EVIDENCE OF COVERAGE

2026

METROPLUS ADVANTAGE PLAN (HMO D-SNP)

中文

Metro Plus Health

2026 年 1 月 1 日–12 月 31 日

2026 年《承保福利說明》：

您身為 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員享有的 Medicare 保健福利和服務及藥物保險

本文件詳細介紹了 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間的 Medicare 和紐約州 Medicaid 健康和藥物保險的詳細資訊。**這是一個重要的法律文件。請妥善保管。**

本文件解釋了您的福利和權利。使用本文件瞭解：

- 我們的計劃保費和費用分攤
- 我們的醫療和藥物福利
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴
- 如何聯絡我們
- Medicare 法律要求的其他保護

如對本文件有任何問題，請致電 866.986.0356 聯絡會員服務部。（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）該電話免費。

本計劃，即 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)由 MetroPlus Health Plan, Inc 提供。本*承保福利說明*中的「我們」或「我們的」均指代 MetroPlusHealth Plan。本手冊中的「計劃」或「我們的計劃」指代 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。

福利、保費、自負額以及/或者自付費用/共同保險費可能於 2027 年 1 月 1 日發生變更。

我們的處方一覽表、藥房網絡，以及/或醫生網絡可能隨時變更。您將至少提前 30 天收到可能影響您的任何變更*的*通知。

- MetroPlusHealth Plan 提供面向殘障人士的免費援助和服務，以協助您與我們有效地溝通，例如合格的手語翻譯和其他格式的書面資訊（大號字型、音訊、可存取電子格式、其他格式）。如果您需要這些服務，請致電 MetroPlusHealth Plan：866.986.0356。如需聽力障礙電傳/TDD 服務，請致電 711。
- 我們還為母語不是英語的人士提供免費語言服務，例如合格的口譯員和其他語言版本的書面資訊。如果您需要口譯服務，或者以盲文或 CD 形式提供計劃資訊，請致電紐約州 Medicaid Choice：800.541.2831。聽力障礙電傳使用者請致電：888.329.1541。諮詢師可為您說明或解答有關參保的問題。
- 如果您想變更接收材料的方式，可以隨時致電我們的會員服務部電話，請求變更，電話：866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。非工作時段，請致電：800.442.2560。該電話免費。
- 如果您想變更或更新您的聯絡資訊，可以隨時致電會員服務部電話，請求變更，電話：866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。非工作時段，請致電：800.442.2560。該電話免費。
- 欲瞭解有關 Medicare 的更多資訊，請閱讀《Medicare 與您》手冊。每年秋季，我們都會向參加 Medicare 計劃的會員寄送該手冊。該手冊總結了 Medicare 的福利，會員的權利和受到的保護，以及 Medicare 各種最常見問題的答案。如果您沒有拿到該手冊，可瀏覽 Medicare 網站(**medicare.gov**)，或致電 800.MEDICARE (800.633.4227)獲得手冊，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。聽力障礙電傳使用者應致電：877.486.2048。
- 您可免費獲得以其他格式（例如大字印刷、盲文或音訊）編寫的此文件。請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）該電話免費。
- 本文件免費提供西班牙文和繁體中文版本。

目錄

第 1 章：
從成為會員開始

第 1 部分　您已成為 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的會員。

第 1.1 節　您已參保 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)（一項 Medicare 特別需求計劃）

您可同時參保 Medicare 和 Medicaid：

- **Medicare** 是為 65 歲或以上年齡的老人、某些未滿 65 歲但有某些殘疾的人士，以及患有末期腎病（腎衰竭）的人士設立的一項聯邦健康保險計劃。
- **Medicaid** 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於幫助收入和資源有限的人士支付藥費。Medicaid 保險根據您所在的州和您享有的 Medicaid 保險類型而不同。一些享有 Medicaid 保險的人士可獲得 Medicare 保費和其他費用的支付幫助。其他人士也可獲得 Medicare 未承保的其他服務和藥品的保險。

您已選擇透過我們的計劃 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)獲得您的 Medicare 醫療保健和藥物保險。我們的計劃承保所有 A 部分和 B 部分服務。但是，我們計劃中的費用分攤和提供者使用與 Original Medicare 不同。

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)是一項特殊的 Medicare Advantage Plan（一項 Medicare 特別需求計劃），其福利專為有特殊醫療保健需求的人士提供。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)是為享有 Medicare 保險且符合獲得 Medicaid 幫助資格的人士提供的計劃。

因為您利用 Medicare A 部分和 B 部分費用分攤（自負額、自付費用和共同保險）領取 Medicaid 補助，您可能無需為 Medicare 護理服務支付費用。Medicaid 透過承保 Medicare

一般不承保的醫療護理服務而為您提供其他福利。您也可從 Medicare 獲得 Extra Help，支付您的 Medicare 藥物費用。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將幫助您管理所有這些福利，以便您獲得應享有的醫療服務和付款協助。

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)由非營利組織經營。與所有 Medicare Advantage Plans 一樣，此 Medicare 特別需求計劃透過 Medicare 的核准。我們的計劃也與紐約州 Medicaid 計劃簽訂合作，以協調您的 Medicaid 福利。我們很樂意為您提供 Medicare 保險，包括藥物保險

第 1.2 節 *承保福利說明*的法律資訊

本*承保福利說明*是我們與您所簽訂合約的一部分，規定了 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)為您承保的醫療服務。本合約的其他部分包括您的參保表、*承保藥品清單（處方一覽表）*，以及我們寄給您的關於保險或影響您保險的條件的任何改變通知。這些通知有時稱作*附加條款*或*修改*。

合約有效期為您在 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期間加入 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的月份。

Medicare 允許我們對每個日曆年提供的計劃進行變更。也就是說，我們可以在 2026 年 12 月 31 日之後，對 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的費用和福利作出變更。我們也可能在 2026 年 12 月 31 日之後在您的服務區域停止提供計劃。

Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）和紐約州 Medicaid 必須審核 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。只要我們選擇繼續提供我們的計劃，且 Medicare 和紐約州 Medicaid 重新審核我們的計劃，您就可以每年繼續作為我們計劃的會員享受 Medicare 保險。

第 2 部分 計劃資格要求

第 2.1 節 資格要求

只要您滿足以下所有條件，您就有資格成為我們計劃的會員：

- 您享受 Medicare A 部分和 Medicare B 部分保險
- 您居住在我們的地理服務區域內（詳見第 2.3 節）。被監禁者即使實際身處地理服務區域內，也不被視為居住於該區域。
- 您是美國公民或在美國有合法居住權
- 您符合下列的特殊資格要求。

我們的計劃的特殊資格要求

我們的計劃旨在滿足獲得某些 Medicaid 福利的人士的需求。Medicaid 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於幫助一些收入和資源有限的人士支付藥費。要符合參保我們的計劃的資格，您必須符合參保 Medicare 和全部 Medicaid 福利資格，*或者*符合根據 Medicaid 獲得 Medicare 分攤費用協助的資格。

注意：如果您失去資格但按理有望在三(3)個月內重獲資格，那麼您仍有資格成為會員。第 4 章第 2.1 節告訴您視同延續資格期間的保險和分攤費用情況。

第 2.2 節 Medicaid

Medicaid 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於協助一些收入和資源有限的人士支付藥費。每個州自行決定哪些項目記作收入和資源，哪些人士符合資格，哪些服務承保，以及這些服務的費用。每個州只要遵循聯邦規則，也可自行決定怎樣執行各自的計劃。

此外，Medicaid 還提供一些計劃來幫助人們支付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些 Medicare 省錢計劃能夠協助收入和資源有限的人士每年節省開銷：

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)：**協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如自負額、共同保險和自付費用）。（一些享有 QMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(QMB+)的資格。）
- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)：**協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如，自負額、共同保險和自付費用）以及全部 Medicaid 福利。

- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)：**協助支付 B 部分保費。（一些享有 SLMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(SLMB+)的資格。）
- **Qualifying Individual (QI)：**協助支付 B 部分保費。
- **Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI)：**協助支付 A 部分保費。
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE)：**協助支付 Medicare B 部分保費，某些情況下支付 Medicare A 部分保費以及 Medicaid 全部福利。

第 2.3 節 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的計劃服務區域

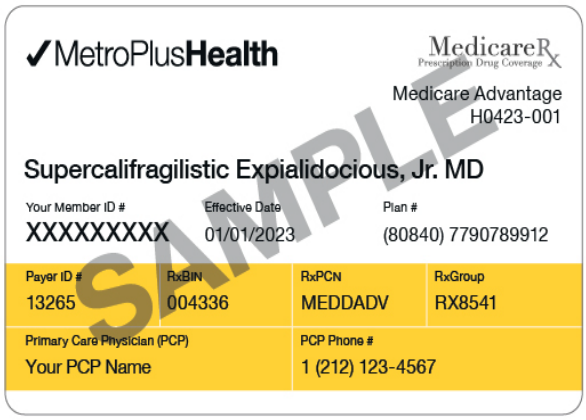
MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)僅向在我們的計劃服務區域內生活的人群提供。要持續成為我們的計劃的會員，您必須繼續住在我們的計劃服務區域內。服務區域如下所示。

我們的服務區域包括紐約州內的以下郡縣：布朗士、國王郡（布碌崙）、皇后郡、裡士滿（史泰登島）和紐約（曼哈頓）。

如果您計劃搬到另一個州，您也應該與您所在州的 Medicaid 辦公室訂立合約並詢問這次搬遷將對您的 Medicaid 福利產生何種影響。Medicaid 的電話號碼列於本文件第 2 章第 6 部分中。

如果您搬離我們計劃的服務區域，您將無法繼續成為計劃的會員。請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711）瞭解我們是否在您的新區域有計劃。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）在您搬出後，您將擁有一個特殊參保期，在該期間內您可以轉而參保 Original Medicare 計劃，或參加您新居住地的 Medicare 保健或藥品計劃。

如果您搬遷或變更郵寄地址，請務必致電 Social Security。請致電 Social Security：800.772.1213（聽力障礙電傳使用者可致電 800.325.0778）



第 2.4 節 美國公民或合法居住者

您必須是美國公民或者在美國具有合法居住權才能成為我們 Medicare 醫療保險的會員。如果您在此基礎上不符合我們計劃的會員資格，則 Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）將通知 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。如果您不滿足這一要求，則 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)必須令您退保。

第 3 部分 重要會員材料

第 3.1 節 我們的計劃會員卡

每次您獲得我們計劃承保的服務以及在網絡內藥房領取處方藥時都必須使用您的會員卡。您還應該向提供者出示您的 Medicaid 卡。會員卡樣本：

在您作為我們計劃的會員期間，不得使用您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡來獲得承保醫療服務。如果您使用了 Medicare 卡而非 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員卡，您可能必須自行承擔全部醫療服務費用。將您的 Medicare 卡儲存在安全之處。如果您需要醫院服務、安寧服務或參加 Medicare 核准的臨床調查研究（又被稱為臨床試驗），可能會要求您出示該卡。

如果我們的計劃會員卡破損、遺失或被盜，請立即致電會員服務部 866.986.0356 （聽力障礙電傳使用者應致電 711），我們會為您寄送一張新卡。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

第 3.2 節 醫生/藥房名錄

metroplusmedicare.org 上的*醫生名錄*列出了我們目前的網絡內醫生和耐用醫療設備供應商。**網絡內服務提供者**即與我們簽訂協定，接受我們的付款和任何計劃分攤費用作為付款全款的醫生和其他醫療保健專家、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院和其他醫療保健機構。**metroplusmedicare.org** 上的*藥房名錄*列出了我們的網絡內藥房。**網絡內藥房**是指與我們達成協議，為我們的計劃會員開出承保的處方藥的藥房。使用*藥房名錄*來尋找您希望使用的網絡內藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解何時可以使用計劃網絡外藥房的資訊。

您必須使用網絡內服務提供者獲得醫療保健與服務。如果您前往別處，沒有恰當的授權，則必須支付全款。特例情況僅限網絡不可用時（通常是無法合理地或者不可能獲得網絡內服務）發生的急診和緊急需要的服務，服務區域外的透析服務，以及 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)授權使用網絡外服務提供者的情況。

如需獲得最新服務提供者和供應商清單，請瀏覽我們的網站 **metroplusmedicare.org**。

如果您沒有*醫生/藥房名錄*，請致電電會員服務部：866.986.0356，索取一份（電子版或紙本版）副本。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）我們將在收到請求後的 3 個工作日內向您郵寄一份紙本版*醫生/藥房名錄*。

第 3.3 節 藥物清單（處方一覽表）

我們的計劃提供*一份承保藥品目錄*（也稱為藥物清單或處方一覽表）。該清單列出了 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) D 部分承保福利中的處方藥。該清單上的藥品由我們計劃組織在醫生和藥劑師的幫助下選出。藥物清單必須符合 Medicare 的要求。根據

Medicare 藥品價格協商計劃協商價格的藥品將包含在您的藥物清單中，除非它們已按照第 5 章第 6 節中的說明被刪除和取代。Medicare 已核准 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的藥物清單。

該藥品清單也說明瞭藥品是否存在限制參保的規定。

我們將為您提供一份藥物清單副本。如需獲得有關承保藥物種類的最完整和最新資訊，請瀏覽 **metroplus.org/plans/medicare**，或致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。非工作時段，請致電：800.442.2560。

第 4 部分　　重要費用簡介

	您 2026 年的費用
每月計劃保費* * 您的保費可能高於或低於此金額。詳情見第 4.1 節。	具體取決於您的 Extra Help 層級： $0 或最高$58.80
自負額	$257 透過耐用醫療設備提供胰島素的情況除外。* 如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您的自付費用為$0。 *這些是 2025 年的費用分攤額，2026 年的金額可能發生變化。

	您 2026 年的費用
最高自付金額 這是您為承保的 A 部分和 B 部分服務將支付的 最高 自付金額。 (詳情見第 4 章第 1 節。)	**$9,250** **若您適用於 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤援助，您不需要為 A 部分與 B 部分保險服務進行任何計入最高自付金額的自付金額支付。**
初級保健診所就醫	**每次就診$0 或 20%。** **如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您每次就診自付費用為$0。**
專科醫生診所就診	**每次就診$0 或 20%。** **如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您每次就診自付費用為$0。**

	您 2026 年的費用
住院期間	**每個福利期：$0 或$1,676 扣除額*** **• 第 1-60 天：每天的自付費用為$0*** **• 第 61-90 天：每天的自付費用為 $419*** **• 60 天終生額外天數：每天的自付費用為$838*** **如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，您的自付費用為$0。** ***這些是 2025 年的金額，2026 年的金額可能發生變化。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將在 CMS 發佈更新價格後立即提供給您。**
D 部分藥物承保自負額 (詳情見第 6 章第 4 節。)	**$615 除承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗外。** 根據您的 Extra Help 層級，您在此階段可能支付$0。

D 部分藥物保險 （詳情見第 6 章，包括年度自負額、初始承保階段和重病承保階段。）	根據您的 Extra Help 層級，您在此階段可能支付$0。 **初始保險階段自付費用/共同保險費：** **第 1 級藥品：$0 自付費用** **第 2 級藥品：$0 自付費用** **第 3 級藥品：對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）：** **$0 自付費用或** **$1.60 自付費用或** **$5.10 自付費用或** **25%共同保險（若未享受 Extra Help）** **對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）：** **$0 自付費用或** **$4.90 自付費用或** **$12.65 自付費用或** **25%共同保險（若未享受 Extra Help）** **您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過$35** **第 4 級藥品：對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）：**

	$0 自付費用或 **$1.60 自付費用或** **$5.10 自付費用或** **27%共同保險** **對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）：** **$0 自付費用或** **$4.90 自付費用或** **$12.65 自付費用或** **27%共同保險（若未享受 Extra Help）** **您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過$35** **第 5 級藥品：對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）：** **$0 自付費用或** **$1.60 自付費用或** **$5.10 自付費用或** **25%共同保險（若未享受 Extra Help）** **對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）：** **$0 自付費用或** **$4.90 自付費用或**

	您 2026 年的費用
	$12.65 自付費用或 **25%共同保險（若未享受 Extra Help）** **您為該等級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過$35** **重病保險階段：** **在此支付階段，您無需為承保 D 部分藥品支付費用。**

您的費用可能包括以下內容：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- Medicare B 部分月保費（第 4.2 節）
- D 部分延遲參保罰款（第 4.3 節）
- 收入相關月調整額（第 4.4 節）
- Medicare 處方藥支付計劃金額（第 4.5 節）

第 4.1 節　　計劃保費

身為我們的計劃會員，您需支付每月計劃保費。2026 年，MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的月計劃保費為$0 或最高$58.80*，具體情況取決於您的 Medicaid 資格。$58.80*的全部或大部分計劃保費將由 Extra Help 代您支付。

如果您已透過 Extra Help Medicaid 計劃獲得協助，**本*承保證明*中有關保費的資訊可能不適用於您。**我們給您寄送了單獨的文件，稱作*獲得處方藥付款 Extra Help 者承保福利說明附加條款*（也稱作*低收入輔助水準附加條款*或*低收入補助(LIS)附加條款*），透過該文件告知您有關處方藥保險的資訊。如果您沒有此附加頁，則請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711），並申領*低收入補助(LIS)附加條款*。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

在某些情況下，我們的計劃保費可能會 減少

有一些計劃是可以幫助資源有限的人們支付藥費的。其中包括 Extra Help 和 State Pharmaceutical Assistance Program。*或者* Extra Help 計劃可以協助資源有限的人們支付藥費。有關此類計劃的更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。如果您符合資格，參加其中一項計劃可能會降低您的每月計劃保費。

收入不同的人士在 Medicare B 部分和 D 部分保費方面存在差異。如果您對這些保費存在疑問，請查看 *Medicare 與您 2026* 手冊中 *2026 年 Medicare 費用*章節。從 Medicare 網站(**medicare.gov/medicare-and-you**)下載副本，或致電 800.MEDICARE (800.633.4227)預訂印刷本。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。

第 4.2 節 Medicare B 部分月保費

很多會員都被要求支付其他 Medicare 保費

除支付每月計劃保費以外，有些會員都被要求支付其他 Medicare 保費。如以上第 2 部分所述，為獲得參加我們的計劃的資格，您必須維持 Medicaid 以及 Medicare A 部分和 B 部分保險的參保資格。對於大部分 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員，Medicaid 將支付 Medicare A 部分保費（如果您無法自動合格）和 Medicare B 部分保費。

如果 Medicaid 不為您支付您的 Medicare 保費，您必須繼續支付該費用，以維持我們的計劃會員資格。這包含您的 B 部分保費。如果您不符合 A 部分的免費資格，您也可能需要支付 A 部分的保費。

第 4.3 節 D 部分延遲參保罰款

由於您具有雙重資格，因此只要您保持雙重資格狀態，LEP 就不適用；但如果您失去雙重資格，則可能適用 LEP。如果在初始參保期結束後的任意時間您在連續 63 天或以上時間內未參加 D 部分或其他可信的藥品保險，則 D 部分延遲參保罰款是 D 部分保險必須支付的額外保費。可信的處方藥保險是符合 Medicare 最低標準的保險（因其預期至少將平均支付與 Medicare 標準藥品保險費用一樣多的金額）。您的延遲參保罰款金額將視您未加入 D 部分或其他可信處方藥保險的時間而定。您將需要支付直到參加 D 部分保險前這段時間內的罰款。

如果您**不**符合以下情況，則無需支付 D 部分延遲投保罰款：

- 您從 Medicare 獲得 Extra Help 來支付藥費。
- 您已連續少於 63 天無可信的保險。
- 您已透過其他來源（例如前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人健康管理局(VA)）獲得有信譽度的藥物保險。您的承保人或人力資源部門將於每年向您告知您的藥品保險是否為可信的保險。您可以從該計劃的信函或時事通訊中獲得此資訊。請保留好此資訊，因為如果您以後加入 Medicare 藥品計劃時還將需要它。

- **注意：**任何這樣的信函或通知必須表明，您參加了可信的處方藥保險，且該保險預期將支付與 Medicare 標準藥品計劃一樣多的費用。
- **注意：**處方藥折扣卡、免費診所和藥品折扣網站均不屬於可信的處方藥保險。

Medicare 自行決定 D 部分延遲參保罰款的金額。以下為其工作原理：

- 首先，在您符合參保資格後，計算延遲參與 Medicare 藥品計劃的完整月份數。或者，如果您中斷保險 63 天或以上日期，則請計數您未參加可信藥品保險的完整月份數。如您每有一個月未參加可信保險，則罰款將為 1%。例如，如果您 14 個月未參加保險，則罰款比例為 14%。
- 然後，Medicare 將根據前一年的情況確定本國 Medicare 藥品計劃的平均每月計劃保費金額（國家基本受益人保費）。2025 年，該平均保費金額為$36.78。2026 年，此金額可能發生變化。
- 要計算您的每月罰款，請將罰款百分比乘以全國基本受益人保費，然後四捨五入到最接近的 10 美分。在此範例中，應為 14%乘以$36.78，結果為$5.14。該結果將四捨五入為$5.14。該金額將增加到**需要支付 D 部分延遲參保罰款者的月計劃保費**中。

關於每月 D 部分逾期參保罰款，您需要瞭解以下三點：

- **罰款每年都可能有所變化，**因為國家基本受益人保費每年都有變化。
- **您將繼續**為參加有 Medicare D 部分藥品福利的計劃之前這段時間支付罰款，即便您已變更計劃。
- 如果您*不滿* 65 歲且已參保 Medicare，則您年滿 65 歲後，D 部分延遲參保罰款將重設。年滿 65 歲後，您的 D 部分延遲參保罰款將僅以您在加入 Medicare 長者計劃初始參保期後沒有參保的月數為基礎。

如果您對自己的 D 部分延遲參保罰款有異議，您或您的代表可要求進行審核。通常，您必須在接到表明您需要支付延遲參保罰款的第一封信函之日起 **60 天內**提請審核。然而，如果您在加入我們的計劃之前支付罰款，您將不會再有機會申請審核延遲參保罰款。

重要事項：在您等待延遲參保罰款審核處理的時候，請勿停止支付 D 部分延遲參保罰款。如果您停止支付罰款，則將可能因未支付我們的計劃保費而被退保。

第 4.4 節 Income Related Monthly Adjustment Amount

如果您因收入變化而失去此計劃的資格，部分會員可能需要為其 Medicare 計劃支付額外費用，即 Part D Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA)。我們用您在 2 年前 IRS 所得稅申報表上申報的調整後總收入來計算該額外費用。如果該金額超過一個特定額，那麼您將支付標準保費金額以及額外的 IRMAA。有關您根據您收入而定的額外費用金額詳情，請瀏覽 **medicare.govhealth-drug-plans/part-d/basics/costs**。

如果您必須支付額外款項，Social Security（而非您的 Medicare 計劃）將寄函給您，告知您應支付的具體金額。不論您通常以何種方式支付我們的計劃保費，除非您的每月福利不足以支付這筆應付的額外費用，否則，這筆金額將從您的 Social Security、Railroad Retirement Board 或人事管理局福利支票中扣除。如果您的福利支票不足以支付該額外費用，您將收到來自 Medicare 的帳單。**您必須向政府支付此額外 IRMAA。這筆金額不可以您的每月計劃保費來支付。如果您不支付額外的 IRMAA，您將從我們的計劃退保，並失去處方藥保險。**

如果您對需要支付額外 IRMAA 問題有異議，可要求 Social Security 對該決定進行審核。有關如何進行此操作，請致電 800.772.1213（聽力障礙電傳使用者應致電 800.325.0778）聯絡 Social Security。

第 4.5 節 Medicare 藥品支付計劃金額

如果您參加了 Medicare 處方藥支付計劃，您將每月支付計劃保費（如果有），並且將由您的健康或藥物計劃向您開具處方藥帳單（而不是向藥房支付）。您每月的帳單是基於您的處方藥欠款，加上您上個月的餘額，除以本年度剩餘的月數。

第 2 章第 7 部分詳細介紹了 Medicare 處方藥支付計劃。如果您不同意此付款方式的帳單金額，您可以按照第 9 章中的步驟進行投訴或上訴。

第 5 部分　有關您的月計劃保費的更多資訊

第 5.1 節　如何支付我們的計劃保費

您可透過兩(2)種方式支付我們的計劃保費。

選擇 1：用支票支付

您可選擇以支票或匯票方式直接支付給我們的計劃組織。您每月會收到一份我們的計劃所寄出的發票。支付時，收款人請寫「MetroPlusHealth Plan」。請勿在發票或匯票收款人上寫「CMS」或「HHS」。

付款應傳送至：

MetroPlusHealth Plan
P.O.Box 30327
New York, NY 10087

您在收到發票的當月末之前必須全額付款。例如，您一月份的月保費繳納截止日期為 1 月 31 日。

選擇 2：從您每月的 Social Security 支票中扣除我們的計劃保費。

變更您的保費付款方式。如果您決定變更支付保費的方式，則新支付方式最多可能需要 3 個月的時間生效。在我們處理您的新付款方式期間，您有責任確保按時支付我們的計劃保費。如欲變更您的保費付款方式，請致電會員服務部。

如果您在支付我們的計劃保費時遇到困難

我們的計劃保費付款應於當月的最後一日之前匯到我們的辦事處。如果我們在當月最後一日之前沒有收到您的支付，我們會通知您，如果 90 天內沒有收到您支付的保費，您的會員資格將被終止。

如果您無法按時支付保費，請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711），瞭解我們是否可以介紹您選擇有助於我們計劃保費的計劃。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

如果我們因您沒有支付計劃保費而取消您的會員資格，您將享有 Original Medicare 計劃中的醫療保險。只要您正在獲得有關處方藥費用的 Extra Help，您就會繼續享有 D 部分藥品保險。Medicare 將讓您參保新的 D 部分保險處方藥計劃。

在我們終止您的會員資格後，您仍需向我們支付您尚未支付的保費。我們有權向您收取您應當繳納的金額。*或者*，未來，如果您打算再次參保我們的計劃（或我們提供的其他計劃），您需要先支付所欠的罰款，然後才能參保。

如果您認為我們終止您的會員資格屬於錯誤行為，您可以提出投訴（又被稱為申訴）。如果您遇到無法控制的緊急情況，導致您未能在我們的寬限期內支付計劃的保費，您可提出投訴。對於投訴，我們將再次審核我們的決定。請參閱第 9 章，瞭解如何投訴，或者您可以致電 866.986.0356，週一至週五上午 8 點到晚上 8 點，週六上午 9 點到下午 5 點。 非工作時段，請致電：800.442.2560。該電話免費。您必須在您的會員資格終止日期後不遲於 60 日曆日提出您的投訴。

第 5.2 節 我們的月計劃保費在當年內不會有變化

我們不允許在當年內變更我們計劃的月計劃保費金額。如果明年月繳計劃保費變更，我們會在九月份告知您，並且新保費將於 1 月 1 日生效。

如果您在當年內符合 Extra Help 的資格或失去 Extra Help 資格，您需要支付的計劃保費份額可能會發生變化。如果您符合藥品保險費用 Extra Help 的資格，Extra Help 將支付您的月計劃保費份額。如果您在當年內失去 Extra Help 的資格，則需要開始全額支付月計劃保費。有關 Extra Help 的更多資訊，請參閱第 2 章第 7 節。

第 6 部分 保持最新的計劃會員資格記錄

您的會員資格檔案中記錄了您的參保表資訊，包括您的住址和電話號碼。該文件顯示了您的具體計劃保險，包括您的主治醫生。

我們計劃網絡中的醫生、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者會**使用您的會員記錄來瞭解哪些服務和藥物在承保範圍內以及您的分攤費用金額。**正因如此，請您務必向我們提供您的最新資訊。

如果有任何以下變化，請告知我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼變更
- 您享有的其他健康保險發生變更（例如，您的雇主、您配偶或同居伴侶的雇主、工傷津貼或 Medicaid 的變更）
- 任何責任索賠，例如汽車事故索賠

- 如果您入住療養院
- 如果您在區域外或網絡外的醫院或急診室內獲得醫療服務
- 您的指定責任方（例如護理人員）是否變更
- 如果您參與臨床調查研究（**注：**您無需告知我們計劃您打算參與的臨床調查研究，但我們鼓勵您這樣做。）

如果上述資訊發生了任何變更，請致電會員服務部：866.986.0356 通知我們。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

如果您搬遷或變更郵寄地址，請務必聯絡 Social Security。請致電 Social Security：800.772.1213（聽力障礙電傳使用者可致電 800.325.0778）

第 7 部分　其他保險如何與我們的計劃協調

Medicare 要求我們收集您擁有的任何其他醫療或藥物保險的資訊，以便我們可以將任何其他保險與我們計劃下的您的福利進行協調。這稱為**福利協調。**

我們每年會寄出一封信函給您，函中會列出我們瞭解到的您享有的其他任何醫療或藥品保險。請仔細閱讀這些資訊。如果資訊正確，則無需再做任何事。如果資訊錯誤，或您還享有其他未列出的保險，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。非工作時段，請致電：800.442.2560。您可能需要告知您的其他承保人（在您確認他們的身份後）我們的計劃會員 ID 號，以便您的帳單可正確按時支付。

在您享有其他保險（例如僱主團體健康保險等）時，我們可依據 Medicare 的規定，確定是我們的計劃還是您的其他保險最先支付。最先支付的保險稱作「主要付款人」，其支付的保費可達到其保險上限。第二支付的保險稱作「次要付款人」，其僅支付主要付款人未支付的剩餘費用。次要付款人不會支付所有未承保的費用。如果您享有其他保險，請告訴您的醫生、醫院和藥房。

此類規定適用於雇主或工會團體醫療保險：

- 如果您享有退休保險，則 Medicare 先支付。
- 如果您的團體醫療保險保險以您或家庭成員的目前工作為基礎，誰先支付則取決於您的年齡、雇主僱用的員工數以及您是否有基於年齡、殘障或晚期腎病(ESRD)的 Medicare：
    - 如果您未滿 65 歲且身患殘疾，而您（或您的家庭成員）仍在工作，那麼，只要雇主聘用了 100 名或以上的員工，或者多雇主計劃中至少有一位雇主擁有 100 名以上的員工，則您的團體健康計劃將先支付。
    - 如果您超過 65 歲，而您或者您的配偶或同居伴侶仍在工作，那麼，只要雇主聘用了 20 名或以上的員工，或者多雇主計劃中至少有一位雇主擁有 20 名以上的員工，則您的團體醫療保險將先支付。
- 如果您因為 ESRD 享有 Medicare，在您成為 Medicare 會員的頭 30 個月內，您的團體醫療保險將先支付。

這些類型的保險通常先支付與以下各類型相關的服務：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 債務（包括汽車保險）
- 黑肺病福利
- 工傷津貼

Medicaid 和 TRICARE 絕不會先支付 Medicare 承保的服務。他們僅在 Medicare 和/或雇主團體醫療保險支付後才付保費。

第 2 章:
電話號碼與資源

第 1 部分 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)聯絡資訊

有關申請、帳單或會員卡的問題，請致電或寫信給 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 會員服務部。我們將十分樂意為您提供協助。

會員服務部 - 聯絡資訊	
致電	866.986.0356 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。） 會員服務部也為非英語母語的人士提供免費口譯服務。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
傳真	212.908.5196
寫信	MetroPlusHealth Plan 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004 Attn: Medicare Department

網址	**metroplusmedicare.org**

如何就您的醫療護理請求保險決定或提出上訴

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療服務或 D 部分藥品支付的金額作出的決定。上訴是一種要求我們覆核和變更的保險決定的正式方法。有關如何就您的醫療護理或 D 部分藥物要求保險決定或上訴的更多資訊，請參閱第 9 章。

醫療護理或 D 部分藥品保險決定和上訴–聯絡資訊	
致電	866.986.0356 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
傳真	保險決定： 212.908.4401 上訴： 212.908.8824
寫信	保險決定： MetroPlusHealth Plan Utilization Management 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004 上訴： 普通郵件： MetroPlusHealth Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th fl.

