Ombudsman Services of Northern California  3950 Industrial Boulevard  West Sacramento, CA 95691
網站	<a href="http://www.osnc.net/">http://www.osnc.net/</a>

<b>San Bernardino 郡</b>	
電話	舉報專線： 1-866-229-0284  行政辦公室： 1-909-891-3928  Victorville： 1-760-843-5116  Rancho Cucamonga： 1-909-948-6217  Joshua Tree/Yucca Valley: 1-760-228-5387
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Administrative Office 686 E. Mill Street San Bernardino, Ca 92415-0640

	<p>Victorville Office 17270 Bear Valley Road, Suite 108 Victorville, Ca 92392</p> <p>Rancho Cucamonga Office 9445 Fairway View Place, Suite 110 Rancho Cucamonga, CA 92730</p> <p>Joshua Tree/Yucca Valley Office 56357 Pima Trail Yucca Valley, CA 92284</p>
網站	<a href="http://hss.sbcounty.gov">hss.sbcounty.gov</a>

<b>San Diego 郡</b>	
電話	1-800-640-4661 or 1-858-560-2507
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	San Diego Long-Term Care Ombudsman Program  5560 Overland Avenue, #310  San Diego, CA 92123
網站	<a href="http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/">www.sdcounty.ca.gov/hhsa/</a>

<b>San Francisco 郡</b>	
電話	1-415-751-9788
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Family Service Agency of San Francisco

	San Francisco Long-Term Care Ombudsman Program
	6621 Geary Street, 3 <sup>rd</sup> Floor San Francisco, CA 94121
網站	<a href="http://www.fsasf.org/">http://www.fsasf.org/</a>

<b>Stanislaus 郡</b>	
電話	<b>1-209-529-3784</b>
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Stanislaus Long-Term Care Ombudsman Program - Catholic Charities  400 12th Street, Suite 4  Modesto, CA 95354
網站	<a href="http://ccstockton.org/main/stanislaus/">http://ccstockton.org/main/stanislaus/</a>

## 第 7 節 處方藥協助付費方案的相關資訊

### Medicare 的「額外協助」方案

多數會員都具備及已獲得 Medicare 「額外協助」，幫助他們支付處方藥計畫之費用。

Medicare 提供額外協助，為收入與資源有限者繳納處方藥費用。資源包括您的儲蓄和股票，但不包括房子和車子。合格人士就會獲得繳納任何 Medicare 藥品計畫的月保費、年度自付額和處方共付額的協助。此額外協助也會計入您的自費額中。

收入和資源有限者可能有資格取得額外協助。某些人會自動符合額外協助的資格且不需申請。Medicare 會郵寄信函通知自動符合額外協助資格者。

如果您對額外協助有疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

- 社會安全局辦公室，電話號碼 1-800-772-1213。服務時間為週一至週五，上午 7:00 至晚上 7:00。聽語障人士請撥打 1-800-325-0778；或
- 您的州 Medicaid 辦公室。（聯絡資訊請參閱本章第 6 節）

如果您認為自己已經符合額外協助的資格，且您認為在藥局取得處方藥時支付的分攤費用金額不正確，本計畫已經制定一套流程，可讓您要求協助以取得適當共付額層級的證明，或如果您已有證明，可利用此流程提供此證明給我們。

- 請利用本手冊封底的電話號碼聯絡會員服務部，告訴服務代表您認為自己符合額外協助的資格（最佳可用證明）。您可能需要提供下列文件種類之一：
  - 一份 Medi-Cal (Medicaid) 卡影本，必須包括您的姓名以及在前一個曆年六月之後一個月當中的資格日期；
  - 一份州政府文件副本，確認您在前一個曆年六月之後一個月當中的 Medi-Cal (Medicaid) 有效狀態；
  - 一份州政府電子版投保檔案列印，顯示您在前一個曆年六月之後一個月當中的 Medi-Cal (Medicaid) 狀態；
  - 一份州政府 Medi-Cal (Medicaid) 系統的螢幕畫面列印，顯示您在前一個曆年六月之後一個月當中的 Medi-Cal (Medicaid) 狀態；
  - 由州政府提供的其他文件，顯示您在前一個曆年六月之後一個月當中的 Medi-Cal (Medicaid) 狀態；或
  - 如果您被認為不符合資格，但您申請了 LIS 且經確認符合 LIS 資格，請提供一份社會安全局寄給您的裁定信函副本。
  - 社會安全補助金 (SSI) 裁定通知 (Notice of Award)，顯示有您每年 Medicaid 狀態的有效日期。

如果您住進任何機構且認為您符合零分攤費用資格，請致電本手冊封底的號碼聯絡會員服務部，告訴服務代表您認為自己符合額外協助的資格。您可能需要提供下列文件種類之一：

- 一份該機構的匯款單，顯示 Medi-Cal (Medicaid) 在前一個曆年六月之後一個月當中代表您支付一個完整曆月的款項；
- 一份州政府文件副本，確認 Medi-Cal (Medicaid) 在前一個曆年六月之後代表您支付一個完整曆月的款項給該機構；或
- 一份州政府 Medi-Cal (Medicaid) 系統的螢幕畫面列印，以證明您的住院狀態。該列印顯示您在前一個曆年六月之後一個月當中至少一個完整曆月住在機構中，以取得 Medi-Cal (Medicaid) 付款。

如果您無法提供上述文件，且認為您可能符合額外協助的資格，請致電本手冊封底的號碼聯絡會員服務部，服務代表將會提供您協助。



- 我們收到顯示您共付額層級的證明時就會更新我們的系統，以便您下一次到藥局領取處方藥時能夠支付正確的共付額。如果您超額支付共付額，我們會補償您。我們會寄給您超額支付的共付額金額支票，或者抵銷未來的共付額。如果藥局還未向您收取共付額，且記載您尚積欠共付額，我們可能直接付款給藥局。如果州政府代表您支付，我們可能直接付款給州政府。如果您有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

## Medicare 承保缺口折扣方案

我們多數會員都已獲得 Medicare 「額外協助」，幫助他們支付處方藥計畫之費用。如果您已獲得「額外協助」，則不適用 Medicare 承保缺口折扣方案。不過，您在承保缺口期間，可透過額外協助方案獲得處方藥之承保。

Medicare 承保缺口折扣方案將為達到承保缺口且尚未接受「額外協助」的 D 部分計畫參加者提供品牌藥品的藥廠折扣。針對同意支付折扣的藥廠品牌藥品給予議定價格（不含配藥費用及疫苗施打費用，如有）50% 的折扣。本計畫為您的品牌藥支付額外 2.5%，您支付剩餘的 47.5%。

如果您已到達承保缺口，當您的藥局給您處方藥的帳單時，我們將自動計入折扣，您的福利說明 (EOB) 也會顯示所提供的折扣。您本身所付金額與藥廠提供的折扣金額仍算作您的自費額，如同是您已支付這筆金額，使您通過承保缺口階段。

您亦可接受一些普通藥品的承保。如果您已到達承保缺口，本計畫將會支付普通藥品價格 21% 的金額，其餘 79% 的價格金額則由您支付。普通藥品承保的運作有別於品牌藥品。在普通藥品方面，計畫給付的金額 (21%) 不計入您的自費額。只有您支付的金額才會被記入，使您通過承保缺口階段。此外，配藥費用也被納入藥物費用之一部分。

若您對於所服藥品是否提供折扣或 Medicare 承保缺口折扣方案存有一般性疑問，請聯絡會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

**如果您獲得 Medicare 的額外協助，幫您支付了處方藥品費用，那又如何？您還可以獲得折扣嗎？**

我們多數會員都已獲得 Medicare 「額外協助」，幫助他們支付處方藥計畫之費用。如果您已獲得「額外協助」，則不適用 Medicare 承保缺口折扣方案。如果您取得了額外協助，則在承保缺口期間，您的處方藥便已獲得承保。

**如果您沒有獲得折扣，但您認為應該享有，那該怎麼辦？**

如果您認為您已到達承保缺口，且在您支付品牌藥時未享有折扣，那麼您應該檢視您下次的福利說明 (EOB) 通知。如果福利說明上未顯示折扣，您應該跟我們聯絡，確認您的處方紀錄是否正確無誤及保持更新。如果我們不同意您享有折扣，您可以提出上訴。您可從

您的州健康保險協助方案 (SHIP) 取得上訴的協助（電話號碼列於本章第 3 節），或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時。聽語障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

## 第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休管理局

鐵路職工退休管理委員會是一獨立的聯邦機構，負責管理美國鐵路勞工與其家人的綜合福利方案。如果您對於鐵路職工退休管理委員會為您提供的福利存有疑問，請聯絡該機構。

鐵路職工退休管理委員會	
電話	1-877-772-5772  此為免付費電話。  服務時間為週一至週五，上午 9:00 至下午 3:30  如果您有按鍵式電話，可利用本專線每天 24 小時的錄音資訊和自動服務，包括週末和假日。
聽語障專線	1-312-751-4701  本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。  本專線不是免付費電話。
網站	<a href="http://www.rrb.gov">http://www.rrb.gov</a>

## 第 9 節 您可以向您所在郡的社會服務處或地區老年機構尋求協助

### 郡社會服務處

您可以聯絡您所在郡的社會服務處，洽詢您的 Medi-Cal (Medicaid) 投保資格、Medi-Cal 申請等問題，或與資格審查工作人員商談。

#### Contra Costa 郡

電話	<p>主要辦公室： 1-800-709-8348</p> <p>請撥打最近的辦公室。</p>
聽語障專線	711（全國轉接服務）
寫信	<p>主要辦公室：</p> <p>Employment and Human Service Department Aging &amp; Adult Services Bureau 40 Douglas Drive Martinez, CA 94553</p>
網站	<a href="http://www.co.contra-costa.ca.us/index.aspx?nid=1549">http://www.co.contra-costa.ca.us/index.aspx?nid=1549</a>

<b>Fresno 郡</b>	
電話	<p>1-559-600-1377</p> <p>To apply for Medi-Cal (Medicaid):</p> <p>1-559-600-4119</p> <p>Automated case information:</p> <p>1-559-600-1377 或 1-877-600-1377</p> <p>Senior Resource Center:</p> <p>1-559-600-5490</p>
聽語障專線	711（全國轉接服務）
寫信	<p>Department of Social Services</p> <p>P.O. Box 1912</p> <p>Fresno, CA 93718-1912</p> <p>To apply for Medi-Cal:</p> <p>Heritage Center</p>

	3151 North Millbrook Fresno, CA, 93703  Aged, Blind & Disabled Medi-Cal: Senior Resource Center 2025 East Dakota, 4th Floor Fresno, CA 93726
網站	<a href="http://www.co.fresno.ca.us/DepartmentPage.aspx?id=6168">http://www.co.fresno.ca.us/DepartmentPage.aspx?id=6168</a>

<b>Kern 郡</b>	
電話	主要辦公室： 1-661-631-6807 請撥打最近的辦公室。
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	主要辦公室： Department of Human Services 100 E. California Avenue, Bakersfield, CA 93307
網站	<a href="http://www.co.kern.ca.us/dhs/CalWorksSafetyNet/medi_cal.html">www.co.kern.ca.us/dhs/CalWorksSafetyNet/medi_cal.html</a>

<b>Los Angeles 郡</b>	
電話	1-877-597-4777 請撥打最近的辦公室。
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Refer to the White Pages under COUNTY GOVERNMENT of your phone book for the nearest social services office.

網站	<a href="http://dpss.lacounty.gov">http://dpss.lacounty.gov</a>
----	---

<b>Orange 郡</b>	
電話	1-800-281-9799
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	<p>Aliso Viejo Regional Center</p> <p>115 Columbia</p> <p>Aliso Viejo, CA 92656</p> <p>Anaheim Regional Center</p> <p>3320 E. La Palma Avenue</p> <p>Anaheim, CA 92806</p> <p>Garden Grove Regional Center</p> <p>12912 Brookhurst Street</p> <p>Garden Grove, CA 92640</p> <p>Santa Ana Regional Center</p> <p>1928 S. Grand Avenue, Bldg. B</p> <p>Santa Ana, Ca 92705</p>
網站	<a href="http://egov.ocgov.com/ocgov/Social%20Services%20Agency">http://egov.ocgov.com/ocgov/Social%20Services%20Agency</a>

<b>Riverside 郡</b>	
電話	<p>主要辦公室： 1-951-358-3400</p> <p>請撥打最近的辦公室。</p>
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	<p>主要辦公室：</p> <p>Department of Public Social Services</p> <p>11060 Magnolia Avenue</p> <p>Riverside, CA 92505</p>
網站	<a href="http://dps.co.riverside.ca.us/MediCal.aspx#Top">http://dps.co.riverside.ca.us/MediCal.aspx#Top</a>

<b>Sacramento 郡</b>	
電話	<p>1-916-874-2215</p> <p>Voice-message application request line:</p> <p>1-916-874-2215</p>
聽語障專線	<p>1-916-874-2599</p> <p>本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。</p>
寫信	<p>Sacramento County Department of Human Assistance</p> <p>17225 28th Street</p> <p>Sacramento, CA 95816-9915</p>
網站	<a href="http://www.dhaweb.saccounty.net/">http://www.dhaweb.saccounty.net/</a>

<b>San Bernardino 郡</b>	
電話	<p>主要辦公室： 1-909-388-0245</p> <p>請撥打最近的辦公室。</p>
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	<p>主要辦公室：</p> <p>Human Services System</p> <p>Transitional Assistance Department</p> <p>150 S. Lena Road</p> <p>San Bernardino, CA 92415-0515</p>
網站	<a href="http://hss.co.san-bernardino.ca.us/HSS/tad/default.asp">http://hss.co.san-bernardino.ca.us/HSS/tad/default.asp</a>

<b>San Diego 郡</b>	
電話	<p>主要辦公室： 1-866-262-9881</p> <p>請撥打最近的辦公室。</p>
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	請撥打最近的社會服務處。
網站	<a href="http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html">http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html</a>

<b>San Francisco 郡</b>	
------------------------	--

電話	1-415-863-9892
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	San Francisco Medi-Cal Health Connection 1440 Harrison Street, San Francisco, CA 94120
網站	<a href="http://www.sfhsa.org/102.htm">http://www.sfhsa.org/102.htm</a>

<b>Stanislaus 郡</b>	
電話	1-209-558-2777  Medi-Cal (Medicaid) 客戶服務中心：  1-877-652-0734
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Community Services Agency  251 E. Hackett Road  Modesto, CA 95358
網站	<a href="http://www.stanworks.com/content.php?nav=medi-cal/medi-cal-contents.htm">http://www.stanworks.com/content.php?nav=medi-cal/medi-cal-contents.htm</a>

### 地區老年機構

您當地地區老年機構能夠提供您資訊並幫助協調老年人專屬之服務。

<b>Contra Costa 郡</b>	
電話	<b>1-925-335-8700</b>
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Contra Costa County Aging & Adult Services  40 Douglas Drive



	Martinez, CA 94553
網站	<a href="http://www.co.contra-costa.ca.us/index.aspx?NID=2533">http://www.co.contra-costa.ca.us/index.aspx?NID=2533</a>

<b>Fresno 郡</b>	
電話	1-800-510-2020 or 1-559-453-6494
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Fresno-Madera Area Agency on Aging 3845 North Clark, Suite 103 Fresno, CA 93726
網站	<a href="http://www.fmaa.org/">http://www.fmaa.org/</a>

<b>Kern 郡</b>	
電話	<b>1-661-868-1000</b>
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	<b>Kern County Aging &amp; Adult Services</b> <b>5357 Truxtun Avenue</b> <b>Bakersfield, CA 93309</b>
網站	<a href="http://www.co.kern.ca.us/aas/default.asp">http://www.co.kern.ca.us/aas/default.asp</a>

<b>Los Angeles City</b>
-------------------------

電話	1-213-252-4000
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	City of Los Angeles Department of Aging 3580 Wilshire Blvd., 3 <sup>rd</sup> Floor Los Angeles, CA 90010
網站	<a href="http://aging.lacity.org/">http://aging.lacity.org/</a>

<b>Los Angeles 郡</b>	
電話	1-213-738-2600
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Los Angeles County Community & Senior Services 3175 West 6 <sup>th</sup> Street, Room 302 Los Angeles, CA 90020
網站	<a href="http://css.lacounty.gov/">http://css.lacounty.gov/</a>

<b>Orange 郡</b>	
電話	<b>1-714-567-5000 或 1-800-510-2020</b>
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	<b>Office on Aging OC Community Services 1300 South Grand Avenue, Building B</b>

<b>Santa Ana, CA 92705</b>	
網站	<a href="http://www.officeonaging.ocgov.com">http://www.officeonaging.ocgov.com</a>

<b>Riverside 郡</b>	
電話	1-951-867-3800 或 1-800-510-2020
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Riverside County Office on Aging 6296 Rivercrest Drive, Suite K Riverside, CA 92507
網站	<a href="http://www.rcaging.org/opencms/index.html">http://www.rcaging.org/opencms/index.html</a>

<b>Sacramento 郡</b>	
電話	1-916-486-1876
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	Area 4 Agency on Aging 2260 Park Towne Circle, Suite 100 Sacramento, CA 95825
網站	<a href="http://www.a4aa.com/">http://www.a4aa.com/</a>

<b>San Bernardino 郡</b>	
電話	1-951-867-3800 或 1-800-510-2020

聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	San Bernardino County Aging & Adult Services  686 East Mill Street  San Bernardino, CA 92415
網站	<a href="http://hss.sbcounty.gov/daas/">http://hss.sbcounty.gov/daas/</a>

<b>San Diego 郡</b>	
電話	1-858-495-5885
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	<b>San Diego County Aging &amp; Independence Services</b>  <b>9335 Hazard Way, Suite 100</b>  <b>San Diego, CA 92123</b>
網站	<a href="http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/">http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/</a>

<b>San Francisco 郡</b>	
電話	1-415-355-6789
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	<b>City and County of San Francisco</b>  <b>Department of Aging &amp; Adult Services</b>  <b>1650 Mission Street, 5<sup>th</sup> Floor</b>  <b>San Francisco, CA 94103</b>
網站	<a href="http://www.sfgov.org/site/frame.asp?u=http://www.sfhsa.org/DAAS.htm">http://www.sfgov.org/site/frame.asp?u=http://www.sfhsa.org/DAAS.htm</a>

---

<b>Stanislaus 郡</b>	
電話	1-209-558-7825 或 1-800-510-2020
聽語障專線	711 (全國轉接服務)
寫信	<b>Stanislaus 郡</b> <b>Aging &amp; Veterans Services</b> 121 Downey Avenue, Suite 102 Modesto, CA 95354
網站	<a href="http://www.agingservices.info/">http://www.agingservices.info/</a>

## **第 3 章： 利用本計畫的醫療服務承保**

<b>第 1 節</b>	<b>本計畫會員取得醫療照護承保須知.....</b>	<b>51</b>
第 1.1 節	什麼是「網絡醫療服務提供者」和「受保服務」？ .....	51
第 1.2 節	取得本計畫承保之醫療照護的基本規則.....	51
<b>第 2 節</b>	<b>使用本計畫網絡內的醫療服務提供者來取得醫療照護 .....</b>	<b>52</b>
第 2.1 節	您必須選擇一位主治醫師 (PCP) 來提供並監督您的照護.....	52
第 2.2 節	在沒有您主治醫師事先核准的情況下， 您能取得哪些服務？ .....	54
第 2.3 節	如何從專科醫師和其他網絡醫療服務提供者取得照護.....	54
第 2.4 節	如何從網絡外醫療服務提供者取得照護.....	55
<b>第 3 節</b>	<b>當您有緊急情況或緊急照護需求時， 如何取得受保服務.....</b>	<b>56</b>
第 3.1 節	當您有醫療緊急情況時取得照護.....	56
第 3.2 節	當您有緊急照護需求時取得照護.....	57
<b>第 4 節</b>	<b>如果您直接收到您受保服務全額費用的帳單怎麼辦？ .....</b>	<b>58</b>
第 4.1 節	您可以要求本計畫支付您受保服務費用中我們該分攤的部分.....	58
第 4.2 節	如果服務不屬於本計畫承保範圍， 您該怎麼辦？ .....	58
<b>第 5 節</b>	<b>當您參加「臨床研究」時， 您如何取得醫療服務的承保？ .....</b>	<b>59</b>
第 5.1 節	什麼是「臨床研究」？ .....	59
第 5.2 節	當您參加臨床研究時， 由誰支付相關費用？ .....	59
<b>第 6 節</b>	<b>在「宗教性非醫療照護機構」取得照護承保的規則.....</b>	<b>61</b>
第 6.1 節	什麼是宗教性非醫療照護機構？ .....	61
第 6.2 節	宗教性非醫療健康照護機構提供的哪些照護由我們的計畫給付？ .....	61

---

<b>第 7 節</b>	<b>擁有耐用醫療器材之規則 .....</b>	<b>62</b>
第 7.1 節	依計畫繳付特定次數的款項之後，您就能擁有您的耐用醫療器材了嗎？ .....	62

## 第 1 節 本計畫會員取得醫療照護承保須知

本章告訴您關於使用本計畫取得醫療照護承保時所需要知道的事項。本章提供用語的定義，並說明您取得本計畫承保的醫療治療、服務及其他醫療照護時所需遵循的規則。

欲知本計畫承保哪些醫療照護，以及您接受該照護時需要分攤多少費用的詳情，請利用下一章—第 4 章—的福利表（福利表，承保範圍以及您支付的費用）。

### 第 1.1 節 什麼是「網絡醫療服務提供者」和「受保服務」？

以下是一些定義，能幫助您瞭解本計畫的會員如何取得受保照護和服務。

- 「**醫療服務提供者**」指由州政府核發執照以提供醫療服務和照護的醫師及其他健康照護專業人員。「醫療服務提供者」也包括醫院和其他健康照護機構。
- 「**網絡醫療服務提供者**」指與我們簽訂協議的醫師及其他健康照護專業人員、醫療團體、醫院和其他醫療照護機構；他們接受我們給付，並以計畫分攤費用作為全部給付金額。我們已經安排讓這些醫療服務提供者為本計畫的會員提供受保服務。我們網絡內的醫療服務提供者通常將提供您照護的帳單直接寄給我們。當您到某網絡醫療服務提供者處就診時，您通常只需要為受保服務支付您的分攤費用。
- 「**受保服務**」包括本計畫承保的所有醫療照護、健康照護服務、用品和器材。您的受保醫療照護服務列於第 4 章的福利表。

### 第 1.2 節 取得本計畫承保之醫療照護的基本規則

作為 Medicare 健保計畫，我們的計畫必須涵蓋所有原 Medicare 承保的服務，並須遵守原 Medicare 對這些服務的承保規定。

只要符合下列條件，本計畫一般都會承保您的醫療照護：

- 您所接受的照護包括在本計畫的福利表中（該表在本手冊第 4 章）。
- 您所接受的照護被認為是**醫療所必需**。「醫療所必需」係指預防、診斷或治療您醫療病況所需並符合可接受醫療執業標準的服務、用品或藥物。
- 您有一位**網絡主治醫師 (PCP)** 提供並監督您的照護。身為本計畫的會員，您必須選擇一位網絡主治醫師（如需更多資訊，請參閱本章第 2.1 節）。
  - 在大部分情況下，您必須取得本計畫或您的醫療團體的事先核准才能使用本計畫網絡內的其他醫療服務提供者，如專科醫師、醫院、專業護理機構或居家健康照護機構。這稱做為您「轉介」。如需更多資訊，請參閱本章第 2.3 節。



- 急診照護或緊急需求照護無須您的 PCP 轉介。還有其他種類不需要您的 PCP 事先核准也能取得的照護（如需更多有關資訊，請參閱本章第 2.2 節）。
- **您必須從網絡醫療服務提供者取得照護**（如需更多資訊，請參閱本章的第 2 節）。在大部分情況下，您從網絡外的醫療服務提供者（不屬於本計畫網絡的醫療服務提供者）取得的照護不屬於承保範圍。以下是三個例外：
  - 本計畫承保您從網絡外的醫療服務提供者取得的急診照護或緊急需求照護。如需更多資訊，瞭解急診或緊急需求照護的定義，請參閱本章第 3 節。
  - 如果您需要 Medicare 規定本計畫提供的醫療照護，而網絡醫療服務提供者無法提供該照護，您就可以從網絡外醫療服務提供者取得該照護。您需要首先取得事先授權（事先核准）。您必須取得本計畫或您的醫療團體的事先核准才能使用網絡外醫療服務提供者。在此情況下，我們將支付這些服務，如同您從網絡內醫療服務提供者處取得照護。有關取得使用網絡外醫生之核准的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
  - 當您暫時在本計畫的服務區域外，接受經 Medicare 認證的洗腎機構的洗腎服務。

---

## 第 2 節 使用本計畫網絡內的醫療服務提供者來取得醫療照護

---

第 2.1 節 您必須選擇一位主治醫師 (PCP) 來提供並監督您的照護
--------------------------------------

什麼是「主治醫師」？主治醫師能為您做什麼？

成為本計畫會員時，您必須選擇一位計畫醫療服務提供者擔任您的 PCP。您的 PCP 指符合州政府規定且受過訓練能為您提供基本醫療照護的健康照護專業人員。提供基本層級照護的醫療服務提供者即可擔任您的 PCP。其中包括提供一般和／或家庭醫療照護的醫師、提供內科醫療照護的內科醫師以及提供婦女照護的婦科醫師。提供基本層級健康照護的執業護士 (NP)，也就是接受過特殊訓練且取得州政府執照的註冊護士，也可擔任您的 PCP。

您可以由您的 PCP 提供例行或基本照護。您的主治醫師也會協助安排或協調您以本計畫會員身分取得其他受保服務。其中包括：

- X 光、
- 化驗、
- 療法、
- 專科醫師的照護、

- 住院，以及
- 追蹤照護。

「協調」您的受保服務，包括與其他計畫醫療服務提供者確認或諮詢您的照護內容及照護情況。如果您需要某些類型的受保服務或用品，必須事先取得您的 PCP 的核准（例如為您轉介專科醫師看診）。針對特定服務，您的 PCP 需要取得本公司的事先授權（事先核准）。如果您需要的服務必須要有事先授權，您的 PCP 就必須取得本計畫或您醫療團體的授權。由於 PCP 會提供並協調您的醫療照護，您必須將過去所有的病歷寄給您 PCP 的診所。

如上述說明，當您有例行的健康照護需求時，其中大多數通常會先由您的 PCP 看診。當 PCP 認為您需要專科治療時，醫師必須將您轉介（事先核准）給計畫的專科醫師或某些其他醫療服務提供者。只有一些類型的受保服務您不需先取得您的 PCP 核准就可自行就醫，說明如下。如需更多資訊請參閱本章第 2.2 及 2.3 節。

### 您如何選擇主治醫師？

投保本計畫時，您會從我們的網絡選擇一個簽約醫療團體。您還必須從此簽約醫療團體中選擇一位 PCP。您所選擇的 PCP 必須是屬於距離您生活或工作地點 30 英里或 30 分鐘路程的醫療團體。醫療團體（及其關係 PCP 和醫院）可於醫療服務提供者名錄上查詢，或上我們的網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 查詢。如需確認醫療服務提供者是否提供服務，或想詢問特定 PCP 的資訊，請利用本手冊封底的電話號碼與會員服務部聯絡。

每個醫療團體和 PCP 向特定的計畫專科醫師進行轉介，並使用其網絡內的特定的醫院。如果您想使用特定的計畫專科醫師或醫院，請先確認該專科醫師和醫院是否屬於該醫療團體和 PCP 的網絡。您的會員卡印有您 PCP 的姓名與診所電話號碼。

如果您未選擇一個醫療團體或 PCP，或如果您選擇的醫療團體和 PCP 不屬於本計畫，我們將自動為您在家附近指定一個醫療團體和 PCP。

如需瞭解如何更換 PCP 的資訊，請參閱以下的「更換您的主治醫師」部分。

### 更換您的主治醫師

您可以基於任何理由、在任何時候更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能離開本計畫的醫療服務提供者網絡，此時您就必須尋找新的 PCP。

您的申請將於本計畫收到您申請當日的次月 1 號生效。如欲更換您的 PCP，請致電會員服務部，或瀏覽本計畫網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)，提出申請。

當您聯絡我們時，務必告訴我們您是否會看專科醫師或取得需要您 PCP 核准的其他受保服務（例如居家健康照護及耐用醫療器材）。會員服務部會讓您瞭解您在更換 PCP 時如何繼續取得專科照護及其他您正接受的服務。他們也會核實您要轉換至的 PCP 有接受新病患者。會員服務部會變更您的會籍紀錄以顯示您的新 PCP 姓名，並且告訴您變更新 PCP 會於何時生效。

他們也會寄給您新的會員卡，上面列示您新 PCP 的姓名及電話號碼。

### 第 2.2 節 在沒有您主治醫師事先核准的情況下，您能取得哪些服務？

在沒有您 PCP 事先核准的情況下，您能取得下列服務。

- 例行婦女健康照護，包括乳房檢查、乳房 X 光攝影篩檢（乳房 X 光）、子宮頸抹片檢查及骨盆檢查，不過您必須從網絡醫療服務提供者取得以上服務。
- 流感疫苗注射及肺炎疫苗接種，不過您必須從網絡醫療服務提供者取得以上服務。
- 網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者的急診服務。
- 網絡內醫療服務提供者的緊急需求照護，或當暫時無法使用或聯絡不上網絡醫療服務提供者時（例如您暫時在計畫服務區域外時），網絡外醫療服務提供者的緊急需求照護。
- 當您暫時在本計畫的服務區域外，接受經 Medicare 認證的洗腎機構的洗腎服務。（如果可能，請在離開服務區域前請先致電會員服務部，這樣，我們可以協助安排讓您在服務區域外時繼續洗腎。會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

### 第 2.3 節 如何從專科醫師和其他網絡醫療服務提供者取得照護

專科醫師指提供特定疾病或身體部位的健康照護服務的醫師。專科醫師有許多種。以下是幾個例子：

- 腫瘤科醫師，照護癌症病患者。
- 心臟科醫師，照護有心臟病況的患者。
- 骨科醫師，照護有某些骨頭、關節或肌肉病況的患者。

您通常需要先取得 PCP 的核准才能看專科醫師（這稱為取得專科醫師「轉介」）。重要的是，在接受計畫的專科醫師或某些其他醫療服務提供者看診之前，務必取得您 PCP 的轉介證明（事先核准）（這會有些例外，其中包括在第 2.2 節說明的例行婦女健康照護）。如果沒有轉介證明（事先核准）就先接受專科醫師的服務，您可能需要自行負擔這些服務的費用。

如果專科醫師要您回診接受更多照護，請先確認您 PCP 提供的初診轉介證明（事先核准）涵蓋多次專科醫師看診。

每個醫療團體和 PCP 向特定的計畫專科醫師進行轉介，並使用其網絡內的特定的醫院。這意味著您選擇的醫療團體和 PCP 可決定您可以使用哪些專科醫生和醫院。如果您想使用特定的專科醫師或醫院，請查明您的醫療團體或 PCP 是否使用這些專科醫師或醫院。如果您目前的 PCP 不能為您轉介至想看的計畫專科醫師或醫院，通常您可以隨時變更 PCP。第 2.1 節的「更換您的主治醫師」部分，告訴您如何變更 PCP。

某些類型的服務可能必須事先取得本計畫或您醫療團體的核准（這稱為取得「事先授權」）。事先授權係指在接受特定服務之前取得核准的一個過程。如果您需要的服務必須要有事先授權，您的 PCP 或其他網絡內醫療服務提供者就必須取得本計畫或您醫療團體的授權。申請必須接受審查並將決定（組織判定）告知您和您的醫療服務提供者。須有事先授權的特定服務請參見本手冊第 4 章第 2.1 節的福利表。

### 如果專科醫師或其他網絡醫療服務提供者退出本計畫怎麼辦？

有時您所使用的專科醫師、診所、醫院或其他網絡醫療服務提供者可能退出本計畫。如果您固定就診的醫療服務提供者發生這類情況，我們將盡善意的努力在醫療服務提供者終止生效日期至少 30 個日曆日前通知您。如果在終止生效日期後，您仍接受該醫療服務提供者看診，則您可能必須自行支付服務費用。如果您決定轉換到其他網絡醫療服務提供者，會員服務部可以協助您尋找並選擇醫療服務提供者。電話號碼列於本手冊封底。

目前正在接受治療、到專科醫生處看診、接受居家健康照護、居家輸液或使用耐用醫療器材，並需要協助轉換至新的醫療服務提供者接受照護的會員，請聯絡會員服務部，電話號碼參見本手冊封底。

## 第 2.4 節 如何從網絡外醫療服務提供者取得照護

如果您需要特定類型的服務但本計畫網絡內不提供，則您必須先取得事先授權（事先核准）。您的 PCP 會向本計畫或您的醫療團體提出事先授權申請。

您在使用網絡外醫療服務提供者或接受網絡外服務之前，請務必取得核准（急診與緊急需求照護例外，參見以下第 3 節的說明）。如果您沒有事先取得核准，則您可能要自行支付服務費用。

網絡外急救與緊急需求照護承保之資訊請參閱以下第 3 節。

## 第 3 節 當您有緊急情況或緊急照護需求時，如何取得受保服務

### 第 3.1 節 當您有醫療緊急情況時取得照護

什麼是「醫療緊急情況」？您有這樣的情況時該做什麼？

「醫療緊急情況」係指當您或其他具備一般健康醫療知識之審慎非專業人士，認定您的醫療病況必須立即接受醫療關切，才能避免喪失生命、四肢或四肢功能的狀況。醫療緊急情況包括疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病況。

如果您有醫療緊急情況時：

- **儘快取得協助。**撥打 911 求救或前往最近的急診室或醫院。如有需要可致電要求救護車。您不需要事先得到您 PCP 的核准或轉介。
- **務必儘快告知本計畫您的緊急情況。**我們需要追蹤您的急診照護情況。您或其他人應該致電告訴我們您的急診照護情況，通常需在 48 小時內告知。電話號碼請參閱本手冊封底。該電話號碼也列於您的會員卡上。

如果您有醫療緊急情況，哪些服務屬於承保範圍？

只要有需求，您隨時可在美國或其屬地的任何地方取得受保急診醫療照護。倘若不用救護車服務送您到急診室可能危及您的健康，本計畫也承保救護車服務。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章的福利表。

您在美國境外也可以取得受保急診醫療照護。此項給付上限為 \$50,000。倘若不用救護服務送您到急診室可能危及您的健康，本計畫也承保救護服務。您在美國境外購買的處方藥不屬於承保範圍。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章的福利表，或致電會員服務部，電話號碼列印於本手冊封底。

如果您有緊急情況，我們會和提供您急診照護的醫師討論，以協助管理及追蹤您的照護。提供您急診照護的醫師將判定您的病況何時穩定，以及醫療緊急情況何時結束。

緊急情況結束之後，您有權接受追蹤照護，以確保您的病況持續穩定。您的追蹤照護屬於本計畫的承保範圍。如果您的急診照護是由網絡外醫療服務提供者提供，只要您的醫療病況及情況許可，我們會安排由網絡醫療服務提供者儘快接手您的照護。

## 如果不是醫療緊急情況時怎麼辦？

有時很難判斷您是否有醫療緊急情況。例如，您可能認為自己的健康處於嚴重危險而要求急診照護，但醫師可能表示這根本不是醫療緊急情況。如果最後認定這不是緊急情況，只要您是合理地認為您的健康處於嚴重危險，我們將承保您接受的照護。

但是，在醫師指出這不是緊急情況之後，我們只在您用以下兩種方式之一取得額外照護時，才承保您的額外照護。

- 您從網絡醫療服務提供者取得額外照護。
- 一或一您接受的額外照護被認為是「緊急需求照護」，且您遵循取得此緊急照護的規則（如需更多相關資訊，請參閱以下第 3.2 節）。

### 第 3.2 節 當您有緊急照護需求時取得照護

#### 什麼是「緊急需求照護」？

「緊急需求照護」是對非緊急之意外疾病、傷害或病症所提供的立即醫療照護。緊急需求照護可由網絡醫療服務提供者提供，或當網絡醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，可由網絡外醫療服務提供者提供。意外病症舉例包括您所患已知病症之意外復發。

#### 如果您有緊急照護需求時人在計畫服務區域內怎麼辦？

在大部分情況下，如果您在計畫服務區域內，則僅當您從網絡醫療服務提供者處取得照護，且遵循本章前述其他規則的情況下，我們才會承保您的緊急需求照護。然而，如果因情況特別或異常，且網絡醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，我們就會承保您從網絡外醫療服務提供者取得的緊急需求照護。

#### 立即需要醫療照護時您怎麼辦

遭遇嚴重緊急狀況：請撥「911」或前往最近的醫院。

如果您的情況不是那麼嚴重：致電您的 PCP 或醫療團隊，如果您無法給他們致電或如果您立即需要醫療照護，請前往最近的醫療中心、緊急照護中心或醫院。

如果您不確定是否存在緊急醫療狀況，您可以致電您的醫療團體或 PCP 尋求幫助。

您的醫療團體每週七天，每天 24 小時提供服務，如果您認為有必要立即獲得醫療照護時，可隨時打電話詢問。他們會評估您的狀況，並指引您應該到什麼地方接受所需的照護。

如果您不確定是否為急診狀況或需要緊急照護，請致電 Decision Power<sup>®</sup> 免費電話 1-800-893-5597，聯絡臨床醫師（聽語障專線：1-800-276-3821）每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。該電話號碼也列於您的會員 ID 卡上。作為 Health Net 的會員，您可以取得檢傷分類或篩檢服務，每週 7 天，每天 24 小時均提供服務。

### 如果您有緊急照護需求時人在計畫服務區域外怎麼辦？

當您在服務區域外且無法從網絡醫療服務提供者取得照護時，本計畫將承保您從任何醫療服務提供者取得的緊急需求照護。

在美國以外接受的緊急需求照護可以視為急診而享受全球承保福利。如需更多資訊，請參閱本手冊第 4 章的福利表。

## 第 4 節 如果您直接收到您受保服務全額費用的帳單怎麼辦？

### 第 4.1 節 您可以要求本計畫支付您受保服務費用中我們該分攤的部分

如果您支付的受保服務費用超過您應分攤的金額，或是您收到受保醫療服務全額費用的帳單，請參閱第 7 章（*要求我們給付您所收到受保醫療服務或藥品帳單我們應分攤的費用*）有關您該做什麼的資訊。

### 第 4.2 節 如果服務不屬於本計畫承保範圍，您該怎麼辦？

本計畫承保所有醫療所必需、本計畫福利表上有載列（本表位於本手冊第 4 章）且按照計畫規則取得的醫療服務。您須負擔不在本計畫承保範圍內服務的全額費用，因為這些服務不是計畫的受保服務，或者是在未經授權的情況下於網絡外取得。如果本計畫不承保該項服務，則在支付服務費用之前，您應該先查看 Medi-Cal (Medicaid) 是否有承保。您可聯絡您當地的社會服務處（電話號碼列在本手冊第 2 章第 9 節）或您的 Medi-Cal 管理式照護計畫（如您有投保），查詢 Medi-Cal 承保福利之資訊。

如果您對於本計畫是否給付您正在考慮的醫療服務或照護有任何疑問，您有權在取得前詢問我們該服務或照護是否屬於本計畫承保範圍。如果我們指出您的服務不屬於本計畫承保範圍，您有權對我們不承保您的照護的決定提出上訴。

第 9 章（*如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦*）有更多關於您想要我們做出承保決定，或想對我們已做出的決定提出上訴時該怎麼辦的資訊。您也可以致電會員服務部，進一步瞭解該怎麼做（電話號碼請參閱本手冊封底。）

若是有福利限制的受保服務，一旦您用盡了某類型受保服務的福利，之後您就需要支付任何該類型服務的全額費用。一旦達到福利限制，您支付費用的金額將不會計入自費額上限。若想知道您已使用多少福利限制，您可以致電會員服務部。

## 第 5 節 當您參加「臨床研究」時，您如何取得醫療服務的承保？

### 第 5.1 節 什麼是「臨床研究」？

臨床研究（也稱為「臨床試驗」）是一種讓醫師和科學家試驗新醫療照護類型（例如，癌症新藥的成效）的方法。他們藉由徵求自願者協助其研究以試驗新的醫療照護程序或藥品。此種研究是研發流程的最後階段之一，可幫助醫師和科學家瞭解新方法是否有成效以及是否安全。

並非所有的臨床研究都開放給本計畫的會員。Medicare 首先需要核准該研究。如果您參與的研究未經 Medicare 核准，您須負擔參加該研究的所有費用。

一旦 Medicare 核准研究，該研究的工作人員就會與您聯絡，向您做更多的說明，並瞭解您是否符合負責研究的科學家所訂立的要求。只要您符合該研究的要求，且您完全瞭解並接受您若參與研究可能發生的情況，您就能參與該研究。

您若參與 Medicare 核准的研究，原 Medicare 將支付您在研究中所接受之受保服務的大部分費用。當您參與臨床研究時，您仍可以繼續投保本計畫，並繼續透過本計畫取得您其餘的照護（與研究無關的照護）。

如果您想要參與 Medicare 核准的臨床試驗，您不需要經過我們或您 PCP 核准。在臨床研究中提供您照護的醫療服務提供者不需要是本計畫醫療服務提供者網絡的一員。

雖然您參與臨床研究不需要取得本計畫的許可，但您必須在開始參加臨床研究前通知我們。以下是您需要告訴我們的理由：

1. 我們能讓您知道該臨床研究是否經 Medicare 核准。
2. 我們能告訴您該臨床研究（而非本計畫）的醫療服務提供者能提供您哪些服務。

如果您打算參與臨床試驗，請致電會員服務部（電話號碼列印於本手冊封底）。Medi-Cal (Medicaid) 可能提供一些臨床研究的承保。如需更多資訊，請聯絡您當地的社會服務處（電話號碼列於本手冊第 2 章第 9 節）或您的 Medi-Cal 管理式照護計畫（如您有投保）。

### 第 5.2 節 當您參加臨床研究時，由誰支付相關費用？

一旦您加入 Medicare 核准的臨床研究，您在研究中取得的例行用品和服務都屬於承保範圍，包括：

- 住院期間的食宿（即便不是參加研究時 Medicare 也會給付）。



- 手術或其他醫療程序，如果這是研究的一部分。
- 新照護的副作用和併發症治療。

原 Medicare 給付您在研究中所接受之受保服務的大部分費用。Medicare 給付這些服務其應分攤的費用後，本計畫也會給付這些費用的一部分。我們將給付原 Medicare 的分攤費用與您身為本計畫會員應分攤費用之間的差額。這表示，如果您是透過本計畫而接受這些服務，那麼您將要支付您所受服務的等額金額。

*在此舉例說明費用分攤如何運作：假如您在研究當中的實驗室檢驗費用為 \$100。假設在原 Medicare 之下您要分攤的檢驗費用是 \$20，但在本計畫福利之下需支付 \$10。在此情況下，原 Medicare 會支付 \$80 的檢驗費用，我們會支付另外的 \$10。這表示您需支付 \$10，相當於在本計畫福利之下您所支付的金額。*

爲了讓我們支付我們應付的分攤費用，您必須提出給付申請。您還必須隨申請交付 Medicare 摘要通知副本或其他能夠證明您在研究中所接受之服務與您應繳納費用之文件。請參閱第 7 章，瞭解更多與提出給付申請有關的資訊。

當您正在參與某一臨床研究時，**Medicare 和本計畫皆不會給付以下費用：**

- 一般而言，Medicare 不會給付臨床研究正在試驗的新用品或服務，除非 Medicare 在您不參與研究的情況下仍會承保該用品或服務。
- 臨床研究免費給您或任何參加者的用品和服務。
- 用來收集資料，而非直接用於您健康照護的用品或服務。例如，如果您的病況通常只要求一次電腦斷層 (CT) 掃描，Medicare 就不會給付研究中進行的每月 CT 掃描。

**您還想獲得更多資訊嗎？**

您可以在 Medicare 網站 (<http://www.medicare.gov>) 上閱讀出版品《Medicare 與臨床研究》(「Medicare and Clinical Research Studies」)，獲取更多關於參加臨床研究的資訊。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。

Medi-Cal (Medicaid) 可能提供一些臨床研究的承保。如需更多資訊，請聯絡您當地的社會服務處（電話號碼列於本手冊第 2 章第 9 節）或您的 Medi-Cal 管理式照護計畫（如您有投保）。

## 第 6 節 在「宗教性非醫療照護機構」取得照護承保的規則

### 第 6.1 節 什麼是宗教性非醫療照護機構？

宗教性非醫療健康照護機構指為通常在醫院或專業護理機構接受治療的病況提供照護的機構。如果在醫院或專業護理機構接受照護違反會員的宗教信仰，我們會改在宗教性非醫療健康照護機構提供照護承保。無論理由為何，您隨時都可以選擇尋求醫療照護。此項福利僅限 A 部分的住院服務（非醫療健康照護服務）。Medicare 僅會給付由宗教性非醫療健康照護機構提供的非醫療健康照護服務。

Medi-Cal (Medicaid) 可能提供一些宗教性非醫療健康照護機構的承保。如需更多資訊，請聯絡您當地的社會服務處（電話號碼列於本手冊第 2 章第 9 節）或您的 Medi-Cal 管理式照護計畫（如您有投保）。

### 第 6.2 節 宗教性非醫療健康照護機構提供的哪些照護由我們的計畫給付？

若要從宗教性非醫療健康照護機構取得照護，您必須簽署一份法律文件，指出您誠心盡責地反對「非強制性」的醫療治療。

- 「非強制性」醫療照護或治療指出您自願，且聯邦、州或地方法律並未規定您必須接受的醫療照護或治療。
- 「強制性」醫療照護或治療指並非您自願，或是聯邦、州或地方法律規定您必須接受的醫療照護或治療。

如欲取得本計畫承保，您從宗教性非醫療健康照護機構取得的照護必須符合以下條件：

- 提供照護的機構必須經由 Medicare 認證。
- 本計畫對您所接受服務的承保僅限於非宗教性質的照護。
- 若您是在家中取得該機構提供的服務，本計畫只有在您的病況原本就符合由不是宗教性非醫療健康照護機構的居家健康照護機構所提供服務的承保條件時，才會承保這些服務。
- 若您在該機構的院所中取得服務，則以下條件適用：
  - 您的醫療病況必須足以讓您取得住院照護或專業護理機構照護的受保服務。
  - — 並且 — 您必須在入住該機構之前獲得本計畫的核准，否則住院將不屬於承保範圍。

住院照護承保限制適用。欲瞭解更多有關住院照護承保限制方面的資訊，請參閱本手冊第 4 章的福利表。

Medi-Cal (Medicaid) 可能提供一些宗教性非醫療健康照護機構的承保。如需更多資訊，請聯絡您當地的社會服務處（電話號碼列於本手冊第 2 章第 9 節）或您的 Medi-Cal 管理式照護計畫（如您有投保）。

## 第 7 節 擁有耐用醫療器材之規則

### 第 7.1 節 依計畫繳付特定次數的款項之後，您就能擁有您的耐用醫療器材了嗎？

耐用醫療器材包括醫療服務提供者訂購之氧氣設備和用品、輪椅、助行器和病床等居家使用的物品。特定物品，如義肢，歸屬投保人所有。在此章節中，我們將探討必須租用的其他種類的耐用醫療器材。

在原 Medicare 之下，租用特定種類的耐用醫療器材的人，只要支付物品共付額達 13 個月，即可擁有該項器材。

身為本計畫的會員，對於某些特定種類的耐用醫療器材，在您支付共付額達特定月份後，即可擁有該項器材。我們遵循 Medicare 關於擁有耐用醫療器材之規則。您在擁有原 Medicare 時支付耐用醫療器材項目的先前付款不會計入您作為本計畫會員的付款。如果您在身為本計畫會員時取得了耐用醫療設備器材物品之所有權，則醫療服務提供者會每六個月向您寄送維護費賬單。對於某些類型的耐用醫療器材，不論您身為本計畫的會員為該項器材付了多少共付額，通常還是無法擁有。請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底），查詢租賃或購買耐用醫療器材時您必須遵守的規定及必須提供的文件。

Medi-Cal (Medicaid) 可能提供一些照護耐用醫療器材的承保。如需更多資訊，請聯絡您當地的社會服務處（電話號碼列於本手冊第 2 章第 9 節）或您的 Medi-Cal 管理式照護計畫（如您有投保）。

### 如果您轉換至原 Medicare，那先前所支付的耐用醫療器材設備怎麼辦？

要是您在加入本計畫會員後轉投保原 Medicare：如果您在本計畫內尚未取得耐用醫療設備器材物品之所有權，那麼您投保原 Medicare 之後必須再重新連續繳交 13 期費用才能取得該物品的所有權。您先前在本計畫內所付的款項不計入重新連續繳交的 13 期款項內。

如果您在加入本計畫之前已經在原 Medicare 之下繳付過耐用醫療器材之款項，那麼先前在原 Medicare 所付的款項也不計入重新連續繳交的 13 期款項內。您將必須重新連續繳付 13 期費用，那麼原 Medicare 之下的物品才會歸您所有。當您回歸原 Medicare 時，謹依此辦理絕無特例。

## 第 4 章： 福利表（承保範圍以及您支付的費用）

<b>第 1 節</b>	<b>瞭解您受保服務的自費額 .....</b>	<b>64</b>
第 1.1 節	您可能要支付的受保服務自費額的類型 □ .....	64
第 1.2 節	您需為 Medicare A 部分和 B 部分承保的醫療服務支付的最高金額是 多少? .....	64
第 1.3 節	本計畫不允許醫療服務提供者向您收取「差額負擔」 .....	65
<b>第 2 節</b>	<b>利用福利表找出您的承保範圍以及您需支付多少費用 .....</b>	<b>65</b>
第 2.1 節	本計畫會員的醫療福利和費用 .....	65
<b>第 3 節</b>	<b>哪些福利不屬於本計畫的承保範圍? .....</b>	<b>137</b>
第 3.1 節	本計畫不承保的福利（排除項目） □ .....	137

## 第 1 節 瞭解您受保服務的自費額

本章著重於哪些服務是受保服務，以及您需為這些服務支付多少費用。本章包括福利表，其中列出您的受保服務，並顯示您身為本計畫會員需為各項受保服務支付多少金額。您可於本章後面找到非承保醫療服務的資訊。它還說明某些服務的限制。本承保範圍證明第 5 及 6 章提供您需為 D 部分處方藥福利支付多少金額的資訊，包括排除與限制項目。有其他福利的會員，可於本章找到進一步的排除項目。

### 第 1.1 節 您可能要支付的受保服務自費額的類型

如欲瞭解本章提供您的付費資訊，您就需要知道您可能需要為受保服務支付的自費額類型。

- 「共付額」指您每次接受醫療服務時支付的固定金額。您在取得醫療服務時支付共付額。（如需更多共付額詳細資訊，請參閱第 2 節的福利表。）
- 「共同保險金」指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您在取得醫療服務時支付共同保險金。（如需更多共同保險金詳細資訊，請參閱第 2 節的福利表。）

### 第 1.2 節 您需為 Medicare A 部分和 B 部分承保的醫療服務支付的最高金額是多少？

**備註：**由於我們的會員同時也獲得 Medi-Cal (Medicaid) 的協助，因此僅有少數成員會達到這個自費額上限。

因為您投保 Medicare Advantage 計畫，您每年需為 Medicare A 部分和 B 部分承保的醫療服務支付的自費額有其上限（請參閱以下第 2 節的福利表）。此一上限稱為醫療服務的最高自費額上限。

身為本計畫會員，您在 2013 年需為受保的 A 部分和 B 部分服務支付的自費額最高為 \$6,700。您為受保服務所支付的共付額和共同保險金，計入最高自費額上限。（您為計畫保費及您 D 部分處方藥所付的費用不計入您的最高自費額上限。）此外，您為某些服務所支付的金額也不計入您的最高自費額上限。這些服務在福利表中有標註星號。）若您達到最高自費額上限金額 \$6,700，在該年度剩餘期間就不再需要為承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何自費額。不過，您還是必須繼續繳納您的計畫保費和 Medicare B 部分的保費（除非您的 B 部分保費有 Medicaid 或其他第三方為您繳納）。

### 第 1.3 節 本計畫不允許醫療服務提供者向您收取「差額負擔」

身為計畫的會員，有一項您專屬的重要保護，那就是，當您接受本計畫受保之服務時，僅需支付計畫的分攤費用即可。我們不允許醫療服務提供者向您收取附加額外費用，稱為「差額負擔」。即便我們支付給醫療服務提供者的金額低於醫療服務提供者的服務收費，或因有糾紛致使我們未支付特定醫療服務提供者費用，此一保障（您支付的金額不得超過計畫的分攤費用）仍適用。

以下是保障的運作模式。

- 如果您的分攤費用就是共付額（固定金額，例如 \$15.00），則針對接受網絡內醫療服務提供者提供任何服務，您只需支付該筆金額即可。
- 如果您的費用分攤就是共同保險金（總費用之百分比），則您支付的金額絕對不可超過設定的百分比。然而，您的費用取決於您使用的是哪一類型的醫療服務提供者：
  - 如果是由網絡醫療服務提供者提供的受保服務，您要支付的費用就是共同保險金百分比乘以計畫的補償費率（依醫療服務提供者與計畫所簽合約來決定）。
  - 如果您獲取的是由加入 Medicare 的網絡外醫療服務提供者提供的受保服務，您要支付的費用就是共同保險金百分比乘以 Medicare 給予簽約醫療服務提供者之費率。（切記，只有在特定情況下，例如您取得轉介，計畫才承保網絡外醫療服務提供者所提供的服務。）
  - 如果您獲取的是由未加入 Medicare 的網絡外醫療服務提供者提供的受保服務，則您要支付的費用就是共同保險金金額乘以 Medicare 給付予未簽約醫療服務提供者之費率。（切記，只有在特定情況下，例如您取得轉介，計畫才承保網絡外醫療服務提供者所提供的服務。）

## 第 2 節 利用福利表找出您的承保範圍以及您需支付多少費用

### 第 2.1 節 本計畫會員的醫療福利和費用

以下幾頁的福利表列出本計畫承保的服務，以及您需為各項服務支付的自費額。福利表中所列的服務唯有在符合以下承保規定時才屬承保範圍：

- 您的 Medicare 承保服務必須依照 Medicare 制定的承保準則提供。
- 您的服務（包括醫療照護、服務、用品和器材）必須要是醫療所必需。「醫療所



必需」係指預防、診斷或治療您醫療病況所需並符合可接受醫療執業標準的服務、用品或藥物。

- 您從網絡醫療服務提供者取得照護。在大部分情況下，您從網絡外醫療服務提供者取得的照護不屬承保範圍。第 3 章提供更多關於使用網絡醫療服務提供者的規定，以及我們何時承保網絡外醫療服務提供者之服務的資訊。
- 您有一位主治醫師 (PCP) 提供並監督您的照護。在大部分情況下，您必須取得 PCP 事先核准才能接受本計畫網絡內其他醫療服務提供者看診。這稱做為您「轉介」。第 3 章提供更多關於取得轉介和您何時需要轉介的資訊。
- 有些列於福利表的服務只有在您的醫師或其他網絡醫療服務提供者取得本計畫的事先核准（有時稱為「事先授權」）時才屬承保範圍。在福利表中，需要事先核准的受保服務以斜體標示。
- 針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，同時接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。
- 有時，Medicare 會在年度當中增加原 Medicare 新服務承保。如果 Medicare 在 2013 年為任何服務添加承保，Medicare 或本計畫將給付這些服務。



本福利表預防服務項目旁邊標有該蘋果標誌。

## 福利表

為您承保的服務	您取得這些服務時必須支付的費用
<p> <b>腹主動脈瘤篩檢</b></p> <p>有風險者可進行一次超音波篩檢。只有您因「歡迎投保 Medicare」(Welcome to Medicare) 預防看診而獲得轉介時，本計畫才承保此篩檢。</p> <p>針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。</p>	<p><i>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</i></p> <p>每次 Medicare 承保的篩檢無共付額。</p>
<p><b>救護服務</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 受保救護服務包括以固定翼機、旋翼機及地面救護服務到最近可以提供適當照護的機構，不過提供這些服務必須是僅當會員的醫療病況禁止使用其他交通工具（或可能危及個人健康）或經本計畫授權。</li><li>● 如果根據記錄，會員的病況禁止使用其他交通工具（可能危及個人健康），且救護運輸有醫療必要性，即適用非急診救護運輸。</li></ul>	<p><i>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</i></p> <p>Medicare 承保的救護服務，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。每次單程載送支付共付額。</p> <p>單日趟次超過一次以上，每日只付一筆共付額。</p> <p><sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。</p>
<p> <b>年度保健看診</b></p> <p>如果您投保 B 部分超過 12 個月，即可接受年度保健看診，根據您</p>	<p>年度保健看診無共同保險金、共付額或自付額。</p>



## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

目前的健康與風險因子來規劃或更新個人化預防計畫。這項承保每 12 個月一次。

**備註：**您第一次年度保健看診必須距離「歡迎投保 Medicare」預防門診 12 個月以上。不過，要是您加入 B 部分超過 12 個月，就不需要先承保「歡迎投保 Medicare」門診才能接受年度保健看診。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

### 骨質密度測量

若是合格個人（通常指有骨質流失或骨質疏鬆風險者），以下服務每 24 個月一次屬於承保範圍，或若為醫療所必需時可更頻繁：查驗骨質密度、檢查骨質流失或確認骨頭品質的程序，包括醫師解讀結果。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

每次 Medicare 承保的檢查無共付額。

### 乳癌篩檢（乳房 X 光攝影）

受保服務包括：

- 年滿 35 歲至 39 歲者一次基本乳房 X 光攝影
- 年滿 40 歲或以上的女性每 12 個月一次乳房 X 光攝影篩檢
- 每 24 個月一次的臨床乳房檢查

Medicare 承保的乳癌篩檢無共付額。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

### 心臟復健服務

針對符合醫生轉介特定條件的會員，包含運動、教育和諮詢在內的心臟復健服務綜合方案也被納入承保範圍。本計畫亦承保密集心臟復健服務方案，此方案通常比心臟復健服務方案來得嚴謹或密集。

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

Medicare 承保的心臟復健服務，每次看診您須支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

### 減少心血管疾病風險門診（心血管疾病治療）

我們承保在您主治醫師處每年 1 次看診，以幫助降低您罹患心血管疾病的風險。在此次看診時，您的醫生可能會討論阿司匹林的使用（如適用），檢查您的血壓並給您一些健康飲食的提示。

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

每次 Medicare 承保的篩檢無共付額。


針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

### 心血管疾病檢測

檢查心血管疾病（或與心血管疾病風險增高有關的異常）的血液檢測，每 5 年（60 個月）一次。

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

Medicare 承保的篩檢檢測

為您承保的服務	您取得這些服務時必須支付的費用
<p>針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。</p>	<p>無共付額。</p>
<p> <b>子宮頸及陰道癌篩檢</b></p> <p>受保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 適用所有女性：每 24 個月一次的子宮頸抹片檢查及骨盆檢查</li><li>• 如果您是子宮頸癌的高風險者，或子宮頸抹片檢查結果異常且您是育齡婦女：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查</li></ul> <p>針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。</p>	<p>Medicare 承保的子宮頸抹片檢查和 Medicare 承保的骨盆檢查和 Medicare 承保的臨床乳房檢查無共付額。</p>
<p><b>整脊服務</b></p> <p>受保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 我們僅承保脊椎推拿以矯正半脫位</li></ul>	<p><i>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</i></p> <p>Medicare 承保的脊椎推拿，每次看診矯正半脫位您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。</p>

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

### 結腸直腸癌篩檢

若是年滿 50 歲及以上者，以下項目屬於承保範圍：

- 軟式乙狀結腸鏡檢查（或替代性鋇劑灌腸篩檢），每 48 個月一次
- 大便潛血檢測，每 12 個月一次

若是結腸直腸癌高風險者，本計畫承保：

- 結腸鏡篩檢（或替代性鋇劑灌腸篩檢），每 24 個月一次

若是非結腸直腸癌高風險者，本計畫承保：

- 結腸鏡篩檢，每 10 年（120 個月）一次，但不能在乙狀結腸鏡篩檢的 48 個月之內

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

Medicare 承保的篩檢無共付額。

## 牙科服務

一般來說，預防牙科服務（例如，洗牙、例行牙科檢查及牙科 x 光）均不屬於原 Medicare 承保範圍。Medicare 受保的牙科服務服務包括如下：

- 非受保以外之程序或服務、程序或服務，例如其他在 Medicare 承保之其他程序中，伴隨或合併由牙醫執行的拔牙。
- 為準備下顎腫瘤癌症疾病的放射線治療而進行的拔牙。
- 腎臟移植之前的牙科檢查。

我們承保：

- 預防牙科服務\*

以下服務可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

Medicare 承保的牙科服務，每次看診您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

欲獲得承保，以下預防牙科服務不需要取得事先授

為您承保的服務	您取得這些服務時必須支付的費用
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 綜合性牙科服務*</li> </ul> <p>*您為這些服務所支付的金額不計入您 \$6,700 的最高自費額上限。</p>	<p><i>權（事先核准）：</i> 您支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 每次口腔檢查 \$0</li> <li>- 每次洗牙 \$0，每歷年限最多 2 次</li> <li>- 每次塗氟治療 \$0, 每歷年僅限 2 次。</li> <li>- 牙齒 X 光 \$0</li> </ul> <p><i>以下服務可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外：</i></p> <p>另有其他綜合牙科福利。 *</p> <p>*例行（非 Medicare 承保）綜合牙科服務的共付額並不適用於前面第 1.2 節所述的最高自費額。</p> <p>如需更多資訊，請參閱本章後面的「其他福利資訊」。</p> <p>如需更多資訊，請參閱本表稍後的「額外福利資訊」。</p>

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

### 抑鬱症篩檢

我們承保每年 1 次抑鬱症篩檢。篩檢必須在可提供跟踪治療和轉介的主治醫師診室進行。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

Medicare 承保的抑鬱症篩檢無共付額。

### 糖尿病篩檢

我們承保此項篩檢（包括空腹血糖測試），只要您具備以下其中一項危險因子：高血壓、膽固醇與三酸甘油酯指數異常之病史（血脂異常）、肥胖，或是高血糖病史。如果您符合其他規定，例如體重過重及有糖尿病家族病史，檢驗也可納入承保範圍。

根據檢驗結果，您可能就會擁有每 12 個月最多兩次糖尿病篩檢的資格。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

Medicare 承保的糖尿病篩檢無共付額。

Medicare 承保的糖尿病風險者接受空腹血糖檢測無共付額。

### 糖尿病自我監控訓練、服務和用品

適用所有糖尿病患者（胰島素和非胰島素使用者）。受保服務包括：

- 監控血糖的用品：血糖監測器、血糖試紙、採血針裝置和採血針，以及檢查試紙和監測器是否準確的血糖質控液。
- 有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每曆年一雙訂製模壓治療鞋（包括這類鞋子隨附的鞋墊）及額外兩雙鞋墊，或一

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

Medicare 承保的糖尿病用品，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。

若是 Medicare 承保的罹

### 為您承保的服務

雙鞋身加深的鞋子和三雙鞋墊（不包括這類鞋子隨附的非訂製可拆卸鞋墊）。承保包括安裝。

- 糖尿病自我管理訓練在某些情況下屬於承保範圍。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

### 您取得這些服務時必須支付的費用

患嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者專用的治療鞋，您需按 Health Net 的簽約費率支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

承保的糖尿病自我管理訓練無共付額。

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

### 耐用醫療器材和相關用品

（「耐用醫療器材」的定義請參閱本手冊第 12 章。）

受保用品包括但不限於：輪椅、丁字拐杖、醫院病床、靜脈輸液幫浦、氧氣器材、噴霧器和助行器。

我們承保由原 Medicare 承保的所有醫療必要性耐用醫療器材。如果我們的供應商在您所在地區不提供特定品牌或廠家，您可以詢問他們是否可為您特別訂購。

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

若是 Medicare 承保的耐用醫療器材和相關用品，您需根據 Health Net 的簽約費率支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

### 急診照護

急診照護指符合以下條件的服務：

- 由有資格提供急診服務的醫療服務提供者所提供，並且

每次 Medicare 承保的急診室看診，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金



## 為您承保的服務

- 需要該服務以評估和穩定緊急醫療狀況。

「醫療緊急情況」係指當您或其他具備一般健康醫療知識之審慎非專業人士，認定您的醫療病況必須立即接受醫療關切，才能避免喪失生命、四肢或四肢功能的狀況。醫療緊急情況包括疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病況。

- 美國<sup>2</sup>境內的承保
- 全球承保。指針美國<sup>1</sup>以外接受的緊急／急診和穩定後照護。

<sup>2</sup>美國指 50 州、District of Columbia、Puerto Rico、Virgin Islands、Guam、Northern Mariana Islands 與 American Samoa。

## 您取得這些服務時必須支付的費用

（最高達 \$65）。

如果您立即住院即不需支付此金額。

□如果您在網絡外醫院接受急診照護，並且在您的急診病況穩定後需要住院治療，您必須回到網絡內醫院以便得到持續照護承保，或者您必須從本計畫取得網絡外住院授權，在此情況下，您的費用就是您在網絡內醫院的分攤費用。

美國<sup>2</sup>境外的全球急診照護服務無共付額。

全球急診承保的年度上限為 \$50,000。

<sup>1</sup>依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。



## 健康和保健教育方案

由受訓臨床醫師透過電話指導（每週 7 天，每天 24 小時均提供服務）以促進健康行為的採行，幫助會員建立提供自我照護能力的技巧，以及就治療選擇提供支援和教育，以利於作出合理的保健決定，從而達到改善會員健康的目的。臨床醫師也寄送教育材料並指引會員登錄 Health Net 網站查看教育模塊。

健康和保健教育方案無共付額。

如需更多關於這些福利的資訊，請參閱本章後面的「其他福利資訊」下的「Decision Power<sup>®</sup>：平衡的健康」。



## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

### 聽力服務

Medicare 受保服務包括：

由您的醫療服務提供者執行的、用以確定您是否需要醫治的診斷性聽力和平衡評估，若由醫師、聽力醫生或其他合格醫療服務提供者提供醫治，則門診照護屬於承保範圍。

其他受保服務包括：

- 例行（非 Medicare 承保）聽力檢查，每年僅限一次檢查。

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

每次 Medicare 承保的聽力服務，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

助聽器不屬於承保範圍。不過，Medi-Cal (Medicaid) 承保聽力輔具及聽力輔具適配性檢查。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。



### HIV 篩檢

對要求做 HIV 篩檢檢測或感染 HIV 風險增高的人，本計畫承保：

- 每 12 個月篩檢一次

對懷孕婦女，我們承保：

- 懷孕期間篩檢最多三次

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

Medicare 承保的 HIV 篩檢無共付額。

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

### 居家健康機構照護

在接受居家健康服務前，醫生必須證明您需要居家健康服務並且開具醫囑，要求由居家健康機構提供居家健康服務。您必須是屬於被局限於家中的人士，這意味著離開家是件費力的事情。

受保服務包括但不限於：

- 非全職或間歇性的專業護理和居家健康助理服務（您的專業護理和居家健康助理服務時間合計每天必須少於 8 小時，且每週必須少於 35 小時，才會屬於居家健康照護福利的承保範圍）
- 物理治療、職能治療與言語治療
- 醫療及社會服務
- 醫療器材與用品

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

Medicare 承保的居家健康訪視無共付額。

### 安寧照護

您可以從 Medicare 認證的安寧照護方案取得照護。您的安寧照護醫師可以是網絡醫療服務提供者或網絡外醫療服務提供者。

受保服務包括：

- 控制病症與舒緩疼痛的藥品
- 短期喘息照護
- 居家照護

當您參加 Medicare 認證的安寧照護方案時，與您的末期病況有關的安寧照護及任何 A 部分與 B 部分服務將由原 Medicare 給付，而非由我們的計畫給付。

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

針對安寧服務以及 Medicare A 部分或 B 部分承保並與您的臨終病況相關的服務。原 Medicare（不是本計畫）將支付與您的末期病況有關的安寧照護及任何 A 部分與 B 部分服務。當您使用安寧照

安寧照護諮詢僅限一次，每次看診您需支付 0% 至

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

護方案時，您的安寧照護提供者將會把原 Medicare 應給付服務的帳單寄給原 Medicare。

針對 Medicare A 部分或 B 部分承保並與您的臨終病況無關的服務。如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的臨終病況無關的非急診、非緊急需求服務，您應當為這些服務支付的費用取決於您是否使用本計畫網絡內醫療服務提供者：

- 如果您從網絡內醫療服務提供者處獲得受保服務，您僅需支付網絡內服務的計畫分攤費用
- 如果您從網絡外醫療服務提供者處獲取受保服務，則您應更具 Medicare（原 Medicare）按服務付費的規定支付分攤費用

對於本計畫承保但 Medicare A 部分或 B 部分不予承保的服務：本計畫將繼續給付本計畫承保但 Medicare A 部分或 B 部分不予承保的服務，不論其是否與您的臨終病況有關。您為這些服務支付您的計畫分攤費用金額。

**備註：**如果您需要的是非安寧照護（與末期病況無關的照護），應聯絡我們安排服務。透過我們網絡內的醫療服務提供者取得您的非安寧照護，將可降低您所分攤的服務費用。

本計畫承保尚未選擇安寧照護福利之末期疾病患者的安寧照護諮詢服務（僅限一次）。

20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

## 疫苗接種

Medicare B 部分受保服務包括：

- 肺炎疫苗
- 流感疫苗注射，每年於秋季或冬季接種一次
- B 型肝炎疫苗（如果您是 B 型肝炎中或高風險者）
- 如果您是有風險者或其他疫苗符合 Medicare B 部分承保規則，則其他疫苗也納入承保。

D 部分處方藥福利所涵蓋的一些疫苗也納入我們的承保範圍。

Medicare 承保的肺炎疫苗無共付額。

Medicare 承保的流感疫苗無共付額。

*以下服務可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

Medicare 承保的 B 型肝炎

為您承保的服務	您取得這些服務時必須支付的費用
<p>針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。</p>	<p>疫苗無共付額。</p> <p>對於 Medicare 承保的其他疫苗，如果您有風險且這些疫苗符合 Medicare B 部分承保規定，您支付 0% 至 20% 共同保險金。<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。</p>

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

### 住院照護

對於 Medicare 承保住院，您在每個福利期間受保 90 天。受保服務包括但不限於：

- 雙人病房（若是醫療所必需則單人病房）
- 膳食，包括特殊飲食
- 例行護理服務
- 特殊照護病房（例如加護病房或冠心病照護病房）的費用
- 藥品和藥物
- 化驗
- X 光和其他放射線服務
- 必需的外科和醫療用品
- 用具的使用，例如，輪椅
- 手術和恢復室費用
- 物理、職能及言語治療
- 物質濫用住院服務
- 在某些情況下，以下類型的移植屬承保範圍。角膜、腎臟、腎臟—胰臟、心臟、肝臟、肺、心臟／肺、骨髓、幹細胞，以及小腸／多器官。如果您需要移植，我們將安排一個 Medicare 核准的移植中心審查您的病例，以決定您是否適合移植。移植醫療服務提供者可能在當地或在服務區外。如果當地的移植醫療服務提供者願意接受原 Medicare 的費率，則您可以選擇在當地或本計畫提供的遠距離地點獲取移植服務。如果我們的計畫提供遠距離（服務區外）移植服務，且您選擇在此遠處取得移植，我們將為您及同行者安排或支付適當的住宿和交通費用。
- 血液—包括儲存和輸血。全血與濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。所有其他血液元素從使用的第一品脫開始承保。
- 醫師服務

**備註：**如果您是住院病患，必須由您的醫療服務提供者書寫入

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

Medicare 承保的住院照護服務，您支付 \$0 或 Medicare 規定的分攤費用。2012 年 Medicare 針對各福利期間所明定的費用分攤金額為：

第 1 – 60 天：自付額 \$1,156<sup>1</sup>

第 61 – 90 天：每天 \$289<sup>1</sup>

第 91 – 150 天：每一終身保留天 \$578<sup>1</sup>

這些金額在 2013 年可能會變動。請與會員服務部聯絡取得更多資訊。

如果您在急診病況穩定後獲授權於網絡外醫院接受住院照護，您的費用就是您在網絡醫院需支付的分攤費用。

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

福利期間由住院或進入專業護理機構的第一日

## 為您承保的服務

院許可單。即便您在醫院過夜，仍然視同為「門診」。如果您不確定自己是住院病患還是門診病患，請詢問醫院工作人員。

您亦可至 Medicare 的「您是住院病患還是門診病患」說明書查詢更多資訊。如果您有 Medicare—歡迎詢問！說明書請上網 <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> 查詢，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時都可撥打以上的免付費電話。

## 您取得這些服務時必須支付的費用

起算。並在您已連續 60 天未在醫院（或專業護理機構住院）時結束。如果您在一段福利期間結束後又住進醫院或專業護理機構，則新的福利期間便會開始。福利期間沒有次數上限。

### 住院精神健康照護

- 受保服務包括需要住院的精神健康照護服務。在精神科醫院有 190 天的終身上限。190 天上限並不適用於在一般醫院精神科病房提供的精神健康服務。如果會員在投保本計畫之前已經使用 190 天 Medicare 終身福利的一部分，那麼會員只有權取得已經使用的終身天數與計畫福利之間的差異天數。

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

Medicare 承保的住院照護服務，您支付 \$0 或 Medicare 規定的分攤費用。2012 年 Medicare 針對各福利期間所明定的費用分攤金額為：

第 1 – 60 天：自付額 \$1,156<sup>1</sup>

第 61 – 90 天：每天 \$289<sup>1</sup>

第 91 – 150 天：每一終身保留天 \$578<sup>1</sup>

這些金額在 2013 年可能會變動。請與會員服務部聯絡取得更多資訊。

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

如需更多關於精神健康服務的資訊，請參閱本章後面的「其他福利資訊」。

### 在非承保之住院期間所承保的住院服務

如本福利表中「住院照護」和「專業護理機構 (SNF) 照護」下所述，本計畫承保每段福利期間 90 天「住院照護」和每段福利期間 100 天專業護理機構 (SNF) 照護。當您達到這些承保限制時，本計畫將不再承保您在醫院或 SNF 的住院費用。但是，本計畫將承保您在醫院或 SNF 的住院期間所接受的某些類型服務。

如果您的住院福利已經用盡，或住院無合理性與必要性，我們將不會承保您的住院。不過，在有些情況下，我們還是會承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 住院時所接受的服務。受保服務包括但不限於：

- 醫師服務
- 診斷檢驗（例如，化驗）
- X 光、鐳和同位素治療，包括技術人員材料和服務
- 外科敷料
- 夾板、石膏，以及其他用來減輕骨折和脫臼的裝置
- 取代某體內器官（包括相鄰組織）的全部或部分，或取代永久失能或失常的體內器官全部或部分機能的義體和矯正裝置（牙科除外），包括替換或修復這類裝置
- 腿部、手臂、背部和頸部的支架；疝帶，以及義腿、義手和義眼，包括因斷裂、磨損、遺失或病患者身體狀況改變而進行的調整、修復和置換
- 物理治療、言語治療與職能治療

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

所列服務將以福利表中顯示的特定服務分攤費用金額繼續提供承保。

提供特定服務時，針對 Medicare 承保的醫療器材，包括固定石膏和夾板，您必須支付適當的分攤費用。例如，如果這些醫療用品是您到急診室看診時所使用，那麼即可納為急診室看診共付額之一部分。

福利期間由住院或進入專業護理機構的第一日起算。並在您已連續 60 天未在醫院（或專業護理機構住院）時結束。如果您在一段福利期間結束後又住進醫院或專業護理機構，則新的福利期間便會開始。福利期間沒有次數上限。



醫療營養治療

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，*

### 為您承保的服務

此福利適用糖尿病、腎臟病（但未洗腎）或移植後病患者，需經您的醫師轉介。

您接受 Medicare 包括我們的計畫、任何其他 Medicare 計畫、或是原 Medicare 所提供的醫療營養治療服務時首年期間我們承保小時的一對一諮詢服務之後每年則為小時。如果您的病況、治療或診斷有變更，在醫生轉介下您可以接受更多小時數的治療。如果您的治療需要再延續至下一個曆年，醫師必須開立這些服務的處方並更新他們的轉介。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

### 您取得這些服務時必須支付的費用

但急診除外。

Medicare 承保的醫療營養治療看診無共付額。

### Medicare B 部分處方藥

這些藥品由原 Medicare 的 B 部分承保。本計畫會員透過本計畫取得這些藥品承保。受保藥品包括：

- 通常不是病患者自行施用或自行注射，而於醫師、醫院門診或門診外科中心服務時注射或輸注的藥品
- 您使用本計畫授權的耐用醫療器材（例如噴霧器）服用的藥品
- 血友病患者自行注射的凝血因子
- 免疫抑制藥品（如果在您進行器官移植時已投保 Medicare A 部分）
- 骨質疏鬆注射藥品（如果您無法離開家、醫師證明您的骨折與停經後骨質疏鬆有關，且您無法自行施用藥品）
- 抗原
- 某些口服抗癌藥品和抗噁心藥品
- 某些居家洗腎藥品，包括肝素、肝素解毒劑（醫療所必需時）、局部麻醉劑、紅血球生成刺激劑（例如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa）

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

若是 Medicare 承保的 B 部分藥品，您需根據 Health Net 的簽約費率支付 0% 至 20% 的共同保險金。

若是 Medicare 承保的 B 部分化療藥品，您需根據 Health Net 的簽約費率支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。



## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

- 免疫球蛋白靜脈注射劑，供原發性免疫缺乏病患者居家治療之用

第 5 章說明 D 部分處方藥福利，包括您若要取得處方藥承保所必須遵循的規則。您透過本計畫取得 D 部分處方藥所需支付的費用列於第 6 章。



### 為促進持續減重的肥胖篩檢和治療

如果您的體質指數為 30 或更多，我們承保幫助您減重的密集諮詢。如果您是在能協調您全面預防計畫的主治醫師處獲得服務，則該諮詢為受保服務。請徵詢您的主治醫師或執業人員以瞭解詳情。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

Medicare 承保的篩檢和治療無共付額。

### 門診診斷檢測及治療服務與用品

受保服務包括但不限於：

- X 光
- 治療性放射線服務（放射治療，鐳和同位素），包括技術人員材料和用品
- 外科用品，例如，敷料
- 夾板、石膏，以及其他用來減輕骨折和脫臼的裝置
- 化驗服務（包括驗血、驗尿和某些篩檢檢驗）
- 血液—包括儲存和輸血。全血與濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。所有其他血液元素從使用的第一品脫開始承保。
- 其他診斷檢測（包括 EKG）
- 診斷性放射線服務（包括複雜檢測，例如 CT、MRI、MRA、SPECT）

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

每次 Medicare 承保的 X 光服務，您需支付共同保險金 0% 至 20%。<sup>1</sup>

Medicare 承保的化驗服務，您需支付共同保險金 0%。

每次其他 Medicare 承保的診斷檢測，您需支付共同保險金 0% 至 20%。<sup>1</sup>

每次 Medicare 承保的血液和血液服務，您需支

為您承保的服務	您取得這些服務時必須支付的費用
	<p>付共同保險金 0% 至 20%。<sup>1</sup></p> <p>對於 Medicare 承保的治療性放射線服務，包括技術人員和用品及 Medicare 承保的診斷性放射線服務，您支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup></p> <p>提供特定服務時，針對 Medicare 承保的醫療器材，包括固定石膏和夾板，您必須支付適當的分攤費用。例如，如果這些醫療用品是您到急診室看診時所使用，那麼即可納為急診室看診共付額之一部分。</p> <p><sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。</p>
<p><b>門診醫院服務</b></p> <p>您在醫院門診部門為診斷或治療病痛或傷害而接受的醫療必須服務，我們均有承保。</p> <p>受保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 急診部門或門診診所之服務，例如，觀察服務或門診手術</li><li>• 醫院的化驗與診斷測試帳單</li><li>• 心理健康照護，包括部分住院計畫之照護，只要醫生證明不接受此照護就必須要住院治療</li></ul>	<p><i>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</i></p> <p>您遵照本福利表，為特定服務支付適當的分攤金額。</p> <p>提供特定服務時，針對 Medicare 承保的醫療器材，包括固定石膏和夾</p>

## 為您承保的服務

- 醫院的 X 光和其他放射線服務帳單
- 醫療用品，例如夾板和石膏
- 特定篩檢與預防性服務
- 您無法自行給藥的特定藥品與生物製品

**備註：**除非醫療服務提供者書寫入院許可單准許您住院，否則您仍是門診病患且必須支付門診醫院服務的分攤費用。即便您在醫院過夜，仍然視同為「門診」。如果您不確定自己是否是門診病患，請詢問醫院工作人員。

您亦可至 Medicare 的「您是住院病患還是門診病患」說明書查詢更多資訊。如果您有 Medicare—歡迎詢問！說明書請上網 <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf> 查詢，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時都可撥打以上的免付費電話。

## 您取得這些服務時必須支付的費用

板，您必須支付適當的分攤費用。例如，如果這些醫療用品是您到急診室看診時所使用，那麼即可納為急診室看診共付額之一部分。

## 門診精神健康照護

受保服務包括：

由取得州政府執照的精神科醫師或醫生、臨床心理醫師、臨床社工、臨床專科護士、執業護士、醫師助理、或其他合格 Medicare 精神健康照護專業人員在適用州法律許可情況下提供的精神健康服務。

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

每次 Medicare 承保的個人或團體治療看診，您需支付 0% 至 35% 的共同保險金。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

如需更多關於門診精神健康服務的資訊，包括門診掛號的流程，請參閱本章後面的「其他福利資訊」。

為您承保的服務	您取得這些服務時必須支付的費用
<p><b>門診復健服務</b></p> <p>受保服務包括：物理治療、職能治療及言語治療</p> <p>門診復健服務由各種門診機構，例如，醫院門診部門、獨立治療師診所以及綜合門診復健機構 (CORF) 提供。</p>	<p>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</p> <p>每次 Medicare 承保的門診復建看診，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。</p> <p><sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。</p>
<p><b>門診物質濫用服務</b></p> <p>受保服務包括：</p> <p>由醫師、臨床心理醫師、臨床社工、臨床專科護士、執業護士、醫師助理、或其他合格 Medicare 精神健康照護專業人員或計畫在適用州法律許可情況下提供的物質使用障礙服務。</p>	<p>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</p> <p>每次 Medicare 承保的個人或團體治療看診，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。</p> <p><sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。</p> <p>如需更多關於門診物質濫用服務的資訊，包括門診掛號的流程，請參閱本章後面的「其他福利資訊」。</p>
<p><b>門診外科手術，包括在醫院門診機構和門診外科中心提供的服務</b></p>	<p>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，</p>

### 為您承保的服務

### 您取得這些服務時必須支付的費用

**備註：**如果您打算在醫院接受手術，應詢問您的醫療服務提供者您是住院病患還是門診病患。除非醫療服務提供者書寫入院許可單准許您住院，否則您仍是門診病患且必須支付門診手術的分攤費用。即便您在醫院過夜，仍然視同為「門診」。

*但急診除外。*

每次 Medicare 承保的門診醫院機構看診，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。

在門診醫院機構或門診外科中心進行 Medicare 承保的無痛分娩注射，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

### 部分住院服務

「部分住院」是一種在醫院門診處或由社區心理健康中心提供的結構化積極精神科治療方案，比在您醫師或治療師的診所接受的照護更密集，且可替代住院。

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

Medicare 承保的部分住院，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

如需更多關於精神健康服務的資訊，請參閱本章後面的「其他福利資訊」。

### 醫師／執業人員服務，包括醫師門診

每次 Medicare 承保的主

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

### 受保服務包括：

- 在醫師診間、經認證的門診外科中心、醫院門診部或任何其他地點所提供的醫療所必需之醫療或外科服務
- 專科醫師的諮詢、診斷和治療
- 由您的 PCP 或專業醫師所執行的基礎聽力和平衡檢查，如果您的醫師為了確認您是否需要醫療治療而做此指示
- 外科手術前由其他網絡醫療服務提供者提供的第二意見。
- 非例行牙齒保健（受保服務僅限下顎或相關結構的外科手術、下顎或臉骨骨折固位、為了準備下顎腫瘤疾病的放射線治療而進行的拔牙，或當由醫師提供時即屬於承保範圍的服務）

治醫師看診或在醫師診間所提供的醫療所必需之外科服務，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

*以下服務可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

每次 Medicare 承保的專科醫師看診或在專科醫師診間所提供的醫療所必需之外科服務，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

提供特定服務時，針對在經認證的門診外科中心、醫院門診部或任何其他地點所提供的醫療所必需之外科服務，您必須支付適當的分攤費用。

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

## 足科服務

### Medicare 受保服務包括：


- 治療足部傷害與疾病（例如槌狀趾或足跟骨刺）。
- 罹患某些影響下肢的醫療病況會員的例行足部照護

### 其他受保服務包括：

- 例行（非 Medicare 承保）足部照護，每年限 7 次看診。其

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

每次 Medicare 承保的看診（醫療所必需的足部照護），您需支付 0% 至

為您承保的服務	您取得這些服務時必須支付的費用
<p>他看診必須由您的 PCP 核准。</p>	<p>20% 的共同保險金。<sup>1</sup></p> <p>每次例行（非 Medicare 承保）看診，無共付額。</p> <p><sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。</p>
<p> <b>前列腺癌篩檢</b></p> <p>年滿 50 歲及以上男性每 12 個月一次的受保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 直腸指診</li><li>• 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測</li></ul> <p>針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。</p>	<p><i>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</i></p> <p>Medicare 承保的前列腺癌篩檢無共付額。</p>
<p><b>義體裝置和相關用品</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 用於取代某身體部位或機能的裝置（牙科除外）。其中包括但不限於：與結腸造口照護直接相關的結腸造口袋與用品；起搏器、支架、義肢鞋、義肢及義乳（包括用於乳房切除術後的外科胸罩）。包括與義體裝置相關的某些用品及修復和／或替換義體裝置；也包括白內障摘除或白內障外科手術後的一些承保—請參閱本節後面的「視力照護」，查詢更多詳情。</li><li>• Medicare 承保的腸外及腸道 (PEN) 營養：給付相關的用品及營養。不承保嬰兒食品和其他經腸道系統消化或食用的日用食品或任何額外的營養補充品（例如，每日蛋白質或熱量攝入）。</li></ul>	<p><i>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</i></p> <p>若是 Medicare 受保的義體裝置和相關用品，您需根據 Health Net 的簽約費率支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup></p> <p>若是 Medicare 承保的腸外及腸道相關用品及營養，您需根據 Health Net 的簽約費率支付 0% 至 20% 的</p>

為您承保的服務	您取得這些服務時必須支付的費用
	<p>共同保險金。<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。</p>
<p><b>肺部復健服務</b></p> <p>針對患有中度到重度慢性肺部阻塞 (COPD) 疾病，並經治療慢性呼吸疾病之醫生轉介肺部復健的會員，肺部復健綜合方案也被納入承保範圍。</p>	<p><i>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</i></p> <p>Medicare 承保的肺部復健服務看診，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。</p>
<p> <b>減少酒精誤用之篩檢及諮詢</b></p> <p>對享有 Medicare、誤用酒精（但並非依賴酒精）的成人（包括孕婦），我們給付一次誤用酒精篩檢。</p> <p>如果您酒精誤用篩檢呈陽性，您每年可獲得最多 4 次簡短的面對面看診（如果您在諮詢的過程中神智清醒），由主治醫師或在主要照護環境下的執業人員提供。</p> <p>針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。</p>	<p><i>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。</i></p> <p>Medicare 承保的篩檢無共付額。</p>
<p> <b>性傳播疾病篩檢 (STI) 及預防 STI 諮詢</b></p>	<p><i>可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，</i></p>



## 為您承保的服務

我們承保性傳播疾病 (STI) 的篩檢，包括衣原體、淋病、梅毒及 B 型肝炎。若這些篩檢由主治醫師開具檢測醫囑，則對孕婦及有感染 STI 風險的某些人士屬於承保範圍。這些檢測每 12 個月一次或在孕期的特定時間均屬於承保範圍。

對於性活躍且有感染 STI 高風險的成人，我們承保每年最多 2 次、每次 20-30 分鐘的面對面高強度行為諮詢課程。僅當這些諮詢課程是作為預防服務並且是由主要醫療服務提供者在主要醫療服務環境下（如醫生診室）提供時，才屬於承保範圍。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

## 治療腎臟疾病與病症的服務

受保的服務包括：

- 腎臟病教育服務教導腎臟照護並協助會員做出關於其照護的知情決定。適用第 IV 階段慢性腎臟病會員，當由其醫師轉介時，本計畫承保最多終身六堂腎臟疾病教育服務課程。
- 門診洗腎治療（包括暫時在服務區域外的洗腎治療，如第 3 章的說明）
- 住院洗腎治療（如果您是以住院病人住院接受特殊照護）
- 自行洗腎訓練（包括訓練您和協助您的人進行居家洗腎治療）
- 居家洗腎器材和用品
- 某些居家支援服務（例如，在必要的時候，受過訓練的洗腎工作者可查看您的居家洗腎情況、協助緊急情況，並檢查您的洗腎器材和供水）

您的 Medicare B 部分藥品福利承保特定洗腎用藥品。更多與 B 部分藥品承保有關的資訊，請參閱下個章節「Medicare B 部分處方藥」。

## 您取得這些服務時必須支付的費用

*但急診除外。*

Medicare 承保的篩檢和諮詢無共付額。

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

若是 Medicare 承保的洗腎服務看診，您需根據 Health Net 的簽約費率支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

Medicare 承保的腎臟病教育服務無共付額，終身最多六堂課程。

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

### 專業護理機構 (SNF) 照護

（「專業護理機構照護」的定義請參閱本手冊第 12 章。專業護理機構有時簡稱為「SNF」）。

每一段福利期間您受保的天數是 100 天。入住前不需要有住院記錄。受保服務包括但不限於：

- 雙人病房（若是醫療所必需則單人病房）
- 膳食，包括特殊飲食
- 專業護理服務
- 物理治療、職能治療與言語治療
- 根據您的照護計畫為您施打的藥品（其中包括身體自然存在的物質，例如，凝血因子。）
- 血液—包括儲存和輸血。全血與濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。所有其他血液元素從使用的第一品脫開始承保。
- 通常由 SNF 提供的醫療和外科用品
- 通常由 SNF 提供的化驗
- 通常由 SNF 提供的 X 光和其他放射線服務
- 使用通常由 SNF 提供的用具，例如，輪椅
- 醫師／執業人員服務

您一般會在網絡機構取得您的 SNF 照護。但在下列情況下，如果機構接受本計畫給付的金額，即便不是計畫醫療服務提供者，您也許可以從該機構獲得照護。

- 在您到醫院之前所住的看護中心或持續照護退休社區（只要它提供專業護理機構照護）。
- 您的配偶在您離開醫院時所住的 SNF。

可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。

您支付 Medicare 規定的分攤費用。2012 年 Medicare 針對各福利期間所的金額為：<sup>1</sup>

第 1 – 20 天：每天 \$0<sup>1</sup>

第 21 – 100 天：每天 \$0 或 \$144.50<sup>1</sup>

這些金額在 2013 年可能會變動。請與會員服務部聯絡取得更多資訊。

您支付福利期間內 100 天後的每天所有費用。

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

福利期間由住院或進入專業護理機構的第一日起算。並在您已連續 60 天未在醫院（或專業護理機構住院）時結束。如果您在一段福利期間結束後又住進醫院或專業護理機構，則新的福利期間便會開始。福利期間沒有次數上限。

## 為您承保的服務



### 戒煙（戒煙諮詢）

如果您抽煙，但沒有抽煙相關疾病的病徵或症狀：我們承保 12 個月期間有兩次戒煙諮詢之服務，該服務是作為預防服務免費提供的。每次諮詢階段都包括最多四次面對面看診。

如果您有抽煙並經診斷患有抽煙相關疾病，或是您因抽煙緣故而服用藥物：我們承保戒煙諮詢服務。我們承保 12 個月期間有兩次戒煙諮詢之服務，不過您必須支付適當的分攤金額。每次諮詢階段都包括最多四次面對面看診。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

我們的計畫同時包含其他線上及電話戒煙諮詢。如需更多關於這些福利的資訊，請參閱本章後面的「其他福利資訊」下的「Decision Power<sup>®</sup>：平衡的健康」。

## 您取得這些服務時必須支付的費用

*以下服務可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

如果您沒被診斷出有抽煙造成或併發的疾病：

Medicare 承保的戒煙諮詢療程無共付額。

如果您被診斷出有抽煙造成或併發的疾病，或是您因抽煙緣故而服用藥物：

對於您所接受的 Medicare 承保的戒煙諮詢療程服務，您必須支付適當的分攤金額。例如，如果您所接受的諮詢服務是精神健康門診的一部分，則您必須支付適當的精神健康門診分攤金額。

*以下服務不需要取得事先授權（事先核准）：*

其他非 Medicare 承保的戒煙諮詢療程無共付額。

## 運輸服務

本計畫承保非緊急運送服務。非緊急運送服務指任何形式的運送，包括用於運送至核准地點的救護車。

須為醫療所必需及由簽約的計畫醫療服務提供者和機構所提供才可享有受保福利。

*可能需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外。*

每曆年不限次數載運至計畫核准地點，且無須支付共付額。

如需更多關於例行（非急

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

診）運送服務的資訊，請參閱本章後面的「其他福利資訊」。

### 緊急需求照護

緊急需求照護係指為治療非緊急但須接受立即醫療照護的意外疾病、傷害或病症而提供的照護。緊急需求照護可由網絡醫療服務提供者提供，或當網絡醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，可由網絡外醫療服務提供者提供。

- 美國<sup>2</sup>境內的承保

<sup>2</sup>美國指 50 州、the District of Columbia、Puerto Rico、Virgin Islands、Guam、Northern Mariana Islands、以及 American Samoa。

- 在美國以外接受的緊急需求照護可以視為急診而享受全球承保福利。請參閱本章前述緊急照護的內容。

每次 Medicare 承保的緊急需求照護看診，您需支付 0% 至 20% 的共同保險金。<sup>1</sup>

如果您立即住院即不需支付此金額。

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

### 視力保健

Medicare 受保服務包括：

- 眼睛疾病和受傷診斷和治療的門診醫師服務，包括治療年齡相關性黃斑變性。原 Medicare 未承保的眼鏡／隱形眼鏡定期眼科檢查（眼睛屈光）
- 青光眼高危險者，例如有青光眼家族病史者、糖尿病患者和年滿 50 歲或以上的非裔美國人：每年一次的青光眼篩檢。
- 每次包含植入人工晶體的白內障外科手術後，提供一副眼鏡或隱形眼鏡。（如您分別接受過兩次白內障外科手術，則無法保留第一次手術後所享有之福利，也不能在第二次手術後購買二副眼鏡。）摘除白內障（但未植入晶體）後的矯正鏡片／鏡框（和替換）。

*以下服務需要事先授權（事先核准）才屬於承保範圍，但急診除外：*

每次 Medicare 承保的眼科檢查，您需支付共同保險金 0% 至 20%（診斷與治療眼睛疾病和病況）。<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 依您 Medi-Cal 的資格層級而定，您可能無須承擔支付原 Medicare 服務的分攤費用的責任。

Medicare 承保的青光眼篩

## 為您承保的服務

## 您取得這些服務時必須支付的費用

其他受保服務包括：

- 例行視力檢查（屈光），每年限一次檢查
- 每 24 個月例行購買 1 副眼鏡之選擇方案\*；\*\*
  - 在 24 個月期間僅限 1 副鏡框及 1 對鏡片或隱形眼鏡\*，\*\*

\*您為這些服務所支付的金額不計入您 \$6,700 的最高自費額上限。

\*\* 多年福利在其後年間可能不再提供。

如需更多關於例行視力檢查福利的資訊，請參閱本章後面的「其他福利資訊」。

針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。

檢無共付額。

Medicare 承保的眼鏡無共付額。

每次眼科檢查（非 Medicare 承保）看診無共付額。

醫療所必需的隱形眼鏡，每 24 個月一次，無須支付共付額。\*，\*\*

*以下服務不需要取得事先授權（事先核准）：*

您的例行眼鏡承保每 24 個月最多 \$100。\*，\*\*

每 24 個月鏡框補貼 \$100。\*\*您支付餘額的 80%。

每 24 個月例行（非醫療所必需）隱形眼鏡補貼 \$100\*，\*\*您支付傳統隱形眼鏡餘額的 85% 以及拋棄式隱形眼鏡餘額的 100%。\*

如需更多關於例行視力檢查福利的資訊，請參閱本章後面的「其他福利資訊」。



「歡迎投保 Medicare」預防門診

「歡迎投保 Medicare」預防檢查無共同保險金、共

為您承保的服務	您取得這些服務時必須支付的費用
<p>本計畫承保單次「歡迎投保 Medicare」預防門診。該門診包括審查您的健康及教育程度，並為您所需的預防服務（包括特定的篩檢及注射）提供徵詢。</p> <p><b>重要：</b>僅當您在投保 Medicare B 部分後的 12 個月內接受身體檢查，我們才給付「歡迎投保 Medicare」預防檢查。預約檢查時，請告知您的醫生診室您想要安排「歡迎投保 Medicare」預防檢查。</p> <p>針對原 Medicare 受保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無須付費。不過，如果您在接受預防服務看診時，也接受既有醫療病況之治療與監督，那麼既有醫療病況所接受之照護就要支付共付額或共同保險金。</p>	<p>付額或自付額。</p>

## 其他福利資訊

### 精神健康照護和物質濫用福利

#### 重要資訊：請閱讀！

如果您是以下其中一個醫療團體的會員，以下說明如何透過 MHN Services 取得精神健康服務的資訊就不適用於您：

- PAMF-Camino Site
- Palo Alto Medical Foundation
- Sutter Independent Physicians
- Sutter Medical Group (Sacramento/Placer Division)
- Sutter Medical Group (Yolo Division)

如果您是上述其中一個醫療團體的會員，您**必須**取得您主治醫師的轉介，並使用與您的醫療團體相關的網絡醫院和專科醫師，才能取得所有精神健康服務，除非是在服務區域外的緊急情況或緊急照護所需。精神健康服務不該如下所述透過 MHN Services 取得，而應透過您的醫療團體取得。如需更多關於您精神健康福利和共付額的資訊，請參閱福利表中的「住院精神健康照護」、「門診精神健康照護」和「門診物質濫用」。您若對此或對其他計畫福利有任何疑問，請聯絡會員服務部，電話號碼 **1-800-431-9007**，選擇選項 4（聽語障專線 **1-800-929-9955**），服務時間為太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週七天均提供服務。

精神健康與物質濫用福利由與 Health Net 簽約的 MHN Services 負責管理，以承保和管理相關福利。

#### 取得 MHN 簽約的醫療服務提供者的服務

Health Net Medicare Advantage 會員可自由選擇任何一位 Medicare 合格簽約醫療服務提供者，為其提供 Medicare 病患者精神健康和物質濫用服務。

#### 住院與替代層級的照護（部分住院、密集門診）

MHN 必須授權這些服務和用品才能納入承保範圍。如需取得這些服務授權，您必須致電 MHN，電話號碼 1-800-646-5610（或聽語障專線：1-800-327-0801，供聽力與言語障礙人士使用），每週七天、每天 24 小時均提供服務。MHN Services 會將您轉介到鄰近的 Medicare 合格的簽約精神健康專業人員。該專業人員會為您進行評估，確認是否需要其他治療。如果您需要治療，MHN 簽約精神健康專業人員會擬定一套治療計畫，並將該計畫交由 MHN 審查。經 MHN 授權後，提議的服務就會屬於本計畫的承保範圍。如果 MHN Services 不核准治療計畫，該病況的進一步服務或用品就不屬於承保範圍。不過，MHN Services 可能會將您引向能提供替代形式協助的社區資源。

如需最新的醫療服務提供者資訊，請聯絡 MHN，電話號碼 1-800-646-5610（或聽語障專線：1-800-327-0801，供聽力與言語障礙人士使用），每週七天、每天 24 小時均提供服務。您也可以致電本手冊封底的電話號碼與 Health Net 會員服務部聯絡，或瀏覽本公司網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)。

### 門診掛號的流程

針對門診診所的精神健康服務，您或您的醫療服務提供者應聯絡 MHN 登記您的照護。您或您的醫療服務提供者會取得一個用來驗證資格的參考代碼，並跟您討論您的福利和任何適用的共付額。登記您的門診照護能有助確保請款順暢，因為我們的系統中存有您的病例，但就算沒有登記，還是可以獲得服務給付，因為登記為自願性質。

在您治療的過程中，有時會以討論方式跟您的醫療服務提供者討論您的治療計畫，藉此審查醫療的必需性。MHN 諮詢專線每週 7 天、每天 24 小時都可以回答您的問題。欲聯絡 MHN，請致電 1-800-646-5610（或聽語障專線：1-800-327-0801，供聽力與言語障礙人士使用），每週七天、每天 24 小時均提供服務。

### 哪些精神健康和物質濫用服務屬於承保範圍？

下列服務都屬於您的計畫承保範圍。如需共付額和共同保險金的資訊，請參閱福利表。

#### 門診服務

門診危機介入、短期評估和治療、長期專門治療，以及任何與物質濫用有關的復健照護，根據 MHN Services 所決定的醫療必要性評估，受保看診次數可能不受限制。如適當，藥品管理照護也屬於承保範圍。如需關於您分攤費用的資訊，請參閱福利表中的「門診精神健康照護」與「門診物質濫用服務」部分。

### 第二意見

MHN Services 可以要求您向適當的簽約精神健康專業人員取得第二意見，以確認某一受保服務的醫療必要性或合適性，作為承保條件之一。此外，身為會員，您有權利在以下情況要求第二意見：

- 您對簽約精神健康專業人員所提供的診斷或建議的治療計畫不滿意；
- 您對提供治療的結果不滿意；



- 您對於所建議的外科程序的合理性或必要性有疑問；
- 您的診斷結果或所建議的治療計畫是爲了治療可能失去生命、肢體或身體機能，或造成嚴重損害（包括但不限於嚴重慢性病況）的病況；或
- 您的簽約精神健康專業人員無法診斷出您的病況，或檢測結果互相衝突。
- 臨床適應症複雜或令人困惑、診斷因爲檢測結果互相衝突而令人懷疑，或是簽約精神健康專業人員無法診斷出病況。
- 進行中的治療計畫並未於診斷和照護計畫的適當期間內改善您的醫療病況。
- 您已試著遵循照護計畫或向原簽約精神健康專業人員諮詢，因爲您對診斷或照護計畫有嚴重的顧慮。

如欲要求第二意見的授權，請聯絡 MHN Services，電話號碼 1-800-646-5610（或聽語障專線 1-800-327-0801，供聽力與言語障礙人士使用），每週七天、每天 24 小時均提供服務。MHN Services 會審查您的要求；如果第二意見被認爲是醫療所必需，MHN Services 將授權將您轉介給簽約精神健康專業人員。要求第二意見時，您須負擔任何適用的共付額。

第二意見僅授權由簽約精神健康專業人員提供，否則必須證明找不到合格適任的簽約精神健康專業人員。MHN Services 會確保獲選提供第二意見的醫療服務提供者持有適當執照，且擁有所諮詢相關臨床領域的專業知識。

如果您的健康面臨立即、嚴重的威脅，包括但不限於可能失去生命、肢體或其他主要身體機能，或是若缺乏時效性可能傷及恢復最大機能的能力，則會依據病況性質盡可能及時提供第二意見，最遲不超過 MHN Services 收到要求後的 72 小時。如需本保單全文，請聯絡 MHN Services，電話號碼 1-800-646-5610（聽語障專線 1-800-327-0801），每週七天、每天 24 小時均提供服務。

### **住院服務**

如果您認爲您需要住院服務，您必須取得 MHN Services 的事先授權。您必須先提供關於您問題的必要資訊，才能開始進行治療。

精神障礙或物質濫用的住院治療屬承保範圍，但每位會員合計終身上限 190 天。190 天上限並不適用於一般醫院的精神科病房提供的精神健康或物質濫用服務。如需關於您分攤費用的資訊，請參閱福利表中的「住院精神健康照護」部分。

### **受保服務與用品包括：**

- 雙人病房或多人病房住宿，包括特殊治療病房，例如加護病房以及精神病照護病房，除非確認單人病房爲醫療所必需則例外。
- 一般由機構提供的用品和輔助服務，包括專業服務、化驗服務、住院期間配給使用的藥品和藥物、心理檢測以及個人、家庭或團體治療或諮詢。

除了緊急情況，無事先授權而提供的服務和用品 MHN Services 將不予承保，即使那些服務或用品在您要求事先授權的情況下本應屬於承保範圍。

### 解毒

與物質濫用相關的急性解毒與急性醫療病況治療的住院服務屬於承保範圍，但以下的「精神障礙和物質濫用的排除與限制項目」所規定者除外。

### 急診服務

由醫師或其他人員根據適用法律允許、於其執照範圍和臨床權限內，在機構能力範圍內執行的篩檢、檢查和評估，以確定是否有精神病緊急醫療病況，以及緩解或消除精神病緊急醫療病況所需的照護和治療。

如果病患者對自己或他人造成危險，或有嚴重殘疾，MHN 每週七天、每天 24 小時都有持照臨床醫師處理需要立即入住機構的要求。MHN 聯絡電話為 1-800-646-5610（聽語障專線 1-800-327-0801，供聽力與言語障礙人士使用），每週七天、每天 24 小時均提供服務。

遇急診服務時，MHN Services 會使用以下「審慎非專業人士標準」的定義。「**審慎非專業人士標準**」意義如下：緊急醫療病況是指伴隨著相當嚴重的急性病症（包括劇痛），所以具有一般健康和醫學知識的審慎非專業人士可合理預期若是未立即救治，可能會導致下列狀況：1) 嚴重危害個人的健康，如果是孕婦則會危害孕婦或其未出生子女的健康；2) 嚴重損害身體機能；3) 身體器官或部位嚴重失能。

### 新投保者的過渡期照護

若您投保 Health Net 時，正在接受非簽約精神健康專業人員的急性、嚴重或慢性精神健康病況的持續照護，本公司可能暫時提供與 MHN Services 無簽約關係的醫療服務提供者的服務之承保，但須遵守適用的共付額以及本計畫其他排除與限制項目的規定。

您的非簽約精神健康專業人員必須願意接受 MHN Services 標準精神健康提供者合約條款與條件，包括但不限於費率、資格認證、醫院特權、使用評議、同儕審查和品質保證規定，且必須位於本計畫的服務區域內。

若需如何請求持續照護的更多資訊，或要索取本公司的持續照護政策，請致電 MHN，電話：1-800-646-5610（聽語障專線：1-800-327-0801），每週七天、每天 24 小時均提供服務。

### 精神障礙和物質濫用的排除與限制項目

精神健康照護作為假釋、緩刑或法院命令精神障礙檢測的條件時，僅限於醫療所必需的服務，且須遵守本節前面說明的計畫看診次數上限。

治療精神障礙和物質濫用的服務與用品，唯有符合福利表中「住院精神健康照護」、「門診精神健康照護」與「門診物質濫用服務」所述才屬於承保範圍。

**精神障礙和物質濫用服務限制與排除以下用品和服務：**

- 法院命令的檢測和治療，除非是醫療所必需和計畫合約允許的看診。
- 單人病房和／或私人看護，除非被認為是醫療所必需服務，並得到 MHN Services 的授權。
- 在住宿治療中心的治療。
- 輔助服務，例如：
  - 職業復健和其他復健服務。
  - 行為訓練。
  - 言語或職能治療。
  - 睡眠治療和就業諮詢。
  - 訓練或教育性治療或服務。
  - 其他教育服務。
  - 營養服務。
- 由醫療服務提供者提供非其執照類別內的治療，由 Medicare 或 MHN 根據適用醫界標準認可為醫療所必需的服務。
- 在規定需要授權的情況下，超出所取得之 MHN 授權之外的服務。
- 心理檢測，除非是由執照心理醫師進行以協助治療計畫，包括藥物管理或診斷說明，但不包括所有教育性、學術性和成就檢測、與醫療病況有關或決定外科手術準備程度之心理檢測，以及電腦自動化報告。
- 所有處方或非處方藥品和化驗費用，除了與住院治療有關之執業人員處方的藥品和化驗費用。
- 未經授權而提供的住院服務、治療或用品，除非是急診服務的情況。
- 在非緊急情況下，由非簽約精神健康專業人員的醫療服務提供者提供的健康照護服務、治療或用品，除非得到 MHN Services 的授權，或是由本計畫提供。
- 您所造成對醫院或機構的損害。
- MHN Services 根據公認的精神健康標準確認為實驗性的健康照護服務、治療或用品，除非法律另有規定。
- 生物反饋、針灸或催眠療法的治療。
- 提供給您非醫療所必需服務的健康照護服務、治療或用品。其中包括但不限於 MHN Services 確認為主要用於休息或休養、監護照護或居家照護的服務、治療或用品。
- 在您的生效日期前接受的服務，或在生效日期前開始的住院期間所接受的服務。此外，您的承保結束後才接受的服務不屬於承保範圍，除非是在您終止日期前開始的住院期間所接受的服務。
- 同住您家或與您是血親或姻親的個人所提供的專業服務。
- 在急診室提供，與精神障礙治療無直接相關的服務。
- 在您主要居住州外接受的服務，除非是急診服務，且有 MHN Services 另外授權。
- 電擊治療 (ECT)，除非 MHN Services 根據其政策和程序授權。

- 所有其他主要不是為了特定受保福利的治療，和／或本計畫其他部分明確列為受保服務而提供的服務、住院、治療或用品。

### 我要如何申請精神健康和物質濫用服務的理賠？

在大部分情況下，您的精神健康服務提供者會將您的理賠申請直接交給 MHN。如果您收到服務的帳單，請向 MHN 提出理賠申請。理賠表可上網 [www.mhn.com](http://www.mhn.com) 查詢或致電 MHN 免費理賠專線 1-800-444-4281（全國轉接服務：711，聽語障專線），中部時間週一至週五，上午 8:00 至晚上 7:00。