	New York, NY 10004 親自交付： MetroPlusHealth Plan Appeals Coordinator 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004
網址	**metroplusmedicare.org**

如何就您的醫療護理提出投訴

您可對我們或我們的任一網絡內服務提供者或藥房提出投訴，包括對您的護理服務品質提出投訴。這類投訴不會涉及承保範疇或付款糾紛。有關如何就您的醫療護理提出投訴的更多資訊，請參閱第 9 章。

醫療保健的投訴 - 聯絡資訊	
致電	866.986.0356 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
傳真	212.908.5196
寫信	MetroPlusHealth Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004

Medicare 網站	要直接向 Medicare 提交有關 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的投訴，請瀏覽 **medicare.gov/my/medicare-complaint**。

如何要求我們支付您所接受的醫療護理或藥物費用

如果您已經收到帳單或支付了您認為我們應該支付的服務費用（如服務提供者帳單），那麼您可能需要要求我們核退或支付提供者帳單。有關更多資訊，請參閱第 7 章。

如果您寄給我們付款申請，但我拒絕了申請中的部分付款要求，您可對我們的決定提出上訴。有關更多資訊，請參閱第 9 章。

付款申請–C 部分醫療索賠–聯絡資訊	
寫信	MetroPlusHealth Plan Complaints Manager 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004
網址	**metroplusmedicare.org**

付款申請–D 部分處方藥帳單–聯絡資訊	
致電	866.693.4615 致電此號碼不收取任何費用。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
傳真	855.633.7673
寫信	CVS Caremark Paper Claims Department – RxClaim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066

網址	**metroplusmedicare.org**

如何聯絡我們的牙科供應商 DentaQuest

牙科服務必須透過 DentaQuest 牙科網絡獲得（參見第 4 章關於您牙科福利的資訊）。

請求–DentaQuest	
傳真	262.834.3589
寫信	DentaQuest P.O. Box 2906 Milwaukee, WI 53201-2906
快遞	透過 FedEx 或其他遞送公司，街道地址為： 11100 W. Liberty Drive Milwaukee, WI 53224

第 2 部分　　獲得 Medicare 協助

Medicare 是為 65 歲或以上年齡的老人、某些未滿 65 歲但有殘障的人士，以及患有末期腎病（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）的人士設立的一項聯邦健康保險計劃。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare&Medicaid 服務中心(CMS)。該機構與 Medicare Advantage 的各組織（包括我們的計劃）簽約。

Medicare–聯絡資訊	
致電	800.MEDICARE (800.633.4227) 致電此號碼不收取任何費用。 該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。

聽力障礙電傳	877.486.2048 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。
線上聊天	線上聊天 **medicare.gov/talk-to-someone**.
寫信	寫信給 Medicare PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網址	**medicare.gov** • 獲得您所在區域的 Medicare 保險和藥物計劃的資訊，包括其費用和提供的服務。 • 尋找參與 Medicare 的醫生或其他醫療保健提供者和供應商。 • 瞭解 Medicare 承保的項目，包括預防性服務（如 • 篩查、注射或疫苗以及年度健康訪視）。 • 獲得 Medicare 上訴資訊和表格。 • 獲得有關計劃、療養院、醫院、醫生、家庭保健機構、透析設施、臨終關懷中心、住院康復設施和長期護理醫院提供的護理品質的資訊。 • 尋找有用的網站和電話號碼。 您也可以瀏覽 **medicare.gov**，告知 Medicare 您對 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的任何投訴。 **要向 Medicare 提交投訴，**請瀏覽 **medicare.gov/my/medicare-complaint**。Medicare 會嚴肅對待您的投訴，並利用這些投訴資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。

第 3 部分 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)是一項政府計劃，每個州都有經過訓練的顧問，提供免費協助、資訊和醫療保險問題的解答。在紐約，SHIP 被稱為 Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)。

HIICAP 是一項獨立的州計劃（與任何保險公司或健康計劃無關），它從聯邦政府獲得資金，為 Medicare 會員提供免費的當地醫療保險諮詢服務。

HIICAP 諮詢師能夠幫助您瞭解您享有的 Medicare 權利，就獲得的醫療護理或治療提出投訴，清理您的 Medicare 帳單。HIICAP 諮詢師也可以幫助您解答或解決 Medicare 的問題，還能幫助您瞭解各種 Medicare 計劃選擇，並回答有關更換計劃的問題。

Health Insurance Information Counseling and Assistance Program/HIICAP（紐約 SHIP）–聯絡資訊	
致電	800.701.0501
寫信	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th fl. New York, NY 10007-1392
網址	**nyconnects.ny.gov**

第 4 部分　　品質改進組織(QIO)

指定的品質改進組織(QIO)為每個州的 Medicare 受益人提供服務。紐約的品質改進組織稱作 Livanta（也稱作 Commence Health）。

Livanta（也稱作 Commence Health）有一個由醫生和其他醫療保健專業人士組成的組織，由 Medicare 支付費用，來幫助改善 Medicare 參保人士的護理服務品質。Livanta（也稱作 Commence Health）是一個獨立組織。它與我們的計劃並不相關。

出現以下任何一種情況時，請聯絡 Livanta（也稱作 Commence Health）：

- 您對獲得的護理品質提出投訴時。醫療品質問題的範例包括：用錯藥物、不必要的檢查或治療或誤診。
- 您認為您的住院保險期結束過快時。
- 你認為您的家庭保健、專業護理機構護理或綜合門診復健機構(CORF)服務的保險期結束過快時。

Livanta（也稱作 Commence Health）（紐約的品質改進組織）–聯絡資訊	
致電	866.815.5440 週一至週五早 9 點至晚 5 點
聽力障礙電傳	866.868.2289 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	Livanta (also known as Commence Health) BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網址	**Livantaqio.com**

第 5 部分　Social Security

Social Security 負責確定 Medicare 資格和處理 Medicare 參保情況。Social Security 也負責確定誰因為符合高收入條件而需要支付 D 部分處方藥保險的額外金額。如果您收到 Social Security 的來信，通知您必須支付該額外金額，且您對支付的金額有疑問，或如果您的收入因生活變動下降，您可致電 Social Security，要求其復議支付額外金額的問題。

如果您搬家或變更郵寄地址，請聯絡 Social Security 告知他們。

Social Security - 聯絡資訊	
致電	800.772.1213 致電此號碼不收取任何費用。 工作時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。 您可使用 Social Security 的自動電話服務，獲得已記錄的資訊，並完成某些事務，該服務每天 24 小時均開放。
聽力障礙電傳	800.325.0778 該號碼需透過特殊的電話設備致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。

	致電此號碼不收取任何費用。 工作時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。
網址	**ssa.gov**

第 6 部分 Medicaid

Medicaid 是一個聯邦和州政府聯合展開的計劃，用於幫助收入和資源有限的人士支付藥費。一些參保 Medicare 的人也符合參保 Medicaid 的資格。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的會員同時參保了 Medicare 和 Medicaid。

透過 Medicaid 提供的計劃可幫助 Medicare 參保人士支付其 Medicare 費用，例如他們的 Medicare 保費。這些「Medicare 儲蓄計劃」包括：

- Qualified Medicare Beneficiary (QMB)：協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如自負額、共同保險和自付費用）。（一些享有 QMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(QMB+)的資格。）
- Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)：協助支付 B 部分保費。（一些享有 SLMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(SLMB+)的資格。）
- Qualifying Individual (QI)：協助支付 B 部分保費。
- Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI)：協助支付 A 部分保費。

如果您對獲得 Medicaid 的協助有疑問，請聯絡紐約州衛生廳 Medicaid 計劃。

如果您對獲得 Medicaid 的協助有疑問，請聯絡您紐約州 Medicaid。如需從 Medicaid 獲得資訊，您可以致電紐約州衛生部 Medicaid 計劃：800.541.2831（聽力障礙電傳：888.329.1541）。您也可以瀏覽紐約 Medicaid 網站 (**health.ny.gov/health_care/medicaid**)。

紐約州 Medicaid 計劃 – 聯絡資訊	
致電	800.541.2831 週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點，週六，上午 9 點至下午 1 點
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	您可以寄信至當地社會服務部門(LDSS)。在以下網址找到您的 LDSS 的地址： **health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss**
網址	**health.ny.gov/health_care/medicaid**

紐約州監管員計劃協助參保 Medicaid 的人士解決服務或帳單問題。他們可以協助您對我們的計劃提出申訴或上訴。

獨立消費者維權網(ICAN)–聯絡資訊 該監察員可以為我們的 Health and Recovery Plan (HARP)的參保者提供幫助，還可為加入我們的 Medicaid Managed Care (MMC)計劃並獲得長期服務和支援的參保人提供幫助。	
致電	844.614.8800 週一至週五，上午 9 點至下午 5 點
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 622 Third Ave, 10th fl. New York, NY 10017 **電子郵件**： **ican@cssny.org**
網址	**icannys.org**

社區健康維護者(CHA) - 聯絡資訊	
致電	888.614.5400 週一至週五，上午 9 點至下午 4 點
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	Community Health Advocates Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th fl. New York, NY 10017 **電子郵件**： **cha@cssny.org**
網址	**communityhealthadvocates.org**

成癮和心理保健社區健康通道專案(CHAMP)–聯絡資訊	
致電	888.614.5400 週一至週三，上午 9 點至晚上 7 點，週六至週五，上午 9 點至下午 4 點。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 **電子郵件**：**ombuds@oasas.ny.gov** Community Health Advocates
網址	**champny.org**

紐約州長期保健申訴專員計劃辦公室提供有關療養院的資訊，並協助解決療養院與住戶及其家人之間的問題。

紐約州長期保健申訴專員計劃–聯絡資訊	
致電	855.582.6769 週一至週五早 9 點至晚 5 點
寫信	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 **電子郵件：** **ombudsman@aging.ny.gov**
網址	**aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program**

第 7 部分　　幫助人們支付處方藥費用的計劃

Medicare 網站(**medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs**)提供了有關如何降低處方藥費用的資訊。以下計劃可以幫助收入有限的人士。

Medicare 的 Extra Help。

如果您對 Extra Help 有任何問題，請致電：

- 800.MEDICARE (800.633.4227)。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048；
- 社會保障辦事處，電話：800.772.1213，週一至週五上午 8 點至晚上 7 點開放。聽力障礙電傳使用者請致電 800.325.0778；或者
- 請聯絡您所在州的 Medicaid 辦公室 800.541.2831（週一至週五上午 8 點至晚上 8 點；週六上午 9 點至下午 1 點）。聽力障礙電傳使用者請致電 711。

如果您認為在藥房支付的處方藥費用有誤，我們的計劃設有專門流程，可協助您獲得正確自付費用的證明。如果您已經有正確金額的證明，我們可以幫助您提交此證明。

- 如果在獲得所能得到的最佳說明方面需要幫助，或需要瞭解如何將其傳送給 MetroPlusHealth Plan，請致電會員服務部（電話號碼已印於本手冊的封底）。

- 當我們獲得顯示正確自付費用的證明後，我們會更新系統，以便您在下次領取處方時支付正確的自付費用。如果您多付了自付費用，我們將透過支票或未來共付額抵扣的形式予以退還。如果藥房未收取您的自付費用且您欠其款項，我們可能會直接向藥房支付該款項。如有州政府代表您付款，我們可向該州政府直接付款。如有任何疑問，請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

我們的大多數會員都符合從 Medicare 獲得 Extra Help 以支付其處方藥計劃費用的資格，並且已經在獲得 Extra Help。

如果您從州藥物援助計劃(SPAP)獲得「Extra Help」和保險，該怎麼辦?

許多州為支付處方藥、藥品計劃保費和/或其他藥品費用提供幫助。如果您參加了州立藥物援助計劃(SPAP)，Medicare 的 Extra Help 會先支付。

紐約州藥物援助計劃(SPAP)稱為老年人藥物保險計劃(EPIC)。 它幫助 65 歲及以上的中低收入老年人支付處方藥費用。您可以致電 800.332.3742（聽力障礙電傳 800.290.9138）瞭解更多資訊或申請。

如果您從愛滋病藥物援助計劃(ADAP)獲得 Extra Help 和保險怎麼辦?

愛滋病藥物援助計劃(ADAP)協助患有 HIV/AIDS 的人士獲得 HIV 救命藥品。同時在 ADAP 處方一覽表上的 Medicare D 部分藥品參加 ADAP 的 HIV 無保險護理計劃，符合處方藥分攤費用援助資格。

注意：要符合您所在州的 ADAP 資格，您必須符合特定標準，包括州居住證明和 HIV 狀態證明、州規定的低收入證明以及未參保/不足額參保狀態證明。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員，以便您可以繼續獲得幫助。如需瞭解有關合格標準、承保藥品或參保方式的相關資訊，請致電 ADAP 的 HIV 無保險護理計劃：800.542.2437，聽力障礙電傳：518.459.0121，工作時間為週一至週五，上午 9 點至下午 5 點。

State Pharmaceutical Assistance Program

很多州都設立了 State Pharmaceutical Assistance Program，根據計劃參加者的經濟需求、年齡、醫療狀況或殘疾為他們支付處方藥。每個州都對其會員享有的藥品保險有不同的規定。

在紐約，State Pharmaceutical Assistance Program 為 Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)。

EPIC (New York's State Pharmaceutical Assistance Program)–聯絡資訊	
致電	800.332.3742 週一至週五，上午 8:30 至下午 5 點
聽力障礙電傳	800.290.9138 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。
寫信	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 電子郵件： **nysdohepic@magellanhealth.com**
網址	**health.ny.gov/health_care/epic**

Medicare 處方藥支付計劃

Medicare 處方藥支付計劃是一種適用於您目前藥物保險的支付選項，它可以透過將您的藥物費用分攤至**全年各月**（1 月至 12 月）付款，從而幫助您管理我們計劃承保的藥物自付金額。擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 保健計劃（如包含藥物保險的 Medicare Advantage 計劃）的任何人都可以使用此支付選項。**這種支付選項可以協助您管理支出，但不能為您節省金錢或降低藥物費用。如果您正在參加 Medicare 處方藥支付計劃，且繼續參保同一 D 部分計劃，您的參加資格將在 2026 年自動續保。**對於符合資格的個人，參加 Medicare 提供的「Extra Help」和 SPAP 以及 ADAP 提供的援助比參加

Medicare 處方藥支付計劃更有利。要瞭解有關此付款方式的更多資訊，請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）或瀏覽 **medicare.gov**。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

Medicare 處方藥支付計劃–聯絡資訊	
致電	866.986.0356 致電此號碼不收取任何費用。週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。） 會員服務部也為非英語母語的人士提供免費口譯服務。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
傳真	212.908.5196
寫信	MetroPlus Health Plan 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004 Attn: Medicare Department
網址	**metroplusmedicare.org**

第 8 部分 Railroad Retirement Board (RRB)

Railroad Retirement Board 是獨立的聯邦機構，負責管理全國鐵路職工及其家庭的綜合福利。如果您透過 Railroad Retirement Board 獲得 Medicare，請在搬家或變更郵寄地址時告

知他們。如有任何關於您從 Railroad Retirement Board 獲得的福利的問題，請聯絡該機構。

Railroad Retirement Board (RRB) - 聯絡資訊	
致電	877.772.5772 致電此號碼不收取任何費用。 按「0」鍵，可在週一、週二、週四和週五上午 9 點至下午 3:30，以及週三上午 9 點至中午 12 點與 RRB 代表通話。 按「1」鍵，可全天候存取自動 RRB 熱線和已記錄的資訊，包括週末和節假日。
聽力障礙電傳	312.751.4701 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。
網址	**rrb.gov**

第 9 部分　如果您享受雇主提供的團體保險或其他健康保險

如果您（或者您的配偶或同居伴侶）從您（您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員團體獲得屬於本計劃的福利，請致電雇主/工會福利管理人員或會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711），解答您的疑問。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）您可詢問有關您（或者您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員健康福利、保費或參保期的問題。（會員服務部電話號碼已印於本文件的封底。）您可以致電 800.MEDICARE (800.633.4227)，詢問有關本計劃內 Medicare 保險服務的問題。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。

如果您透過您（或者您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員團體獲得其他藥品保險，請聯絡**該團體的福利管理人員。**福利管理人員可協助您瞭解您目前的藥品保險是否與我們的計劃搭配。

第 3 章：
使用我們的計劃獲得醫療和其他承保服務

第 1 部分　　如何作為我們計劃的會員獲得醫療護理

本章說明您使用我們的計劃獲得所承保的醫療服務和其他承保服務所需瞭解的事項。有關我們計劃承保的醫療護理和其他承包服務以及您接受護理時需要支付多少費用的詳細資訊，請參閱第 4 章中的醫療福利表。

第 1.1 節　　網絡內服務提供者和承保服務

- **服務提供者**即由州政府頒發許可的醫生和其他醫療保健專家，可提供醫療服務和護理。該術語「服務提供者」也包括醫院和其他醫療保健設施。
- **網絡內的服務提供者**即與我們簽訂協定，接受我們的付款和您的分攤費用作為付款全款的醫生和其他醫療保健專家、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。我們已安排這些服務提供者為我們的計劃會員提供我們承保的服務。我們網絡內的服務提供者直接向我們開具帳單，獲得為您提供的服務的報酬。在您前往網絡內服務提供者就診時，無需支付或者只需支付承保服務的分攤費用。
- **承保服務**包括我們的計劃承保的所有醫療保健、醫護服務、用品、設備，以及處方藥。您的醫療保健承保服務已在第 4 章的醫療福利表中列出。第 5 章說明了您承保的處方藥服務。

第 1.2 節　　我們的計劃承保的醫療和其他服務的基本規定

作為 Medicare 和 Medicaid 的一項醫療保險，MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)必須承保 Original Medicare 承保的所有服務，並可能提供 Original Medicare 承保範圍之外的其他服務（請參閱第 4 章）。

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)一般會承保您的醫療保健，只要：

- **您獲得的護理包含在我們計劃第 4 章的醫療福利表** 中。
- **您獲得的護理是醫療必需護理。**「醫療必要性」即提供的服務、用品、設備或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。
- **我們將為您提供一名網絡內的主治醫生(PCP)，該 PCP 負責為您提供護理並監管您的護理情況。**作為我們的計劃會員，您必須選擇一位網絡內 PCP（詳情見第 2.1 節）。
    - 在大多數情況下，我們的計劃必須提前核准您的申請（轉診），然後您才能使用計劃網絡內的其他服務提供者，例如專科醫生、醫院、專業護理機構或家庭保健機構。有關更多資訊，請參閱第 2.3 節。
    - 您不需要 PCP 的轉診即可獲得急診和緊急需要的服務。要瞭解其他無需事先獲得您的 PCP 核准即可獲得的醫療服務，請參閱第 2.2 節。
- **您必須從網絡內提供者處獲得護理**（見第 2 節）。在大多數情況下，您從網絡外服務提供者（不屬於我們的計劃網絡內的服務提供者）處獲得的護理不會享受保險。這意味著您必須向服務提供者全額支付所獲得服務的費用。同時也存在 3 種特例：
    - 我們計劃承保您從網絡外服務提供者處獲得的緊急護理或緊急需要的服務。如需更多資訊，並瞭解哪些是緊急或急需的服務，請參閱第 3 節。
    - 如果您需要 Medicare 或 Medicaid 要求我們計劃承保的醫療護理，但我們網絡中沒有專家提供這種護理，您可以從網絡外服務提供者處獲得這種護理，費用與您通常在網絡內支付的費用相同。在獲得網絡外服務之前，需要獲得我們計劃的事先授權。在此情況下，我們會將這些服務作為您從網絡內服務提供者處獲得的服務進行承保。有關如何獲得網絡外醫生診療授權的資訊，請參閱第 2.4 節。
    - 我們的計劃承保在您臨時位於計劃的服務區域範圍外，或者當此服務的提供者暫時不可用或難以接觸，從 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。您為計劃支付的透析分攤費用不得超過 Original Medicare 的分攤費用。如果您在我們計劃的服務區域之外，並從我們計劃網絡之外的提供者處接受

透析，您的分攤費用不能高於您在網絡內支付的分攤費用。但是，如果您通常的網絡內透析提供者暫時無法提供服務，而您選擇在服務區域內從我們計劃網絡外服務提供者處獲得服務，則透析分攤費用可能會更高。

第 2 部分　使用我們計劃網絡內的服務提供者獲得醫療服務

第 2.1 節　您必須選擇一名主治醫生(PCP)來提供和監管您的醫療服務

什麼是主治醫生，以及主治醫生對您來說意味著什麼?

在您成為我們的計劃會員之後，您必須選擇一位計劃服務提供者作為您的主治醫生。您的主治醫生是一位符合州政府規定且受過訓練的醫師或護理醫師，可為您提供基礎醫療服務。

如我們以下所解釋的，您將從主治醫生處獲得常規或基礎醫療服務。您的主治醫生也將協調您作為我們的計劃會員享有的其餘承保服務。例如，為了找專科醫師診視，您一般需要首先與主治醫生商議。您的主治醫生將把您轉診至專科醫師。您的主治醫生將提供您的大部分醫療服務，並協助您安排或協調您作為我們的計劃會員享有的其餘承保服務。

其中包括但不僅限於：

- X 光
- 實驗室化驗
- 療法
- 來自專科醫師的護理服務
- 住院和
- 後續護理。

「協調」您的服務，包括與其他計劃服務提供者協商您的護理及其進展情況。如果您需要某些類型的承保服務或用品，您必須提前獲得您的主治醫生的核准。在某些情況下，您的主治醫生需要獲得我們的事先授權（事先核准）。由於您的主治醫生將提供並協調您的醫療保健，因此您應該將過去的所有醫療記錄都寄送到您的主治醫生的辦公室。

如何選擇一名 PCP

您可能已經選好了自己的主治醫生，來擔任您的正式醫生。這個人可以是一名醫生，也可以是一名護理醫師。我們的《醫生/藥房名錄》列出了醫生的地址、電話號碼和專長領域，您可透過該名錄選擇主治醫生。您應打電話到主治醫生的辦公室，確認他/她是否接收新病患。在選好主治醫生後，請致電我們的會員服務部以便我們更新記錄。如果您尚未選擇主治醫生，應馬上選擇。如果您沒有在自成為計劃會員之日起的 30 天內選擇主治醫生，我們將會代您挑選。

如何變更您的 PCP

您可以因任何理由、在任何時間更換您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能離開我們計劃的服務提供者網絡，您也會需要尋找新的 PCP。

請致電我們的會員服務部，我們可協助您選擇新的主治醫生。如果您在該月第 15 日或之前致電我們以更換您的主治醫生，那麼該主治醫生變更將自該月首日起生效。如果您在該月第 15 日之後致電我們，那麼該主治醫生變更將自次月首日起生效。

如果您的主治醫生離開我們的網絡，那麼您或許能夠在過渡期（90 天）裡繼續到該主治醫生處就診。您或者您的主治醫生必須提前聯絡會員服務部以進行這一安排。

第 2.2 節　　無需 PCP 轉診即可獲得的醫療護理和其他承保服務

您無需提前獲得核准即可從您的主治醫生處獲得下列服務。

- 常規女性健康護理，包括乳房檢查、乳腺癌篩查（乳房 X 光篩查）、巴氏早期癌症探查和骨盆檢查（只要您從網絡內服務提供者獲得此類服務）。
- 流感疫苗、新型冠狀病毒疫苗、乙型肝炎、肺炎疫苗（只要您從網絡內服務提供者獲得此類服務）。

- 網絡內服務提供者或網絡外服務提供者提供的緊急服務
- 急症所需計劃承保服務是指在您暫時不在我們計劃的服務區域內，或者在您的時間、地點和情況不允許從網絡內提供者處獲得此項服務的情況下，需要立即接受醫療護理（但不是急症）的服務 。緊急需要的服務的範例是不可預見的醫療疾病和傷害或現有疾病的意外發作。即使您不在我們計劃的服務區域內或我們的計劃網絡暫時不可用，也不認為醫療上必要的例行提供者就診（如年度體檢）是急需的。
- 在您臨時位於我們計劃的服務區域範圍外時，從 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。如果可能，在您離開服務區域之前，請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）,以便我們在您離開期間幫助您安排維持性透析。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

第 2.3 節 如何從專科醫師和其他網絡內服務提供者處獲得服務

專科醫師是為特定疾病或身體部位提供醫療保健服務的醫生。有許多種專科醫生。例如：

- 為癌症病患護理的腫瘤學家
- 治療心臟疾病病患的心臟病專科醫生
- 治療患有某些骨骼、關節和肌肉疾病的病患的骨科醫生

一些醫療服務需要獲得 MetroPlusHealth Plan 的許可，該計劃才會支付其款項。請參閱第 4 章第 2.1 節，瞭解有關需要事先授權或事先核准的服務的資訊。一般而言，提出該服務的醫療保健服務提供者將作出安排以獲得計劃的事先授權。為了使請求得到核准，醫療保健服務提供者將向計劃提供醫療資訊，以說明您對所請求的服務的需求。急診情形下，醫生/醫院必須儘快通知我們。簡言之，以下服務需要獲得該計劃的事先授權。

- 網絡外服務提供者（包括醫生、醫院、DME 供應商和其他網絡外服務提供者）提供的所有服務。
- 所有住院病患入院（內科、外科手術、急性復健、亞急性復健、專業護理機構、因藥品或酒精原因入院或精神病院入院）。
- 有計劃的或可選的入院必須在預計入院日期前 7 天以上獲得授權。

- 所有耐用醫療設備必須獲得事先授權。在這種情況下，要求使用該設備的醫生或該設備的供應商將獲得事先授權。
- 計劃承保的所有居家照護服務也必須獲得事先授權。同樣地，提出此類服務的醫療保健服務提供者通常將獲得事先授權。一些情況下，提供居家照護服務的機構將獲得事先授權。
- 特殊的 X 光處置，例如門診 CT 掃描（電腦斷層掃描）、PET 掃描（正電子發射電腦斷層掃描）、MRI 掃描（核磁共振造影）或其他高技術 X 光檢查，也必須獲得我們的放射科供應商的事先授權。提出請求的醫生/服務提供者應聯絡我們的放射科供應商以瞭解更多資訊。

MetroPlusHealth Plan 一收到關於事先授權的請求，本計劃的一位醫務主任即會審核該請求，以確定所申請的服務是否具有醫療必要性以及是否屬於承保福利。某些情況下，例如上述特殊的 X 光處置情況下，MetroPlusHealth 將從外部特聘一名醫生以審核該請求並就該檢查作出決定。

如果專科醫師或其他網絡內服務提供者離開我們的計劃

我們可能會變更您當年保險計劃中涉及的醫院、醫生和專科醫師（服務提供者）。如果您的醫生或專科醫師退出我們的計劃，您將享有如下權利和保護：

- 儘管我們的服務提供者網絡可能在當年出現改變，Medicare 要求我們保證您能夠順利接觸到合格的醫生和專科醫師。
- 如果您的服務提供者將撤出我們的計劃，我們將通知您，使您有足夠的時間選擇新的服務提供者。
    - 如果您的主治醫生或行為健康服務提供者要撤出我們的計劃，且您在過去三年內曾到該主治醫生或行為健康服務提供者處就診，則我們將通知您。
    - 如果分配給您的其他服務提供者要撤出我們的計劃，且您目前正在接受該服務提供者的治療，或您曾在過去三個月內接受該服務提供者的治療，則我們將通知您。
- 我們將協助您選擇一個新的合格網絡內提供者繼續接受護理。

- 如果您正在接受目前提供者的醫療治療或療法，您有權要求繼續接受必要的醫療治療或療法。我們將與您合作，讓您可以繼續獲得護理。
- 我們將向您提供有關可用參保期和變更計劃選項的資訊。
- 當網絡內提供者或福利無法滿足或不足以滿足您的醫療需求時，我們將安排提供者網絡外的任何醫療必需的承保福利，費用由網絡內分攤。在接受服務前，您必須獲得事先授權。
- 如果您發現您的醫生或專科醫師將離開我們的計劃，請聯絡我們，讓我們協助您找到新的服務提供者來照顧您的健康。
- 若您認為我們未能提供一名合格的服務提供者以取代您之前的服務提供者或者您的治療未被適當地處理，那麼您有權向 QIO 提出護理品質投訴，或向計劃提出護理品質投訴，也可以同時向兩者提出投訴（參閱第 9 章）。

第 2.4 節 如何從網絡外提供者處獲得保健

如果 MetroPlusHealth Plan 沒有能提供您所需保健服務的專科醫師，我們將從網絡外找一位專科醫師來向您提供所需保健服務。在您前往專科醫生處就診前，您的醫生必須向 MetroPlusHealth 提出事先授權申請。

要獲得事先授權，您的醫生必須為我們提供一些資訊。一旦我們獲得所有這些資訊，我們會在您提出請求之日起的 14 個日曆日之內決定您是否能夠到網絡外專科醫師處就診。如果您的醫生認為延誤時間會對您的健康造成嚴重損害，您或您的醫生可以要求進行快速審查。在這種情況下，我們將在 72 個小時內作出決定並回覆您。有關更多資訊，請聯絡我們的客戶服務部

注意：會員有權從網絡外服務提供者那裡獲得急診服務或緊急需要的服務。此外，計劃必須為前往服務區域以外、無法聯絡末期腎病(ESRD)簽約服務提供者的 ESRD 會員承保透析服務。

第 3 部分　　如何在緊急情況、災難或急需護理時獲得服務

第 3.1 節　　如果您遇到緊急醫療情況時獲得護理服務

醫療急診是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫來避免死亡（如果您是孕婦，則為流產）、損失肢體或肢體功能或者身體機能喪失或嚴重受損的醫療徵兆。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。

如果您遇到醫療急診情況：

- **請儘快獲得幫助。**致電 911 獲得幫助，或前往最近的急診診室或醫院。若有需要的話，打電話叫一輛救護車。您不必先獲得 PCP 的核准或轉診。您不需要使用網絡內醫生。您可以隨時在美國或其領土內的任何地方，從任何持有相應州執照的提供者處獲得承保的急診醫療護理，即使他們不屬於我們的網絡。但是，我們的計劃承保美國和全球範圍內（美國以外地區）的急診護理，而 Medicare 不承保美國及其領土以外的醫療急診護理。
- **確保儘快通知我們的計劃有關您的急診情況。**我們需要跟進您的急診治療。您或者其他人應透過電話告知我們您的急診情況，通常在 48 小時以內。請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者請致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。 （非工作時段，請致電：800.442.2560。）該電話免費。

醫療緊急情況下的承保服務

我們的計劃包括在特殊情況下提供的救護車服務，特殊情況指救護車是唯一不危及您健康並將您送往急診室的方法。我們也承保急診期間的醫療服務。

向您提供緊急護理的醫生將確定您何時情況穩定，何時可結束醫療急診護理。

在緊急醫療護理結束後，您將獲得後續護理，以確保您的身體狀況可繼續保持穩定。您的醫生將持續對您進行治療，直至其聯絡我們，制訂關於額外護理的計劃。您的後續護理將由我們的計劃承保。

如果您的急診護理由網絡外的服務提供者提供，在您的疾病情況和條件許可的情況下，我們將立即嘗試安排網絡內的服務提供者接手您的護理。

如果您在美國及其領土之外的區域需要急診護理，則您需要事先支付服務費用，並申請我們為您做出適當的償付。對於在美國及其領土之外接受的、具有醫療必要性的承保急診服務，Advantage Plan (HMO D-SNP)將根據（當地市場的）合理收費、必要時的貨幣匯率以及適用的福利類型確定償付金額。鑒於國外的服務提供者可能收取高於 Original Medicare 金額的服務費用，因此我們向您償付的總金額可能低於您向國外服務提供者支付的金額。您將根據您獲得的承保服務得到償付。這是一筆全額付款。您需要支付超出該金額的其他費用。如果您選擇接受不承保的服務，則您需要支付與不承保服務相關的所有費用。這是一項 Medicare 通常不承保的補充福利。您必須向 MetroPlus Health 提交付款證明以獲得償付。請參閱第 4 章（《醫療福利表》、承保項目和付費項目）瞭解更多詳情。如果您已經支付了承保服務費用，我們將向您返還費用。

如果不屬於醫療急診情況?

有時很難分辨您遇到的是否是醫療緊急情況。例如，您可能因認為您的健康處於嚴重危險狀態而進行急診護理，但醫生認為這不是醫療急診情況。如果在急診過後發現這並不是緊急情況，只要您有理由相信當時您的健康處於嚴重危險狀態，我們也將承保您的護理。

但是，在醫生聲明這*不*屬於急診情況後，我們只在您透過以下兩種方式獲得額外護理時承保您的額外護理費用：

- 您請網絡內的服務提供者提供額外護理。
- 您得到的額外護理被認為是緊急需要的服務並且您遵守了獲得此急症護理的規定。

第 3.2 節 在您有緊急服務需要時獲得護理服務

如果您暫時不在我們計劃的服務區域內，或者考慮到您的時間、地點和情況，從網絡內提供者處獲得此項服務是不合理的，則需要立即醫療護理的服務（但不是緊急服務）屬於急需服務。緊緊急需要的服務的範例是不可預見的醫療疾病和傷害或現有疾病的意外發作。

但是，即使您不在我們計劃的服務區域內或我們的計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的例行提供者就診（如年度體檢）也不被視為急需。

您應始終嘗試從網絡內服務提供者處獲得緊急需要的服務。但是，如果服務提供者暫時不可用或難以接觸，並且等待網絡內服務提供者可用時再從他們那裡獲得護理是不合理的，我們將承保您從網絡外服務提供者處獲得的緊急需要的服務。

要獲得緊急需要的護理服務，您可以前往急救中心。您可以在您的《醫生/藥房名錄》上或我們的網站上找到加盟急救中心清單。您也可以聯絡您的主治醫生或會員服務部以獲得護理服務安排方面的協助。

我們的計劃不承保在美國及其領土以外接受的緊急需要的服務。

第 3.3 節　　在災難中獲得護理

如果您所在州的州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在地理區域處於災難或緊急狀態，您仍有權從我們的計劃中獲得護理。

請瀏覽 **metroplus.org**，瞭解有關如何在災難期間獲得所需服務的資訊。

如果在災難期間您無法使用網絡內提供者，我們的計劃將允許您從網絡外服務提供者處獲得護理，並可享受網絡內的分攤費用。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您可以在網絡外藥房領取您的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節。

第 4 部分　　如果您直接收到參保服務的所有費用的帳單該怎麼辦?

如果您支付的承保服務費用超過了我們的計劃分攤費用，或者您收到了承保醫療服務的全額費用帳單，您可以要求我們支付我們應承擔的承保服務費用。有關如何操作的資訊，請參閱第 7 章。

第 4.1 節 如果我們的計劃不承保服務

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)承保第 4 章《醫療福利表》中列出的所有具有醫療必要性的服務。如果您獲得我們計劃未承保的服務，或者您在未經授權的情況下獲得網絡外服務，您有責任支付全部服務費用。

對於有福利限制的承保服務，您在用完該類型承保服務的相關福利後，還應支付您獲得的任何服務的全額費用 。對於 Medicare 承保的所有服務，在您已達到福利上限後您為這些福利支付的自付金額將不計入您的年度最高自付金額上限。如果您想要瞭解已使用了多少福利額度，可致電會員服務部。

第 5 部分 臨床研究中的醫療服務

第 5.1 節 什麼是臨床研究?

臨床調查研究（也稱作*臨床試驗*）是醫生和科學家測試新醫療護理類型的方式，例如測試新抗癌藥品的療效如何。某些臨床調查研究獲得 Medicare 的核准。Medicare 核准的臨床調查研究通常要求志願者參與研究。在您參與臨床調查研究時，您可續保我們的計劃，並繼續透過我們的計劃獲得其餘的護理（與研究無關的護理）。

如果您參與 Medicare 核准的研究，Original Medicare 將支付您參與此項研究時獲得的承保服務的大部分費用。如果您告訴我們您正在參加合格的臨床試驗，則您只負責該試驗中服務的網絡內費用分攤。如果您支付了更多費用，例如，如果您已經支付了 Original Medicare 分攤費用金額，我們將償付您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。您需要提供文件證明您支付的金額。

如果您希望參與 Medicare 核准的臨床調查研究，您不必告訴我們或獲得我們或您的 PCP 的審核。在您參與臨床調查研究的過程中，向您提供護理的服務提供者不一定在我們計劃的網絡內。（這不適用於需要臨床試驗或註冊來評估福利的承保福利，包括需要證據開發(NCD-CED)和研究裝置豁免(IDE)研究的承保福利。這些福利也可能受到事先授權和其他計劃規定的約束。）

儘管您參與臨床調查研究不需獲得我們計劃的許可，但我們建議您在選擇參加符合 Medicare 資質的臨床試驗時提前通知我們。

如果您參與未經 Medicare 核准的研究，您將負責支付您參與該研究所需支付的所有費用。

第 5.2 節 誰為臨床研究中的服務付費

您一旦參與 Medicare 核准的臨床調查研究，Original Medicare 將承保在參加研究時收到的常規項目和服務，包括：

- 即使您不參加研究，Medicare 也會支付的住院住房費和寄宿費。
- 手術或其他醫療程序（如屬於調查研究內容）。
- 對新治療產生的副作用和併發症的治療。

在 Medicare 支付這些服務的分攤費用後，我們的計劃將支付 Original Medicare 的分攤費用與您作為我們計劃會員的網絡內分攤費用之間的差額。也就是說，您為參與研究時獲得的服務所支付的金額與您從我們的計劃獲得服務時所支付的金額相同。但是，您必須提交文件，說明您支付了多少分攤費用。請參閱第 7 章，瞭解有關提交付款申請的詳情。

> *臨床試驗中費用分攤的範例：*假設您在參與調查研究時，參與了一項費用達為$100 的實驗室化驗。您參保 Original Medicare 計劃後，為這次化驗所需支付的分攤費用為$20，而依照您參保我們的計劃，這次化驗的分攤費用是$10。在此情況下，Original Medicare 將為這次化驗支付$80，您將支付 Original Medicare 要求的自付費用$20。您需通知我們的計劃，您已獲得合格的臨床試驗服務，並向計劃提交文件（如提供者帳單）。然後，我們的計劃將直接支付給您$10。因此，您的淨付款為$10，與您根據我們的計劃福利支付的金額相同。

在您參與臨床調查研究時，**Medicare 和我們的計劃都不會支付以下任何項目**：

- 一般來說，Medicare 不會支付研究正在測試的新項目或服務，除非 Medicare 在您未參加研究時也會承保這些項目或服務。

- 僅用於收集資料而不是您的直接醫療護理的項目或服務。例如，如果您的疾病情況通常只需進行一次 CT 掃描，Medicare 不會支付您因參與研究而每月進行一次的 CT 掃描。
- 由研究贊助商為任何試驗參與者免費提供的項目和服務。

獲得更多關於參加臨床研究的資訊

有關加入臨床研究的更多資訊，請閱讀 Medicare 網站 (**medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf**)上的出版物 *Medicare 和臨床研究*。您也可以致電 800.MEDICARE (800.633.4227)。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。

第 6 部分　有關獲得「宗教非醫療健康護理機構」護理的規定

第 6.1 節　宗教非醫療保健機構

宗教非醫療健康護理設施是提供對一般會在醫院或專業康復機構進行治療的狀況的護理的設施。如果在醫院或專業護理機構獲得護理與會員的宗教信仰相衝突，我們將轉而承保在宗教非醫療健康護理機構的護理。該福利僅為 A 部分住院服務（非醫療健康保健服務）提供。

第 6.2 節　如何從宗教非醫療健康保健機構獲得護理

要獲得宗教非醫療健康保健機構的護理，您必須簽署一份法律文件，說明您明確反對獲得**非預期**的醫療服務。

- **非預期**醫療服務或治療為*志願*提供且聯邦、州立或當地法律*未要求的*任何醫療護理或治療。
- **預期**醫療服務即*非志願*或由聯邦、州立或當地法律*要求*的任何醫療護理或治療。

為了得到我們計劃的承保，您從宗教非醫療保健機構獲得的護理必須滿足以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 認證。

- 我們的計劃僅承保*非宗*教方面的護理。
- 如果您從此機構獲得的服務是您在普通設施中獲得的服務，則以下條件適用：
  - 您的病情必須允許您獲得住院護理或專業療養院護理的承保服務。
  - *-以及-*您在被設施收診或您的住院尚未參保之前，需提前獲得我們計劃的核准。

除非您事先從我們的計劃獲得授權（核准），否則我們的計劃不承保您在宗教非醫療健康保健機構的居留。核准宗教非醫療健康保健機構居留的承保將與住院護理相同（參閱第 4 章中的福利表瞭解更多資訊）。

第 7 部分　有關擁有耐用醫療設備的規定

第 7.1 節　在根據我們的計劃支付一定金額的款項後，您將不再擁有某些耐用醫療設備

耐用醫療設備(DME)包括提供者要求在家中使用的氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音生成裝置、靜脈輸液泵、霧化器和醫院病床等項目。會員總是擁有某些 DME 項目，如假肢。您必須租用的其他類型的 DME。

在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的共付額後即可擁有該設備。**作為 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的會員，您通常不會獲得租用的 DME 的所有權，不管您在成為我們的計劃會員期間支付了多少自付費用。**即使您在加入我們的計劃之前根據原始醫療保險連續支付了 12 次 DME 項目的費用，您也不會獲得所有權。在某些受限的情況下，我們會向您轉讓 DME 的所有權。有關更多資訊，請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711）。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

如果您切換到 Original Medicare，您為耐用醫療設備進行的支付會怎樣？

如果您在我們的計劃中未獲得 DME 項目的所有權，則在您切換到 Original Medicare 後，您需要重新連續支付 13 次費用才能擁有該設備。您在加入我們的計劃時支付的款項不計入這 13 筆款項。

例 1：您在 Original Medicare 中針對相關物品付款的次數不超過連續 12 次，然後參加了我們計劃。您在 Original Medicare 中支付的款項不計算在內。

例 2：您在 Original Medicare 中針對相關物品付款的次數不超過連續 12 次，然後參加了我們計劃。在我們的計劃中，您沒有獲得該項目的所有權。然後您回到了 Original Medicare。一旦您恢復 Original Medicare，您必須連續支付 13 筆新款項才能擁有該項目。您已支付的任何款項（無論是支付給我們的計劃還是 Original Medicare）均不計入。

第 7.2 節 有關氧氣設備、用品和維護的規定

如果您符合 Medicare 氧氣設備的承保條件，那麼 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) 將承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧和氧氣輸送
- 用於輸送氧和氧氣的導管和相關的氧氣附件
- 氧氣設備的維護和維修

如果您離開 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)，或者不再需要將氧氣設備用於治療用途，那麼必須將氧氣設備歸還。

如果您從我們的計劃退保，並恢復為 Original Medicare 會怎樣？

Original Medicare 要求氧氣供應商為您提供 5 年服務。在開始 36 個月期間，您租賃設備。在剩餘 24 個月，供應商提供設備和維護服務（您依然要負責支付氧氣服務的自付費用）。5 年後，您可以選擇留在同一家公司，也可以選擇其他公司。此時，5 年週期再次開始，即使您仍在同一家公司，也需要您支付前 36 個月的自付費用。如果您加入或退出我們的計劃，5 年週期將重新開始。

第 4 章：
醫療福利表
（承保項目和付費項目）

第 1 部分　瞭解您為承保服務支付的自付金額

《醫療福利表》列出了您作為 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員獲得的承保服務，以及您為每一種承保服務應支付的費用。本節還提供了未承保醫療服務的相關資訊，並解釋了某些服務的限制。

第 1.1 節　您可能要為承保服務支付的自付金額

要瞭解本章中我們為您提供的支付資訊，您需要先瞭解您可能要為承保服務支付的自付費用類型，包括：

- **自負額：**為在我們的計劃開始支付其分攤費用前，您必須支付的醫療服務費用。如果您保持 Medicaid 資格，您將無需承擔自負額。
- **自付費用：**您每次獲得某些醫療服務時支付的固定金額的費用。您在獲得醫療服務時支付自付費用。（《醫療福利表》更為詳細地闡述了自付費用資訊。）
- **共同保險：**您支付的某些醫療服務總費用的百分比。您在獲得醫療服務時支付共同保險。（《醫療福利表》更為詳細地闡述了共同保險資訊。）

大多數符合完整 Medicaid 或 Qualified Medicare Beneficiary (QMB)計劃資格的人永遠不需要支付自負額、自付費用或共同保險。如果適用，請確保向您的服務提供者出示 Medicaid 或 QMB 資格證明。對於所有其他會員，您的分攤費用將取決於您的 Extra Help 等級和/或 Medicaid 援助水準。

第 1.2 節 我們的計劃自負額

您的自負額為$0 或$257*。在您付清自負額之前，您必須支付承保服務的全部費用。一旦您付清自負額，我們將開始支付承保醫療服務的分攤費用，您將在該日曆年的剩餘時間支付您的自付費用或共同保險金額的分攤部分。

自負額並不適用於某些服務。這意味著即使您尚未支付您的自負額，我們也會支付這些服務的費用中我們分攤的部分。自負額並不適用於以下服務：

- Medicare 承保的預防性服務
- 急診服務
- 緊急需要的服務
- 透過耐用醫療設備提供胰島素。

如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，則您無需支付自負額。

*這些是 2025 年的金額，2026 年的金額可能發生變化。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將在 CMS 發佈更新價格後立即提供給您。

第 1.3 節 我們的計劃對網絡內服務提供者提供的某些類型的服務設定了自負額

除了適用於所有承保醫療服務的計劃自負額外，我們還為某些具體類型的服務設定了自負額。

- 我們設定的住院護理的自負額為每個福利期$1,676*。在您付清自負額之前，您必須支付住院護理的全部費用。一旦您付清自負額，我們將支付這些服務的分攤費用，您將在每個福利期支付您的分攤部分（您的自付費用）。第 2 節中的《醫療福利表》顯示了不同服務類型的自負額。
- 我們設定的住院病患心理健康護理的自負額為每個福利期$1,676*。在您付清自負額之前，您必須支付住院病患心理健康護理的全部費用。一旦您付清自負額，我們將支付這些服務的分攤費用，您將在每個福利期支付您的分攤部分（您的自付費用）。 第 2 節中的《醫療福利表》顯示了不同服務類型的自負額

如果您有資格獲得 Medicaid 下的 Medicare 費用分攤援助，則您無需支付自負額。

*這些是 2025 年的金額，2026 年的金額可能發生變化。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將在 CMS 發佈更新價格後立即提供給您。

第 1.4 節　　您參保 Medicare A 部分和 B 部分服務時將支付的最高金額是?