理賠表請隨附您的明細帳單。請將明細帳單和填妥的理賠表寄至：

MHN Services Claims Department  
Post Office Box 14621  
Lexington, KY 40512-4621

您每天 24 小時、每週七天都可以撥打 1-800-646-5610（聽語障專線 1-800-327-0801）與 MHN Services 聯絡，查詢您的理賠狀態。我們可以在收到您的理賠起 72 小時內提供理賠狀態。如果您應得到補償，我們會在收到您的理賠申請起 60 天內將支票郵寄給您。

### 當您從非 MHN Services 簽約醫療服務提供者／機構取得急診／緊急服務時

您可能因立即的醫療緊急情況而在非 MHN Services 機構住院。一旦醫療病況穩定，您可能很快就會被轉送到 MHN Services 機構。如果是 MHN Services 安排轉送，MHN Services 就會負責承擔轉送至 MHN Services 機構的交通費用。當您從非 MHN Services 醫療服務提供者取得急診照護時，您應要求該醫療服務提供者直接向 MHN Services 請求服務費用。如果醫療服務提供者直接向您收費，MHN Services 會補償您所支付的急診服務和區域外緊急照護服務費用，但會扣除適用的共付額。您須將明細帳單和填妥的理賠表交給 MHN Services 以便獲得補償。理賠表可上網取得 [www.mhn.com](http://www.mhn.com) 或求助 MHN 免費理賠專線 1-800-444-4281（全國轉接服務：711，聽語障專線），中部時間週一至週五，上午 8:00 至晚上 7:00。

填妥的理賠表應寄至：

MHN Services Claims Department  
Post Office Box 14621  
Lexington, KY 40512-4621

### 有問題嗎？

如需最新的醫療服務提供者資訊，或取得授權以接受服務，請聯絡 MHN Services，電話號碼 1-800-646-5610（聽語障專線 1-800-327-0801），每週七天、每天 24 小時均提供服

---

務。以下皆為免付費電話：您還可瀏覽 MHN Services 的網站 [www.mhn.com](http://www.mhn.com)，查閱您所在區域的 MHN Services 簽約精神健康專業人員清單。

本節包括的福利與其他福利須遵守相同的上訴流程。關於如何投訴的資訊，請參閱第 9 章。

## 牙科服務

身為本計畫的會員，您享有 Medicare 承保牙科福利。如需共付額和福利資訊，請參閱本章前面的醫療福利表。身為本計畫的會員，您也享有如下文所述的非 Medicare 承保的預防和綜合牙科 **HMO** 福利。

Health Net Dental 計畫和承保服務由牙科福利管理服務部 (Dental Benefit Administrative Services) 管理。Health Net Dental 與簽約牙科醫師簽約，安排牙科服務，以提供給本計畫會員。我們鼓勵您主動參與，確保牙齒健康情況良好，並建議您在投保計畫起 120 天內與主治全科牙醫約定第一次看診時間。這樣，就能及早發現病況並加以治療。

所有服務必須由簽約牙科醫師提供，才屬本計畫的承保範圍。大部分的受保服務將由您所選擇的主治全科牙醫提供。例外情況於「專科照護牙醫轉介」和「急診牙科照護」兩節說明。如需可提供服務的主治全科牙醫清單，請參閱最新的 Health Net Dental 名錄。

如遇緊急情況，請遵循本節急診牙科照護中說明的準則。您也可以致電 Health Net Dental，電話號碼 1-866-249-2382（聽語障專線 1-800-855-2880），要求在必要程序上給予協助，服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至晚上 8:00。

本節幫助您瞭解牙科計畫福利。其中說明本計畫的牙科共付額規定、排除項目、限制項目以及福利。請閱讀本節內容並將其存放於容易取得之處，以便在您決定使用透過本計畫提供的服務時可供參閱。如遇緊急情況，請遵循本節急診牙科照護中說明的準則。

如需在必要急診程序上給予協助，或有關於牙科福利、共付額、限制項目或排除項目的疑問，您可以致電 Health Net Dental 會員服務部，電話號碼 1-866-249-2382（聽語障專線 1-800-855-2880），服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至晚上 8:00。也可致電會員服務部要求口譯員服務。

### 選擇您的主治全科牙醫

您必須從 Health Net Dental 名錄選擇一位主治全科牙醫。Health Net Dental 會員服務部能協助您選擇主治全科牙醫。我們要求您在承保的首 30 天內選擇您的主治全科牙醫。如果您未選擇主治全科牙醫，Health Net Dental 會為您指定一位在您住處附近的牙醫。

除了以下說明之外，受保服務必須由您的主治全科牙醫提供，才屬於本牙科計畫的承保範圍。Health Net Dental 不承保您主治全科牙醫以外的牙醫所提供的服務或用品，除了本節以下題為急診牙科照護以及專科照護牙醫轉介兩部分所說明的狀況。您的主治全科牙醫必須在轉介專科醫師前取得 Health Net Dental 的核准。本牙科計畫不承保醫師／牙科醫師以外的健康照護執業人員所提供的服務和用品。

### 專科照護牙醫轉介

您的牙齒保健主要由您的主治全科牙醫負責。得到授權進行治療時，就適用牙科受保服務表所列的牙科共付額。如果沒有得到授權進行治療，您會收到一份拒絕通知，告訴您拒絕的理由，並說明您上訴此決定的權利（要求重新考慮）。如需更多資訊，請參閱本承保範圍證明的第 9 章。每一程序開始時，您的承保必須有效，本計畫才會考慮承保。這包括齒列矯正照護轉介。

### 急診牙科照護

急診和緊急牙科照護服務指為舒緩劇痛或其他病症的「醫療所必需」服務。有突發疾病時，也需要急診牙科照護來加以診斷並治療；一般人在同樣的情況下，會認為若不立即治療此突發疾病，可能會導致嚴重的健康威脅，或危害其健康。根據《加利福尼亞健康與安全法典》(California Health & Safety Code) 的定義，急診牙科服務和照護指用來確定是否存在緊急醫療病況的篩檢、檢查和評估。

### 當您要求急診牙科照護或緊急需求服務時該做什麼

如果您需要急診牙科照護，您應該立即與您選擇的主治全科牙醫聯絡並約診。所有簽約牙醫每週 7 天、每天 24 小時皆提供急診牙科照護。如果主治全科牙醫無法看診，您可以向任何持照牙醫尋求急診牙科照護。您也可以致電 Health Net Dental 會員服務部，電話號碼 1-866-249-2382（聽語障專線 1-800-855-2880），服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至晚上 8:00。可以致電會員服務部要求口譯員服務。

主治全科牙醫以外的牙醫所提供的服務，必須有以下情況才屬於承保範圍：

- 您無法從您的主治全科牙醫取得服務。
- 服務是為急診牙科照護。
- 服務是醫療所必需。
- 服務被列為本計畫的受保福利。
- 您必須支付任何牙科共付額。若不符合以上條件，您就需要按照牙醫的一般及慣例合理費用 (UCR) 支付所有的帳單費用。
- 如果您在服務區域外，或與您的主治全科牙醫距離超過 35 哩，您就可以從任何持照牙醫處取得急診和緊急牙科照護服務。請遵循以下「急診牙科照護補償」所說明的規則。

### 新會員的照護過渡

以下是本計畫的過渡期照護政策摘要。您可以致電 Health Net Dental 會員服務部索取正式版本。

新會員若要接受非簽約牙醫的急性病況治療，應該致電 Health Net Dental 會員服務部，電話號碼 1-866-249-2382（聽語障專線 1-800-855-2880），服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至晚上 8:00。可以致電會員服務部要求口譯服務。我們將審查您的具體情況，以確定您是否能繼續接受該牙醫的治療，還是應該由簽約牙醫接手後續照護。請務必閱讀上述 *當您要求急診牙科照護或緊急需求服務時該做什麼* 一節。其中列出可由非簽約牙醫提供急性牙科病況的急診牙科照護的情況。

急性牙科病況指任何需要以下醫療所必需照護的緊急病況：

- 舒緩劇痛或止血。
- 避免急性感染。
- 牙齒傷害需要立即治療。

### 過渡期照護限制項目

Health Net Dental 可決定是否核准急性病況的過渡期照護。只有在 Health Net Dental 核准的情況下才屬承保範圍。

- Health Net Dental 只有在您接受簽約牙醫的照護具有合適性時，才會核准非簽約醫療服務提供者的過渡期照護。
- Health Net Dental 不會承保不符合 *承保範圍證明* 的條款與條件的服務，也不會提供不符合本 *承保範圍證明* 的條款與條件的福利。
- Health Net Dental 不會承保由先前牙科計畫承保的服務，也不會提供由先前牙科計畫承保的福利。
- Health Net Dental 可以要求非簽約牙醫遵守與我們簽約牙醫一樣的合約條款與條件。
- 對於因非簽約牙醫提供過渡期照護服務而發生的疏忽、醫療疏失或其他不當行為所導致的任何訴訟，Health Net Dental 概不負責。

### 第二意見

以下是本計畫有關第二意見的政策摘要。會員服務部可提供正式版本。

您可以針對所提議或已完成的治療要求第二意見。如果 Health Net Dental 基於任何原因核准您的第二意見要求，Health Net Dental 就會給付所有必要的費用，包括牙科共付額。

您可以在下列情況下要求第二意見：

- 您質疑或不同意您主治全科牙醫所做診斷和／或所選治療計畫的合理性與必要性；
- 您不滿意您從某醫療服務提供者所取得治療的進度或結果；
- 臨床適應症不清楚，或診斷令人疑惑，或：
- 主治全科牙醫無法診斷該病況。



您必須致電 Health Net Dental 的會員服務部，以取得第二意見的核准。如果第二意見得到授權，您將被轉介給簽約牙醫。如果您所在區域內沒有簽約牙醫，本政策可有例外。第二意見牙醫必須持有執照、在其執業範圍內執行業務，且具備適當的臨床背景，包括與牙科照護有關的訓練和專門知識。當您要求第二意見時，您將須負責承擔「牙科受保服務表」所列的適用牙科共付額。未經 Health Net Dental 核准的第二意見，不屬於本計畫的承保範圍。

若要求第二意見時遭到拒絕，您將收到書面通知，告訴您拒絕的理由。此通知將告訴您第二意見為何被拒絕，並說明您可以如何依據本 *承保範圍證明* 第 9 章中所描述的上訴程序要求重新考慮。

### 使用評議

Health Net Dental 審查治療模式和特定療程，以判定其合適性。Health Net Dental 在此過程中會使用審查準則並制定標準。您可以索取這些準則和特定標準。

### Health Net Dental 會員服務部

Health Net Dental 會員服務部在正常工作時間可提供您牙科計畫的協助。正常工作時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至晚上 8:00。只要撥打免費電話就能聯絡到我們。我們能協助回答您的問題，向您說明您的牙科福利、牙科診所選擇／轉換、專科照護轉介、第二意見、保險卡、投訴，或其他事項。如果您需要口譯員服務，我們也能提供協助。正常工作時間撥打 1-866-249-2382 可獲得口譯員服務。正常工作時間撥打 1-800-855-2880 可獲得聽語障專線服務。

### 牙科共付額

若是受保福利／服務，您應負責承擔下文「牙科受保服務表」所列的費用（「共付額」）。您在接受照護時即向簽約牙醫（主治全科牙醫或專科照護牙醫）支付牙科共付額。您接受的服務若未列為受保福利，您就必須負責承擔相關費用。您無須負責承擔 Health Net Dental 應付的簽約牙醫的費用。

### 福利協調

您若有本計畫和其他計畫的承保，本計畫的承保優先。

### 會員付費責任

您應負責承擔適用的牙科共付額，以及超過 *主要牙科限制項目* 和 *主要牙科排除項目* 兩部分明文限制的非受保服務或福利。如果 Health Net Dental 不給付受保服務的費用給簽約牙醫，您也無須支付牙醫任何 Health Net Dental 應付的金額。但如果 Health Net Dental 不給付非簽約牙醫，您可能負責支付費用。如果您從您主治全科牙醫以外的醫療服務提供者取得非急診牙科照護，您有責任支付其費用，除非是在區域外接受的急診照護。

### 簽約牙醫合約終止

簽約牙醫的合約一旦終止，若根據協議或法律規定您仍保有資格，且您在合約終止時正接受該醫療服務提供者的照護，Health Net Dental 就有責任給付由該醫療服務提供者所提供您受保服務的費用（不包括牙科共付額），直到該醫療服務提供者提供給您的受保服務完成為止，除非 Health Net Dental 提供合理且具有醫療適當性的資源，讓其他簽約牙醫承接相關服務。如果您是接受急性或嚴重慢性病況的照護，您就可以選擇繼續接受該牙醫的照護（如果是本計畫終止牙醫協議）。如果對此有疑問，或想要求持續照護，您應該聯絡 Health Net Dental 的會員服務部。

### 獨立承包商關係

Health Net Dental 與簽約牙醫之間的關係屬於獨立承包商關係。簽約牙醫是獨立、社區型的執業人員，也是獲得執照得以提供牙科服務的專業公司。雖然 Health Net Dental 定期監控簽約牙醫服務的許多層面，但簽約牙醫並不是 Health Net Dental 的代理人或員工，而 Health Net Dental 及其員工和代表也非任何簽約牙醫的員工或代理人。簽約牙醫與您保持牙醫和病患者的關係，並只針對其所提供給您的服務向您負責。此承保範圍證明或協議沒有產生任何合資企業、合夥關係、僱傭關係、代理關係或其他關係。

### 牙科醫療疏失

Health Net Dental 和簽約牙醫為獨立實體，雙方簽訂合約，目的是要為 Health Net Dental 的會員提供牙科服務，而非簽約牙醫可能與 Health Net Dental 沒有任何關係。任何關於牙醫的醫療疏失、疏忽、和/或不當行為的爭端，不應牽涉 Health Net Dental，且應視主張情況只包括醫療服務提供者。

### 第三方責任

如果您因他人（第三方）的行為而受傷，Health Net Dental 將提供由簽約牙醫所提供全部受保服務的福利，以及此承保範圍證明所說明的急診牙科照護。不過，您若因為傷害而獲得金錢賠償，就必須就透過本計畫提供給您的任何服務，補償 Health Net Dental 該服務的價值。

如果您因第三方的行為而受傷，並且希望得到本計畫的福利，您必須與 Health Net Dental 合作以取得補償，包括告訴 Health Net Dental 第三方的姓名和住址（如果知道），告訴 Health Net Dental 您律師的姓名和住址（如果您聘請律師），以及填妥 Health Net Dental 可能要求的其他文件。如果您因所受的傷害獲得金錢賠償，並因這些傷害從本計畫取得福利，您必須將您所收到的金錢存放託管暫不使用，直到 Health Net Dental 得到其所提供福利之價值的補償。

除非您從勞工賠償理賠獲得金錢賠償，否則您需要補償 Health Net Dental 的金額僅限於您收到金額的三分之一（如果您聘請律師）或收到金額的一半（如果沒有聘請律師）。醫院或其他當事人也可能要求補償，但這些補償與 Health Net Dental 的理賠不相關。

### 拒絕治療

如果您不接受簽約牙醫建議的程序或治療，牙醫可能認為這種拒絕接受其行動方案的作法違背牙醫和病患者的關係。牙醫也可能認為此舉使其無法提供良好的牙科照護。如果您拒絕接受建議的治療或程序，而簽約牙醫認為已經沒有其他專業認可的治療時，您應該得到通知。如果您仍然拒絕接受建議的治療或程序，Health Net Dental 或任何簽約牙醫就不再有責任為正在接受治療的病況提供照護。在此情況下，您有權利要求您所認為的屬於承保範圍的替代治療或服務，並可針對遭到拒絕的要求提出上訴。請參閱本 *承保範圍證明* 第 9 章查詢更多資訊。只要您依規定通知會員服務部，本節的規定並不禁止您更換主治全科牙醫。具有法律行為能力的成年病患者有權利決定是否一定要接受醫療程序，其中包括（除了某些有限的例外情況）拒絕藥品、治療或其他程序的權利。《加利福尼亞法規法典》(California Code of Regulations) 第 22 編第 70707 節（又稱「病患者權利議案」(Patient Bill of Rights)）載有拒絕治療的一般陳述。

### 公共政策

Health Net Dental 允許會員透過其公共政策委員會參與制定其公共政策。在本款中，「公共政策」指 Health Net Dental 及其員工為確保倚賴簽約牙醫提供受保服務的會員能感到合適、尊嚴和便利而執行的行動。如需更多資訊，請致電 Health Net Dental 會員服務部。

### 接受和公開資訊的權利

投保此牙科計畫的一個條件是，Health Net Dental、其代理人、獨立承包商和簽約牙醫可以向任何個人、組織或政府機構公開，或向任何個人、組織或政府機構取得任何資訊和記錄，包括會員的病歷；這是依照法律程序、聯邦、州或地方法律規定，Health Net Dental 所要求或有義務要提供的資訊，或是 Health Net Dental 在管理此牙科計畫時所要求的資訊。

### 福利不可轉讓

本計畫的承保範圍和福利若無 Health Net Dental 事先書面同意不得擅自轉讓。此同意書可基於任何原因不予核發。Health Net Dental 保留自行決定是否直接給付福利給主診牙醫或您的權利。

### Health Net Dental 隱私政策

您可向 Health Net Dental 索取關於其維護病歷保密性的政策和程序，以及 Health Net Dental 使用和透露受保護健康資訊的隱私通知。此通知為健康保險可攜性和問責性法案 (HIPAA) 等州法律和聯邦法律所規定，在您投保時、索取時和內容有重大修改時都會提供給您。

### 詐欺和濫用

Health Net Dental 有反詐欺方案來調查可能的詐欺或濫用問題。會員和申請人可向 Health Net Dental 舉報嫌疑問題，我們將會進行保密調查。

詐欺指醫療服務提供者、您或任何代表其行事的個人，在知道欺騙或不實陳述可能導致某些未經授權的福利或給付的情況下而進行的欺騙或不實陳述。虛假或虛構的理賠申請可能包括虛假或虛構的陳述，或以不實或虛假的陳述為證明。

詐欺的例子如下：

- 申請並非提供給您或非您所使用之服務、用品或器材的理賠。
- 收取非受保或非可收費之服務、用品、器材的費用或申請相關理賠，裝作是受保項目。
- 提供服務給不符合資格的個人，但以符合資格會員的名義來收取費用或申請理賠。
- 不實陳述所提供服務的日期、頻率、時間長短或描述。

濫用指醫療服務提供者或您不當實行或不當使用，造成不必要的費用或福利。濫用包括給付非醫療所必需或不符合專業認可標準的服務或用品。

濫用的例子如下：

- 提供非醫療所必需的服務，或雖是醫療所必需的服務，但所提供的程度未達規定。
- 品質較差的照護。例如，持續提供不符合公認照護標準的牙科服務。
- 未能維護適當的臨床或財務記錄。
- 會員過度使用管制藥品（例如，止痛藥），有時作法是使用多位醫療服務提供者。

若要舉報可疑的詐欺或濫用問題，會員和申請人可以致電 Health Net Dental 會員服務部，電話號碼 **1-866-249-2382**（聽語障專線 **1-800-855-2880**），服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至晚上 8:00。可以致電會員服務部要求口譯服務。

## 主要牙科福利限制項目

請參閱牙科受保服務表，確認您應負責承擔的共付額。多年福利在其後年間可能不再提供。

### 一般

1. 任何未專門列於本計畫福利表中作為承保福利的程序，都可以按 Health Net 所選定提供治療的全科或專科照護牙醫的一般和慣例費用的 75% 提供，前提是這些服務包含在治療計畫中且未被專門排除在外。
2. 僅為了美容用途或僅為了外觀和進行的牙科程序或服務可以按 Health Net 所選定提供治療的全科或專科照護牙醫的一般和慣例費用的 75% 提供，除非其作為承保福利而專門列於本計畫福利表中。
3. 全身麻醉僅在由治療牙醫實施且與口腔及牙周外科程序同時進行時，才屬於承保福利。

## 預防

1. 例行洗牙（預防性潔牙）、牙周維護服務和塗氟治療每歷年限 2 次。兩 (2) 次額外的洗牙（例行或週期性的）可按列於本計畫福利表中的共付額來提供。如果是醫療所必需，可提供額外的預防性潔牙。
2. 封填劑：計畫福利適用於萌生四 (4) 年之內的乳齒和恆齒，除非是醫療所必需。

## 診斷檢測

1. 環口或全口 X 光片每三 (3) 年一次，除非是醫療所必需。

## 修復

1. 對於任何使用貴金屬、高貴金屬或鈦合金的程序，需額外收費（單位價格不超過 \$150）。
2. 替換牙冠或固定橋（每單位）限每五年（5）一次。
3. 同一治療計畫中涉及七（7）個或更多牙冠和／或固定橋單元，在每個牙套／橋單元所特定的共付額之外，還需為每單元額外支付 \$125 共付額。
4. 在白齒烤瓷特定共付額之外，每個牙冠／橋單元的共付額是 \$75。

## 口腔修復

1. 每十二 (12) 個月限一 (1) 次重襯。
2. 假牙（全口或部分）：僅當上一次在 Health Net 計畫下提供該等假牙五 (5) 年後才能更換，除非是由於功能性牙自然脫落。僅當現有的假牙不令人滿意、且根據提供治療的由 Health Net 選擇的全科牙醫判斷無法製作得令人滿意時，更換假牙才屬於本計畫的福利。
3. 交付可移動式假牙包括在提供服務日期起的六 (6) 個月內提供最多三 (3) 次調整。

## 牙髓病學

1. 所列出的牙髓病程序共付額不包括最終重建的花費。

## 口腔外科手術

1. 拔除無症狀的第三磨牙不屬於承保範圍，除非有病理（疾病）存在，但是可以按 Health Net 所選定的全科或專科照護牙醫的一般和慣例費用的 75% 來提供。
2. 包括例行術後訪視／治療。

## 齒列矯正

1. 全口齒列矯正福利包括所有時期的治療和固定／活動式用具。

### 齒列矯正排除與限制項目

如果您需要齒列矯正服務，必須事先取得轉介。如果未在齒列矯正治療開始進行之前取得轉介，會員將要承擔與任何齒列矯正治療相關的所有費用。

如果您在齒列矯正治療開始之後中止 Health Net 計畫，您將要承擔後續齒列矯正治療所產生的任何額外費用。

1. 齒列矯正治療必須由 Health Net 選定的主治牙醫或 Health Net 簽約的齒列矯正醫師所提供，以便使用列於本計畫福利表中的共付額。
2. 計畫福利應當承保二十四 (24) 個月的一般和慣例齒列矯正治療以及額外二十四 (24) 個月的固位。延期到超過這個時間週期的治療，每次門診將收費 \$25。
3. 以下項目不包含於齒列矯正治療福利：
  - a. 修理或替換丟失或損壞的用具；
  - b. 列齒矯正的重新治療；
  - c. 涉及以下情況的治療：
    - i. 頷面一面部手術、肌機能治療、唇齶裂、小頷畸形、巨舌畸形；
    - ii. 荷爾蒙失調或其他影響生長或發育異常的因素；
    - iii. 與顛下顎關節障礙相關的治療；
    - iv. 複合或陶瓷牙套、齒列矯正環套的舌側矯治器或其他標準固定式和活動式齒列矯正用具的專門或美容性的替代品。
4. 治療的固位期應當包括矯正器的製作、安裝與調整。
5. 在您承保生效日的進行中的主動齒列矯正治療不屬於承保範圍。主動齒列矯正治療意味著牙齒已經開始移動了。

### 自選治療規定

如果 (1) 費用較低的替代程序、服務或療程可以取代提議的治療，解決牙科病況（如本計畫所確認），並且 (2) 替代治療能產生令人滿意的專業結果，則本計畫可考慮給付的符合資格牙科最高費用將是費用較低的治療。

## 主要牙科排除項目

不給付以下項目費用：

1. 由未與 Health Net 簽約的牙醫提供、未獲得事先授權的服務（區域外急診服務除外）。這包括由全科牙醫或專科照護牙醫提供的服務。
2. 在會員有資格加入本計畫前或在會員終止加入本計畫後開始提供的服務。例子包括牙套備牙、根管治療進程中以及全口或部分假牙取模。
3. 由 Health Net 選定的主治醫師確定不是維持或提高會員牙科健康的合理和／或所必需的任何牙科服務或用具。
4. 正顎外科手術。
5. 任何種類的住院／門診醫院收費，包括牙醫和／或醫師收費、處方或藥品。
6. 由於濫用、誤用或疏忽而造成丟失、失竊或損壞的假牙、牙冠、用具或固定橋的更換。
7. 惡性腫瘤、囊腫或腫瘤的治療，除非在本計畫福利表中特別列為是受承保的福利。任何與病理實驗室費用有關的費用。
8. 任何以改變咬合垂直尺寸、糾正先天缺陷、發育異常或醫療原因引起的牙科疾病為主要目的程序、用具或修復，包括但不限於肌功能、肌骨骼或顯下頷關節疾病，除非在本計畫福利表中被列為是受保服務。
9. 與安置植體、牙科植體的義齒補綴修復、以及專業植體維護服務相關的牙科植體或服務。
10. 提供給聯邦或州政府機構或機關、政治下屬部門，或除 Medicaid 或 Medicare 之外的其他公共計畫的牙科服務，或由其支付費用的牙科服務。
11. 在任何國家或國際權威機構的武裝部隊中服役時所需的牙科服務。
12. 被認為是實驗性質的牙科服務。
13. 由於會員的總體健康或身體限制而導致無法在牙科診所中進行的任何牙科程序或治療。

**牙科受保服務表**

以下例行（非 Medicare 承保）牙科服務的共付額並不適用於本章第 1.2 節前述受保醫療服務的最高自費額上限。請參閱「主要牙科福利限制項目」和「主要牙科排除項目」部分以查看可能適用的附加條件。

代碼	服務項目	您支付
<b>診斷</b>		
D0120	定期口腔評估－原病患者	無需繳費
D0140	局部口腔評估－針對問題	無需繳費
D0145	口腔評估－三歲以下病患者，諮詢主要照護者	無需繳費
D0150	完整口腔評估－新病患者或原病患者	無需繳費
D0160	詳細完整的口腔評估－針對問題，按報告計	
D0170	兩次評估－有限、針對病狀（原病患者、非術後看診）	無需繳費
D0180	綜合牙周評估－初診病患者或原病患者	無需繳費
D0210	口腔內－全口 X 光片組（包括咬翼片）	無需繳費
D0220	口腔內－牙根尖片第一片	無需繳費
D0230	口腔內－牙根尖片每增加一片	無需繳費
D0240	口腔內－咬合軟片	無需繳費
D0250	口腔外－第一片	無需繳費
D0260	口腔外－每增加一片	無需繳費
D0270	咬翼片－單片	無需繳費
D0272	咬翼片－雙片	無需繳費
D0273	咬翼片－三片	無需繳費
D0274	咬翼片－四片	無需繳費
D0277	垂直咬翼片－七至八片	無需繳費
D0330	環口片	無需繳費
D0350	口腔／臉部照相攝影	無需繳費
D0415	收集用於培養的微生物和藥敏	無需繳費
D0425	齲齒藥敏試驗	無需繳費
D0431	有助於檢測粘膜異常的輔助診斷前測試	\$50
D0460	牙髓活性檢測	無需繳費
D0470	診斷性牙模	無需繳費
D0472	組織附加，肉眼檢查準備和傳送書面報告	無需繳費
D0473	組織附加，肉眼檢查準備和傳送書面報告	無需繳費
D0474	取得組織、肉眼觀察和顯微鏡檢查，包括評估外科手術切緣是否有疾病、準備和傳輸書面報告	無需繳費
D0486	實驗室刷抹切片樣本附加，顯微鏡檢查準備和傳送書面報告	無需繳費



代碼	服務項目	您支付
<b>預防</b>		
D1110	預防性潔牙—成人	無需繳費
D1110	預防性潔牙—成人（除每 12 個月准許 2 次以外）	\$20
D1120	預防性潔牙—兒童	無需繳費
D1120	預防性潔牙—兒童（除每 12 個月准許 2 次以外）	\$15
D1203	局部塗氟—兒童	無需繳費
D1204	局部塗氟—成人	無需繳費
D1206	局部氟化物塗膜；中至高風險齲齒病患的治療性塗氟	無需繳費
D1310	控制牙齒疾病的營養諮詢	無需繳費
D1320	針對口腔疾病預防和控制所進行的戒菸諮詢	無需繳費
D1330	口腔衛生說明	無需繳費
D1351	封填劑—每顆牙	無需繳費
D1510	空間維持器，固定式—單側	無需繳費
D1515	空間維持器，固定式—雙側	無需繳費
D1520	空間維持器，活動式—單側	無需繳費
D1525	空間維持器，活動式—雙側	無需繳費
D1550	重新黏合空間維持器	\$5
D1555	移除固定式空間維持器	\$5
<b>修復</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>對於任何使用貴金屬、高貴金屬或鈦合金的程序，需額外收費（單位價格不超過 \$150）。在白齒烤瓷特定共付額之外，每個牙冠／橋單元的共付額是 \$75。</li> <li>同一治療計畫中涉及七（7）個或以上牙套和／或固定橋單元，在每個牙冠／橋單元所特定的共付額之外，還需為每單元支付額外的 \$125 共付額。</li> </ul>	
D2140	汞齊—1 個牙面，乳齒或恆齒	無需繳費
D2150	汞齊—2 個牙面，乳齒或恆齒	無需繳費
D2160	汞齊—3 個牙面，乳齒或恆齒	無需繳費
D2161	汞齊—4 個牙面或以上，乳齒或恆齒	無需繳費
D2330	樹脂基複合材料—1 個牙面，前齒	無需繳費
D2331	樹脂基複合材料—2 個牙面，前齒	無需繳費
D2332	樹脂基複合材料—3 個牙面，前齒	無需繳費
D2335	樹脂基複合材料—4 個牙面或以上或切角處，前齒	無需繳費
D2390	樹脂基複合材料，牙冠，前齒	\$20
D2391	樹脂基複合材料—1 個牙面，後齒	\$25
D2392	樹脂基複合材料—2 個牙面，後齒	\$30
D2393	樹脂基複合材料—3 個牙面，後齒	\$35
D2394	樹脂基複合材料—4 個牙面或以上，後齒	\$40

代碼	服務項目	您支付
D2510	嵌體—金屬—1 個牙面	\$85
D2520	嵌體—金屬—2 個牙面	\$85
D2530	嵌體—金屬—3 個牙面或以上	\$85
D2542	冠蓋體—金屬—2 個牙面	\$85
D2543	冠蓋體—金屬—3 個牙面	\$85
D2544	冠蓋體—金屬—4 個牙面或以上	\$85
D2610	嵌體—陶瓷/瓷—一個牙面	\$85
D2620	嵌體—陶瓷/瓷—二個牙面	\$85
D2630	嵌體—陶瓷/瓷—三個或更多個牙面	\$85
D2642	覆體—陶瓷/瓷—二個牙面	\$85
D2643	覆體—陶瓷/瓷—三個牙面	\$85
D2644	覆體—陶瓷/瓷—四個或更多個牙面	\$85
D2650	嵌體—樹脂基底複合材料—一個牙面	\$85
D2651	嵌體—樹脂基底複合材料—二個牙面	\$85
D2652	嵌體—樹脂基底複合材料—三個或更多個牙面	\$85
D2662	覆體—陶瓷/瓷—二個牙面	\$85
D2663	覆體—陶瓷/瓷—三個牙面	\$85
D2664	覆體—陶瓷/瓷—四個或更多個牙面	\$85
D2710	牙冠—樹脂基底複合材質 (間接)	\$85
D2712	牙冠— $\frac{3}{4}$ 樹脂基底複合材質 (間接)	\$85
D2720	牙冠—附高貴金屬樹脂	\$85
D2721	牙冠—主要附基礎金屬的樹脂樹脂	\$85
D2722	牙冠—附貴金屬樹脂	\$85
D2740	牙冠—陶瓷/瓷基底	\$225
D2750	牙冠—烤瓷熔附高貴金屬	\$85
D2751	牙冠—烤瓷熔附基礎金屬	\$85
D2752	牙冠—烤瓷熔附貴金屬	\$85
D2780	牙冠— $\frac{3}{4}$ 冠鑄造高貴金屬	\$85
D2781	牙冠— $\frac{3}{4}$ 冠鑄造基礎金屬為主材質	\$85
D2782	牙冠— $\frac{3}{4}$ 冠鑄造貴金屬	\$85
D2783	牙冠— $\frac{3}{4}$ 冠，陶瓷/瓷	\$85
D2790	牙冠—鑄造高貴金屬全冠	\$85
D2791	牙冠—鑄造基礎金屬全冠	\$85
D2792	牙冠—鑄造貴金屬全冠	\$85
D2794	牙冠—鈦	\$85
D2799	臨時牙冠	無需繳費
D2910	重新黏合嵌體、冠蓋體，或局部覆蓋修復體	無需繳費

D2915	重新黏合鑄造或預鑄牙柱和牙心	無需繳費
D2920	重新黏合牙冠	無需繳費
D2930	預鑄不銹鋼牙冠－乳齒	無需繳費
D2931	預鑄不銹鋼牙冠－恆齒	無需繳費
D2932	預鑄樹脂牙冠	無需繳費
D2933	有樹脂窗的預鑄不銹鋼牙冠	無需繳費
D2940	鎮靜充填	無需繳費
D2950	建立冠心，含任何牙釘	\$15
D2951	牙釘固定，除填補外每顆牙	\$10
D2952	除牙套外牙柱和牙心	\$25
D2953	每個額外的間接預鑄牙柱－同一顆牙	\$25
D2954	除牙冠外的預鑄牙柱和牙心	\$25
D2955	拔除牙柱（不與牙髓治療同時進行）	\$10
D2957	每個額外成品牙柱，同一顆牙	\$25
D2960	唇側貼面（薄片）－診椅邊	\$250
D2961	唇側貼面（樹脂薄片）－實驗室	\$300
D2962	唇側貼面（陶瓷薄片）－實驗室	\$350
D2970	臨時牙冠（斷齒）	無需繳費
D2971	在已存在的局部假牙支架上構建新牙冠的額外程序（將與牙冠代碼一起報告）	\$50
D2980	牙冠修補，按報告計	無需繳費

### 牙髓病

- 除最後修復的所有程序。

D3110	直接覆髓（不包括最終修復）	無需繳費
D3120	間接覆髓（不包括最終修復）	無需繳費
D3220	治療性斷髓（不含最後填補）－移除至牙本質牙骨質界的牙冠部牙髓並施藥	無需繳費
D3221	齒髓清創，乳齒與恆齒	\$20
D3230	齒髓治療（恢復性填充物）－前齒，乳齒（不含最後修復）	\$5
D3240	齒髓治療（恢復性填充物）－後齒，乳齒（不含最後修復）	\$10
D3310	牙髓治療－前齒（不包括最終修復）	\$40
D3320	牙髓治療－尖齒（不包括最終修復）	\$65
D3330	牙髓治療－臼齒（不包括最終修復）	\$95
D3331	治療根管阻塞，非外科手術進入	\$45
D3332	不完全牙髓治療；無法動手術、無法填補或斷裂牙	\$40
D3333	性能缺陷的內部齒修補。	\$45
D3346	對以前的根管治療進行重新治療－前齒	\$65

D3347	對以前的根管治療進行重新治療－雙尖齒	\$90
D3348	對以前的根管治療進行重新治療－臼齒	\$160
D3351	根尖成形術／再鈣化－初診（根尖封藥／穿孔鈣化修復，牙根吸收等）	\$65
D3352	根尖成形術／再鈣化－治療過程中換藥（根尖封藥／穿孔鈣化修復，牙根吸收等）	\$65
D3353	根尖成形術／再鈣化－最終診（包括完成根管治療－根尖封藥／穿孔鈣化修復，牙根吸收等）	\$65
D3410	根尖切除術／根尖外科手術－前齒	\$90
D3421	根尖切除術／根尖外科手術－雙尖齒（第一個牙根）	\$90
D3425	根尖切除術／根尖手術－臼齒（第一個牙根）	\$90
D3426	根尖切除術／根尖外科手術－（每增加一個牙根）	\$60
D3430	根尖逆充填－每個牙根	\$10
D3450	牙根切斷－每個牙根	\$95
D3910	以橡皮障分隔牙齒的外科手術	\$19
D3920	切半術（含任何牙根移除），不含根管治療	\$90
D3950	預製銷釘或牙柱的根管製備和安裝	\$15
<b>牙周病</b>		
D4210	牙齦切除術或牙齦整型術，四顆或以上相鄰牙齒或相連牙齒空間－每象限	\$35
D4211	牙齦切除術或牙齦整型術，一至三顆相鄰牙齒或相連牙齒空間－每象限	\$26
D4240	牙齦翻瓣手術，含牙根平整－四顆或以上相鄰牙齒或相連牙齒空間－每象限	\$100
D4241	齒齦翻瓣術，包括牙根整平術－一至三顆連續牙齒或連接的牙齒間隙－每個象限	\$78
D4245	根向移位翻瓣手術	\$115
D4249	臨床牙冠增長術－硬組織	\$120
D4260	骨頭修整手術（包括翻瓣切開和縫合）－四顆或以上連續牙齒或連接的牙齒間隙－每個象限	\$160
D4261	骨頭修整手術（包括翻瓣切開和縫合）－一至三顆牙齒或連接的牙齒間隙－每個象限	\$123
D4263	牙骨更換移植－象限內第一手術部位	\$135
D4264	牙骨更換移植－象限各個額外部位	\$95
D4265	用於協助軟組織和骨組織再生的生物材料	\$95

D4266	引導組織再生 – 可吸收屏膜，每一手術部位	\$215
D4267	引導組織再生 – 不可吸收屏膜，每一手術部位（含膜移除）	\$255
D4270	肉莖軟組織移植術	\$85
D4271	游離軟組織移植（包括移植供給部位外科手術）	\$120
D4273	上皮下結締組織移植術，每顆牙	\$75
D4274	遠心或近心楔形手術（並非與同一解剖區的外科手術同時進行時）	\$50
D4275	軟組織同種異質移植	\$125
D4320	臨時夾板 — 冠內	\$85
D4321	臨時夾板 — 冠外	\$75
D4341	牙周洗牙和牙根整平術 — 四顆或以上牙齒 — 每個象限	\$15
D4342	牙周洗牙和牙根整平術 — 一至三顆牙齒 — 每個象限	\$11
D4355	全口清創以便進行完整評估和診斷	\$15
D4381	經由控制釋放裝置將抗微生物劑局部釋放到患病齦溝組織，每顆牙，透過報告	\$60
D4910	牙周維護	\$15
D4999	牙周衛生指導	無需繳費

#### 義齒補綴（移動式假牙／局部假牙）

- 包括在 6 個月內交付最多達 3 次的調整。

D5110	全口假牙 — 上顎	\$100
D5120	全口假牙 — 下顎	\$100
D5130	即裝假牙 — 上顎	\$100
D5140	即裝假牙 — 下顎	\$100
D5211	上顎局部假牙補綴 — 樹脂襯底（包括任何傳統牙鉤、環靠和牙齒）	\$100
D5212	下顎局部假牙補綴 — 樹脂襯底（包括任何傳統牙鉤、環靠和牙齒）	\$100
D5213	上顎局部假牙補綴 — 鑄模鐵網帶樹脂假牙襯底（包括任何傳統牙鉤、環靠和牙齒）	\$125
D5214	下顎局部假牙補綴 — 鑄模鐵網帶樹脂假牙襯底（包括任何傳統牙鉤、環靠和牙齒）	\$125
D5225	上顎局部假牙補綴 — 樹脂襯底（包括任何牙鉤、環靠和牙齒）	\$365
D5226	下顎局部假牙補綴 — 樹脂襯底（包括任何牙鉤、環靠和牙齒）	\$365
D5281	活動式單側局部假牙 — 單件鑄造金屬（包括牙鉤和牙齒）	\$125
D5410	調整全口假牙 — 上顎	無需繳費
D5411	調整全口假牙 — 下顎	無需繳費

D5421	調整局部假牙－上顎	無需繳費
D5422	調整局部假牙－下顎	無需繳費
D5510	修補斷裂的全排假牙基托	\$10
D5520	修復全口假牙補綴缺牙或破損牙（每顆牙）	\$10
D5610	修補樹脂假牙基	\$10
D5620	修補鑄造支架	\$10
D5630	修補或置換斷裂的牙鉤	\$10
D5640	替換斷牙－每顆牙	\$10
D5650	現有的局部假牙上添加假牙	\$10
D5660	現有的局部假牙上添加牙鉤	\$10
D5670	置換所有在鑄模鐵網上的牙齒和樹脂（上顎）	\$165
D5671	置換所有在鑄模鐵網上的牙齒和樹脂（下顎）	\$165
D5710	全排上顎假牙換底	\$35
D5711	全排下顎假牙換底	\$35
D5720	局部上顎假牙換底	\$35
D5721	局部下顎假牙換底	\$35
D5730	全排上顎假牙重襯（診椅邊）	\$20
D5731	全排下顎假牙重襯（診椅邊）	\$20
D5740	局部上顎假牙重襯（診椅邊）	\$20
D5741	局部下顎假牙重襯（診椅邊）	\$20
D5750	全排上顎假牙重襯（牙科技工室）	\$35
D5751	全排下顎假牙重襯（牙科技工室）	\$35
D5760	局部上顎假牙重襯（牙科技工室）	\$35
D5761	局部下顎假牙重襯（牙科技工室）	\$35
D5810	暫時全排假牙－上顎	\$100
D5811	暫時全排假牙－下顎	\$100
D5820	暫時局部假牙－上顎	\$35
D5821	暫時局部假牙－下顎	\$35
D5850	組織調整－上顎	\$10
D5851	組織調整－下顎	\$10
D5862	精密覆著體，按報告計	\$160

**義齒補綴－固定式**

D6210	橋體－鑄造高貴金屬	\$85
D6211	橋體－基礎金屬為主材質鑄造	\$85
D6212	Pontic - cast noble metal	\$85
D6214	橋體－鈦	\$85
D6240	橋體－烤瓷熔附高貴金屬	\$85

D6241	橋體 – 烤瓷熔附基礎金屬	\$85
D6242	橋體 – 烤瓷熔附貴金屬	\$85
D6245	橋體 – 陶瓷/瓷	\$105
D6250	橋體 – 附高貴金屬樹脂	\$85
D6251	橋體 – 主要附基礎金屬的樹脂	\$85
D6252	橋體 – 附貴金屬樹脂	\$85
D6253	臨時橋體	無需繳費
D6545	保持器 – 用於樹脂粘結的固定式義體的鑄造金屬	\$85
D6600	嵌體 – 陶瓷/瓷，二個牙面	\$85
D6601	嵌體 – 陶瓷/瓷，三個或更多個牙面	\$85
D6602	嵌體 – 鑄造高貴金屬，二個牙面	\$85
D6603	嵌體 – 鑄造高貴金屬，三個或更多個牙面	\$85
D6604	嵌體 – 基礎金屬為主材質鑄造，二個牙面	\$85
D6605	嵌體 – 鑄造基礎金屬為主材質，三個或更多個牙面	\$85
D6606	嵌體 – 鑄造高貴金屬，二個牙面	\$85
D6607	嵌體 – 鑄造貴金屬，三個或更多個牙面	\$85
D6608	覆體 – 陶瓷/瓷，二個牙面	\$85
D6609	覆體 – 陶瓷/瓷，三個或更多個牙面	\$85
D6610	覆體 – 鑄造高貴金屬，兩個牙面	\$85
D6611	覆體 – 鑄造高貴金屬，三個或更多個牙面	\$85
D6612	覆體 – 基礎金屬為主材質鑄造，二個牙面	\$85
D6613	覆體 – 鑄造基礎金屬為主材質，三個或更多個牙面	\$85
D6614	覆體 – 鑄造貴金屬，二個牙面	\$85
D6615	覆體 – 鑄造貴金屬，三個或更多個牙面	\$85
D6710	牙冠 – 間接樹脂基底材質（不用於臨時或暫時性牙冠）	\$85
D6720	牙冠 – 附高貴金屬樹脂	\$85
D6721	牙冠 – 主要附基礎金屬的樹脂樹脂	\$85
D6722	牙冠 – 附貴金屬樹脂	\$85
D6740	牙套 – 陶瓷/陶	\$85
D6750	牙冠 – 烤瓷熔附高貴金屬	\$85
D6751	牙冠 – 烤瓷熔附基礎金屬	\$85
D6752	牙冠 – 烤瓷熔附貴金屬	\$85
D6780	牙冠 – 3/4 冠鑄造高貴金屬	\$85
D6781	牙冠 – 3/4 冠鑄造基礎金屬為主材質	\$85
D6782	牙冠 – 3/4 冠鑄造貴金屬	\$85
D6783	牙套 – 3/4 陶瓷/陶	\$85
D6790	牙冠 – 鑄造高貴金屬全冠	\$85
D6791	牙冠 – 鑄造基礎金屬全冠	\$85

D6792	牙冠 – 鑄造貴金屬全冠	\$85
D6794	牙冠 – 鈦	\$85
D6930	重新黏合固定式局部假牙	無需繳費
D6940	壓力減除器	\$110
D6950	精密覆著體	\$195
D6970	除固定式局部假牙的固定器以外的牙柱和牙心，	\$25
D6972	除固定式局部假牙的固定器以外的預鑄牙柱和牙心	\$25
D6973	保持器的牙心製作，含任何牙釘	\$10
D6976	每增加一個鑄造牙柱 – 同一顆牙	\$10
D6977	每個額外預鑄牙柱 – 同一顆牙	\$10
D6980	固定式局部假牙修補，按報告計	無需繳費

### 口腔外科手術

- 包括例行術後訪視／治療。
- 拔除無症狀的第三磨牙不屬於承保範圍，除非有病理（疾病）存在，但是可以按 Health Net 所選定的全科或專科照護牙醫的一般和慣例費用的 75% 來提供。

D7111	拔牙，殘餘牙冠 – 脫落牙齒	無需繳費
D7140	拔牙 – 萌出牙或暴露牙根（評估和／或用手術鉗拔牙）	無需繳費
D7210	需評估黏膜骨膜皮瓣並移除骨頭和／或部分牙齒而進行的萌出 牙外科手術拔除	\$5
D7220	拔除阻生齒 – 軟組織阻生	\$10
D7230	拔除阻生齒 – 局部骨阻生	\$30
D7240	拔除阻生齒 – 完全骨阻生	\$55
D7241	拔除阻生齒 – 完全骨阻生，有罕見的外科手術併發症	\$80
D7250	外科手術拔除殘根（切割程序）	\$5
D7270	牙再植入和／或意外脫位或錯位牙齒之穩固	\$15
D7280	外科手術使未萌齒暴露	\$15
D7282	萌生牙或錯位牙的神經游離術，用於協助萌生	\$15
D7283	安放裝置協助阻生牙之萌生	\$15
D7285	口腔組織切片 – 硬組織（骨、牙）	無需繳費
D7286	口腔組織切片 – 軟組織（所有其他組織）	無需繳費
D7287	脫落細胞學樣品收集	\$50
D7288	刷抹切片 – 上皮採樣	\$50
D7310	與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 – 四顆或以上牙齒或牙齒間 隙，每個象限	無需繳費
D7311	與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 – 一至三顆牙齒或牙齒間隙， 每個象限	無需繳費
D7320	未與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 – 四顆或以上牙齒或牙齒間	無需繳費



	隙，每個象限	
D7321	未與拔牙同時進行的齒槽骨成形術 – 一至三顆牙齒或牙齒間隙，每個象限	無需繳費
D7471	橫向外生骨贅移除 (上顎或下顎)	\$80
D7472	移除上顎隆凸	\$15
D7473	移除下顎隆凸	\$15
D7485	外科手術縮小骨質粗隆	\$60
D7510	膿腫切開及引流 – 口腔內軟組織	\$15
D7511	切開與清膿瘡 – 口腔內軟組織 – 複雜（包括多個筋膜間隙的潔治）	\$15
D7520	膿腫切開及引流 – 口腔外軟組織	\$15
D7521	切開與清膿瘡 – 口腔內軟組織 – 複雜（包括多個筋膜間隙的潔治）	\$15
D7910	最近最長達 5 cm 的小傷口的縫合	\$15
D7960	繫帶切整術（繫帶切除術或繫帶切開術）– 分開程序	無需繳費
D7963	繫帶成形術	無需繳費
D7970	移除增生組織 – 每牙弓	\$55
D7971	冠周齒齦切除	\$35

### 齒列矯正

- 福利承保 24 個月的一般及慣例的齒列矯正治療以及 24 個月的固位。
- 全口齒列矯正福利包括所有時期的治療和固定／活動式用具。

D8010	乳齒列有限矯正治療	\$725
D8020	換牙期齒列有限矯正治療	\$725
D8030	青少年齒列有限矯正治療	\$725
D8040	成人齒列的有限齒列矯正治療	\$725
D8050	乳齒列阻斷矯正治療	25% Discount
D8060	換牙期齒列阻斷矯正治療	25% Discount
D8070	換牙期齒列完整矯正治療	\$1450
D8080	青少年齒列的綜合齒列矯正治療	\$1450
D8090	成人齒列完整矯正治療	\$1450
D8210	可拆卸式儀器治療	25% Discount
D8220	固定式儀器治療	25% Discount
D8660	矯正治療前看診	無需繳費
D8670	牙周齒列矯正治療看診（屬合約部分）	無需繳費

D8680	齒列矯正固定裝置（矯正器移除，保持器製作與安裝）	\$250
D8693	重裝或重黏和／或修復，視固定保持器所需	無需繳費
D8999	齒列矯正計畫及記錄（前／後 X 線（X 線頭影測量，全口等）、照片、研究模型）	\$250
D8999	24 個月後的積極治療或固位矯正看診	每次門診 \$25
<b>輔助性</b>		
D9110	緩和牙痛（緊急）治療－小型手術	無需繳費
D9120	固定式局部假牙切割	無需繳費
D9210	不與手術或外科手術同時進行的局部麻醉	無需繳費
D9211	區域阻滯麻醉	無需繳費
D9212	三叉分離阻滯麻醉	無需繳費
D9215	局部麻醉	無需繳費
D9220	深度鎮靜／全身麻醉－首 30 分鐘	\$150
D9221	深度鎮靜／全身麻醉－每增加 15 分鐘	\$45
D9230	鎮痛抗焦慮、一氧化二氮的吸入	\$15
D9241	靜脈清醒鎮靜／止痛－首 30 分鐘	\$150
D9242	靜脈清醒麻醉／無痛－每增加 15 分鐘	\$45
D9248	非靜脈注射清醒鎮定	\$15
D9310	諮詢－請求除了提供治療的執業者外的牙醫或醫師提供的診斷服務	無需繳費
D9430	到診所看診接受觀察（於正常看診時間）－未提供其它服務	無需繳費
D9440	門診－正常看診時間之外	\$15
D9450	案例簡報，詳細完整的治療規劃	無需繳費
D9491	門診－每次（包括消毒和／或感染控制）	\$5
D9610	治療藥物注射，按報告計	\$15
D9612	治療注射藥物，兩次或更多次使用，不同的藥物	\$25
D9630	其它藥物和／或按報告的藥劑	\$15
D9910	敷塗脫敏藥	\$15
D9940	按報告的咬合面防護裝置	\$85
D9942	咬合護套修復和／或重襯	\$40
D9951	咬合調整－局部	無需繳費
D9952	咬合調整－完整	無需繳費
D9972	外部漂白－每牙弓	\$125
D9999	未到約診（少於 24 小時的通知）	\$10

### 如何申請牙科照護服務理賠

在大部分情況下，您的主治全科牙醫會將您的理賠申請交給 Health Net Dental。如欲申請理賠，請寄信函給我們，或填寫一份 Health Net Dental 理賠表。如需理賠表，請上網 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)，或致電 Health Net Dental 會員服務部，電話號碼 **1-866-249-2382**（聽語障專線 **1-800-855-2880**），服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至晚上 8:00。可以致電會員服務部要求口譯服務。您也可以從 Health Net Dental 的網站 [www.hndental.com](http://www.hndental.com) 取得理賠表。

請在理賠表或信函中隨附您的明細帳單。請將明細帳單和填妥的理賠表或信函寄至：

Health Net Dental  
P.O. Box 30567  
Salt Lake City, UT 84130-0567

我們會在收到您理賠申請的 72 小時內將我們對您理賠的決定通知郵寄給您。如果您應得到補償，我們會在收到您的理賠申請起 30 天內將支票郵寄給您。

### 急診牙科照護補償

如果您接受急診或緊急牙科醫療服務的牙醫不是您的主治全科牙醫，該牙醫可能在提供服務之時要求您付款。

如果您付了承保範圍內的急診或緊急牙科照護服務的費用，您須將付款帳單副本及付款證明寄至：

Health Net Dental  
P.O. Box 30567  
Salt Lake City, UT 84130-0567

所有這類理賠申請必須寄至 Health Net Dental 才能考慮給付。請包括牙醫填妥的理賠表；如果無法取得表格，可另用紙張填寫，列出以下資訊：

- 您保險卡上的姓名、住址、保險卡號碼和團體號碼。
- 為您提供服務的牙醫姓名和住址（除非帳單上已註明）。
- 解釋必須提供急診或緊急治療的病況。
- 一份明細收據，詳列所提供的受保服務。

如果還需要額外的資訊，您會收到書面通知。如果理賠申請遭到全部或部分拒絕，您會在 30 天內收到該決定的書面通知，內容包括：

- 拒絕理由。
- 援引此拒絕所根據的相關承保範圍證明規定。

- 通知您有權利要求我們重新考慮拒絕決定，並說明上訴的流程。

如果您不是從您的主治全科牙醫取得急診牙科照護，您應該回到您的主治全科牙醫那裡進行後續照護。

#### 不符規定的急診或緊急牙科醫療服務

急診或緊急牙科醫療服務不包括下列服務：

- 正常的診斷和預防服務。
- 永久性修復及義體服務。
- 全排牙髓服務。
- 全排牙周服務。
- 齒列矯正服務。
- 治療輕微病況的口腔外科手術。
- 其他並非急診牙科照護所需要的服務。

#### 有問題嗎？

如欲索取最新的主治全科牙醫資訊，或取得授權以接受服務，請聯絡 Health Net Dental 會員服務部，電話號碼 **1-866-249-2382**（聽語障專線 **1-800-855-2880**），服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至晚上 8:00。可以致電會員服務部要求口譯服務。或瀏覽 Health Net Dental 網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)，查閱您所在區域的 Health Net Dental 簽約醫療服務提供者清單。

本節包括的福利與其他福利須遵守相同的上訴流程。關於如何投訴的資訊，請參閱第 9 章。

## 眼鏡

您的基本醫療福利允許您透過計畫簽約醫療團體進行年度眼科檢查。除了年度例行眼科檢查和 Medicare 承保的眼科檢查（診斷並治療眼睛的疾病和病況），我們也承保您的眼鏡。Health Net 視力計畫由 EyeMed Vision Care, LLC 提供服務。針對任何被認定是醫療所必需的受保服務，EyeMed 將給付其應分攤的費用給您的醫療服務提供者，同時也會讓您知道您必須支付醫療服務提供者的金額。

### 如何利用本計畫

- 透過您的簽約醫療團體或主治醫師 (PCP) 安排您的例行年度眼科檢查。如欲轉介至專科醫師（眼科醫師或驗光師），請直接聯絡您的 PCP。非計畫簽約眼科醫師或驗光師所提供的視力照護，不屬於承保範圍。
- 做眼科檢查，如果您需要眼鏡或隱形眼鏡，將會提供您處方箋。您可向 Health Net Vision 在加利福尼亞的簽約眼鏡服務提供者購買眼鏡。請注意，獲授權為您提供眼科檢查的專科醫師也許不是 Health Net Vision 的簽約醫療服務提供者。由非 Health Net Vision 簽約眼鏡服務提供者提供的眼鏡不屬於承保範圍。如需更多資訊或 Health Net Vision 在加利福尼亞的簽約眼鏡服務提供者清單，請致電 1-866-392-6058 與 Health Net Vision 會員服務部聯絡，服務時間為太平洋時間週一至週六，上午 5:00 至晚上 8:00，以及週日上午 8:00 至下午 5:00（或供聽力與言語障礙人士使用的聽語障專線 1-866-308-5375，服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至下午 2:00），或瀏覽本計畫網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)。
- Health Net Vision 簽約眼鏡服務提供者所提供的處方眼鏡，其費用將直接付給該 Health Net Vision 簽約服務提供者。

以上是您取得新眼鏡或隱形眼鏡時所需做的一切。Health Net Vision 簽約服務提供者將為您處理所有的文書作業和帳單事宜。

如果您有關於視力保健福利的疑問，或需要 Health Net Vision 在加利福尼亞的簽約眼鏡服務提供者清單，請致電 1-866-392-6058 與 Health Net Vision 會員服務部聯絡。正常服務時間為太平洋時間週一至週六，上午 5:00 至晚上 8:00，以及週日上午 8:00 至下午 5:00。聽語障專線 1-866-308-5375，服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至下午 2:00。

## 眼鏡福利

眼鏡福利與所有其他福利不同之處，在於其並未註明共付額。不過，您必須支付眼鏡的零售價格與以下所述眼鏡補貼之間的差額。分攤費用欄若顯示「Health Net Vision 全額給付」，您即無須支付任何費用。

### 眼鏡福利表：

福利	分攤費用
<b>鏡框（每 24 個月一副鏡框*）</b>	
鏡框 （服務提供者所在地點提供的任何鏡框）	共付額 \$0。Health Net Vision 支付首 \$100；您支付餘額的 80%（如果適用）。
<b>標準塑膠眼鏡鏡片（每 24 個月一副*）</b>	
單焦	共付額 \$0。Health Net Vision 全額給付。
雙焦	共付額 \$0。Health Net Vision 全額給付。
三焦	共付額 \$0。Health Net Vision 全額給付。
標準漸進多焦鏡片	您支付 \$65。
高級漸進多焦鏡片	您支付 \$65，加上零售費用的 80%，減去 \$120 計畫補貼。
<b>隱形眼鏡（每 24 個月一副*）— 代替眼鏡鏡片</b> （隱形眼鏡補貼只包括材料。）	
傳統式	共付額 \$0。Health Net Vision 支付首 \$100；您支付餘額的 85%（如果適用）。
拋棄式 （如果使用拋棄型隱形眼鏡，您須在一次門診購足金額達到「眼鏡福利表」所示准許金額的副數。如果您首次	共付額 \$0。Health Net Vision 支付首 \$100；您支付餘額的 100%（如果適用）。

福利	分攤費用
購買時沒有用完全部准許金額，餘額不得保留未來使用。）	
醫療所必需（傳統式及拋棄式）**	共付額 \$0。Health Net Vision 全額給付。

\* 多年福利在其後年間可能不再提供。

\*\* 如果您被診斷出以下一種情形，則將隱形眼鏡定義為醫療所必需：

- 錐形角膜，使用標準鏡片也無法將病患者單眼或雙眼的視力矯正至 20/30。
- 高屈光不正，球面換算值超過 -12 D 或 +9 D。
- 兩眼屈光參差 3D 或以上。
- 與最好的矯正標準光學鏡片相較，病患者視力矯正可在視力表上進步兩 (2) 行。

如果您被診斷出以上任何一種情形，Health Net Vision 醫療服務提供者會向 Health Net Vision 提出事先授權的要求。Health Net Vision 醫療主任會審查所有醫療所必需隱形眼鏡的要求。如果核准，您的醫療所必需隱形眼鏡將獲得全額承保。

### 額外購買和自費額折扣

補貼福利僅限一次使用，餘額將失效。材料遺失或損壞不屬於承保範圍。

您可享受眼鏡鏡片升級 20% 折扣，包括紫外線防護、上色鏡片（單色或漸進多焦）、標準多層膜、標準光變色、標準抗反射塗層、抗偏光鏡片以及其他附購品。

若是本計畫不承保的用品，網絡醫療服務提供者可提供您 20% 的折扣，但此折扣不能和其他折扣或促銷優惠合併。折扣不適用於 EyeMed 醫療服務提供者的專業服務，或隱形眼鏡。零售價格可能因地點而不同。折扣不適用於其他團保福利計畫提供的福利。

補貼福利用完之後，您購買整副眼鏡仍享有 40% 的折扣，購買傳統隱形眼鏡也有 15% 的折扣。若您使用 US Laser 網絡的 Lasik 或 PRK 服務，可享受零售價格 15% 的折扣和促銷價格 5% 的折扣；US Laser 網絡為 LCA Vision 所擁有並營運。因為 Lasik 或 PRK 視力矯正是選擇性程序，由受過特別訓練的醫療服務提供者執行，所以您附近的醫療服務提供者不一定能提供此服務。如需查詢您附近的地點和折扣授權，請致電 **1-877-5LASER6**。初次購買之後，替換隱形眼鏡可以在網路上購買以節省可觀費用，並可直接郵寄給您。欲知細節請登錄 [www.eyemedvisioncare.com](http://www.eyemedvisioncare.com)。隱形眼鏡福利補貼不適用於本服務。

### 視力照護排除和限制項目

以下用品和服務為 Health Net 視力照護限制或排除項目：

- 眼科檢查不屬於自選附加福利組合眼鏡福利的承保範圍。例行眼科檢查則屬承保範圍，是您計畫醫療福利的一部分。請參閱本章前面的福利表。
- 在任何 24 個月期間驗配或配發超過一副鏡框和一副標準塑膠眼鏡鏡片或隱形眼鏡不屬於承保範圍。
- 補貼福利僅限一次使用，餘額將失效。
- 矯正兩眼物像不等視力缺陷的鏡片不屬於承保範圍。
- 診斷服務，以及單眼、雙眼或支持結構的醫療、或外科手術治療不屬於承保範圍。如需受保外科治療的資訊，請參閱本章前面的「福利表」。
- 非 Health Net Vision 簽約眼鏡服務提供者提供的服務或用品不屬於承保範圍。
- 非處方視力裝置和太陽眼鏡不屬於承保範圍。
- 額外的驗配和測量費用，或由於購買自選鏡框而產生的特殊諮詢費用，不屬於承保範圍。
- 斜視矯正或視力訓練輔具不屬於承保範圍。
- 門診處方藥或非處方藥並非您視力照護福利的一部分，不屬於承保範圍。如需更多關於您醫療或處方藥（D 部分）福利門診處方藥的資訊，請參閱本章前面的「福利表」或第 4 章和第 6 章。
- 視力輔具（除了眼鏡或隱形眼鏡）不屬於承保範圍。
- 分攤費用福利限一次使用；Health Net 不會給付任何餘額。
- 材料遺失或損壞不屬於承保範圍，除非到下次福利頻率將材料納入下次承保。
- 雇主聘僱條件所要求的矯正眼鏡，以及安全眼鏡，除非本計畫特別註明屬承保範圍。
- 兩副眼鏡而非雙光眼鏡。
- 提供視力照護的任何其他團體福利計畫所提供的服務或材料。
- 您在承保終止後才獲得的服務，承保終止前已訂購，且在上述訂購日起 31 天之內接受服務則不受此限。
- 因勞工賠償法或類似法規，或依政府機關或者聯邦或州計畫之要求或下屬部門規定緣故而提供的服務。
- 折扣或促銷優惠不適用於其他福利計畫提供的福利。只要接受了折扣或促銷優惠，福利期間就不再享有計畫福利。補貼福利僅限一次使用，餘額將失效。



## 付款責任

您須負擔從任何非 Health Net Vision 簽約醫療服務提供者所取得視力服務的費用，以及在從任何 Health Net Vision 簽約醫療服務提供者取得服務時，負擔超過您承保範圍證明所列福利的部分。

## 有問題嗎？

如需最新的醫療服務提供者資訊、取得授權以接受服務，或有任何關於視力照護服務理賠方面的疑問，請致電聯絡 Health Net Vision，電話號碼 1-866-392-6058，服務時間為太平洋時間週一至週六上午 5:00 至晚上 8:00，以及週日上午 8:00 至下午 5:00（或聽語障專線 1-866-308-5375，服務時間為太平洋時間週一至週五，上午 5:00 至下午 2:00）。或瀏覽 Health Net Vision 網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)，查閱您所在區域的 Health Net Vision 簽約醫療服務提供者清單。

本節包括的福利與其他福利須遵守相同的上訴流程。關於如何投訴的資訊，請參閱第 9 章。

## 運送服務（非緊急）

本計畫給付非緊急運送服務，您無需付費！非緊急運送服務指任何形式的運送，包括用於將病患運送至醫院或其他治療中心的救護車。透過本計畫提供的其他形式的醫療運送可能包括但不限於計程車、標準客運車輛或小麵包車。這些車輛外均標有運送供應商識別標誌。透過 Health Net 運送部提供的運送服務由 LogistiCare Solutions 管理。

### 哪些屬於給付範圍？

對於有醫療必要性、且由簽約計畫服務提供者和機構提供或由 Health Net 授權的受保醫療約診，其往返接送運送服務屬於給付範圍。如果您在同一趟行程中需要中途停在藥局、放射線醫療服務提供者或化驗機構，這將不會記為一次額外行程。您也可以讓一位成年家庭成員或看護者陪同（不會記為一次額外行程）前往計畫核准的地點無里程限制。您可以與其他有相近約診時間或目的地的乘客一同搭乘。以下類型的服務是根據您的需要而提供的：

**路邊接送：**將在您家門口或其他地點的路邊或車道上接送您。司機不會協助您走上步行道或階梯到達您家或其他地點門口。

**接送上門：**包括在車輛與您家或其他地點的門口間提供協助。司機將在目的地建築物門口開始提供有限協助並且幫您在車輛上扣好。不要期望司機能在您需要支持照護或協助時作為護送人員幫您或陪伴您。也不要期望司機到達停靠機構時，到機構內部為您提供協助。

**長期醫囑：**適用於當您要求 90 天或更長時間、每周 3 次或更多次運送，以接受如下服務：洗腎、化療、放射治療、傷口護理、康復治療或任何類型的持續治療（例如物理治療）。

所有的運送服務，包括長期醫囑均需經過資格驗證及福利確認，包括本計畫的任何行程限制（如適用）。

### 如何安排運送日程、確認狀態或估計乘車時間

安排運送日程、確認狀態或估計乘車時間簡單易行，只要致電以下所提供的相關電話號碼即可。在您安排約診時，您會獲知運送服務提供者的名稱。個案經理或機構也可代表您致電以安排運送服務。提供雙語服務。請注意，以下列有事先通知規定。

### 事先通知規定和電話號碼

轎車、出租車和麵包車服務必須在接送前至少**提早 1 個工作日**安排。

輪椅服務必須在接送前至少**提早 2 個工作日**安排。

如果您需要在較短時間內安排服務，這些要求將會依個案來考慮，並且取決於預約的性質、所安排的醫療服務約診時間以及運送資源的可用性。

如欲要求運送服務，請致電：(866) 779-5165（全國轉接服務：711），太平洋時間週一至週五，上午 7:00 至下午 6:00。

如欲查詢搭乘狀態或確認估計時間，請致電 Where's My Ride：

(866) 779-5229（全國轉接服務：711），太平洋時間週一至週五，上午 7:00 至下午 6:00。

### 您需要做些什麼呢

請在您預約的時間做好準備。將會給您三十分鐘的時間等待您的運送服務提供者的到達。

### 您可以期望從您的運送服務提供者處得到什麼服務

要求運送服務提供者從預約接送時間起等待不超過 20 分鐘。如果超過 20 分鐘，運送服務提供者可能會告知您，他們還有其他的接送任務而不能再等了。

運送服務提供者將會在會員致電要求返程之後 15 分鐘至 1 小時之內到達約定地點。

運送服務提供者可能會重新和您商量接送時間以便接送其他乘客，或適應各種天氣條件因素。運送服務提供者不可以與您重新商量有可能會導致您錯過您約診的時間。

### 什麼不在承保範圍之內（排除項目）

1. 如果您沒有資格在該日期接受的服務（不論約診是否為事先安排好的）。
2. 運送到沒有被批准和／或與醫療無關的地點（雜貨店、髮廊，等等）
3. 不允許運送司機從事以下任何行爲：
  - 在出發點和目的地之間提供協助（也稱全程上門 (door-through-door) 服務）
  - 以任何理由進入您的家
  - 收取小費
  - 讓您在任何地點下車，比如但不限於雜貨店或朋友家。
  - 移動輪椅超過 4 步

## Decision Power®:平衡的健康

*適合每個人、每一健康階段的資訊、資源和支持*

選擇 Health Net，您不僅可獲得健康照護承保。您還將擁有 Decision Power。

Decision Power 把適合您、您的健康和您的生活的資訊、資源和個人支持全都帶進同一個計畫。無論您關心的重點是維持健康、消除背痛還是診斷出患有嚴重疾病，我們都在這裡協助您與您的醫師一齊努力，做成知情決定。以下說明作業程序：

### → 維持健康和恢復健康同樣重要。

Decision Power 的目的就是要讓您過最健康的生活。我們會關注您的整體健康，不僅只關心特定問題或疾病。因此我們會協同您找出潛在的健康威脅，協助您防止小毛病變成大病痛。而且如果您罹患嚴重醫療病症時，我們也會在此協助您。

### → 您的健康，您的時間，您的選擇。

無論您

- 有疑問
- 需要協助以達成特定健康目標
- 需要治療，但需要決策支援以理解您的所有可選方案
- 與病痛共處

.....您都可選擇如何以及何時去使用資訊、資源和支援。您可以上網使用 Decision Power 或透過 24 小時護士熱線聯繫醫師。您可一次嘗試多種資源，或一次嘗試一種。每週七天，每天 24 小時，Decision Power 隨時為您服務。

登入 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)：

- **填寫健康風險問卷 (HRQ)**—HRQ 具有即時結果和互動功能，是根據您特別的健康剖析，來提供建議和資源的途徑。只要幾分鐘，您就可立即得知健康概況，還有更多控管健康的方法。
- **試用按部就班的計畫**，此計畫利用電話的輔助，整合了線上輔導與自助工具，讓您更輕鬆做到持久的健康改變。
  - 抽煙
  - 體重管理（成人與兒科）
  - 營養

- 壓力減輕
- 膽固醇過高
- 高血壓
- **追蹤您的健康進度**，並在您需要的時候建立完整醫療摘要。您可設定個人健康紀錄，用以留存理賠資料，及設定您 HRQ 的自訂回報資料。您還可輸入接種與檢驗紀錄／結果。此外，您將會自動收到下個步驟提示，並警示您要跟醫生討論的事項。
- **尋求精神健康問題的援助** — 評估抑鬱、酒精使用及其他情緒健康問題之工具和計畫。
- 我們的**藥物中心之處方追蹤**，在此您可以找到與可能有害藥物交叉作用、處方藥及非處方藥和補充品有關的最新資訊。
- **瞭解數據**—使用我們便利的工具，包括健康追蹤工具（膽固醇、飲食、體適能）、醫院比較報告及治療費用估算工具。
- **資訊齊全**—Decision Power 讓您隨即擁有可靠、簡單易懂的資料。除了我們的深度文獻圖書館之外，您還可找到：
  - 為您的健康照護決定和選擇提供支援和教育的特定情況和主題的視頻。
  - 取得資訊資源，比如 Healthwise® Knowledgebase（線上健康百科全書）；日曆；跟踪工具；以及互動模塊

### 每天 24 小時均可與醫師交談：

有了 Decision Power，您就可以方便輕鬆地從單一聯絡點提出任何及所有健康問題、目標或情況。與您洽談的臨床醫師都受過專業訓練，例如護士 — 他們會提供選擇，說明方案並根據您個人的價值觀、家庭需要、情況和偏好來支援您。

- 與受過訓練的醫師**一對一諮詢**。我們所有的 24 小時臨床醫師都具有豐富經驗和專業知識，能協助回應您主要的疑慮，並發掘和解決一系列相關或複雜的問題。
- 每天 24 小時**回答健康問題**。但是，如果遇到生命威脅的狀況，請務必撥打 9-1-1 或或立即前往急診室就醫。
- 跟您的醫生談話及評估治療方案的**技巧**。
- 針對體重管理、戒煙、壓力減輕、膽固醇管理、血壓控制等主題，設定可達成健康目標**指標**。
- **指導**／援助與持續性的病痛共存，例如氣喘、糖尿病、心臟病及抑鬱等。

- **專業支持**，如末期疾病、嚴重創傷—專業護理個案管理員與病患和家庭一對一互動，輔助提供任何及所有可能有助益的服務—例如居家照護、安寧照護、專業護理、行為健康等等。

→**醫生與病人的關連**。醫生懂醫學。您了解自己的身體狀況。有了 **Decision Power**，簡單就能知道要向您的醫生問什麼問題、如何說明您的偏好，以及獲得您所需要的支援。您懂得愈多，就越能操控複雜的健康抉擇及做出最有利於您的決定。

**Decision Power** — 隨時隨地任您盡情使用。因為凡跟您的健康有關，絕對不會只有一個正確解答。

今天就試用！登入網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 或撥打我們免費專線 1-800-893-5597（聽語障專線：1-800-276-3821）。

您也可向您目前投保的以下任何 Health Net 公司索取 **Decision Power®**：Health Net of California, Inc 或 Health Net Life Insurance Company。

**Decision Power** 是 Health Net 的 Medicare Advantage 福利計畫的一部分。但不附屬於 Health Net 的醫療服務提供者網絡。**Decision Power 服務**（包括健康輔導員 (**Health Coaches**)) 是 Health Net 向 Health Net of California 和 Health Net Life Insurance Company 的投保人提供的額外資源。

---

## 第 3 節 哪些福利不屬於本計畫的承保範圍？

---

第 3.1 節 本計畫不承保的福利（排除項目） □
---------------------------

本節為您說明哪些種類的福利被「排除」。排除的意思是本計畫不承保這些福利。在一些情況下，Medi-Cal (Medicaid) 會承保被 Medicare 排除的項目或服務。如需更多 Medi-Cal 福利的相關資訊，您可以致電會員服務部（電話號碼印於本手冊封底）。您也可參見計畫福利摘要的第 IV 節的 Medi-Cal 及本計畫之完整承保福利列表。如果您沒有收到，請致電會員服務部與我們聯絡，電話 1-800-431-9007（聽語障專線為 1-800-929-9955）。服務時間：每週 7 天，每天上午 8:00 至晚上 8:00，請他們寄一份給您。

以下列出某些在任何條件下都不屬於本計畫承保範圍的服務和用品，以及某些只有在特定條件下被本計畫排除的服務和用品。本表告知您服務或項目是否屬於 Medi-Cal (Medicaid) 承保範圍。

我們不會給付本節（或本手冊其他地方）所列的排除醫療福利，原 Medicare 也不會。唯一例外：如果排除項目清單上的某項福利經過上訴後被認定為我們因您的特定情況本應給付或承保的醫療福利。（如需有關上訴我們對某醫療服務作出不承保決定之資訊，請參閱本手冊第 9 章第 6.3 節。）

除了福利表上或本 **承保範圍證明** 其他地方的排除項目或限制項目，以下用品和服務也不屬於原 Medicare 或本計畫的承保範圍：

- 根據原 Medicare 的標準被認為是不合理且不必要的務，除非這些服務被本計畫列為受保服務。
- 實驗性的醫療和外科程序、器材和藥物，除非屬於原 Medicare 的承保範圍或屬於 Medicare 所核准臨床研究或我們的計畫的承保範圍。（如需更多關於臨床研究的資訊，請參閱第 3 章第 5 節）。實驗性程序和項目是指我們計畫與原 Medicare 判定普遍不被一般醫療社群所接受的項目和程序。
- 病態性肥胖的外科手術治療，除非被認為是醫療所必需，且屬於原 Medicare 的承保範圍。
- 醫院的單人病房，除非被認為是醫療所必需。
- 私人看護。不過，針對符合 Medi-Cal 豁免方案資格或特定資格條件的受益人，Medi-Cal (Medicaid) 也承保私人看護及私人看護機構之服務。請注意，在本計畫簽約年度之外，Medi-Cal 受保福利可能會有變動。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 您在醫院或專業護理機構的個人用品，如電話或電視。
- 您居家的全職護理照護。
- 監護照護是當您不需要有專業醫療照護或專業護理照護時，在看護中心、安寧中心或其他機構提供的照護。監護照護是個人照護，它不需要受過訓練的醫療或輔助人員的持續關注，比如幫助您從事日常生活活動（如洗澡或穿衣）的照護。不過，針對符合 Medi-Cal 豁免方案資格或特定資格條件的受益人，Medi-Cal (Medicaid) 也承保個人照護服務。請注意，在本計畫簽約年度之外，Medi-Cal 受保福利可能會有變動。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 家事服務，包括基本的家事協助，如簡單的家務整理或簡單的食物預備。不過，針對符合 Medi-Cal 豁免方案資格或特定資格條件的受益人，Medi-Cal (Medicaid) 也承保家事服務。請注意，在本計畫簽約年度之外，Medi-Cal 受保福利可能會有變動。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 您的直接親屬或家人收取的費用。

- 送到您家的膳食。不過，針對符合 Medi-Cal 豁免方案資格或特定資格條件的受益人，Medi-Cal (Medicaid) 也承保到府送膳服務。請注意，在本計畫簽約年度之外，Medi-Cal 受保福利可能會有變動。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 選擇性或自願性的增強程序或服務（包括減重、頭髮生長、性能力、運動能力、美容、抗老化、心智能力），除非是醫療所必需。
- 整容外科手術或程序，除非是由於意外傷害或為改善身體的畸形部位。但是，在乳房切除手術之後，若是為了保持對稱的外觀，該乳房所有重建階段皆屬承保範圍，而未受影響的乳房也屬承保範圍。
- 例行牙齒保健，如洗牙、充填或假牙。不過，為治療疾病或傷害而必須的非例行牙齒照護，可能會被納入住院或門診照護的承保範圍。例行牙科照護是以自選附加福利方式提供，您可以購買。請參閱上文第 2.2 節。
- 整脊照護，不包括符合 Medicare 承保準則的脊椎推拿。例行整脊照護是以自選附加福利方式提供，您可以購買。請參閱上文第 2.2 節。
- 矯正鞋，除非鞋子是腿固定器的一部分且包含在固定器的費用裡，或是鞋子是給有糖尿病足部疾病的人穿。
- 足部支持裝置，除非是給有糖尿病足部疾病的人穿的矯正鞋或治療鞋。
- 例行聽力檢查、助聽器或聽力輔具適用性檢查。不過，Medi-Cal (Medicaid) 承保聽力輔具及聽力輔具適用性檢查。請注意，在本計畫簽約年度之外，Medi-Cal 受保福利可能會有變動。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 角膜放射狀切開術、LASIK 外科手術、視力治療和其他弱視輔具。但在白內障外科手術後的眼鏡屬於承保範圍。不過，Medi-Cal (Medicaid) 承保弱視視力輔具。請注意，在本計畫簽約年度之外，Medi-Cal 受保福利可能會有變動。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 絕育復原程序、變性手術和非處方節育用品。
- 針灸。不過，2009 年 7 月 1 日起，Medi-Cal (Medicaid) 只在限定情況下才承保針灸服務。請注意，在本計畫簽約年度之外，Medi-Cal 受保福利可能會有變動。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 自然療法服務（使用自然或替代療法）。
- 在退伍軍人事務部 (VA) 機構提供給退伍軍人的服務。但若在 VA 醫院接受急診服務且 VA 分攤費用超過本計畫的分攤費用，我們會為退伍軍人補償差額。會員仍然須負擔本計畫的分攤費用。



---

本計畫不承保上述所列的除外服務。即使您是在急救機構接受服務，除外的服務仍不屬於承保範圍。

## **第 5 章： 利用本計畫的 D 部分處方藥承保**

<b>第 1 節</b>	<b>簡介 .....</b>	<b>143</b>
第 1.1 節	本章說明您的 D 部分藥品承保.....	143
第 1.2 節	本計畫 D 部分藥品承保的基本規則.....	143
<b>第 2 節</b>	<b>在網絡藥局或透過本計畫的郵購服務領取您的處方藥 .....</b>	<b>144</b>
第 2.1 節	使用網絡藥局，獲取處方藥承保.....	144
第 2.2 節	尋找網絡藥局.....	144
第 2.3 節	使用本計畫的郵購服務.....	145
第 2.4 節	您如何取得長期藥量？ .....	145
第 2.5 節	您何時能使用計畫網絡外藥局？ .....	146
<b>第 3 節</b>	<b>您的藥品需在本計畫的「藥品清單」上.....</b>	<b>146</b>
第 3.1 節	「藥品清單」說明哪些 D 部分藥品屬於承保範圍.....	146
第 3.2 節	藥品清單上的藥品分為五種「分攤費用層級」 .....	147
第 3.3 節	您如何查明某種藥物是否在藥品清單上？ .....	148
<b>第 4 節</b>	<b>部分藥品有承保限制規定 .....</b>	<b>148</b>
第 4.1 節	為什麼部分藥品有限制規定？ .....	148
第 4.2 節	有哪幾種限制規定？ .....	148
第 4.3 節	這些限制規定是否適用於您的藥物？ <input type="checkbox"/> .....	149
<b>第 5 節</b>	<b>如果您的藥品之一的承保方式非您所願時怎麼辦？ .....</b>	<b>150</b>
第 5.1 節	如果您的藥品的承保方式非您所願時您可以採取的措施.....	150
第 5.2 節	如果您的藥品不在藥品清單上或有某種方式的限制，您怎麼辦？ .....	150

---

第 5.3 節	如果您認為您藥品的分攤費用層級太高怎麼辦？ .....	152
<b>第 6 節</b>	<b>如果您某一藥品的承保範圍變更怎麼辦？ .....</b>	<b>153</b>
第 6.1 節	藥品清單可於年度當中變更.....	153
第 6.2 節	如果您藥品的承保範圍已經變更怎麼辦？ .....	153
<b>第 7 節</b>	<b>哪些類型的藥品不屬於本計畫的承保範圍？ .....</b>	<b>154</b>
第 7.1 節	我們不承保的藥品類型.....	154
<b>第 8 節</b>	<b>領取處方藥時請出示您的計畫會員卡 .....</b>	<b>156</b>
第 8.1 節	出示您的會員卡.....	156
第 8.2 節	如果您未攜帶會員卡怎麼辦？ .....	156
<b>第 9 節</b>	<b>特殊情況的 D 部分藥品承保.....</b>	<b>156</b>
第 9.1 節	如果您在醫院或專業護理機構的住院屬於本計畫承保範圍怎麼辦？ ....	156
第 9.2 節	如果您在長期照護機構住院怎麼辦？ .....	156
<b>第 10 節</b>	<b>藥品安全和藥物管理方案 .....</b>	<b>157</b>
第 10.1 節	幫助會員安全使用藥品的方案.....	157
第 10.2 節	幫助會員管理其藥物的方案.....	158



### 您如何獲取有關您藥品費用的資訊？

多數會員都有資格並獲得 Medicare 「額外協助」，幫助他們支付處方藥計畫之費用。如果您已加入額外協助方案，**本承保範圍證明中 D 部分處方藥的費用之部分資訊，您可能不適用**。我們已另附一張說明您藥品承保的獨立插頁，稱為「使用額外協助支付處方藥費用者的承保範圍證明附約」（也稱為「低收入津貼附約」或「LIS 附約」）。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附約」。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

---

## 第 1 節 簡介

---

### 第 1.1 節 本章說明您的 D 部分藥品承保

本章說明使用您 D 部分藥品承保的規則。下一章則說明您支付 D 部分藥品的哪些費用（第 6 章：*您支付您 D 部分處方藥的費用*）。

除了您的 D 部分藥品承保，本計畫也承保某些在本計畫醫療福利範圍內的藥品。

- 本計畫承保您在醫院或專業護理機構的受保住院期間接受的藥品。第 4 章（*福利表，承保範圍以及您支付的費用*）說明您在受保醫院或專業護理機構住院期間接受之藥品的福利與費用。
- Medicare B 部分也提供部分藥品的福利。B 部分藥品包括某些化療藥品、您在門診時接受的某些注射藥品，以及您在洗腎機構接受的藥品。第 4 章（*福利表、承保範圍以及您支付的費用*）說明 B 部分藥品的承保範圍與費用。

除了 Medicare 承保的藥品之外，Medi-Cal (Medicaid) 也將您的一些處方藥納入福利範圍。關於 Medi-Cal 承保藥品之資訊，請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。

### 第 1.2 節 本計畫 D 部分藥品承保的基本規則

只要您遵循下列基本規則，本計畫通常會承保您的藥品：

- 您必需要醫療服務提供者（醫師或其他開立處方者）來開立您的處方。
- 您必須使用網絡藥局領取處方藥。（請參閱第 2 節：*在網絡藥局或透過本計畫的郵購服務領取您的處方藥*。）

- 您的藥品必須列於本計畫的受保藥品清單（處方一覽表）上（簡稱「藥品清單」）。（請參閱第 3 節：您的藥品需要在本計畫的「藥品清單」上。）
- 您的藥品必須是使用於醫療上可接受的適應症。「醫療上可接受的適應症」是指使用食品藥物局核准或有特定參考書籍佐證的藥品。（如需更多關於醫療上可接受的適應症的資訊，請參閱第 3 節。）

## 第 2 節 在網絡藥局或透過本計畫的郵購服務領取您的處方藥

### 第 2.1 節 使用網絡藥局，獲取處方藥承保

在大多數情況下，只有在本計畫的網絡藥局領取您的處方藥，處方藥才屬於承保範圍。（如欲瞭解我們在什麼情況下會承保您在網絡外藥局領取的處方藥，請參閱第 2.5 節。）

網絡藥局是與本計畫簽約為您提供受保處方藥的藥局。「受保藥品」指屬於本計畫藥品清單承保範圍的所有 D 部分處方藥。

### 第 2.2 節 尋找網絡藥局

您如何找到在您區域內的網絡藥局？

如欲尋找某家網絡藥局，您可以查詢您的藥局名錄、瀏覽我們的網站 ([www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)) 或致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。選擇對您最方便的一家。

您可前往任何一家我們的網絡藥局。

如果您轉換到另一家網絡藥局，且您需要補充一直服用的藥品，您可要求醫療服務提供者開立新處方或將您的處方轉至新的網絡藥局。

如果您一直使用的藥局退出網絡怎麼辦？

如果您一直使用的藥局退出本計畫的網絡，您必須在網絡中找一家新藥局。如欲尋找您區域內的另一家網絡藥局，您可請會員服務部協助（電話號碼請參閱本手冊封底）或使用藥局名錄。您也可以到我們網站查詢資訊，網址 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)。

如果您需要專科藥局怎麼辦？

有時處方藥必須在專科藥局領取。專科藥局包括：

- 供應居家輸液療法藥品的藥局。
- 供應長期照護機構住院者藥品的藥局。長期照護機構（例如看護中心）通常有自己的藥局。住院者可透過住院機構的藥局取得處方藥，不過該藥局必須屬於我們網絡的一部分。如果您的長期照護藥局不在我們網絡內，請聯絡會員服務部。
- 印地安健康服務／部落／城市印第安健康方案的藥局（不適用波多黎各）。除了緊急情況之外，只有美國原住民或阿拉斯加原住民可獲取我們網絡中這類藥局的服務。
- 調配 FDA 限制在某些地點使用，或要求特別處理、醫療服務提供者協調或教育其用法的某些藥品的藥局。（備註：此情況應不常發生。）

如欲尋找專科藥局，請查閱您的 *藥局名錄* 或致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

### 第 2.3 節 使用本計畫的郵購服務

對於某些種類的藥品，您可以使用本計畫的網絡郵購服務取得。一般而言，透過郵購提供的藥品是您因慢性或長期醫療病況定期服用的藥品。可透過本計畫郵購服務取得之藥品，在我們的藥品表上標示為「**郵購**」藥物。

本計畫的郵購服務要求您訂購藥品時，必須訂購**至少 30 天、最多 90 天的藥量**。

欲取得訂購單及關於透過郵寄方式領取處方藥的資訊，請瀏覽我們的網站 ([www.healthnet.com](http://www.healthnet.com))，或致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）請求協助。

通常郵購藥品寄達給您的時間不會超過 14 天。如果郵購寄達時間延遲，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）請求協助。

### 第 2.4 節 您如何取得長期藥量？

當您取得長期藥量的藥品時，您的分攤費用可能比較低。本計畫提供兩種取得本計畫藥品清單上「維持型」藥品長期藥量的方式。（維持型藥品是您因慢性或長期醫療病況定期服用的藥品。）

1. 我們網絡中有**部分零售藥局**允許您取得維持型藥品的長期藥量。您的 *藥局名錄* 會說明我們哪些網絡藥局可提供長期藥量的維持型藥品。您也可以致電會員服務部取得更多資訊（電話號碼請參閱本手冊封底）。
2. 某些種類的藥品您可以使用本計畫的網絡**郵購服務**取得。可透過本計畫郵購服務取得之藥品，在我們的藥品表上標示為「**郵購**」藥物。本計畫的郵購服務要求您

訂購藥品時，必須訂購至少 30 天、最多 90 天的藥量。如需更多關於使用我們郵購服務的資訊，請參閱第 2.3 節。

## 第 2.5 節 您何時能使用計畫網絡外藥局？

### 在某些情況下您的處方可能屬於承保範圍

我們有位於服務區域外的網絡藥局，身為本計畫的會員，您可從這些網絡藥局領取您的處方藥。一般而言，只有當您無法使用網絡藥局時，我們才會承保在網絡外藥局領取的藥品。以下說明在網絡外藥局領取處方藥時我們會提供承保的一些情況：

- 如果您因為在合理的開車距離內沒有每週七天、每天 24 小時提供服務的網絡藥局，以致無法及時在我們服務區域內取得受保藥品。
- 如果您嘗試領取的是通常在可利用的網絡零售或郵購藥局不會有存量的處方藥（包括高價及獨特藥品）。
- 如果您取得的是醫療所必需但不屬於 Medicare B 部分承保範圍的疫苗，或其他在您的醫師診所施用的受保藥品。
- 如果您需要領取與醫療緊急情況或緊急照護相關的處方藥。
- 如果您因聯邦災難或宣布其他公共衛生緊急情況而遭疏散或被迫離開家園。
- 網絡外藥房購買的藥品限制為 30 日藥量。長期區域外旅行時應使用郵購。

在這些情況下，請先與會員服務部確認附近是否有網絡藥局。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

### 您如何向本計畫要求補償？

如果您必須使用網絡外藥局領取處方藥，通常必須支付全額費用（而不是只支付您的正常分攤費用）。您可向我們要求補償您我們應分攤的費用。（第 7 章第 2.1 節說明您如何向本計畫要求償還費用。）

## 第 3 節 您的藥品需在本計畫的「藥品清單」上

### 第 3.1 節 「藥品清單」說明哪些 D 部分藥品屬於承保範圍

本計畫有一份「受保藥品清單（處方一覽表）」。在本承保範圍證明中，我們簡稱它為「藥品清單」。

本清單上的藥品由醫師和藥劑師團隊協助本計畫挑選。本清單必須符合 Medicare 的規定。Medicare 已經核准本計畫的藥品清單。

藥品清單列出了包括屬於 Medicare D 部分（本章較前面部分，即第 1.1 節有 D 部分藥品的相關說明）承保範圍的藥品。除了 Medicare 承保的藥品之外，Medi-Cal (Medicaid) 也將您的一些處方藥納入福利範圍。關於 Medi-Cal 承保藥品之資訊，請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。

我們通常會承保本計畫藥品清單上的藥品，不過您必須遵循本章說明的其他承保規則，且藥品必須作為醫療上可接受適應症之使用。「醫療上可接受適應症」是指以下*其中一種*使用：

- 由食品藥物管理局核准。（也就是食品和藥物管理局針對診斷或病況處方所核准的藥品。）
- 一或一有特定參考書佐證的藥品。（這些參考書包括美國醫院處方集服務藥品資訊、DRUGDEX 資訊系統以及美國藥典調劑資料庫 (USPDI) 或其後續版本。）

### 藥品清單包括品牌藥品和普通藥品

普通藥品指具有和品牌藥品相同的有效成份的處方藥。其功效與品牌藥品相當且費用比較低。許多品牌藥品皆有普通藥品替代品。

### 哪些藥品不在藥品清單上？

本計畫不承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許 Medicare 計畫承保某些類型的藥品（如需更多資訊，請參閱本章第 7.1 節）。
- 在另外某些情況下，我們決定不在藥品清單上包括某特定藥品。

本計畫藥品清單未包含 Medi-Cal (Medicaid) 承保的藥品。關於 Medi-Cal 承保藥品之資訊，請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。

## 第 3.2 節 藥品清單上的藥品分為五種「分攤費用層級」

計畫藥品清單中的每種藥品，均屬於五個費用分攤層級中的一個層級。一般而言，藥品的分攤費用層級愈高，您就必須支付愈高的費用：

- 層級 1—包括首選普通藥品。
- 層級 2—包括非首選普通藥品。
- 層級 3—包括首選品牌藥品。此層級藥品不符合較低層級收費的例外處理資格。
- 層級 4—包括非首選品牌藥品。



- 層級 5（專科層級）高費用藥品。此層級藥品不符合較低層級收費的例外處理資格。

如需查明您的藥品屬於哪個分攤費用層級，請查詢本計畫的藥品清單。

針對各分攤費用層級的藥品，您所需支付的金額如第 6 章（您支付您 D 部分處方藥的費用）所列。

### 第 3.3 節 您如何查明某種藥物是否在藥品清單上？

您有三種方式可以查明：

1. 查閱我們郵寄給您的最新藥品清單。
2. 瀏覽本計畫的網站 ([www.healthnet.com](http://www.healthnet.com))。網站上的藥品清單總是最新的清單。
3. 致電會員服務部查明某藥品是否在本計畫的藥品清單上，或索取一份藥品清單。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

## 第 4 節 部分藥品有承保限制規定

### 第 4.1 節 為什麼部分藥品有限制規定？

某些處方藥會有特殊規則，限制本計畫以什麼方式和在什麼情況下提供承保。醫師和藥劑師小組擬定這些規則，幫助我們的會員以最有效的方式使用藥品。這些特殊規則也有助於控制整體藥品費用，讓您的藥品承保更能負擔得起。

一般而言，我們的規則鼓勵您取得有助於您的醫療病況且安全有效的藥品。只要安全且較低價藥品的療效相當於較高價藥品時，本計畫的規則都鼓勵您和您的醫療服務提供者使用該較低價的選項。此外，我們也需遵守 Medicare 有關藥品承保和分攤費用的規則和規定。

您的藥品有限制規定，這通常是指您或您的醫療服務提供者必須另外採取其他步驟，藥品才會被納入承保範圍。如果您希望我們為您免除限制，您將需要使用正式的上訴流程來要求我們進行例外處理。我們可能接受或不接受為您免除限制。（請參閱第 9 章第 7.2 節有關要求例外處理的資訊。）

### 第 4.2 節 有哪幾種限制規定？

本計畫採用不同類型的限制規定，幫助我們的會員以最有效的方式使用藥品。以下幾節會進一步為您說明我們在某些藥品上使用的限制規定類型。

## 當品牌藥品有普通版本時，限制品牌藥品

一般而言，「普通藥品」的功效相當於品牌藥品且通常費用較低。在大部分情況下，當品牌藥品有普通版本時，我們的網絡藥局會提供您普通版本。當有普通版本時，我們通常不承保品牌藥品。不過，如果您的醫療服務提供者以及告訴我們普通藥品對您無效的醫療理由或者已經告訴我們無論普通藥品還是其他在受承保的治療相同狀況的藥品對您無效的醫療理由，那麼我們將會承保品牌藥品。（您的品牌藥品分攤費用可能高於普通藥品。）

## 事先取得計畫核准

針對某些藥品，您或您的醫師需要先取得計畫核准，我們才會同意為您提供該藥品的承保。這稱為「**事先授權**」。有時候取得事先核准的規定可幫助引導適當使用某些藥品。如果您未取得這類核准，您的藥品可能不屬於本計畫的承保範圍。

## 先嘗試不同的藥品

本規定鼓勵您先嘗試費用較低但同樣有效的藥品，之後本計畫才會承保另一種藥品。例如，如果 A 藥品及 B 藥品皆可治療同一種醫療病況，本計畫可能要求您先嘗試 A 藥品。如果 A 藥品對您無效，之後本計畫就會承保 B 藥品。這種先嘗試不同藥品的規定稱為「**階段療法**」。

## 數量限制

我們會針對某些藥品限制您可以領取的數量。例如，本計畫可能限制您可以補充多少次處方藥，或每次領取處方藥時，某藥品您可以取得多少數量。例如，如果某藥品一般情況每天只能服用一顆才算安全，我們可能將您的處方藥承保限制為每天不超過一顆。

<b>第 4.3 節</b>	<b>這些限制規定是否適用於您的藥物？ □</b>
----------------	---------------------------

本計畫的藥品清單包括上述限制規定的資訊。如需查明這些限制規定是否有任何一項適用於您目前服用或想要服用的藥品，請查閱藥品清單。如需最新資訊，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）或查看我們的網站 ([www.healthnet.com](http://www.healthnet.com))。

您的藥品有限制規定，這通常是指您或您的醫療服務提供者必須另外採取其他步驟，藥品才會被納入承保範圍。如果您想要服用的藥品有限制規定，您應該聯絡會員服務部，查詢您或您的醫療服務提供者必須怎麼做才能將藥品納入承保範圍。如果您希望我們為您免除限制，您將需要使用正式的上訴流程來要求我們進行例外處理。我們可能接受或不接受為您免除限制。（請參閱第 9 章第 7.2 節有關要求例外處理的資訊。）

## 第 5 節 如果您的藥品之一的承保方式非您所願時怎麼辦？

### 第 5.1 節 如果您的藥品的承保方式非您所願時您可以採取的措施

假設您目前正在服用、或您和您的醫療服務提供者認為您應該服用某處方藥。我們希望您的藥品承保方式能充分符合您的需求，不過可能您會有問題。例如：

- **如果您想服用的藥品不屬於本計畫的承保範圍怎麼辦？**例如，該藥品可能完全不屬於承保範圍。或者，可能是該藥品的普通版本屬於承保範圍，但您想服用的品牌藥品版本不屬於承保範圍。
- **如果藥品屬於承保範圍，但該藥品有承保額外規則或限制規定怎麼辦？**如第 4 節說明，屬於本計畫承保範圍的部分藥品有限制其使用的額外規則。例如，您可能必須先嘗試不同的藥品確認是否有效，之後才可能將您想服用的藥品列入承保範圍。或者，該藥品在某特定期間可能有藥量（顆數等）限制。在一些情況下，您可能希望我們為您免除限制。例如，您可能希望我們為您承保特定藥品，不必先試用其他藥品。或者您希望我們能承保比平常更多的藥品劑量（藥丸數量等）。
- **如果藥品屬於承保範圍，不過其所在的分攤費用層級卻讓您必須支付高於您認為應該支付的費用，怎麼辦？**本計畫將每一種受保藥品歸入五種不同分攤費用層級中的一級。您需要支付多少處方藥的費用，部分取決於您的藥品屬於哪一種分攤費用層級。

如果您藥品的承保方式不是您所想要的，您可以採取一些措施。您的選項取決於您的問題類型：

- 如果您的藥品不在藥品清單上，或如果您的藥品有限制規定，請參閱第 5.2 節以瞭解您可以採取什麼措施。
- 如果您藥品所在的分攤費用層級讓您支付高於您認為應該支付的費用，請參閱第 5.3 節以瞭解您可以採取什麼措施。

### 第 5.2 節 如果您的藥品不在藥品清單上或有某種方式的限制，您怎麼辦？

如果您的藥品不在藥品清單上或受到限制，您可以採取以下措施：

- 您可能可以取得該藥品的暫時藥量（只有在某些特定狀況下的會員可以取得暫時藥量）。這讓您和您的醫療服務提供者有時間變更使用另一種藥品或提出藥品承保申請。
- 您可以變更使用另一種藥品。
- 您可以要求例外處理，要求本計畫承保該藥品或免除對該藥品的限制規定。

## 您可能可以取得暫時藥量

當您的藥品不在藥品清單上或有某種方式的限制時，在某些情況下，本計畫能為您提供該藥品的暫時藥量。這樣，您就有時間和您的醫療服務提供者討論承保範圍的變更並討論好怎麼做。

若要具備取得暫時藥量的資格，您必須符合以下兩項規定：

### 1. 您藥品的承保範圍變更必須屬於下列變更類型之一：

- 您一直服用的藥品不再列於本計畫的藥品清單內。
- – 或 – 您一直服用的藥品現在有某種方式的限制規定（本章第 4 節有關於限制規定的說明）。

### 2. 您必須有下列說明的情況之一：

- 去年投保本計畫且目前不住在長期照護機構的會員：

我們會在曆年開始的首 90 天當中提供您藥品僅一次的暫時藥量承保。此暫時藥量會提供一次最高 30 天藥量承保，或如果您的處方天數更短時則藥量更少（在此情況下，我們允許您多次領取處方藥，直到合計領取 30 天的藥量為止）。處方藥必須在網絡藥局領取。

- 新加入本計畫且目前不住在長期照護機構的會員：

我們會在您本計畫會籍開始的首 90 天當中提供您藥品僅一次的暫時藥量承保。此暫時藥量會提供一次最高 30 天藥量承保，或如果您的處方天數更短時則藥量更少（在此情況下，我們允許您多次領取處方藥，直到合計領取 30 天的藥量為止）。處方藥必須在網絡藥局領取。

- 新加入本計畫且目前居住在長期照護機構的會員：

我們會在您本計畫會籍開始的首 90 天當中提供您藥品的暫時藥量承保。此首次藥量以 34 天藥量為限，或如果您的處方天數更短時則藥量更少。如有需要，我們會在您本計畫會籍開始的首 90 天當中提供額外補充的承保。

- 已成為本計畫會員 90 天以上，且目前居住在長期照護機構並立即需要供給藥品的會員：

我們會提供一次 34 天藥量承保，或如果您的處方天數更短時則藥量更少。這不包括在上述長期照護過渡藥量中。

- 目前是本計畫的會員，且正要從長期照護機構或醫院出院回家並立即需要過渡藥量：

我們會提供一次 30 天藥量承保，如果您的處方天數更短時藥量會更少（在此情況下，我們會允許您多次領取處方藥，直到合計領取達 30 天藥量為止）。

- **目前是本計畫的會員，且正要從家中或醫院移至長期照護機構並立即需要過渡藥量：**

我們會提供一次 34 天藥量承保，如果您的處方天數更短時藥量會更少（在此情況下，我們會允許您多次領取處方藥，直到合計領取達 34 天藥量為止）。

如需要暫時藥量，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

在使用藥品的暫時藥量期間，您應該和您的醫療服務提供者討論，以決定當暫時藥量使用完畢時的作法。您可以換用計畫承保的不同藥品，或要求計畫為您例外處理並承保您目前使用的藥品。下列幾節進一步為您說明這些選項。

### 您可以變更使用另一種藥品

首先，請和您的醫療服務提供者討論。也許有屬於本計畫承保範圍的另一種藥品對您同樣有效。您可以致電會員服務部，索取一份可以治療相同醫療病況的受保藥品清單。此清單可以幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的受保藥品。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

### 您可要求例外處理

您和您的醫療服務提供者可要求本計畫為您進行例外處理，以您想要的承保方式提供該藥品承保。如果您的醫療服務提供者表示您有正當的醫療理由可要求我們例外處理，您的醫療服務提供者可幫助您要求該規則的例外處理。例如，即使某藥品不在本計畫的藥品清單上，您仍可要求本計畫承保該藥品。或者，您可要求本計畫進行例外處理，提供該藥品承保而免予限制規定。

如果您和您的醫療服務提供者想要求例外處理，第 9 章第 7.4 節列出了相關作法，其中說明 Medicare 規定的程序和期限，確保您的要求會得到迅速而公平的處理。

## 第 5.3 節

### 如果您認為您藥品的分攤費用層級太高怎麼辦？

如果您認為您藥品的分攤費用層級太高，可採取下列措施：

### 您可以變更使用另一種藥品

如果您認為您藥品的分攤費用層級太高，首先，請和您的醫療服務提供者討論。也許在較低分攤費用層級中有其他藥品對您同樣有效。您可以致電會員服務部，索取一份可以治療相同醫療病況的受保藥品清單。此清單可以幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的受保藥品。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

## 您可要求例外處理

針對層級 2（非首選普通藥品）或層級 4（非注射品牌藥品），您和您醫療服務提供者可要求本計畫進行該藥品的分攤費用層級例外處理，讓您支付該藥品較低的費用。如果您的醫療服務提供者表示您有正當的醫療理由可要求我們例外處理，您的醫療服務提供者可幫助您要求該規則的例外處理。

如果您和您的醫療服務提供者想要求例外處理，第 9 章第 7.4 節列出了相關作法，其中說明 Medicare 規定的程序和期限，確保您的要求會得到迅速而公平的處理。

在我們的一些分攤費用層級裡的藥品不符合此類的例外規定。我們不會降低層級 3（首選品牌藥品）或層級 5（專科層級）中藥品的分攤費用。

## 第 6 節 如果您某一藥品的承保範圍變更怎麼辦？

### 第 6.1 節 藥品清單可於年度當中變更

大多數藥品的承保範圍變更會在年度開始時（1 月 1 日）生效。不過，本計畫可能在年度當中對藥品清單進行許多種類的變更。例如，本計畫可能：

- 在藥品清單中新增或移除藥品。開始提供新藥品，包括新的普通藥品。可能是政府已經核准既有藥品的新用法。有時候，我們可能因為某藥品被回收而決定不承保該藥品。或者，我們可能因為已發現某藥品沒有療效而從清單中移除該藥品。
- 將藥品移至更高或更低分攤費用層級。
- 新增或免除藥品的承保限制規定 (如需更多承保限制規定的資訊，請參閱本章第 4 節)。
- 以普通藥品取代品牌藥品。

我們進行本計畫的藥品清單變更時，幾乎所有情況均須取得 Medicare 核准。

### 第 6.2 節 如果您藥品的承保範圍已經變更怎麼辦？

#### 您如何查明您藥品的承保範圍是否已經變更？

如果您正在服用的某一藥品承保範圍有所變更，本計畫會寄發信函通知您。一般而言，我們會至少提前 60 天通知您。

有時候，可能因發現某一藥品不安全或基於其他理由而突然召回該藥品。若發生此情況，本計畫會立即將該藥品從藥品清單中移除。我們會立即讓您知道這項變更。您的醫療服務提供者也會知道這項變更，進而與您討論，找出另一種適合您病況的藥品。

## 您藥品的承保範圍變更會立即對您造成影響嗎？

如果下列任一變更類型會影響您正在服用的某藥品，該變更會到次年度 1 月 1 日才對您造成影響（如果您繼續投保本計畫）：

- 如果我們將您的藥品移到較高的分攤費用層級。
- 如果我們對您的藥品增加新的使用限制規定。
- 如果我們從藥品清單上移除您的藥品，不過原因不是突然召回或已有新的普通藥品來取代。

如果您正在服用的某藥品發生上述任一種變更，該變更在下年度 1 月 1 日之前都不會影響您的使用或您支付的分攤費用。在此之前，您不太可能看到您的付款金額提高或您的藥品使用限制規定的增加。不過，下年度 1 月 1 日當天開始，相關變更就會對您造成影響。

在某些情況下，承保範圍變更會在 1 月 1 日前對您造成影響：

- 如果您正在服用的品牌藥品被新的普通藥品取代，本計畫必須至少提前 60 天通知您，或讓您在網絡藥局補充 60 天藥量的品牌藥品。
  - 在此 60 天期間，您應該與您的醫療服務提供者討論是否轉換使用普通藥品或我們承保的其他藥品。
  - 或者，您和您的醫療服務提供者可要求本計畫為您進行例外處理，繼續為您承保該品牌藥品。如需如何要求例外處理的資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）。
- 再次提醒您，如果藥品因被發現不安全或基於其他理由而**突然召回**，本計畫會立即將其從藥品清單中移除。我們會立即讓您知道這項變更。
  - 您的醫療服務提供者也會知道這項變更，進而與您討論，找出另一種適合您病況的藥品。

---

## 第 7 節 哪些類型的藥品不屬於本計畫的承保範圍？

---

第 7.1 節 我們不承保的藥品類型
--------------------

本節為您說明哪些類型的處方藥被「排除」。也就是說 Medicare 不會支付這些藥品的費用。

我們不會給付本節所列的藥品。唯一例外：如果上訴後發現，您要求的藥品不是 D 部分的排除藥品，且因為您的特定情況，我們應該給付或承保該藥品。（如需有關上訴我們對某藥品作出不承保決定之資訊，請參閱本手冊第 9 章第 7.5 節。）如果藥品被排除在外，您必須自行負擔費用。

以下為 Medicare 藥品計畫 D 部分不承保藥品的三個一般規則：

- 本計畫的 D 部分藥品承保不能承保屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍的藥品。
- 本計畫不能承保在美國與其領土以外地區購買的藥品。
- 本計畫通常不能承保標示外使用藥品。「標示外使用」是指在食品藥物管理局核准的藥品標籤標示以外的任何使用方式。
  - 一般而言，「標示外使用」只有在該用法獲得某些參考書的支持時才允許承保。這些參考書包括美國醫院處方服務藥品資訊、DRUGDEX 資訊系統以及美國藥典調劑資料庫 (USPDI) 或其後續版本。如果用法沒有取得這些參考書的任何支持，本計畫就不能承保其「標示外使用」。

此外，依法律規定，這些藥品類型並未列入以下 Medicare 的承保範圍。不過，這些藥品當中，有一些可能是您 Medi-Cal (Medicaid) 藥品承保範圍內的藥品，請參見以下說明。