注意：因為我們的會員也從 Medicaid 獲得幫助，因此只有極少數的會員會達到此最高付現金額。若您適用於 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤援助，您不需要為 A 部分與 B 部分保險服務進行任何計入最高自付金額的自付金額支付。

Medicare Advantage Plans 對您每年為 Medicare A 部分和 B 部分承保的醫療服務自付的金額有限制。此限制稱作醫療服務的「最高自付金額」(MOOP)。**2026 日曆年，MOOP 金額為$9,250。**

您為承保服務支付自負額、自付費用和共同保險金額將計入該最高自付金額中。您為計劃保費和 D 部分藥品費用支付的金額不計入最高付現金額。此外，您為一些服務支付的金額不會計入最高自付金額中。這些服務在《醫療福利表》中有說明。如果您達到$9,250 的最高自付金額，您在當年的餘下時間內不必再為承保的網絡內 A 部分和 B 部分服務支付任何自付金額。但是，您必須繼續支付我們的計劃保費和 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費已由 Medicaid 或其他第三方支付）。

第 1.5 節　　服務提供者不得對您進行「差額收費」

作為 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的會員，您將享有重要的保障，因為達到自負額要求之後，您在獲得我們計劃承保的服務時，只需支付您的分攤費用。服務提供者不得新增額外的單獨費用，即**開具差額帳單。**即使我們付給服務提供者的費用少於其所收取的服務費用，並且，即使出現爭議，我們並未向服務提供者支付某些費用，該保護措施也同樣適用。

差額帳單保障的工作原理如下：

- 如果您的分攤費用為自付費用（設定的美元金額，例如$15.00），您只需支付網絡內服務提供者提供的任何承保服務的金額。
- 如果您的分攤費用為共同保險（總費用的一定百分比），您支付的金額絕不會超過該百分比。但是，您支付的費用具體取決於您看診的服務提供者類型：
  - 如果您從網絡內服務提供者獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以我們計劃的償付額（根據服務提供者與我們計劃之間簽訂的合約而定）。
  - 如果您從參與 Medicare 的網絡外服務提供者獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以 Medicare 為參與的服務提供者支付的付款額。（我們的計劃僅在某些情況下承保網絡外服務提供者的服務，例如在獲得轉診或急診服務或緊急需要的服務時。）
  - 如果您從未參與 Medicare 的網絡外服務提供者獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以 Medicare 為非參與的服務提供者支付的付款額。（我們的計劃僅在某些情況下承保網絡外服務提供者的服務，例如在獲得轉診時，或者針對急診或緊急需要的服務。）
- 如果您認為服務提供者對您開具差額帳單，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

我們不允許服務提供者向您收取已承保服務的費用。我們會直接對提供者付費，保護您不被收費。即使我們支付給提供者的服務費用沒有提供者要求的多，這一點也同樣適用。如果您收到提供者的帳單，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

第 2 部分　《醫療福利表》顯示了您的醫療福利和費用

以下頁面上的《醫療福利表》列出了 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)承保的服務，以及您為每項服務應支付的自付金額（D 部分藥物保險範圍見第 5 章）。《醫療福利表》上列出的服務僅在滿足以下要求時享有保險：

- 您的 Medicare 和 Medicaid 承保服務必須根據 Medicare 和 Medicaid 承保指南提

供。

- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分藥品）*必須*具有醫療必要性。「醫療必要性」即提供的服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。
- 對於新參保者，您的 MA 協調護理計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，新的 MA 計劃可能不要求對任何積極的療程進行事先授權，即使該療程是由網絡外提供者提供的服務。
- 您從網絡內提供者處獲得護理。在大多數情況下，您從網絡外服務提供者處獲得的護理將不受承保，除非是緊急護理或急症護理，或者我們的計劃或網絡內服務提供者已為您轉診。這意味著您要向服務提供者全額支付所獲得網絡外服務的費用。
- 我們將為您提供一名主治醫生(PCP)，該 PCP 負責提供和監管您的護理情況。大多數情況下，您的 PCP 必須提前核准您的申請（轉診），然後您才能使用我們計劃網絡內的其他服務提供者。
- 《醫療福利表》上列出的一些服務*僅*在您的醫生或其他網絡內服務提供者提前獲得我們的核准（有時稱作「事先授權」）時享有保險。需要提前核准的承保服務在《醫療福利表》內以星號標識。
- 如果您的協調護理計劃核准了某個療程的事先授權請求，則根據適用的承保範圍標準、您的病史和治療服務提供者的建議，該核准必須在具有醫療合理性和必要性的時間內有效，以避免護理中斷。

有關我們的保險的其他重要須知事項：

- 您可同時參保 Medicare 和 Medicaid。Medicare 承保醫療保健和處方藥。Medicaid 承保您的 Medicare 服務分攤費用。Medicaid 也承保 Medicare 不承保的服務，如長期護理、非處方藥、家庭和社區服務或其他僅適用於 Medicaid 的服務。
- 如同各 Medicare 醫療保險，我們承保所有 Original Medicare 計劃承保的服務。（要瞭解更多關於 Original Medicare 的保險和費用，請參閱您的 *Medicare 與您 2026* 手冊。請線上瀏覽 **medicare.gov**，或致電 800.MEDICARE (800.633.4227)申領一份手冊。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。）

- 有關 Original Medicare 計劃免費承保的預防性服務，我們也會為您免費承保這些服務。 但是，在您接受預防性服務時，如果您在看診期間獲得對現有的疾病情況的治療或檢測，您需要為現有疾病情況獲得的護理支付自付費用。
- 如果 Medicare 在 2026 年期間為任何新服務增加保險，Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。
- MetroPlus Advantage Plan 是一項雙重資格特別需求計劃(D-SNP)，根據紐約州 Medicaid 計劃提供您可能有資格獲得的 Medicare 保險以及附加福利和服務。同時具有 Medicare 和 Medicaid 參保資格的會員被稱為「雙重資格人」。關於 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員可享受的額外 Medicaid 福利和服務的更多說明，請參閱第 4 章第 3.1 節。
- 如果您處在我們計劃的 3 個月視同延續資格期間，我們將繼續提供 Medicare Advantage 計劃承保的所有 Medicare 福利。然而，在此期間，計劃不承擔未失去特殊需求地位的會員超過計劃保費和分攤費用金額的欠款。在此期間，Medicare 基本和補充福利的 Medicare 分攤費用金額不會改變。

  但是，在此週期內，您可能無法獲得由紐約州提供的 Medicaid 福利。請聯絡紐約州 Medicaid 計劃（您可在第 2 章第 6 部分找到紐約州 Medicaid 計劃的電話號碼和聯絡資訊）。在此期間，Medicare 基本和補充福利的 Medicare 分攤費用金額不會改變。

若您適用 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，只要您遵守上述承保要求，即無需為《醫療福利表》中列出的服務付費。

針對有資格獲得 Extra Help 的人士的重要福利資訊：

- 如果您獲得 Extra Help 來支付您的 Medicare 藥物保險費用，您可能有資格獲得其他有針對性的補充福利和/或有針對性的減少費用分攤。

對患有慢性病的參保人的重要福利資訊：

- 如果您被診斷為患有下列任何指明的慢性病，且符合某些標準，則您可能有資格獲得慢性病特殊補充福利。
  - 酒精和其他藥品的慢性依賴；自體免疫疾病；癌症；心血管機能紊亂；慢性心衰；失智症；糖尿病；末期肝病；末期腎病(ESRD)；嚴重的血液病；慢性

和喪失勞動能力的精神健康問題；神經系統疾病；中風；阿爾茨海默症；高血脂；營養不良；骨質疏鬆症；腎病

- 醫療管理部門將根據慢性病清單確定符合資格的會員。會員將收到關於計劃的信件和手冊，並有機會參與包括營養指導在內的護理管理。如果您感興趣，您的護理經理可以和您一起查看營養計劃，並為您參保。

- 欲瞭解更多資訊，請參閱下方《醫療福利表》中的*慢性病特殊補充福利*一行。
- 請與我們聯絡，以瞭解您有資格享受的具體福利。

這個蘋果顯示了《醫療福利表》中的預防服務。

醫療福利表

承保服務	您支付的費用
腹主動脈瘤篩檢 承保具患病風險人士每年一次的超音波篩查。我們的計劃僅在您有某些風險因素並得到您的醫師、醫師助理、護理醫師或臨床護理專家的轉診後承保您的這次篩查。	符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付額或自負額。
針灸（治療慢性腰部疼痛）* 承保的服務包括： 在以下情況下，可在 90 天內享受最多 12 次就診承保： 在本福利中，慢性腰部疼痛的定義為： • 持續 12 週或更長時間； • 非特異性，即無法找到確切的系統性原因（即與轉移性、炎症性、感染性疾病等無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 將為表現出症狀改善的病患承保額外 8 個療程。每年針灸治療不超過 20 次。 會員症狀如果未改善或出現退化，則必須停止治療。 **醫療服務提供者要求：** 醫師（根據《社會保障法》（本法）第 1861(r)(1)條的定義）可根據州相關規定提供針灸治療。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 某些服務可能需要事先授權。

承保服務	您支付的費用
醫師助理(PA)、執業護士(NP)/臨床護理專家(CNS)（根據本法第 1861(aa)(5)條的定義）以及輔助人員 **針灸（治療慢性腰部疼痛）*（續）** 如符合適用的所有州要求並具備以下條件，則可以提供針灸治療： • 在由針灸和東方醫學認證委員會(ACAOM)認可的學校取得針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及 • 持有目前完整有效和無限制許可，可以在美國的州、領土或自治政體（即波多黎各）或哥倫比亞特區實施針灸治療。 輔助人員必須在 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 法規要求的醫師、PA 或 NP/CNS 的相應等級的監督下提供針灸治療。	
針灸（補充福利）* 我們的計劃還承保每年 **20** 次針對其他疾病（包括慢性腰痛）的補充就診。會員必須在網絡內服務提供者處獲得服務。	$0 自付費用。 某些服務可能需要事先授權。
救護運輸服務* 承保的救護車服務（無論是否急診情況）包括：抵達可提供護理的最近恰當機構的固定翼飛機、旋翼機和地面救護車服務，這些服務僅在會員的疾病情況不允許採用其他任何交通方式時提供，或在我們計劃授權的前提下提供。如果申請在非急診情況下使用承保救護車服務，則應提供文件證明會員的疾	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 *某些服務可能需要事先授權。

承保服務	您支付的費用
病情況不允許採用其他任何交通方式，其使用救護車運輸方式具有醫療必要性。	
每年保健就診 如果您享有 B 部分保險超過 12 個月，您可獲得一次每年保健就診機會，以根據您目前的健康和風險因素制訂或更新個性化的預防性計劃。每 12 個月承保一次該就診。 **注意：**在您的*歡迎來到 Medicare* 預防性診療的 12 個月內，不能進行首次每年保健就診。但是，在您享有 B 部分保險 12 個月後，您無需參加*歡迎來到 Medicare* 預防性診療，即可享有每年保健就診的保險。	每年保健就診沒有共同保險、自付費用或自負額。
骨密度測量 對於合格人士（一般來說，這指存在損失骨密度風險或骨質疏鬆風險的人士），以下服務每 24 個月承保一次，或在醫療必需的情況下承保頻率會更頻繁：測量骨密度、檢測骨質疏鬆或確定骨質量的處置，包括醫生解釋檢測結果。	Medicare 承保的骨密度測量無共同保險、自付費用或自負額。
乳腺癌檢查（乳房 X 光檢查） 承保的服務包括： • 為年齡在 35 歲至 39 歲之間的婦女承保一次基準線乳房 X 光檢查 • 每 12 個月為年齡在 40 歲以上的女士承保一次乳腺癌篩查 • 臨床胸部檢查，每 24 個月一次	承保的乳房 X 光篩查無共同保險、自付費用或自負額。

承保服務	您支付的費用
心臟復健服務* 心臟復健服務的綜合計劃包括：為符合某些條件且有醫生轉診的會員承保的鍛煉、教育和諮詢服務。 我們的計劃也承保加護心臟功能復健服務計劃，這些計劃一般情況下比心臟復健計劃更激烈或強度更大。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 *某些服務可能需要事先授權。
心血管疾病風險降低就診（心血管疾病療法） 我們每年承保一次您的初級保健醫師就診，以幫助您降低心血管疾病的患病風險。在這次就診期間，您的醫師可討論阿司匹林的使用（如適用），檢查您的血壓，以及為您提供一些小貼士，確保您能獲得健康的飲食。	心血管疾病強化行為治療預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。
心血管疾病篩查測試 每 5 年（60 個月）進行一次血液測試，以檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險上升相關的異常情況）。	每 5 年承保一次的心血管疾病檢查無共同保險、自付費用或自負額。
宮頸癌和陰道癌篩查 承保的服務包括： • 所有女性均適用：每 24 個月承保一次巴氏早期癌症探查試驗和盆骨檢查 • 如果您患宮頸癌或陰道癌的風險較高，或處於生育年齡，並且在過去 3 年內子宮頸塗片檢查結果不正常：每 12 個月進行一次子宮頸塗片檢查	Medicare 承保的預防性 Pap 檢測與骨盆檢查無共同保險、自付費用或自負額。

承保服務	您支付的費用
脊椎推拿治療服務* 承保的服務包括： • 我們僅承保脊椎的手按摩服務，以矯正半脫位。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 *某些服務可能需要事先授權。
慢性疼痛管理和治療服務* 為患有慢性疼痛（持續或復發性疼痛超過 3 個月）的人士提供的每月承保服務。服務可能包括疼痛評估、藥物管理以及護理協調和規劃。	此項服務的費用分攤將因治療過程中提供的個別服務而異。 根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 *某些服務可能需要事先授權。
結直腸癌篩查 承保以下篩查： • 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高危病患，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非結直腸癌高危病患，在接受過柔性乙狀結腸鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高危病患，在接受過結腸鏡檢查或鋇灌腸檢查後，每 24 個月承保一次。 • 電腦斷層掃描結腸造影適用於 45 歲及以上的結直腸癌風險不高的病患，並且在進行最後一次篩查電腦斷層掃描結腸造影的月份後至少過去 59 個月或在最後一次篩查進行柔性乙狀結腸鏡檢查或篩查結腸鏡檢查的月份後至少過去 47 個月時獲得承保。對於結直腸癌高風險病患，在進行最	Medicare 承保的結腸直腸癌篩查檢查無共同保險、自付費用或自負額。如果您的醫生在結腸鏡檢查或柔性乙狀結腸鏡檢查中發現並切除了息肉或其他組織，篩查檢查將變成診斷檢查，並將按共同保險規定收費。 根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。

承保服務	您支付的費用
後一次篩查電腦斷層掃描結腸造影或最後一次篩查性結腸鏡檢查的月份後至少 23 個月後，可以支付篩查性電腦斷層掃描結腸造影費用。 • 45 歲及以上病患可接受可屈性乙狀結腸鏡檢查。對於非高危病患，在接受過結腸鏡檢查後，每 120 個月 **結直腸癌篩查（續）** 一次。對於上次進行柔性乙狀結腸鏡檢查或電腦斷層掃描大腸鏡檢查的高風險病患，每 48 個月一次。 • 45 歲及以上病患可接受便隱血篩查檢測。每 12 個月一次。 • 45 至 85 歲且不符合高危標準的病患可接受多靶點糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。 • 45 至 85 歲且不符合高危標準的病患可接受生物標誌物血液檢測。每 3 年一次。 • 結直腸癌篩查檢測包括在 Medicare 承保的非侵入性結直腸癌糞便篩查檢測得到陽性結果進行後續結腸鏡檢查。 • 結直腸癌篩查測試包括計劃篩查柔性乙狀結腸鏡檢查或篩查結腸鏡檢查，涉及去除組織或其他物質，或與篩查測試相關、結果和與篩查測試相同的臨床遭遇提供的其他程序。	
牙科服務* 一般來說，預防性的牙科服務（例如潔牙、常規牙科檢查和牙科 X 光檢查）均不由 Original Medicare	承保的預防性和綜合服務自付費用為$0。

承保服務	您支付的費用
計劃承保。不過，Medicare 僅在有限情況下支付牙科服務費用，尤其是當該服務屬於受益人基礎疾病具體治療中不可分割的一部分時。範例包括骨折或受傷後的頜骨重建、為頜骨癌放射治療所做的拔牙準備，或者腎移植前的口腔檢查。此外，我們還承保 Medicare 承保的牙科服務，包括： • 若牙醫執行其他方面的非承保程序或服務（例如拔牙）且該程序或服務是伴隨某一其他方面的承保程序並作為其組成部分的，則我們承保該牙醫所進行的整個服務。 • 為腫瘤病放療做下頜準備而進行的拔牙。 • 腎移植之前的牙科檢查。 **承保服務沒有年度最高限額。某些服務受計劃頻率限制和事先授權的約束。如果您是 MetroPlusHealth Dual Advantage 或 Medicaid Advantage Plus 會員（對於同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的受益人，也稱為雙重資格），我們將紐約州 Medicaid 牙科福利作為 Medicare Advantage 補充福利承保。對於雙重資格會員，MetroPlusHealth 遵循 NYS 醫療補助計劃的診斷、預防、修復、牙髓、牙周病、修復、種植和正畸的承保標準。** **預防性服務：** 會員每 6 個月可享受以下服務： • 口腔檢查（口腔檢查的頻率根據檢查類型而有所不同，取決於 ADA 指南認為合適的頻率）	承保的預防性和診斷性服務自付費用為$0。 服務必須透過 DentaQuest 牙科網絡獲得。 某些服務可能需要事先授權。

承保服務	您支付的費用
• 預防（清潔） • 氟化物塗層（每 3 個月一次） • 牙科 X 光檢查（牙科 X 光檢查的頻率根據 X 光檢查的類型而有所不同，取決於 ADA 指南認為合適的頻率） **恢復性服務：** • 補牙（每顆牙齒每 24 個月 1 次） **牙科服務*（續）** • 牙冠–單次修復，每 60 個月 1 次。 • 牙根柱與冠心（間接製作的牙冠除外） • 每顆附加間接製作的牙根柱（同一顆牙） • 預製的牙根柱與冠心（除牙冠外） **牙髓病治療服務：** 根管治療及既往根管治療的再治療，每顆牙齒終身 1 次 **牙周病治療服務：** • 積極治療後的牙周維護程序–每 6 個月 1 次 • 引導組織再生和組織移植-（僅適用於種植牙） • 骨手術–包括全厚瓣抬高和閉合，每個象限每 60 個月 1 次	

承保服務	您支付的費用

• 牙齦切除術或牙齦成型術–每個樣方四顆或以上鄰接牙齒或周邊關聯牙齒間隙–每 12 個月 1 次
• 臨床牙冠延長術–終身 1 次。
• 牙周刮治與根面平整術–每象限四顆或以上牙齒–每 24 個月 1 次。
 	
活動義齒：
 	
全副或部分活動義齒。（調整、修補、換底和重襯）
 	
固定修復服務：
 	
固定義齒–牙橋及相關牙冠和保持器。
 	
種植牙及相關服務
 	
頜面修復術
 	
口腔頜面外科：
 	
• 拔牙
  • 牙槽成形術，每象限終身 1 次
  • 前庭成形術，每 36 個月每牙弓 2 次。
• 口腔外科手術
 	
附屬服務：
 	
• 診室觀察就診–每 12 個月 4 次就診
• 姑息治療（每 12 個月 2 次）	

承保服務	您支付的費用
• 諮詢（每 6 個月 1 次） **獲得牙科福利** **您的 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP))僅提供網絡內牙科保險。要尋找參與您計劃的牙醫，請使用 MetroPlus Health 網站 metroplus.org/search-providers 上的「尋找牙醫」工具，或致電 MetroPlus Health 會員卡背面的號碼聯絡會員服務部。您還可以索取參與計劃的牙科服務提供者名單。** **只有透過參與計劃的牙科服務提供者獲得的緊急牙科服務才可獲得承保。如果您遇到醫療緊急情況，請前往急診室就診。緊急醫療是您或其他任何** **牙科服務*（續）** **掌握一般醫療衛生知識的外行人士** **認為您出現需要立即就醫，以免造成死亡（如果您是孕婦，胎死腹中）、肢體或肢體功能的喪失。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。**	
抑鬱症篩查 我們每年承保一次抑鬱症篩查。該篩查必須由可提供後續治療和/或轉診服務的初級保健診所完成。	年度抑鬱症篩查就診無共同保險、自付費用或自負額。
糖尿病篩查 如果您存在以下任何風險因素：高血壓（高血壓病）、膽固醇和甘油三脂水準異常歷史（血脂異	Medicare 承保的糖尿病篩查無共同保險、自付費用或自負額。

承保服務	您支付的費用
常）、肥胖症或高血糖歷史（血糖），我們將成本此篩查（包括空腹血糖測試）。如果您滿足其他要求，例如超重和家族糖尿病史，我們也可承保這些測試。 自您最近一次糖尿病篩查測試之日起，您可能有資格每 12 個月接受最多 2 次糖尿病篩查。	
糖尿病自我處理訓練、糖尿病服務和用品* 對於已患糖尿病的所有人士（胰島素和非胰島素使用者）承保的服務包括： • 監測血糖的用品：血糖監控儀、血糖試紙、柳葉刀裝置和柳葉刀，以及檢測試紙和監控儀準確度的血糖控制解決方案。 • 對於患有嚴重糖尿病足病的糖尿病病患：每個日曆年提供一雙治療型自訂鞋（包括此類鞋配套的專用鞋墊），以及額外兩雙鞋墊，或者一雙深窩鞋和三雙鞋墊（不包括此類鞋配套的非自訂可拆除鞋墊）。保險包括配件。 • 糖尿病自我處理訓練在某些條件下享受保險。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 糖尿病治療用品限於 Abbott 糖尿病測試條或 Ascensia 糖尿病測試條。如果您出於醫療目的使用了其他品牌的測試條，您的服務提供者必須聯絡會員服務部。 *某些服務可能需要事先授權。
耐用醫療設備(DME)與相關用品* （有關「耐用醫療設備」的定義，請參閱第 12 章和第 3 章。） 承保的用品包括，但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的在家中使用的醫院病床、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器及助行器。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 某些服務可能需要事先授權。 Medicare 氧氣設備保險中您的分攤費用 是 0%或 20%的共同保險。

承保服務	您支付的費用
我們的《醫生/藥房名錄》中包含了我們計劃的 DME 供應商清單。這一涵蓋品牌、製造商和供應商的最新清單（醫生/藥房名錄）也可在我們的網站 **metroplusmedicare.org** 上找到。 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)通常承保 Original Medicare 承保的本清單上的品牌和製造商提供的任何 DME。我們不承保其他品牌和製造商，除非您的醫生或其他提供者告知我們該品牌符合您的醫療需求。如果您是 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的新會員而且正在使用某個不在本清單上的 DME 品牌，我們最多將繼續為您承保此品牌 90 天。在此期間，您應該諮詢您的醫生，決定此 90 天后哪個品牌符合醫療需求。（如果您對醫生的決定有異議，您可以要求他們將您轉診以獲得參診意見。） **耐用醫療設備(DME)與相關用品*（續）** 如果您（或您的提供者）對我們計劃的承保決定有異議，您或您的提供者可以提起上訴。如果您對提供者關於哪個產品或品牌符合你的醫療需求的決定有異議，也可提起上訴。（有關上訴的更多資訊，請參閱第 9 章。）	您的分攤費用在自您參保的 36 個月內不會改變。
急診護理 急診治療指符合以下條件的服務： • 由具備提供急診服務的服務提供者提供的服務，以及 • 評估或穩定急診醫療狀況所必須的服務。 醫療急診是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免造成死亡	根據您的個人 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用（最高$115）。 如果您在網絡外醫院接受了急診治療且在緊急情況穩定後需進行住院治療，為了您的治療能被承保，您必須前往網絡內醫院繼續

承保服務	您支付的費用
（如果您是孕婦，胎死腹中）、肢體或肢體功能的喪失。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。 對於從網絡外獲得的必需的急診服務，其分攤費用與從網絡內獲得的此類服務相同。 **全球急診護理** 承保美國和全球範圍內（美國以外地區）的急診護理。 如果您在美國及其領土之外的區域需要急診護理，則您需要事先支付服務費用，並申請我們對承保的醫療必要緊急服務做出適當的償付。	治療，或者您必須在我們計劃核准的網絡外醫院接受住院治療服務，且您的費用為您在網絡內醫院支付的分攤費用。
健身福利 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)每六個月最高可向您償付$250，用於支付合資格健身機構的會員費。請致電會員服務部瞭解關於您健身福利的更多資訊。 **福利的限制：** • 我們不償付網球俱樂部、鄉村俱樂部、減肥診所、溫泉浴場或其他類似機構的會籍費用。 • 終身會員不可償付。 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)並不提供機構可能提供的裝置、服裝、維生素或其他服務償付（例如按摩、瑜伽等）。	$0 自付費用。

承保服務	您支付的費用
Flex 卡 會員每月都將收到一張金額為$500 的 Flex 卡（餘額不可轉結），您可以使用該卡購買非處方(OTC)項目；日常雜貨；個人緊急反應系統(PERS)；浴室安全裝置；寵物用品；脊椎按摩治療；電信設備（包括電話銷售）；電信服務（包括但不限於預付費電話服務和循環電話服務）；電腦網絡/資訊服務；有線電視、衛星電視和其他付費電視及收音服務；以及支付公用事業（電、氣、燃料油、水）費用。 Flex 卡將成為綜合補充福利包的一部分。未使用的 Flex 卡餘額將在該季度結束時到期。 任何未使用的金額不會結轉到下一個日曆年。 請致電會員服務部瞭解關於您 Flex 卡福利的更多資訊。	$0 自付費用。
健康教育計劃 提供教育和營養材料的健康生活計劃。我們將邀請您參加與健康有關的項目、課程和活動，如健康博覽會、營養課程、虛擬學習和健康活動。	$0 自付費用。
聽力服務* 由您的服務提供者完成、以確定您是否需要醫療服務的診斷性聽力檢查和平衡評估在由醫師、聽覺治療師或其他合格的服務提供者完成時，我們將為其承保。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要為 Medicare 承保的診斷性聽力和平衡檢查支付 0%或 20%的共同保險費用。 *某些服務可能需要事先授權。

承保服務	您支付的費用
我們計劃還承保下列補充聽力服務： • 助聽器（所有類型）每年（福利限制為雙耳每年最高$500）。	助聽器的自付費用為$0。 助聽器限制為雙耳每年最多$500。
HIV 篩查 對於要求進行 HIV 篩查測試的人士，或 HIV 感染風險增加的人士，我們承保： • 每 12 個月一次篩查。 如果您懷孕，我們將承保： • 在孕期階段多達 3 次的篩查。	符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共同保險、自付費用或自負額。
家庭保健機構護理* 在接受家庭保健服務之前，醫生必須證明您需要家庭保健服務，並將下醫囑，要求家庭保健服務必須由家庭保健機構提供。您必須符合被限制在家的情況，即離開家要花費大力氣。 承保的服務包括但不限於： • 兼職或間歇性專業護理和家庭保健輔助服務（要按照家庭保健福利承保，您的專業護理和家庭保健輔助服務時間總數必須少於每天 8 小時，每週 35 小時） • 物理治療、職業治療和言語矯治 • 醫療和社會服務 • 醫療設備和用品	$0 自付費用。 某些服務可能需要事先授權。
上門輸液治療*	$0 自付費用。

承保服務	您支付的費用
上門輸液治療涉及在家中為個人靜脈或皮下注射藥物或生物製劑。進行上門輸液治療所需的元件包括藥品（例如，抗病毒藥品、免疫球蛋白）、器材（例如，泵）和用品（例如，導管和輸液管）。 承保的服務包括但不限於： • 根據我們的護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 病患訓練和教育不包括在耐用醫療設備福利下 • 遠端監視 • 針對由具備資質的上門輸液治療供應商提供的上門輸液治療和上門輸液藥品提供的監視服務 上門輸液治療涉及在家中為個人靜脈或皮下注射藥品或生物製劑。進行上門輸液治療所需的元件包括藥品（例如，抗病毒藥品、免疫球蛋白）、器材（例如，泵）和用品（例如，導管和輸液管）。 承保的服務包括但不限於：	某些服務可能需要事先授權。

承保服務	您支付的費用
上門輸液治療*（續） • 根據護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 病患訓練和教育不包括在耐用醫療設備福利下 • 遠端監視 針對由具備資質的上門輸液治療供應商提供的上門輸液治療和上門輸液藥品提供的監視服務。	
安寧療護 當您的醫生和安寧照護醫務主任已給了您臨終預後，證明您患了絕症，並且按病情正常發展，您有 6 個月或更短的存活期時，您有資格獲得安寧照護福利。您可在 Medicare 註冊的寧養服務計劃處獲得護理。我們的計劃有義務幫助您在我們的計劃服務區域內找到經 Medicare 認證的臨終關懷計劃，包括我們擁有、控製或有經濟利益的計劃。您的安寧醫生可以是網絡內的服務提供者，也可以是網絡外的服務提供者。 承保的服務包括： • 控制症狀和緩解疼痛的藥品 • 短期喘息護理 • 家庭護理 當您入住寧養院時，您有權繼續參保我們的計劃；如果您選擇繼續參保計劃，則必須支付計劃的保費。 **對於寧養服務和由 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的臨終預後相關的服務：** Original Medicare 計劃	在您參加 Medicare 認證的安寧服務計劃時，與您的臨終預後相關的安寧服務和您的 A 部分及 B 部分服務將由 Original Medicare 計劃支付，而不由 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)支付。 一次安寧諮詢服務的自付費用為 $0。

承保服務	您支付的費用
（非我們的計劃）將向您的寧養服務提供者支付您的寧養服務費用，以及與您的臨終預後相關的 A 部分和 B 部分服務費用。在您參加寧養計劃期間，您的寧養服務提供者將向 Original Medicare 計劃開具帳單，以支付 Original Medicare 計劃支付的服務。您將收到 Original Medicare 費用分攤帳單。 **對於由 Medicare A 部分或 B 部分承保但與您的臨終預後不相關的服務：**如果您需要由 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的臨終預後不相關的非急診、非緊急需要的服務，您為這些服務所需支付的費用取決於您是否使用我們計劃網絡內的服務提供者以及是否遵循計劃規則（例如是否需要獲得事先授權）。 • 如果您透過網絡內服務提供者獲得承保的服務並遵循獲得服務所要求的計劃規則，您僅可支付網絡內服務的計劃分攤費用金額 • 如果您透過網絡外服務提供者獲得承保的服務，您將支付 Original Medicare 的分攤費用。 **對於由 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)承保但不由 Medicare A 部分或 B 部分承保的服務：** MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將繼續承保未由 A 部分或 B 部分承保的計劃承保服務，無論這些服務是否與您的臨終預後相關。您支付這些服務的計劃分攤費用。 **對於可由我們計劃 D 部分福利承保的藥品：** 如果這些藥品與您的臨終寧養狀況無關，您需要支付分攤費用。如果它們與您的臨終寧養狀況有關，則您需要支付 Original Medicare 分攤費用。 藥品不可能同時被安	

承保服務	您支付的費用
寧和我們的計劃承保。有關更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節。 **注意：**如果您需要非寧養護理（與您的臨終預後不相關的護理），請聯絡我們安排這些服務。 對於未選擇安寧福利的臨終狀態人士，我們的計劃承保安寧諮詢服務（僅承保一次）。	
免疫接種 承保的 Medicare B 部分服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感/流行性感冒注射（或疫苗），在秋季和冬季的每個流感/流行性感冒季節注射一次，如果醫療上有必要，可增加流感/流行性感冒注射（或疫苗）	肺炎、流感、乙肝疫苗和新型冠狀病毒疫苗無共同保險、自付費用或自負額。 我們的計劃承保大部分 D 部分疫苗，不向您收取費用。請致電會員服務部以瞭解更多資訊。

承保服務	您支付的費用
• 乙型肝炎疫苗，如果您存在患上異性肝炎的中等或高等風險 • 新型冠狀病毒疫苗 • 其他疫苗（有高危感染率或 B 類藥品承保範圍） 我們也承保 D 部分藥品福利下的大多數其他成人疫苗。請參閱第 6 章第 8 節瞭解更多資訊。	
住院護理* 包括急性病住院、住院復健、長期護理醫院和其他類型的住院服務。住院護理從您遵從醫囑正式入院當日開始。在您出院之前的一天為您的最後一天住院日。 承保的服務包括但不限於： • 雙人病房（或單人病房，如果存在醫療必要情況） • 膳食，包括特殊飲食 • 定期護理服務 • 特別護理室費用（例如，強化治療或冠心病監護室） • 藥品和藥物 • 化驗室服務 • X 光和其他放射學服務 • 必要的手術和醫療用品 • 裝置使用，例如輪椅 • 手術和康復室費用	福利期從您住進醫院或專業護理機構的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。您必須支付每個福利期間的住院自負額。 福利期的數量沒有限制。 在規定的福利期內，每次入院適用一次自負額。 每個福利期限 根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付$0 或： • $1,676**自負額 • 第 1-60 天：每天的自付費用為 $0 • 第 61-90 天：每天的自付費用為 $419**