- 非處方藥。不過，Medi-Cal (Medicaid) 承保非處方藥。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 用於促進生育的藥品
- 用於舒緩咳嗽或感冒症狀的藥品。不過，Medi-Cal (Medicaid) 承保非處方藥。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 爲了美容或促進毛髮生長而使用的藥品
- 處方維他命和礦物質產品，但產前維他命和氟化物製劑除外。不過，Medi-Cal (Medicaid) 承保非處方藥。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥品，例如 Viagra、Cialis、Levitra 和 Caverject
- 用於治療厭食症、減輕體重或增加體重的藥品。不過，Medi-Cal (Medicaid) 承保非處方藥。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。
- 藥廠希望要求只能向其購買相關檢測或監測服務以作為銷售條件的門診藥品
- 巴比妥鹽，除非用於治療癲癇、癌症、或慢性精神健康病況。不過，Medi-Cal (Medicaid) 承保非處方藥。更多資訊請聯絡您當地社會服務處（電話號碼列於第 2 章第 9 節）或 Medi-Cal 管理式照護計畫。



---

## 第 8 節 領取處方藥時請出示您的計畫會員卡

---

### 第 8.1 節 出示您的會員卡

到您選擇的網絡藥局領取處方藥時，請出示您的計畫會員卡。當您出示您的計畫會員卡時，網絡藥局會自動向本計畫請領您受保處方藥費用中本計畫應分攤的部分。領取處方藥時，您需要支付藥局您應分攤的費用。

如欲領取 Medi-Cal (Medicaid) 受保處方藥，您必須出示您的 Medi-Cal (Medicaid) 管理式照護計畫會員卡（如您有投保）或是您的 Medi-Cal BIC 卡。

### 第 8.2 節 如果您未攜帶會員卡怎麼辦？

如果領取您的處方藥時未攜帶您的計畫會員卡，請要求藥局致電本計畫取得所需資訊。

如果藥局無法取得所需資訊，您取得處方藥時可能必須支付其全額費用。（之後您可要求我們補償您我們應分攤的部分。請參閱第 7 章第 2.1 節取得如何向本計畫要求補償的資訊。）

---

## 第 9 節 特殊情況的 D 部分藥品承保

---

### 第 9.1 節 如果您在醫院或專業護理機構的住院屬於本計畫承保範圍怎麼辦？

如果您在醫院或專業護理機構的住院屬於本計畫承保範圍，我們通常會承保您住院期間所用處方藥的費用。一旦您離開醫院或專業護理機構，只要您的藥品符合本計畫的所有承保規則，本計畫就會承保該藥品。請參閱本節前面部分以瞭解取得藥品承保的相關規則。第 6 章（您支付您 D 部分處方藥的費用）提供更多關於藥品承保及您應支付哪些費用的資訊。

### 第 9.2 節 如果您在長期照護機構住院怎麼辦？

長期照護機構（例如看護中心）通常有自己的藥局，或有為其所有住院者供應藥品的藥局。如果您在長期照護機構住院，您可透過該機構的藥局取得處方藥，不過該藥局必須屬於我們網絡的一部分。

請查閱您的藥局目錄，查明您長期照護機構的藥局是否屬於我們網絡的一部分。如果不是，或如果您需要更多資訊，請聯絡會員服務部，電話號碼請參閱本手冊封底）。

## 如果您在長期照護機構住院且您成為本計畫的新會員怎麼辦？

如果您需要的藥品不在我們的藥品清單上或有某種方式的限制規定，本計畫會在您本計畫會籍開始的首 90 天當中提供您藥品的**暫時藥量**承保。此首次藥量以 34 天份為限，或如果您的處方天數更短時則藥量更少。如有需要，我們會在您本計畫會籍開始的首 90 天當中提供額外補充的承保。

如果您已成為本計畫會員超過 90 天且您需要不在我們藥品清單上的藥品，或如果本計畫對此藥品有任何承保的限制規定，我們會承保一次 34 天的藥量，或如果您的處方天數更短時則藥量更少。

在使用藥品的暫時藥量期間，您應該和您的醫療服務提供者討論，以決定當暫時藥量使用完畢時的作法。也許有屬於本計畫承保範圍的另一種藥品對您同樣有效。或者，您和您的醫療服務提供者可要求本計畫為您進行例外處理，以您想要的承保方式提供該藥品承保。如果您和您的醫療服務提供者想要求例外處理，第 9 章第 7.4 節列出了相關作法。

---

## 第 10 節 藥品安全和藥物管理方案

---

第 10.1 節 幫助會員安全使用藥品的方案
------------------------

我們為會員進行藥品使用審查，以確定其得到安全及適當的照護。這些審查對於有超過一個醫療服務提供者開立其藥品處方的會員格外重要。

您每次領取處方藥時我們都會進行審查。我們也會定期審查我們的紀錄。進行這些審查時，我們會尋找可能的問題，例如：

- 可能的藥物錯誤
- 可能非必要的藥品，因為您同時還服用其他治療相同醫療病況的藥品
- 對您的年齡或性別而言可能不安全或不合適的藥品
- 如果您同時服用可能有某些藥品組合
- 包含您會過敏的成份的藥品處方
- 您正在服用藥品可能發生的數量（劑量）錯誤。

如果我們發現您的藥物使用可能有問題，我們會與您的醫療服務提供者一起修正這個問題。

## 第 10.2 節 幫助會員管理其藥物的方案

我們有些方案可以幫助情況特殊的會員。例如，部分會員有數種複雜的醫療病況，或可能需要同時服用許多藥品，或其藥品費用非常高。

這些方案為自願性質，會員可免費參加。此類相關方案由藥劑師及醫師團隊為我們擬定。這些方案幫助我們確定會員使用治療其醫療病況最有效的藥品，並幫助我們找出可能的藥物錯誤。

如果有適合您需求的方案，我們會自動將您加入該方案並寄發資訊給您。如果您決定不參加，請通知我們，我們會讓您退出該方案。如果您有關於這些方案的任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

## **第 6 章： 您支付您 D 部分處方藥的費用**

<b>第 1 節</b>	<b>簡介 .....</b>	<b>161</b>
第 1.1 節	搭配使用本章和其他說明您藥品承保的資料.....	161
<b>第 2 節</b>	<b>您支付多少藥品費用取決於取得藥品時您在哪個「藥品付款階段」 .....</b>	<b>162</b>
第 2.1 節	Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 會員有什麼藥品付款階段? .....	162
<b>第 3 節</b>	<b>我們寄給您說明您的藥品付款和您在哪個付款階段的報告 .....</b>	<b>163</b>
第 3.1 節	我們會寄給您一份稱為「福利說明」的月報（簡稱「EOB」） .....	163
第 3.2 節	幫助我們更新您的藥品付款資訊.....	164
<b>第 4 節</b>	<b>在自付額階段，您支付您藥品的全額費用 .....</b>	<b>165</b>
第 4.1 節	在您已支付藥品費用達 \$325 之前，您都在自付額階段.....	165
<b>第 5 節</b>	<b>在初期承保階段中，本計畫支付您藥品費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分 .....</b>	<b>165</b>
第 5.1 節	您支付的藥品費用取決於藥品本身以及您在哪裡領取處方藥.....	165
第 5.2 節	一個月份藥量的費用支付表.....	166
第 5.3 節	長期（90 天）藥量的藥品費用表.....	168
第 5.4 節	在您的年度藥品總費用達到 \$2,970 之前，您都在初期承保階段.....	169
<b>第 6 節</b>	<b>在承保缺口階段，您享有品牌藥品折扣，並且只需支付不超過普通藥品費用的 79%。 .....</b>	<b>169</b>
第 6.1 節	在您的自費額達到 \$4,750 之前，您都在承保缺口階段.....	169
第 6.2 節	如何計算您的處方藥自費額.....	170

---

<b>第 7 節</b>	<b>在重大傷病承保階段中，本計畫支付您藥品的大多數費用 .....</b>	<b>172</b>
第 7.1 節	一旦您進入重大傷病承保階段後，在年度剩餘期間，您都會在本付款階段.....	172
<b>第 8 節</b>	<b>您支付的 D 部分疫苗接種費用取決於您如何和在哪裡接種 .....</b>	<b>172</b>
第 8.1 節	本計畫分開承保 D 部分疫苗藥物本身和為您接種疫苗的費用.....	172
第 8.2 節	接受疫苗接種之前，建議您先致電會員服務部聯絡我們.....	174
<b>第 9 節</b>	<b>您是否必須支付 D 部分「延遲投保罰款」？ .....</b>	<b>174</b>
第 9.1 節	什麼是 D 部分「延遲投保罰款」？ .....	174
第 9.2 節	D 部分延遲投保罰款的金額是多少？ .....	174
第 9.3 節	在某些情況下，您可以延遲投保但不必繳納罰款.....	175
第 9.4 節	如果您不同意您的延遲投保罰款怎麼辦？ □.....	176
<b>第 10 節</b>	<b>是否因您的所得要支付 D 部分額外費用？ .....</b>	<b>176</b>
第 10.1 節	誰因所得緣故而需支付 D 部分額外費用？ .....	176
第 10.2 節	如果您不同意支付 D 部分額外費用怎麼辦？ .....	176
第 10.3 節	D 部分額外費用的金額是多少？ .....	176
第 10.4 節	如果您未支付 D 部分額外費用怎麼辦？ .....	177



### 您如何獲取有關您藥品費用的資訊？

多數會員都有資格並獲得 Medicare 「額外協助」，幫助他們支付處方藥計畫之費用。如果您已加入額外協助方案，**本承保範圍證明中 D 部分處方藥的費用之部分資訊，您可能不適用。**我們已另附一張說明您藥品承保的獨立插頁，稱為「使用額外協助支付處方藥費用者的承保範圍證明附約」（也稱為「低收入津貼附約」或「LIS 附約」）。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附約」。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

---

## 第 1 節 簡介

---

第 1.1 節 搭配使用本章和其他說明您藥品承保的資料
-----------------------------

本章的重點放在您支付您 D 部分處方藥的費用。為了方便簡單說明，在本章中我們以「藥品」代表 D 部分處方藥。如第 5 章之說明，並非所有藥品都是 D 部分藥品 — 有些藥品依法被排除於 D 部分承保範圍之外。有些被排除於 D 部分承保之外的藥品屬於 A 部分或 B 部分承保範圍。

若要瞭解我們在本章中提供的付款資訊，您需要知道哪些藥品屬於承保範圍、到哪裡領取處方藥以及您取得受保藥品時需要遵守哪些規則等基本事項。以下為說明這些基本事項的資料：

- **本計畫的受保藥品清單（處方一覽表）。**為了方便簡單說明，我們稱此為「藥品清單」。
  - 此藥品清單說明您的哪些藥品屬於承保範圍。
  - 它也告訴您藥品在五種「分攤費用層級」中的哪個層級，以及您的藥品使否有任何承保限制規定。
  - 如果您需要一份藥品清單，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。此外，您可以在我們網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 找到藥品清單。網站上的藥品清單總是最新的清單。
- **本手冊第 5 章。**第 5 章提供有關您處方藥承保的詳細資訊，包括您取得受保藥品時需遵守的規則。第 5 章也告訴您哪些類型的處方藥不屬於本計畫的承保範圍。

- **本計畫的藥局名錄。**大多數情況下，您必須使用網絡藥局取得受保藥品（請參閱第 5 章以瞭解詳情）。**藥局名錄**載列了本計畫的網絡藥局清單。此外，它也向您說明在我們網絡內哪個藥房可以為您提供某個藥品的長期藥量（例如領取三個月藥量的處方藥）。

---

## 第 2 節 您支付多少藥品費用取決於取得藥品時您在哪個「藥品付款階段」

---

第 2.1 節	<b>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 會員有什麼藥品付款階段？</b>
---------	--

如下表顯示，本計畫對您的 Medicare D 部分的處方藥承保有「藥品付款階段」。您支付多少藥品費用取決於領取或補充處方藥時您在哪個「藥品付款階段」。切記，無論哪個藥品付款階段，您都必須負擔本計畫的月保費。

第 1 階段 年度自付額階段	第 2 階段 初期承保階段	第 3 階段 承保缺口階段	第 4 階段 重大傷病承保階段
<p>如果您獲得額外協助，幫您支付了處方藥品費用，那麼您就不適用此付款階段。</p> <p>如果您未獲得額外協助，則您在年度首次領取處方藥時，即開始本付款階段。</p> <p>本階段當中，您支付您藥品的全額費用。</p> <p>在您已支付藥品費用達 \$325（\$325 是您的自付額金額）之前，您都在本階段。</p> <p>（詳情請參閱本章第 4 節。）</p>	<p>在本階段中，本計畫支付您藥品費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分。</p> <p>在您（或代表您的其他人）已達到了您的自付額，本計畫支付您的藥品中其分擔的費用，而您則支付您應分擔的部分。</p> <p>在您的年度迄今「藥品總費用」（您的付款加上任何 D 部分計畫的給付）總額達到 \$2,970 之前，您都停留在本階段。</p> <p>（詳情請參閱本章第 5 節。）</p>	<p>在此階段，您要支付品牌藥品價金（外加部分配藥費用）的 47.5%，以及普通藥品價金的 79%。]</p> <p>在您的年度迄今「自費額」（您支付）合計達到 \$4,750 之前，您都在本階段。此金額和計算此金額的規則由 Medicare 制定。</p> <p>（詳情請參閱本章第 6 節。）</p>	<p>在本階段中，本計畫會支付您在該曆年剩餘時間（直到 2013 年 12 月 31 日）所使用的多數藥品費用。</p> <p>（詳情請參閱本章第 7 節。）</p>

### 第 3 節 我們寄給您說明您的藥品付款和您在哪個付款階段的報告

#### 第 3.1 節 我們會寄給您一份稱為「福利說明」的月報（簡稱「EOB」）

當您在藥局領取或補充處方藥時，本計畫會記錄您處方藥的費用以及您累計已經支付的金額。這樣，當您已從一個藥品付費階段進入下個階段時，我們就能通知您。我們會特別記錄兩種費用類型：

- 我們記錄您累計已經支付的金額。此金額稱為您的「自費額」。



- 我們會記錄您的「**藥品總費用**」。此金額是您支付的自費額或他人代您支付的金額，外加本計畫給付的金額。

當您在上一個月份透過本計畫領取過一次或多次處方藥之後，本計畫會準備一份名為**福利說明**（有時也稱為「EOB」）的書面報告。其內容包括：

- 當月資訊。本報告會列出您在上個月所領取處方藥的付款詳情。它會顯示藥品總費用、本計畫已支付哪些費用，以及您和代表您的其他人已經支付哪些費用。
- 自 1 月 1 日起的年度合計，稱為「年度迄今」資訊。它會顯示從年度開始，您的藥品總費用以及您的藥品總付款金額。

### 第 3.2 節 幫助我們更新您的藥品付款資訊

記錄您的藥品費用以及您支付的藥品金額時，我們會採用藥局提供的資訊。下列說明您如何幫助我們更新您的資訊並保持其正確性：

- **領取處方藥時請出示您的會員卡。**爲了確保我們知道您領取的處方藥以及您支付哪些費用，每次領取處方藥時請務必出示您的計畫會員卡。
- **確保我們已有所需的資訊。**有些時候您可能支付處方藥的費用，我們卻沒有自動取得我們需要的資訊以追蹤您的自費額。爲幫助我們記錄您支付的自費額，您可以提供我們您購買藥品時收據的副本。（若您收到受保藥品的帳單，您可以要求本計畫支付我們應當分攤的藥品費用。如欲索取如何提出要求的說明，請參閱本手冊第 7 章第 2 節。）在以下情況中，您最好提供我們您藥品收據的副本，以確保我們擁有您支付藥品費用的完整紀錄：
  - 您以特殊價格或本計畫福利以外的折扣卡在網絡藥局購買受保藥品。
  - 您支付了藥廠病患者協助方案所提供藥品的共付額。
  - 您在網絡外藥局購買受保藥品，或您在特殊情況下支付了受保藥品的全額費用。
- **請將其他人代您付款的資訊寄給我們。**某些其他個人或組織支付的款項也計入您的自費額費用，且有助於您取得重大傷病承保的資格。例如，AIDS 藥品協助方案、印第安健康服務和大多數的慈善機構所付的款項，也算作您的自費額費用。您應保存這些付款紀錄，並將其寄給我們，好讓我們記錄您的付費情況。
- **檢查我們寄給您的書面報告。**當您收到郵寄給您的**福利說明**(EOB)時，請仔細查看資訊是否完整、正確。如果您認爲報告遺漏任何資訊，或您有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。請務必保存這些報告。它們是您藥品費用的重要紀錄。

---

## 第 4 節 在自付額階段，您支付您藥品的全額費用

---

### 第 4.1 節 在您已支付藥品費用達 \$325 之前，您都在自付額階段

由於多數會員均已獲得額外協助，幫助他們支付處方藥費用，所以多數會員不適用自付額階段。如果您獲得額外協助，那麼您就不適用此付款階段。

如果您未獲得額外協助，自付額階段即為您藥品承保的第一個付款階段。您在年度首次領取處方藥時，本付款階段即開始起算。您在本付款階段時**必須支付您藥品的全額費用**，直到達到本計畫的自付額標準為止。2013 年的自付額標準為 \$325。

- 您的「全額費用」通常低於藥品的正常訂價，因為本計畫已為大多數藥品議定較低的費用。
- 「自付額」指在本計畫開始分攤您的 D 部分處方藥費用之前，您必須自行支付的金額。

一旦您已支付的藥品費用達 \$325 之後，您就會離開自付額階段並進入下一個藥品付款階段，也就是初期承保階段。

---

## 第 5 節 在初期承保階段中，本計畫支付您藥品費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分

---

### 第 5.1 節 您支付的藥品費用取決於藥品本身以及您在哪裡領取處方藥

在初期承保階段中，本計畫支付您的受保處方藥費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分（您的共付額或共同保險金）。您分攤的費用會因藥品本身以及您在哪裡領取處方藥而有差異。

#### 本計畫有五種分攤費用層級

計畫藥品清單中的每種藥品，均屬於五個費用分攤層級中的一個層級。一般而言，藥品的分攤費用層級數字愈高，您就必須支付愈高的費用：

- 層級 1—包括首選普通藥品。
- 層級 2—包括非首選普通藥品。
- 層級 3—包括首選品牌藥品。此層級藥品不符合較低層級收費的例外處理資格。
- 層級 4—包括非首選品牌藥品。

- 層級 5（專科層級）高費用藥品。此層級藥品不符合較低層級收費的例外處理資格。

如需查明您的藥品屬於哪個分攤費用層級，請查詢本計畫的藥品清單。

### 您的藥局選擇

您支付的藥品費用多寡取決於您在哪裡取得藥品：

- 本計畫網絡內的零售藥局
- 本計畫網絡外的藥局
- 本計畫的郵購藥局

如需更多有關上述藥局選擇以及領取處方藥的資訊，請參閱本手冊第 5 章和本計畫的 *藥局名錄*。

#### 第 5.2 節 一個月份藥量的費用支付表

在初期承保階段，您需分攤的藥品費用會是共付額或共同保險金。

- 「共付額」指您每次領取處方藥時支付的固定金額。
- 「共同保險金」指您每次領取處方藥時支付的藥品總費用百分比。

如下表所示，共付額或共同保險金的金額取決於您的藥品在哪個分攤費用層級。請注意：

- 如果您受保藥品費用低於本表所列的共付金額，您將支付較低的藥品價金。您要支付藥品全額或共付金額，以金額較低者為準。
- 我們僅在有限情況下會承保在網絡外藥局領取的處方藥。如欲瞭解我們在什麼情況下會承保您在網絡外藥局領取的處方藥，請參閱第 5 章第 2.5 節。

領取受保 D 部分處方藥一個月份（或更少）藥量時，您應分攤的費用如下：

	網絡藥局 (最多可 領取 30 天 藥量)	本計畫的郵 購服務 (首選藥 局) (最多可領 取 30 天藥 量)	本計畫的郵 購服務 (非首選藥 局) (最多可領 取 30 天藥 量)	網絡長期照 護藥局 (最多可領 取 34 天藥 量)	網絡外藥局 (承保僅限 於某些情 況；詳情請 參閱第 5 章。) (最多可領 取 30 天藥 量)
<b>分攤費用層級 1</b> (包括首選普通 藥品)	25%	25%	25%	25%	25%
<b>分攤費用層級 2</b> (包括非首選普 通藥品)	25%	25%	25%	25%	25%
<b>分攤費用層級 3</b> (包括首選品牌 藥品。此層級藥 品不符合較低層 級收費的例外處 理資格。)	25%	25%	25%	25%	25%
<b>分攤費用層級 4</b> (包括非首選品 牌藥品。)	25%	25%	25%	25%	25%
<b>分攤費用層級 5</b> (專科層級高價 藥品。此層級藥 品不符合較低層 級收費的例外處 理資格。)	25%	25%	25%	25%	25%

<b>第 5.3 節</b>	<b>長期 (90 天) 藥量的藥品費用表</b>
----------------	---------------------------

領取處方藥時，有些藥品您可以取得長期藥量（也稱為「延長供給」）。長期藥量是指 90 天藥量。（如需何處和如何取得藥品長期藥量的詳細資訊，請參閱第 5 章。）

下表顯示領取長期（90 天）藥量時您需支付的費用。

領取受保 D 部分處方藥長期（90 天）藥量時，您應分攤的費用如下：

	網絡藥局 (90 天藥量)	本計畫的郵購服務 (首選藥局) (90 天藥量)	本計畫的郵購服務 (非首選藥局) (90 天藥量)
<b>分攤費用層級 1</b> (包括首選普通藥品)	25%	25%	25%
<b>分攤費用層級 2</b> (包括非首選普通藥品)	25%	25%	25%
<b>分攤費用層級 3</b> (包括首選品牌藥品。 此層級藥品不符合較低 層級收費的例外處理資 格。)	25%	25%	25%
<b>分攤費用層級 4</b> (包括非首選品牌藥 品。)	25%	25%	25%
<b>分攤費用層級 5</b> (專科層級高價藥品。 此層級藥品不符合較 低層級收費的例外處 理資格。)	25%	25%	25%

**第 5.4 節 在您的年度藥品總費用達到 \$2,970 之前，您都在初期承保階段**

在您為領取和補充處方藥支付的總金額達到**初期承保階段上限 \$2,970** 之前，您都在初期承保階段。

您的藥品總費用等於您已支付的費用加任何 D 部分計畫已給付的費用：

- **您已支付的費用**指從您年度首次購買藥品開始，您為已取得的全部受保藥品所支付的金額。（請參閱第 6.2 節以取得更多有關 Medicare 如何計算您的自費額的資訊。）其中包括：
  - 您在自付額階段已支付的 \$325。
  - 您在初期承保階段中累計為您的藥品支付的分攤費用。
- **本計畫已給付的費用**指在初期承保階段中本計畫累計為您的藥品支付的分攤費用。（如果您在 2013 年的任何時間投保了不同的 D 部分計畫，則在初期承保階段中所支付的金額也會記入您的藥品總費用。）

我們寄給您的 **福利說明 (EOB)** 會幫助您記錄在年度中您和本計畫各自為您的藥品支付了多少費用。很多人在年度內不會達到上限 \$2,970。

如果您達到此上限金額 \$2,970，我們會通知您。如果您確實達到此金額，您就會離開初期承保階段並進入承保缺口階段。

**第 6 節 在承保缺口階段，您享有品牌藥品折扣，並且只需支付不超過普通藥品費用的 79%。****第 6.1 節 在您的自費額達到 \$4,750 之前，您都在承保缺口階段**

在您位在承保缺口階段時，Medicare 折扣方案會提供品牌藥品藥廠折扣。您支付品牌藥品議定價格的 47.5%（不含配藥費用及疫苗施打費用，如有）。您支付的金額和藥廠提供的折扣金額仍算作您的自費額，如同是您已支付這筆金額，使您通過承保缺口階段。

您亦可接受一些普通藥品的承保。您為普通藥品支付不超過 79% 的費用，其餘費用則由計畫支付。在普通藥品方面，計畫給付的金額 (21%) 不計入您的自費額。只有您支付的金額才會被記入，使您通過承保缺口階段。

您持續支付品牌藥品的折扣價格且不超過普通藥品費用的 79%，直到您的年度自費額達到 Medicare 規定的最高金額為止。在 2013 年，該金額為 \$4,750。

Medicare 有哪些費用計入和哪些費用不計入您自費額的相關規則。當您達到自費額上限 \$4,750 時，您就會離開承保缺口階段並進入重大傷病承保階段。

**第 6.2 節 如何計算您的處方藥自費額**

記錄您藥品的自費額時，我們必須遵守下列 Medicare 規則：

下列付款**包括**在您的自費額中

當您加總您的自費額時，您可以**包括**下列付款（必須是 D 部分受保藥品的付款，且您遵守本手冊第 5 章中說明的藥品承保規則）：

- 當您在下列任一藥品付款階段時，您為藥品支付的金額：
  - 自付額階段。
  - 初期承保階段。
  - 承保缺口階段。
- 加入本計畫之前，您於本曆年期間以不同 Medicare 處方藥計畫會員身分支付的任何費用。

**付款人規定：**

- 如果您自己支付，這些款項就可以包括在您的自費額中。
- 如果由**某些其他個人或組織**代表您支付，這些款項**也可以包括**在您的自費額中，其中包括由朋友或親戚、大多數慈善機構、AIDS 藥品協助方案、印第安健康服務代您支付的藥品費用。Medicare 的「額外協助」支付的費用也包括在內。
- Medicare 承保缺口折扣方案所支付的費用，有一些也包括在內。藥廠為您的品牌藥品所支付的費用也包括在內。但是計畫為您支付的普通藥品金額則不記入。

**進入重大傷病承保階段：**

當您（或代您付款者）在曆年內合計支付的自費額達 \$4,750 時，您就會從承保缺口階段進入重大傷病承保階段。

**下列付款不包括在您的自費額中**

當您加總您的自費額時，您**不得包括**下列任一種處方藥付款：

- 您支付的月保費金額。
- 您在美國和其領土以外地區購買的藥品。
- 不屬於本計畫承保範圍的藥品。
- 在網絡外藥局取得不符合本計畫網絡外承保規定的藥品。
- 非 D 部分藥品，包括屬於 A 部分或 B 部分承保範圍的處方藥，以及其他 Medicare 排除承保的藥品。
- 您所支付通常不屬於 Medicare 處方藥計畫承保範圍的處方藥費用。
- 在承保缺口階段本計畫為您支付的普通藥品費用。
- 由團體健保計畫（包括僱主健保計畫）支付的您的藥品費用。
- 由某些保險計畫和政府資助的健康方案支付的您的藥品費用，如三軍醫療照護改革計畫 (TRICARE) 和退伍軍人管理局。
- 由有處方藥付款法定義務的第三方（例如勞工賠償）支付的您的藥品費用。

**提醒：**若有任何其他組織（例如上述組織）部分或全部支付您的藥品自費額，您必須讓本計畫知道。請致電會員服務部通知我們（電話號碼請參閱本手冊封底）。

**您如何記錄您自費額的合計金額？**

- **我們會幫助您。**我們寄給您的**福利說明(EOB)**會包括您自費額的目前金額（請參閱本章第 3 節有關本報告的說明）。當您在年度內合計支付的自費額達 \$4,750 時，本報告就會告訴您，您已離開**承保缺口階段**並進入**重大傷病承保階段**。
- **確保我們已有所需的資訊。**第 3.2 節說明您可以做些什麼，幫助確保我們已有您最新且完整的費用紀錄。



---

## 第 7 節 在重大傷病承保階段中，本計畫支付您藥品的大多數費用

---

**第 7.1 節** 一旦您進入重大傷病承保階段後，在年度剩餘期間，您都會在本付款階段

當您的自費額達到曆年上限 \$4,750 時，您就有資格進入重大傷病承保階段。一旦您進入重大傷病承保階段後，您都會在本付款階段，一直到曆年結束為止。

- 您需分攤的受保藥品費用會是共同保險金或共付額，以兩者中金額較高者為準。
  - 一或是—藥品費用 5% 的共同保險金
  - 一或是— 普通藥品或視為普通藥品的藥品共付額 \$2.65。或是，所有其他藥品的共付額 \$6.60。
- 本計畫支付其餘費用。

---

## 第 8 節 您支付的 D 部分疫苗接種費用取決於您如何和在哪裡接種

---

**第 8.1 節** 本計畫分開承保 D 部分疫苗藥物本身和為您接種疫苗的費用

本計畫提供多種 D 部分疫苗承保。有些被視為醫療福利的疫苗我們也有承保。您可以在第 4 章第 2.1 節的福利表找到這些疫苗的承保資訊。

我們的 D 部分疫苗接種承保分為兩個部分：

- 承保的第一個部分是**疫苗藥物本身**的費用。疫苗為處方藥。
- 承保的第二個部分是**為您接種疫苗**的費用。（有時也稱為「施打」疫苗。）

### 您要支付哪些 D 部分疫苗接種費用？

您要支付哪些 D 部分疫苗接種費用取決於下列三個因素：

1. **疫苗的類型**（您為什麼要接種疫苗）。
  - 有些疫苗被視為醫療福利。您可以在第 4 章的**福利表**（承保範圍以及您支付的費用）找到這些疫苗的承保資訊。
  - 另有些疫苗被視為 D 部分藥品。您可以在本計畫的**受保藥品清單**（處方一覽表）找到這些疫苗。
2. **您在哪裡取得疫苗藥物**。

### 3. 什麼人爲您接種疫苗。

您接受 D 部分疫苗接種時支付的金額可能因情況而異。例如：

- 有時候，您接受疫苗接種時必須支付疫苗藥物和接種疫苗的全部費用。您可要求本計畫償還您我們應分攤的費用。
- 其他時候當您取得疫苗藥物或接受疫苗接種時，您只需支付您應分攤的費用。

以下列舉三種您可取得 D 部分疫苗接種的常見方式，爲您提供進一步的說明。切記，在您福利的自付額與承保缺口階段中，您必須負擔與疫苗（包括施打）有關的所有費用。

*情況 1：* 您在藥局購買 D 部分疫苗，且您在網絡藥局接受疫苗接種。（您是否能利用這項選擇，需視您居住的地點而定。有些州不允許藥局注射疫苗。）

- 您必須支付藥局該疫苗本身的共付額金額或共同保險金。
- 本計畫會支付爲您接種疫苗的費用。

*情況 2：* 您在醫師診所接受 D 部分疫苗接種。

- 當您接受疫苗接種時，您會支付疫苗和施打疫苗的全部費用。
- 之後您可以利用本手冊第 7 章（*要求我們支付您所收到受保醫療服務或藥品帳單我們應分攤的費用*）中說明的程序，要求本計畫償還您我們應分攤的費用。
- 您會收到的補償等於您支付的金額扣除您使用該疫苗（包括施打）的正常共同保險金或共付額，再扣除醫師收費金額與我們通常支付金額之間的差額。（如果您取得額外協助，我們會補償您此差額。）

*情況 3：* 您在藥局購買 D 部分疫苗，之後帶到您醫師的診所請他們爲您接種疫苗。

- 您必須支付藥局該疫苗本身的共付額金額或共同保險金。
- 當您的醫師爲您接種疫苗時，您必須支付這項服務的全部費用。之後您可利用本手冊第 7 章中說明的程序，要求本計畫向您償還我們應分攤的費用。
- 您會收到的補償等於醫師施打疫苗的收費金額，扣除醫師收費和我們通常支付金額之間的差額。（如果您取得額外協助，我們會補償您此差額。）

## 第 8.2 節 接受疫苗接種之前，建議您先致電會員服務部聯絡我們

疫苗接種的承保規則比較複雜。我們可以協助您。無論您在何時計劃接受疫苗，我們建議您事先致電會員服務部聯絡我們。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

- 我們會告訴您本計畫如何承保您的疫苗接種，並說明您應分攤的費用。
- 我們能告訴您如何使用我們網絡內的醫療服務提供者和藥局以降低您的費用。
- 如果您無法使用網絡醫療服務提供者和藥局，我們能告訴您需要做些什麼，要求我們向您償還我們應分攤的費用。

## 第 9 節 您是否必須支付 D 部分「延遲投保罰款」？

### 第 9.1 節 什麼是 D 部分「延遲投保罰款」？

**備註：**如果您獲得 Medicare 的額外協助，幫您支付了處方藥品費用，那麼您就不適用延遲投保罰款規定。您將不須支付延遲投保罰款，即便您沒有「可替代」處方藥品承保。

如果未得到來自 Medicare 的「額外協助」，您首次取得本藥品承保資格時沒有投保提供 Medicare D 部分藥品承保的計畫，或您有連續 63 天或更多天的期間沒有可替代處方藥承保，您可能必須支付罰款。（「可替代處方藥承保」是指承保範圍符合 Medicare 的最低標準，至少預計要能平均支付 Medicare 標準處方藥承保。）此罰款金額取決於您是在初期投保期間之後延遲多久才投保可替代處方藥承保計畫，或有幾個完整曆月沒有可替代處方藥承保。如果您有 D 部分承保範圍，您必須支付此罰款。

此罰款會加到您的月保費中。我們會在您首次投保本計畫時讓您知道此罰款的金額。

您的延遲投保罰款會視為您計畫保費的一部分。您若不繳納延遲投保罰款，可能會因未繳您的計畫保費而被退保。

### 第 9.2 節 D 部分延遲投保罰款的金額是多少？

Medicare 會確認罰款金額。以下是計算方式：

- 首先計算的是，您取得投保資格之後延遲投保 Medicare 藥品計畫的完整月份數。或計算您沒有可替代處方藥承保的完整月份數（如果承保中斷時間為 63 天或更多天）。您沒有可替代承保的月份，每一個月的罰款是 1%。例如，如果您有 14 個月沒有承保，罰款就是 14%。
- 接著 Medicare 會確認上個年度國內 Medicare 藥品計畫的平均月保費金額。在 2012 年，此平均保費金額為 \$31.08。此金額在 2013 年可能有所變更。

- 如要計算您每月的罰款，請將罰款比例乘以平均月保費，並四捨五入到小數點下一位。以此範例來說，就是 14% 乘以 \$31.08，結果是 \$4.35。該數字四捨五入後為 \$4.40。此金額會加到需繳納延遲投保罰款的該個人的月保費中。

以下為三件與此月延遲投保罰款有關的重要注意事項：

- 首先，此罰款可能每年變更，因為每年的平均月保費會變更。如果全國平均保費（由 Medicare 確認）提高，您的罰款也會增加。
- 其次，只要您仍投保包含 Medicare D 部分藥品福利的計畫，每個月您都要持續繳納罰款。
- 第三點，如果您未滿 65 歲且目前正接受 Medicare 福利，當您滿 65 歲時，此延遲投保罰款就會重新設定。65 歲之後，您的延遲投保罰款只會以您足齡加入 Medicare 初步投保期間之後沒有承保的月份為計算基礎。

### 第 9.3 節

### 在某些情況下，您可以延遲投保但不必繳納罰款

即使您在首次取得資格時延遲投保提供 Medicare D 部分承保的計畫，有時候您可以不必繳納延遲投保罰款。

如果有下列任一情況，您就不必繳納延遲投保的保費罰款。

- 如果您已經有處方藥承保，其平均預期支付費用，至少等於 Medicare 保險的標準處方藥承保。Medicare 稱此承保為「可替代承保」。請注意：
  - 可替代承保可能包括前雇主或工會、三軍醫療照護改革計畫 (TRICARE) 或退伍軍人事務部提供的藥品承保。您的保險公司或您的人力資源部門將會每年跟您討論，查明您的藥物承保是否為可替代承保。此一資訊可能會以郵件寄送給您，或登載在本計畫的通訊信函裡。請您保留此一資訊，因為要是您稍後加入了 Medicare 藥品計畫就會需要用到。
    - 請注意：要是您在健康承保結束時收到了「可替代承保證書」，不一定表示您的處方藥承保是可替代的。通知上必須聲明您已經有「可替代」處方藥承保，且其平均預期支付費用等於 Medicare 的標準處方藥計畫給付。
  - 以下不屬於可替代處方藥承保：處方藥折扣卡、免費診所及藥品折扣網站。
  - 其他有關可替代承保的資訊，請參閱您的《Medicare & You 2013》手冊或與 Medicare 聯絡，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。您每週 7 天，每天 24 小時都可撥打以上的免付費電話。
- 如果您沒有替代承保，但尚未連續達 63 天。
- 如果您正接受 Medicare 提供的「額外協助」。

**第 9.4 節 如果您不同意您的延遲投保罰款怎麼辦？**

如果您不同意您的延遲投保罰款，您或您的代理人可以要求我們審查有關您延遲投保罰款的決定。一般而言，您必須在收到要求支付延遲投保罰款的聲明函起的 **60 天內** 提出申請。請致電會員服務部，以瞭解該怎麼做（電話號碼請參閱本手冊封底。）

**重要：**在等待審查有關您延遲投保罰款的決定時，請勿停止繳納您的延遲投保罰款。否則，您可能因未繳您的計畫保費而被退保。

**第 10 節 是否因您的所得要支付 D 部分額外費用？****第 10.1 節 誰因所得緣故而需支付 D 部分額外費用？**

大多數人支付的都是標準 D 部分月保費。不過，有些人會因年收入的緣故而需繳納額外費用。如果您個人（或已婚個人分開申報）收入等於或高於 \$85,000，或已婚夫婦合計等於或高於 \$170,000，則必須為您的 Medicare D 部分承保向政府直接繳納額外費用。

如果您必須支付額外費用，社會安全局（不是您的 Medicare 計畫）將會寄發郵件告知您應繳納多少額外費用及付款的方式。額外費用可從您的社會安全、鐵路退休管理局或人事管理局福利支票上預扣，不論您平常採用什麼方式來繳付計畫保費，除非您的月福利金額不足扣除應繳的額外費用。如果您的月福利支票不足以扣除額外費用，Medicare 就會寄發帳單給您。額外費用必須分開支付，且不得跟您的月計畫保費一起支付。

**第 10.2 節 如果您不同意支付 D 部分額外費用怎麼辦？**

如果您不同意由於您的收入水平而要支付額外費用，您可以要求社會安全局審查此一決定。請聯絡社會安全局，電話 1-800-772-1213（聽語障專線 1-800-325-0778）以瞭解詳情。

**第 10.3 節 D 部分額外費用的金額是多少？**

如果您 IRS 退稅申報的修正後調整總所得 (MAGI) 高於特定金額，那麼除了每月計畫保費之外，還必須支付額外費用。

以下為所得與額外費用對照表：

如果您 2011 年申報 的個人退稅及所得 是：	如果已婚但 2011 年採分開退稅申 報且您的所得 是：	如果您 2011 年採 用合併退稅申報 且個人所得是：	您每月應付的 D 部分 額外費用（不含您的 計畫保費）
等於或少於 \$85,000	等於或少於 \$85,000	等於或少於 \$170,000	\$0
大於 \$85,000 且少於 或等於 \$107,000		大於 \$170,000 且少 於或等於 \$214,000	\$11.60
大於 \$107,000 且少於 或等於 \$160,000		大於 \$214,000 且少於或 等於 \$320,000	\$29.90
大於 \$160,000 且少於 或等於 \$214,000	大於 \$85,000 且少 於或等於 \$129,000	大於 \$320,000 且少 於或等於 \$428,000	\$48.30
大於 \$214,000	大於 \$129,000	大於 \$428,000	\$66.60

**第 10.4 節****如果您未支付 D 部分額外費用怎麼辦？**

直接向政府繳納您的 Medicare D 部分承保（而非 Medicare 計畫）的額外費用。如果要求您支付額外費用而您尚未繳納，那麼您將會被退出計畫並失去處方藥承保。只要您獲得您處方藥物費用「額外協助」，您將繼續有 D 部分承保。

## **第 7 章： 要求我們給付您所收到受保醫療服務或藥品帳單我們應分攤的 費用**

<b>第 1 節</b>	<b>您應要求我們支付您的受保服務或藥品我們應分攤費用的情況.....</b>	<b>179</b>
第 1.1 節	如果您支付您的受保服務或藥品本計畫應分攤的費用，或如果您收到帳單，您可以向我們要求付款.....	179
<b>第 2 節</b>	<b>如何要求我們償還您或給付您所收到的帳單.....</b>	<b>181</b>
第 2.1 節	您如何寄送給付要求給我們以及寄送地點.....	181
<b>第 3 節</b>	<b>我們會考慮您的給付要求，然後同意或拒絕.....</b>	<b>182</b>
第 3.1 節	我們會查看是否我們應該承保服務或藥品以及應付的金額.....	182
第 3.2 節	如果我們告訴您我們不會給付醫療照護或藥品的全部或部分費用，您可以提出上訴.....	182
<b>第 4 節</b>	<b>您應該保留收據並寄副本給我們的其他情況.....</b>	<b>182</b>
第 4.1 節	在某些情況下，您應該將收據副本寄給我們，幫助我們記錄您的藥品自費額.....	182

## 第 1 節 您應要求我們支付您的受保服務或藥品我們應分攤費用的情況

### 第 1.1 節 如果您支付您的受保服務或藥品本計畫應分攤的費用，或如果您收到帳單，您可以向我們要求付款

我們網絡內的醫療服務提供者會直接向本計畫發送您受保服務和藥品的帳單。如果您收到您所接受醫療照護或藥品的全額帳單，您應該將帳單寄給我們，由我們來付款。您把帳單寄給我們時，我們會查看帳單並決定該服務是否屬於承保範圍。如果我們決定服務應屬於承保範圍，我們就會直接支付給醫療服務提供者。如果您已經為計畫承保的服務或藥物支付了費用，您可以要求本計畫償還您（償還您常稱為「補償」您）。當您為本計畫承保的醫療服務或藥品支付的費用超過您的分攤費用，您有權要求本計畫償還。您把已付款的帳單寄給我們時，我們會查看帳單並決定該服務或藥品是否屬於承保範圍。如果我們決定應屬於承保範圍，我們就會償還您服務或藥品的費用。

以下是幾個例子，說明您可能需要要求本計畫償還您或給付您所收到帳單的情況。

#### 1. 您接受不屬於本計畫網絡的醫療服務提供者提供的急診或緊急需求照護

您可以接受任何醫療服務提供者提供的急診服務，無論該醫療服務提供者是否屬於本計畫網絡。您接受不屬於我們網絡的醫療服務提供者的急診或緊急需求照護時，只需負擔分攤費用，而非全額費用。您應該要求醫療服務提供者把計畫應分攤費用的帳單寄給我們。

- 如果您在接受照護時自行支付全額費用，您必需要求我們償還應分攤的費用。請將該帳單連同您已付款的證明文件寄給我們。
- 有時候您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為您不需支付的帳款。請將該帳單寄給我們，並附上您付款的文件記錄。
  - 如有任何應付款項，我們會直接支付給該醫療服務提供者。
  - 如果您對服務支付的金額已超過您的分攤費用，我們會判定您應付的金額，並將我們應分攤的費用償還給您。

#### 2. 網絡醫療服務提供者寄給您一份您認為您不應支付的帳單

網絡醫療服務提供者應直接向本計畫請款。但有時他們會出錯，要求您支付超過您分攤費用的金額。

- 當您接受計畫承保之服務時，僅需支付計畫的分攤費用即可。我們不允許醫療服務提供者向您收取附加額外費用，稱為「差額負擔」。即便我們支付給醫療服務提供者的金額低於醫療服務提供者的服務收費，或因有糾紛致使我們未支付特定



醫療服務提供者費用，此一保障（您支付的金額不得超過計畫的分擔費用）仍適用。（有關「差額負擔」的詳細資訊，請參閱第 4 章第 1.3 節。）

- 當您收到網絡醫療服務提供者的帳單，且認為其超過您應付的金額時，請將帳單寄給我們。我們會直接與該醫療服務提供者聯絡並解決該帳單問題。
- 如果您已將網絡醫療服務提供者給您的帳單金額付清，但您覺得您支付過多，請將帳單寄給我們、附上您付款的文件記錄。您應當要求我們償還您所支付金額與您根據本計畫規定應支付金額之間的差額。

### 3. 如果您回溯投保本計畫。

有時候，個人可回溯投保本計畫。（回溯指已超過其投保首日。投保日期甚至可能回溯至去年。）

如果您回溯投保本計畫，且在您投保日期之後支付了您受保服務或藥品的自費額，您可要求本計畫償還我們應分攤的費用。您需要準備書面內容，交給我們處理補償事宜。

- 請聯絡會員服務部，詢問其他如何要求我們退費及提出申請之期限的資訊。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

### 4. 您使用網絡外藥局領取處方藥

如果您到網絡外藥局並嘗試使用您的會員卡領取處方藥，藥局可能無法直接向我們申請理賠。若有此情況，您必須支付您處方藥的全額費用。（我們僅在少數特殊情況下會承保在網絡外藥局領取的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節以瞭解更多。）

- 請保留收據，當您要求本計畫償還我們應分攤的費用時，請寄一份副本給我們。

### 5. 您因為沒有攜帶您的計畫會員卡而支付處方藥的全額費用

如果您沒有攜帶您的計畫會員卡，您可以要求藥局致電本計畫或查閱您的計畫投保資訊。不過，如果藥局無法立刻取得他們需要的投保資訊，您可能需要支付處方藥的全額費用。

- 請保留收據，當您要求本計畫償還我們應分攤的費用時，請寄一份副本給我們。

### 6. 您在其他情況下支付處方藥的全額費用

您可能發現由于某種理由，藥品不屬於承保範圍，因此您需支付處方藥的全額費用。

- 例如，藥品可能不在本計畫的*受保藥品清單（處方一覽表）*上；或藥品可能有您不知道或您認為不應該適用於您的要求或限制規定。如果您決定立即取得藥品，您可能需要支付其全額費用。
- 請保留收據，當您要求本計畫償還您時，請寄一份副本給我們。在某些情況下，我們可能需要您醫師提供更多資訊才能償還您我們應分攤的藥品費用。

您把付款申請寄給我們時，我們會審查您的申請並決定該服務或藥品是否屬於承保範圍。這稱為作出「承保決定」。如果我們決定這應屬承保範圍，我們就會給付我們應分攤的服務或藥品費用。如果我們拒絕您的給付要求，您可以對我們的決定提出上訴。本手冊第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）有如何提出上訴的資訊。

---

## 第 2 節 如何要求我們償還您或給付您所收到的帳單

---

第 2.1 節 您如何寄送給付要求給我們以及寄送地點
----------------------------

請將您的給付要求連同您的帳單和付款文件記錄一併寄給我們。建議您影印您的帳單和收據留底。

爲了確保您提供我們作出決定所需的全部資訊，您提出給付要求時可以填寫我們的理賠表。

- 您不一定要使用該表格，不過它會幫助我們加快資訊處理的速度。
- 您可從我們網站 ([www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)) 下載或致電會員服務部索取該表格。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）

請將您的醫療服務給付要求連同所有帳單或收據一併寄給我們，地址如下：

Health Net of California  
P.O. Box 14703  
Lexington, KY 40512

請將您的 D 部分處方藥給付要求連同所有帳單或收據一併寄給我們，地址如下：

Health Net California  
Attn: Pharmacy  
P.O. Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103

您必須分別在接受服務、用品或藥品當日起的一個曆年（針對醫療理賠）以及三個曆年（針對藥品理賠）之內提出您的理賠申請。

如果您有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。如果您不知道您應付哪些費用，或您收到帳單但不知道應該怎麼辦，我們能爲您提供協助。如果您已寄出給付要求但您想提供更多資訊，您也可以撥電話給我們。

## 第 3 節 我們會考慮您的給付要求，然後同意或拒絕

### 第 3.1 節 我們會查看是否我們應該承保服務或藥品以及應付的金額

收到您的給付要求時，我們會讓您知道您是否還需要提供其他資訊。否則，我們會考量您的申請並做出承保決定。

- 如果我們的決定是該醫療照護或藥品屬於承保範圍，且您遵循取得照護或藥品的所有規則，我們就會為該服務給付我們應分攤的費用。如果您已經支付該服務或藥品的費用，我們會將我們應分攤的費用補償郵寄給您。如果您尚未支付該服務或藥品的費用，我們會將款項直接郵寄給醫療服務提供者。（第 3 章說明您取得醫療服務承保時需遵循的規則。第 5 章說明您取得 D 部分處方藥時需遵循的規則。）
- 如果我們的決定是該醫療照護或藥品不屬於承保範圍，或您未遵循所有規則，我們就不會為該照護或藥品給付我們應分攤的費用。我們會寄一封信函給您，說明我們不寄送您要求款項的理由，以及您對該決定提出上訴的權利。

### 第 3.2 節 如果我們告訴您我們不會給付醫療照護或藥品的全部或部分費用，您可以提出上訴

如果您認為我們拒絕您給付要求的決定不正確或不同意我們給付的金額，您可以提出上訴。如果您提出上訴，代表您要求我們變更我們拒絕您的給付要求的決定。

如需如何提出這類上訴的詳細資訊，請參閱本手冊第 9 章（*如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦*）。上訴流程是一具有詳細程序和重要期限的正式流程。如果您第一次提出上訴，您可先閱讀第 9 章第 5 節中的實用資訊。第 5 節為簡介性的內容，除了說明承保決定和上訴流程，也提供用語（例如「上訴」）的定義。您讀完第 4 節後，可以繼續閱讀第 9 章其他節的內容，瞭解在您的情況下該做什麼：

- 如果您想要針對獲得償還醫療服務的費用提出上訴，請參閱第 9 章第 6.3 節。
- 如果您想要針對獲得償還藥品的費用提出上訴，請參閱第 9 章第 7.5 節。

## 第 4 節 您應該保留收據並寄副本給我們的其他情況

### 第 4.1 節 在某些情況下，您應該將收據副本寄給我們，幫助我們記錄您的藥品自費額

有某些情況您應該讓我們知道您已為您的藥品支付的費用。在這些情況中，您不是要求我們給付，而是告訴我們您支付的費用，讓我們可以正確地計算您的自費額。這可幫助您更快達到重大傷病承保階段的資格。

以下例子說明您應該寄收據副本給我們，讓我們知道您已為您的藥品支付費用的一種情況：

### 您透過藥廠提供的病患者協助方案取得藥品

有些會員參加本計畫福利以外的藥廠病患者協助方案。如果您透過藥廠提供的方案取得任何藥品，您可能支付共付額給該病患者協助方案。

- 保留您的收據並寄送副本給我們，我們會依此計入您的自費額中，以便您取得重大傷病承保階段的資格。
- **請注意：**由於您是透過病患者協助方案，而不是透過本計畫福利取得您的藥品，因此我們不會分攤這類藥品的任何費用。不過，寄送收據副本不僅讓我們正確地計算您的自費額，也可能幫助您更快取得重大傷病承保階段的資格。

在上述情況中，您並不是要求給付，所以這種情況不會視為承保決定。因此，如果您不同意我們的決定，您無法提出上訴。

## 第 8 章： 您的權利和責任

<b>第 1 節</b>	<b>本計畫必須尊重計畫會員的權利 .....</b>	<b>185</b>
第 1.1 節	我們必須以您瞭解的方式（以英語以外的語言、音訊、大字體或其他形式等）提供資訊。 .....	185
第 1.2 節	我們永遠必須以公平與尊重的方式對待您.....	186
第 1.3 節	我們必須確保您適時取得您的受保服務和藥品.....	186
第 1.4 節	我們必須保護您個人健康資訊的隱私.....	186
第 1.5 節	我們必須提供您本計畫、醫療服務提供者網絡以及您受保服務的相關資訊.....	187
第 1.6 節	我們必須支持您作出相關照護決定的權利.....	188
第 1.7 節	您有權投訴並要求我們重新考慮已作出的決定.....	190
第 1.8 節	您有對我們的會員權利和責任正常提出建議的權利.....	190
第 1.9 節	新技術之評估.....	191
第 1.10 節	如果您認為自己受到不公平待遇或權利遭受侵犯怎麼辦？ .....	191
第 1.11 節	如何取得更多與您權利相關的資訊.....	191
<b>第 2 節</b>	<b>您有某些作為本計畫會員的責任 .....</b>	<b>192</b>
第 2.1 節	您的責任是什麼？ .....	192

---

## 第 1 節 本計畫必須尊重計畫會員的權利

---

第 1.1 節	我們必須以您瞭解的方式（以英語以外的語言、音訊、大字體或其他形式等）提供資訊。
---------	---

如需以您瞭解的方式向我們取得資訊，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

本計畫有服務人員並提供免費口譯服務回答非英語會員的疑問。本資訊免費以其他語言提供。請致電會員服務部與我們聯絡，電話 1-800-431-9007（聽語障專線為 1-800-929-9955）。服務時間：太平洋時間上午 8:00 至下午 8:00，每週 7 天均提供服務。如果您有需要，我們可以用音訊、大字體或其他形式提供資訊給您。如果您因殘疾而具備 Medicare 的資格，我們必須提供方便您獲取且適合您的本計畫福利資訊。

如果您因為語言或殘疾相關問題無法自本計畫取得資訊，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 告訴 Medicare 您想提出投訴。此專線每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。

### **Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos al inglés, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)**

Para obtener la información de parte nuestra de una manera que le sirva, llame al Departamento de Servicios al Afiliado (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de intérprete de idiomas disponibles para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. Esta información también está disponible en forma gratuita en otros idiomas. Comuníquese con el número de nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-431-9007 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-929-9955). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana. También podemos proporcionarle información en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos si lo necesita. Si usted es elegible para Medicare debido a una discapacidad, se nos exige que le brindemos información sobre los beneficios del plan de una manera que sea accesible y adecuada para usted.