承保服務	您支付的費用
• 物理、職業和語言治療 • 藥物濫用住院服務	• 60 天終生額外天數：每天的自付費用為$838** 某些服務可能需要事先授權。 **這些是 2025 年的金額，2026 年的金額可能發生變化。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將在 CMS 發佈更新價格後立即提供給您。
• 在某些情況下，我們還承保以下種類的移植服務：角膜、腎-胰腺、心臟、肝、肺、心/肺、骨髓、幹細胞，和小腸/多器官聯合移植。如果您需要進行移植手術，我們將安排 Medicare 核准的移植中心對您的病例進行審核，以決定您是否可成為移植候選人。移植服務提供者可以是當地的或者是服務地區之外的。如果我們以社區護理模式之外的方式提供網絡內移植服務，您可以選擇在當地進行移植，只要當地移植提供者願意接受 Original Medicare 價格。 如果 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)在您所在社區移植護理模式覆蓋區域以外的地點提供移植服務，且您選擇在該位置獲得移植服務，則我們將為您和您的一位陪同人士安排或支付相應的住宿和交付費用。 • 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保僅從您需要的第四品脫血液開始。您必須支付您在一個日曆年內獲得的頭三品脫血液，或者須使用自己或	如果您在緊急狀況穩定後從網絡外的醫院獲得住院護理授權，您要支付的費用是您在網絡內醫院需支付的分攤費用。

承保服務	您支付的費用
住院護理（續）* • 他人捐贈的血液。血液其他所有成分的承保均從第一品脫開始。 • 醫師服務 **注意：**要獲得住院服務，您的服務提供者必須寫下醫囑，要求您正式成為住院病患。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。如果您不確定您是屬於住院病患還是門診病患，請詢問醫院員工。 有關更多資訊，請參閱 Medicare 情況說明書 *Medicare 醫院福利*。請瀏覽 **medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** 或致電 800.MEDICARE (800.633.4227)索取情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。	
住院復健（在醫院中）*	$0 自付費用。 某些服務可能需要事先授權。
精神病院住院病患服務* 承保的服務包括需要住院治療的心理健康護理服務。 我們的計劃承保一生中您共可享受的 190 天獨立精神病醫院住院服務。但這 190 天的限制不適用於普通醫院精神病科提供的住院心理健康護理服務。 作為一名具有雙重資格的會員，在超出 Medicare 190 天終生天數限制後，如具有醫療必要性，則您可以享受無限天數的住院病患心理健康護理服務。	福利期從您住進醫院或專業護理機構的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。您必須支付每個福利期間的住院自負額。 福利期的數量沒有限制。

承保服務	您支付的費用
	在規定的福利期內，每次入院適用一次自負額。 每個福利期限 根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付$0 或： • $1,676**自負額 • 第 1-60 天：每天的自付費用為$0 • 第 61-90 天：每天的自付費用為$419** • 60 天終生額外天數：每天的自付費用為$838** 某些服務可能需要事先授權。 **這些是 2025 年的金額，2026 年的金額可能發生變化。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將在 CMS 發佈更新價格後立即提供給您。
住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務* 如《醫療福利表》所述，作為一名具有雙重資格的會員，如具有醫療必要性，您可以享受不限天數的住院和專業護理機構(SNF)護理。 如果您的住院福利已用完，或者如果住院服務不合理或非必需服務，我們將不會承保您住院期間的花費。在某些情況下，我們將承保您在醫院或專業護	取決於您的 Medicaid 資格等級： 每次主治醫生(PCP)和專科醫師診療的共同保險為 0%或 20%。 實驗室服務的共同保險為 0%或 20%。 X 光檢查的共同保險為 0%或 20%。

承保服務	您支付的費用
理機構(SNF)獲得的某些服務。承保的服務包括但不限於： • 醫師服務 • 診斷檢驗（例如實驗室化驗） • X 光、雷射治療和同位素療法，包括技術員材料和服務 • 外科敷料 • **住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務*（續）** • 用於降低骨折和脫位風險的夾板、石膏和其他器材 • 用於取代全部或部分身體內部器官（包括連續組織）、或取代永久不工作或機能失常的身體內部器官的全部或部分功能的義肢和矯正器材（非牙科器材），包括取代或修復此類器材 • 腿、手臂、背部和頸部支具；疝氣帶、義肢（腿和手臂）和義眼，包括因破裂、磨損、遺失或病患身體狀況改變而必需的調整、維修和更換 • 物理治療、言語矯治和職業治療	放射診斷、診斷程序和檢驗費用的共同保險為 0%或 20%。 對於治療性放射服務，共同保險為$0 或 20%。 對於醫療和手術用品，共同保險為$0 或 20%。 假體裝置的共同保險為 0%或 20%。 每次物理、言語和職業治療就診的共同保險為 0%或 20%。 *某些服務可能需要事先授權。
醫學營養治療 本福利是基於醫生的推介而為糖尿病、腎臟（腎）疾病（但未進行透析）、或進行腎移植之後的病患提供的服務。 在您參保 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）後接受醫學營養治療服務的第一年內，我們將承保 3 小	符合 Medicare 承保的醫學營養治療服務資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您支付的費用
時的一對一諮詢服務，並在之後的每一年承保 2 小時的同類服務。如果您的身體狀況、治療或診斷結果發生變化，您可以遵照醫生的轉診增加治療小時數。如果在下一個日曆年內您仍需要治療，醫生必須作出有關此類服務的推介，並且每年更新其推介。	
Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) 將為所有 Medicare 醫療保險下符合條件的人士承保 MDPP 服務。 MDPP 是一項結構化健康行為改變干預計劃，其提供長期飲食改變、增加的身體活動以及問題解決策略方面的實踐訓練，旨在克服保持減肥和健康生活方式所面臨的挑戰。	無須為 MDPP 福利支付共同保險、共付額或自付額。
Medicare B 部分藥物* **這些藥品由 Original Medicare 計劃 B 部分承保。我們的計劃會員透過參保我們的計劃獲得這些藥品的保險服務。承保的藥品包括：** • 一般不由病患自行給藥、在您接受就診、醫院門診或移動手術中心服務時透過注射或輸液形式給藥的藥品 • 透過耐用醫療設備（例如具有醫療必要性的胰島素泵）提供的胰島素 • 您透過我們計劃授權的耐用醫療設備（例如噴霧器）使用的其他藥品 • 阿爾茨海默症藥物 Leqembi®（通用名 lecanemab），透過靜脈注射給藥。除了藥物費用，您可能需要在治療前和/或治療期間進行額	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 *部分 B 部分藥品可能需要事先授權或按步驟治療。 B 部分承保的胰島素（例如，符合耐用醫療設備(DME)條件的胰島素泵）一個月供應量的總費用將不超過$35，而 Medicare B 部分的自負額將不適用。

承保服務	您支付的費用
外的掃描和檢查，這可能會增加您的總費用。與您的醫生討論您在治療過程中可能需要的掃描和檢查。 • 如果您有血友病，您自行注射的凝血因數 • 移植/免疫抑制藥物：如果 Medicare 支付了您的器官移植費用，則 Medicare 會承保移植藥物治療。您必須在接受承保移植時服用 A 部分，在接受免疫抑制藥物時服用 B 部分。如果 B 部分不承保免疫抑制藥物，則 Medicare D 部分將會承保這些藥物 • 抗骨質疏鬆注射用藥品，如果您受限在家、經醫生檢核因停經後骨質疏鬆症造成骨折，無法自己給藥 **Medicare B 部分藥物*（續）** • 某些抗原：如果由醫生準備抗原，並由受過適當指導的人（可能是您，病患）在適當的監督下給予抗原，則 Medicare 會承保抗原 • 某些口服抗癌藥物：如果您使用的某些口服抗癌藥有注射劑型，或該藥物為注射藥物的前體藥物（藥物的口服形式，當攝取時，會分解成與注射藥物相同的活性成分），則 Medicare 會承保該藥物。隨著新的口服抗癌藥上市，B 部分可能會承保這些藥物。如果 B 部分不承保，D 部分將會承保。 • 口服抗噁心藥物：如果您在化療前、化療中或化療後 48 小時內服用口服抗噁心藥物，或將其作為靜脈注射抗噁心藥物的完全治療替代物，Medicare 會承保這些藥物	

承保服務	您支付的費用
• Medicare B 部分承保的某些口服終末期腎病 (ESRD)藥物 • ESRD 支付系統下的擬鈣藥物和磷酸鹽結合劑藥物，包括靜脈藥物 Parsabiv®和口服藥物 Sensipar® • 某些用於家庭透析的藥物，包括肝素、肝素的解毒劑（如有必要）和局部麻醉劑 • 紅細胞生成刺激劑：如果您患有終末期腎病 (ESRD)或您需要該藥物來治療與某些其他疾病相關的貧血，Medicare 會承保注射促紅細胞生成素（例如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera®或 Darbepoetin Alfa 甲氧基聚乙二醇 β-環氧乙烷；某些藥物可能需要分步療法） • 靜脈注射免疫球蛋白，用於原發性免疫缺陷疾病的家庭治療 • 腸外和腸內營養（靜脈和管飼） • 某些藥物需要分步療法，但不限於：肢端肥大症、α-1 抗胰蛋白酶缺乏症、自體免疫疾病及生物相似藥相關疾病、肉毒桿菌、補體抑制劑、血液學紅血球生成刺激劑、血液學嗜中性白血球減少症刺激集落刺激因數、鐵劑、血友病因數 VIII 及 IX、溶小體貯積症、多發性硬化症、視網膜疾病及氣喘。 您可透過此連結轉至可能需要遵循按步驟治療的 B 部分藥物清單：**metroplus.org/plans/medicare/prescription-drug-information/**	

承保服務	您支付的費用
我們還承保 B 部分下的一些疫苗和 D 部分藥品福利下的大多數成人疫苗。 第 5 章闡述了我們 D 部分的藥品福利，包括您要使處方藥享受保險時必須遵守的規定。第 6 章闡述了您參加我們的計劃必須為 D 部分藥品支付的費用。	
營養/飲食福利 本計劃承保每年最多六(6)次預防性諮詢和/或減少風險因素的訪診，這些訪診必須由州許可或認證的臨床專業人員（即醫生、護士、註冊營養師或營養師）提供。可以是個人就診或團體就診。	您需支付$0 的自付費用。 會員將有資格享受每年無限次就診（條件：個人和團體）。
促進持續減肥的肥胖篩查和治療 如果您的體重指數達到 30 或以上，我們將為您承保強化諮詢，幫助您減重。如果您在初級保健診所獲得該諮詢服務，則該服務將屬於承保服務，且可在初級保健診所內與您的綜合預防計劃進行協調。請與您的初級保健醫師或從業人員交流，以獲得更多資訊。	預防性肥胖篩查和治療無共同保險、自付費用或自負額。
類鴉片治療計劃服務* 患有阿片類物質使用障礙(OUD)的計劃會員可以透過類鴉片治療計劃(OTP)獲得治療 OUD 的服務承保，包括以下服務： • 經過美國食品與藥品管理局(FDA)核准的阿片類激動劑和拮抗劑藥品輔助治療(MAT)藥品 • MAT 藥品的配藥和管理（如果適用）	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 *某些服務可能需要事先授權。 緊急住院精神病病患入院費用按入院通知書計算，承保期 2 天。

承保服務	您支付的費用
• 藥物濫用諮詢 • 個人和團體治療 • 毒性測試 • 攝入活動 • 定期評估	緊急住院戒毒病患入院費用按入院通知書計算，承保期 3 天。
門診診斷測試以及治療用服務與用品* 承保的服務包括但不限於： • X 光 • 放射（雷射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 • 外科器械，如敷料等 • 用於降低骨折和脫位風險的夾板、石膏和其他器材 • 實驗室化驗 • 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保僅從您需要的第四品脫血液開始–您必須支付您在一個日曆年內獲得的頭三品脫血液，或者須使用自己或他人捐贈的血液。血液其他所有成分的承保均在用完第一品脫後開始。 • 當您的醫生或其他醫療保健服務提供者要求您進行 CT 掃描、MRI、EKG 和 PET 掃描等診斷性非實驗室檢查以治療醫療問題時。 • 其他門診診斷檢測。	取決於您的 Medicaid 資格等級： X 光檢查的共同保險為 0%或 20%。 放射診斷、診斷程序和檢驗費用的共同保險為 0%或 20%。 對於治療性放射服務，共同保險為$0 或 20%。 對於醫療和手術用品，共同保險為$0 或 20%。 實驗室服務的共同保險為 0%或 20%。 每品脫血液的共同保險為 0%或 20%（從第四品脫開始）。 *某些服務可能需要事先授權。
門診醫院觀察 觀察服務即用以決定病患是否需要入院或出院的醫院門診服務。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。

承保服務	您支付的費用
承保的門診醫院觀察服務必須符合 Medicare 標準，並被認為具有合理性和必要性。觀察服務僅在由醫師或州特許法和醫院職工規章制度授權的其他人員開具的醫囑提供，以接收病患入院或開具醫囑進行門診檢查時才可承保。 **注意：**除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病患入院，否則您將作為門診病患，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。如果您不確定您是否是門診病患，請諮詢醫院工作人員。 有關更多資訊，請參閱 Medicare 情況說明書 *Medicare 醫院福利*。您可瀏覽 **medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** 或致電 800.MEDICARE (800.633.4227)獲得該情況說明書。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。	
醫院門診服務 我們承保您在醫院門診部為診斷或治療某種疾病或受傷而獲得的醫療必需服務。 承保的服務包括但不限於： • 急診或門診的臨床服務，如觀察服務或門診手術 • 醫院開出的實驗室和診斷化驗 **門診病患醫院服務（續）** • 心理健康護理，包括門診混合住院計劃護理，只要醫生證明住院治療需要此類護理 • X 光檢查或其他由醫院收費的放射項目	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。

承保服務	您支付的費用
• 醫療用品，例如夾板和石膏 • 某些您不能自我給藥的藥品和生物製品 **注意：**除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病患入院，否則您將作為門診病患，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。如果您不確定您是否是門診病患，請諮詢醫院工作人員。	
門診心理健康護理 承保的服務包括： 由州政府頒發執照的精神病醫師或醫生、臨床心理學醫生、臨床社會工作者、臨床護理專家、持照專業顧問(LPC)、婚姻和家庭治療師(LMFT)、從業護士(NP)、醫師助理(PA)或其他 Medicare 核准合格的心理健康護理專業人士依據適用的州法律提供的心理健康服務。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要為每次個人或小組治療會診支付 0%或 20%的共同保險費用。
門診復健服務* 承保的服務包括：物理治療、職業治療和言語語言治療。 門診復健服務由不同的門診部門提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所和綜合門診複健機構(CORF)。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要為每次物理、職業和/或言語語言治療就診支付 0%或 20%的共同保險費用。 *某些服務可能需要事先授權。
門診物質使用障礙服務 在醫院門診部向屬於以下情況的病患提供的門診心理健康護理藥物濫用治療服務，例如：已住院接受	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要為每次個人或小組治療會診支付 0%或 20%的共同保險費用。

承保服務	您支付的費用
藥物濫用治療並出院的病患，或者需要治療但所需服務的提供和頻次達不到住院標準的病患。	
門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務 **注意：**如果您要在醫院機構進行手術，您應與您的服務提供者進行檢核，確定您將作為住院病患還是門診病患入院。除非服務提供者開出書面醫囑，要求您作為住院病患入院，否則您將作為門診病患，支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。	取決於您的 Medicaid 資格等級： 每次醫院門診診療共同保險為0%或 20%。 每次移動手術中心就診的共同保險為$0 或 20%。
非處方(OTC)項目 包括感冒和咳嗽糖漿等藥品，以及無需處方即可從醫療保健專業人士獲得的選擇性醫療用品和其他藥品。非處方(OTC)項目現在是 Flex 卡福利的一部分。 會員每月都將收到一張金額為$500 的 Flex 卡（餘額不可轉結），您可以使用該卡購買非處方(OTC)項目；日常雜貨；個人緊急反應系統(PERS)；浴室安全裝置；寵物用品；脊椎按摩治療；電信設備（包括電話銷售）；電信服務（包括但不限於預付費電話服務和循環電話服務）；電腦網絡/資訊服務；有線電視、衛星電視和其他付費電視及收音服務；以及支付公用事業（電、氣、燃料油、水）費用。	$0 自付費用。 每季度$500 的 flex 卡（不轉入下一季度），可用於購買非處方(OTC)商品。

承保服務	您支付的費用
非處方(OTC)項目（續） Flex 卡將成為綜合補充福利包的一部分。未使用的 Flex 卡餘額將在該季度結束時到期。 任何未使用的金額不會結轉到下一個日曆年。 請致電會員服務部瞭解關於您 Flex 卡福利的更多資訊。	
門診混合住院服務與門診加護服務* 部分住院治療是一項由醫院門診服務或社區精神健康中心提供的結構化積極精神治療計劃，比在您的醫生、治療師、持牌婚姻和家庭治療師(LMFT)或持牌專業顧問辦公室接受的護理更為密集，是住院治療的替代方案。 *強化門診服務*是在醫院門診、社區精神健康服務中心、聯邦合格衛生中心或農村保健診所提供的積極行為（心理）健康治療的結構化計劃，其強度高於您在醫生、治療師、執業婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或執業專業顧問辦公室接受的治療，但強度低於部分住院治療。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 某些服務可能需要事先授權。 需要住院通知。
個人緊急反應系統(PERS) 個人緊急反應系統(PERS)包含在 Flex 卡福利中。 會員每月都將收到一張金額為$500 的 Flex 卡（餘額不可轉結），您可以使用該卡購買非處方(OTC)項目；日常雜貨；個人緊急反應系統(PERS)；浴室安全裝置；寵物用品；脊椎按摩治療；電信設備（包括電話銷售）；電信服務（包括但不限於預付費電話	$0 自付費用。 每季度$500 的 flex 卡（不轉入下一季度），可用於購買非處方(OTC)商品。

承保服務	您支付的費用
服務和循環電話服務）；電腦網絡/資訊服務；有線電視、衛星電視和其他付費電視及收音服務；以及支付公用事業（電、氣、燃料油、水）費用。 Flex 卡將成為綜合補充福利包的一部分。未使用的 Flex 卡餘額將在該季度結束時到期。 任何未使用的金額不會結轉到下一個日曆年。 請致電會員服務部瞭解關於您 Flex 卡福利的更多資訊。	
醫師/從業人員服務，包括醫生診所就診 承保的服務包括： • 醫療必需的醫療護理或手術服務，在醫師診所、認證的移動手術中心、醫院門診部或任何其他地點完成 • 專家會診、診斷和治療 • 由您的主治醫生進行的基本聽覺和平衡檢查（如果您的醫生要求進行該檢查以瞭解您是否需要治療） • 某些遠端醫療服務，包括：急需的服務；醫生專家服務；心理健康個人治療專家服務；其他醫療專業人士；精神病個人治療專家服務；門診藥品濫用個人治療專家服務；糖尿病自我處理訓練。 o 您可選擇透過當面就診或遠端醫療接受此類服務。如果您選擇透過遠端醫療接受此類服務，則您必須選擇一名使用 **醫師/從業人員服務，包括醫生診所就診（續）**	取決於您的 Medicaid 資格等級： 每次主治醫生(PCP)診室面談就診的共同保險為 0%或 20%。 每次專科醫師診室面談就診的共同保險為 0%或 20%。 診斷性聽力和平衡檢查需支付 0%或 20%的共同保險費用。 緊急需要的服務；醫生專家服務；心理健康個人治療專家服務；其他醫療專業人士；精神病個人治療；門診藥品濫用個人治療；糖尿病自我處理訓練遠端醫療問診，每次 0%或 20%的共同保險費用。

承保服務	您支付的費用
遠端醫療提供此類服務的網絡內服務提供者。 o 使用互動式音訊和視訊通訊系統（例如平板電腦或手機）就診，可實現每週 7 天，每天 24 小時即時互動通訊。請與您的服務提供者聯絡，瞭解他們是否提供遠端診療服務和/或進行預約，或瀏覽我們的網站 **metroplusmedicare.org**，瞭解如何聯絡我們的遠端診療服務提供者。 • 某些遠端醫療服務，包括由聯邦醫療保險核准、由醫師或從業人士為在某些郊區或其他地點的病患提供的諮詢、診斷和治療服務。 • 家庭透析會員在醫院或重要入院醫院內的腎透析中心、腎透析機構或會員家中的每月末期腎病相關就診遠端醫療服務 • 中風症狀診斷、評估或治療遠端醫療服務（不論您身在何地） • 為患有藥物濫用障礙或同時出現精神健康障礙的會員提供的遠端醫療服務（不論身在何地） • 針對心理健康疾病診斷、評估和治療的遠端醫療服務，前提是： o 您在首次遠端醫療就診前 6 個月內進行過一次當面就診 o 在接受這些遠端醫療服務期間，您每 12 個月進行一次面診 o 某些情況下，可對上述規定作出例外處理 • 鄉村健康診所和聯邦認證健康中心提供的心理健康就診遠端醫療服務	Medicare 承保的非常規牙科護理：0%或 20%共同保險。服務必須透過 DentaQuest 牙科網絡獲得。

承保服務	您支付的費用
• **在以下情況下**，與醫生進行 5-10 分鐘的簡短虛擬方式（如透過電話或視訊聊天）溝通： o 您不是新病患，**以及** o 虛擬溝通與前 7 天內的診室就診無關，**以及** o 虛擬溝通後在未來 24 小時內或最近時間內無需進行診室就診或赴約就診 • **在以下情況下，**對您傳送給醫生的視訊和/或影像進行的評估，包括醫生的解釋和 24 小時內的隨訪： o 您不是新病患，**以及** o 評估與前 7 天內的診室就診無關，**以及** o 評估後在未來 24 小時內或最近時間內無需進行診室就診或赴約就診 • 您的醫生透過電話、網絡或電子健康記錄評估與其他醫生進行的會診 • 在手術前由其他服務提供者進行的參診服務 非常規牙科護理（承保的服務限制於對下頜或相關結構進行的手術、下頜或面部骨骼骨折固定、為準備執行腫瘤癌症的下頜放射治療進行的牙拔除術，或是在醫師提供的承保服務。**）	
足病治療服務* 承保的服務包括： • 對足部受傷和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）進行的診斷和醫療或手術治療 • 對患有某些影響下肢的疾病狀況的會員的常規足部護理	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要為 Medicare 承保的足病治療服務支付 0%或 20%的共同保險費用。 *某些服務可能需要事先授權。

承保服務	您支付的費用
• 每年最多 **8** 次常規足部診療 **足病治療服務*（續）** 作為一名具有雙重資格的會員，您有資格獲得 Medicaid 額外承保的具有醫療必要性的足病治療服務。這包括對影響下肢的疾病的護理服務，以及每年最多四次常規足部護理。	
出院送餐* 為您承保出院 5 日內最多 20 次送餐上門。 如果會員滿足以下要求，則符合送餐到家的資格： • 因生病而有需要 • 符合已確定的疾病治療方案 如果符合上述要求，您可以在出院回家後的一年內獲得 5 天的餐食福利期，福利期的次數沒有限制。 餐食和配送服務由 MetroPlusHealth Plan 合約供應商提供。如果您有任何問題，請聯絡您的護理經理 866.986.0356（聽力障礙電傳 711）。	$0 自付費用。 *某些服務可能需要事先授權。
HIV 暴露前預防藥物(PrEP) 如果您沒有感染 HIV，但您的醫生或其他醫療保健從業人員確定您感染 HIV 的風險較高，我們將承保暴露前預防(PrEP)藥物及相關服務。 如果您符合資格，承保服務包括： • 經過 FDA 核准的口服或注射 PrEP 藥物。如果您使用注射藥物，我們還承保注射藥物的費用。	無須為 PrEP 福利支付共同保險、自付費用或自負額。

承保服務	您支付的費用
• 每 12 個月最多 8 次個人諮詢（包括 HIV 風險評估、HIV 風險降低和藥物依從性評估）。 • 每 12 個月最多 8 次 HIV 篩查。 一次乙肝病毒篩查。	
前列腺癌篩查檢查 對於年齡在 50 歲及以上的男士，承保的服務包括以下項目（每 12 個月承保一次）： • 直腸指檢查 • 前列腺特異抗原(PSA)檢測	年度 PSA 檢測無共同保險、自付費用或自負額。 根據您的 Medicaid 資格等級，您需要為 Medicare 承保的直腸指檢查支付 0%或 20%的共同保險費用。
假肢和矯形裝置及相關用品* 取代所有或部分身體器官或功能的器材（非牙科器材）。其中包括但不限於使用假肢和矯形裝置的測試、裝配或訓練；以及：與結腸造口術護理直接相關的結腸造口術袋和用品、起搏器、支架、假肢鞋、假肢和乳房假體（包括乳房切除術後的外科胸罩）。包括與假肢和矯形裝置以及修復和/或替換假肢和矯形裝置有關的某些用品。此外，包括某些白內障切除或白內障手術之後的保險服務–請在本節稍後段落的*視力保健*中瞭解更多資訊。	義肢器材的自付費用為$0。 以下項目自付費用為$0：Medicare 承保的白內障摘除或白內障手術後眼鏡。 *某些服務可能需要事先授權。
精神科住院服務（住院）*	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 一生最多 190 天。 某些服務可能需要事先授權。

承保服務	您支付的費用
	需要住院通知。
肺臟功能康復服務 * 肺臟功能復健綜合計劃為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病(COPD)、且獲得治療慢性呼吸疾病的醫生開出的肺臟功能復健轉診的會員承保。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用。 某些服務可能需要事先授權。
減少酒精濫用的篩查和諮詢 我們為濫用酒精但不依賴酒精的成人（包括懷孕女士）承保一次酒精濫用篩查。 如果您的酒精濫用篩查結果為陽性，您可獲得每年多達 4 次的面對面諮詢簡短講座（如果您在諮詢期間具備行為能力且意識清醒），講座由初級保健診所中的合格初級保健醫生或從業人士提供。	Medicare 承保的減少酒精濫用的篩查和諮詢預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。
採用低劑量電腦斷層掃描的肺癌篩查(LDCT) 對於符合資格的人士，每 12 個月承保一次 LDCT。 **符合條件的會員為**：在 50-77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但煙齡至少 20 年且每天至少吸一包煙，並且目前吸煙或在過去 15 年內戒煙。他們在肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診期間因符合 Medicare 對該等就診的標準而獲得由醫生或合資格的非醫生執業者提供的 LDCT 醫囑。 *對於在首次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢*：參保者必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的醫囑，該等醫囑可在任何適當就診期間由醫生或合資格的非醫生執業者提供。如果醫師或合格的非醫師從業者選擇對於後續	不需要為 Medicare 承保的諮詢和共同作出決策就診或 LDCT 支付共同保險、自付費用或自負額。

承保服務	您支付的費用
LDCT 肺癌篩查提供肺癌篩查諮詢和共同決策訪診，那麼此訪診必須符合 Medicare 此類訪診的標準。	
丙肝病毒感染篩查 如果您的初級保健醫生或其他合格的醫療保健服務提供者要求進行一次丙型肝炎篩檢，並且您符合以下條件之一，我們將承保此項篩檢： • 您因使用或曾經使用過非法注射毒品而處於高風險狀態。 • 您在 1992 年之前接受過輸血。 • 您出生於 1945 年至 1965 年之間。 如果您出生年份在 1945 年至 1965 年之間，並且不屬於高風險人群，我們將承保一次篩查。如果您屬於高風險人群（例如，自上次丙肝病毒篩查結果為陰性後，您仍在繼續使用非法注射毒品），我們將承保每年一次的篩查。	無需為 Medicare 承保的丙型肝炎病毒篩查支付共同保險、自付費用或自付額。
性傳播感染(STI)篩查以及旨在預防 STI 的諮詢 我們承保衣原體病、淋病、梅毒和乙型肝炎的性傳播感染(STI)篩查。在主治醫生下醫囑執行這些篩查檢查時，我們為 STI 患病風險增加的懷孕婦女和某些人群承保這些篩查。我們承保每 12 個月一次或懷孕期間特定時間的測試。 我們每年也為 STI 患病風險增加的性行為活躍成人每年承保多達 2 次的個人 20-30 分鐘、面對面高密集行為諮詢講座。僅在這些諮詢講座由主治醫生提供，且在初級保健環境（例如醫生診所）中進行，我們將這些諮詢講座作為預防服務進行承保。	不需要為 Medicare 承保的篩檢 STI 和有關 STI 預防福利的諮詢支付共同保險、共付額或自付額。

承保服務	您支付的費用
治療腎病的服務 承保的服務包括： • 旨在教導腎臟護理和幫助會員瞭解其護理決定的腎病教育服務。對於醫生轉診的四期慢性腎病病患會員，我們每個生命存續期承保多達 6 次腎病教育服務講座。 • 門診透析治療（如第 3 章所述，包括暫時離開服務區域時的透析治療，或者當這項服務的提供者暫時不可用或難以接觸時提供該服務） • 住院透析治療（如果您被醫療收診為要進行特殊護理的住院病患） • 自我透析訓練（包括對您和幫助您進行家庭透析治療的任何人的訓練） • 家庭透析設備和用品 • 某些家庭支持服務（例如，必要時由經過訓練的透析工作人員訪診，檢查您的家庭透析情況，協助處理緊急情況，以及檢查您的透析設備和水源） 某些透析藥物在 Medicare B 部分承保。有關 B 部分藥物承保範圍的資訊，請參閱此表中的 **Medicare B 部分藥物**。	取決於您的 Medicaid 資格等級： 對於腎病教育服務，費用為共同保險費的 0%或 20%。 透析治療支付 0%或 20%的共同保險。
專業康復機構(SNF)護理* （有關「專業護理機構」的定義，請參閱第 12 章。專業護理機構有時稱作「SNF」。）	福利期從您住進醫院或專業護理機構的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到任何

承保服務	您支付的費用
要求先住院 3 天。承保的服務包括但不限於： • 雙人病房（或單人病房，如果存在醫療必要情況） • 膳食，包括特殊飲食 • 專業護理服務 • 物理治療、職業治療和言語矯治 • 根據我們的護理計劃向您給藥的藥品（其中包括自然存在於體內的成分，包括血液凝血因數）。 • 血液 - 包括儲存和管理。全血和袋裝紅細胞的承保僅從您需要的第一品脫血液開始–您必須支付您在一個日曆年內獲得的頭 3 品脫血液，或者須使用自己或他人捐贈的血液。血液其他所有成分的承保均在用完第一品脫後開始。 • 一般由 SNF 提供的醫療和手術用品 • 一般由 SNF 提供的實驗室化驗項目 • 一般由 SNF 提供的的 X 光和其他放射治療服務 • 一般由 SNF 提供的裝置的使用，例如輪椅 • 醫師/從業人員服務 通常，您可以從網絡內的機構獲得 SNF 護理。在下列一些特定情況下，您能夠支付網絡內的分攤費用，但使用不由網絡內服務提供者提供的機構，只要該機構接受我們的計劃提供的付款金額。 • 您在入院前生活的療養院或連續性照護退休社群（只要這些設施提供專業護理機構照護） • 您離開醫院時，您的配偶或同居伴侶生活的 SNF	住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。您必須支付每個福利期間的住院自負額。 福利期的數量沒有限制。 在規定的福利期內，每次入院適用一次自負額。 每個福利期限 根據您的 Medicaid 資格等級，您需要支付$0 或： • $1,676**自負額 • 第 1-60 天：每天的自付費用為 $0 • 第 61-90 天：每天的自付費用為 $419** • 60 天終生額外天數：每天的自付費用為$838** 某些服務可能需要事先授權。 **這些是 2025 年的金額，2026 年的金額可能發生變化。MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將在 CMS 發佈更新價格後立即提供給您。

承保服務	您支付的費用
戒煙和停止使用煙草（戒煙或停止使用煙草的諮詢） 符合以下標準的門診和住院病患可獲得戒菸和停止使用煙草諮詢服務： • 使用菸草，無論是否表現出菸草相關疾病的徵兆或症狀 • 在諮商過程中表現出能力且警覺 • 由合格醫生或其他 Medicare 認可的執業醫生提供諮詢 我們每年承保 2 次戒煙嘗試（每次嘗試最多可包含 4 次中級或強化治療，病患每年最多可接受 8 次治療。）	Medicare 承保的戒煙和停止使用煙草預防性福利無共同保險、自付費用或自負額。
指導性鍛煉療法(SET)* 患有外周動脈疾病(PAD)和透過負責 PAD 治療的醫生接受 PAD 轉診服務的會員可享受 SET 保險。 如果符合 SET 計劃要求，病患最多可接受 12 個週的 36 個療程。 SET 計劃必須： • 每個療程持續 30-60 分鐘，療程內容包括為出現跛行的病患提供的 PAD 治療性運動訓練計劃 • 在醫院的門診部或醫生辦公室內進行 • 由符合資格的必要輔助人員執行以確保治療利大於弊，同時這些人員需接受過 PAD 鍛煉療法的訓練	$0 自付費用。 某些服務可能需要事先授權。

承保服務	您支付的費用
• 在醫生、醫生助理或護理醫師/臨床護理專家的直接監督下執行，這些人員必須接受過基礎和高級生命保障技術培訓 如果醫療保健服務提供者認為存在醫療必要性，還可延長 SET 治療週期，在 12 個週 36 個療程的基礎之上額外增加 36 個療程。	
就醫交通（常規/非緊急） 承保前往計劃核准服務提供者服務地點接受必須的承保醫療保健和服務的常規/非緊急就醫交通。包括救護車、輕型救護車、病患用車、計程車、出租交通工具、公共交通工具或適合具體醫療狀況的其他方式。 您必須在就診前提前至少兩天致電 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員服務部。計劃將為您安排由核准供應商 ModivCare 提供的往返交通服務。 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將不承保除公共交通外前往未經本計劃事先核准地點的就醫交通費用。	每年 48 次單程交通的自付費用為**$0**。 （此外：會員可根據其 Medicaid 承保享受無限次交通出行。） 請提前至少**兩天**致電 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員服務部。 常規/非緊急的就醫交通服務將由經計劃核准的供應商 Modivcare 提供。
緊急需要的服務 如果您暫時不在我們的計劃服務區內，或者即使您在我們的計劃服務區內，但考慮到您的時間、地點和情況，從網絡提供商處獲得此服務是不合理的，則需要立即就醫但並非緊急情況的計劃承保服務就是急需服務。我們的計劃必須承保急症所需的服務，並且只向您收取網絡內分攤費用。緊緊急需要	根據您的個人 Medicaid 資格等級，您需要支付 0%或 20%的共同保險費用（最高$40）。 如果您在 3 日內入院則無需支付分攤費用。

承保服務	您支付的費用
的服務的範例是不可預見的醫療疾病和傷害或現有疾病的意外發作。即使您不在我們計劃的服務區域內或我們的計劃網絡暫時不可用，也不認為醫療上必要的例行提供者就診（如年度體檢）是急需的。該保險在美國境內可提供	
視力保健* 承保的服務包括： • 為診斷和治療眼部疾病和受傷的門診醫師服務，包括治療與年齡相關的黃斑變性。原有的 Medicare 不承保為使用眼鏡或隱形眼鏡而進行的常規眼部檢查（眼部屈光度測定）。 • 對於青光眼高危人群，我們將承保每年一次的青光眼篩檢費用。青光眼高危人士包括：具有青光眼家族遺傳史的人士、糖尿病病患、年齡在 50 歲及以上的非洲裔美國人和 65 歲以上的西班牙裔美國人。 • 對於糖尿病病患，我們每年承保一次糖尿病視網膜病變篩查 • 每次白內障手術之後承保一副眼鏡或隱形眼鏡，包括人工晶狀體的植入。如果您單獨進行了 2 次白內障手術，則無法在第一次手術後保留保險福利，以及無法在第二次手術後享有購買 2 副眼鏡的福利。 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)還將承保 Original Medicare 計劃不予承保的其他視力保健服務。	根據您的 Medicaid 資格等級，您需要為 Medicare 承保的眼科檢查，包括眼部疾病和宿疾的診斷與治療支付 0%或 20%的共同保險費用。 眼鏡承保金額最高為每年**$450**，$0 自付費用。 *某些服務可能需要事先授權。 該福利可與您的 Medicaid 福利相結合，以承保額外的眼鏡，或者購買超出 Medicaid 支出限額的眼鏡。

承保服務	您支付的費用
眼鏡 眼鏡承保金額最高為每年$450，包括如下項目： • 隱形眼鏡 • 眼鏡（鏡片和鏡架） • 鏡片 • 眼鏡鏡架 • 福利升級	
「歡迎來到 Medicare」預防性診療 我們的計劃承保一次*歡迎來到 Medicare* 預防性診療。這次診療包括對您健康狀況進行一次審核，以及對您需要的預防性服務展開教育和諮詢會（包括一些篩查和注射項目），並在必要時轉診至其他醫療護理。 **重要事項：**我們僅在您參保 Medicare B 部分的頭 12 個月內承保一次*歡迎來到 Medicare* 預防性診療服務。在您完成預約後，請通知您的醫生診所，您所希望的*歡迎來到 Medicare* 預防性診療到訪時間。	*歡迎來到 Medicare* 預防性診療沒有共同保險、自付費用或自負額。

第 3 部分 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)之外承保的服務

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)是一項雙重資格特別需求計劃，根據紐約州 Medicaid 計劃或 MetroPlus Medicaid 管理式護理計劃，用您可能有資格獲得的其他附帶福利和服務來協調您的 Medicare 保險。同時具有 Medicare 和 Medicaid 參保資格的會員被稱為雙重資格人。作為雙重資格會員，您同時有權享受聯邦 Medicare 計劃和紐約州 Medicaid 計劃或 MetroPlus Medicaid 管理式護理計劃的福利。

您獲得的其他 Medicaid 福利可能因您的收入和資源的不同而有所不同。有了 Medicaid 的補助，有些雙重資格人不必支付某些 Medicare 費用。我們的計劃提供的 Medicaid 福利類別和補助類型為：

- Qualified Medicare Beneficiary (QMB)：協助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用（例如自負額、共同保險和自付費用）。（一些享有 QMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(QMB+)的資格。）
- Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)：協助支付 B 部分保費。（一些享有 SLMB 資格的人也符合享受全部 Medicaid 福利(SLMB+)的資格。）
- Qualifying Individual (QI)：協助支付 B 部分保費。
- Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI)：協助支付 A 部分保費。

作為一名 QMB 或 QMB-Plus，您無需為 Medicare 承保服務支付費用，任何 D 部分處方藥自付費用除外。然而，如果您不是 QMB 或 QMB-Plus，但有資格享受全部 Medicaid 福利，那麼根據您的 Medicaid 福利，您可能需要支付一部分自付費用、共同保險及自負額。

以下服務並非 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)所包含的項目但可透過 Medicaid 獲得：

福利	Medicaid 承保服務說明	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
成人日間護理	Medicaid 將承保在醫師的醫療指導下於住宅醫療保健設施或已核准的拓展場所內提供的成人日間護理服務。 成人日間護理包括以下服務：醫療、護理、食物和營養、社會服務、復健治療、休閒活動（目的各異的有計劃的項目）、牙科、藥物以及其他輔助服務。	由 Medicaid 承保。 由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。
輔助生活服務**	Medicaid 承保個人護理、家務、監督、家庭健康護理、個人緊急反應服務、康復、物理治療、職業治療、言語矯治、醫療用品與設備、成人日間護理、由	由 Medicaid 承保

第 4 章《醫療福利表》（承保項目和付費項目）

福利	Medicaid 承保服務說明	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
	註冊專科護士提供的一系列家庭保健服務和病例管理服務。服務將在成人的家中或設施齊全的居住環境中提供。	對於 SSI 人群，可能由 MetroPlusHealth 承保。 *可能會有限制。
某些心理健康服務	Medicaid 承保以下心理健康服務： • 密集式精神病復健治療計劃 • 日間治療 • 持續日間治療 • 嚴重且持久精神疾病的病案管理（由美國州或當地心理健康部門資助） • 自信社區治療(ACT) • 門診住院混合服務 • 個性化恢復導向服務(PROS)	由 Medicaid 承保。 由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。
綜合 Medicaid 個案管理	Medicaid 承保綜合 Medicaid 病案管理(CMCM)，該病案管理將為目標人群提供「社會工作」病案管理轉介服務。 CMCM 病例管理員將協助客戶根據書面病例管理計劃中概述的目標獲得必要的服務。	由 Medicaid 承保。 由面向目標人群的 MetroPlusHealth Medicaid 承保。 *可能會有限制。

第 4 章《醫療福利表》（承保項目和付費項目）

福利	Medicaid 承保服務說明	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
結核(TB)病直視監督療法	Medicaid 承保結核病直視監督療法(TB/DOT)，該療法將對 TB 藥物的口服攝入情況進行直視監督，以確保病患遵循醫師的處方藥物治療方案。	由 Medicaid 承保。 由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。
以家庭和社區為基礎的豁免計劃服務	有一些以家庭和社區為基礎的豁免計劃服務可根據 SSA 第 1915(c)節豁免條款獲得 DHHS 授權以提供服務。這些項目包括長期家庭保健項目、創傷性腦損傷(TBI)項目、ICF/MR 豁免以及 Medicaid 居家護理 HCBS 項目和 OPWDD 居家護理項目。	由 Medicaid 承保。 由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。 *可能會有限制。
醫療社會服務	醫療社會服務包括對與病患在家中接受維持治療相關的社會問題進行需求評估、安排並提供協助，病患在家中接受的服務由合格社會工作者根據保健計劃提供。	由 Medicaid 承保。 由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。
美沙酮維持治療計劃 (Methadone Maintenance Treatment Program, MMTP)	Medicaid 承保 MMTP，該計劃由藥物解毒作用、藥物依賴性諮詢以及復健服務組成，其中包括美沙酮的化學品管理。	由 Medicaid 承保。 由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。
營養	Medicaid 承保對營養需求和食物結構的評估，或者對適合於個體生理及醫療需求和環境狀況的恰當食物與	由 Medicaid 承保。

福利	Medicaid 承保服務說明	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
營養（續）	飲品供應的規劃，或者為滿足正常以及治療需求而提供的營養教育與諮詢。 此外，這些服務可能包括對營養狀況和飲食喜好的評估、對病患家庭環境中恰當膳食攝入量供應情況的規劃，以及文化關懷、與作為治療環境一部分的治療性膳食相關的營養知識教育、營養治療計劃的制訂、營養計劃的定期評估與修訂、為護理機構工作人員提供的在職培訓，以及病患具體膳食問題的諮詢和針對病患及家人的營養知識普及。 這些服務都必須由合格的營養師來提供。	由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。
發育障礙人士辦公室 (OPWDD)	Medicaid 承保以下 OPWDD 服務： • 由條款 16-臨床治療設施或條款 28 設施提供的長期治療服務。 • 日間治療。 • Medicaid 服務協調(MSC)。 • 以家庭和社區為基礎的服務豁免(HCBS)。 • 透過居家護理計劃提供的服務(OPWDD)。	由 Medicaid 承保。 由 FFS Medicaid 承保。
個人護理服務	Medicaid 承保個人護理服務(PCS)，此類服務涉及在個人衛生、穿衣、進食以及營養和環境支援（備餐和家務）方面提供部分或全部的協助。 個人護理服務必須是醫療必要的，並由合格人員根據護理計劃遵醫囑提供。	由 Medicaid 承保。 由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。
個人緊急反應服務 (PERS)	Medicaid 承保能夠確保某些高危病患在出現身體、情緒或環境方面緊急情況時可獲得救治的電子裝置。 現在已有多種多樣採用不同信號發出裝置的電子警報系統。此類系統通常與病患的手機相連接，並將在	由 Flex 卡福利承保。

第 4 章《醫療福利表》（承保項目和付費項目）

福利	Medicaid 承保服務說明	MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
	「help（救治）」按鈕啟動後向回應中心發出訊號。如果出現緊急情況，回應中心就將接收到該訊號，並對其採取恰當的行動。	由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。
私人護理	Medicaid 將按開處方的醫師、註冊醫師助理或已得到認證的護理從業者的書面治療方案承保具醫療必要性的私人護理服務。	由 Medicaid 承保。 由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。
為 OMH 特許的社區居住機構(CR)的居留者提供的復健服務和基於家庭的治療計劃	Medicaid 承保根據治療計劃為心理健康局(OMH)特許的社區居住機構(CR)的居留者和家庭提供的復健服務。	由 Medicaid 承保。 由 FFS Medicaid 承保的 CRs。
根據豁免計劃的直接接受條款提供的網絡外家庭生育計劃服務	提供 Medicaid 保險。	由 Medicaid 承保。 由 MetroPlusHealth Medicaid 承保。

* 所列的某些服務可能由 Medicaid 承保，但是包含長期護理的服務將不適用於 IB duals 會員。

第 4 部分　我們的計劃或 Medicare *或* Medicaid 未承保的服務

本部分向您介紹「不承保」的服務。

下表列出了在任何條件下我們的計劃或 Medicare 或 Medicaid 均不承保的一些服務和項目，或者僅在特定條件下我們的計劃、Medicare 或 Medicaid 承保的一些服務和項目。

除在下面列出的特定條件下以外，如果您的服務屬於除外（不承保的）類型，則必須自行支付這些費用。即使您在急診機構獲得這些除外服務，這些服務仍無法享有保險，我們的計劃不會支付這些服務的費用。唯一的特例是，如果服務被提出上訴並作出決定：在上訴時基於您的特殊情況，它被認為是一項我們應支付或承保的醫療服務。（有關對我們已作出的不承保某些醫療服務的決定的上訴，請參閱第 9 章第 6.3 節。）

Medicare 不承保的服務	僅在特定條件下承保
整容手術或程序	在為了修復意外受傷或改善畸形身體部位的情況下承保。 乳房切除術之後的所有乳房再造階段均享有保險，以及對不受影響的乳房承保，以達到產生對稱外觀的效果。
監護護理 看護是不要求專業醫療或醫務助理人員持續關注的個人護理，例如幫助您完成日常起居活動的護理，即洗澡或穿衣等。	在任何條件下均不承保。
實驗性的醫療及手術程序、設備和藥物 實驗性的程序和項目指的是 Original Medicare 認為醫學界一般不接受的程序和項目。	可能由 Original Medicare 計劃、在 Medicare 核准的臨床調查研究或我們的計劃承保。 （請參閱第 3 章第 5 節，瞭解有關臨床調查研究的更多資訊。）

Medicare 不承保的服務	僅在特定條件下承保
您的直系親屬或家庭成員索取的護理費用	在任何條件下均不承保。
您家中的全職康復護理	在任何條件下均不承保。
主婦服務，包括基本的家庭助理，如簡單的家務或備餐等服務。	在任何條件下均不承保。可能由 Medicare 承保
非常規牙科護理。	為治療疾病或受傷情況的牙科護理可作為住院或門診護理服務進行承保。 可能在醫療必要時獲得承保。要求進行事先授權
自然療法服務（使用自然或替代治療方法）	在任何條件下均不承保。
矯形鞋或足部支撐器材	此類鞋屬於腿固定器的一部分且腿固定器包含了此類鞋的費用。糖尿病足病患專用的矯形鞋或治療鞋。
您在醫院或專業護理機構的病房內的個人物品，例如電話或電視	在任何條件下均不承保。
醫院內的單人病房	僅在醫療上有必要時承保。
反向絕育程序和/或非處方避孕用品	在任何條件下均不承保。
常規脊椎按摩護理	承保用手按摩脊椎以矯正半脫位。由 Flex 卡福利承保。
常規牙科護理，例如清潔、補牙或假牙安裝	常規牙科護理，如洗牙、補牙或假牙是 Medicaid 承保的福利。
常規眼科檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他弱視輔助器	可能由補充福利承保。 常規眼科檢查和眼鏡由 Medicaid 福利承保。

Medicare 不承保的服務	僅在特定條件下承保
常規足部護理	根據 Medicare 指導原則提供的一些有限承保，例如，如果您患有糖尿病。
根據 Original Medicare 標準被認為屬於不合理和非必需的服務	在任何條件下均不承保。

第 5 章：
使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

如果您的藥品費用獲得 Extra Help，您怎樣獲得藥品費用的資訊？

我們的大多數會員都符合從 Medicare 獲得 Extra Help 以支付其處方藥計劃費用的資格，並且正在獲得 Extra Help。如果您已加入 Extra Help 計劃，**本*承保福利說明*中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊可能不適用於您。**我們給您寄送了單獨附加頁，稱作*獲得處方藥付款 Extra Help 者承保福利說明附加條款*（也稱作*低收入輔助水準附加條款*或*低收入補助 (LIS) 附加條款*），透過該附加頁告知您有關處方藥保險的資訊。如果您沒有此附加頁，則請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711），並申領*低收入補助 (LIS) 附加條款*。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

第 1 部分　　我們計劃 D 部分藥品保險的基本規定

有關 Medicare B 部分藥品福利和寧養藥品福利，請參閱第 4 章《醫療福利表》。

除 Medicare 承保的藥品外，我們還承保其他一些處方藥，作為您的 Medicaid 福利。有關 Medicaid 承保藥品的其他資訊，請致電紐約州衛生廳 Medicaid 計劃 800.541.2831（聽力障礙電傳 711），週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點，週六，上午 9 點至下午 1 點。

只要您遵循以下基本規定，我們的計劃一般會承保您的藥品：

- 您必須有一位服務提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生）為您開處方，且符合適用的州法律。
- 處方醫生不得在 Medicare 除外事項或排除名單上。

- 一般情況下，您必須使用網絡內的藥房開處方。（請參閱第 2 節。）或者，您可以透過本計劃的郵購服務來配藥。
- 您的藥物必須列在我們計劃的「藥物清單」上。（請參閱第 3 節。）
- 您的藥品必須用於醫學公認病症。「醫學公認病症」是由 FDA 核准或受特定參考資訊支援的用藥。（請參閱第 3 節，瞭解有關醫學公認病症的更多資訊。）
- 您的藥物可能需要根據某些標準獲得我們計劃的核准，我們才會同意承保。（請參閱第 4 節瞭解更多資訊。）

第 2 部分　在網絡內藥房或透過我們計劃的郵購服務配處方藥

大多數情況下，*僅*從我們計劃的網絡內藥房中開出的處方藥納入保險範圍。（請參閱第 2.5 節，瞭解有關我們將於何時承保網絡外藥房開出的處方藥的資訊。）

網絡內藥房是與我們計劃簽約以提供您的承保藥品的藥房。「承保藥品」即我們計劃的藥物清單上的所有 D 部分藥品。

第 2.1 節　網絡內藥房

尋找您所在區域的網絡內藥房

要尋找網絡內藥房，請查閱您的*藥房名錄*，瀏覽我們的網站 **metroplusmedicare.org** 和/或致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

您可去我們網絡內藥房中的任意一家配藥。

如果您的藥房退出網絡

如果您使用的藥房已退出我們計劃的網絡，您需要在網絡內尋找新的藥房。要尋找您所在區域的其他藥房，請聯絡會員服務部 866.986.0356 以取得幫助。（聽力障礙電傳使用者應致電 711）或使用*藥房名錄*。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至

下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）您也可以登入我們的網站 **metroplusmedicare.org** *以查閱相關資訊。*

專門藥房

一些處方必須在專門藥房內配藥。專門藥房包括：

- 提供家庭輸液治療藥品的藥房。
- 為長期護理(LTC)設施內的住戶提供藥品的藥房。一般來說，LTC 設施（例如療養院）會設立自己的藥房。如果您在 LTC 機構內獲得 D 部分藥品存在困難，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
- 為印第安保健服務/部落/城區印第安保健計劃服務的藥房（波多黎各未設立）。除發生緊急情況，僅適用於美國土著或阿拉斯加土著有使用網絡內此類藥房的權利。
- 提供 FDA 限制向一些地區提供、或要求特殊處理、服務提供者協助或藥品使用指導的藥品的藥房。要尋找專門藥房，您可瀏覽 **metroplusmedicare.org** 查看*藥房名錄*或致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

第 2.2 節　　我們計劃的郵購服務

對於某些類型的藥品，您可使用我們計劃的網絡郵購服務。一般來說，透過郵購提供的藥品是您定期服用，用於治療慢性或長期疾病情況的藥品。不可透過我們計劃的郵購服務購買的藥物在我們的藥物清單中帶有 **NM** 標記。

我們計劃提供的郵購服務允許您訂購**最多 100 天的用藥量**

要取得郵購配藥的相關資訊，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

通常，郵購藥房訂單會在 10 天內送達。如果郵購藥房預計訂單會延遲，他們會將此延遲情況通知給您。如果您因為郵購延遲而需要申請加急訂單，您可以聯絡客戶服務部，討論可能包括在當地零售藥店配藥或加快運送方式的選項。向代表提供您的 MetroPlusHealth 會員身份證號碼和處方號碼。如果您希望藥物在第二天或次日送達，您可以向客戶服務代表申請此表，但需要支付額外費用。

藥房從您的醫生處直接收到的新處方箋。
在收到您的健康護理提供者處方箋後，藥房將與您聯絡以瞭解您是希望立刻還是稍後配藥。您務必要在每次藥房與您聯絡時給予回覆，以便它們瞭解需要運送、延遲還是停止新處方藥。

郵購的補充處方藥。有關續配藥，您可以選擇註冊自動續配藥計劃。在該計劃下，當我們的記錄顯示您的藥品快用完時，我們將自動開始處理您的下一次續配藥。在發運每個續配藥前藥房都會與您聯絡，以確信您需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或如果您的藥物已變更，您可以取消計劃的續配藥。

如果您選擇不使用我們的自動續配計劃，但依然希望網絡藥房向您寄送處方藥，請在您手頭的處方藥耗盡前 5 天聯絡藥房。這可以確保您準時收到郵寄的藥物。

要退出我們自動準備郵購續配藥的計劃，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

如果您透過自動郵寄收到您不想要的續配藥物，則您符合退款資格。

第 2.3 節　　如何獲得長期藥物供應

在您長期使用藥品時，您的分攤費用可能會降低。我們的計劃提供兩(2)種方式，幫助您獲得「藥物清單」上長期供應的「維持性」藥品（也稱為「延期供應」）計劃。（維持性藥品是您定期服用，用於治療慢性或長期疾病情況的藥品。）

1. **metroplusmedicare.org** 上的*藥房名錄*中說明瞭我們網絡內有哪些藥房可長期為您提供維持性藥品。如需更多資訊，請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳

使用者請致電 711）。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

2. 您也可以透過我們的郵購計劃取得維持性藥品。請參閱第 2.3 節瞭解更多資訊。

第 2.4 節 使用不在我們計劃網絡內的藥房

一般來說，我們*僅在*您無法使用網絡內藥房的情況下承保您從網絡外藥房開出的處方藥。我們在服務區域外也設有聯網藥房，您作為我們的計劃會員，可在這些藥房配取處方藥。**請先聯絡會員服務部 866.986.0356 （聽力障礙電傳使用者請致電 711）**，瞭解您附近是否有網絡內藥房。**工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）**

我們僅在以下情況下承保在網絡外藥房配取的處方藥：

- 例 1：您離開服務區域，且您已用完或遺失您承保的 D 部分藥品，或您生了病，需要承保下的 D 部分藥品，而您無法到達網絡藥房。
- 例 2：您無法從服務區域內及時獲得承保的 D 部分藥品，原因是，例如，在您合理的車程距離內沒有提供每週 7 天，每天 24 小時服務的網絡內藥房。
- 例 3：您必須及時為承保下 D 部分藥品配藥，而特定承保下的 D 部分藥品（例如，一般情況下直接由製造商或特別供應商直接運送的專用醫藥）並不能夠隨時從網絡零售處或網絡藥房獲得。
- 例 4：當您為急診室、提供者診所、門診手術及其他門診的病患時，由網絡外機構為本的藥房向您配發承保下的 D 部分藥品，因此無法在網絡內藥房獲得藥品。
- 例 5：在任何聯邦災難聲明或其他突發公共衛生事件聲明期間，我們會員被撤離或背井離鄉，離開他們的居住地並且無法合理在網絡藥房獲得承保下的 D 部分藥品。

如果您必須使用網絡外的藥房，在您開處方藥時，一般需要支付全額費用（而不是平常支付的分攤費用）。您可要求我們給您償付我們應付的分攤費用。（有關如何請求我們的計劃償付藥費，請參閱第 7 章第 2 節。）您可能必須支付您在網絡外藥房為藥品所付費用與在網絡內藥房我們將承保的費用之間的差價。

第 3 部分　　您的藥品需我們在計劃的「藥物清單」上

第 3.1 節　　《藥物清單》說明有哪些 D 部分藥品享受保險

我們的計劃提供了*承保藥物清單*（處方一覽表）。在本*承保福利說明*中，**我們將其簡稱為「藥物清單」。**

該清單上的藥品由我們的計劃在醫生和藥劑師的幫助下選出。這份清單符合 Medicare 的要求，並獲得了 Medicare 的核准。

「藥物清單」僅顯示 Medicare D 部分承保的藥品。除 Medicare 承保的藥品外，我們也承保其他一些處方藥，作為您的 Medicaid 福利。請聯絡紐約州 Medicaid 計劃，以確定您可獲得哪些排除藥物。您可以在第 2 章第 6 節找到紐約州 Medicaid 的電話號碼和聯絡資訊。

一般情況下，我們會承保我們計劃「藥物清單」上的藥品，只要您遵循本章說明的其他保險規定，並使用針對醫學公認病症的藥品。「醫學公認病症」用藥是屬於以下*任*一種情況的用藥：

- 經 FDA 核准用於其處方診斷或病症的藥物，或
- 受特定參考書支援，例如美國醫院藥典服務 - 藥品資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

藥物清單包括品牌藥、學名藥和生物製品（可能包括生物仿製藥）。

品牌藥是以藥品製造商擁有的商標名稱銷售的處方藥。生物製品是比典型藥物更複雜的藥物。在《藥物清單》上，我們所說的「藥品」是指一種藥物或一種生物製劑。

學名藥是與品牌藥具有相同活性成分的處方藥。生物製品有替代品（稱為生物學名藥）。一般而言，學名藥和生物仿製劑與品牌藥或原始生物製劑的功效一致，但價格更低。許多品牌藥物有學名藥替代品，一些原生物產品有生物仿製藥替代品。一些生物仿製藥是可互換的生物仿製藥，根據州法律，可以在藥店取代原生物製品，而不需要新的處方，就像學名藥可以取代品牌藥一樣。

請參閱第 12 章瞭解「藥物清單」上可能出現的藥物類型定義。

不在「藥物清單」上的藥品

某些 Medicaid 承保的藥物不受 Medicare 藥物計劃承保。但是，部份這些藥品可能由您的 Medicaid 藥品保險承保。有關 Medicaid 承保藥物的更多資訊，請致電 800.541.2831。我們的計劃並不承保全部處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保某些類型的藥物。（有關更多資訊，請參閱第 7 節。）
- 在另外一些情況中，我們決定不承保「藥物清單」上的某種特定藥品。
- 某些情況下，您可以獲得不在我們「藥物清單」上的藥物。（有關更多資訊，請參閱第 9 章。）

第 3.2 節 「藥物清單」上藥品的五個費用分攤層級

- 第 1 級–偏好學名藥：是最低層級，包括偏好學名藥，也可能包括一些品牌藥。
- 第 2 級–學名藥：包括學名藥，也可能包括一些品牌藥。
- 第 3 級–偏好品牌藥：包括偏好品牌藥和非偏好學名藥。
- 第 4 級–非偏好藥品：包括非偏好品牌藥和學名藥。
- 第 5 級–專用藥品：是最高層級，包括高成本品牌藥和學名藥。

要尋找您的藥品位於分攤費用的哪一層級，請查閱我們計劃的「藥物清單」。您為每個分攤費用等級支付的金額如第 6 章所示。

第 3.3 節 如何知道專用藥品是否在「藥物清單」上

要瞭解某種藥物是否在我們的「藥物清單」上，您有以下選擇：

- 查看我們以電子方式提供的最新《藥物清單》。
- 瀏覽我們的計劃網站(**metroplusmedicare.org**)。該網站上的藥物清單即時更新。
- 請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711），瞭解計劃「藥物清單」上是否有某種特定要求配，或索取一份「藥物清單」。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
- 使用我們計劃的「即時福利工具」(**caremark.com**)在「藥物清單」上搜尋藥物，以估算您需要支付的費用，並查看「藥物清單」上是否有可以治療相同疾病的替代藥品。您也可致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

第 4 部分 受承保限制的藥物

第 4.1 節 為何有些藥品會有限制

對於某些處方藥，一些特殊的規定會限制我們計劃承保的方式和時間。一個由醫生和藥劑師組成的團隊制訂了這些規則，以鼓勵您和您的服務提供者以最有效的方式使用藥品。要確定上述限制是否適用於您正在服用或想要服用的要，請查看藥物清單。

當安全、低花費的藥品與高花費的藥品藥效相同時，根據我們計劃的規定，我們將鼓勵您和您的服務提供者使用低花費的藥品。

請注意，有時一種藥品可能會在我們的「藥物清單」上重複出現。這是因為相同的藥品可能因您的醫療保健服務提供者處方的藥品的藥效、藥量或劑型而異，並且不同的限制或費用分攤可能適用於該藥品的不同版本（例如，10 毫克和 100 毫克；每天一次和兩次；藥片和液體）。

第 4.2 節 限制類型

如果您的藥品存在限制，這通常意味著您或您的服務提供者必須採取額外的措施，才能使我們承保該藥品。請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711），瞭解您或您的服務提供者可以採取哪些措施來獲得該藥物的保險。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）**如果您希望我們為您免除限制，您應使用保險決定流程，要求我們為您提供特例許可權。**我們有權利同意或拒絕為您免除限制。（請參閱第 9 章。）

提前獲得計劃核准

對於某些藥品，您或您的服務提供者需要根據特定標準獲得我們計劃的核准，然後我們才會同意為您承保藥品。這稱為 **事先授權** 。這是為了確保藥物安全，以及引導對某些藥物的恰當使用。如果您未獲得核准，我們的計劃可能不會承保您的藥品。您可以致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711）或瀏覽我們的網站 **metroplusmedicare.org** 取得我們計劃的事先授權標準。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

首先嘗試另一種藥品

這項要求鼓勵您在我們計劃承保另一種藥品之前，嘗試花費更低但通常同樣有效的藥品。例如，如果藥品 A 和藥品 B 可治療相同的疾病情況而藥品 A 更便宜，我們計劃可能會要求您先試用藥品 A。如果藥品 A 對您來說沒有效果，我們計劃隨後會承保藥品 B。首先嘗試不同藥品的要求稱作 **分步療法** 。您可以致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711）或瀏覽我們的網站 **metroplusmedicare.org** 取得我們計劃的事先授權標準。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

數量限制

對於某些藥物，我們會限制您每次開處方藥時可獲得的藥量。例如，如果某種藥品公認的安全用量為一天一片，我們可將您的處方藥承保量限制為不超過一天一片。

第 5 部分　如果您的某種藥物沒有按照您希望的方式獲得承保，該怎麼辦？

在某些情況下，您服用的處方藥，或者您和您的醫療服務提供者認為您應該服用的處方藥，不在我們的藥物清單上或受到限制。例如：

- 該藥品可能完全不能享有保險。或者，該藥品的學名版本享有保險，但您要服用的品牌版本不享有保險。
- 該藥品享有保險，但有額外的保險規定或限制。
- 如果藥品享有保險，但該藥品的分攤費用等級使您支付的分攤費用高於預期。

如果您的藥品的分攤費用等級使您支付的分攤費用高於預期，請瀏覽第 5.1 節瞭解處理辦法。

如果您的藥物不在藥物清單上或受到限制，您可以採取以下措施：

- 您可能會獲得臨時藥品供給。
- 您可以轉而使用其他藥品。
- 您可以申請**特例處理**，要求我們的計劃承保該藥品或免除對該藥品的限制。

您可能會獲得臨時供給

在某些情況下，我們計劃必須提供您已在服用的藥品的臨時供給。這種臨時供應讓您有時間與您的提供商討論變更事宜。

若要符合臨時供給的資格，您所服用的藥品**必須已不在我們計劃的「藥物清單」上**，或**目前已受到某種限制**。

- **如果您是新會員**，在您成為我們計劃會員的頭 **90 天**，我們將承保藥物的臨時供給。
- **如果您前一年參保了我們的計劃**，在日曆年的頭 **90 天**，我們將承保藥品的臨時供給。

- 此臨時供給的最長期限為 30 天。若您的處方箋上註明的天數較少，我們將允許多種配藥途徑，以便提供最多 30 天的藥物用量。處方必須由網絡內藥房開出。（請注意，長期護理藥房可以減少每次的供藥量，以避免浪費。）
- **對於參保我們的計劃 90 天、入住長期護理機構且立即需要用藥的會員：**我們將承保一次 31 天用量的特殊藥品緊急供應，或者，如果您的處方上寫明的供給期限更短，則供給也更短。這是對上述臨時供給的補充。

如果對臨時供給存在疑問，請致電聯絡會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

在您使用臨時藥品供給的期間，您應與服務提供者溝通，決定在您的臨時藥品供給用完後可採取的措施。您有 2 個選項：

選項 1.您可以轉而使用其他藥品

與您的服務提供者討論我們計劃內是否有其他的藥品也能夠為您提供相同的療效。請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711），索取治療相同病症的承保藥物清單。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）該清單可協助您的服務提供者找到可能對您有用的承保藥品。

選項 2.您可申請特例處理

您和您的服務提供者可要求我們計劃作出特例處理，使藥物以您希望的方式享有保險。如果您的服務提供者聲明您的疾病情況符合讓我們進行特例處理的正當理由，您的服務提供者可協助您申請特例處理。例如，您可要求我們的計劃承保該藥品，即使該藥品未列入「藥物清單」。或者，您可要求我們計劃作出特例處理，承保該藥品，且對藥品沒有任何限制。

如果您目前是會員，並且您正在使用的藥物下一年將從《承保藥品目錄》上剔除或受到某種程度的限制，我們將在新的一年前向您告知任何變更。您可在下一年之前申請特例，我

們將在收到您的申請（或您的開處方者開出的支援性說明）之後的 72 小時之內答覆您。如果我們核准您的請求，我們將在變更生效之前授權承保該藥物。

如果您和您的服務提供者希望申請特例處理，請參閱第 9 章第 7.4 節，瞭解具體做法。該章節說明瞭 Medicare 制訂的相關程序和截止日期，確保您的申請處理流程能夠及時、公正。

第 5.1 節　　如果您的藥物處於您認為過高的分攤費用等級該怎麼辦?

如果您的藥品處於您認為過高的分攤費用等級，您可按照以下辦法進行處理：

您可以轉而使用其他藥品

如果您的藥品處於您認為過高的分攤費用等級，請與您的服務提供者溝通。也許有其他位於較低分攤費用等級的藥品也能夠為您提供相同的療效。請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711），索取治療相同病症的承保藥物清單。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）該清單可協助您的服務提供者找到可能對您有用的承保藥品。

您可申請特例處理

您和您的服務提供者可要求我們計劃為該藥品的分攤費用等級進行特例處理，因此您支付的費用會降低。如果您的服務提供者聲明您的疾病情況符合讓我們進行特例處理的正當理由，您的服務提供者可協助您申請該規定的特例處理。

如果您和您的服務提供者希望申請特例處理，請參閱第 9 章第 7.4 節，瞭解具體做法。該章節說明瞭 Medicare 制訂的相關程序和截止日期，確保您的申請處理流程能夠及時、公正。

第 6 部分　　我們的「藥物清單」可在參保當年進行變更

藥品保險中的大多數變更在每年年初（1 月 1 日）開始。但是，在參保當年，我們的計劃可以對「藥物清單」進行一些修改。例如，我們的計劃可能：

- **在「藥物清單」上增加或刪除藥品。**
- **將藥品移至更高或更低的分攤費用等級。**
- **增加或移除藥品承保限制。**
- **用學名藥取代品牌藥。**
- 使用可替代生物仿製劑取代原始生物製劑。

我們必須遵照 Medicare 的要求，才能對我們計劃的「藥物清單」進行變更。

藥物保險變更相關資訊

在發生藥物清單的變更時，我們將在網站上發佈相關變更的資訊。我們還會定期更新我們的線上《藥物清單》。有時，如果您服用的藥物發生變化，您會直接收到通知。

本計劃年度內對您有影響的藥物承保變更

- **向「藥物清單」添加新藥物，並立即 刪除或變更「藥物清單」上的類似藥物。**
    - 我們可能會立即從「藥物清單」中移除同類藥物、將同類藥物移至不同的分攤費用層級、添加新的限制，或同時執行這兩項操作。該藥物的新版本將處於相同或更低的分攤費用層級，並具有相同或更少的限制。
    - 只有當我們正在添加一個新學名版本的品牌藥物名稱，或者添加已經在「藥物清單」上的原始生物製劑的某些新生物仿製藥版本時，我們才會立即做出這些變更。
    - 我們可能會立即做出這些變更，並在稍後告知您，即使您正在服用我們正在移除或變更的藥物也是如此。如果在我們進行變更時您正在服用同類藥物，我們會告知您我們所做的任何具體變更。
- **向「藥物清單」添加藥物，並刪除或變更「藥物清單」上的類似藥物。**
    - 將向藥物清單中添加其他版本藥物時，我們可能會從藥物清單中移除同類藥物、將同類藥物移至不同的分攤費用層級、添加新的限制，或同時執行這兩

項操作。我們添加的藥物版本將位於相同或較低費用分攤層級，具有相同或更少限制。

- 只有當我們正在添加一個新學名版本的品牌藥物名稱，或者添加已經在「藥物清單」上的原始生物製劑的某些新生物仿製藥版本時，我們才會做出這些變更。
- 我們將在做出此變更前至少 30 天告知您，或告知您此變更並承保您正在服用的藥物版本的 30 天配藥。

- **移除《藥物清單》上已從市場中召回的不安全藥物和其他藥物。**
  - 有時候，一種藥物可能會因為其他理由被認為不安全，或者從市場上召回。如果出現這種情況，我們可以立即將該藥物從藥物清單上刪除。如果您正在服用該藥物，我們會在做出變更後告知您。
- **對《藥物清單》上藥物的其他變更。**
  - 在已對您使用的藥物產生影響的當年，我們還可執行其他的變更。例如，我們可能根據 FDA 提供的警告或 Medicare 確認的新臨床指導原則進行變更。
  - 我們將在做出此變更前至少 30 天告知您，或告知您此變更並承保您正在服用的藥物版本的額外 30 天配藥。

如果我們對您正在服用的任何藥物進行任何變更，請與您的處方醫生討論最適合您的選項，包括更換不同的藥物來治療您的病情，或者請求做出承保決定，以符合您正在服用的藥物的任何新限制。您或您的處方醫生可要求我們特例對待並繼續承保您一直服用的藥物或藥物版本。有關如何申請承保決定（包括例外情況）的更多資訊，請參閱第 9 章。

在計劃年度內，「藥物清單」的變更不會對您產生影響

我們可能會對「藥物清單」進行上述未描述的某些變更。在這些情況下，如果您在變更時正在服用藥品，則變更不適用於您；但是，如果您繼續使用同一計劃，則這些變更可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日開始影響您。

一般而言，在目前計劃年度不會影響您的變更包括：

- 我們將您的藥品移至更高的分攤費用等級。
- 我們對您藥物的使用作出新的限制。
- 我們將您的藥物從藥物清單上刪除。

如果您正在使用的藥物出現任何此類變更（除了是因為市場召回，學名藥取代品牌藥，或者上述章節提到的其他變更），在下一年 1 月 1 日之前，此類變更不會影響您的用藥或您支付的分攤費用金額。

在目前計劃年度，我們不會直接告訴您這些類型的變更。您需要檢查下一個計劃年度的「藥物清單」（當清單在開放參保期內可用時），以查看您正在服用的藥品是否有任何變化，這些變化將在下一個計劃年度對您產生影響。

第 7 部分　我們不承保的藥品類型

某些處方藥*排除在外*。也就是說，Medicare 不會支付這些處方藥的費用。

在您提出上訴後，如果經發現所申請的藥品不屬於 D 部分的排除範圍，我們將支付或承保該藥品。（要瞭解如何針對一項決定提出上訴，請參閱第 9 章。）如果我們排除的藥物也被 Medicaid 排除，您必須自行支付費用。

以下是對 Medicare 藥品計劃 D 部分不承保藥品的三項基本規定：

- 我們計劃的 D 部分藥品保險不能承保 Medicare A 部分或 B 部分會承保的藥品。
- 我們的計劃不承保從美國或其領地以外區域購買的藥品。
- 當藥物的*標示外使用*不受某些參考資料（如美國醫院藥典藥品資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統）支援時，我們的計劃將不承保該藥物的「標示外使用」。*標示外使用*是除藥品標籤上所示的、FDA 核准的用法以外的藥品使用。

此外，法律還規定以下所列藥品類別不在 Medicare 承保範圍內。但是，Medicaid 藥品保險可能承保其中一些藥品，如下所示。有關 Medicaid 承保藥物的更多資訊，請致電 800.541.2831。

- 非處方藥（也稱作非處方藥品）
- 用來提高生殖能力的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用來美容或增發的藥物
- 處方類維生素和礦物質產品，產前維生素和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
- 用來治療厭食症、減肥或增肥的藥物
- 作為銷售條件，製造商要求相關測試或監控服務的門診藥品僅從製造商處購買

如果您透過 Extra Help 支付您的處方藥費用，Extra Help 將不會支付那些通常不予承保的藥物費用。如果您有 Medicaid 藥品保險，那麼您所在州的 Medicaid 計劃可承保一些 Medicare 藥品計劃一般不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，確定您可享有哪些藥品保險。有關 Medicaid 承保藥物的更多資訊，請致電 800.541.2831。

第 8 部分　　如何配藥

如要配藥，請在您選擇的網絡藥房提供我們的計劃會員資訊，這些資訊可以在您的會員卡以及您的 NYS Medicaid 公共福利身份卡(CBIC)（如適用）上找到。網絡藥房將自動向我們的計劃和 NYS Medicaid（如適用）收取我們承擔的份額和/或 Medicaid 承擔的份額。您在取處方藥時，需要向藥房支付*您*承擔的分攤費用。

如果您沒有我們計劃的會員資訊，您或藥房可以致電我們計劃獲得資訊，或者您可以要求藥房尋找我們計劃的參保資訊。

如果藥房無法獲得必要資訊，**您在取藥時可能必須支付處方藥的全額費用。**您隨後可**要求我們給您償付**我們應付的分攤費用。請參閱第 7 章第 2 節，瞭解有關要求計劃償付的資訊。