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o la discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, e infórmeles que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**第 1.2 節 我們永遠必須以公平與尊重的方式對待您**

您有權獲得尊重的對待以及尊嚴的認同。本計畫必須遵守保障您免受歧視或不公平待遇的法律規定。**我們不會因個人的人種、種族、國籍、宗教、性別、年齡、心理或生理殘障、健康狀態、理賠經驗、醫療病史、遺傳資訊、可保險性之證明或服務區域內的地理位置而進行歧視。**

如果您想索取更多資訊或有關於歧視或不公平待遇的顧慮，請致電 1-800-368-1019（聽語障專線 1-800-537-7697）聯絡健康及人類服務部的**民權辦公室**，或致電您當地的民權辦公室。

如果您有殘疾並需要協助取得照護，請致電會員服務部與我們聯絡（電話號碼請參閱本手冊封底）。如果您想投訴，例如無法取得輪椅，會員服務部可提供協助。

**第 1.3 節 我們必須確保您適時取得您的受保服務和藥品**

身為本計畫的會員，您有權選擇本計畫網絡中的主治醫師 (PCP)，以提供並安排您的受保服務（第 3 章有更多說明）。請致電會員服務部，瞭解哪些醫師正在接受新病患者（電話號碼請參閱本手冊封底）。您也有權至女性健康專科醫師（例如婦科醫師）就診而不需透過轉介。

身為本計畫的會員，您有權在合理的時間內與本計畫的網絡醫療服務提供者約診並取得受保服務。這包括在您需要專科照護時，適時取得專科醫師服務的權利。您也有權在合理的等候時間內，於我們的任何網絡藥局領取或補充處方藥。

如果您認為未在合理時間內取得您的醫療照護或 D 部分藥品，本手冊第 9 章第 11 節會告訴您怎麼做。（如果我們拒絕承保您的醫療照護或藥品，而您不同意我們的決定，第 9 章第 5 節會告訴您怎麼做。）

**第 1.4 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私**

聯邦與州法律保護您病歷與個人健康資訊的隱私。我們根據這些法律的規定保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括您投保本計畫時提供給我們的個人資訊，以及您的病歷和其他醫療與健康資訊。
- 保障您隱私的法律賦予您取得資訊及控制您健康資訊使用方式的相關權利。我們會提供您一份名為「隱私權行使聲明」的書面通知，告訴您這些權利並說明我們如何保護您健康資訊的隱私。

**我們如何保護您健康資訊的隱私？**

- 我們會確保未經授權者不會看到或變更您的紀錄。
- 在大多數情況下，如果我們要提供您的資訊給不為您提供照護或不給付您照護費用的任何人，我們必須先取得您的書面許可。書面許可能由您自己或您已賦予法定權力可為您做決定的某人提供。
- 有些例外的情況我們可以不必先取得您的書面許可。這些例外情況為法律允許或規定。
  - 例如，我們必須向檢查照護品質的政府機構公開健康資訊。
  - 因為您透過 Medicare 成為本計畫的會員，我們必須向 Medicare 提供您的健康資訊，其中包括您 D 部分處方藥的相關資訊。如果 Medicare 爲了研究或其他用途公開您的資訊，必須依聯邦法令與法規行事。

### 您能查看您紀錄中的資訊，知道您的資訊曾以什麼方式與他人分享

您有權閱覽本計畫保留的有關您的病歷並取得副本。我們可向您收取影印的費用。您也有權向我們要求新增或修改您的病歷。如果您對我們提出此要求，我們將與您的健康照護服務提供者一起決定是否應該變更。

若非例行用途，您有權知道您的健康資訊曾以什麼方式和他人分享。

如果您對於您個人健康資訊隱私有任何疑問或有關顧慮，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

#### 第 1.5 節

#### 我們必須提供您本計畫、醫療服務提供者網絡以及您受保服務的相關資訊

身為本計畫的會員，您有權從我們取得幾種資訊。包括有關 Health Net、其服務、其執業人員和醫療服務提供者，以及會員權利與責任的資訊。（如第 1.1 節的說明，您有權以您能瞭解的方式從我們這裡取得資訊。這包括以非英文語言、大字體或其他格式取得資訊。）

如果您需要以下種類的資訊，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）：

- **本計畫的相關資訊。**舉例來說，這包括與本計畫財務狀況相關的資訊，也包括會員提出上訴的次數以及本計畫的表現評等（包括會員對計畫的評等，以及與其他 Medicare 健保計畫的比較）等相關資訊。
- **本計畫網絡醫療服務提供者（包括本計畫網絡藥局）的相關資訊。**
  - 例如，您有權向我們要求本計畫網絡醫療服務提供者和藥局之資格，以及我們如何給付網絡醫療服務提供者的相關資訊。
  - 如需本計畫的網絡醫療服務提供者清單，請參閱**醫療服務提供者名錄**。



- 如需本計畫的網絡藥局清單，請參閱 *藥局名錄*。
- 如需更多有關我們醫療服務提供者或藥局的詳細資訊，您可致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）或瀏覽我們網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)。
- **您的承保以及使用承保時所須遵循規則的相關資訊。**
  - 在本手冊的第 3 章和第 4 章，我們說明哪些醫療服務您可獲得承保、您承保的限制規定，以及您必須遵循那些規則才能取得您的受保醫療服務。
  - 如需取得您 D 部分處方藥承保的詳情，請參閱本手冊第 5 章與第 6 章，以及本計畫的 *受保藥品清單（處方一覽表）*。這兩章搭配 *受保藥品清單（處方一覽表）*，除了告訴您哪些藥品屬於承保範圍，也說明您必須遵循的規則以及您某些藥品的承保限制規定。
  - 如果您對相關規則與限制規定有疑問，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。
- **某項目不屬於承保範圍的原因以及您可以怎麼做的相關資訊。**
  - 如果某項醫療服務或 D 部分藥品您不能取得承保，或如果您的承保有某種方式的限制，您可以要求我們提供書面說明。即使您是從網絡外的醫療服務提供者或藥局取得醫療服務或藥品，您仍有權取得此一說明。
  - 如果您不滿意或不同意我們作出與您醫療照護或 D 部分藥品承保相關的決定，您有權要求我們變更決定。您可通過上訴要求我們變更決定。如需取得當某項目不是以您認為應該的承保方式提供承保時您該怎麼做的詳細資訊，請參閱本手冊第 9 章。內容載有如何提出上訴以要求我們變更決定的詳細資訊。（第 9 章也會說明如何提出有關照護品質、等待時間以及其他顧慮的投訴。）
  - 如果您想要求本計畫給付您所收到醫療照護或 D 部分處方藥帳單中我們應分攤的費用，請參閱本手冊第 7 章。

## 第 1.6 節

## 我們必須支持您作出相關照護決定的權利

### 您有權知道您的治療選項並參與您健康照護的相關決定

當您接受醫療照護時，您有權從您的醫師和其他健康照護服務提供者取得完整的資訊。您的健康照護服務提供者必須以*您能瞭解的方式*，說明您的醫療病況以及您的治療選擇。

您也有權完全參與和您的健康照護有關的決定。為幫助您和您的醫師決定哪種治療對您最有益處，您的權利包括以下項目：

- **知道您的選擇。**也就是說，您有權得知針對您病況建議的所有治療選項，不考慮其費用或其是否屬於本計畫的承保範圍，也包括得知本計畫可提供那些方案，幫助會員管理他們的藥物並安全地使用藥品。

- **瞭解風險。** 您有權得知任何與您照護相關的風險。您必須被事先告知任何提議的醫療照護或治療是否為研究實驗的一部分。您始終可以選擇拒絕任何實驗性的治療。
- **有權說「不」。** 您有權拒絕任何建議的治療。這包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使醫師建議您不要離院。您也有權停止服藥。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您須為您的身體因而發生的狀況負完全的責任。
- **如果您的照護承保遭到拒絕，您有權要求說明。** 如果醫療服務提供者拒絕提供您認為您應得到的照護，您有權要求我們說明原因。如欲得到我們的說明，您需要要求我們做出承保決定。本手冊第 9 章說明如何要求本計畫做出承保決定。

### 您有權提供如果您無法為自己作出醫療決定時應該怎麼做的指示

有時候，人們會因為意外或嚴重疾病而無法為自己做健康照護的決定。您有權表達如果處於其中一種情況時您想要怎麼做。也就是說，*如果您想*，您可以：

- 填寫書面表格，**合法授權某人在您無法為自己做決定時幫您做醫療決定。**
- **提供您的醫師一份書面指示**，說明如果您無法為自己做決定時，您希望他們如何處理您的醫療照護。

這些您預先用來提供面臨上述狀況時的指示的法律文件，稱為「**預前指示**」。預前指示有不同的類型，其名稱也不同。例如，「**預立遺囑**」和「**健康照護委託授權書**」等文件即屬預前指示。

如果您想使用「預前指示」給予指示，以下是相關步驟說明：

- **取得表格。** 如果您想立預前指示，可以向律師、社工或加州醫療協會，電話 1-800-882-1262 索取表格（全國轉接服務：711），或者從一些辦公用品商店取得。有時候您也可以向提供 Medicare 相關資訊的組織取得預前指示表格。您也可以聯絡會員服務部要求表格（電話號碼請參閱本手冊封底）。
- **填寫表格並簽名。** 無論您從何處取得此表格，請謹記它是一份法律文件。必須經過公證或有二位合格見證人。您應該考慮請律師幫助您準備這份文件。
- **給相關人等副本。** 您應該將此表格的副本給您的醫師，以及您在表格上指名在您不能為自己做決定時應為您做決定的人士。您也可以給您的好朋友或家人一份。請務必在家中保存一份。

如果您事先知道要住院，且您已經簽署預前指示，**請帶一份到醫院。**

- 如果您住院，他們會問您是否已經簽署預前指示表以及您是否帶著此表格。
- 如果您尚未簽署預前指示表，醫院可提供表格並問您是否想簽署。

切記，是否要填寫預前指示（包括如果您在醫院時是否想簽署）屬於您個人的選擇。根據法律規定，任何人都不得基於您是否已經簽署預前指示而拒絕為您提供照護或歧視您。

### 醫生醫囑的維生治療指示 (POLST)

如果您已經罹患臨終疾病或健康衰弱，也可以考慮填寫 POLST 表。這份表格必須經您的醫師簽署，准許您提出特定臨終治療指示，例如疼痛管理、復甦術、餵食程序及其他醫療介入。它擁有醫師醫療指示的效力，且無論您在何處接受照護都必須遵守。它是預前指示的附加，但不得取代預前指示。

#### 如果您的指示未被遵循怎麼辦？

如果您已簽署預前指示，且您認為醫師或醫院並未遵循其中指示，您可以向您當地民權辦公室提出投訴。

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

電話號碼是 1-800-368-1019 或 1-415-437-8310（全國轉接服務：711）。

## 第 1.7 節 您有權投訴並要求我們重新考慮已作出的決定

如果您有任何關於您受保服務或照護的問題或顧慮，本手冊第 9 章告訴您怎麼做，並詳細說明如何處理所有類型的問題和投訴。

如第 9 章中說明，您的情況會影響您追蹤問題或顧慮時需要怎麼做。您可能需要本計畫為您作出承保決定、向我們提出變更承保決定的上訴，或者提出投訴。無論您怎麼做 - 要求承保決定、上訴或投訴，我們都必須公平地對待您。

您有權取得其他會員過去曾對本計畫提出的上訴和投訴的資訊摘要。如欲取得這類資訊，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

## 第 1.8 節 您有對我們的會員權利和責任正常提出建議的權利

如果您對這些權利和責任有任何的疑問或疑慮，或者您對於改善我們會員權利政策有所建議，請聯繫會員服務部來分享您的想法。

### 第 1.9 節 新技術之評估

新技術是指最近才研發出來治療特定疾病或病況的程序、藥物、生物製品或裝置，或是指現有程序、藥物、生物製品或裝置的新用途。新技術必須在已發表的同儕評審醫療文獻內無決定性醫療與科學可證明該藥物、生物製品、裝置或程序對健康結果無有利之效用，未通過聯邦、政府管理機構或其他政府機關（如美國食品藥物管理局 [FDA]）核准用於指定病症治療之最終與無限制市場，且未被醫療社群普遍接納，才會被認定有調查之必要。

Health Net, Inc. 透過既定程序來認可及評估新技術的開發與既有技術新應用，並應該予以納入適用福利計畫，確保會員取得安全有效的照護。Health Net, Inc. 可仰賴知名專家（例如，全國醫療協會、獨立醫療小組、技術評鑑組織，以及執業醫師）已發表的評估和臨床建議。這些專家會根據佐證的科學素質和新技術或新應用的基本理由來提出評估與結果。Health Net, Inc. 的醫療顧問會議有責任評鑑新技術與新應用，並做醫療政策決策。Medicare 的全國與地方承保判定，如適用，也必須遵守。

### 第 1.10 節 如果您認為自己受到不公平待遇或權利遭受侵犯怎麼辦？

#### 如果事關歧視，請致電民權辦公室

如果您認為您因為種族、殘疾、宗教、性別、健康、族裔、信仰、年齡或原始國籍而受到不公平待遇，或權利遭受侵犯，您應該致電健康及人道服務部的民權辦公室，電話：1-800-368-1019，或聽語障專線：1-800-537-7697，或致電您當地的民權辦公室。

#### 是因為其他原因嗎？

如果您認為受到不公平待遇或權利未受尊重，*而且*事情與歧視無關，您可以透過下列方式處理您遭遇的問題：

- 您可以致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。
- 您可以致電州健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program)。如需該組織的詳細資訊以及如何聯絡的資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 或者，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。

### 第 1.11 節 如何取得更多與您權利相關的資訊

您可以在下列幾個地方取得更多與您權利相關的資訊：

- 您可以致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。

- 您可以致電州健康保險協助方案 (State Health Insurance Assistance Program)。如需該組織的詳細資訊以及如何聯絡的資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可以聯絡 Medicare。
  - 您可以瀏覽 Medicare 網站閱讀或下載「您的 Medicare 權利及保障」(Your Medicare Rights & Protections) 出版品。(出版品下載網址：<http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf>)。
  - 或者，您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。

---

## 第 2 節 您有某些作為本計畫會員的責任

---

第 2.1 節 您的責任是什麼？
------------------

身為本計畫的會員，您需要做的事項如下所列。如果您有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。我們可以協助您。

1. **熟悉您的受保服務，以及取得這些受保服務時您必須遵循的規則。** 使用本承保範圍證明手冊來瞭解您的承保範圍以及取得受保服務時您必須遵循的規則。
  - 第 3 章和第 4 章詳細說明您的醫療服務，包括哪些服務屬於承保範圍、哪些服務不屬於承保範圍、需要遵循的規則，以及您應支付哪些費用。
  - 第 5 章和第 6 章詳細說明您的 D 部分處方藥承保範圍。
2. **如果您除了本計畫以外還有任何其他健康保險或處方藥承保，您必須告訴我們。** 請致電會員服務部通知我們（電話號碼請參閱本手冊封底）。
  - 我們必須遵循 Medicare 和 Medicaid 制定的規則，確保您從本計畫取得受保服務時一併使用您的全部承保。由於這會涉及協調您從本計畫和他處取得的健康和藥品福利，因此稱為「福利協調」。我們會幫助您對福利進行協調。（有關福利協調的詳細資訊，請參閱第 1 章第 7 節。）
3. **告訴您的醫師和其他健康照護服務提供者您投保本計畫。** 每次取得您的醫療照護或 D 部分處方藥時，請出示您的計畫會員卡和 Medi-Cal (Medicaid) 卡。
4. **透過提供資訊、提出疑問以及遵循您的照護指示，幫助您的醫師和其他醫療服務提供者來協助您。**
  - 為了協助您醫師和其他健康服務提供者給您最佳照護，請盡您所能瞭解您的健康問題，提供他們所需有關您自己和您健康的資訊。遵循您和您醫師都同意的治療計畫和指示。

- 所有您正在服用的藥品都務必告知您的醫師，包括非處方藥、維他命和補充劑。
  - 如果您有任何疑問，一定要提出來。您的醫師和其他健康照護服務提供者應該以您能夠瞭解的方式為您說明。如果您提出疑問但您不瞭解回答的內容，再問一次。
5. **請為他人著想。**我們期望我們的會員能尊重其他病患者的權利。我們也期望您的行為能幫助您的醫師診所、醫院和其他診所順利運作。
6. **支付您應付的費用。**身為計畫會員，您應負責下列付款：
- 您必須繳納您的計畫保費，才能繼續作為本計畫的會員。
  - 您若要符合本計畫的資格，必須擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分的資格。作為 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 會員，Medicaid 為您支付的部分 A 保費（如果您不能自動符合其資格）和部分 B 保費。如果 Medicaid 不幫您支付您的 Medicare 保費，您就必須持續繳付您的 Medicare 保費，才能保有計畫會員的資格。
  - 針對大多數屬於本計畫承保範圍的醫療服務或藥品，您取得服務或藥品時必須支付您應分攤的費用。這費用會是共付額（固定金額）或是共同保險金（總費用的百分比）。第 4 章說明您必須支付的醫療服務費用。第 6 章說明您必須支付的 D 部分處方藥費用。
  - 如果您取得的醫療服務或藥品不屬於本計畫承保範圍或由您的其他保險承保，您必須支付全額費用。
    - 如果您不同意我們對服務或藥品的拒絕承保決定，您可以提出上訴。請參見本手冊第 9 章瞭解您如何提出上訴的資訊。
  - 如果您被要求支付延遲投保罰款，您必須要支付罰款才能保有計畫會員的資格。
  - 如果您因為年收入較高的關係（如您去年退稅表所報告的）而被要求支付 D 部分的額外費用，您必須直接向政府支付該額外費，才能繼續做本計畫的會員。
7. **如果您搬家，請通知我們。**如果您即將搬家，務必立即通知我們。請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。
- 如果您遷往本計畫的服務區域外，就不能繼續作為本計畫的會員。（第 1 章有我們服務區域的相關說明。）我們可以協助查出您是否會遷往我們的服務區域外。如果您離開服務區域，您將會有個特殊投保期，在此期間您可以在您新搬進的區域加入任何 Medicare 計畫。我們會讓您知道在您新搬進的地區是否有我們的計畫。

- 如果您搬到我們的服務區域內，我們仍需要知道，以便更新您的會籍紀錄，知道如何與您聯絡。
8. 若您有任何疑問或顧慮，請致電會員服務部尋求協助。我們也歡迎您提供任何與改善本計畫相關的建議。
- 會員服務部的電話號碼和服務時間請參閱本手冊封底。
  - 如需更多如何聯絡我們的資訊，包括郵寄地址，請參閱第 2 章。

### Medi-Cal (Medicaid) 遺產回收方案

法律規定在 55 歲生日當時或之後死亡的 Medi-Cal 受益人，或者在受益人死亡後接收其遺產的任何人，其遺產均需用來償還 Medi-Cal 已支付的特定醫療或其他服務之費用。還款之額度不得超過受益人死亡當時所擁有之資產價值。

遺產回收方案僅適用於在 55 歲生日當日或之後死亡的 Medi-Cal 受益人。處理亡故者事務的人員或在其死亡後接收遺產的任何人，必須在死亡日起 90 天內通報健康照護服務部門 (DHCS)。

回收規定不適用於：

- 未亡配偶終身期間。
- 受益人有 21 歲以下的未亡子女。
- 受益人有失明或殘障的未亡子女（參見聯邦社會安全法之定義）。

欲知詳情，請聯絡：

Department of Health Care Services  
Third Party Liability and Recovery Division  
Estate Recovery Section - MS 4720  
P.O. Box 997425  
Sacramento, CA 95899-7425

您也可撥打 916-323-4836 取得更多資訊。

## **第 9 章： 如果您有問題或需要投訴 （承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦**

### **背景**

<b>第 1 節</b>	<b>簡介 .....</b>	<b>198</b>
第 1.1 節	如果您有問題或顧慮怎麼辦.....	198
第 1.2 節	如果出現法律專有名詞呢？ .....	198
<b>第 2 節</b>	<b>您可向與我們無關聯的政府組織取得協助 .....</b>	<b>199</b>
第 2.1 節	哪裡可以取得更多資訊和個人化的協助.....	199
<b>第 3 節</b>	<b>處理您的問題時應該使用哪種流程？ .....</b>	<b>200</b>
第 3.1 節	您應該採用 Medicare 福利流程還是 Medi-Cal (Medicaid) 福利流程？ ..	200

### **有關於您 MEDICARE 福利的問題**

<b>第 4 節</b>	<b>處理您的 Medicare 相關福利問題 .....</b>	<b>202</b>
第 4.1 節	您是否應利用承保決定和上訴程序？ 或您是否應利用投訴程序？ .....	202
<b>第 5 部分</b>	<b>承保決定和上訴的基本指南.....</b>	<b>202</b>
第 5.1 節	要求承保決定和上訴：總覽.....	202
第 5.2 節	當您要求承保決定或提出上訴時，如何取得幫助？ .....	203
第 5.3 節	本章哪一節詳細說明您的情況？ □ .....	204
<b>第 6 節</b>	<b>您的醫療照護如何要求承保決定或提出上訴.....</b>	<b>204</b>
第 6.1 節	本節說明當您無法取得醫療照護承保、或您要我們償還您的照護中我們應分攤的費用時，您該做什麼.....	205



---

第 6.2 節	按部就班：如何要求承保決定 □（如何要求本計畫授權或提供您想要的醫療照護承保） .....	206
第 6.3 節	按部就班：如何提出層級 1 上訴 □（如何要求審查本計畫作出的醫療照護承保決定） .....	209
第 6.4 節	按部就班：如何提出層級 2 上訴.....	211
第 6.5 節	如果您想要求我們償還您所收到的醫療照護帳單中我們應分攤的費用應該怎麼辦？ .....	213
<b>第 7 節</b>	<b>您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴.....</b>	<b>214</b>
第 7.1 節	本節為您說明如果您有取得 D 部分藥品的問題，或您要我們償還您 D 部分藥品費用的問題時該怎麼辦.....	214
第 7.2 節	什麼是例外處理？ .....	216
第 7.3 節	要求例外處理須知.....	217
第 7.4 節	按部就班：如何要求承保決定，包括例外處理.....	218
第 7.5 節	按部就班：如何提出層級 1 上訴 □（如何要求審查本計畫作出的承保決定） .....	221
第 7.6 節	按部就班：如何提出層級 2 上訴.....	223
<b>第 8 節</b>	<b>如果您認為醫師太快讓您出院該如何，何要求本計畫承保更長的住院時間.....</b>	<b>224</b>
第 8.1 節	在您住院期間，您將收到為您說明相關權利的 Medicare 書面通知。 ..	225
第 8.2 節	按部就班：如何提出層級 1 上訴，以變更您的出院日期.....	226
第 8.3 節	按部就班：如何提出層級 2 上訴，以變更您的出院日期.....	228
第 8.4 節	如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？ .....	229
<b>第 9 節</b>	<b>如果您認為您的承保太快結束，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務 .....</b>	<b>231</b>
第 9.1 節	本節僅與三種服務有關：居家健康照護、專業護理機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務 .....	231

第 9.2 節	我們會事先通知您的承保何時結束.....	232
第 9.3 節	按部就班：如何提出層級 1 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間....	232
第 9.4 節	按部就班：如何提出層級 2 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間....	234
第 9.5 節	如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？ .....	235
<b>第 10 節</b>	<b>提出層級 3 和更高層級的上訴.....</b>	<b>238</b>
第 10.1 節	層級 3、4 與 5 的醫療服務上訴.....	238
第 10.2 節	上訴層級 3、4 與 5 的 D 部分藥品上訴.....	239
<b>第 11 節</b>	<b>如何提出與照護品質、等待時間、客戶服務或其他顧慮的投訴.....</b>	<b>241</b>
第 11.1 節	投訴流程處理哪些種類的问题？ .....	241
第 11.2 節	「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」 .....	243
第 11.3 節	按部就班：提出投訴.....	244
第 11.4 節	您也能向品質改善組織提出照護品質相關投訴.....	245
第 11.5 節	您也可以向 Medicare 提出您的投訴 .....	246

## 有關於您 Medi-Cal (MEDICAID) 福利的問題

<b>第 12 部分</b>	<b>處理您的 Medi-Cal (Medicaid) 相關福利問題 .....</b>	<b>247</b>
第 12.1 節	如何提出與您 Medi-Cal (Medicaid) 受保福利有關的上訴或投訴 .....	247
第 12.2 節	申請州公平聽證.....	248

## 背景

### 第 1 節 簡介

#### 第 1.1 節 如果您有問題或顧慮怎麼辦

本章說明處理問題和顧慮的流程。您必須依據兩件事情來採用處理問題的流程：

1. 不論您的問題是關於 **Medicare** 或 **Medi-Cal (Medicaid)** 承保的福利。如果您希望有人幫助您決定要採用 **Medicare** 流程或是 **Medicaid** 流程，或者二者並行，請與會員服務部聯絡（會員服務部的電話號碼列於本手冊封底。）
2. 您遭遇的問題類型：
  - 針對部分問題類型，您需使用**承保決定和上訴流程**；
  - 至於其他問題類型，您則需使用**投訴流程**。

這些流程都經過 **Medicare** 核准。爲了確保公平性以及您的問題處理的效率，每種流程都有一套您和我們都必須遵循的規則、程序和期限。

您使用哪一種？第 3 節中的指南會幫助您確認使用正確的流程。

#### 第 1.2 節 如果出現法律專有名詞呢？

本章中說明的規則、程序和期限類型有些會出現技術性的法律專有名詞。大多數人都不熟悉其中許多專有名詞，而且無法瞭解其意義。

爲了方便簡單說明，本章在說明法律規則和程序時，會使用比較簡單的用語來取代某些法律術語。例如，本章通常會說「提出投訴」而非「提出申訴」；「承保決定」而非「組織判定」或「承保判定」；以及「獨立審查組織」而非「獨立審查實體」。此外，本章也會儘量少用縮寫。

不過，若您知道您處境的正確法律專有名詞將會有所幫助（有時會很重要）。在處理您的問題及針對您的情況取得正確的協助或資訊時，如果能知道使用哪些專有名詞，可幫助您清楚、準確地溝通。爲了協助您瞭解應使用哪些專有名詞，我們在提供處理特定情況類型的詳細資訊時，也會一併提供法律專有名詞。

## 第 2 節 您可向與我們無關聯的政府組織取得協助

### 第 2.1 節 哪裡可以取得更多資訊和個人化的協助

怎麼啓動問題的處理流程或過程中該如何追蹤，有時會令人感到困惑。如果您身體不適或精力有限，尤其可能發生這種問題。有時您也可能不知道接下來該怎麼做。

#### 向獨立的政府組織取得協助

我們始終樂於提供協助。不過，某些情況下您可能想要請與我們無關聯的某人提供協助或指導。您隨時可以聯絡州**健康保險協助方案 (SHIP)**。本政府方案在每一州都設置經過訓練的諮詢人員。而且它與本計畫或任何保險公司或健保計畫都沒有關聯。本方案的諮詢人員可協助您瞭解應該使用哪種流程來處理您目前遭遇的問題。此外，他們也能回答您的疑問、給您更多資訊並告訴您怎麼做。

SHIP 諮詢人員的服務是免費的。您可在本手冊第 2 章第 3 節找到電話號碼。

#### 您也可以從 Medicare 取得協助和資訊

如需更多資訊以及協助處理問題，您也可以聯絡 Medicare。以下兩種方法可以直接向 Medicare 索取資訊：

- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。
- 您可以瀏覽 Medicare 網站 (<http://www.medicare.gov>)。

#### 您可從 Medi-Cal (Medicaid) 取得協助與資訊

健康照護服務部（加州 Medicaid 方案）	
電話	免付費專線：1-800-541-5555 1-916-636-1980
聽語障專線	711（全國轉接服務）
寫信	Department of Health Care Services PO Box 997417 MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
網站	<a href="http://www.medi-cal.ca.gov">www.medi-cal.ca.gov</a>

您也可聯絡您當地社會服務處。電話號碼位於第 2 章第 9 節。

您可從 **Medi-Cal 管理式照護監察員辦事處** 取得協助與資訊。

<b>Medi-Cal 管理式照護監察員辦事處</b>	
電話	1-888-452-8609
聽語障專線	711（全國轉接服務）
寫信	P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899
網站	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx">http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx</a>

您可從品質改善組織取得協助與資訊

<b>健康服務顧問團（加州品質改善組織）</b>	
電話	1-866-800-8749
聽語障專線	711（全國轉接服務）
寫信	Health Services Advisory Group 700 N. Brand Blvd., Suite 370 Glendale, CA 91203
網站	<a href="http://www.hsag.com">www.hsag.com</a>

---

### 第 3 節 處理您的問題時應該使用哪種流程？

---

第 3.1 節	您應該採用 <b>Medicare</b> 福利流程還是 <b>Medi-Cal (Medicaid)</b> 福利流程？
---------	---

由於您已經有 Medicare 並獲得 Medi-Cal (Medicaid) 的協助，所以您可以採用不同的流程來處理您的問題或投訴。要採用哪個流程要視問題是關於 Medicare 福利還是 Medi-Cal 福利來決定。如果您的問題是關於 Medicare 承保的福利，那麼就應採用 Medicare 流程。如

果您的問題是關於 Medi-Cal 承保的福利，就應採用 Medi-Cal 流程。如果您希望有人幫助您決定要採用 Medicare 流程或是 Medi-Cal 流程，請與會員服務部聯絡（會員服務部的電話號碼印於本手冊封底）。

Medicare 流程和 Medi-Cal (Medicaid) 流程在本章中分別加以說明。欲查詢您應該瀏覽哪一部分，請參見以下列表。

查詢本章中哪個部分能幫助您解決特定問題或疑慮，請從這裡開始

**您的問題是關於 Medicare 福利還是 Medi-Cal (Medicaid) 福利？**

（如果希望有人幫您判定您的問題是關於 Medicare 福利還是 Medi-Cal (Medicaid) 福利，請與會員服務部聯絡。）（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底）。

我的問題是關於 **Medicare** 福利。  
請參閱本章下一節，**第 4 節「處理您的 Medicare 相關福利問題。」**

我的問題是關於 **Medi-Cal (Medicaid)** 福利  
請跳至本章**第 12 節「處理您的 Medi-Cal (Medicaid) 相關福利問題。」**

## 有關於您 MEDICARE 福利的問題

### 第 4 節 處理您的 Medicare 相關福利問題

#### 第 4.1 節 您是否應利用承保決定和上訴程序？或您是否應利用投訴程序？

如果您有問題或疑慮，只需閱讀本章中適用您處境的相關部分。以下列表能幫助您找到本章中與 **Medicare** 承保福利有關問題或投訴的正確章節。

查詢本章中哪個部分能幫助您解決 **Medicare** 福利相關問題或疑慮，請使用本列表：

您的問題或疑慮是關於您的福利或承保嗎？

（包括特定醫療照護或處方藥是否受保、他們受保的方式，以及醫療照護或處方藥付款相關問題。）

**是。**  
我的問題是關於福利或承保。  
前往本章第 5 節「承保決定和上訴的基本指南」。

**否。** 我的問題跟福利與承保無關。  
跳到本章結尾的第 11 節。「如何提出與照護品質、等待時間、客戶服務或其他顧慮的投訴」。

### 第 5 部分 承保決定和上訴的基本指南

#### 第 5.1 節 要求承保決定和上訴：總覽

要求承保決定和提出上訴的流程適用於處理您福利和承保的相關問題，包括給付相關問題。您利用此流程來解決某項目是否屬於承保範圍和獲得承保的方式等問題。

#### 要求承保決定

承保決定是我們作出關於您的福利與承保範圍，或關於我們會給付您醫療服務或藥品的金額之決定。當我們決定您的承保範圍以及我們給付的費用金額時，便是做出承保決定。例如，在您接受您計畫的網絡醫師所提供的醫療，或您的網絡醫師把您轉介給醫療專業人員時，他或她就會對您做出（有利）決定。要是您的醫師不確定我們是否承保特定醫療服

務，或者是否拒絕提供您自認必要的醫療照護，您或您的醫師也可以跟我們聯絡詢問承保決定。換句話說，如果您在接受某項醫療照護前想知道該照護是否屬於本計畫的承保範圍，您可以要求我們為您做承保決定。

在某些情況下，我們可能決定某服務或藥品不屬於承保範圍，或不再屬於 Medicare 提供給您的承保範圍。如果您不同意這項承保決定，您可以提出上訴。

## 提出上訴

如果我們作出承保決定，但是您不同意這項決定，您可以對此決定提出「上訴」。上訴是一個要求我們審查並改變我們作出的承保決定的正式途徑。

當您提出上訴時，我們會審查我們已作出的承保決定，以查看我們是否適當地遵循所有規則。受理您上訴的審查員跟最初做出不利決定的審查員是不同的人。當完成審查時，我們會讓您知道我們的決定。

如果我們全部或部分拒絕您的層級 1 上訴，您就可以提出層級 2 上訴。層級 2 上訴由與我們無關聯的獨立組織執行。（在某些情況下，您的層級 2 上訴會自動提送給獨立組織。如有此情況，我們會告知您。其他的情況則不要求層級 2 上訴。）如果您對層級 2 上訴的決定感到不滿意，您可以繼續提出更高層級的上訴。

### 第 5.2 節 當您要求承保決定或提出上訴時，如何取得幫助？

您需要一些協助嗎？如果您決定要求任何種類的承保決定或提出上訴，以下是您可能想要利用的資源：

- 您可以**致電會員服務部與我們聯絡**（電話號碼請參閱本手冊封底）。
- 如需從與本計畫無關聯的**獨立組織取得免費協助**，請與您的州健康保險協助方案聯絡（請參閱本章第 2 節）。
- 如欲獲得 D 部分處方藥，您的醫師或其他開立處方者能代表您請求承保決定或層級 1 或層級 2 上訴。如要求任何層級 2 之後的上訴，您必須指定您醫師或其他開立處方者擔任您的代表。
- **醫師能為您提出醫療照護請求**。您的醫師能代表您請求承保決定或提出層級 1 上訴。如果您的上訴在層級 1 被否決，它將自動進入層級 2。如欲要求層級 2 以上的上訴，您的醫師必須被指定為您的代表。
- 您可以**要求某人代表您**。如果您想要，您可以指名另一個人代表您，擔任您的「代表」以要求承保決定或提出上訴。
  - 您可能已經根據州法律規定授權某人擔任您的合法代表。



- 如果您想要您的朋友、親戚、醫師或其他醫療服務提供者或其他個人擔任您的代表，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）索取「代表委託書」授權表。（本表格亦可上 Medicare 網站 <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> 或我們網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 上下載。）本表格可授權他人代表您行事。表格必須由您和您想要其代理您的人士簽名。您必須給我們一份已簽名的表格。
- **您也有權聘請律師代表您。**您可以聯絡自己的律師，或從您當地律師協會或其他轉介服務取得律師名單。如果您合格，也有些團體可以提供您免費法律服務。不過，您並未被要求須聘請律師以要求任何種類的承保決定或上訴決定。

### 第 5.3 節 本章哪一節詳細說明您的情況？ □

有四種不同類型的情況牽涉承保決定和上訴。由於每種情況皆有不同規則和期限，我們會在不同的節內詳細說明各種情況：

- 本章第 6 節：「您的醫療照護：如何要求承保決定或提出上訴」
- 本章第 7 節：「您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴」
- 本章第 8 節：「如果您認為醫師太快讓您出院，該如何要求本計畫承保更長的住院時間」
- 本章第 9 節：「如果您認為您的承保太快結束，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務」（這些服務只適用於：居家健康照護、專業護理機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務）。

如果您仍不確定您應利用哪一節的內容，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊的封底）。您也可以從政府組織取得協助或資訊，例如從您的州健康保險協助方案（本手冊的第 2 章第 3 節有此方案的電話號碼）。

## 第 6 節 您的醫療照護如何要求承保決定或提出上訴



您已經閱讀本章第 5 節（承保決定和上訴的「基本」指南）了嗎？  
如果還沒，開始本節之前，您可能要先閱讀該節。

<b>第 6.1 節</b>	<b>本節說明當您無法取得醫療照護承保、或您要我們償還您的照護中我們應分攤的費用時，您該做什麼</b>
----------------	---

本節是關於您醫療照護和服務的福利。以下是本手冊第 4 章所列的福利：*福利表（承保範圍以及您支付的費用）*。為了方便簡單說明，我們在本節其餘部分通常只說「醫療照護承保」或「醫療照護」，而不每次重複「醫療照護或治療或服務」。

本節告訴您如果在以下五種情況中您可以做什麼：

1. 您沒有得到您要的醫療照護，且您認為該照護屬於本計畫的承保範圍。
2. 本計畫不核准您的醫師或其他醫療服務提供者想要給您的醫療照護，而您認為該照護屬於本計畫的承保範圍。
3. 您已經接受您認為應該屬於本計畫承保範圍的醫療照護或服務，但我們已表明不會給付該照護。
4. 您已接受並支付您認為應屬於本計畫承保範圍的醫療照護或服務，且您想要求本計畫補償您該照護的費用。
5. 您被告知您一直以來接受的某醫療照護承保會減少或停止，而您認為減少或停止該照護可能對您的健康有害。
  - 備註：**如果將要停止的是醫院照護、居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的承保**，您需要閱讀本章的另一節，因為這些類型的照護有特別的規則。以下是在這些情況下您該閱讀的內容：
    - 第 9 章第 8 節：*如果您認為醫師太快讓您出院該如，何要求本計畫承保更長的住院時間*
    - 第 9 章第 9 節：*如果您認為您的承保太快結束，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務*。本節僅與三種服務有關：居家健康照護、專業護理機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務。
  - 關於**所有其他**您被告知您在接受的醫療照護將被停止的情況，請利用本節（第 6 節）指導您該怎麼做。

您遇到哪種情況？	
如果您遇到這種情況：	您應該：
您想要查明我們是否承保您想要的醫療照護或服務？	您可要求我們為您做承保決定。 請參閱本章下一節， <b>第 6.2 節</b> 。
我們是否已經告知您，我們無法承保或支付您希望受保或給付的醫療服務？	您可以提出上訴。（也就是說，您可以要求我們重新考慮。） 跳到本章 <b>第 6.3 節</b> 。
您想要求我們把您已經收取或支付的醫療照護或服務退還？	您可將帳單寄給我們。 跳到本章 <b>第 6.5 節</b> 。

## 第 6.2 節

### 按部就班：如何要求承保決定

▮（如何要求本計畫授權或提供您想要的醫療照護承保）

**法律專有名詞** 當承保決定涉及您的醫療照護時，稱為「組織判定」。

**步驟 1：**您要求本計畫針對您要求的醫療照護作出承保決定。如果您的健康情況需要快速回應，您應要求我們做成「快速決定」。

**法律專有名詞** 「快速決定」也稱為「特急承保判定」。

#### 如何要求您想要的醫療照護承保

- 首先，請致電、寫信或傳真至本計畫，要求我們提供您想要的醫療照護承保。您、您的醫師或您的代表皆可以做件事。
- 如需關於如何聯絡我們的詳細資訊，請參閱第 2 章第 1 節其中標題為當您要求與您醫療照護相關的承保決定時如何與我們聯絡的部分。

#### 我們通常使用標準期限來為您提供我們的決定

為您提供我們的決定時，除了我們已經同意使用「快速」期限之外，我們都會使用「標準」期限。**標準決定表示我們會於收到您的要求後 14 天內回覆您。**

- **不過**，如果您要求更多時間，或如果我們需要可能對您有利的資訊（例如來自從網絡外醫療服務提供者的病歷），**我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間**。如果我們決定需要額外天數來做決定，我們會以書面通知您。
- 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴。（提出投訴的流程與提出承保決定和上訴的流程不同。如需更多關於提出投訴（包括快速投訴）的流程的資訊，請參閱本章第 11 節。）

*如果因您的健康所需，請要求我們進行「快速決定」*

- **快速的承保決定意味著我們將於 72 小時內答覆。**
  - **不過**，如果我們發現缺少某些可能對您有利的資訊（例如來自從網絡外醫療服務提供者的病歷），或您需要時間取得供我們審查的資訊，**我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間**。如果我們決定需要額外天數，我們會以書面通知您。
  - 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」。（如需更多關於提出投訴（包括快速投訴）的流程的資訊，請參閱本章的第 11 節。）我們作出決定後會儘快用電話與您聯絡。
- **若要取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：**
  - 僅當您是要求您尚未接受的醫療服務承保時，您才可以取得快速決定。（如果您的要求是關於您已經接受之醫療服務的給付，您就無法取得快速決定。）
  - 僅當使用標準期限可能嚴重危害您的健康或傷害您的機能時，您才可以取得快速決定。
- 如果您的醫師告訴我們您的健康情況需要「快速承保決定」，我們會自動同意給您快速決定。
- 如果您自己要求快速決定，而沒有您的醫師的支持，我們將決定您的健康情況是否需要我們給您快速決定。
  - 如果我們決定您的醫療病況不符合快速決定的規定，我們會寄一封信函通知您（並說明我們會改用標準期限）。
  - 此信函會告訴您如果您的醫師要求快速承保決定，我們會自動給您快速承保決定。
  - 信函中也會告訴您，您可以對我們給您標準決定而不是您所要求的快速決定一事提出「快速投訴」。（如需更多關於提出投訴（包括快速投訴）的流程的資訊，請參閱本章的第 11 節。）

## **步驟 2：我們考慮您的醫療照護承保要求，並給您我們的答覆。**

### **「快速」承保決定的期限**

- 對於快速承保決定，我們通常會在 **72 小時內**回覆您。
  - 如上所述，在特定情況下我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間。如果我們決定需要額外天數來做決定，我們會以書面通知您。
  - 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴。（如需更多關於提出投訴（包括快速投訴）的流程的資訊，請參閱本章的第 11 節。）
  - 如果我們未在 72 小時內回覆（若有延長期間，則是該期間結束之前），您有權提出上訴。以下第 6.3 節說明如何提出上訴。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您要求後 72 小時內授權或提供我們同意提供的醫療照護承保。如果我們延長作出決定所需的時間，我們會在延長期間結束之前提供承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，我們會寄給您一份詳細書面聲明，說明我們為何拒絕的原因。

### **「標準」承保決定的期限**

- 對於標準決定，我們通常會在收到您要求起 **14 天內**回覆您。
  - 在特定情況下，我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間（「延長期間」）。如果我們決定需要額外天數來做決定，我們會以書面通知您。
  - 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴。（如需更多關於提出投訴（包括快速投訴）的流程的資訊，請參閱本章的第 11 節。）
  - 如果我們未在 14 天內回覆（若有延長期間，則是該期間結束之前），您有權提出上訴。以下第 6.3 節說明如何提出上訴。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您要求後 14 天內授權或提供我們同意提供的承保。如果我們延長作出決定所需的時間，我們會在延長期間結束之前提供承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們為何拒絕的原因。

**步驟 3：如果我們拒絕您的醫療照護承保要求，您可以決定是否要提出上訴。**

- 如果我們拒絕您的要求，您有權提出上訴，要求我們重新考慮 – 或許改變 – 此一決定。提出上訴指再次嘗試取得您想要的醫療照護承保。
- 當您決定提出上訴時，表示您進入上訴流程的層級 1（請參閱以下第 6.3 節）。

**第 6.3 節 按部就班：如何提出層級 1 上訴**  
**▮（如何要求審查本計畫作出的醫療照護承保決定）**

**法律專有名詞** 向本計畫提出與醫療照護承保決定相關的上訴也稱為計畫「重新考慮」。

**步驟 1：聯絡我們並提出您的上訴。如果您的健康情況需要快速回應，您必須要求「快速上訴」。**

*作法*

- 您、您的醫師或您的代表必須聯絡我們以開始您的上訴。如需關於如何為您上訴的事與我們聯絡的詳細資訊，請參閱第 2 章第 1 節其中名稱為*當您要提出與您的醫療照護相關的上訴時如何與我們聯絡*的部分。
- 如果您想要求標準上訴，請提交已簽名的要求，以書面提出您的標準上訴。
  - 如果您是由醫師以外的他人針對我們的決定為您提出上訴，您的上訴可能必須要檢附代表委託書表格，才能授權此人代表您。（如欲取得表格，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）索取「代表委託書」表格。本表格亦可上 Medicare 網站 <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> 或我們的網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 下載）。若無此表，我們也會受理上訴申請，但需等到委託書送達後才能完成審查。如果未能在收到您的上訴申請起的 44 天內收到表格（此為就您的上訴做出決定的期限），您的上訴申請將會被寄送到獨立審查組織予以駁回。
- 如果您想要求快速上訴，請以書面提出您的上訴，或致電我們，電話號碼請參閱第 2 章第 1 節（*當您要提出與您的醫療照護相關的上訴時如何與我們聯絡*）。
- 您必須在我們寄送給您書面通知答覆您所要求的承保決定之日起 **60 個曆日** 內提出上訴。如果您錯過這個期限，且您有適當的理由，我們可給您更多時間提出上訴。超過期限的適當理由舉例包括您患了嚴重疾病，無法與我們聯絡，或者我們提供您不正確或不完整的申請上訴期限資訊。
- 您可以要求一份與您醫療決定相關的資訊，並加入更多資訊以支持您的上訴。

- 您也有權向我們要求一份與您上訴相關的資訊。
- 如果您想要，您和您的醫師可以給我們額外的資訊以支持您的上訴。

如果因您的健康所需，請致電我們要求「快速上訴」（您可以口頭要求）

<b>法律 專有名詞</b>	「快速上訴」也稱為「 <b>特急重新考慮</b> 」。
--------------------	-----------------------------

- 如果您要上訴我們作出關於您尚未接受之照護的承保決定，您和／或您的醫師需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 取得「快速承保上訴」的規定和程序與取得「快速決定」相同。如欲要求快速上訴，請遵循要求快速決定的指示。（這些指示於本節前面已經說明。）
- 如果您的醫師告訴我們您的健康情況需要「快速上訴」，我們會自動同意給您快速上訴。

## **步驟 2：我們考慮您的上訴並給您我們的答覆。**

- 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細查看所有關於您對醫療照護的承保要求的資訊。我們會查看以確定在拒絕您的要求時，我們是否遵循所有規則。
- 如有需要，我們會蒐集更多資訊。我們可能聯絡您或您的醫師以取得更多資訊。

### **「快速」上訴的期限**

- 如果我們採用快速期限，我們必須在**收到您的上訴之後 72 小時內**給您我們的答覆。如果因您的健康所需，我們會更快給您我們的答覆。
  - 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要蒐集更多可能對您有利的資訊，**我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間**。如果我們決定需要額外天數來做決定，我們會以書面通知您。
  - 如果我們沒有在 72 小時之內給您答覆（或如果我們需要額外天數，則在延長期間結束之前），我們必須自動將您的要求轉至上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。在本節後面部分，我們會說明這個組織以及上訴層級 2 的流程詳情。
- 如果我們的答覆是**同意您的部分或全部要求**，我們必須在收到您上訴後 72 小時內授權或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是**拒絕您的部分或全部要求**，我們就會寄給您一份書面拒絕通知，告訴您我們已經自動將您的上訴轉到獨立審查組織進行層級 2 上訴。

### 「標準」上訴的期限

- 如果我們使用標準期限，且您的上訴是關於您尚未接受之服務的承保，我們必須在收到您上訴的 **30 個曆日內**給您我們的答覆。如果因您的健康病況所需，我們會更快給您我們的決定。
  - 不過，如果您要求更多時間，或如果我們需要蒐集更多可能對您有利的資訊，**我們最多可能需要額外 14 個曆日的時間**。
  - 如果您認為我們不應該需要額外天數，您可以對我們使用額外天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在 24 小時內回覆您的投訴。（如需更多關於提出投訴（包括快速投訴）的流程的資訊，請參閱本章的第 11 節。）
  - 如果我們沒有在上述的期限內給您答覆（或如果我們需要額外天數，則在延長期間結束之前），我們必須將您的要求轉至上訴流程的層級 2，由獨立外部組織審查您的要求。在本節後面部分，我們會說明這個審查組織以及上訴層級 2 的流程詳情。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求，我們必須在我們收到您上訴後 30 天內授權或提供我們已同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，我們就會寄給您一份書面拒絕通知，告訴您我們已經自動將您的上訴轉到獨立審查組織進行層級 2 上訴。

**步驟 3：**如果本計畫拒絕您的部分或全部上訴，您的案件會被**自動**轉到上訴流程的下一層級。

- 為確保我們拒絕您的上訴時遵循所有規則，**我們必須將您的上訴轉到「獨立審查組織」**。當我們這樣做時，表示您的上訴已進入上訴流程的下一層級，也就是層級 2。

#### 第 6.4 節

#### 按部就班：如何提出層級 2 上訴

如果我們拒絕您的層級 1 上訴，您的案件會被**自動**轉到上訴流程的下一層級。在層級 2 上訴期間，**獨立審查組織**會審查我們拒絕您第一次上訴的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

**法律專有名詞** 「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查實體**」，有時簡稱為「**IRE**」。



### **步驟 1：獨立審查組織審查您的上訴。**

- **獨立審查組織是由 Medicare 聘用的外部獨立組織。**該組織與我們並無關聯，而且不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，以獨立審查組織的角色處理相關工作。Medicare 監督其工作。
- 我們會將與您上訴有關的資訊寄給這個組織。這份資訊稱為您的「案件檔案」。您有權利向我們索取一份您的案件檔案。
- 您有權利提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

*如果您在層級 1 有「快速」上訴，您在層級 2 也會有「快速」上訴*

- 如果您在層級 1 有對本計畫的快速上訴，您在層級 2 會自動得到快速上訴。審查組織必須在收到您上訴的 **72 小時內**給您層級 2 上訴的答覆。
- 但是，如果獨立審查組織需要蒐集更多可能對您有利的資訊，**最多可能需要額外 14 個曆日的時間**。

*如果您在層級 1 有「標準」上訴，您在層級 2 也會有「標準」上訴。*

- 如果您在層級 1 有對本計畫的標準上訴，您在層級 2 會自動得到標準上訴。審查組織必須在收到您上訴的 **30 個曆日內**給您對您層級 2 上訴的答覆。
- 但是，如果獨立審查組織需要蒐集更多可能對您有利的資訊，**最多可能需要額外 14 個曆日的時間**。

### **步驟 2：獨立審查組織給您他們的答覆。**

獨立審查組織會以書面告訴您其決定並解釋決定的理由。

- **如果獨立審查組織同意您的部分或全部要求**，我們必須在收到審查組織的決定後 72 小時內授權醫療照護承保，並在 14 個曆日內提供服務。
- **如果獨立審查組織拒絕您的部分或全部要求**，表示他們與我們的計畫一樣，認為不應該核准您的醫療照護承保要求（或您的部分要求）。（這稱為「維持原決定」，也稱為「駁回您的上訴」。）
  - 您從獨立審查組織收到的書面通知會告訴您是否您的案例是否符合繼續上訴流程的要求。例如，如要繼續並在上訴層級 3 提出另一個上訴，您所要求的醫療照護承保現金價值必須達到最低金額的規定。如果您所要求承保的現金價值過低，您就不能提出另一個上訴；這表示層級 2 的決定即是最後決定。

### 步驟 3：如果您的案件符合規定，您可選擇是否要進一步上訴。

- 上訴流程中，層級 2 之後還有另外三個層級（總共有五個上訴層級）。
- 如果您的層級 2 上訴被駁回，且您符合繼續上訴流程的規定，您必須決定是否要進入層級 3 並提出第三次上訴。您在層級 2 上訴後收到的書面通知裡有如何進行的詳細資訊。
- 層級 3 上訴由行政法官處理。本章第 10 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

<b>第 6.5 節</b>	<b>如果您想要求我們償還您所收到的醫療照護帳單中我們應分攤的費用應該怎麼辦？</b>
----------------	---

如果您想要求我們支付醫療照護費用，請先閱讀本手冊第 7 章：要求我們給付您所收到受保醫療服務或藥品帳單我們應分攤的費用。第 7 章說明您可能需要要求補償，或要求給付您從醫療服務提供者收到之帳單的情況。該章也說明您該如何將要求本計畫給付的文件資料寄給我們。

#### 要求補償就是要求我們做出承保決定

如果您將要求補償的文件資料寄給我們，您是在要求本計畫做出承保決定（如需更多關於承保決定的資訊，請參閱本章第 5.1 節）。要做出此承保決定，我們會查看您所支付費用的醫療照護是否為受保服務（參閱第 4 章：*福利表（承保範圍以及您支付的費用）*）。我們也會查看您在使用醫療照護的承保時是否遵循所有的規則（本手冊第 3 章列有這些規則：*利用本計畫的醫療服務承保*）。

#### 我們可能同意或拒絕您的要求

- 如果您所支付費用的醫療照護屬於承保範圍，且您遵循所有規則，我們會在收到您的要求後 60 個曆日內將該項醫療照護費用中我們必須分攤的款項寄給您。或者，如果您尚未支付服務費用，我們會將款項直接寄給該醫療服務提供者。（我們若寄出款項，即表示我們*同意*您對承保決定的要求）。
- 如果該項醫療照護不屬於承保範圍，或是您未遵循所有規則，我們便不會寄出款項。相反的，我們會寄給您一封信函，告知您我們不會給付服務費用及此決定的詳細理由。（我們若駁回您的給付要求，即表示我們*拒絕*您對承保決定的要求。）

#### 當您要求給付，而我們指出我們不會給付時，怎麼辦？

如果您不同意我們駁回的決定，您可以提出上訴。如果您提出上訴，表示您要求我們變更我們駁回您的給付要求的承保決定。

如欲提出上訴，請遵循我們在本節的 5.3 部分說明的上訴流程。請參閱該部分按部就班的指示。當您循循這些指示時，請注意：

- 如果您提出關於補償的上訴，我們必須在收到您的上訴後 60 個曆日內給您答覆。（如果您想要求我們償還您為所接受醫療照護自行支付的費用，您不能要求快速上訴。）
- 如果獨立審查組織推翻我們拒絕給付的決定，我們必須在 30 曆日內將您要求給付的費用寄給您或醫療服務提供者。在上訴流程層級 2 之後的任何階段，如果答覆是同意您的上訴，我們必須在 60 曆日內將您要求給付的費用寄給您或醫療服務提供者。

## 第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴



您已經閱讀本章第 5 節（承保決定和上訴的「基本」指南）了嗎？如果還沒，開始本節之前，您可能要先閱讀該節。

### 第 7.1 節 本節為您說明如果您有取得 D 部分藥品的問題，或您要我們償還您 D 部分藥品費用的問題時該怎麼辦

身為本計畫的會員，您的福利包括許多處方藥的承保。請參閱本計畫的受保藥品清單（處方一覽表）。欲獲得承保，藥品必須是使用於醫療上可接受的適應症（「醫療上可接受」的適應症是指使用食品藥物局核准或有特定參考書籍佐證的藥品。如需更多關於醫療上可接受的適應症的資訊，請參閱第 5 章第 3 節。

- 本節僅與您的 D 部分藥品有關。為了方便簡單說明，我們在本節的其餘部分統稱為「藥品」，而不每次重複「受保門診處方藥」或「D 部分藥品」。
- 如需針對 D 部分藥品、受保藥品清單（處方一覽表）、承保規則和限制規定以及費用資訊的詳情，請參閱第 5 章（利用本計畫的 D 部分處方藥承保）與第 6 章（您支付您 D 部分處方藥的費用）。

### D 部分承保決定和上訴

如本章第 5 節所述，承保決定是我們作出關於您的福利與承保範圍，或關於我們會給付您藥品多少金額的決定。

<b>法律 專有名詞</b>	跟您的 D 部分藥品有關的初期承保決定又稱為「承保判定」。
--------------------	-------------------------------

以下是幾個您要求我們作出與您 D 部分藥品有關的承保決定的範例：

- 您要求我們作出例外處理，包括：
  - 要求我們承保在本計畫受保藥品清單（處方一覽表）以外的 D 部分藥品。
  - 要求本計畫豁免對某藥品的承保限制規定（例如限制您可以取得的藥品數量）
  - 要求以較低分攤費用金額支付受保非首選藥品
- 您問我們是否為您承保某藥品以及您是否符合承保要求。（例如，當您的藥品在本計畫的受保藥品清單（處方一覽表）上，但我們要求您先取得我們的核准，之後我們才為您承保該藥品）。
  - *請注意*：如果您的藥局告訴您，無法照單領取您的處方，您將會收到一份書面通知，說明如何與我們聯絡要求做出承保決定。
- 您要求我們給付您已經購買的處方藥費用。這是有關給付的承保決定的要求。

如果您不同意我們已經作出的承保決定，您可以對我們的決定提出上訴。

本節為您說明如要求承保決定與如何提出上訴。利用下表可協助您判定哪部分的資訊適用您的情況：

您遇到哪種情況？			
您需要的藥品未被納入我們的藥品清單，或需要我們免除受保藥品相關之規則或限制？	您想要將藥品納入我們的藥品清單，且您認定您所需的藥品符合任何計畫規則或限制（例如預先取得核准）？	您想要求我們把您已經接收或支付的藥品費用償還給您？	我們已經告知您，無法承保或支付您想要受保或給付的藥品？
您可要求我們做例外處理。 （這是一種承保決定。）	您可要求我們做承保決定。	您可要求我們償還您。 （這是一種承保決定。）	您可以提出上訴。 （也就是說，您可以要求我們重新考慮。）
本章第 7.2 節開始。	跳到本章第 7.4 節。	跳到本章第 7.4 節。	跳到本章第 7.5 節。

## 第 7.2 節 什麼是例外處理？

如果藥物未依照您的希望受保，您可以要求我們做「例外處理」。例外處理是一種承保決定。與其他類型的承保決定類似，如果我們駁回您的例外處理要求，您可以對我們的決定提出上訴。

當您要求例外處理時，您的醫師或其他開立處方者將需要解釋為何您需要例外處理被核准的醫療理由。我們屆時會考慮您的要求。以下是三個您、您醫師或其他開立處方者可以要求我們進行例外處理的範例：

1. 承保在我們受保藥品清單（處方一覽表）以外的 D 部分藥品。（我們簡稱它為「藥品清單」。）

法律 專有名詞	要求承保不在藥品清單上的藥品，有時稱為要求「處方一覽表例外處理」。
------------	-----------------------------------

- 如果我們同意例外處理並承保不在藥品清單上的藥品，您將需要支付適用層級 4 藥品非首選品牌藥品的分攤費用金額。您不能針對我們要求您支付的藥品共付額或共同保險金要求例外處理。
2. 免除我們對某受保藥品的承保限制規定。有些額外的規則或限制規定適用於我們受保藥品清單（處方一覽表）上的某些藥品（如需更多資訊，請參閱第 5 章第 4 節）。

**法律專有名詞** 要求免除對某藥品的承保限制規定有時稱為要求「處方一覽表例外處理」。

- 某些藥品的承保額外規則與限制規定包括：
    - 要求使用某藥品的普通藥品版本以取代品牌藥品。
    - 事先取得本計畫核准，之後我們才會同意承保您的藥品。（這有時稱為「事先授權」。）
    - 要求先嘗試一種不同的藥品，之後我們才會同意承保您所要求的藥品。（這有時稱為「階段療法」。）
    - 數量限制。就某些藥品而言，您可以領取的數量有限制。
  - 如果我們同意作出例外處理並豁免對您的限制規定，您可以針對我們要求您支付的該藥品共付額或共同保險金的金額，要求我們進行例外處理。
3. 將藥品承保變更至更低的分攤費用層級。我們藥品清單中的每種藥品，均屬於五個費用分攤層級中的一個層級。一般而言，藥品的分攤費用層級數字愈低，您就會支付愈低的藥品分攤費用：

**法律專有名詞** 要求以較低的首選價格支付非首選藥品有時稱為要求「層級例外處理」。

- 如果您的藥品在層級 2 非首選普通藥品，您可以要求我們以適用層級 1 首選普通藥品的分攤費用金額來承保。如此可降低您的藥品分攤費用。
- 如果您的藥品在層級 4 非首選品牌藥品，您可以要求我們以適用層級 3 首選品牌藥品的分攤費用金額來承保。如此可降低您的藥品分攤費用。
- 您不能要求我們變更層級 3（首選品牌藥品）及第 5 層級（專科層級）中任何藥品的費用分攤層級。

### 第 7.3 節 要求例外處理須知

#### 您的醫師必須告訴我們醫療理由

您的醫師或其他開立處方者必須給我們一份書面聲明，說明要求例外處理的醫療理由。如為加速決定，當您要求例外處理時，請包括您的醫師或其他開立處方者提供的這項醫療資訊。

一般而言，我們的藥品清單包括一種以上治療特定病況的藥品。這些不同的可能性稱為「替代」藥品。如果某替代藥品與您要求的藥品有同樣的效果而且不會產生更多副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理要求。

### 我們可能同意或拒絕您的要求

- 如果我們核准您的例外處理要求，我們核准的有效期間通常到計畫年度結束時。只要您的醫師持續開立該藥品處方給您，且該藥品能安全有效地治療您的病況，就適用上述說明。
- 如果我們拒絕您的例外處理要求，您可以提出上訴要求審查我們的決定。第 7.5 節說明如果我們拒絕時您該如何提出上訴。

下一節為您說明如何要求承保決定，包括例外處理。

## 第 7.4 節 按部就班：如何要求承保決定，包括例外處理

**步驟 1：**您要求我們作出關於您所需藥品或給付的承保決定。如果您的健康情況需要快速回應，您必須要求我們作出「快速決定」。如果您要求我們償還您已經購買的藥品費用，您不能要求快速決定。

### 作法

- **要求您想要的承保定類型。**首先致電、寫信或傳真給我們以提出您的要求。您、您的代表或您的醫師（或其他開立處方者）都可以這麼做。如需詳細資訊，請參閱第 2 章第 1 節其中標題為*當您要求與您 D 部分處方藥相關的承保決定時如何與我們聯絡*的部分。或者，如果您要求我們償還您藥品費用，請參閱其中標題為*若要我們針對您已接受的醫療照護或藥品給付我們應分攤的費用，此要求應該寄到哪裡*的部分。
- **您或您的醫師或代理您的某人**可以要求承保決定。本章第 5 節為您說明您如何提供書面同意讓某人擔任您的代表。您也可以請律師代表您。
- **如果您想要求我們償還您藥品費用**，請先閱讀本手冊第 7 章：*要求我們給付您所收到受保醫療服務或藥品帳單我們應分攤的費用*。第 7 章說明您可能需要要求補償的情況。本章也為您說明如何寄給我們書面資料，要求償還您已經支付的藥品我們應分攤的部分。
- **如果您想要求例外處理**，請提供「支持聲明」。您的醫師或其他開立處方者必須提供我們您想要求藥品例外處理的醫療理由。（我們稱此為「支持聲明」。）您的醫師或其他開立處方者可以傳真或郵寄其聲明給我們。或者，您的醫師或其他開立處方者可以打電話告訴我們，之後視需要再傳真或郵寄已簽名的聲明。請參閱第 7.2 節與第 7.3 節，瞭解更多關於例外處理要求的資訊。

如果因您的健康所需，請要求我們進行「快速決定」

**法律專有名詞** 「快速承保決定」也稱為「特急承保判定」。

- 為您提供我們的決定時，除了我們已經同意使用「快速」期限之外，我們都會使用「標準」期限。標準決定代表我們會於收到您的醫師聲明後 72 小時內回覆您。快速的承保決定意味著我們將於 24 小時內答覆。
- 若要取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：
  - 您只有在要求您尚未取得的藥品時，才可以取得快速決定。（如果您已經要求我們償還您已經購買的藥品費用，您不能取得快速承保決定。）
  - 僅當使用標準期限可能嚴重危害您的健康或傷害您的機能時，您才可以取得快速決定。
- 如果您的醫師或其他開立處方者告訴我們您的健康情況需要「快速決定」，我們會自動同意給您快速決定。
- 如果您自己要求快速決定（沒有您的醫師或其他開立處方者的支持），本計畫將決定您的健康是否需要我們給您快速決定。
  - 如果我們決定您的醫療病況不符合快速決定的規定，我們會寄一封信函通知您（並說明我們會改用標準期限）。
  - 此信函會告訴您如果您的醫師或其他開立處方者要求快速承保決定，我們會自動給您快速承保決定。
  - 信函中也會告訴您，您可以對我們給您標準決定而不是您所要求的快速決定一事提出投訴。其中會說明如何提出「快速」投訴，也就是我們會於 24 小時內對您的投訴給予答覆。（提出投訴的流程與提出承保決定和上訴的流程不同。如需更多關於提出投訴的流程之資訊，請參閱本章的第 11 節。）

**步驟 2：我們考慮您的要求並給您我們的答覆。**

**「快速」承保決定的期限**

- 如果我們採用快速期限，我們必須在 **24 小時內** 給您我們的答覆。
  - 這通常指我們收到您要求後 24 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到支持您要求的醫師聲明後 24 小時內給您答覆。如果因您的健康所需，我們會更快給您我們的答覆。
  - 如果我們沒有達到這個期限的規定，我們必須將您的要求轉至上訴流程的層級 2，由獨立的外部組織審查您的要求。在本節後面部分，我們會說明這個審查組織以及上訴層級 2 的詳情。



- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您的要求或支持您要求的醫師聲明後 24 小時內提供我們同意的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們為何拒絕的原因。

#### 您尚未收到之藥品的「標準」承保決定期限

- 如果我們採用標準期限，我們必須在 **72 小時內**給您我們的答覆。
  - 這通常指我們收到您要求後 72 小時內。如果您要求例外處理，我們會在收到支持您要求的醫師聲明後 72 小時內給您答覆。如果因您的健康所需，我們會更快給您我們的答覆。
  - 如果我們沒有達到這個期限的規定，我們必須將您的要求轉至上訴流程的層級 2，由獨立的組織審查您的要求。在本節後面部分，我們會說明這個審查組織以及上訴層級 2 的詳情。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求—
  - 如果我們核准您的承保要求，我們必須在收到您的要求或支持您要求的醫師聲明後 **72 小時內**提供我們同意的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們為何拒絕的原因。

#### 您所已經購買之藥品的「標準」承保決定期限

- 我們必須在收到您要求後 **14 個曆日內**給您我們的答覆。
  - 如果我們沒有達到這個期限的規定，我們必須將您的要求轉至上訴流程的層級 2，由獨立的組織審查您的要求。在本節後面部分，我們會說明這個審查組織以及上訴層級 2 的詳情。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您要求後 14 個曆日內給付費用給您。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們為何拒絕的原因。

#### **步驟 3：**如果我們拒絕您的承保要求，您可以決定是否要提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權利提出上訴。要求上訴代表要求我們重新考慮—以及可能要求變更—我們作出的決定。

**第 7.5 節**                    **按部就班：如何提出層級 1 上訴**  
**▮（如何要求審查本計畫作出的承保決定）**

**法律專有名詞**    向本計畫提出與 D 部分藥品承保決定相關的  
上訴也稱為計畫「**重新判定**」。

**步驟 1：**聯絡我們並提出層級 1 上訴。如果您的健康情況需要快速回應，您必須要求「快速上訴」。

*作法*

- 您（或您的代表、您的醫師或其他開立處方者）必須聯絡我們以開始您的上訴。
  - 如需關於如何透過電話、傳真、郵件為您上訴的事與我們聯絡的詳情，請參閱第 2 章第 1 節其中標題為*當您要提出與您 D 部分處方藥相關的上訴時如何與我們聯絡*的部分。
- 如果您想要求標準上訴，請以書面要求提出您的上訴。
- 如果您想要求快速上訴，請以書面提出您的上訴，或致電本計畫，電話號碼請參閱第 2 章第 1 節（當您要提出與您 D 部分處方藥相關的上訴時如何與我們聯絡）。
- 您必須在我們寄送給您書面通知答覆您所要求的承保決定之日起 **60 個曆日**內提出上訴。如果您錯過這個期限，且您有適當的理由，我們可給您更多時間提出上訴。超過期限的適當理由舉例包括您患了嚴重疾病，無法與我們聯絡，或者我們提供您不正確或不完整的申請上訴期限資訊。
- 您可以要求一份您上訴中的資訊並加入更多資訊。
  - 您也有權向我們要求一份與您上訴相關的資訊。
  - 如果您想要，您和您的醫師或其他開立處方者可以給我們額外的資訊以支持您的上訴。

*如果因您的健康所需，請要求「快速上訴」*

**法律專有名詞**    「快速上訴」也稱為「**特急重新判定**」。

- 如果您要上訴本計畫作出關於您尚未收到的藥品的決定，您或您的醫師或其他開立處方者需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 取得「快速上訴」的規定與本章第 7.4 節中取得「快速決定」的規定一樣。

## **步驟 2：本計畫考慮您的上訴並給您我們的答覆。**

- 當本計畫審查您的上訴時，我們會再次仔細查看所有關於您的承保要求的資訊。我們會查看以確定在拒絕您的要求時，我們是否遵循所有規則。我們可能聯絡您或您的醫師或其他開立處方者以取得更多資訊。

### **「快速」上訴的期限**

- 如果我們採用快速期限，我們必須在收到您的上訴之後 **72 小時內**給您我們的答覆。如果因您的健康所需，我們會更快給您我們的答覆。
  - 如果我們沒有在 72 小時之內給您答覆，我們必須將您的要求轉至上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的要求。在本節後面部分，我們會說明這個審查組織以及上訴層級 2 的流程詳情。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求，我們必須在收到您上訴後 72 小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們為何拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

### **「標準」上訴的期限**

- 如果我們採用標準期限，我們必須在收到您的上訴之後 **7 個曆日內**給您我們的答覆。如果您尚未接受藥品且因您的健康情況所需，我們會更快給您我們的決定。如果您認為有健康所需，應該要求「快速上訴」。
  - 如果我們沒有在 7 個曆日之內給您我們的決定，我們必須將您的要求轉至上訴流程的層級 2，由獨立審查組織審查您的上訴。在本節後面部分，我們會說明這個審查組織以及上訴層級 2 的流程詳情。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部要求—
  - 如果我們核准承保要求，我們必須儘快按照您健康所需**提供**我們同意提供的**承保**，但最遲不超過我們收到您的上訴後 **7 個曆日**。
  - 如果我們核准償還您已經購買的藥品費用的要求，我們必須在收到您的上訴要求後 **30 個曆日內**寄送款項給您。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部要求，我們會寄給您一份書面聲明，說明我們為何拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

## **步驟 3：如果我們拒絕您的上訴，您可以決定是否繼續上訴流程並提出另一個上訴。**

- 如果我們拒絕您的上訴，屆時您可以選擇是否接受這個決定，或繼續提出另一個上訴。

當您決定提出另一個上訴時，代表您的上訴進入上訴流程的層級 2（請參閱以下）。

## 第 7.6 節 按部就班：如何提出層級 2 上訴

如果我們拒絕您的上訴，屆時您可以選擇是否接受這個決定，或繼續提出另一個上訴。如果您決定進入層級 2 上訴，**獨立審查組織**會審查我們拒絕您第一次上訴的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

**法律專有名詞** 「獨立審查組織」的正式名稱是「**獨立審查實體**」，有時簡稱為「**IRE**」。

**步驟 1：您必須聯絡獨立審查組織，並要求審查您的案件，以提出層級 2 上訴。**

- 如果我們拒絕您的層級 1 上訴，我們會寄送書面通知給您，其中包括**如何向獨立審查組織提出層級 2 上訴的說明**。這些說明會告訴您誰可以提出層級 2 上訴、您必須遵循哪些期限以及如何與獨立組織聯絡。
- 當您向獨立審查組織提出上訴，我們會寄送我們擁有與您的上訴相關的資訊給該組織。這份資訊稱為您的「**案件檔案**」。您有**權利向我們索取一份您的案件檔案**。
- 您有權利提供獨立審查組織額外的資訊以支持您的上訴。

**步驟 2：獨立審查組織審查您的上訴並給您答覆。**

- 獨立審查組織是由 Medicare 聘用的外部獨立組織。該組織與我們並無關聯，而且不是政府機構。該組織是由 Medicare 挑選的公司，其功能是審查我們對您在本計畫 D 部分福利作出的決定。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。這個組織會以書面告訴您其決定並解釋決定的理由。

### 層級 2 「快速」上訴的期限

- 如果因您的健康所需，請向獨立審查組織要求「快速上訴」。
- 如果審查組織同意給您「快速上訴」，審查組織必須在收到您的上訴要求後 **72 小時內**給您層級 2 上訴的答覆。
- 如果獨立審查組織同意您的**部分或全部要求**，我們必須在收到審查組織決定的 **24 小時內**提供審查組織核准的藥品承保。

### 層級 2 「標準」上訴的期限

- 如果您提出層級 2 標準上訴，審查組織必須在收到您的上訴後 **7 個曆日內**給您層級 2 上訴的答覆。

- 如果獨立審查組織同意您的部分或全部要求—
  - 如果獨立審查組織核准承保要求，我們必須在收到審查組織的決定後 **72 小時內**提供審查組織核准的藥品承保。
  - 如果獨立審查組織核准償還您已經購買的藥品費用的要求，我們必須在收到審查組織的決定後 **30 個曆日**寄送款項給您。

### 如果審查組織拒絕您的上訴時怎麼辦？

如果審查組織拒絕您的上訴，表示該組織同意我們所做不核准您要求的決定。（這稱為「維持原決定」，也稱為「駁回您的上訴」。）

如要繼續並在上訴層級 3 提出另一個上訴，您所要求的藥品承保現金價值必須達到最低金額的規定。如果您所要求承保的現金價值過低，您不能提出另一個上訴，且層級 2 的決定即是最後決定。您從獨立審查組織收到的通知會告訴您可繼續上訴流程的爭議金額。

### **步驟 3：**如果您要求承保的現金價值符合規定，您可以選擇是否要提出進一步上訴。

- 上訴流程中，層級 2 之後還有另外三個層級（總共有五個上訴層級）。
- 如果您的層級 2 上訴被駁回，且您符合繼續上訴流程的規定，您必須決定是否要進入層級 3 並提出第三次上訴。如果您決定提出第三次上訴，在您第二次上訴後收到的書面通知之中會有如何繼續進行的詳細資訊。
- 層級 3 上訴由行政法官處理。本章第 10 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

---

## 第 8 節 如果您認為醫師太快讓您出院該如，何要求本計畫承保更長的住院時間

---

當您住院時，您有權取得診斷和治療您疾病或傷害所需的所有受保醫院服務。如需更多關於本計畫提供給您醫院照護承保的資訊，包括該承保的限制規定，請參閱本手冊第 4 章：*福利表（承保範圍以及您支付的費用）*。

在您住院期間，您的醫師和醫院人員將與您合作，一同為您出院的日子做準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的照護。

- 您離開醫院的日子稱為您的「**出院日期**」。本計畫提供給您住院的承保於該日期終止。
- 您的出院日期決定之後，您的醫師或醫院人員便會通知您。
- 如果您認為您太快被要求離開醫院，您可以要求更長的住院時間，且您的要求將得到考慮。本節為您說明如何提出要求。

**第 8.1 節 在您住院期間，您將收到為您說明相關權利的 Medicare 書面通知。**

在您住院期間，您將收到一份書面通知，稱為 *Medicare 重要權利通知*。每一位 Medicare 投保人住院時皆會收到此通知。醫院人員（例如社會工作者或護士）必須在您住院後兩天內將此通知交給您。如果您沒有收到通知，請向醫院人員索取。如果您需要幫助，請致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。

**1. 請仔細閱讀此通知，若有不瞭解之處請詢問清楚。**此通知說明您身為醫院病患者的權利，包括：

- 您有權在住院期間和出院之後得到您醫師所指示的 Medicare 受保服務。這包括知道有哪些服務、誰給付這些服務以及哪裡能取得這些服務的權利。
- 您有權參與任何與您住院有關的決定，並瞭解誰會支付您的住院費用。
- 哪裡可以舉報您對您醫院照護品質的顧慮。
- 如果您認為您太快被要求出院時，您有權針對出院決定提出上訴。

<b>法律 專有名詞</b>	Medicare 的書面通知說明您如何「 <b>要求立即 審查</b> 」。要求立即審查是一個要求延遲您出 院日期的正式、合法的途徑，我們讓您可以 取得更長時間的醫院照護承保。（以下第 8.2 節說明您如何提出立即審查要求。）
--------------------	--

**2. 您必須在書面通知上簽名，表示您已收到通知並瞭解您的權利。**

- 您本人或代表您的人必須在此通知上簽名。（本章第 5 節為您說明您如何提供書面同意讓某人擔任您的代表。）
- 在此通知上簽名只表示您已收到關於您權利的資訊。此通知並不提供您的出院日期（您的醫師或醫院人員會讓您知道您的出院日期）。在此通知上簽名並不表示您同意某出院日期。

**3. 保存一份您簽名的通知，以便在您需要時，手邊就有關於上訴（或舉報關於照護品質的顧慮）的資訊。**

- 如果您在出院的 2 天之前簽署此通知，您會在預定出院日之前收到另一份通知。
- 您若要事先閱覽此通知，可致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。您也可以上網查閱，網址：  
[http://www.cms.gov/BNI/12\\_HospitalDischargeAppealNotices.asp](http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp)。

## 第 8.2 節 按部就班：如何提出層級 1 上訴，以變更您的出院日期

如果您想要求我們為您延長醫院服務的承保期間，您需要使用上訴流程來提出此要求。在開始之前，請先瞭解您需要做什麼，以及期限是什麼時候。

- **遵循流程。** 下面說明上訴流程中前兩個層級的每一步驟。
- **遵守期限。** 期限非常重要。請務必瞭解並遵循您必須做的事情的適用期限。
- **如有需要可請求協助。** 如果您有疑問或需要協助，可隨時致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。或致電您的州健康保險協助方案，該政府組織可提供個人化的協助（請參閱本章第 2 節）。

層級 1 上訴期間，品質改善組織會審查您的上訴。該組織會檢查確認您的預定出院日期對您是否具有醫療適當性。

**步驟 1：**聯絡您所在州的品質改善組織，並要求對您的出院進行「快速審查」。您必須儘快行動。

**法律專有名詞** 此「快速審查」也稱為「立即審查」。

*品質改善組織是什麼？*

- 該組織擁有一組醫師和其他健康照護專業人員，其費用由聯邦政府支付。這些專家不屬於本計畫。Medicare 支付本組織費用，以檢查並改善 Medicare 投保人取得的照護品質。這包括審查 Medicare 投保人的醫院出院日期。

*您如何與該組織聯絡？*

- 您所收到的書面通知（*Medicare 重要訊息通知有關您的權利*）會告訴您如何與該組織聯絡。（或可在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址與電話號碼。）

*儘快行動：*

- 如欲提出上訴，您必須在離開醫院之前與品質改善組織聯絡，**最遲不超過您的預定出院日期**。（您的「預定出院日期」指已經定下的讓您離開醫院的該日期。）
  - 如果您符合該期限規定，在您等候品質改善組織對您上訴作出決定的期間，您可以在出院日期後繼續住院而**不需支付費用**。
  - 如果您不符合該期限規定，且您決定在您的預定出院日期後仍繼續住院，您**可能必須支付您在預定出院日期後所接受醫院照護的所有費用**。

- 如果您錯過聯絡品質改善組織進行上訴的期限，您可以直接向本計畫提出您的上訴。關於這種替代上訴方式的詳細資訊，請參閱第 8.4 節。

要求「快速審查」：

- 您必須要求品質改善組織對您的出院進行「快速審查」。要求「快速審查」表示您要求該組織使用上訴的「快速」期限，而非使用標準期限。

<b>法律專有名詞</b>	「快速審查」也稱為「立即審查」或「特急審查」。
---------------	-------------------------

## 步驟 2：品質改善組織對您的案件進行獨立審查。

這段審查期間會怎樣？

- 品質改善組織的健康專業人員（我們簡稱為「審查人員」）會詢問您（或您的代表）為何認為應該繼續服務的承保。您不必準備任何書面文件，若您想準備也可以。
- 審查人員也會查看您的醫療資訊、與您的醫師討論，並審查醫院和我們提供給他們的資訊。
- 在審查人員將您的上訴情況通知本計畫後，您也會於次日中午之前收到書面通知，告知您的預定出院日期，並說明您的醫師、醫院和我們均認為讓您在該日期出院是正確（具有醫療適當性）的理由。

<b>法律專有名詞</b>	此書面說明稱為「出院細節通知」。要獲得該通知的樣本，您可致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。（聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。）或者您可以上網 <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a> 查閱該通知樣本。
---------------	--

## 步驟 3：品質改善組織取得全部所需資訊之後，會在一天內給您對您上訴的答覆。

如果答覆是同意會怎樣？

- 如果審查組織同意您的上訴，我們就必須繼續提供您受保醫院服務，不過這些服務是醫療所必需。
- 您必須繼續支付您的分攤費用（例如適用的自付額或共付額）。此外，您的受保醫院服務可能有限制規定。（請參閱本手冊第 4 章。）



### 如果答覆是拒絕會怎樣？

- 如果審查組織**拒絕**您的上訴，代表他們認為您的預定出院日期具有醫療適當性。若是發生此情況，**本計畫提供給您的醫院服務承保將於品質改善組織通知您上訴的決定後次日中午結束。**
- 如果審查組織**拒絕**您的上訴，但您決定繼續住院，**您可能必須支付您在品質改善組織給您上訴答覆的次日中午之後所接受住院照護的全額費用。**

### **步驟 4：**如果對您層級 1 上訴的答覆是拒絕，您可以決定是否要提出另一個上訴。

- 如果品質改善組織駁回您的上訴，**而且**您在預定出院日期之後仍然住院，您可以提出另一個上訴。提出另一個上訴表示您進入上訴流程的「層級 2」。

## **第 8.3 節 按部就班：如何提出層級 2 上訴，以變更您的出院日期**

如果品質改善組織駁回您的上訴，**而且**您在預定出院日期之後仍然住院，您可以提出層級 2 上訴。層級 2 上訴期間，您要求品質改善組織重新查看他們對您第一次上訴所做的決定。如果我們駁回了您的層級 2 上訴，您可能要在預定出院當天全額支付住院費用。

以下是上訴流程層級 2 的步驟：

### **步驟 1：**您再次聯絡品質改善組織並要求另一次審查。

- 您必須在品質改善組織**拒絕**您的層級 1 上訴後 **60 個曆日內**要求此審查。您必須在照護承保結束後仍然住院，才能要求此審查。

### **步驟 2：**品質改善組織對您的情況進行第二次審查。

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

### **步驟 3：**品質改善組織審查人員會在 14 個曆日內對您的上訴做出決定，並通知您他們的決定。

#### 如果審查組織同意：

- 對您在第一次上訴被品質改善組織駁回的次日中午後所接受的醫院照護，**我們必須補償您我們應分攤的費用。我們必須繼續提供給您醫院照護承保，只要照護是醫療所必需。**
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且承保限制可能適用。

#### 如果審查組織拒絕：

- 表示他們同意他們對您層級 1 上訴所做的決定，不會改變該決定。

- 您收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。它會提供如何進行下一層級上訴的詳細資訊；該層級上訴將由法官處理。

**步驟 4：如果答覆是拒絕，您需要決定是否要進入層級 3 提出進一步上訴。**

- 上訴流程中，層級 2 之後還有另外三個層級（總共有五個上訴層級）。如果審查組織駁回您的層級 2 上訴，您可以選擇是否接受該決定，或進入層級 3 並提出另一個上訴。您的層級 3 上訴是由法官審查。
- 本章第 10 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

**第 8.4 節 如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？**

**您可以轉而向我們提出上訴**

如以上第 8.2 節所述，您必須儘快與品質改善組織聯絡，以開始您對您出院的第一次上訴。（「儘快」的意思是在您離開醫院之前，最遲不超過您的預定出院日期。）如果您錯過聯絡該組織的期限，還有另一個方式提出上訴。

如果您使用這種替代方式提出您的上訴，*上訴的前兩層級有並不相同*。

**按部就班：如何提出層級 1 替代上訴**

如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您可以向我們提出上訴，要求「快速審查」。快速審查就是使用快速期限而非標準期限的上訴。

**法律專有名詞** 「快速」審查（或「快速上訴」）也稱為「特急上訴」。

**步驟 1：聯絡我們，要求「快速審查」。**

- 如需關於如何聯絡本計畫的詳細資訊，請參閱第 2 章第 1 節其中標題為*當您要提出與您的醫療照護相關的上訴時如何與我們聯絡*的部分。
- 請務必要求「快速審查」。這表示您要求我們在給您答覆時使用「快速」期限，而非「標準」期限。

**步驟 2：我們對您的預定出院日期進行「快速」審查，檢查確認其是否具有醫療適當性。**

- 在審查期間，我們會查看所有與您住院有關的資訊。我們會查看您的預定出院日期是否具有醫療適當性。我們會查看關於您應何時出院的決定是否公平且遵循所有規則。

- 在此情況下，我們給您本次審查的答覆時會使用「快速」期限，而非標準期限。

**步驟 3：我們會在您要求「快速審查」（「快速上訴」）後 72 小時內給您我們的決定。**

- 如果我們同意您的快速上訴，表示我們與您一樣，認為您在出院日期後仍需住院，且會繼續提供您醫療所需的受保服務。這也表示，對您在我們指出您的承保會結束的日期後所接受的照護，我們同意補償您我們應分攤的費用。（您必須支付您的分攤費用，且可能有承保限制規定。）
- 如果我們拒絕您的快速上訴，我們的意思是您的預定出院日期具有醫療適當性。我們提供給您的醫院服務承保會在我們指出承保會結束的當天結束。
  - 如果您在您的預定出院日期後繼續住院，您可能需要支付您在預定出院日期後所接受醫院照護的全額費用。

**步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。**

- 為確保我們拒絕您的快速上訴時遵循所有規則，我們必須將您的上訴轉到「獨立審查組織」。當我們這樣做時，表示您已自動進入上訴流程層級 2。

**按部就班：如何提出層級 2 替代上訴**

如果我們拒絕您的層級 1 上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。在層級 2 上訴期間，獨立審查組織會審查我們拒絕您「快速上訴」的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

法律 專有名詞	「獨立審查組織」的正式名稱是「獨立審查 實體」，有時簡稱為「IRE」。
------------	--

**步驟 1：我們會自動將您的案件轉至獨立審查組織。**

- 我們必須在告訴您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內將資訊轉寄給獨立審查組織，以進行層級 2 上訴。（如果您認為我們未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。投訴流程不同於上訴流程。本章第 11 節說明如何投訴。）

**步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。**

- 獨立審查組織是由 Medicare 聘用的外部獨立組織。該組織與本計畫並無關聯，而且不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，以獨立審查組織的角色處理相關工作。Medicare 監督其工作。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您的醫院出院上訴有關的資訊。

- 如果該組織同意您的上訴，我們就必須補償（償還）您在預定出院日期之後所接受醫院照護中我們應分攤的費用。本計畫也必須繼續提供您醫療所必需的醫院服務承保。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制規定，可能會限制我們能補償多少金額，或是我們會繼續承保您的服務多長時間。
- 如果該組織拒絕您的上訴，表示他們與我們一樣，認為您的預定出院日期具有醫療適當性。
  - 您從獨立審查組織收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。它會提供如何進行層級 3 上訴的詳細資訊；該層級上訴將由法官處理。

**步驟 3：**如果獨立審查組織駁回您的上訴，您可選擇是否要進一步上訴。

- 上訴流程中，層級 2 之後還有另外三個層級（總共有五個上訴層級）。如果審查人員拒絕您的層級 2 上訴，您可以決定是否要接受他們的決定，還是要進入層級 3 並提出第三次上訴。
- 本章第 10 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

---

## 第 9 節 如果您認為您的承保太快結束，該如何要求本計畫繼續承保某些醫療服務

---

第 9.1 節	本節僅與三種服務有關： 居家健康照護、專業護理機構照護和綜合門診復健機構 (CORF) 服務
---------	---

本節僅與以下三種照護類型有關：

- 您所取得的居家健康照護服務。
- 您以專業護理機構的病患者身分所取得的專業護理照護。（欲知被視為「專業護理機構」的規定，請參閱第 12 章重要用語的定義。）
- 您以 Medicare 核准的綜合門診復健機構 (CORF) 病患者身分所取得的復健照護。這通常表示您正在接受疾病或意外的治療，或您正處於重大手術後的恢復期間。（如需更多關於此類機構的資訊，請參閱第 12 章重要用語的定義。）

如果您正在接受任何此類照護，您有權持續取得該類照護的受保服務，只要該照護是診斷和治療您的疾病或傷害所需。如需更多關於您受保服務的資訊，包括您的分攤費用以及任何適用的承保限制規定，請參閱本手冊第 4 章：福利表（承保範圍以及您支付的費用）。

一旦我們決定應停止為您提供這三類照護中任何一種承保時，我們必須事先讓您知道。當您的該照護的承保結束時，我們會停止給付對您的照護我們應分攤的費用。

如果您認為我們太快結束您的照護承保，您可以對我們的決定提出上訴。本節為您說明如何要求提出上訴。

## 第 9.2 節 我們會事先通知您的承保何時結束

1. **您會收到書面通知。** 在本計畫停止您的照護承保至少兩天之前，提供您照護的機構會給您書面通知。
  - 此書面通知會告訴您我們何時會停止您的照護承保。
  - 此書面通知也會告訴您，如果您想要求本計畫變更這個關於何時結束您照護的決定並且延長承保的時間，您可以做些什麼。

<b>法律 專有名詞</b>	書面通知在告訴您怎麼辦的同時，也在告訴您如何提出「快捷上訴」。提出快捷上訴是一個要求本計畫變更對於何時停止您的照護所做決定正式、合法的途徑。（以下第 9.5 節說明您如何提出快捷上訴。）
--------------------	---

<b>法律 專有名詞</b>	此書面通知稱為「 <b>Medicare 不承保通知</b> 」。如欲索取樣本，您可致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。）或者您可以上網 <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a> 查閱。
--------------------	--

2. **您必須在此書面通知上簽名，表示您已收到通知。**
  - 您本人或代表您的人必須在此通知上簽名。（第 5 節為您說明您如何提供書面同意讓某人擔任您的代表。）
  - 在此通知上簽名只表示您已收到關於您的承保何時停止的資訊。**在通知上簽名不表示您同意本計畫您應停止取得照護的時間。**

## 第 9.3 節 按部就班：如何提出層級 1 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間

如果您想要求我們延長您照護的承保期間，您需要使用上訴流程來提出該要求。在開始之前，請先瞭解您需要做什麼，以及期限是什麼時候。

- **遵循流程。** 下面說明上訴流程中前兩個層級的每一步驟。

- **遵守期限。** 期限非常重要。請務必瞭解並遵循您必須做的事情的適用期限。另外也有本計畫需要遵循的期限規定。（如果您認為我們未遵守我們的期限規定，您可以提出投訴。本章第 11 節說明如何投訴。）
- **如有需要可請求協助。** 如果您有疑問或需要協助，可隨時致電會員服務部（電話號碼請參閱本手冊封底）。或致電您的州健康保險協助方案，該政府組織可提供個人化的協助（請參閱本章第 2 節）。

**層級 1 上訴期間，品質改善組織會審查您的上訴，並決定是否變更本計畫所做的決定。**

**步驟 1：提出您的層級 1 上訴：聯絡您所在州的品質改善組織並要求審查。您必須儘快行動。**

*品質改善組織是什麼？*

- 此組織擁有一組醫師和其他健康照護專業人員，其費用由聯邦政府支付。這些專家不屬於本計畫。他們檢查 Medicare 投保人所接受照護的品質，並審查關於何時應停止某些種類醫療照護的決定。

*您如何與該組織聯絡？*

- 您所收到的書面通知會告訴您如何與該組織聯絡。（或可在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址與電話號碼。）

*您應要求什麼？*

- 要求該組織對我們結束您的醫療服務承保是否具有醫療適當性進行獨立審查。

*您聯絡該組織的期限。*

- 您收到告訴您我們何時會停止您的照護承保的通知後，最遲必須在次日中午前與品質改善組織聯絡，才能開始您的上訴。
- 如果您錯過聯絡品質改善組織進行上訴的期限，您可以直接向我們提出您的上訴。關於這種替代上訴方式的詳細資訊，請參閱第 9.5 節。

**步驟 2：品質改善組織對您的案件進行獨立審查。**

*這段審查期間會怎樣？*

- 品質改善組織的健康專業人員（我們簡稱為「審查人員」）會詢問您（或您的代表）為何認為應該繼續服務的承保。您不必準備任何書面文件，若您想準備也可以。
- 審查組織也會查看您的醫療資訊、與您的醫師討論，並審查本計畫提供給他們的資訊。

- 審查人員將您的上訴情況通知我們後，且您也會在當天結束前從我們收到書面通知，詳細說明我們為何要結束我們提供給您的服務承保。

**法律專有名詞** 此通知說明稱為「不承保詳細說明」。

**步驟 3：** 審查人員取得全部所需資訊之後，會在一天之內告訴您他們的決定。

*如果審查人員同意您的上訴會怎樣？*

- 如果審查人員同意您的上訴，我們就必須繼續提供您醫療所必需的受保服務。
- 您必須繼續支付您的分攤費用（例如適用的自付額或共付額）。此外，您的受保服務可能有限制規定（請參閱本手冊第 4 章）。

*如果審查人員拒絕您的上訴會怎樣？*

- 如果審查人員拒絕您的上訴，您的承保將於我們所通知的日期結束。我們將停止給付該照護的分攤金額。
- 如果您決定在您承保結束的日期後繼續接受居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則您必須自行支付照護的全額費用。

**步驟 4：** 如果對您層級 1 上訴的答覆是拒絕，您可以決定是否要提出另一個上訴。

- 您提出的第一次上訴是上訴流程的「層級 1」上訴。如果審查人員拒絕您的層級 1 上訴—並且您選擇在您的照護承保結束之後繼續接受照護—您就可以提出另一個上訴。
- 提出另一個上訴表示您進入上訴流程的「層級 2」。

#### **第 9.4 節 按部就班：如何提出層級 2 上訴，使本計畫延長您的照護承保時間**

如果品質改善組織駁回您的上訴，且您選擇在您的照護承保結束之後繼續接受照護，您就可以提出層級 2 上訴。層級 2 上訴期間，您要求品質改善組織重新查看他們對您第一次上訴所做的決定。如果我們駁回了您的層級 2 上訴，若您在我們告知您承保終止當日之後繼續接受居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則您必須自行支付全額費用。

以下是上訴流程層級 2 的步驟：

**步驟 1：** 您再次聯絡品質改善組織並要求另一次審查。

- 您必須在品質改善組織拒絕您的層級 1 上訴後 60 天內要求此審查。您必須在照護承保結束後仍繼續接受照護，才能要求此審查。

## **步驟 2：品質改善組織對您的情況進行第二次審查。**

- 品質改善組織的審查人員會再仔細查看所有與您上訴有關的資訊。

## **步驟 3：品質改善組織審查人員會在 14 天內對您的上訴做出決定，並通知您他們的決定。**

### *如果審查組織同意您的上訴會怎樣？*

- 對您在我們指出您的承保會結束的日期之後所接受的照護，**我們必須補償您**我們應分攤的費用。**我們必須繼續提供承保**，只要照護是醫療所必需。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且可能有承保限制規定。

### *如果審查組織拒絕會怎樣？*

- 表示他們同意我們對您層級 1 上訴所做的決定，不會改變該決定。
- 您收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。它會提供如何進行下一層級上訴的詳細資訊；該層級上訴將由法官處理。

## **步驟 4：如果答覆是拒絕，您需要決定是否要進一步提出上訴。**

- 層級 2 之後還有另外三個上訴層級，即總共有五個上訴層級。如果審查人員駁回您的層級 2 上訴，您可以選擇是否接受該決定，或進入層級 3 並提出另一個上訴。您的層級 3 上訴是由法官審查。
- 本章第 10 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

<b>第 9.5 節</b>	<b>如果您錯過提出層級 1 上訴的期限怎麼辦？</b>
----------------	------------------------------

### **您可以轉而向我們提出上訴**

如以上第 9.3 節所述，您必須儘快與品質改善組織聯絡，以開始您的第一次上訴（最多不超過一或兩天）。如果您錯過聯絡該組織的期限，還有另一個方式提出上訴。如果您使用這種替代方式提出您的上訴，*上訴的前兩層級有並不相同*。

### **按部就班：如何提出層級 1 替代上訴**

如果您錯過聯絡品質改善組織的期限，您可以向我們提出上訴，要求「快速審查」。快速審查就是使用快速期限而非標準期限的上訴。



以下是層級 1 替代上訴的步驟：

法律 專有名詞	「快速」審查（或「快速上訴」）也稱爲 「特急上訴」。
------------	-------------------------------

**步驟 1：聯絡我們，要求「快速審查」。**

- 如需關於如何聯絡我們的詳細資訊，請參閱第 2 章第 1 節其中標題為*當您要提出與您的醫療照護相關的上訴時如何與我們的計畫聯絡*的部分。
- 請務必要求「快速審查」。這表示您要求我們在給您答覆時使用「快速」期限，而非「標準」期限。

**步驟 2：我們對我們就何時結束您的服務承保所做的決定進行「快速」審查。**

- 在審查期間，我們會再次查看所有與您的案件有關的資訊。我們會查看我們在擬定結束本計畫對您所接受服務之承保的日期時，是否遵循所有規則。
- 我們給您本次審查的答覆時會使用「快速」期限，而非標準期限。（如果您向本計畫提出上訴並要求「快速審查」時，我們通常可以決定是否同意您的要求並給予您「快速審查」。但在此情況下，按照規則我們必須在您要求的時候給予您快速回應。）

**步驟 3：我們會在您要求「快速審查」（「快速上訴」）後 72 小時內給您我們的決定。**

- 如果我們同意您的快速上訴，表示我們與您一樣，認為您需要更長時間的服務，且會繼續提供您醫療所必需的受保服務。這也表示，對您在我們指出您的承保會結束的日期後所接受的照護，我們同意補償您我們應分攤的費用。（您必須支付您的分攤費用，且可能有承保限制規定。）
- 如果我們拒絕您的快速上訴，您的承保將於我們所通知的日期結束，該日期後我們便不再給付。我們將停止給付該照護的分攤金額。
- 如果您在我們指出您的承保結束的日期後繼續接受居家健康照護、專業護理機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務，則您必須自行支付該照護的全額費用。

**步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。**

- 為確保我們拒絕您的快速上訴時遵循所有規則，我們必須將您的上訴轉到「獨立審查組織」。當我們這樣做時，表示您已自動進入上訴流程層級 2。

## 按部就班：如何提出層級 2 替代上訴

如果我們拒絕您的層級 1 上訴，您的案件會被自動轉到上訴流程的下一層級。在層級 2 上訴期間，**獨立審查組織**會審查我們拒絕您「快速上訴」的決定。這個組織決定我們作出的決定是否應該變更。

<b>法律專有名詞</b>	「獨立審查組織」的正式名稱是「 <b>獨立審查實體</b> 」，有時簡稱為「 <b>IRE</b> 」。
---------------	--

### 步驟 1：我們會自動將您的案件轉至獨立審查組織。

- 我們必須在告訴您我們拒絕您的第一次上訴後 24 小時內將資訊轉寄給獨立審查組織，以進行層級 2 上訴。（如果您認為我們未遵守此期限或其他期限規定，您可以提出投訴。投訴流程不同於上訴流程。本章第 11 節說明如何投訴。）

### 步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行「快速審查」。審查人員會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織是由 Medicare 聘用的外部獨立組織。該組織與本計畫並無關聯，而且不是政府機構。該組織是 Medicare 挑選的公司，以獨立審查組織的角色處理相關工作。Medicare 監督其工作。
- 獨立審查組織的審查人員會仔細查看所有與您上訴有關的資訊。
- 如果該組織同意您的上訴，對於您在我們指出您承保會結束的日期後所接受的醫院照護，我們必須補償（償還）您我們應分攤的費用。我們也必須繼續承保醫療所必需的照護。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制規定，可能會限制我們能補償多少金額，或是我們會繼續承保您的服務多長時間。
- 如果該組織拒絕您的上訴，表示他們同意本計畫對您第一次上訴所做的決定，不會改變該決定。
  - 您從獨立審查組織收到的書面通知會說明如果您想要繼續審查流程該做什麼。該通知也會提供您如何進行層級 3 上訴的詳細資訊。

### 步驟 3：如果獨立審查組織駁回您的上訴，您可選擇是否要進一步上訴。

- 層級 2 之後還有另外三個上訴層級，即總共有五個上訴層級。如果審查人員拒絕您的層級 2 上訴，您可以選擇是否接受該決定，或進入層級 3 並提出另一個上訴。您的層級 3 上訴是由法官審查。
- 本章第 10 節為您詳細說明層級 3、4 與 5 的上訴流程。

## 第 10 節 提出層級 3 和更高層級的上訴

### 第 10.1 節 層級 3、4 與 5 的醫療服務上訴

如果您已經提出層級 1 與層級 2 上訴，且您兩次上訴都被駁回，本節可能適合您參考。

如果您上訴的用品或醫療服務現金價值達到某些最低標準，您可能可以進入另一個上訴層級。如果現金價值少於最低標準，您不能進一步上訴。如果現金價值夠高，您收到的層級 2 上訴書面答覆會說明應與誰聯絡以及要求層級 3 上訴需要做些什麼。

就大多數涉及上訴的情況而言，上訴作業的最後三個層級的方式相當雷同。以下為這些層級中負責審查您上訴的人員。

**層級 3 上訴：** 聯邦政府的法官會審查您的上訴並給您答覆。該法官稱為「行政法官」。

- 如果行政法官同意您的上訴，上訴流程 *可能就此結束*，也 *可能還未結束* — 我們會決定是否要對此決定提出層級 4 的上訴。與層級 2（獨立審查組織）的決定不同的是，我們有權就對您有利的層級 3 決定提出上訴。
  - 如果我們決定不對此決定提出上訴，我們必須在收到法官決定後 60 天內授權或提供服務給您。
  - 如果我們決定對此決定提出上訴，我們會寄給您一份層級 4 上訴的要求，連同任何附帶文件。我們可能暫不授權或提供有爭議的服務，直到我們接獲層級 4 的上訴決定。
- 如果行政法官拒絕您的上訴，上訴流程 *可能就此結束*，也 *可能還未結束*。
  - 如果您決定接受這個駁回您的上訴的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可以繼續下一層級的審查流程。如果行政法官拒絕您的上訴，您收到的通知會告訴您，如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 4 上訴：** Medicare 上訴委員會將審查您的上訴並給您答覆。Medicare 上訴委員會為聯邦政府工作。

- 如果答覆是同意，或如果 Medicare 上訴委員會拒絕我們所提出審查對您有利之層級 3 上訴的要求，上訴流程 *可能就此結束*，也 *可能還未結束* — 我們會決定是否要對此決定提出層級 5 的上訴。與層級 2（獨立審查組織）的決定不同的是，我們有權就對您有利的層級 4 決定提出上訴。

- 如果我們決定不對此決定提出上訴，我們必須在收到 Medicare 上訴委員會決定後 60 天內授權或提供服務給您。
- 如果我們決定對此決定提出上訴，我們會以書面通知您。
- 如果答覆是拒絕，或如果 Medicare 上訴委員會拒絕審查要求，上訴流程 *可能就此結束，也可能還未結束*。
  - 如果您決定接受這個駁回您的上訴的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可能可以繼續下一層級的審查流程。只要 Medicare 上訴委員會拒絕您的上訴，您收到的通知都會告訴您相關規則是否允許您進入層級 5 上訴。如果規則允許您繼續，書面通知也會告訴您應該與誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 5 上訴：** 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 這是行政上訴程序的最後步驟。

## 第 10.2 節 上訴層級 3、4 與 5 的 D 部分藥品上訴

如果您已經提出層級 1 與層級 2 上訴，且您兩次上訴都被駁回，本節可能適合您參考。

如果您上訴的藥品現金價值達到某些最低標準，您可能可以進入另一個上訴層級。如果現金價值少於最低標準，您不能進一步上訴。如果現金價值夠高，您收到的層級 2 上訴書面答覆會說明應與誰聯絡以及要求層級 3 上訴需要做些什麼。

就大多數涉及上訴的情況而言，上訴作業的最後三個層級的方式相當雷同。以下為這些層級中負責審查您上訴的人員。

**層級 3 上訴：** 聯邦政府的法官會審查您的上訴並給您答覆。該法官稱為「行政法官」。

- 如果答覆是同意，上訴流程於此結束。您的上訴要求已經被核准。我們必須在收到決定起 72 小時內（特急申訴為 24 小時內）授權或提供行政法官核准的藥品承保，或在 30 個曆日內給付。
- 如果答覆是拒絕，上訴的流程 *可能結束或可能還沒結束*。
  - 如果您決定接受這個駁回您的上訴的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可以繼續下一層級的審查流程。如果行政法官拒絕您的上訴，您收到的通知會告訴您，如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 4 上訴：** Medicare 上訴委員會將審查您的上訴並給您答覆。Medicare 上訴委員會為聯邦政府工作。

- 如果答覆是同意，上訴流程於此結束。您的上訴要求已經被核准。我們必須在收到決定起 72 小時內（特急申訴為 24 小時內）授權或提供 Medicare 上訴會議核准的藥品承保，或在 30 個曆日內給付。
- 如果答覆是拒絕，上訴的流程 *可能* 結束或 *可能* 還沒結束。
  - 如果您決定接受這個駁回您的上訴的決定，上訴流程於此結束。
  - 如果您不想接受這決定，您可能可以繼續下一層級的審查流程。只要 Medicare 上訴委員會拒絕您的上訴，您收到的通知都會告訴您相關規則是否允許您進入層級 5 上訴。如果規則允許您繼續，書面通知也會告訴您應該與誰聯絡，以及如果您選擇繼續上訴，接下來要做些什麼。

**層級 5 上訴：** 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 這是上訴流程的最後步驟。

---

## 第 11 節 如何提出與照護品質、等待時間、客戶服務或其他顧慮的投訴

---



如果您的問題與福利、承保範圍或給付有關，本節就不適合您。這些情況下您需要採用的是承保決定與上訴的流程。請參閱本章第 5 節

<b>第 11.1 節</b>	<b>投訴流程處理哪些種類的問題？</b>
-----------------	-----------------------

本節為您說明如何利用投訴的流程。投訴流程僅適用於某些類型的問題，其中包括與照護品質、等待時間以及您所接受的客戶服務有關的問題。以下範例為幾個投訴流程處理的問題種類。

## 如果您有任何這些類型的問題，您可提出投訴

### 醫療照護的品質

- 您對您接受照護品質不滿意（包括醫院內的照護）？

### 尊重您的隱私

- 您認為有人不尊重您的隱私權或跟他人分享您覺得應該保密的您的相關資訊？

### 不尊重、顧客服務不佳或其他負面行爲

- 有人對您粗魯或不尊重嗎？
- 您對我們會員服務部門的對待方式不滿意嗎？
- 您覺得被鼓勵退出（退保）本計畫嗎？

### 等待時間

- 您預約不到或等很久才約到嗎？
- 您等了醫生、藥師或其他健康專業人員很久？或是我們的會員服務部或本計畫其他員工讓您久等？
  - 久等舉例包括電話、等待室、等待處方或檢驗室。

### 整潔

- 您對診所、醫院或醫生辦公室的整潔或狀態不滿意？

### 您向我們取得的資訊

- 您認為我們沒有依規定提供您通知？
- 您認為我們給您的書面資訊艱澀難懂？

下一頁有更多投訴的可能理由舉例。

可能的投訴：  
(承前)

這些類型的投訴全都跟我們承保決定和上訴行動的期限有關

要求承保決定及提出上訴的流程在本章第 4-10 節有說明。如果您要求決定或提出上訴，請依循該流程，而非投訴流程。

不過，要是您已經要求我們做出承保決定或提出上訴，且您認為我們的回覆不夠迅速，您也可對我們的緩慢作業做出投訴。以下是幾個例子：

- 如果您要求我們針對投保決定或上訴給您「快速承保決定」或者「快速上訴」，而我們表示做不到，則您可以提出投訴。
- 如果您認為我們未遵守向您做出承保決定或回答您所提上訴的期限，則您可以提出投訴。
- 您看過我們所做的承保決定並告知我們必須承保或賠償您所接受的特定醫療服務或藥品，另有適用的期限。如果您認為我們未遵守這些期限規定，您可以提出投訴。
- 如果我們未準時向您做出決定，我們不將您的案件轉交獨立審查組織。如果我們未遵守這些期限規定，您可以提出投訴。

第 11.2 節 「提出投訴」的正式名稱爲「提出申訴」

法律  
專有名詞

- 本節所稱的「投訴」也稱爲「申訴」。
- 「提出投訴」的另一個專有名詞爲「提出申訴」。
- 「利用投訴的流程」的另一個說法是「利用提出申訴的流程」。



### 第 11.3 節 按部就班：提出投訴

#### 步驟 1：立刻聯絡我們—透過電話或書面。

- 通常第一步為致電會員服務部。如果有任何其他您需要做的事，會員服務部都會讓您知道。1-800-431-9007. 此為免付費電話。服務時間：太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週 7 天均提供服務。聽語障專線：1-800-929-9955。
- 如果您不想打電話（或者您打過電話但感到不滿意），您可以寄給我們書面投訴。如果您提出的是書面投訴，我們就會用書面回覆您的投訴。
- 如果您要求書面回應、您提出書面投訴（申訴）或您的投訴與照護品質有關，我們會以書面回應您。如果我們無法透過電話解決您的投訴，我們有正式的程序審查您的投訴。我們稱之為申訴程序。如欲提出投訴，或如果您有關於這個程序的疑問，請致電上述的電話號碼致電會員服務部。或者，您可以利用本手冊第 2 章關於 C 部分的醫療照護上訴或醫療投訴、關於 D 部分的 D 部分處方藥上訴或 D 部分處方藥投訴的部分所列示的地址或傳真號碼來寄送或傳真書面要求給我們。
  - 您必須在事件發生後 60 個曆日內提出投訴。（如果您因合理理由超過期限，我們可以給您更多時間提出 D 部分處方藥的投訴。）您可以利用本手冊第 2 章關於 C 部分的醫療照護上訴或醫療投訴、關於 D 部分的 D 部分處方藥上訴或 D 部分處方藥投訴的部分所列示的地址或傳真號碼，正式以書面或透過傳真書面來提出您的申訴。
  - 我們必須根據您的健康狀況按照您案例的必要性儘快對您的投訴作出決定，但不會遲於接到您的抱怨後 30 天內作出決定。如果您要求延長時間，或如果我們證明需要額外資訊而延後時間對您最有利，我們最多可能延長 14 個曆日。
  - 在某些情況下，您有權要求對您的投訴進行快速審查。這稱為特急申訴程序。若有下列情形，當您不同意我們的決定時，您有權要求快速審查您的投訴：
    - 我們拒絕您的快速審查醫療照護或 D 部分藥品的要求。
    - 我們拒絕您的快速審查拒絕服務或 D 部分藥品上訴的要求。
    - 我們決定需要額外時間審查您的醫療照護要求。
    - 我們決定需要額外時間審查您的拒絕醫療照護上訴。
  - 您可以撥打本手冊封底的會員服務部電話，提出這類的投訴。您也可以利用本手冊第 2 章關於 C 部分的醫療照護上訴或醫療投訴、關於 D 部分的 D 部分處方藥上訴或 D 部分處方藥投訴的部分所列示的地址或傳真號碼，以書面或透過傳真書面來提出您的投訴。一旦我們收到特急申訴（投訴），就會有一位臨床執業人員審查案件，判定您對快速審查的要求遭到拒絕理由，或

案件延長時間是否合適。您會獲得快速案件結果的口頭通知，我們也會在收到您投訴的 24 小時內以書面通知您。

- 無論是致電或寫信，您應該立即聯絡會員服務部。投訴必須在您想要投訴的問題發生後 60 個曆日內提出。
- 如果您因為我們拒絕您要求的「快速承保決定」或「快速上訴」而提出投訴，我們會自動提供您「快速」投訴。如果您有「快速」投訴，代表我們將於 24 小時內給您答覆。