第 9 部分　特殊情況下的 D 部分藥品保險

第 9.1 節　在醫院或專業護理機構住院期間，享受我們計劃的承保

如果您在我們計劃承保的醫院或專業康復機構住院時，我們一般會承保您住院期間的處方藥費用。在您從醫院或專業康復機構出院後，只要藥品符合我們的所有保險規定（具體見本章），我們會為您的處方藥承保。

第 9.2 節　入住長期護理(LTC)機構

一般來說，長期護理設施（例如療養院）會設立自己的藥房，或使用為其所有住戶提供藥品的藥房。如果您入住長期護理機構(LTC)，您可透過該機構的藥房或者該機構使用的藥房獲得您的處方藥，只要該藥房加入了我們的網絡。

請查看 **metroplusmedicare.org** 上的*藥房名錄*，瞭解您的 LTC 設施的藥房或其使用的藥房是否加入了我們的網絡。如果否，或者您需要更多資訊或協助，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）如果您在 LTC 設施內，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡定期獲得 D 部分福利。

如果您入住 LTC 機構，並且需要的藥物不在我們的藥物清單上或受到某種限制，請參閱第 5 節，瞭解如何獲得臨時或緊急藥物。

第 9.3 節　如果您也享有雇主或退休人員團體計劃的藥品保險

如果您透過您（或者您的配偶或同居伴侶）的雇主或退休人員團體獲得其他藥品保險，請聯絡**該團體的福利管理人員。**他們可幫助您瞭解您目前的藥品保險是否與我們的計劃搭配。

一般而言，如果您有員工或退休人員團體保險，那麼我們為您提供的藥品保險等級將*低於*您的團體保險。這意味著您的團體保險會先支付。

有關「可信保險」的特殊通知：

每年您的僱主或退休人員團體應向您發出一份通知，告知您下一個日曆年的藥品保險是否可信。

如果團體計劃的保險是「可信」的，即意味著我們的計劃擁有預期可支付的藥品保險，從平均情況來看，支付的金額至少與 Medicare 的標準藥品保險金額相同。

請保留所有關於信用保險的通知，因為您以後可能需要這些通知來證明您一直保持著信用保險。如果您沒有收到可信保險通知，您可從您僱主或退休人員計劃的福利管理員、僱主或工會處索取通知副本。

第 9.4 節 如果您參加了 Medicare 認證的寧養計劃

寧養和我們的計劃不能同時承保同一種藥品。如果您參保 Medicare 安寧計劃，並要求使用您的安寧計劃未承保的某些藥物（如止吐藥、瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥），但因為這些藥品與您的晚期病症無關，我們的計劃必須收到處方醫生或您的安寧計劃服務提供者說明該藥品與晚期病症無關的通知，才能為藥品承保。為防止延遲收到這些本應由我們的計劃承保的藥品，請要求您的寧養服務提供者或處方醫生在您的處方配藥前提供通知。

如果您取消安寧服務或從安寧機構出院，我們的計劃應為您承保本文件中所述的藥物。為避免您的 Medicare 安寧計劃福利終止時藥房出現任何延誤，向藥房出具證明文件，驗證您取消或撤出安寧計劃。

第 10 部分 用藥安全和藥物管理計劃

我們會進行藥物使用審查，以確保我們的會員獲得安全且適當的護理。

在您每次開處方時，我們都會進行一次評估。我們也會定期審核我們的記錄。在評估期間，我們會調查以下可能出現的問題：

- 可能存在的用藥錯誤
- 藥物可能並非必需，因為您正在使用另一種類似藥物來治療同一種病症

- 因您的年齡或性別造成的用藥不安全或不當
- 某些如果同時使用會對您造成傷害的藥品組合
- 藥品處方中含有某些會導致您過敏的成分
- 您服用的藥品可能出現的用藥量（劑量）錯誤
- 不安全劑量的阿片類止痛藥

如果我們發現您的用藥過程中可能存在問題，我們會與您的服務提供者一同解決這些問題。

第 10.1 節 幫助會員安全使用阿片類藥物的藥物管理計劃(DMP)

我們有一項計劃，幫助確保會員安全使用處方阿片類藥品和其他經常濫用的藥物。該計劃稱為藥物管理計劃(DMP)。如果您使用的阿片類藥品來自數名處方醫生或數家藥房，或如果您近期使用阿片類藥品過量，我們將與您的處方醫生溝通，確保您的阿片類藥品使用恰當且具備醫療必要性。與您的處方醫生合作，如果我們認為您使用處方阿片類或苯二氮類藥品不安全，我們可限制您取得此類藥品的方式。如果我們讓您加入我們的 DMP 中，那麼限制為：

- 要求您從一家藥房獲得您的所有阿片類或苯二氮類藥品的處方藥
- 要求您從一位處方醫生處獲得您的所有阿片類或苯二氮類藥品的處方藥
- 限制我們為您承保的阿片類或苯二氮類藥物的用量

如果我們計劃限制您獲得這些藥品的方式或數量，我們將提前給您傳送信函。這封信會告訴您，我們是否會針對您限制此類藥品的承保，或規定您只能從特定處方醫生或特定藥房處獲得此類處方藥。您將有機會告訴我們您的偏好處方醫生或藥房，以及其他您認為我們需要瞭解的重要資訊。在您抽時間回覆後，如果我們決定限制您享受的上述藥物承保，我們將再向您傳送一封信函，以確認限制。如果您認為我們出錯，或您不同意我們的裁定或限制，您和您的處方醫生有權提起上訴。如果您上訴，我們將審核您的個案並向您提供我們的新決定。如果我們繼續否決您的藥物使用限制相關申請，我們將自動將您的案件傳送至計劃外的獨立審查方。有關如何提起上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您存在某些醫療狀況，例如，癌症疼痛或鐮狀細胞疾病，您正在接受安寧服務、姑息或臨終關懷，或居住在長期護理機構，則您不會被加入 DMP。

第 10.2 節　　幫助會員管理其藥物的藥物治療管理(MTM)計劃

我們設立了一個可協助會員滿足複雜健康需求的計劃。我們的計劃稱作藥物治療管理(MTM)計劃。該計劃為自願性質，免費參加。一個由藥劑師和醫生組成的團隊為我們開發了這個計劃，可幫助確保會員從他們服用的藥品中獲得最大福利。

患有某些慢性病且服用超過特定藥費金額的藥物或者正處於幫助會員安全使用阿片類藥品的 DMP 的某些會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。如果您有資格參與該計劃，藥劑師或其他保健專業人員將對您的所有藥物進行全面的評估。在審核期間，您可說明您使用的藥物、您支付的費用或您遇到的關於您處方藥和非處方藥的任何問題或疑問。您將收到一份書面總結，上面有一份建議事項清單，其中包含為實現最佳藥效而應當採取的步驟。您還將收到一份藥物清單，包含您正在使用的所有藥物、藥量及使用藥物的時間和原因。此外，MTM 計劃會員還將收到關於如何安全處置受管制處方藥的資訊。

您最好與醫生討論建議事項清單和藥物清單。在與醫生、藥劑師和其他醫療保健服務提供者交流時，帶上這份總結。請隨時更新並隨身帶著藥物清單（例如，和您的身份證放在一起），以免您去醫院或急診室。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將自動讓您參保該計劃，並將相關資訊傳送給您。如果您決定不參保，請通知我們，我們會把您撤出。如對該計劃有任何問題，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

第 6 章：
您為 D 部分藥物支付的費用

第 1 部分　　您為 D 部分藥物支付的費用

本章中使用的「藥物」指的是 D 部分處方藥。並非所有藥物都是 D 部分藥物。某些藥物依法不在 D 部分承保範圍內。排除在 D 部分保險外的一些藥品享受 Medicare A 部分或 B 部分保險，或 Medicaid 保險。

要瞭解支付資訊，您需要先瞭解哪些藥物在承保範圍內、您要在哪裡配處方藥，以及您在購買承保藥物時應遵循什麼規則。第 5 章對規則作出解釋。當您使用我們計劃的「即時福利工具」(**caremark.com**)查詢藥物承保範圍時，您看到的費用是您預計需要支付的自付費用的估算值。您還可以致電會員服務部 866.986.0356，獲得「即時福利工具」提供的這一資訊。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

如果您的處方藥費用獲得 Extra Help，您怎樣獲得藥品費用的資訊？

我們的大多數會員都符合從 Medicare 獲得 Extra Help 以支付其處方藥計劃費用的資格，並且正在獲得 Extra Help。如果您已獲得 Extra Help，**本*承保福利說明*中有關 D 部分處方藥費用的部分資訊可能不適用於您。**我們給您寄送了單獨附加頁，稱作*獲得處方藥付款 Extra Help 者承保福利說明附加條款*（也稱作*低收入輔助水準附加條款*或*低收入補助(LIS)附加條款*），透過該附加頁告知您有關處方藥保險的資訊。如果您沒有此附加頁，則請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711），並申領*低收入補助(LIS)附加條款*。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

第 1.1 節 您可能要為承保藥物支付的自付金額類型

您可能需要支付以下三種類型的 D 部分承保藥物自付費用：

- **自負額**，即為在我們的計劃開始支付其分攤費用前，您支付的藥費。
- **自付費用**，即您每次配處方藥時支付的一筆固定金額。
- **共同保險**，即您每次配處方藥時支付的總費用的一個百分比。

第 1.2 節 Medicare 如何計算您的自付金額

Medicare 已制訂規則，規定哪些可計入您的自付金額，哪些則不能計入其中。我們必須遵守這些規則來記錄您的自付金額。

這些付費將 包含 在您的自付金額之內。

您的自付金額**包括**下列付費（只要是為 D 部分承保藥物支付的費用，並且您遵守了第 5 章所述的藥物保險規則）：

- 當您處在以下藥品支付階段時所支付的藥費金額：
  - 自負額階段。
  - 初始保險階段。
- 加入我們的計劃前，您在本行事曆年度內作為其他 Medicare 藥物計劃會員所支付的任意費用
- 家人或朋友為您的藥物支付的任何費用
- 由 Medicare、雇主或工會醫療保險、印度健康服務、藥物輔助計劃 、 State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)和大多數慈善機構 Extra Help 為您的藥物支付的任何費用。

進入重病保險階段：

您（或代表您的藥費支付方）在該日曆年內的自付總額達到$2,100 後，從初始保險階段進入重病保險階段。

這些付費 <u>不包含</u> 在您的自付金額之內。

您的自付金額**不包括**任何此類付款：

- 您的月計劃保費
- 您在美國及其屬地之外購買的藥品
- 我們的計劃不予承保的藥品
- 您從不符合我們計劃網絡外保險要求的網絡外藥房購買的藥品
- 非 D 部分藥品，其中包括：由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及 Medicare 承保範圍之外的其他藥品
- 由某些保險計劃和政府資助的保健計劃（例如：TRICARE 以及退役軍人管理局 (VA)）為您支付的藥費
- 由有法律義務支付處方藥費（例如：工傷津貼）的第三方為您支付的藥費
- 製藥廠根據製造商折扣計劃支付的費用

*提示：*如果有諸如以上所列的任何其他組織為您支付了部分或全部的藥費自付金額，則您應透過致電會員服務部 866.986.0356 告知我們的計劃。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

追蹤您的自付費用總額

- 您收到的 *D 部分福利說明(EOB)*中包含您目前的自付費用總額。當該金額達到 $2,100 時，*D 部分福利說明*將告知您，您已離開初始保險階段，並已進入重病保險階段。
- **確保我們擁有所需要的相關資訊。**請參閱第 3.1 節，瞭解您能做些什麼來幫助確保我們對於您支付情況的記錄具有完整性以及時效性。

第 2 部分 *MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)*會員的藥品支付階段

*MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)*的藥品保險有**三個藥品支付階段**。您為每種處方藥支付的金額取決於您在配藥或續藥時所處的階段。本章解釋了每個階段的細節。這些階段為：

- **第 1 階段：年度自負額階段**
- **第 2 階段：初始保險階段**
- **第 3 階段：重病保險階段**

第 3 部分 您*的 D 部分福利說明*解釋了您所處的支付階段

我們的計劃會追蹤您的處方藥費用，以及您在藥房取得處方藥時所支付的費用。這樣，我們就能夠在您從一個藥費支付階段進入下一個階段時通知您。我們追蹤兩種類型的費用：

- **自付金額：**這是您支付的金額。這包括您在獲得承保的 D 部分藥物時支付的費用、家人或朋友為您的藥物支付的任何費用，以及由 Medicare、雇主或工會健康計劃、TRICARE、印度健康服務、愛滋病藥物援助計劃、慈善機構和大多數 State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)提供的 Extra Help 為您的藥物支付的任何費用。
- **藥物總費用：**這是為您的承保 D 部分藥物支付的所有款項總額。其中包括我們計劃支付的費用、您支付的費用以及其他計劃或組織為您的承保 D 部分藥物支付的費用。

如果您在上個月透過我們的計劃配了一張或多張處方，我們將向您傳送 *D 部分福利說明*。*D 部分福利說明*包括：

- **該月資訊。**該報告將向您提供您在前一月份所開處方藥的繳費詳細資訊。其中顯示了藥物總費用、我們的計劃支付的費用以及您和其他人為您支付的費用。
- **自 1 月 1 日起的當年總額。**報告將顯示自年初起的藥費總額以及為您支付的藥費總額。
- **藥品價格資訊。**其中顯示了總藥價，以及相同數量的每個處方申領自首次配藥的價格上漲資訊。
- **可用的低成本替代處方藥品。**其中還顯示關於每個處方藥索賠的其他分攤費用較低的可用藥物資訊，如適用。

第 3.1 節 協助我們記錄您最新的藥費支付相關資訊

為記錄您的藥品費用以及您購買藥品支付的費用，我們使用我們從藥房獲得的相關記錄。以下為您可如何協助我們保持資訊的準確性與時效性：

- **每次配處方藥時都請出示您的會員卡。**這有助於我們確保我們瞭解您正在調配的處方藥以及您支付的費用。
- **確保我們擁有所需要的相關資訊。**有時候，您可能會支付處方藥的全額費用。在這種情況下，我們未能自動獲得記錄您的付現費用所需的資訊。為了協助我們記錄您的付現費用，請向我們提供您的收據副本。**在出現下列情況時，您應為我們提供您藥物收據的副本：**
    - 當您在網絡藥房以特惠價格或使用打折卡（並非我們計劃的福利）購買承保範圍內藥品時。
    - 當您為製藥商病患輔助計劃內的藥物提供自付費用時。
    - 任何時候您在網絡外藥房購買承保藥物或在特殊情況下支付承保藥物的全價。

- 如果您被要求支付承保藥品費用，則您可請求我們的計劃支付我們的分攤費用。有關如何進行此操作的說明，請參見第 7 章第 2 部分。

- **請向我們寄送其他人為您購藥的相關付款資訊。**由某些其他人士或組織支付的費用也將算在您的自付金額之內。例如，由 State Pharmaceutical Assistance Program、AIDS drug assistance program (ADAP)、印第安醫療保健服務，以及慈善機構支付的費用都將計入您的自付金額之內。保留這些付款記錄，並將其寄送給我們，以便我們能夠記錄您的費用情況。
- **請核對我們寄送給您的書面報告。**您收到 *D 部分福利說明*後，請仔細查看，以確保資訊準確完整。如果您認為有所遺漏或有任何疑問，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）請務必保留這些報告。

第 4 部分　自負額階段。

由於我們的大多數會員都獲得協助支付處方藥費用的 Extra Help，因此自負額對大多數會員不適用。如果您獲得 Extra Help，則該支付階段規定對您不適用。

請參閱單獨插頁（*低收入補助(LIS)附加條款*），瞭解有關您的自負額的資訊。

如果您沒有獲得 Extra Help，自負額階段為您藥品保險的第一個支付階段。從您該年第一次配處方藥起，即進入此階段。當您處於此支付階段時，**您必須支付所有藥費**，直到您達到計劃的自負額，2026 年自負額為$615。自負額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。由於我們的計劃已將網絡內藥房的大部分藥物協商至較低價格，因此**全額費用**往往低於藥物的正常全價。全部費用不得超過最高公平價格加上 Medicare 藥品價格談判計劃下談判價格的藥品的配藥費用。

一旦您為第 3、4 和 5 級藥品支付了$615 的藥費，您就可以離開自負額階段並進入初始保險階段。

第 5 部分　　初始保險階段。

第 5.1 節　　您支付多少藥費取決於您購買的藥物和開處方的地點

在初始保險階段，我們的計劃將為您的承保藥品支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分（您的自付費用/共同保險額）。根據藥品和開處方地點的不同，您的分攤費用也將各不相同。

本計劃有五(5)個費用分攤層級

本計劃「藥物清單」中的每一種藥品都處於這五(5)大分攤費用層級中的某一級。通常，分攤費用級數越高，您的藥品價格也就越高：

- 第 1 級包括偏好學名藥和作為學名藥的品牌藥。
- 第 2 級包括學名藥和作為學名藥的品牌藥。
- 第 3 級包括偏好學名藥和作為品牌藥的學名藥。
- 攤費用最高的第 4 級包括非偏好藥品。
- 第 5 級包括專用藥品。

您為第 3、4 和 5 級一個月用量的每一種承保胰島素產品支付不超過$35。

要尋找您的藥品位於分攤費用的哪一層級，請查閱我們計劃的「藥物清單」。

藥房的選擇

您支付多少藥費取決於您是否從以下地點購買藥品：

- 網絡內零售藥房
- 不在我們計劃網絡內的藥房。我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房開具的處方藥。有關我們將於何時承保網絡外藥房開出的處方藥的資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

- 我們計劃的郵購服務。

有關這些藥房選擇以及處方開立的更多資訊，請參見第 5 章的內容以及 **metroplusmedicare.org** 上我們計劃的藥房名錄。

第 5.2 節 您支付的*一個月*用量承保藥物的費用

在初始保險階段，您的承保藥品分攤費用將為自付費用或共同保險方式。

自付費用或共同保險金額的多少取決於分攤費用層級。

有時候，藥品的費用低於您的自付費用。這種情況下，您支付較低的藥價，而不是支付自付費用。

您支付的一個*月*用量 D 部分承保藥物的費用

層級	標準零售-網絡內費用分攤 （最多 30 天用量）	郵購分攤費用 （最多 30 天用量）	長期護理(LTC)分攤費用 （最多 31 天用量）	網絡外分攤費用 （僅限特定情況下承保；請參閱第 5 章） （最多 30 天用量）
分攤費用第 1 級 偏好學名藥	自付費用為$0	自付費用為$0	自付費用為$0	自付費用為$0
分攤費用第 2 級 學名藥	自付費用為$0	自付費用為$0	自付費用為$0	自付費用為$0

分攤費用第 3 級 偏好品牌藥	• 根據您的 Extra Help，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付	• 根據您的 Extra Help，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付	• 根據您的 Extra Help，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付	根據您的 Extra Help，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付

層級	標準零售-網絡內費用分攤 （最多 30 天用量）	郵購分攤費用 （最多 30 天用量）	長期護理(LTC)分攤費用 （最多 31 天用量）	網絡外分攤費用 （僅限特定情況下承保；請參閱第 5 章） （最多 30 天用量）
	費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）	費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）	費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）	費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）

分攤費用第 4 級 非偏好藥品	• 根據您的「Extra Help」，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 27%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付	• 根據您的「Extra Help」，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 27%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付費用	• 根據您的「Extra Help」，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 27%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付	• 根據您的「Extra Help」，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 27%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付

層級	標準零售-網絡內費用分攤 （最多 30 天用量）	郵購分攤費用 （最多 30 天用量）	長期護理(LTC)分攤費用 （最多 31 天用量）	網絡外分攤費用 （僅限特定情況下承保；請參閱第 5 章） （最多 30 天用量）
	費用 或者 27%共同保險（若未享受 Extra Help）	或者 27%共同保險（若未享受 Extra Help）	費用 或者 27%共同保險（若未享受 Extra Help）	費用 或者 27%共同保險（若未享受 Extra Help）

分攤費用第 5 級 專業級藥品	• 根據您的「Extra Help」，您需要支付：對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或	• 根據您的「Extra Help」，您需要支付：對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或	• 根據您的「Extra Help」，您需要支付：對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或	• 根據您的「Extra Help」，您需要支付：對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或

層級	標準零售-網絡內費用分攤 （最多 30 天用量）	郵購分攤費用 （最多 30 天用量）	長期護理(LTC)分攤費用 （最多 31 天用量）	網絡外分攤費用 （僅限特定情況下承保；請參閱第 5 章） （最多 30 天用量）
	$12.65 自付費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）	$12.65 自付費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）	$12.65 自付費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）	$12.65 自付費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）

無論是屬於哪個費用分攤層級，對於我們計劃所承保的一個月用量的每種胰島素產品，您支付的金額將不超過$35，即使您沒有支付自負額。

有關 D 部分疫苗費用分攤的更多資訊，請參閱第 8 節。

第 5.3 節 如果您的醫生所開的處方藥不足一個月用量，則您將不需支付整個月用量的費用

通常，您為藥品支付的金額包括整個月的藥量。有時，您或您的醫生可能希望您的藥品供應量少於一個月（例如，當您首次嘗試某種藥品）。如果能幫您更好地規劃不同處方的補給日期，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配取少於一個月用量的藥品。

如果您收到的某些藥品不足一個月用量，您將不需要購買整個月份用量的藥品。

- 如果您有責任支付共同保險，則您將支付藥費總額的*百分比*。由於共同保險基於藥物的總費用，因此您的費用將會較低，因為藥物的總價較低。
- 如果您需要支付藥品的自付費用，則您只需按接受藥物的天數支付，而非整個月。我們將計算您每天要支付的藥費金額（每日費用分攤率）並將其乘以您得到的藥品的使用天數。

第 5.4 節 您支付的長期（最多 100 天）用量 D 部分承保藥物的費用

對於某些藥品，您可以獲得長期供應（也稱為「延期供應」）。長期供應最長為 100 天。

您支付的*長期*（最多 100 天）用量 D 部分承保藥物的費用

層級	標準零售分攤費用（網絡內）（最多 100 天用量）	郵購分攤費用（最多 100 天用量）
分攤費用第 1 級 偏好學名藥	自付費用為$0	自付費用為$0
分攤費用第 2 級 學名藥	自付費用為$0	自付費用為$0

層級	標準零售分攤費用（網絡內） （最多 100 天用量）	郵購分攤費用 （最多 100 天用量）
分攤費用第 3 級 偏好品牌藥	• 根據您的 Extra Help，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）	• 根據您的 Extra Help，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 25%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付費用 或者 25%共同保險（若未享受 Extra Help）

層級	標準零售分攤費用（網絡內）（最多 100 天用量）	郵購分攤費用（最多 100 天用量）
分攤費用第 4 級 非偏好藥品	• 根據您的 Extra Help，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 27%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付費用 或者 27%共同保險（若未享受 Extra Help）	• 根據您的 Extra Help，您需要支付： 對於學名藥（包括作為學名藥的品牌藥）： $0 自付費用或 $1.60 自付費用或 $5.10 自付費用或 27%共同保險（若未享受 Extra Help） • 對於品牌藥（包括作為品牌藥的學名藥）： $0 自付費用或 $4.90 自付費用或 $12.65 自付費用 或者 27%共同保險（若未享受 Extra Help）
分攤費用第 5 級 專業級藥品	第 5 級藥物不提供長期用量配藥。	第 5 級藥物不提供長期用量配藥。

無論是屬於哪個費用分攤層級，對於我們計劃所承保最多 2 個月用量的每種胰島素產品，您支付的金額將不超過$70；3 個月用量的產品，金額不超過$105，即使您沒有支付自負額。

第 5.5 節 直到您當年的自付金額達到$2,100 之前，您都將停留在初始保險階段

在您的付現費用達到$2,100 之前，您都將停留在初始保險階段。然後，您將進入重病保險階段。

您收到的 *D 部分福利說明*將協助您記錄您自己、我們的計劃以及任何第三方在該年度為您支付的費用。並非所有會員都會在一年內達到$2,100 的自付限額。

如果您達到了此上限，我們將會通知您。有關 Medicare 如何計算您的付現費用的更多相關資訊，請參閱第 1.3 節。

第 6 部分 重病保險階段

在重病保險階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。您在該日曆年度的自付金額達到$2,100 上限後，即符合重病保險階段資格。一旦進入重病保險階段，直到該日曆年末前，您都將停留在這一階段。

- 在此支付階段，您無需為承保 D 部分藥品支付費用。

第 8 部分 您為 D 部分疫苗支付的費用

關於您為疫苗支付的費用的重要資訊-有些疫苗被視為醫療福利，包含在 B 部分中。其他疫苗被視為 D 部分藥物。您可在我們計劃的「藥物清單」中找到這些疫苗。我們的計劃免費承保大部分成人 D 部分疫苗，即使您沒有支付自負額。請查閱我們計劃的「藥物清單」，或致電會員服務 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711），瞭解特定疫苗的承保範圍及費用分攤詳情。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

針對 D 部分疫苗的保險有兩部分：

- 第一部分保險為**疫苗本身**的費用。
- 第二部分則針對**為您提供疫苗**的費用。（有時候，這又稱為疫苗的「接種」。）

您的 D 部分疫苗費用取決於三個方面：

1. **免疫接種諮詢委員會(ACIP)是否建議成人接種該疫苗。**
   - 大多數成人 D 部分疫苗都是根據 ACIP 建議提供的，您無需支付費用。
2. **您接種疫苗的地點。**
   - 疫苗本身可能由藥房配發或者由醫生診室提供。
3. **誰為您提供疫苗。**
   - 藥劑師或其他服務提供者可以在藥房為您接種疫苗。或者，服務提供者也可以在醫生診所為您接種疫苗。

您在接種 D 部分疫苗時支付的費用根據相關情況以及您所處的**藥品支付階段**而定。

- 當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全部費用和提供者為您提供疫苗的費用。您可要求本計劃向您償付我們的分攤費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，這意味著您將獲得全額償付。
- 在其他情況下，當您接種疫苗時，您只需支付 D 部分福利中您應承擔的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付費用。

以下是您可能獲得 D 部分疫苗的三種方法範例。

情形 1： 您可以在網絡內藥房接種 D 部分疫苗。（您是否做出此種選擇取決於您的居住地點。某些州不允許藥房提供某些疫苗。）

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您將向藥房支付疫苗本身的自付費用，其中包括為您接種疫苗的費用。
- 我們的計劃將支付這些費用的其餘部分。

情形 2： 您可以在您醫生的診所接種 D 部分疫苗。

- 您在接種疫苗時，將需要支付包括疫苗本身和疫苗接種服務費（給服務提供者）在內的全部費用。
- 然後，您可按照第 7 章所描述的流程，要求本計劃支付我們的分攤費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得全額償付。對於其他 D 部分疫苗，您獲得的償付金額為您支付的總金額減去您為疫苗支付的自付費用（包括接種服務費）。

情形 3： 您在網絡內藥房購買了 D 部分疫苗本身，然後將其帶至您醫生的診所，並在那裡接受了疫苗接種。

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付疫苗本身的費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您將向藥房支付疫苗本身的自付費用。
- 您的醫生為您接種疫苗後，您可能需要為此服務支付全額費用。
- 然後，您可以按照第 7 章中的程序，要求我們計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得全額償付。

第 7 章：
要求我們為您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付我們的分攤費用

第 1 部分　　您應要求我們支付承保服務或藥物的分攤費用的情況

我們的網絡內服務提供者直接向我們的計劃傳送您的承保服務和藥品帳單。如果您收到有關您獲得的醫療服務或藥品所有費用的帳單，應將帳單寄給我們，以便我們完成支付。當您把帳單寄給我們後，我們將查看該帳單，然後判斷這些服務和藥物是否在承保範圍內。如果我們判定服務應該在承保範圍之內，我們將直接向服務提供者付款。

如果您已支付了我們計劃承保的 Medicare 服務或項目，您可要求我們的計劃把這部分費用支付給您（通常也稱作**償付**）。無論何時，只要您為我們計劃承保的醫療服務或藥品支付的金額多於自己的分攤費用，都有權要求我們的計劃對您進行返還。您可能必須滿足一些截止時間要求，才能獲得償付。請參閱本章的第 2 節。當您把您已付款的帳單寄給我們後，我們將查看該帳單，然後判斷這些服務或藥品是否在承保範圍內。如果我們判定這些服務或藥品應該在承保範圍之內，我們將把相關款項支付給您。

還有些時候，您可能會收到來自服務提供者的帳單，要求您支付已獲得的醫療保健的全額費用，或者要求您支付的費用超過您的分攤費用。首先，嘗試與服務提供者一起解決帳單問題。如果無法解決，您應將此帳單寄送給我們，而不是自行付帳。我們將查看該帳單，然後判斷這些服務是否在承保範圍內。如果我們判定服務應該在承保範圍之內，我們將直接向服務提供者付款。如果我們決定不支付，我們將通知服務提供者。您不應當支付超過計劃允許的分攤費用的金額。如果是簽約服務提供者，則您依然享有治療權。

以下為您可能要求我們計劃對您進行補償或支付您已收到的帳單的情況範例：

1。 您獲得計劃網絡外服務提供者提供的急診或緊急需要的醫療保健

- 您可接受任意服務提供者（不論該服務提供者是否為我們網絡的一部分）提供的急診服務或緊急需要的服務。在這種情況下，請要求服務提供者給我們的計劃開帳單。
- 如果您在接受護理時自己支付了全部費用，則應要求我們向您償付我們的分攤費用部分。請將帳單以及您所有的付款單據寄送給我們。
- 您可能從提供者處收到帳單，要求您支付，而您認為這不該由您來支付。請將該帳單以及您所有的付款單據寄送給我們。
    - o 如果您欠了服務提供者任何費用，我們將直接支付給服務提供者。
    - o 如果您已經支付了超過您應承擔的服務費用，我們將確定您所欠的金額並向您償還我們分擔的費用。

2. 當您認為您不應該支付網絡內服務提供者向您寄送的帳單時

網絡內服務提供者應始終把帳單直接寄給我們的計劃。但是，有時候他們也會發生錯誤，因而要求您支付的金額多於您的分攤費用。

- 您接受承保的服務後，僅需支付您的分攤費用即可。我們不允許服務提供者新增額外的單獨費用（所謂的**開具差額帳單**）。即使我們付給服務提供者的費用少於其所收取的服務費用，並且，即使出現爭議，我們並未向服務提供者支付某些費用，該保護措施（即，您的支付金額絕對不需要多於您的分攤費用）也同樣適用。我們不允許服務提供者向您收取已承保服務的費用。我們會直接對提供者付費，保護您不被收費。即使我們支付給提供者的服務費用沒有提供者要求的多，這一點也同樣適用。
- 無論何時，只要您認為您從網絡內服務提供者處收到的帳單金額高於您應支付的金額，則請將此帳單寄送給我們。我們將直接聯絡服務提供者，並解決該帳單問題。
- 如果您已向網絡內服務提供者支付了帳單，但您認為您支付的金額過多，您應把帳單和相關的付款文件寄給我們。要求我們償付您所支付金額與您參保我們計劃應支付的金額之間的差額。

3. 如果您在可追溯日期加入我們的計劃

有時候，個人參保我們的計劃的歷史是可以追溯的。（即過去某天為其加入本計劃的第一天。該加入日期甚至可能是去年的某個日期。）

如果您在可追溯日期參保我們的計劃，並在加入日期後為任意承保服務或藥物支付了現金費用，則您可要求我們將我們的分攤費用返還給您。您需要向我們提交收據和帳單等相關文書，以便我們處理核退問題。

4. 當您使用網絡外藥房以為處方配藥時

如果您光顧網絡外的藥房，則該藥房可能無法直接向我們提交索賠。發生這種情況時，您需要支付您的處方的全額費用。

當您要求我們向您返還我們的分攤費用時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。請記住，我們只在有限的情況下承保網絡外藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解有關這些情況的更多資訊。我們可能不會向您支付您在網絡外藥房支付的藥物費用與我們在網絡內藥房支付的費用之間的差額。

5. 當您由於沒有隨身帶著我們的計劃會員卡而需要支付處方的全額費用時

如果您沒有隨身帶著我們的計劃會員卡，則可要求藥房致電我們的計劃或尋找我們的的計劃參保資訊。如果藥房無法立刻找到他們所需要的加入資訊，則您可能需要自行支付該處方的全額費用。

當您要求我們向您償付我們的分攤費用時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。如果您支付的現金價格高於我們對該處方的協商價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

6. 當您在其他情況下支付處方的全額費用時

您可能發現藥品因某種原因不在承保範圍之內，因此需要支付該處方的全額費用。

- 例如：藥物可能不在我們計劃的「藥物清單」內；或者，其可能有您所不瞭解或認為不適用於您的要求或限制。如果您決定立即購買該藥品，則您可能需要支付該藥品的全額費用。

- 當您要求我們對您進行補償時，請保留您的憑據並將副本寄送給我們。在某些情況下，我們可能需要從您的醫生處獲得更多資訊，以便向您返還我們的藥品分攤費用。如果您支付的現金價格高於我們對該處方的協商價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

當您把付款申請寄給我們後，我們將審核您的申請，然後判斷這些服務或藥品是否在承保範圍內。這稱為**保險決定**。如果我們判定這些服務或藥品應該在承保範圍之內，我們將支付相關的分攤費用。如果我們拒絕了您的支付請求，您可對我們的決定進行上訴。第 9 章介紹了如何提出上訴。

第 2 部分　　如何要求我們向您進行補償或支付您收到的帳單

您可以透過向我們傳送書面請求來要求我們對您進行償付。如果您傳送書面請求，請同時傳送您的帳單和您已支付的任何款項的文件。您最好將您的帳單複印一份留存起來。**您必須在獲得服務、物品之日起一年內**，或**在收到藥物之日起 3 年內**，向我們提交索賠。

確保您向我們提供做決定所需的一切資訊，您可完成申請表填寫以提出支付要求。

- 您不必使用此表格，但這將協助我們更快速地處理這些資訊。做出決定所需的資料包括您的姓名、服務日期、獲得的物品或服務，等等。
- 從我們網站(**metroplusmedicare.org**)上下載此表格的副本，或者致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711）索取表格副本。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

要申請**醫療費用的款項支付**，請將您的支付要求連同您的任何帳單或收據傳送至以下地址：

MetroPlusHealth Plan
Complaints Manager
50 Water Street, 7th fl.
New York, NY 10004

要申請**藥品費用的款項支付**，請將您的支付要求連同您的任何帳單或已付收據傳送至以下地址：

Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

第 3 部分　　我們將考慮您的付款請求，然後予以同意或拒絕

收到您的付款請求後，我們將告知您是否需要提供更多資訊。否則，我們將考慮您的請求，然後作出保險決定。

- 如果我們判定該醫療護理或藥品在承保範圍內，同時您已遵守了所有規則，我們將支付我們的服務或藥物分攤費用。如果您已支付了該服務或藥品的費用，我們將為您償付我們的分攤費用，並將其寄送給您。如果您支付了藥物的全額費用，您可能無法獲得全額償付（例如，如果您在網絡外藥房獲得藥物，或者如果您為藥物支付的現金價格高於我們協商的價格）。如果您尚未支付該服務或藥品的費用，我們將把付款直接寄送給服務提供者。
- 如果我們判定該醫療護理或藥品*不*在承保範圍內，或者您*未*能遵守所有的規則，我們將不支付我們對護理或藥品的分攤費用。我們將向您傳送信函，說明我們沒有寄送您所請求的付款的原因，以及您對決定進行上訴的權利。

第 3.1 節　　如果我們告訴您我們將不支付醫療保健或藥物的全部或部分費用，您可以進行上訴

如果您認為我們在拒絕您的付款請求時或者在我們支付的金額方面出現了錯誤，您都可以進行上訴。如果您進行上訴，也就意味著您在我們拒絕您的付款請求後，要求我們變更已作出的決定。上訴流程為包含詳細流程和重要時限在內的正式流程。有關如何提出上訴的詳情，請參閱第 9 章。

第 8 章：
您的權利和責任

第 1 部分　我們的計劃必須尊重您的權利和文化敏感性

第 1.1 節　我們必須向您提供適合您並符合您的文化敏感性的資訊（英文之外的語言版本、盲文、大號印刷體或其他格式等）

我們的計劃必須確保以理解文化的方式並面向所有參保人（包括英語水準有限、閱讀能力有限、患有聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人群）提供所有的服務，包括臨床和非臨床服務。我們的計劃滿足上述無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或聽力障礙電傳（文字電話或電傳打字機電話）連接。

本計劃可提供免費的語言翻譯服務，能夠回答母語並非英語的會員提出的問題。如果您需要，我們還可以免費為您提供除英語以外的語言材料，包括西班牙語和中文、盲文、大號字型或其他替代格式。我們需採用您可獲得及適合您的形式向您提供我們計劃福利的相關資訊。要以合適方式從我們公司處獲得資訊，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

本計劃必須向女性參保人提供在網絡內就女性常規和預防性保健服務直接獲得女性保健專科醫師提供的服務的選項。

如果計劃網絡中某一專科的醫生無法提供服務，則我們的計劃有責任尋找網絡外專科醫生為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需要支付網絡內的分攤費用。如果您遇到了我們計劃網絡內沒有專科醫師可提供您需要的承保服務的情況，請致電我們的計劃，諮詢怎樣以網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您在以便於您使用且適合您的格式獲得計劃資訊、看女性健康專科醫師或找網絡內專科醫師方面遇到任何困難，請致電會員服務部 866.986.0356，向我們的計劃提出申訴。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）您也可以透過致電 800.MEDICARE (800.633.4227) 向 Medicare 提出投訴或直接向民權辦公室提出投訴：800.368.1019 或聽力障礙電傳：800.537.7697。

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos.Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés.También podemos proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, incluyendo español y chino, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita.Debemos brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted.Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 866.986.0356.(Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados, de 9 a.m. a 5 p.m.(Servicio de contestador automático fuera del horario de atención:800.442.2560。)

Nuestro plan debe ofrecer a las afiliadas la opción de acceso directo a una especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si los proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria.En este caso, solo pagará el costo compartido de la red.Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que

cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde obtener este servicio con el costo compartido de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para ver a una especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista en la red, llame para presentar una queja con nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 866.986.0356.(Los usuarios de TTY deben llamar al 711).El horario es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados, de 9 a.m. a 5 p.m.(Servicio de contestador automático fuera del horario de atención:800.442.2560).También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 800.MEDICARE (800.633.4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 800.368.1019 o TTY 800.537.7697.