**法律** 本節所稱的「快速投訴」也稱為「特急申  
**專有名詞** 訴」。

### 步驟 2：我們調查您的投訴並給您我們的答覆。

- 如果可能，我們會立刻答覆您。如果您致電向我們投訴，我們可能可以在同一通電話中給您答覆。如果您的健康情況有必要我們快速答覆，我們會快速答覆您。
- 大部分投訴都能在 30 個曆日內得到答覆。如果我們需要更多資訊且延長時間對您最有利，或如果您要求更多時間，我們最多可延長 14 個曆日（即總共 44 個曆日）答覆您的投訴。
- 如果我們不同意您的部分或全部投訴，或不負責您投訴的問題，我們會讓您知道。我們的回應會包括該答覆的理由。無論我們是否同意您的投訴，我們均須做出回應。

### **第 11.4 節** 您也能向品質改善組織提出照護品質相關投訴

您可以利用前述按部就班的流程向我們提出與您所接受的照護品質有關的投訴。

當您的投訴與*照護品質*有關時，您還有另外兩種選擇：

- 您可以向品質改善組織提出您的投訴。如果您願意，您可以直接向該組織提出與您接受的照護品質相關的投訴（不必向我們提出投訴）。
  - 品質改善組織是執業醫師與其他健康照護專家組成的團體，由聯邦政府付款，負責檢查並改善提供給 Medicare 病患者的照護。
  - 您可在本手冊第 2 章第 4 節找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址與電話號碼。如果您向該組織提出投訴，我們會與其合作解決您的投訴。

- 或者，您可以同時向兩邊提出投訴。如果您希望，您可以在向本計畫提出與照護品質相關的投訴時，也向品質改善組織提出該投訴。

#### 第 11.5 節 您也可以向 Medicare 提出您的投訴

您可以向 Medicare 直接提交有關針對我們計畫的投訴。欲向 Medicare 提交投訴，請造訪 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)。Medicare 會認真對待您的投訴並將利用該資訊來幫助改善 Medicare 計畫的品質。

如果您有其他任何反饋或疑慮，或您感到本計畫未能回復您的問題，請撥打電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽語障專線使用者請撥 1-877-486-2048。

## 有關於您 Medi-Cal (MEDICAID) 福利的問題

### 第 12 部分 處理您的 Medi-Cal (Medicaid) 相關福利問題

如果您已經申請、已經接受或正在接受 Medi-Cal (Medicaid) 所提供的福利或服務，並對 Medi-Cal 處理您受保福利或服務的方式有所不滿，或您的 Medi-Cal 受保服務被拒絕或修改，而您想要提出上訴，那麼您必須採用 Medi-Cal 上訴與投訴流程。

#### 第 12.1 節 如何提出與您 Medi-Cal (Medicaid) 受保福利有關的上訴或投訴

您可以提出與您 Medi-Cal (Medicaid) 受保福利有關的上訴或投訴。以下說明程序：

- 如果您享有的是「按服務收費」Medi-Cal (Medicaid)，請致電加州健康照護服務部門 (DHCS) 或您當地社會服務處辦公室，電話號碼列於本承保範圍證明第 2 章第 6 和 9 節。
- 如果您享有的是 Health Net Medi-Cal 管理式照護計畫所提供的 Medi-Cal (Medicaid) 福利，請參見您的 Health Net Medi-Cal 會員手冊查詢如何提出投訴的資訊，包括提出投訴的截止時間。您也可寫信或致電 Health Net Medi-Cal 會員服務部，聯絡資訊如下：

Health Net

Medi-Cal Member Services Department

21271 Burbank Blvd., C-5

Woodland Hills, CA 91367-6607

電話：1-800-675-6110（聽語障專線：1-800-431-3821），每天 24 小時，每週七天。以上皆為免付費電話。

- 如果您享有的是其他 Medi-Cal 管理式照護計畫所提供的 Medi-Cal (Medicaid)，請您與您的計畫聯絡。您也可參見您健康計畫的 Medi-Cal 會員手冊查詢如何提出投訴的資訊，包括提出投訴的截止時間。

## 第 12.2 節 申請州公平聽證

Medi-Cal (Medicaid) 受益人有權隨時要求舉辦州公平聽證（Med-Cal 州聽證），不論是否提出投訴及在任何投訴流程階段。聽證是行政程序，您可藉此直接向加州政府提出您的顧慮。聽證僅可針對受保服務做出拒絕、修改或終止的裁決。您必須在您不滿意的決定或行動作出後 90 天內要求舉辦州聽證。

如果您決定申請聽證，可以自行或由他人代表出席聽證，如律師、友人、親戚或您選擇代表您的任何人。DSS 可以協助您取得免費的合法援助律師，幫助您進行聽證。

如欲要求州聽證，請致電或致函社會服務部門：

California Department of Social Services

State Hearing Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

1-800-952-5253 此為免付費電話。

## 第 10 章：終止您的本計畫會籍

<b>第 1 節</b>	<b>簡介 .....</b>	<b>250</b>
第 1.1 節	本章重點為終止您的本計畫會籍.....	250
<b>第 2 節</b>	<b>您何時可以終止您的本計畫會籍？ .....</b>	<b>250</b>
第 2.1 節	您可以隨時終止您的會籍.....	250
第 2.4 節	您可以從何處取得更多關於您何時可以終止您會籍的資訊？ .....	251
<b>第 3 節</b>	<b>您如何終止您的本計畫會籍？ .....</b>	<b>251</b>
第 3.1 節	通常，您投保另一個計畫即終止您本計畫的會籍.....	251
<b>第 4 節</b>	<b>在您的會籍終止前，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療服務和藥品.....</b>	<b>253</b>
第 4.1 節	在您的會籍終止前，您仍然是本計畫的會員.....	253
<b>第 5 節</b>	<b>在某些情況下，Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 必須終止您的計畫會籍 .....</b>	<b>253</b>
第 5.1 節	我們何時終止您的計畫會籍？ .....	253
第 5.2 節	我們不能以任何與您健康相關的理由要求您離開本計畫.....	255
第 5.3 節	如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴.....	255

---

## 第 1 節 簡介

---

### 第 1.1 節 本章重點為終止您的本計畫會籍

您可能**自願性**（您自行選擇）或**非自願性**（非您自行選擇）終止您本計畫的會籍：

- 您可以因為已決定**想要離開**而退出本計畫。
  - 您可隨時終止您的本計畫會籍。第 2 節告訴您可投保的計畫種類，以及投保新保險的起始時間。
  - 自願終止您會籍的流程因您選擇的新承保類型而異。第 3 節為您說明每一種狀況您**如何**終止您的會籍。
- 也有少數情況是您並未選擇離開，而是我們必須終止您的會籍。第 5 節為您說明在什麼情況下我們必須終止您的會籍。

如果您要離開本計畫，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療照護，直到您的會籍終止為止。

---

## 第 2 節 您何時可以終止您的本計畫會籍？

---

您只能在年度當中的幾個時期（也就是投保期）終止您的本計畫會籍。所有會員都有機會在年度投保期間和 Medicare Advantage 年度退保期間離開本計畫。在特定的情況下，您也可能符合資格在年度的其他時期離開本計畫。

### 第 2.1 節 您可以隨時終止您的會籍

您可以在任何時間終止我們計畫的會籍。

- **您何時可以終止您的會籍？**多數擁有 Medicare 的人只可在年度當中特定的時間才可終止會籍。然而，因為您從 Medicaid 獲得協助，您可隨時終止您的本計畫會籍。
- **您可以轉換到哪一種類型的計畫？**如果您決定變更至新計畫，您可以選擇以下任何一種類型的 Medicare 計畫：
  - 另一個 Medicare 健保計畫。（您可以選擇有處方藥承保的計畫或沒有處方藥承保的計畫。）
  - 含單獨的 Medicare 處方藥計畫的原 Medicare。

- 如果您轉換到原 Medicare，而且未投保獨立 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可以把您納入藥品計畫，除非您選擇放棄自動加入。

**備註：**如果您從 Medicare 處方藥承保退保，而且之後沒有可替代處方藥承保，若您後來加入 Medicare 藥品計畫，可能需要支付延遲投保罰款。（「可替代」承保指平均費用預期至少等於 Medicare 標準處方藥承保。）請參閱第 6 章第 9 節瞭解更多關於延遲投保罰款的資訊。

跟您的州 Medicaid 辦事處聯絡，查明您的 Medicaid 計畫選項（電話號碼列於本手冊第 2 章第 6 節）。

- **您會籍何時會終止？** 當我們收到您要求更改計畫的請求之後那個月的第一天，您的會籍就會終止。您也從這一天開始投保新計畫。

## 第 2.4 節 您可以從何處取得更多關於您何時可以終止您會籍的資訊？

如果您有任何疑問或想要更多關於您何時可以終止您會籍的資訊：

- 您可以**致電會員服務部**（電話號碼請參閱本手冊封底）。
- 您可以在《*Medicare & You 2013*》手冊找到這些資訊。
  - 投保 Medicare 的每一個人都會在每年秋天收到一份 *Medicare & You*。新投保 Medicare 的人士會在首次登記參加的一個月內收到。
  - 您也能從 Medicare 網站 (<http://www.medicare.gov>) 下載。或者，您可以利用以下電話號碼致電 Medicare 索取一份印刷本。
- 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。

## 第 3 節 您如何終止您的本計畫會籍？

### 第 3.1 節 通常，您投保另一個計畫即終止您本計畫的會籍

一般而言，您只要在投保期的期間之一投保另一個 Medicare 計畫，就能終止本計畫會籍。不過，如果您想要自本計畫轉換至原 Medicare，但還未選擇另一個 Medicare 處方藥品計畫，就必須先從我們的計畫退保。您有兩種方式可以退保：

- 您可以向我們提出書面申請。您可以致電會員服務部取得如何這麼做的更多資訊（電話號碼請參閱本手冊的封底）。



- 一 或一 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。

下表說明您應如何終止您的本計畫會籍。

如果您想從本計畫轉換至：	您應該：
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 另一個 Medicare 健保計畫。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 投保新的 Medicare 健保計畫。</li> </ul> <p>當您的新計畫承保開始時，您就會自動從本計畫退保。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 含單獨的 Medicare 處方藥計畫的原 Medicare。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 投保新的 Medicare 處方藥計畫。</li> </ul> <p>當您的新計畫承保開始時，您就會自動從本計畫退保。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 不含單獨的 Medicare 處方藥計畫的原 Medicare。                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 如果您轉換到原 Medicare，而且未投保獨立 Medicare 處方藥計畫，Medicare 可以把您納入藥品計畫，除非您選擇放棄自動加入。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>傳送書面退保申請給我們。</b> 您可以致電會員服務部取得如何這麼做的更多資訊（電話號碼請參閱本手冊的封底）。</li> <li>• 您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 <b>Medicare</b> 並要求退保，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。</li> <li>• 當您的原 Medicare 承保開始時，您就會自動從本計畫退保。</li> </ul>

---

## 第 4 節 在您的會籍終止前，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療服務和藥品

---

第 4.1 節 在您的會籍終止前，您仍然是本計畫的會員
-----------------------------

如果您離開本計畫，可能需要一些時間您的會籍才會終止、您的新 Medicare 承保才會開始生效。（請參閱第 2 節瞭解您的新承保何時開始。）在這段期間，您必須繼續透過本計畫取得您的醫療照護和處方藥。

- 在您的本計畫會籍終止前，您應該繼續使用我們的網絡藥局領取您的處方藥。一般而言，只有在網絡藥局領取（包括透過我們的郵購藥局服務），您的處方藥才屬於承保範圍。
- 如果您於會籍終止當天住院，您的住院通常屬於本計畫的承保範圍，一直到您出院為止（即使您在新的健康承保開始之後才出院也是如此）。

---

## 第 5 節 在某些情況下，Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 必須終止您的計畫會籍

---

第 5.1 節 我們何時終止您的計畫會籍？
-----------------------

如果發生下列任何情況，本計畫就必須終止您的計畫會籍：

- 您未繼續投保 Medicare A 部分和 B 部分。
- 如果您不再符合 Medi-Cal (Medicaid) 資格。如第 1 章第 2.1 節之說明，本計畫是專為同時符合 Medicare 與 Medi-Cal 福利資格的人士所提供。如果您不再符合本計畫的特別資格規定，則您的本計畫會籍將在六個月之後終止。我們會寄發通知告知您會籍即將終止及您可做的選擇。若您對資格規定有任何疑問，請與會員服務部聯絡。

Health Net 的視同符合資格續保期為 6 個月。視同符合資格續保期自您喪失特殊需求狀態，依溯及既往裁定，當月的次月起算；或是我們得知喪失資格資訊當月的次月起算。

- 如果您未繳納您的醫療消耗開支（如適用）。
- 您搬離我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。

- 如果您搬家或長期旅行，您必須致電會員服務部，查明您搬遷或旅行的地區是否在本計畫的服區域內。（會員服務部電話號碼請參閱本手冊封底。）
- 如果您被監禁（坐牢）。
- 您撒謊或隱瞞有關您所擁有提供處方藥承保的其他保險的資訊。
- 當您投保本計畫，如果您蓄意提供我們不正確的資訊，而該資訊影響您投保本計畫的資格。（除非事先取得 Medicare 的許可，否則我們無法以此為由要求您離開本計畫。）
- 如果您持續進行破壞性的行為，而且這些行為讓我們難以提供您或本計畫的其他會員醫療照護。（除非事先取得 Medicare 的許可，否則我們無法以此為由要求您離開本計畫。）
- 如果您讓他人使用您的會員卡取得醫療照護。（除非事先取得 Medicare 的許可，否則我們無法以此為由要求您離開本計畫。）
  - 如果我們因為這個理由終止您的會籍，Medicare 可能會將您的案件交由檢察總長調查。
- 如果您未支付本計畫的保費達 90 天。
  - 我們必須以書面通知您，在我們終止您的會籍之前，您有 90 天的時間可以支付本計畫保費。
- 如果您因收入所得而被要求支付 D 部分額外費用，且您沒有支付，那麼 Medicare 將您從我們的計畫退保，而且您將失去處方藥品承保。

### 您可以從何處取得更多資訊？

如果您有疑問或想要更多關於我們何時可以終止您會籍的資訊：

- 您可以致電**會員服務部**取得更多資訊（電話號碼請參閱本手冊封底）。

**第 5.2 節**                    **我們不能以任何與您健康相關的理由要求您離開本計畫**

如果發生這樣的情況，您怎麼辦？

若您覺得因健康相關理由而被要求離開本計畫，您應該致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。聽語障人士請撥打 1-877-486-2048。服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。

**第 5.3 節**                    **如果我們終止您的本計畫會籍，您有權提出投訴**

如果我們終止您的本計畫會籍，我們必須以書面告訴您終止您會籍的理由。我們也必須說明您如何對我們終止您會籍的決定提出投訴。您也可以參閱第 9 章第 11 節瞭解如何提出投訴的相關資訊。

---

## 第 11 章：法令通知

第 1 節	管轄法通知.....	257
第 2 節	不歧視通知.....	257
第 3 節	<b>Medicare 次要給付者代位權通知</b> .....	257
第 4 節	追償 <b>Health Net</b> 已給付您的 <b>Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP)</b> 計畫福利 .....	257
第 5 節	會員卡 .....	259
第 6 節	獨立承包商 .....	259
第 7 節	健康照護計畫詐欺 .....	259
第 8 節	<b>Health Net</b> 無法控制的情況 .....	260
第 9 節	隱私權行使聲明 .....	260

---

## 第 1 節 管轄法通知

---

許多法律規定均適用於本承保範圍證明，而一些附加條款則因法律規定而可能適用。即使本文件未將這些法律條文納入或解釋，您的權利與責任仍有可能受其影響。適用本文件的主要法律包括社會安全法案第 XVIII 編，以及 Medicare 與 Medicaid 服務中心（或簡稱 CMS）依社會安全法案制定的法規。此外，其他的聯邦法律也可能適用，同時在某些情況下，您居住州別的法律亦適用。

---

## 第 2 節 不歧視通知

---

我們不會因為種族、殘疾、宗教、性別、健康、族裔、信仰、年齡或原始國籍而歧視任何人。所有提供 Medicare Advantage 計畫（例如本計畫）的組織均須遵守聯邦法律的反歧視規定，包括 1964 年的《公民權利法案》第 VI 編、1973 年的《復健法案》、1975 年的《年齡歧視法案》、《美國人殘障法案》、適用聯邦政府資助組織的所有其他法律，以及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

---

## 第 3 節 Medicare 次要給付者代位權通知

---

我們有權利和責任對 Medicare 承保服務（只要 Medicare 不是該承保服務的主要給付者）收取費用。根據 42 CFR 第 422.108 和第 423.462 節中的 CMS 的規定，我們的計畫（作為 Medicare Advantage 組織）將行使與秘書在 42 CFR 的第 411 部分，子部分 B 到 D 的 CMS 規定下行使的相同的追償權，且在本節中確定的規則取代了任何州法律。

---

## 第 4 節 追償 Health Net 已給付您的 Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 計畫福利

---

### 當您受傷的時候

若您曾在任何時候因他人或您自己（負責人）的行為而受到傷害，Health Net 會提供本計畫的所有受保服務的福利給您。不過，您若因為傷害而取得金錢賠償，不論是透過和解、審判或任何跟您的傷害有關的其他付款，Health Net 或醫療服務提供者保留針對透過本計畫提供給您的任何服務，要求補償該服務價值的權利。

在本規定中，負責人一詞是指，因會員受傷、生病或病症，而實際或可能負責支付任何費用給會員的任何人。負責人一詞包含上述人員的責任險保險公司或任何保險承保。

舉負責人的行動如何會對您造成的傷害為例來說明：

- 您發生車禍；
- 您在一家商店滑倒。

Health Net 的追償權利適用於任何及所有您本身或以下來源以您名義所提出的追償，包括但不限於：

- 第三方或任何保險公司以第三方名義所付的款項；；；
- 無保險或不足額保險駕駛人保險；
- 個人傷害保障，無過失或任何其他第一方承保；
- 勞工補償或殘障裁定或和解；
- 任何駕駛人保單、場所或屋主保險、傘型保險所包括的醫療費用承保
- 因醫療疏失結果而衍生的醫療開支；以及
- 任何其他來源所支付的款項，作為負責人行為的賠償金。

一旦接受本計畫福利，即承認 Health Net 在支付因負責人行動而衍生開銷的健康照護福利後，即擁有優先求償與補償代位權，以及您或您的代表有權向負責人追償的任何金額。

一旦接受本計畫之福利，您同時將您向任何保險要求按計畫所提供所有受保服務之全額費用追償醫療費用的權利轉讓予 Health Net，並特別指示上述保險公司直接以您的名義補償本計畫。

一旦接受本計畫福利，您同時將任何追償、和解或判決，或者其他補貼及所有賠償來源的第一先得權授予 Health Net，促使 Health Net 取得因當事人所造成之相關傷害而支付的福利全額，不論是否特別指定為醫療開支的追償，以及您的損失是否受到全額或完全之賠償。Health Net 可能追償本計畫所提供福利之全額，不論以比較疏失或其他方式認定會員部分有任何理賠或過失。Health Net 求償金額不扣除律師費用，且不得要求 Health Net 為您聘僱來向任何負責人提出理賠或訴訟的律師支付或贊助支付法庭費用或律師費用。

### 您必須採取的步驟

如果您是因為負責人而受傷，您必須配合 Health Net 和醫療服務提供者補償其支出，包括：

- 將負責人的姓名和地址（您若是知道）和您律師的姓名和地址（您若有聘請）、任何與您的傷害有關的保險公司的名稱和地址告知 Health Net 和醫療服務提供者，並說明受傷如何造成。
- 完成協助 Health Net 或醫療服務提供者執行留置權時按理可能需要的任何書面手續。
- 迅速答覆 Health Net 有關案件狀態及任何和解討論的詢問。
- 在您或您律師收到負責人、任何保險公司或任何其他來源支付的任何款項時，立即通知 Health Net。

- 一旦接受本計畫福利，您同時將任何追償、和解或判決，或者其他補貼及所有賠償來源的第一先得權授予 Health Net，促使其取得因當事人所造成之相關傷害而支付的福利全額，不論是否特別指定為醫療開支的追償，以及您的損失是否受到全額或完全之賠償；
- 千萬別有侵害上述 Health Net 權益的行為。包括但不限於，避免有降低或阻止全額和解或賠償計畫所付所有福利之意圖；以及

將您或您律師自負責人或其他任何來源收到的任何款項交付信託，並在您收到負責人支付的款項時，立即以留置權的金額補償 Health Net 和醫療服務提供者。

---

## 第 5 節 會員卡

---

Health Net 根據本承保範圍證明所發的會員卡僅為識別身分之目的。持有會員卡並不代表享有本承保範圍證明中服務或福利的權利。若要有權取得本承保範圍證明中的服務或福利，持卡人必須符合承保資格，並成為本承保範圍證明的會員。任何人若接受了他（她）在本承保範圍證明中沒有資格取得的服務，便須負擔相關服務的費用。會員在接受服務時必須出示其 Health Net 會員卡，而非出示 Medicare 卡。如果您需要替換您的會員卡，請致電本手冊封底的號碼致電會員服務部。

備註：任何會員若蓄意允許濫用或不當使用會員卡，可能因此遭到退保。Health Net 必須向檢察總長辦公室通報肇因於濫用或不當使用會員卡的退保，因為這可能導致刑事起訴。

---

## 第 6 節 獨立承包商

---

Health Net 和各簽約醫療服務提供者的關係，是獨立承包商關係。簽約醫療服務提供者並非 Health Net 的員工或代理人，而 Health Net 或其員工也不是簽約醫療服務提供者的員工或代理人。在任何情形下，Health Net 都不需要為任何簽約或其他健康照護服務提供者的過失、不當行為或疏失負責。簽約醫師（而非 Health Net）與會員保持醫師和病患者的關係。Health Net 不是提供照護服務提供者。

---

## 第 7 節 健康照護計畫詐欺

---

健康照護計畫詐欺定義為醫療服務提供者、會員、雇主或任何代表前述各方的個人做出欺騙行為或不實陳述。醫療詐騙是重罪，可能會被檢方起訴。任何人在蓄意或已知情況下，為了詐騙健康照護計畫而提出載有錯誤或欺騙陳述的理賠申請時，即犯下保險詐欺罪。

若您對帳單或福利說明表記載的費用有任何顧慮，或若您知悉或懷疑有任何非法活動，請撥本計畫的免付費詐欺專線電話 1-800-977-3565。詐欺專線每週七天、每天 24 小時均為您服務。所有電話皆為嚴格保密。



---

## 第 8 節 Health Net 無法控制的情況

---

若因 Health Net 無法控制的天災、戰爭、暴動、內亂、流行疾病、機構完全或部分毀損、原子彈爆炸或其他核能釋放、重要醫療團體人員殘疾或其他類似事件，以致 Health Net 的機構或人員無法依本承保範圍證明的規定提供或安排服務或福利，Health Net 提供這類服務或福利的義務僅限於，Health Net 應盡善意的努力，在尚可利用的有限機構或人員範圍內，提供或安排提供這類服務或福利。

---

## 第 9 節 隱私權行使聲明

---

這份通知說明和您有關受到保護健康資訊和非公開個人財務資訊\* 的可能使用或透露方式。這份通知也說明您可以如何取得這些資訊。請仔細看過這份通知。

\*非公開個人財務資訊包括您爲了取得保險而提供給我們，或我們提供福利給您時取得的個人識別財務資訊，例如，社會安全號碼、帳戶餘額和繳款給付紀錄。除非法律許可，我們不會向任何人透露您的非公開個人資訊。

本聲明將爲您說明 Health Net（簡稱「我們」或「本計畫」）可能搜集、使用與透露您受保護健康資訊的方式，以及您對受保護健康資訊的權利。「受保護健康資訊」是有關於您的資訊（包括人口統計資訊），可合理地用來識別您的身分，而且是關於您去、現在或未來的身體或精神健康或病況、提供給您的健康照護或者該照護的給付。

本公司依聯邦法律與州法律規定，必須提供您本聲明，說明您的權利，以及本公司有關您受保護健康資訊的法律義務與隱私權行使。在這份通知的有效期間內，我們必須遵守這份通知的條款。有些情況下，這份通知中所提到的一些使用和透露方式可能受到比聯邦標準更嚴格的適用州法的限制。

### 我們可使用及透露您受保護健康資訊的方式

我們可能爲了不同的目的使用和透露您的受保護健康資訊。下列範例是用來說明我們可在未取得您授權的情況下，對於給付、健康照護作業和治療所做的使用和透露類型。

- **給付。**我們使用及透露您的受保護健康資訊，以給付您的受保健康開支。例如，本公司可使用您的受保護健康資訊來處理理賠，或獲得其他負責給付或寄發保費帳單之保險公司的補償。
- **健康照護作業。**我們使用及透露您受保護的健康資訊以執行我們的計畫活動，例如品質評估活動或行政管理活動，包括資料管理或客戶服務。

- **治療。**我們可使用和透露您的受保護健康資訊，協助您的健康照護服務提供者（醫師、藥局、醫院和其他單位）為您診斷及治療。例如，我們可能會將您的受保護健康資訊透露給醫療服務提供者，以提供替代治療的相關資訊。
- **計畫贊助者。**若您是透過團體健保計畫投保，我們可以無法辨識身分的方式將您團體健保計畫的計畫參加者的理賠及費用摘要提供給計畫贊助者（通常是雇主）。

若計畫贊助者有提供計畫管理服務，本公司還可能會讓其獲取可辨識身分的健康資訊，以支援其執行這類服務，其中可能包括但不限於理賠審核或客戶服務工作。只有當計畫贊助者提供文件，證明其實施限制以確保僅有合理需求的計畫贊助者員工才能取得健康資訊以提供計畫管理功能時，Health Net 才會分享健康資訊。

本公司也會將受保護健康資訊透露給與您的照護或給付有關的個人，例如家人、親戚或摯友。如果您不反對或本公司因狀況合理認為您不會反對，本公司可能透露相關的受保護健康資訊給上述人士；但如果您不在場或無能力做出決定，本公司可依專業判斷，在我們相信透露資訊是對您最為有利的情況下透露資訊。

#### 其他允許或必要的透露

- **法律規定。**應法律定要求時，我們必須透露您的受保護健康資訊。
- **公共衛生活動。**我們可能為了防止或控制疾病、傷害或能力喪失等理由，將受保護健康資訊透露給公共衛生機構。
- **虐待、忽略或家庭暴力的受害者。**我們可能將受保護健康資訊透露給負責處理虐待、疏忽照顧或家庭暴力的政府機關。
- **健康監督活動。**我們可能將受保護健康資訊透露給政府監管機關（例如，California 健康服務部）用於法律授權的活動。
- **司法與行政訴訟。**我們可能為了回應法院或行政命令而透露受保護健康資訊。我們還可能在特定狀況下，為回應傳票、蒐證要求或其他法律程序而透露關於您的受保護健康資訊。
- **執法。**在受到限制的情況下，我們可能為了回應搜查令或類似流程、驗明或搜捕嫌犯，或提供和某位犯罪受害者有關的資訊，而將受保護健康資訊透露給執法官員。
- **法醫、殯葬業者、器官捐贈。**我們可能視需要將受保護健康資訊透漏給法醫或殯葬業者，以方便他們執行職務。我們也可能透露和器官或組織捐贈有關的受保護健康資訊。
- **研究。**在特定的情況下，若已採取特定措施保護您的隱私，我們可針對研究用途透露有關您的受保護健康資訊。

- **避免對健康或安全的嚴重威脅。**爲了防止對您、公眾或他人的健康和 safety 造成嚴重威脅，我們可能視需要並且在某些限制範圍內透露和您有關的受保護健康資訊。
- **政府特殊職權。**我們可能爲了國家安全和情報活動的需要，依照軍方當局或獲得授權聯邦官員的要求而透露資訊。
- **勞工賠償**我們可能爲了遵守勞工賠償方案州法規定的需要，透露受保護健康資訊。

### 其他授權的使用或透露

唯有在取得您的書面授權後，才會以進行您受到保護健康資訊的其他使用或透露，除非法律允許或另有規定。您可以隨時以書面撤銷授權，不過我們已針對透露的資訊採取的行動除外，或者如果依法我們可以使用該資訊對本計畫的理賠或承保加以質疑者除外。

### 您對於受保護健康資訊的權利

對於本計畫所持有和您有關的受保護健康資訊，您有某些權利。

- **獲取您受保護健康資訊的權利。**您有權查閱或取得您受保護健康資訊紀錄的副本，不過少數情況除外。這些紀錄通常包括投保、帳單、索賠申請給付和病例或醫療管理記錄等。查閱您受保護健康資訊紀錄和／或取得副本必須提出書面要求。我們可能會針對製作、複製和郵寄您所要求的資訊收取成本費用，但會事先告知您所需的費用。
- **修正您受保護健康資訊的權利。**如果您覺得由本計畫維護的受保護健康資訊不正確或不完整，可以要求我們修正該資訊。您必須提出書面要求，並註明要求變更的原因。倘若有下列狀況，我們可拒絕您的要求，例如您要求我們修正不是由本計畫建立的資訊（我們所持紀錄中的健康資訊通常都是如此），或者要求修正已經是正確而完整的紀錄。

若我們拒絕您的修訂要求，會以書面通知您。接下來您有權向我們提交書面聲明，表達不同意我們所做的決定，而我們也有權反駁該聲明。

- **取得本計畫透露細目的權利。**您有權索取我們針對您受保護健康資訊所做的透露細目。此份清單不包含與您的治療、我們的給付或健康照護作業有關的透露，或對您透露的資訊或經您授權的透露。這份條列說明也可能排除例如基於國家安全理由的某些其他透露。

您必須提出透露條列說明的書面要求，而且必須註明您想要的條列說明所涵蓋的期間。期間不可以超過六年，而且不可以包含 2003 年 4 月 14 日之前的日期。您必須在要求中註明要求的條列說明形式（例如，書面或電子形式）。如果第一次提出要求，且要求的條列說明所涵蓋的期間不超過 12 個月，我們會免費提供。如

需同一期間內的額外清單，我們可能會收取提供細目的費用，但會事先通知您所需的費用。

- **要求限制使用與透露您受保護健康資訊的權利。** 您有權要求我們基於治療、給付或健康照護作業用途而使用或透露您的受保護健康資訊時，對使用或透露的方式進行約束或限制。**我們可以不同意您的要求。** 若我們同意，除非該資訊因緊急情況而需要，否則我們會遵守您的要求。您必須提出限制使用的書面要求。在要求中，您必須告訴我們 (1) 您想要限制何種資訊；(2) 您要限制的是使用或透露資訊的方式（或兩者皆受到限制）；以及 (3) 您要該項限制適用的對象。
- **接收保密通訊的權利。** 您有權要求我們在與您溝通計畫事宜時採用特定的方法，或者若該項通訊可能對您造成危險，您有權要求我們將計畫資訊寄到特定地點。您必須提出以保密方式收到通訊的書面要求。您的要求必須清楚陳述是全部或部分的通訊可能對您造成危險。我們會配合所有合理的要求。您的要求必須註明您想要的聯絡方式及地點。
- **索取這份通知書面副本的權利。** 即使您原本同意收到電子版本，您還是有權隨時索取這份聲明之書面副本。
- **行使權利的聯絡資訊。** 您可以聯絡我們的隱私權辦公室來行使上述的任何權利。請參閱這份通知最後所列出的聯絡資訊。

## 健康資訊安全性

Health Net 規定員工必須遵守 Health Net 的安全政策與程序，只有因執行工作所需的員工才能取得會員的健康資訊。此外，Health Net 還維持實體、行政和技術等安全措施，保護您的受保護健康資訊。

## 這份通知的變更

我們保留隨時變更本聲明條款的權利，效力涵蓋我們目前維護有關您的受保護健康資訊，以及未來我們可能會取得之任何資訊。只要本聲明所述的隱私權行使有重大變更，我們都會提供您一份新的通知。我們也會將最新通知內容刊登於網站 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)。只要本聲明進行重要變更時，我們都會立即修改並發佈新通知，並標註新的生效日期。

## 投訴

如果您認為隱私權受到侵犯，可以向我們和／或健康及人類服務部部長提出投訴。所有關於本計畫的投訴均應以書面提出，並寄至本通知最後所列的隱私權辦公室。

我們支持您有權保護您受到保護健康資訊的隱私權。**我們不會因您提出投訴而對您進行報復或懲罰。**

---

## 聯絡本計畫

如果您對本聲明有任何投訴或疑問，或您希望按照本聲明前述部分的規定向本計畫提出書面要求，請聯絡：

地址：

Health Net Privacy Office  
Attention: Director, Information Privacy  
P.O. Box 9103  
Van Nuys, CA 91409

您也可以利用下列方式與我們聯絡：

電話：**1-800-522-0088**

Fax: **1-818-676-8314**

Email: **Privacy@healthnet.com**

作為 Medi-Cal (Medicaid) 受益人，您可以將您的隱私投訴遞交給健康照護服務 (DHCS) 隱私官員。

地址：

Privacy Officer  
c/o Office of HIPAA Compliance  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 4722  
Sacramento, CA 95899-7413

電話：**1-916-445-4646**

傳真：**1-916-440-7680**

電子郵件：**privacyofficer@dhcs.ca.gov**

## **第 12 章：重要用語的定義**

**門診外科中心**—門診外科中心係指專門營運目的旨在為不需住院及預計停留在中心不超過 24 小時的病患提供門診外科服務的機構。

**上訴**—上訴是當您要求健康照護服務或處方藥、或要求給付您已經接受的服務或藥品時承保卻被拒絕，而您不同意我們的決定時所採取的行動。如果您不同意停止您正在接受服務，您也可以針對我們停止決定提出上訴。例如，如果您認為您應該可以接受某藥品、用品或服務，但我們不予給付，您可以要求上訴。第 9 章提供上訴的說明，其中包括與提出上訴有關的流程。

**差額負擔**—係指醫療提供者（如醫生或醫院）向病患收取的費用高出計畫針對服務所給付之分攤費用金額之狀況。身為計畫的會員，當您接受計畫承保之服務時，僅需支付計畫的分攤費用即可。我們不允許醫療提供者向您收取「差額負擔」。如需更多關於差額負擔的資訊，請參閱第 4 章第 1.3 節。

**福利期間**—本公司計畫與原 Medicare 評測您使用住院及專業護理機構之方式。福利期由住院或進入專業護理機構的第一日起算。並在您已連續 60 天未在醫院（或專業護理機構住院）時結束。如果您在一段福利期間結束後又住進醫院或專業護理機構，則新的福利期間便會開始。福利期間沒有次數上限。

**最佳可用證明**—D 部分贊助者用來為符合低收入津貼資格之受益人的 LIS 狀態做有利變更的佐證文件。

**品牌藥品**—由原始研發藥品的藥廠生產與銷售的處方藥。品牌藥品和其普通藥品版本具有相同的有效成分配方。不過，普通藥品是由其他藥廠生產與銷售，而且通常必須等到品牌藥品的專利過期之後才可提供。

**重大傷病承保階段**—在您或代表您的其他合格當事人在受保年度當中支付受保藥品費用達 \$4,750 後，您支付低藥品共付額或共同保險金的 D 部分藥品福利階段。

**Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS)**—管理 Medicare 的聯邦機構。第 2 章說明如何聯絡 CMS。

**共同保險金**—您支付任何自付額之後，還可能被要求支付的服務或處方藥分攤費用。共同保險金通常為比例分攤（例如 20%）。

**綜合門診復健機構 (CORF)**—主要提供患病或受傷後復健服務的機構；提供多種不同的服務，包括物理治療、社會或心理服務、復健治療、職能治療、言語及語言病理服務以及居家環境評估服務。

**共付額**—您可能被要求支付的金額，用以分攤醫療服務或用品，如醫師看診、醫院門診看診或處方藥品之費用。共付額通常是固定金額，而非比例分攤。例如，每次門診或處方藥您可能支付 \$10 或 \$20。

**分攤費用**—分攤費用指會員在接受服務或藥品時需支付的費用。（這不包括在計畫的月保費中。）分攤費用包括下列三種支付類型的任何組合：(1) 計畫在承保服務或藥品之前可能要求的自付額；(2) 接受某特定服務或藥品時，計畫要求的固定「共付額」；或者 (3) 接受某特定服務或藥品時，計畫要求的「共同保險金」，也就是支付服務或藥品總費用的百分比。

**分攤費用層級**—受保藥品清單上的每一種藥品都會列入五種分攤費用層級之一。一般而言，藥品的分攤費用層級愈高，您就必須支付愈高的費用。

**承保判定**—關您的處方藥是否屬於本計畫承保的範圍，以及您必須為該處方支付的金額（如有）的決定。一般而言，如果您到藥局領取處方藥但藥局說該處方不屬於您計畫的承保範圍，這不是承保判定。您需要致電或寫信給您的計畫，要求正式的承保判定。承保判定在本手冊中又稱為「承保決定」。第 9 章說明如何向我們詢問承保決定。

**受保藥品**—我們以此名詞來代表所有屬於本計畫承保範圍的處方藥。

**受保服務**—我們以此名詞泛指所有屬於本計畫承保範圍的健康照護服務和用品。

**可替代處方藥承保**—預期其平均承保範圍至少等於 Medicare 的標準處方藥承保的處方藥承保（例如，雇主或工會提供的承保）。在取得 Medicare 資格時擁有這類承保的人士，如果他們後來決定投保 Medicare 處方藥承保，通常會因保有這類承保而不需支付罰款。

**監護照護**—是當您不需要有專業醫療照護或專業護理照護時，在看護中心、安寧中心或其他機構提供的個人照護。**監護照護**—監護照護係指可由無專業技能或未受專業訓練之人員所提供的個人服務，例如協助沐浴、更衣、用餐、上下床或座椅、走動及衛浴使用等日常生活活動。多數人可以自行操作的健康相關照護種類，如使用眼藥水，亦可能包含在內。Medicare 不支付監護照護。

**自付額**—在本計畫開始付費前您必須先支付健康照護或處方藥的費用。

**退保**—您結束您本計畫會籍的流程。退保可能是自願性（您自行選擇）或非自願性（非您自行選擇）。

**配藥費用**—每次配用受保藥品所收取的費用，用以支付領取處方藥的費用。配藥費用涵蓋了藥劑師準備及包裝處方藥品的時間等等的費用。

**雙重資格之個人**—同時符合 Medicare 與 Medicaid 承保的人士。

**耐用醫療器材**—醫師指示讓您在家使用的某些醫療器材。例子包括助行器、輪椅或醫院病床。

**緊急狀況**—醫療緊急情況係指，當您或其他具備一般健康醫療知識之審慎非專業人士，認定您的醫療病況必須立即接受醫療關切，才能避免喪失生命、四肢或四肢功能的狀況。醫療緊急情況包括疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病況。

**急診照護**—符合以下條件的受保服務：1) 由具備資格提供急診服務的醫療服務提供者提供；且 2) 是評估或穩定緊急醫療病況所需。

**承保範圍證明 (EOC) 與透露資訊**—指本文件，連同您的投保登記表與任何其他附件、附約或其他您選擇的自選承保，說明您的承保、我們的責任、您的權利以及您身為本計畫會員應盡的義務。

**例外處理**—承保判定的類型之一，如果核准，您就能取得不在您計畫贊助者處方一覽表中的藥品（處方一覽表例外處理），或以首選分攤費用層級取得非首選藥品（層級例外處理）。如果您的計畫贊助者要求您在接受要求的藥品之前先嘗試另一種藥品，或本計畫限制您要求藥品的數量或劑量，您也可以要求例外處理（處方一覽表例外處理）。

**額外協助**—Medicare 幫助收入和資源有限的人士支付 Medicare 處方藥方案費用（例如保費、自付額和共同保險金）的一種方案。

**普通藥品**—食品藥物管理局 (FDA) 核准為與品牌藥品有相同有效成份的處方藥。一般而言，「普通藥品」的功效相當於品牌藥品且通常費用較低。

**申訴**—您對本計畫、本計畫的網絡醫療服務提供者或藥局的一種投訴類型，包括與您的照護品質有關的投訴。這種投訴與承保或給付爭議無關。

**居家健康助理**—居家健康助理提供不需要持照護士或治療師專業技術的服務，例如協助個人照護（如洗澡、上廁所、穿衣，或進行醫師要求的運動）。居家健康助理沒有護士執照，也不提供治療。

**醫院住院期間**—當您被正式接受住院接受有經驗的醫療服務的住院期間。即便您在醫院過夜，仍然視同為「門診」。

**初期承保限制**—在初期承保階段的承保最高限制。

**初期承保階段**—指在到達您的自付額之後，且在您的藥品總費用（包括您已經支付以及本計畫已代您支付的金額）達到 \$2,970 之前的這個階段。



**初步投保期間**—係指當您初步具有投保 Medicare 資格的時候，亦即您可以加入 Medicare B 部分的時期。例如，若您年滿 65 歲可投保 B 部分，那麼初步投保期間即為滿 65 歲當月的前三個月起，包含您 65 歲生日當月，迄至 65 歲生日當月之後的第三個月為止。

**機構特殊需求計畫 (SNP)**—是一種特殊需求計畫，有資格連續住在或預計將連續住在長期照護 (LTC) 機構達 90 天或更長時間的個人可加入該計畫。這些 LTC 機構可包括專業護理機構 (SNF)；護理機構 (NF)；(SNF/NF)；針對弱智人士的中級護理設施 (ICF/MR)；和／或精神科住院設施。為 LTC 機構中的 Medicare 住院者提供服務的機構特殊需求計畫必須與特定的 LTC 機構簽訂合約（或者自己擁有並運營）。

**機構等同特殊需求計畫 (SNP)**—一個給符合資格在社區居住但根據州評估要求機構水平護理的個人加入的機構特殊需求計畫。該評估必須使用相同各個州級水平的照護評估工具來進行，並且是由一個實體而不是提供該計畫的組織來進行管理。這種類型的特殊需求計畫可能會限制居住於合約居家機構 (ALF)（若需要確保特殊照護提供的一致性）的個人的加入。

**延遲投保罰款**—如果您連續 63 天或更多天沒有可替代承保（即其平均給付預期至少等於 Medicare 的標準處方藥承保），您的 Medicare 處方藥承保的月保費會加收的金額。只要您有 Medicare 藥品計畫就必須支付此較高金額。有部分例外。例如，如果您獲得 Medicare 的額外協助，幫您支付了處方藥品計畫費用，那麼您就不適用延遲投保罰款規定。要是您接受了額外協助，就不須支付罰款，即便您沒有「可替代」處方藥品承保。

**受保藥品清單（處方一覽表或「藥品清單」）**—本計畫提供的受保處方藥品之清單。本清單上的藥品由醫師和藥局協助本計畫挑選。此清單包括品牌藥品和普通藥品。

**低收入補助 (LIS)**—請參閱「額外協助」。

**最高自費額上限**—是指您在曆年期間為受保 A 部分和 B 部分服務所支付的最高自費額。您所支付的計畫保費、Medicare A 部分和 B 部分的保費，以及處方藥品不計入最高自費額上限（備註：由於我們的會員同時也獲得 Medicaid 的協助，因此僅有少數成員會達到這個自費額上限。。如需關於最高自費額上限的資訊，請參閱第 4 章第 1.2 節。

**Medicaid（或醫療協助）**—為某些低收入和資源有限人士提供醫療費用協助的聯邦和州政府聯合方案。Medicaid 方案因州而異，但您若符合 Medicare 及 Medicaid 的資格，您大部分的健康照護費用都屬於承保範圍。如需關於如何聯絡您所在州 Medicaid 的資訊，請參閱第 2 章第 6 節。

**醫療團體**—組織成為法人的醫師團體，與本計畫保有有效協議可為我們的會員提供醫療照護。

**醫療上可接受的適應症**—使用食品藥物管理局核准或有特定參考書籍佐證的藥品。如需更多關於醫療上可接受的適應症的資訊，請參閱第 5 章第 3 節。

**醫療所必需**—預防、診斷或治療您醫療病況所需並符合可接受醫療執業標準的服務、用品或藥物。

**Medicare**—適用對象為年滿 65 歲或以上者、未滿 65 歲的某些殘疾者以及末期腎臟病患者（通常是需要洗腎或腎臟移植的永久腎衰竭病患者）的聯邦健康保險方案。Medicare 的投保人可以透過原 Medicare、PACE 計畫或 Medicare Advantage 計畫取得 Medicare 健康承保。

**Medicare Advantage (MA) 計畫**—有時也稱為 Medicare C 部分，是由與 Medicare 簽約的私人公司提供的計畫，為您提供您 Medicare A 部分和 B 部分的所有福利。Medicare Advantage 計畫可以是 HMO、PPO、私人按服務收費 (PFFS) 計畫或 Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計畫。當您加入 Medicare Advantage 計畫之後，原 Medicare 不支付的 Medicare 服務也會被納入計畫。在大多數情況下，Medicare Advantage 計畫也提供 Medicare D 部分（處方藥承保）。這些計畫稱為 **Medicare Advantage 含處方藥承保計畫**。任何人只要有 Medicare A 部分和 B 部分，都具有參加在其區域內提供的任何 Medicare 健保計畫的資格，但末期腎臟病患者除外（除非適用某些例外規定）。

**Medicare 承保缺口折扣方案**—此方案為已經達到承保缺口階段且不再接受「額外協助」的 D 部分計畫參加者提供大部分的受保 D 部分品牌藥品折扣。折扣是基於聯邦政府與某些藥廠之間的協議。因此，大多數（但非全部）的品牌藥品都有折扣。

**Medicare 承保的服務**—Medicare A 部分和 B 部分承保範圍內的服務。所有的 Medicare 健康計畫包括我們的計畫必須承保所有在 Medicare A 部分和 B 部分承保範圍內的所有服務。

**Medicare 健保計畫**—Medicare 健保計畫是由與 Medicare 簽約的私人公司提供的計畫，為您加入 Medicare 計畫的人提供 A 部分和 B 部分的福利。此一用語包含了所有 Medicare Advantage 計畫、Medicare Cost 計畫、Demonstration/Pilot 方案以及老年全套照護 (PACE) 方案。

**Medicare 處方藥承保 (Medicare D 部分)**—協助支付門診處方藥、疫苗、生物製品和某些不屬於 Medicare A 部分或 B 部分承保範圍的用品之費用的保險。

「**Medigap**」(Medicare 附加保險) 保單—由私人保險公司銷售的 Medicare 附加保險，目的是補足原 Medicare 的「差額」。Medigap 保單只能搭配原 Medicare 使用。（Medicare Advantage 計畫不是 Medigap 保單。）

**會員**（本計畫的會員，或稱為「計畫會員」）—具備取得 Medicare 受保服務資格的個人，其已經投保本計畫且投保已由 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認。

**會員服務部**—本計畫的部門之一，負責回答您在會籍、福利、申訴與上訴方面的疑問。請參閱第 2 章有關如何聯絡會員服務部的資訊。

**網絡藥局**—網絡藥局指本計畫會員可取得其處方藥福利的藥局。我們稱其為「網絡藥局」是因為他們與本計畫簽約。大多數情況下，您的處方必須在我們網絡藥局領取才會屬於承保範圍。

**網絡醫療服務提供者**—「醫療服務提供者」一詞用來泛指由 Medicare 和州政府核發執照或認證的醫師、其他健康照護專業人員、醫院以及其他健康照護機構。當他們與本計畫簽訂協議接受我們的給付作為全額給付，且在某些情形下也協調並提供受保服務給本計畫會員時，我們稱其為「網絡醫療服務提供者」。本計畫給付網絡醫療服務提供者的依據是我們與醫療服務提供者之間的協議，或醫療服務提供者是否同意為您提供計畫承保的服務。網絡醫療服務提供者亦可稱為「計畫醫療服務提供者」。

**組織判定**—Medicare Advantage 組織做出組織判定是指當其做出某項目或服務是否屬於承保範圍，或您需要為受保服務支付多少費用的決定。Medicare Advantage 組織的網絡醫療服務提供者或機構在向您提供某項目或服務時、或將您轉介給網絡外醫療服務提供者以接受某項目或服務時也作出了承保決定。組織判定在本手冊中又稱為「承保決定」。第 9 章說明如何向我們詢問承保決定。

**原 Medicare**（「傳統 Medicare」或「按服務收費」Medicare）—原 Medicare 由政府提供，和 Medicare Advantage 計畫和處方藥計畫等私人健保計畫不同。根據原 Medicare 規定，Medicare 服務承保包括按美國國會規定的金額給付醫師、醫院和其他健康照護服務提供者。您可以使用接受 Medicare 的任何醫師、醫院或其他健康照護服務提供者。您必須支付自付額。Medicare 支付其分攤的 Medicare 核准金額，而您支付您分攤的部分。原 Medicare 有兩個部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），且在美國任何地方均有提供。

**網絡外藥局**—尚未與本計畫簽約為本計畫會員協調或提供受保藥品的藥局。如本承保範圍證明所述，您從網絡外藥局取得的大多數藥品，除非適用某些條件，否則都不屬於本計畫的承保範圍。

**網絡外醫療服務提供者或網絡外機構**—我們並未安排由其為本計畫會員協調並提供受保服務的醫療服務提供者或機構。網絡外醫療服務提供者並非為本計畫所聘僱、擁有或營運，也沒有簽訂為您提供受保服務的合約。本手冊第 3 章提供使用網絡外醫療服務提供者或機構的說明。

**自費額**—請參閱上文「分攤費用」中的定義。會員需要支付所接受服務或藥品一部分費用的分攤費用規定，也稱為會員「自費額」費用規定。

**PACE 計畫**—PACE（老年全套照護方案）計畫為虛弱人士結合了醫療、社會及長期照護服務，協助他們盡量延長在其社區中獨立生活（無需入住看護中心）之時間，並同時接受

他們所需要的高品質護理服務。投保 PACE 計畫的人能透過計畫同時享有 Medicare 與 Medicaid 福利。

**C 部分—請參閱「Medicare Advantage (MA) 計畫」。**

**D 部分—自願性的 Medicare 處方藥福利方案。**（為了方便說明，我們稱處方藥福利方案為 D 部分。）

**D 部分藥品—**屬於 D 部分承保範圍的藥品。我們可能提供或可能不提供所有 D 部分藥品。（如需受保藥品具體清單，請參閱您的處方一覽表。）某些藥品類別經美國國會指定排除，不屬於 D 部分藥品的承保範圍。

**首選網絡藥局—**以比非首選網絡藥局更低的費用分攤層級為本計畫會員提供受保藥品的網絡藥局。

**首選醫療服務提供者組織 (PPO) 計畫—**首選醫療服務提供者組織計畫指 Medicare Advantage 計畫，擁有特約醫療服務提供者網絡；這些醫療服務提供者已同意以指定給付金額為計畫會員提供治療。無論是由網絡內或網絡外醫療服務提供者提供服務，PPO 計畫都必須承保所有計畫福利。當計畫福利由網絡外的醫療服務提供者提供時，會員分攤費用通常較高。PPO 計畫對於您從網絡（首選）醫療服務提供者取得服務的自費額設有年度上限，而對於您從網絡（首選）醫療服務提供者和網絡（非首選）醫療服務提供者取得服務的總自費額則有較高的重大傷病承保上限。

**保費—**向 Medicare、保險公司或承保健康照護或處方藥的健保計畫定期支付的費用。

**主治醫師 (PCP)—**您的主要照護醫療服務提供者就是您遇到多數健康問題時首先會去求助的醫生或其他醫療提供者。他或她會確保您的健康，讓您接受您所需要的照護。他或她還會與其他醫生及其他健康照護服務提供者商談您的照護，並將您轉介給他們。在許多 Medicare 健康計畫中，您必須要先找主治醫生看診才能再找任何其他健康照護服務提供者。（請參閱第 3 章第 2.1 節有關主治醫師的資訊。）

**事先授權—**事先核准取得服務或某些可能在或不在我們處方一覽表中的藥品。部分網絡內醫療服務唯有在您醫師或其他網絡醫療服務提供者取得本計畫的「事先授權」時才屬於承保範圍。需要事先授權的受保服務在第 4 章的福利表中有加以標示。有些藥品唯有在您的醫師或其他網絡醫療服務提供者得到我們的「事先授權」時才屬於承保範圍。處方一覽表中會標示需要事先授權的受保藥品。

**品質改善組織 (QIO)—**執業醫師與其他健康照護專家組成的團體，由聯邦政府付款，負責檢查並改善提供給 Medicare 病患者的照護。如需關於如何聯絡您所在州 QIO 的資訊，請參閱第 2 章第 4 節。

**數量限制**—基於品質、安全或使用的理由，設計用來限制選定藥品使用的管理用具。限制可以是每處方或在既定期間內我們承保的藥品數量。

**復健服務**—服務包括物理治療、言語和語言治療和職能治療。

**服務區域**—有會員居住地限制的保健計畫招收會員的地理區域。針對限定您可用醫生和醫院的計畫，服務區域通常就是您可以獲得常規（非緊急）服務的區域。如果您搬離計畫服務區域，計畫可能會取消您的投保。

**專業護理機構 (SNF) 照護**—專業護理機構內所提供的每日持續專業護理照護與復健服務。專業護理機構舉例包括僅可由註冊護士或醫生才可施行的物理治療或靜脈注射。

**特殊需求計畫**—特殊類型的 Medicare Advantage 計畫，為特殊族群提供更專注的健康照護，例如同時有 Medicare 和 Medicaid 的人、住在看護中心的人或是有某種慢性醫療病況的人。

**階段療法**—在承保您醫師最初處方的藥品之前，我們要求您先嘗試以另一種藥品治療您醫療病況的一種使用工具。

**社會安全補助金 (SSI)**—社會安全局每月付給收入與資源有限者（且殘疾、失明或年滿 65 歲或以上）的福利。社會安全補助金與社會安全福利不同。

**緊急需求照護**—為治療非緊急但須接受立即醫療照護的意外疾病、傷害或病症而提供的照護。緊急需求照護可由網絡醫療服務提供者提供，或當網絡醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯絡不上時，可由網絡外醫療服務提供者提供。

## Health Net Seniority Plus Amber II (HMO SNP) 會員服務

電話	1-800-431-9007  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週 7 天均提供服務。  請參見第 2 章第 1 節「會員服務」查詢年度投保期間的會員服務辦公時間。  會員服務部也可以為不講英語的民眾免費提供口譯服務。
聽語障專線	1-800-929-9955  本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。  此為免付費電話。太平洋時間上午 8:00 至下午 8:00，每週七天均提供服務。
傳真	1-866-214-1992
寫信	Health Net Medicare Programs P.O. Box 10198 Van Nuys, CA 91410-0198
網站	<a href="http://www.healthnet.com">www.healthnet.com</a>

## 加州健康保險諮詢及促進計畫 (HICAP) (加州 SHIP)

**HICAP** 是州的方案，其經費來自聯邦政府，為投保 **Medicare** 的民眾免費提供本地健康保險諮詢。

電話	1-800-434-0222
聽語障專線	1-800-735-2929  本電話號碼需要特殊的電話設備，且僅供聽力或言語障礙人士使用。
寫信	HICAP 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	<a href="http://www.cahealthadvocates.org/hicap">www.cahealthadvocates.org/hicap</a>