第 1.2 節 我們必須確保您能及時獲得承保的服務和藥物

您有權選擇我們計劃網絡內的主治醫生(PCP)提供並安排您的承保服務。您也有權在無轉診的情況下去看女性保健專家（例如婦科醫生）。

您有權*在合理的時限內*得到我們計劃網絡內服務提供者的預約和承保服務。其中包括在您需要護理時得到專科醫生提供的及時服務。您還有權在無長時延誤的情況下在任意網絡內藥房開立處方或再次開立處方。

若您認為您未在合理時間內獲得醫療護理或 D 部分藥品，第 9 章將告訴您要做什麼。

第 1.3 節 我們必須保護您個人健康資訊的隱私

聯邦和州立法律保護您的醫療記錄和個人健康資訊隱私。依照這些法律的要求，我們也保護您的個人健康資訊。

- 您的個人健康資訊包括：您加入本計劃時提交給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療及健康資訊。
- 您擁有獲得資訊以及控制您健康資訊使用方式的權利。我們將向您發出名為*隱私條例通知*的書面通知，其中將向您闡述這些權利並說明我們將如何保護您的健康資訊隱私。

我們該如何保護您的健康資訊隱私?

- 我們將確保未授權人員不能看到或變更您的記錄。
- 以下情況除外，如果我們打算將您的健康資訊交給任何並非向您提供護理或為您支付護理費用的人員，*都需要首先獲得您或由您授予法律權力能夠為您做出決策的人的書面許可*。
- 某些特殊情況下，我們無需首先獲得您的書面許可。這些特例是法律允許或要求的。
    - 我們需要向檢查護理品質的政府機構公開健康資訊。
    - 由於您是透過 Medicare 參保我們計劃的會員，我們需將您的健康資訊（包括有關您 D 部分處方藥的資訊）提交給 Medicare。如果 Medicare 將您的資訊用於研究或其他用途，則應根據聯邦法令與法規進行操作；通常，這要求不共享那些可唯一識別您身份的資訊。

您可從記錄中查看該資訊，並瞭解該資訊是如何與他人分享的

您有權查看由我們計劃保留的病歷紀錄，並獲得記錄的副本。我們可向您收取複印費。您也有權要求我們對您的醫療記錄進行增補或修正。如果您要求我們這麼做，我們將與您的保健服務提供者合作，決定是否應作出這種變更。

您有權瞭解您的健康資訊是如何基於任何非常規原因與其他人共享的。

如果您對您的個人健康資訊有任何疑問或顧慮，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560）。

第 1.4 節 我們必須將與我們的計劃、網絡內的服務提供者以及承保服務相關的資訊提交給您

作為 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的會員，您有權從我處獲得幾種資訊。

如果你需要下列任何資訊，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560）：

- **有關我們計劃的資訊。**其中包括諸如有關我們計劃財務狀況的資訊。
- **關於網絡內服務提供者和藥房的相關資訊。**您有權獲得有關網絡內服務提供者和藥房資質以及我們如何向網絡內服務提供者進行支付的相關資訊。
- **有關您的保險以及您使用保險時必須遵守的規則的資訊。**第 3 章和第 4 章概述了關於醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供有關 D 部分藥品保險的資訊。
- **有關不承保原因以及您該如何處理的資訊。**第 9 章提供了有關要求書面解釋醫療服務或 D 部分藥品不獲承保的原因，或您的承保範圍是否受到限制的資訊。第 9 章還說明了如何要求我們變更決定（又被稱為「上訴」）。

第 1.5 節 您有權瞭解您的治療選項並參與決定您的護理問題

您有權透過醫生及其他醫療保健服務提供者獲得完整資訊。您的服務提供者*必須以您可以理解的方式*向您說明您的醫療狀況和治療選項。

您還有權全面參與決定您的保健相關問題。為幫助您與醫生共同制訂最適宜於您的治療決定，您的權利包括如下方面：

- **瞭解您所有的選項。**您有權瞭解針對您的狀況所推薦的所有治療選項（不論其費用多少或是否由我們的計劃承保）。其還包括瞭解本計劃為幫助會員進行藥物治療管理和安全用藥而提供的計劃。
- **瞭解風險。**您有權瞭解與您的護理相關的所有風險。您必須提前瞭解任何醫療保健或治療是否為研究性實驗的一部分。您始終可選擇拒絕任何實驗性治療。
- **說「不」的權利。**您有權拒絕任何建議治療。其中包括離開醫院或其他醫療設施的權利（即使您的醫生建議您請勿離開）。您還有權停止使用藥物。如果您拒絕治療或停止服藥，您將對因此而產生的身體狀況承擔全部責任。

如果您無法自行作出醫療決定，您有權就如何處理作出指示

有時候，人們可能會由於事故或重病而無法自行作出保健決定。如果遇到這種情況，您有權表達希望事情該怎樣處理。這也就是說，*如果您想，*就可以：

- 填寫書面表格，在您無法自己作出決定時，**授予某人為您作出醫療決定的法定權力。**
- **給予您的醫生書面指示**，表明您在自己無法作出決定後希望他們怎樣處理您的醫療保健服務。

在這些情況下，您可以提前用來提供指示的法律文件稱為**預先指示。**名為**生前遺囑**及**醫療保健委託書**的文件就是預先指示的範例。

如何設立預先指示以給出指示：

- **獲得表格。**您可從律師、社工或部分辦公用品商店中獲得預先指示表格。有時候，您可從給予人們 Medicare 相關資訊的組織獲得預先指示表格。請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）索取表格。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
- **填寫表格並簽名。**不論您從哪裡獲得該表格，該表格屬於法律文件。考慮請律師協助您製備該表格。
- **將表格的副本交給合適的人。**將表格的副本交給您的醫生以及您在表格中指明無法作出決定時可為您作出決定的人員。您可能想將表格副本交給您的好友或家庭成員。請務必在家中保留一份副本。

如果您提前預知自己將要住院，並已簽署了預先指示，**請隨身帶一份副本入院。**

- 醫院將詢問您是否已簽署預先指示表以及您是否將其隨身攜帶。
- 如果您未簽署預先指示表，醫院有可用的表格，並將詢問您是否希望簽署一份。

填寫預先指示由您自己決定（包括您在醫院時是否希望簽署該表格）。根據法律規定，沒有人可以根據您是否已簽署預先指示拒絕為您提供護理服務或對您有所歧視。

如果他人未遵守您的指示

如果您已簽署了預先指示，並認為醫生或醫院未遵照指示中的內容行事，您可提起投訴

The New York State Department of Health
Bureau of Managed Care
Certification and Surveillance
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, NY 12237-0062
800.206.8125
managedcarecomplaint@health.ny.gov

第 1.6 節 您有權進行投訴並要求我們重新考慮已作出的決定

如果您有任何問題、疑慮或投訴，需要申請保險或提出上訴，請參閱本文件第 9 章。無論您做什麼 - 要求作出保險決定、上訴或投訴 - **我們都必須對您公平以待。**

第 1.7 節 如果您認為自己受到了不公平的對待，或者您的權利沒有得到尊重

如果您認為您受到了不公平的對待，或者由於種族、殘障、宗教、性別、健康、民族、信條（信仰）、年齡或原國籍問題而致使您的權利沒有受到尊重，您應致電美國衛生與公眾服務部的**民權辦公室**（800.368.1019 或聽力障礙電傳使用者請致電 800.537.7697），或者致電您當地的民權辦公室。

如果您認為自己受到了不公平的對待，或者您的權利沒有*得*到*尊*重，並且這與歧視無關，您可以從以下地方獲得幫助來解決您遇到的問題：

- **請致電我們計劃的會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）**
- **致電您當地的 SHIP**：有關更多資訊，請參閱第 2 章第 3 節

- **請致電 Medicare**800.MEDICARE (800.633.4227)（聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048）。
- **致電 Medicaid 和州監察員計劃**：有關更多資訊，請參閱第 2 章第 6 節

第 1.8 節 如何獲得有關您的權利的更多資訊

從以下位置獲得有關您的權利的更多資訊：

- **請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）**
- **致電您當地的 SHIP** 800.701.0501。有關更多資訊，請參閱第 2 章第 3 節。
- **聯絡 Medicare**
  - 瀏覽 **medicare.gov**，閱讀出版物 *Medicare 權利和保護*（網址：**Medicare 權利和保護**）。
  - 請致電 800.633.4227(800.633.4227)（聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048）

第 2 部分 您作為我們計劃會員的責任

作為我們計劃會員需要履行的職責已列出如下。如需幫助，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

- **熟悉您的承保服務以及您為獲得承保服務而必須遵守的規則** 。使用此*承保福利說明*，瞭解哪些是為您承保的服務，以及您為獲得承保服務而必須遵守的規則。
  - 第 3 章和第 4 章闡述了有關醫療服務的詳細資訊。
  - 第 5 章和第 6 章闡述了有關 D 部分藥品保險的詳細資訊。

- **如果除了我們計劃之外，您還有其他健康保險或藥品保險，則您必須告知我們。**第 1 章介紹了對這些福利的協調。
- **告訴您的醫生和其他保健服務提供者您已參保我們的計劃。**每當獲得醫療保健或購買 D 部分藥品時，請出示我們的計劃會員卡和 Medicaid 卡。
- **向您的醫生和其他服務提供者提供資訊、提出問題並堅持接受護理治療，協助他們為您提供幫助。**
    - 要獲得最佳護理服務，請將您的健康問題告知醫生和其他健康服務提供者。堅持遵守您和您的醫生都認同了的治療方案和指導。
    - 確保您的醫生瞭解您正在服用的所有藥品（包括非處方藥、維生素和膳食補充劑）。
    - 如果您有任何問題，一定要提出來，並確保您能理解對方的解答。
- **為他人著想。**我們希望會員能尊重其他病患的權利。我們也希望您在行事時能夠有助於您醫生的辦公室、醫院和其他辦公室的順利營運。
- **支付欠款**。作為計劃會員，您應負責支付以下費用：
    - 您必須支付我們的計劃保費。
    - 您必須繼續支付您的 Medicare 保費，才能繼續成為我們計劃的會員。
    - 對於我們計劃承保的大部分醫療服務或藥品，您必須在購買這些服務或藥品時支付您的分攤費用。
    - 如果您被要求支付延遲參保罰款，則您必須支付該罰款，才能令您的處方藥保持在承保範圍之內
- **如果您在我們的服務區域*內*搬遷，我們需要知道，**以便能夠更新您的會員資格記錄並瞭解您的聯絡方式。
- **如果您要搬遷到我們計劃服務區域*之外*的地方，您將無法保持我們計劃的會員資格。**
- **如果您要搬遷，請告知 Social Security（或 Railroad Retirement Board）。**

第 9 章：
如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）

第 1 部分　　若有疑問或顧慮，您該怎麼做

本章闡述了處理問題與疑慮的多種程序。您用於處理問題的流程取決於 2 點：

1. 您的問題是關於 **Medicare** 還是 **Medicaid** 承保的福利。如果您希望獲得決定是使用 Medicare 程序或是 Medicaid 程序或兩者，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
2. 您遇到的問題類型：
   - 針對某些問題，您需要使用**保險決定和上訴程序。**
   - 針對其他問題，您需要使用**投訴程序**（也被稱為申訴）。

兩個程序均已獲得 Medicare 的認可。每一流程均有一套我們必須遵循的規則、程序和時限。

本章中的資訊將幫助您確定要採用的正確程序以及您需要採取的行動。

第 1.1 節　　法律術語

本章中闡述了部分規則、程序以及截止日期類型的法律術語。其中很多術語對於大部分人來說都較為陌生。為了方便起見，本章使用了更多熟悉的詞語來代替一些法律術語。

然而，有時瞭解正確的法律術語很重要。為協助您瞭解應使用哪些術語以獲得正確協助或資訊，我們在說明處理特定情況的細節時，會包含這些法律術語。

第 2 部分　　從何處獲得更多資訊和個人化援助

我們始終竭誠為您服務。即使您對我們對待您的方式有不滿，我們也有義務尊重您的投訴權利。如需幫助，請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）某些情況下，您可能還希望從與我們沒有聯絡的人員處獲得幫助或指導。有兩個組織可以提供協助：

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)。

每個州都有一個政府設立的計劃，其中有接受過訓練的諮詢師。該計劃與我們或任何保險公司或醫療保險均沒有聯絡。該計劃中的法律顧問可協助您瞭解您應使用哪個程序處理正面臨的問題。他們還能夠回答問題、為您提供更多資訊，並就該怎麼做提供指導意見。

SHIP 法律顧問所提供的服務為免費服務。您會在本文件第 2 章第 3 部分找到電話號碼和網站 URL。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 獲得幫助：

- 請致電 800.633.4227(800.633.4227)，每週 7 天，每天 24 小時。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。
- 請瀏覽 **medicare.gov**。

您還可從 Medicaid 獲得協助和資訊

您還可在處理問題時聯絡紐約州 Medicaid，獲得更多資訊和協助。要直接從 Medicaid 取得資訊，您可以致電紐約州 Medicaid 計劃部門 800.541.2831，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 1 點（聽力障礙電傳 711）。您也可以瀏覽紐約 Medicaid 網站：

health.ny.gov/health_care/medicaid。您也可以在本文件的第 2 章第 6 節中找到 Medicaid 電話號碼和網站 URL。

- 您可以致電會員服務部 800.541.2831 （聽力障礙電傳 711），週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 1 點。
- 您可以寄信至當地社會服務部門(LDSS)。在以下網址找到您的 LDSS 的地址：**health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss**

- 您也可以瀏覽紐約州 Medicaid 網站：**health.ny.gov/health_care/medicaid**

第 3 部分　使用哪個流程來解決您的問題

因為您享有 Medicare 保險，並獲得 Medicaid 協助，您可使用不同的程序來處理您的問題或投訴。您使用的程序取決於您遇到的問題是關於 Medicare 福利還是 Medicaid 福利。如果您的問題是關於 Medicare 承保的福利，應使用 Medicare 程序。如果您的問題是關於 Medicaid 承保的福利，應使用 Medicaid 程序。如果您希望獲得決定是使用 Medicare 程序或是 Medicaid 程序，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

Medicare 流程和 Medicaid 流程在本章的不同部分分別進行介紹。要找到您應閱讀的部分，請使用下表。

您的問題是關於 Medicare 福利還是 Medicaid 福利?

我的問題是關於 **Medicare** 福利。

請參閱**第 4 節，處理有關您 Medicare 福利的問題。**

我的問題是關於 **Medicaid** 保險。

請參閱**第 12 節，處理有關您 Medicaid 福利的問題。**

第 4 部分　　處理有關您 Medicare 福利的問題

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關?

其中包括與醫療保健（醫療項目、服務和/或 B 部分藥品）是否被承保及其承保方式相關的問題，以及涉及醫療保健或處方藥付款的問題。

是。

請參閱**第 5 節，保險決定和上訴指南。**

否。

請參閱**第 11 節，怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題。**

承保決定和上訴

第 5 部分　　保險決定和上訴指南

保險決定和上訴處理與您的福利以及醫療服務與處方藥保險（福利、項目和 B 部分藥品，包括付款）相關的問題。為保持簡潔，我們通常將醫療項目、服務和 Medicare B 部分藥品統稱為**醫療保健**。您使用保險決定和上訴流程來解決諸如某項服務或藥品是否被承保及其承保方式等問題。

在獲得服務前請求保險決定

如果您希望在接受到某項醫療保健前瞭解其是否在承保範圍之內，就可以要求我們為您作出保險決定。保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的醫療保健支付的金額作出的決定。例如，如果我們計劃網絡內的醫生將您轉診至一個網絡外專科醫師，那麼這是一個有利的保險決定。除非您或您的網絡內醫生可以證明您收到了該專科醫師的標準拒絕通知，或者*承保福利說明*清楚表明在任何情況下都不承保該轉診服務。您或您的醫生還可以聯絡我們，要求我們在您的醫生不確定我們是否將承保某項特殊醫療服務或拒絕提供您認為您需要的醫療保健時作出保險決定。

在有限的情況下，保險決定請求將被駁回，這意味著我們不會審核該請求。請求會被駁回的範例有：請求不完整，代表您提出請求的人員沒有獲得合法授權，或者您要求撤回請求。如果我們駁回了保險決定請求，我們將傳送通知，解釋為什麼該請求被駁回，以及如何要求對該駁回進行覆核。

我們在確定承保的內容以及我們應支付的金額時，就是在為您作出保險決定了。某些情況下，我們可能判定某種醫療保健不在承保範圍之內，或者不再為您對其進行承保了。如果您對該保險決定有異議，可進行上訴。

上訴

如果我們作出保險決定，不管時間是在接受福利前還是在接受福利後，並且您感到不滿意，您可以對決定提出**上訴**。上訴是一種要求我們覆核和變更已作出的保險決定的正式方法。在某些情況下，您可以要求對承保範圍決定進行加急或**快速上訴**。您的上訴將由作出原始決定者之外的不同審核員進行處理。

當您首次對某一決定提起上訴時，這稱為第 1 級上訴。在該上訴中，我們將對我們作出的保險決定進行審核，以檢查我們是否恰當地遵循了規則。當我們完成審查，我們將向您提供我們的決定。

在有限的情況下，第 1 級上訴請求將被駁回，這意味著我們不會審核該請求。請求會被駁回的範例有：請求不完整，代表您提出請求的人員沒有獲得合法授權，或者您要求撤回

請求。如果我們駁回了第 1 級上訴請求，我們將傳送通知，解釋為什麼該請求被駁回，以及如何要求對該駁回進行審核。

如果我們完全或部分拒絕了您針對醫療保健提出的第 1 級上訴，您的上訴將自動進入第 2 級上訴，並由與我們無關的獨立審查組織進行處理。

- 您無需採取任何行動即可開始第 2 級上訴。根據 Medicare 規則的要求，如果我們並不完全同意您的第 1 級醫療保健上訴，我們會自動將您的上訴傳送至第 2 級上訴。
- 有關第 2 級醫療護理上訴的更多資訊，請參閱**第 6.4 節**。
- 第 7 節討論了 D 部分上訴。

如果您對第 2 級上訴作出的決定仍不滿意，則您可繼續進行其他層級的上訴（本章解釋了第 3、4 和 5 級上訴程序）。

第 5.1 節　　尋求協助以作出保險決定或進行上訴

以下是您決定要求作出任何類型的保險決定或對某決定進行上訴時可使用的資源：

- **請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）**
- 從所在州的 State Health Insurance Assistance Program **獲得免費幫助**
- **您的醫生可為您提出請求。**如果您的醫生協助您進行第 2 級之後的上訴，則需要指定他們為您的代表。請致電會員服務部，索取*代表委任表*。（您也可從以下網站下載該表格：**CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**。）
    - 對於醫療護理問題，您的醫生可代表您要求作出保險決定或進行第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒，則其將自動轉入第 2 級。

- 對於 D 部分藥品問題，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求作出保險決定或者提起第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被駁回，您的醫生或處方醫生可以申請第 2 級上訴。

- **您可以請其他人作為您的代表。**您可指定另一人作為您的代表代替您來要求承保決定或提出上訴。
  - 如果您希望您的朋友、親戚或他人作為您的代表，請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711），並索取*代表委任*表格。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）（您也可從以下網站下載該表格：**CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**。）該表格准許此人作為您的代表。表格上必須有您和您希望由其作為您代表的人士的簽名。您必須向我們提交一份已簽署的表格。
  - 我們可以接受沒有表格的代表的上訴請求，但在收到表格之前，我們無法完成審核。如果我們在對您的上訴做出決定的截止日期前沒有收到該表格，您的上訴請求將被駁回。如果發生這種情況，我們將向您寄送書面通知，說明您的權利 - 要求獨立審查組織審核我們駁回您的上訴的決定。

- **您還有權聘請律師。**您可以聯絡您自己的律師，或從當地律師協會或其他轉介服務處獲得律師的姓名。如果您符合資格，可從某些團體取得免費的法律服務。但是，**您不需要聘請律師**以要求作出任何形式的保險決定或對某項決定進行上訴。

第 5.2 節　　不同情況下的規則和截止日期

涉及保險決定和上訴的情況共有四種。每種情況均有不同規則和時限。我們給出了每種情況的詳細資訊：

- **第 6 節：**醫療護理：如何要求作出保險決定或進行上訴
- **第 7 節：**D 部分藥物：如何要求作出保險決定或進行上訴

- **第 8 節：**如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保
- **第 9 節：**如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保（*僅適用於以下服務*：家庭保健、專業護理機構保健以及綜合門診復健機構(CORF)服務）

如果您不確定哪些資訊適用於您，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）您還可以所在州的 SHIP 獲得協助或資訊。

第 6 部分　　醫療護理：如何要求作出保險決定或進行上訴

第 6.1 節　　當您在獲得醫療保健保險時遇到困難或者當您希望我們向您返還您護理費用中我們的分攤部分時該怎麼做

您的醫療保健福利在《醫療福利表》的第 4 章中有所描述。在某些情況下，不同的規則適用於 B 部分藥品請求。在這些情況下，我們將解釋 B 部分藥品的規則與醫療項目和服務的規則有何不同。

本節闡述了您處在以下任意五種情況之一時可以採取的做法：

1。您未獲得您想要的某些醫療保健，而您認為該計劃將承保此保健。**要求作出保險決定。第 6.2 節.**
2. 我們的計劃不認可您的醫生或其他醫療服務提供者希望為您提供的醫療護理服務，但您認為我們的計劃承保該項保健服務。**要求作出保險決定。第 6.2 節.**
3. 您得到了您認為在我們的計劃承保範圍之內的醫療保健，但是，我們已表明我們將不支付此保健費用。**進行上訴。第 6.3 節.**
4. 您得到並已支付了您認為在我們的計劃承保範圍之內的醫療保健，並希望我們的計劃為您償付該保健費用。**將帳單寄送給我們。第 6.5 節.**

5. 您得知某種您一直在接受且我們之前也已認可了的醫療保健保險將降低保額或停止承保，您認為降低或停止該保健的保險費用將有害於您的健康。**進行上訴。第 6.3 節.**

注意：如果將要被停止的保險針對的是住院治療、家庭醫療保健、專業康復機構保健或綜合門診復健機構(CORF)服務，請參閱第 8 節和第 9 節。這些類型的保健服務適用特殊規則。

第 6.2 節 如何要求我們作出保險決定

法律術語：

保險決定涉及您的醫療保健時，稱為**組織裁定。**

「快速保險決定」又名「**加急裁定**」。

步驟 1：決定您需要「標準保險決定」還是「快速保險決定」。

如果醫療項目或服務受我們事先授權規則的約束，標準保險決定通常在 7 個日曆日內做出；對於所有其他項目和服務，則通常在 14 個日曆日內做出；對於 B 部分藥品，則通常在 72 小時內做出。醫療服務的「快速保險決定」通常在 72 小時內作出，而對於 B 部分藥物，則在 24 小時內作出。*僅當*標準時限將嚴重危及您的健康，損害您恢復功能的能力時，您方可獲得快速保險決定。

如果您的醫生告訴我們，您因健康問題需要我們作出快速保險決定，我們將自動同意為您作出快速保險決定。

如果您在沒有醫生支援的情況下，自行要求獲得快速保險決定，我們將決定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。如果我們不核准快速保險決定，我們將向您傳送一封信函：

- 解釋我們將使用標準截止日期。
- 解釋如果您的醫生要求快速保險決定，那麼我們將自動為您作出快速保險決定。
- 解釋如果我們為您作出標準保險決定而非您所要求的快速保險決定，您該如何提出快速投訴。

步驟 2：要求我們的計劃作出保險決定或快速保險決定。

- 由向本計劃致電、寫信或傳真的方式向我們提出授權或為您希望獲得的醫療保健提供保險的請求。您、您的醫生或您的代表都可以這樣做。第 2 章列出了聯絡資訊。

步驟 3：我們考慮您的醫療保健保險請求，並為您作出答覆。

對於標準保險決定，我們使用標準截止日期。

這意味著，我們將在收到您對受我們事先授權規則約束的醫療項目或服務的請求後 7 個日曆日內給您答覆。如果您請求的醫療項目或服務不受我們事先授權規則約束，我們將在收到您的請求後 14 個日曆日內給您答覆。如果您請求的是 B 部分藥品，我們將在收到您的請求後 72 小時內給您答覆。

- **但是，**如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多或許有益於您的資訊，我們**可最多再用 14 個日曆日的時間**（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們要多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 B 部分藥品的請求，則我們不能延長決定時間。
- 如果您認為我們*不應該*延長決定時間，您可進行快速投訴。我們將在做出決定後儘快答覆您的投訴。（投訴程序不同於要求作出保險決定和上訴的程序。有關投訴的資訊，請參閱本章第 11 節。）

對於快速保險決定，我們使用加急期限。

快速保險決定意味著如果您提出關於醫療項目或服務的請求，我們將在 72 個小時內給您答覆。若您請求 B 部分藥品，我們將在 24 小時內向您作出答覆。

- **但是，**如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多有益於您的資訊，**我們最多可能延長 14 個日曆日的時間。**如果我們要多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 B 部分藥品的請求，則我們不能延長決定時間。
- 如果您認為我們*不應該*延長決定時間，您可進行*快速投訴*。（請參閱第 11 節瞭解有關投訴的資訊。）我們作出決定後就會立即向您致電。

- 如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。

步驟 4：如果我們拒絕您針對醫療保健承保的申請，您可以提出上訴。

如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮該決定。上訴意味著再次要求獲得您想要的醫療保健保險。如果您上訴，則表示您將進入第 1 級上訴程序。

第 6.3 節 如何進行第 1 級上訴

法律術語：

針對我們計劃醫療保健保險決定進行的上訴叫作計劃**重新審議**。

「快速上訴」又稱為「**加急覆議**」。

步驟 1：決定您需要「標準上訴」還是「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 30 個日曆日內作出，對於 B 部分藥物，則在 7 個日曆日內作出。
「快速上訴」通常在 72 小時內作出答覆。

- 如果您要對我們針對保健保險作出的決定提出上訴，您和/或您的醫生需要決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們您因健康問題需要進行快速上訴，我們將為您進行快速上訴。
- 獲得「快速上訴」的要求與本章第 6.2 節所述的「快速保險決定」要求相同。

步驟 2：向我們的計劃提出上訴或快速上訴

- **如果您要求進行標準上訴，則請提交標準書面上訴。**您可致電我們以要求上訴。第 2 章列出了聯絡資訊。
- **如果您要求快速上訴，您可提出書面上訴或致電我們。**第 2 章列出了聯絡資訊。
- **您必須在我們向您發出書面通知**（告訴您我們針對保險決定作出的答覆）之日 65 個日曆日內提出上訴請求。如果您錯過了此截止日期並有充分的錯失理由，請在您提出上訴時說明延遲上訴的理由。我們將給您更多時間進行上訴。充分理由範例包

括：因重病無法聯絡我們，或我們向您提供了錯誤或不完整的上訴截止日期相關資訊。

- **您可以索取與您的醫療決定相關的資訊副本。您和您的醫生可以新增更多資訊，來為您的上訴提供支撐。**我們可向您收取複印並寄送此資訊的費用。

步驟 3：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

- 我們審核您的上訴後，我們將仔細檢查所有資訊。我們將核查我們在拒絕您的請求時是否遵守了所有的規則。
- 我們將收集更多需要的資訊，可能會聯絡您或您的醫生。

「快速上訴」時限

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**提供答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
  - 如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多或許有益於您的資訊，我們**可最多再用 14 個日曆日**的時間（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們要多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 B 部分藥品的請求，則我們不能延長時間。
  - 如果我們未能在 72 小時內（或者如果我們延期，則在延長期限末）給您答覆，我們將按照要求將您的請求自動送入第 2 級上訴程序，在這一階段，將由獨立審查組織對其進行審核。第 6.4 節解釋了第 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您所提出的部分或全部要求**，就必須在接到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們已同意提供的保險。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將以書面形式向您傳送我們的決定，並自動將您的上訴轉交給獨立審查組織進行第 2 級上訴。獨立審查組織收到您的上訴後，將以書面形式通知您。

「標準上訴」時限

- 對於標準上訴，我們必須在**收到您的上訴後 30 個日曆日內**提供答覆。若您請求您尚未得到的 B 部分藥品，我們就將在接到您的上訴後 **7 個日曆日內**為您作出答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
    - 但是，如果您需要更多時間，或者如果我們需要更多或許有益於您的資訊，我們**可最多再用 14 個日曆日的時間**（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）。如果我們要多花幾天時間，我們將書面告知您。如果您提出關於 B 部分藥品的請求，則我們不能延長決定時間。
    - 如果您認為我們*不應該*延長決定時間，您可進行快速投訴。您提交快速投訴後，我們將在 24 小時內針對您的投訴提供答覆。（請參閱**第 11 節**瞭解有關投訴的資訊。）
    - 如果我們未能在截止日期前（或延長期限結束前）給您答覆，我們會將您的請求傳送給第 2 級上訴，由獨立審查組織進行審核。第 6.4 節解釋了第 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，就必須在 30 個日曆日（如果您提出關於醫療項目或服務的請求）或 **7 個日曆日內**（如果您提出關於 B 部分藥品的請求）授權或提供保險。
- **如果我們的計劃拒絕您所提出的部分或全部上訴，**我們將自動將您的上訴提交給獨立審查組織，進行 2 級上訴。

第 6.4 節　　第 2 級上訴程序

法律術語：

該獨立審查組織的正式名稱為**「獨立審查實體」**。有時又稱 **IRE。**

獨立審查組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。該組織與我們沒有聯絡，且並非政府機構。該組織判定我們的決定是否正確，或者是否應當變更我們的決定。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：獨立審查組織將對您的上訴進行覆核。

- 我們將把您的相關上訴資訊寄送給該組織。該資訊又稱**個案卷宗。您有權向我們索取您的個案卷宗副本。**我們可向您收取複印並寄送此資訊的費用。
- 您有權向該獨立審查組織提供額外資訊，來為您的上訴提供支撐。
- 獨立審查組織的審核員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

如果您在第 1 級過程中進行了快速上訴，則您在第 2 級過程中也將提起「快速上訴」。

- 對於快速上訴，獨立審查組織審核組織必須在收到您的上訴後 **72 小時內**對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 如果您提出關於醫療項目或服務的請求，以及獨立審查組織需要收集更多或許有益於您的資訊，則其**可最多再用 14 個日曆日**的時間。如果您提出關於 Medicare B 部分藥品的請求，則獨立審查組織不能延長決定時間。

如果您在 1 級過程中進行了標準上訴，則您在 2 級過程中也將提起標準上訴。

- 對於標準上訴，如果您提出關於醫療項目或服務的請求，獨立審查組織必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日內**對您的第 2 級上訴作出答覆。如果您提出關於 B 部分藥品的請求，則獨立審查組織必須在接到您的上訴請求後 **7 個日曆日內**對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 如果您提出關於醫療項目或服務的請求，以及獨立審查組織需要收集更多或許有益於您的資訊，則其**可最多再用 14 個日曆日**的時間。如果您提出關於 Medicare B 部分藥品的請求，則獨立審查組織不能延長決定時間。

步驟 2：獨立審查組織將對您作出答覆。

獨立審查組織將書面告知您他們的決定並說明作出該決定的原因。

- **如果獨立審查組織認同了您針對醫療物品或服務的部分或全部請求，**我們就必須在收到獨立審查組織作出的針對**標準請求**的決定後 **72 小時**內授權醫療保健保險或在 14 個曆日內提供服務。對於**加急請求**，我們從收到獨立審查組織的決定開始有 **72 小時**的時間。

- **如果獨立審查組織認同了您的部分或全部 B 部分藥品請求**，我們就必須在收到獨立審查組織作出的針對**標準請求**的決定後的 **72 小時內**授權或提供 B 部分藥品。對於**加急請求**，我們從收到獨立審查組織的決定開始有 **24 小時**的時間。
- **如果獨立審查組織拒絕了您的部分或全部請求，**就意味著他們認同我們的計劃關於不應核准您的醫療保健保險請求（或您的部分請求）的決定。（這被稱為**維持決定**或**駁回上訴。**）在這種情況下，獨立審查組織會向您傳送一封信函：
    - 解釋該決定。
    - 通知您，如果醫療護理保險的金額達到您請求的特定最低金額，您有權提出第 3 級上訴。您收到來自獨立審查組織的書面通知將向您說明，您必須達到多少金額才能繼續上訴流程。
    - 告訴您如何提出第 3 級上訴。

步驟 3：如果您的個案符合要求，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴等級（共有 5 個上訴等級）。如果您決定提起 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您 2 級上訴後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。第 10 節闡述了第 3、4 和 5 級上訴程序。

第 6.5 節　　如果您要求我們支付您已收到的醫療保健帳單中我們的分攤費用

我們不能直接償付您的 Medicaid 服務或項目。如果您收到的帳單超出 Medicaid承保服務和項目的自付費用，請將此帳單傳送給我們。**請勿自己支付帳單。**我們將直接聯絡服務提供者並且將妥善處理此問題。您確實支付了此帳單，那麼假如您遵守了獲得服務或項目的規則，您就可以獲得該醫療保健服務提供者的退款。

要求償付即要求我們作出保險決定

如果您向我們傳送要求償付的文書，則表示您在要求作出保險決定。為作出此決定，我們將核查您支付的醫療保健是否為承保範圍內的服務。我們還將核查您是否遵守使用醫療護理保險的規則。

- **如果我們同意您的請求：**如果醫療護理在承保範圍內，並且您遵守了所有規則，我們通常會在收到您的請求後 30 個日曆日內，但不遲於 60 個日曆日，向您支付我們應承擔的費用。如果您尚未支付醫療保健的費用，我們將直接把費用支付給醫療服務提供者。
- **如果我們拒絕您的請求：**如果醫療保健服務不在承保範圍內，或者您*未*遵守所有的規則，我們將不支付費用。相反，我們將向您致信，說明我們將不支付醫療保健費用以及拒絕支付的原因。

如果您不同意我們拒絕您的這一決定，**您可進行上訴。**如果您進行上訴，也就意味著您在我們拒絕您的付款請求後，要求我們變更已作出的保險決定。

如欲提出此項上訴，請遵循第 6.3 節中的上訴程序。有關償付的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 60 個日曆日內提供我們的答覆。如果您要求我們償付您已得到並支付的醫療保健服務，則您將不能要求進行快速上訴。
- 如果獨立審查組織決定我們應當支付費用，我們就必須在 30 個日曆日內向您或服務提供者支付費用。如果在第 2 級以後的任意上訴階段，針對我們上訴的答覆為「是」，我們就必須在 60 個日曆日內向您或服務提供者支付您所要求的費用。

第 7 部分　D 部分藥物：如何要求作出保險決定或進行上訴

第 7.1 節　本節闡述了當您在獲得 D 部分處方藥時遇到困難或者當您希望我們為您償付您的 D 部分處方藥時該怎麼做

您的福利包括多種處方藥保險。要被承保，就必須針對醫學公認的病症用藥。（有關醫學公認病症的更多資訊，請參閱第 5 章。）有關 D 部分藥品、規則、限制和費用的詳細資

訊，請參閱第 5 章和第 6 章。**本節僅與您的 D 部分藥品相關。**為簡潔起見，我們在本節其餘部分統稱*「藥品」*，而非每次都重複表述*「承保門診處方藥」*或*「D 部分藥品」*。我們還使用「藥物清單」這個詞，而不是*承保藥品清單*或處方一覽表。

- 如果您不知道某種藥品是否在承保範圍內，或者您是否符合規定，您可以向我們諮詢。有些藥品需要您獲得我們的核准，然後我們才會承保。
- 如果藥房告訴您，您的處方無法以書面形式開立，藥房將向您傳送一份書面通知，說明如何聯絡我們並要求我們作出保險決定。

D 部分保險決定和上訴

法律術語：

有關您 D 部分藥品的初始保險決定稱作「**保險決定**」。

保險決定是我們對您享有的福利和保險，或我們為您的藥品支付金額作出的決定。本節向您介紹在以下情況下您該如何操作：

- 要求對不在我們計劃「藥物清單」上的 D 部分藥品進行承保。**申請特例處理。第 7.2 節**
- 要求免除我們計劃對某藥品保險的限制（例如對您可獲得的藥品數量的限制）。**申請特例處理。第 7.2 節**
- 對於承保的較高分攤費用級的藥品要求支付較低分攤費用金額。**申請特例處理。第 7.2 節**
- 要求獲得一種藥品的事先核准。**要求作出保險決定。第 7.4 節**
- 支付您已經購買的處方藥費用。**要求我們對您進行償付。第 7.4 節**

如果您對我們已作出的保險決定有異議，則可對我們的決定提起上訴。

本節向您介紹如何要求承保決定，如何要求上訴。

第 7.2 節 尋求特例處理

法律術語：

要求承保不在藥物清單上的藥物屬於**處方一覽表特例。**

要求取消對藥物承保的限制屬於**處方一覽表特例。**

要求為承保非偏好藥品支付較低的價格屬於**層級劃分特例。**

如果某種藥品並非以您所希望的方式承保，則您可要求我們提供**特例。**特例是保險決定的一種。

為了讓我們考慮您的特例處理申請，您的醫生或其他處方醫生將需要解釋您需要我們核准此特例的醫療理由。以下為您或您的醫生或其他處方醫生可以要求我們提供的特例的三(3)個範例：

1. **承保不在我們的「藥物清單」中的 D 部分藥物。**如果我們同意為不在「藥物清單」上的藥品進行承保，您將需要支付適用於第 4 級品牌藥或第 2 級學名藥的分攤費用金額。您不能要求我們對我們要求您支付的藥費分攤費用提供特例。
2. **取消承保藥品的限制。**第 5 章介紹了適用於《藥物清單》上某些藥品的額外規則或限制。如果我們同意提供特例並為您免除限制，您可以要求我們對我們要求您支付的藥品分攤費用金額提供特例。
3. **將某種藥品的保險變更至較低的分攤費用級。**本計劃藥品清單中的每一種藥都處於這五(5)大分攤費用層級中的某一級。通常，分攤費用級數越低，您將支付的分攤藥費也就越少。
   - 如果我們的《藥物清單》上包括可治療您醫療疾病且處於低於您服用藥品的分攤費用等級的替代藥品，您可要求我們以適用於該替代藥品等級分攤費用金額對您的藥品進行承保。
   - 如果您服用的藥品是生物製劑，您可要求我們以較低分攤費用的金額對其進行承保。這將是包含治療您的疾病的生物製品替代品的最低等級。

- 如果您服用的藥物是品牌藥，您可要求我們以適用於包含可治療您疾病的品牌替代藥物的最低分攤費用等級的金額對其進行承保。
- 如果您服用的藥物是普通藥物，您可要求我們以適用於包含可治療您疾病的品牌或普通替代藥物的最低分攤費用等級的金額對其進行承保。
- 如果我們核准您的層級劃分特例請求，且存在超過一個較低的分攤費用等級有您無法服用的替代藥品，您一般可支付最低費用。

第 7.3 節 要求特例處理理應瞭解的重要事項

您的醫生必須向我們告知醫療理由。

您的醫生或其他處方醫生必須向我們提交說明，解釋申請特例處理的醫療理由。為令我們更快地作出決定，請在要求得到特例時，將您的醫生或其他開藥者提供的醫療資訊包含其中。

我們的藥物清單通常包含多種用於治療特定疾病的藥物。這些可供選擇的不同藥品被稱為**替代**藥品。如果某種替代性藥品與您所要求的藥品有著相同的效用，並不會產生副作用或導致其他健康問題，我們一般將不會核准您的特例請求。如果您向我們要求等級特例處理，我們一般不會核准您的特例請求，除非較低分攤用等級的所有替代藥品均無法對您產生相同的效果，或者可能對您有副作用或任何損害。

我們可以同意或拒絕您的請求

- 如果我們核准了您的特例請求，我們的核准有效期通常為我們計劃的年末。只要您的醫生繼續為您開出該藥品，並且此藥品在治療您的症狀時仍安全有效，這就是真的。
- 如果我們拒絕了您的請求，您可以透過上訴要求再次進行審核。

第 7.4 節 如何要求我們作出保險決定（包括特例）

法律術語：

快速保險決定又名**加急保險裁定**。

步驟 1：決定您需要「標準保險決定」還是「快速保險決定」。

標準保險決定 - 在我們收到您醫生說明後的 **72 小時**內作出答覆。**快速保險決定**在我們收到您醫生說明後的 **24 小時**內作出答覆。

如果您因健康問題需要，可要求我們為您作出「快速保險決定」。**要獲得快速保險決定，您必須滿足兩個要求：**

- 您必須申請尚未收到的藥品。（您不能要求快速保險決定償付您已購買的藥品。）
- 使用標準時限可能嚴重危及您的健康，或者損害您的功能能力。
- **如果您的醫生或其他處方醫生告訴我們，您因健康問題需要我們作出快速保險決定，我們將自動為您作出快速保險決定。**
- **如果您在沒有醫生或處方醫生支援的情況下，自行要求獲得快速保險決定，我們將自行確定您的健康是否需要我們為您作出快速保險決定。**如果我們不核准快速保險決定，我們將向您傳送一封信函：
    - 解釋我們將使用標準截止日期。
    - 解釋如果您的醫生或處方醫生要求我們做出快速保險決定，我們將自動為您做出快速保險決定。
    - 解釋如果我們為您作出標準保險決定而非您所要求的快速保險決定，您如何提出快速投訴。我們將在收到投訴後 24 小時內答覆您。

步驟 2：申請標準保險決定或快速保險決定。

由向我們的計劃致電、寫信或傳真的方式向我們提出授權或為您希望獲得的醫療保健提供保險的請求。您也可透過我們的網站獲得保險決定程序。我們必須接受所有的書面請求，其中包括：以 *CMS 範本保險裁定申請書*形式提交的請求，此表格可從我們的網站 **metroplusmedicare.org** 上下載。第 2 章列出了聯絡資訊。為了幫助我們處理您的請求，請提供您的姓名、聯絡資訊以及表明您正在申訴理賠被拒的資訊。

您、您的醫生（或其他處方醫生）或您的代表都可以這樣做。您亦可聘請一名律師替您行事。本章的第 4 部分闡述了您可如何向他人授予書面許可以令其作為您的代表。

- **如果您正在申請特例處理，則請提供「支援性聲明」**，這是特例的醫學原因。您的醫生或其他處方醫生可向我們傳真或郵寄該說明。或者，您的醫生或其他開藥者可透過電話告訴我們，並且，如有需要，可傳真或郵寄書面說明進行追蹤。

步驟 3：我們將考慮您的請求並向您提供我們的答覆。

「快速保險決定」時限

- 我們通常必須在收到您的請求後 **24 小時內**給您答覆。
    - 對於特例，我們將在收到您的醫生的支援性聲明後 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
    - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行審核。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，就必須在接到您的請求或您醫生的說明（用以支援您的請求）後 24 小時內提供我們已同意提供的保險。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，**我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

有關對您尚未獲得的藥物的「標準承保決定」的時限

- 我們通常必須在收到您的請求後 **72 小時內**給您答覆。
    - 對於特例，我們將在收到您的醫生的支援性聲明後 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
    - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行審核。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，就必須在接到您的請求或您醫生的說明（用以支援您的請求）後 **72 小時**內提供我們已同意提供的保險。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，**我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

有關已購買藥品付款的「標準承保決定」時限

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**提供我們的答覆。

- 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行審核。

- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，也必須在接到您的請求後 14 個日曆日內為您進行支付。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，**我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的保險請求，則您可提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮該決定。上訴意味著再次要求獲得您想要的藥物保險。如果您提出上訴，則表示您將進入第 1 級上訴程序。

第 7.5 節　　如何進行第 1 級上訴

法律術語：

針對我們的計劃 D 部分藥品保險決定進行的上訴叫作計劃重新裁定。

快速上訴又稱為**加急重新裁定**。

步驟 1：決定您需要「標準上訴」還是「快速上訴」。

「標準上訴」通常在 7 個日曆日內作出答覆。「快速上訴」通常在 72 小時內作出答覆。若您的健康狀況有此需要，請要求「快速上訴」。

- 如果您正在對我們針對您尚未得到的藥品作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他開藥者將需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」的要求與本章第 7.4 節所述的「快速保險決定」要求相同。

步驟 2：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須聯絡我們，進行第 1 級上訴。如果您的健康問題需要快速回應，則您必須要求進行「快速上訴」。

- **對於標準上訴，請提交書面請求**或致電我們。第 2 章列出了聯絡資訊。

- **對於快速上訴，提出書面上訴，或者致電** 866.986.0356 聯絡我們（聽力障礙電傳：711），週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點，週六，上午 9 點至下午 5 點。 非工作時段，請致電：800.442.2560。第 2 章還列出了聯絡資訊。
- **我們必須接受任何書面**請求，包括在我們的網站 **metroplusmedicare.org** 上提供的 *CMS 模型重新確定申請表*上提交的請求。請附上您的姓名、聯絡資訊和有關您理賠的資訊，以協助我們處理您的請求。
- **您必須在我們向您發出書面通知**（告訴您我們針對保險決定作出的答覆）之日 65 個日曆日內提出上訴請求。如果您錯過了此截止日期並有充分的錯失理由，請在您提出上訴時說明延遲上訴的理由。我們將給您更多時間進行上訴。充分理由範例包括：因重病無法聯絡我們，或我們向您提供了錯誤或不完整的上訴截止日期相關資訊。
- **您可在上訴中索取資訊副本，並增加更多資訊。**您和您的醫生可以新增更多資訊，來為您的上訴提供支撐。我們可向您收取複印並寄送此資訊的費用。

步驟 3：我們將考慮您的上訴並向您提供我們的答覆。

- 我們覆核您的上訴後，我們將再次仔細檢查有關您的保險請求的所有資訊。我們將核查我們在拒絕您的請求時是否遵守了所有的規則。
- 我們將聯絡您或您的醫生或其他開藥者，以獲得更多資訊。

「快速上訴」時限

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**提供答覆。如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
    - 如果我們未能在 72 小時內給您答覆，我們就按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將有獨立審查組織對其進行審核。第 7.6 節解釋了第 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您所提出的部分或全部要求**，就必須在接到您的上訴後 72 小時內提供我們已同意提供的保險。

- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，**我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因，並告訴您該如何對我們的決定提起上訴。

有關對您尚未獲得的藥物的標準上訴的時限

- 對於標準上訴，我們必須在**收到您的上訴後 7 個日曆日內**提供答覆。如果您尚未得到該藥品且您的健康狀況需要我們這樣做，我們將更早為您作出決定。
    - 如果未能在 7 個日曆日內為您作出決定，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將有獨立審查組織對其進行審核。第 7.6 節解釋了第 2 級上訴流程。
- **如果我們同意您的部分或全部請求，**我們必須根據您的健康狀況儘快提供保險，但不得遲於我們收到您的上訴後的 **7 個日曆日**。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，**我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因，並告訴您該如何對我們的決定提起上訴。

有關已購買藥品付款的「標準上訴」截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**提供我們的答覆。
    - 如果未能滿足此截止日期，我們將按照要求將您的請求送至上訴程序的第 2 級；在這一階段，將由獨立審查組織對其進行審核。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「是」**，也必須在接到您的請求後 30 個日曆日內為您進行支付。
- **如果我們對您的部分或全部請求的回答為「否」，**我們將向您傳送書面說明，解釋拒絕原因。我們還將告訴您該如何上訴。

步驟 4：如果我們拒絕了您的上訴，則您可決定是否希望繼續執行上訴程序並提起*另一輪*上訴。

- 如果您決定繼續提起另一輪上訴，則表示您的上訴將進入第 2 級上訴程序。

第 7.6 節　　如何進行第 2 級上訴

法律術語

該獨立審查組織的正式名稱為**獨立審查實體**。有時又稱「**IRE**」。

獨立審查組織是由 Medicare 雇用的獨立組織。該組織與我們沒有聯絡，且並非政府機構。該組織判定我們的決定是否正確，或者是否應當變更我們的決定。Medicare 負責對其工作進行監督。

步驟 1：您（或者您的代表、您的醫生或其他處方醫生）必須聯絡獨立審查組織並要求對您的個案進行審核。

- 如果我們拒絕了您的第 1 級上訴，我們寄送給您的書面通知中將包括如何向獨立審查組織**提起第 2 級上訴的說明**。這些說明將闡述誰能夠進行第 2 級上訴、您必須遵守的截止日期，以及如何聯絡獨立審查組織。
- **您必須在書面通知日期起 65 個日曆日**內提出上訴請求。
- 如果我們沒有在適用的時間範圍內完成審核，或者根據我們的藥物管理計劃，對一個**「處於危險中」**的裁定作出了不承保決定，那麼我們將自動將您的請求提交給獨立審核實體。
- 我們將把您的相關上訴資訊寄送給獨立審查組織。該資訊又稱**個案卷宗。您有權向我們索取您的個案卷宗副本。**我們可向您收取複印並寄送此資訊的費用。
- 您有權向該獨立審查組織提供額外資訊，來為您的上訴提供支撐。

步驟 2：獨立審查組織將對您的上訴進行覆核。

- 獨立審查組織的審核員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

「快速上訴」的截止日期

- 如果您因健康問題而有需要，則可要求該獨立審查組織進行「快速上訴」。
- 如果獨立審查組織同意為您進行快速上訴，則其必須在接到您的上訴請求後 **72 小時內**對您的第 2 級上訴作出答覆。

「標準上訴」的截止日期

- 對於標準上訴，如果是關於您尚未收到的藥物，則獨立審查組織必須在接到您的上訴請求後 **7 個日曆日內**對您的第 2 級上訴作出答覆。如果您申請我們向您償付您已購買的藥品費用，獨立審查組織必須在接到您的第 2 級上訴後的 **14 個日曆日內**答覆您。

步驟 3：獨立審查組織將對您作出答覆。

對於「快速上訴」：

- **如果獨立審查組織同意您的部分或全部請求，**我們就必須在收到審核組織作出的決定後 **24 小時內**提供由獨立審查組織核准的藥品保險。

對於「標準上訴」：

- **如果獨立審查組織同意您的部分或全部保險請求，**我們就必須在收到獨立審查組織作出的決定後 **72 小時內**提供由獨立審查組織核准的藥品保險。
- **如果獨立審查組織核准了您的部分或全部已購買藥物的**償付請求，我們就必須在接到獨立審查組織作出的決定後 **30 個日曆日內向您支付該費用。**

如果獨立審查組織拒絕了您的上訴會怎樣?

如果獨立審查組織拒絕了您的部分或全部上訴，就意味著他們認同我們關於不應核准您的請求（或您的部分請求）的決定。（這被稱為**「維持決定」**。亦稱為**「駁回上訴」**）。在這種情況下，獨立審查組織會向您傳送一封信函：

- 解釋該決定。
- 通知您，如果藥品保險的美元值達到特定的最低金額，您有權提出第 3 級上訴。如果您正在請求的藥品保險美元值過低，則無法繼續上訴，同時，第 2 級的決定即為最終決定。
- 解釋要繼續上訴程序，爭議中必須涉及特定的美元值。

步驟 4：如果您的個案符合要求，您可選擇是否希望繼續進行上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴等級（共有 5 個上訴等級）。
- 如果您決定提起第 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您第 2 級上訴決定後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。第 10 節闡述了第 3、4 和 5 級上訴程序。

第 8 部分　如果您認為醫生太快讓您出院，該怎樣要求我們對較長的住院治療進行承保

住院後，您將有權獲得診斷及治療您的疾病或損傷所需的所有承保醫院服務。

在承保的您住院期間，您的醫生和醫務人員將配合您為您的出院之日做準備。他們將協助安排您出院後可能需要的護理服務。

- 您離開醫院的日期稱為「**出院日期**」。
- 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員將通知您。
- 如果您認為您過早被要求離開醫院，您可請求更長的住院時間，您的請求也將得到考慮。

第 8.1 節　住院治療期間，您將得到 Medicare 傳送的書面通知說明您的相關權利

住院後兩個日曆日內，您將收到名為*來自 Medicare 的有關您權利的重要訊息*的書面通知。每名 Medicare 參保人將收到一份這樣的通知。如果您未從醫院的人那裡收到此通知（例如個案員工或護士），請向任意醫務人員索取。若您需要協助，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）或 800.MEDICARE (800.633.4227)。（聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。）

1。　請認真閱讀此通知，如有不理解之處，敬請提出問題。該清單告訴您：

- 您有權在住院期間及出院以後，遵照醫囑得到 Medicare 承保的服務。其中包括有權知曉這些服務是什麼、誰將支付這些服務費，以及您可從何處得到這些服務。
- 您有權參與關於您住院情況的任何決定中。
- 向何處舉報您的住院治療服務品質相關問題。
- 如果您認為自己過早被要求出院，您有權**要求立即審核**您的出院決定。這是一種要求延遲出院日期的正式法律途徑，藉此，我們便可以為您承保更長時間的醫院治療服務。

2. 您需要簽署書面通知表明您已獲得並瞭解您的權利。

- 您或代表您的他人需要簽署該通知。
- 簽署該通知*僅*表明您已得到有關您權利的資訊。通知沒有給出您的出院日期。簽署該通知**並不意味著**您認同該出院日期。

3. **請保留您的通知副本**，以便在需要時可獲得關於進行上訴（或舉報護理服務品質相關問題）的資訊。

- 如果您在出院日期前 2 個日曆日以上時間簽署了該通知，則您將在規定出院前再得到一份副本。
- 若要提前查看本通知的副本，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）或 800.MEDICARE (800.633.4227)。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。您也可以線上取得通知：**CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**。

第 8.2 節 如何進行第 1 級上訴，以變更您的出院日期

若要請求我們承保更長時間的住院服務，請使用上訴程序提出請求。提起上訴前，請先瞭解必要事項及時限。

- **遵循程序**

- **遵守時限**
- **若有需要請尋求協助。**如果您有任何問題或需要幫助，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）或致電您所在州的 State Health Insurance Assistance Program 尋求個人化援助。SHIP 聯絡資訊見第 2 章第 3 節。

在第 1 級上訴期間，品質改善組織會對您的上訴進行審核。其將核查您的規定出院日期是否在醫學上適用於您。**品質改進組織**是由醫生和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受聯邦政府發放的薪酬，負責檢查和幫助提高 Medicare 會員的護理品質。其中包括對 Medicare 計劃參與者的出院日期進行審核。這些專家並非我們計劃的一部分。

步驟 1：聯絡您所在州的品質改善組織，並要求對您的出院情況進行立即審核。您必須迅速行動。

您該如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知（*來自 Medicare 的有關您權利的重要訊息*）將向您說明該如何聯絡該組織。或者在第 2 章中找到您所在州品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。

迅速行動：

- 要進行上訴，您*必須*在離開醫院*前*且**不遲於出院日期當天午夜**聯絡品質改進組織。
    - **如果您的時間符合此截止日期**，則您可在出院日期*後*繼續住在醫院裡（*無需付費*），等待品質改進組織為您作出決定。
    - **如果您的時間不符合此截止日期，請聯絡我們。**如果您決定在規定出院日期後繼續住在醫院裡，則*您將可能需要為*您在規定出院日期後得到的住院治療服務*支付所有費用*。
- 一旦您要求立即審核您的出院情況，品質改進組織將與我們聯絡。在他們聯絡我們之後一天的中午前，我們會向您提供一份**詳細出院通知。**該通知向您說明

您的規定出院日期並詳細解釋您的醫生、醫院以及我們認為您應該在該日期出院（醫學上是適合的）的原因。

- 要獲得**詳細出院通知**的樣本，您可致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）或 800.MEDICARE (800.633.4227)。（聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。）您也可以線上取得樣本通知：**CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**。

步驟 2：品質改善組織對您的個案進行獨立審核。

- 品質改善組織的健康專業人士（「審核員」）將詢問您（或您的代表）您為什麼認為我們應繼續對該服務進行承保。您無需準備書面材料，但是，如果您願意也可以準備。
- 審核員還將查閱您的醫療資訊、與您的醫生交談，並對醫院和我們已提交的資訊進行覆核。
- 在審核員向我們告知您的上訴的第二天中午，您將收到我們的書面通知，告知您計劃的出院日期。該通知還詳細解釋您的醫生、醫院以及我們認為您應該在該日期出院（醫學上是適合的）的原因。

步驟 3：在得到所有必要資訊後一整日時間內，品質改善組織將對您的上訴作出答覆。

如果答覆為「是」將會如何?

- 如果獨立審查組織認同，**我們就必須繼續向您提供承保住院服務，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。**
- 您將需要繼續支付您的分攤費用，例如：自負額或自付費用（如適用）。此外，還存在針對您的承保住院服務的限制。

如果答覆為「否」將會如何?

- 如果獨立審查組織*拒絕*，即代表他們認為您的規定出院日期在醫療上是合適的。如果出現了這種情況，**我們為您的住院服務提供的保險將終止**於品質改進組織針對您的上訴作出答覆*後*的當日正午。
- 如果獨立審查組織*拒絕了*您的上訴，但您決定繼續留在醫院裡，**那麼您就需要**為品質改進組織針對您的上訴作出答覆後當日正午以後得到的住院治療服務支付全額費用。

步驟 4：如果針對您第 1 級上訴的答覆為「否」，您將決定是否希望提起另一輪上訴。

- 如果品質改進組織對您上訴的答覆為「*否*」，*並且*您在規定出院日期之後繼續留在醫院內，那麼您就可以提起另一輪上訴。提起另一輪上訴意味著您正在進入上訴程序的**第 2 級**。

第 8.3 節　　如何進行第 2 級上訴，以變更您的出院日期

在第 2 級上訴期間，您要求品質改進組織再次審核對您第一次上訴的決定。若品質改善組織駁回您的第 2 級上訴，您可能必須支付您計劃出院日後住院的全部費用。

步驟 1：再次聯絡品質改善組織，要求其再次進行覆核。

- 您必須在自品質改進組織*拒絕*您的第 1 級上訴之日後 **60 個日曆日內**要求進行覆核。僅在您於該護理承保終止之日後繼續住院的情況下，您可提起此項審核。

步驟 2：品質改善組織再次對您的情況進行審核。

- 品質改進組織中的審核員將再次仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。

步驟 3：在收到您的第 2 級上訴請求後的 14 個日曆日內，審核員將對您的上訴作出決定，並告知您他們的決定。

如果獨立審查組織的答覆為「是」：

- **我們必須為您償付**您自品質改進組織拒絕您的首次上訴之日正午以後得到的住院治療服務費用中我們的分攤費用。**我們必須繼續提供住院護理承保，時間視醫療必須性而定。**
- 您必須繼續支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。

如果獨立審查組織的答覆為「否」：

- 這就意味著他們認同自己對您的第 1 級上訴作出的決定。
- 您得到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續該覆核程序該怎麼辦。

步驟 4：如果答覆為「否」，您將需要決定是否希望透過進入第 3 級上訴而繼續推進您的上訴程序。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴等級（共有 5 個上訴等級）。如果您決定提起第 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您第 2 級上訴決定後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。本章中的第 10 部分闡述了有關第 3 級、第 4 級、第 5 級上訴程序的更多內容。

第 9 部分 如果您認為您的保險結束得過早，該怎樣要求我們繼續對特定醫療服務進行承保

在接受承保**家庭健康服務、專業護理或復健護理（綜合門診復健機構）**時，您有權繼續得到該護理類型的服務，直到診斷和治療您的疾病或損傷不再需要該護理服務為止。

我們決定應停止為您承保這 3 種類型的護理服務中任意一類服務後，應按要求提前通知您。我們針對該護理服務的保險終止後，*將停止為您的護理服務支付我們的分攤費用*。

如果您認為我們過早地終止了您的護理服務保險，**您可對我們的決定進行上訴。**本節將向您闡述如何進行上訴。

第 9.1 節 您的承保即將終止時，我們將提早通知您

法律術語：

《Medicare 不承保通知》。它會告訴您如何提請「**快速通道上訴**」。提請快速通道上訴是一種要求對我們就何時停止您的護理服務作出的保險決定進行變更的正式法律途徑。

1. 將在我們的計劃將要終止承保您的護理服務至少 2 個日曆日前**收到一份書面通知。**該通知向您告知：
   - 我們將停止承保您的護理的日期。
   - 如何申請「快速上訴」，要求我們長期保持對您護理服務的承保。
2. **您或您的代表將被要求簽署書面通知表明您已接到該通知。**簽署該通知*僅*表明您已得到有關您的保險將於何時終止的資訊。**簽署該通知不表示您認同**我們的計劃對於應該停止護理服務的決定。

第 9.2 節 如何進行第 1 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險

如果您希望要求我們提供更長時間的護理服務保險，就需要使用該上訴程序提出此要求。提起上訴前，請先瞭解必要事項及時限。

- **遵循程序**
- **遵守時限**
- **若有需要請尋求協助。**如果您有任何問題或需要幫助，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）或致電您所在州的 State Health Insurance Assistance Program 尋求個人化援助。SHIP 聯絡資訊見第 2 章第 3 節。

在第 1 級上訴期間，品質改善組織會對您的上訴進行審核。決定您護理服務的終止日期在醫學上是否恰當。**品質改進組織**是由醫生和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受 federal government 發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 參保人提供的護理服務品質。其中包括對何時停止承保特定類型醫療保健服務的計劃決定進行審核。這些專家並非我們計劃的一部分。

步驟 1：提出第 1 級上訴：聯絡品質改善組織，要求進行快速上訴。您必須迅速行動。

您該如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知（*Medicare 不承保通知*）會告訴您如何聯絡該組織。（或者在第 2 章中找到您所在州的品質改善組織的名稱、地址和電話號碼。）

迅速行動：

- 您必須聯絡品質改進組織，以在 *Medicare 不承保通知***生效日期前一天的當日正午前**，開始您的上訴。
- 如果您錯過了截止日期，並且您希望提起上訴，您仍有上訴權利。請透過「Medicare 不承保通知」上的聯絡資訊，聯絡品質改進組織。在第 2 章中找到您所在州品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。

步驟 2：品質改善組織對您的個案進行獨立審核。

法律術語：

《不承保詳細說明》。通知，提供了終止承保的原因的詳細資訊。

在此審核期間將發生什麼？

- 品質改善組織的健康專業人士（「審核員」）將詢問您（或您的代表）您為什麼認為我們應繼續對該服務進行承保。您無需準備書面材料，但是，如果您願意也可以準備。
- 獨立審查組織還將查閱您的醫療資訊、與您的醫生交談，並對我們計劃已提交的資訊進行覆核。

- 在審核員告知我們您的上訴情況的當日前，您將得到我們寄送給您的*不承保詳細說明*，詳細闡述我們終止對您的服務進行承保的原因。

步驟 3：他們得到需要的所有資訊後一整日內，審核員將告知您他們的決定。

如果審核員核准，會發生什麼？

- 如果審核員認同了您的上訴，**我們就必須繼續向您提供承保服務，直到這些服務時長滿足醫學需求為止。**
- 您將需要繼續支付您的分攤費用，例如：自負額或自付費用（如適用）。您的承保服務可能存在限制。

如果審核員拒絕，會發生什麼？

- 如果審核員*拒絕了*您的上訴，**您的保險將於我們已通知您的日期終止。**
- 如果您決定在您的保險終止日期*之後*繼續獲得家庭保健服務，或專業護理機構護理服務或綜合門診復健機構(CORF)服務，**您將需要自行支付**該護理服務的全額費用。

步驟 4：如果針對您第 1 級上訴的答覆為「否」，您將決定是否希望提起另一輪上訴。

- 如果審核人*拒絕了*您的第 1 級上訴——而您選擇在您的護理服務保險終止後繼續獲得護理服務——您就可以提起第 2 級上訴。

第 9.3 節 如何進行第 2 級上訴，以令本計劃為您提供更長時間的護理服務保險

在第 2 級上訴期間，您要求品質改善組織對他們針對您的首次上次作出的決定再次進行查看。如果品質改進組織拒絕了您的第 2 級上訴，您就可能需要在我們通知您的保險終止日期*後*，支付您的家庭保健、或專業康復設施護理、或綜合門診復健機構(CORF)服務的全部費用。

步驟 1：再次聯絡品質改善組織，要求其再次進行覆核。

- 您必須在自品質改進組織拒絕您的第 1 級上訴之日後 **60 個日曆日內**要求進行覆核。僅在您於此項護理承保結束後繼續接受護理的情況下，您可提起此項審核。

步驟 2：品質改善組織再次對您的情況進行審核。

- 品質改進組織中的審核員將再次仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。

步驟 3：在收到您上訴要求的 14 個日曆日內，審核人將針對您的上訴作出決定，並將其決定通知您。

如果獨立審查組織的答覆為「是」會怎樣？

- **我們必須為**自我們表示您的保險已終止之日後您得到的護理服務費用中我們的分攤費用進行償付。**我們必須繼續提供護理承保**，時間視醫療必須性而定。
- 您必須繼續支付您的分攤費用，同時，可能存在適用的保險限制。

如果獨立審查組織的答覆為「否」會怎樣？

- 這就意味著他們認同自己對您的第 1 級上訴作出的決定。
- 您得到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續該覆核程序該怎麼辦。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由行政法官或代理審判員處理。

步驟 4：如果答覆為「否」，您將需要決定是否希望繼續上訴。

- 第 2 級上訴之後還有三個上訴等級（共有 5 個上訴等級）。如果您決定提起第 3 級上訴，有關如何進行此操作的詳細內容將包含在您第 2 級上訴決定後得到的書面通知中。
- 第 3 級上訴交由行政法法官或代理審判員。本章中的第 10 部分闡述了有關第 3、4、5 級上訴程序的更多內容。

第 10 部分　將您的上訴推進到第 3、4 和 5 級

第 10.1 節　第 3 級、第 4 級、第 5 級醫療服務上訴請求

如果您提起了第 1 級上訴以及第 2 級上訴，並且兩次上訴均被拒絕了，那麼本節內容可能就適用於您。

如果您已提請上訴的物品或醫療服務的美元值達到了特定最低水準，您就可以進行下一級上訴。如果美元值低於最低水準，您將不能再繼續上訴。您收到的第 2 級上訴書面回覆將說明如何提出第 3 級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況而言，上訴的以上 3 個等級程序與前 2 級基本相同。以下為各級上訴過程中負責處理您的上訴覆核情況的人員。

第 3 級上訴

在 Federal Government 工作的**行政法法官**或代理審判員將對您的上訴進行審核並為您作出答覆。

- **如果行政法官或代理審判員認同了您的上訴，則上訴程序將可能就此結束或可能並未結束。**不同於第 2 級上訴中作出的決定，我們有權對第 3 級上訴決定（於您有利）提起上訴。如果我們決定上訴，則會進行 4 級上訴。
    - 如果我們確定*不*提起上訴，則必須在收到行政法法官或代理審判員的決定後 60 個日曆日內授權或為您提供醫療保健。
    - 如果我們確定對決定提起上訴，我們將向您寄送第 4 級上訴請求副本以及所有附件。我們將等到得到第 4 級上訴決定後，再向您授權或提供有爭議的醫療保健。
- **如果行政法官或代理審判員拒絕了您的上訴，則上訴程序*可能會*或*可能不會*就此結束。**
    - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
    - 如果您不希望接受此決定，您可以繼續進行下一級審核程序。您將從收到的通知中獲知針對第 4 級上訴需要採取什麼措施。

第 4 級上訴

Medicare **上訴委員會**（委員會）將對您的上訴進行覆核，並給出答覆。委員會為 Federal Government 工作。

- **如果答覆為「是」，或者如果委員會駁回了我們對於您有利的第 3 級上訴決定進行審核的請求，則上訴程序*可能*就此結束或*可能並未結束*。**不同於第 2 級上訴中作出的決定，我們有權對第 4 級上訴決定（於您有利）提起上訴。我們將決定是否針對該決定提起第 5 級上訴。
    - 如果我們確定*不*對決定提起上訴，則必須在收到委員會的決定後 60 個日曆日內授權或為您提供醫療保健。
    - 如果我們確定對此決定進行上訴，我們將書面告知您。
- **如果答覆為「否」，或者如果委員會駁回了審核請求，則上訴程序*可能會*或*可能不會*就此結束。**
    - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
    - 如果您不希望接受此決定，您或許可以繼續進行下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕了您的上訴，您收到的通知將告訴您，根據規則，您是否能夠進行第 5 級上訴以及如何繼續進行第 5 級上訴。

第 5 級上訴

聯邦地方法院的法官將對您的上訴進行覆核。

- 法官將審核所有資訊，並決定是*同意*還是*拒絕*您的請求。這是最終回覆。在聯邦地區法庭之後，沒有更高的上訴等級。

第 10.2 節　　第 3、4、5 級 D 部分藥品上訴請求

如果您提起了第 1 級上訴以及第 2 級上訴，並且兩次上訴均被拒絕了，那麼本節內容可能就適用於您。

如果您已提請上訴的藥品的價值達到了特定美元金額，您就可以進行下一級上訴。如果該美元金額低於此水準，您將不能再繼續上訴。您收到的第 2 級上訴書面答覆中將說明該聯絡誰以及做些什麼來提起第 3 級上訴。

對於大部分涉及上訴的情況而言，上訴的以上 3 個等級程序與前 2 級基本相同。以下為各級上訴過程中負責處理您的上訴覆核情況的人員。

第 3 級上訴

在 Federal Government 工作的**行政法法官**或代理審判員將對您的上訴進行審核並為您作出答覆。

- **如果答覆為「是」，則上訴程序就此結束。**收到此決定後，我們必須**在 72 小時（如果是加急上訴則為 24 小時）內**向您**授權或提供**行政法官或代理審判員已核准的藥品保險，或在不遲於 30 個日曆日的時間內進行支付。
- **如果行政法官或代理審判員拒絕了您的上訴，則上訴程序*可能會*或*可能不會*就此結束。**
  - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
  - 如果您不希望接受此決定，您可以繼續進行下一級審核程序。您收到的通知會告訴您如何處理第 4 級上訴。

第 4 級上訴

Medicare **上訴委員會**（委員會）將對您的上訴進行覆核，並給出答覆。委員會為 Federal Government 工作。

- **如果答覆為「是」，則上訴程序就此結束。**收到此決定後，我們必須**在 72 小時（如果是加急上訴則為 24 小時）內**向您**授權或提供**委員會已核准的藥品保險，或在不遲於 30 個日曆日的時間內進行支付。
- **如果答覆為「否」，或者如果委員會駁回了審核請求，則上訴程序*可能*就此結束或*可能並未結束*。**
  - 如果您確定接受已對您的上訴予以拒絕的決定，則上訴程序就此結束。
  - 如果您不希望接受此決定，您或許可以繼續進行下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕了您的上訴，您收到的通知將告訴您，根據規則，您是否能夠進行第 5 級上訴以及如何繼續進行第 5 級上訴。

第 5 級上訴

聯邦地方法院的法官將對您的上訴進行覆核。

- 法官將審核所有資訊，並決定是*同意*還是*拒絕*您的請求。這是最終回覆。在聯邦地區法庭之後，沒有更高的上訴等級。

投訴

第 11 部分 「怎樣投訴護理品質、等候時間、客戶服務或其他問題」

第 11.1 節 投訴程序處理什麼類型的問題?

投訴程序*僅*用於某些類型的問題。其中包括有關護理服務品質、等待時間以及客戶服務的問題。以下為幾種由投訴程序處理的問題類型範例。

投訴	範例
您的醫療保健服務品質	• 您是否對您所得到的護理服務（包括您在醫院得到的護理服務）不滿意?
對您隱私的尊重	• 是否有人不尊重您的隱私權或者洩漏保密資訊?
不尊重、客戶服務品質差，或其他消極行為	• 是否有人對您態度粗暴或不夠尊重? • 您對我們的會員服務部是否滿意? • 您是否感到自己正被鼓勵退出我們的計劃?
等待時間	• 您在預約時是否遇到了麻煩，或者您等待預約的時間是否過長? • 是否曾有醫生、藥房或其他保健專業人士令您等待過長的時間？或者我們的會員服務部或我們計劃的其他工作人員是否曾令您等待過長的時間? o 這種情況的範例包括：在電話線上、候診室或檢查室中等候時間過長，或者獲得處方藥的等候時間過長。
清潔度	• 您是否對某個診所、醫院或醫生辦公室的清潔度或衛生狀況感到不滿?
您從我們這裡得到的資訊	• 我們是否沒有根據要求傳送通知? • 我們的書面資訊是否很難理解?

投訴	範例
時效性 （這類投訴均涉及我們的保險決定及上訴相關行為的*時效性*）	如果您要求提供保險決定或提起了上訴，同時認為我們回應得不夠迅速，那麼您可就我們的懈怠問題進行投訴。以下為範例： • 您已要求我們為您提供*快速保險決定*或已提起了*快速上訴*，而我們已表示不予執行；您可進行投訴。 • 您認為我們沒有遵守保險決定或上訴的最後期限；則您可進行投訴。 • 您認為我們未能在截止日期前針對某些已經獲得核准的醫療項目、服務或藥物提供承保或者進行償付，您可進行投訴。 • 您認為我們未能在要求的截止日期前將您的個案轉交給獨立審查組織；您可進行投訴。

第 11.2 節 如何提出投訴

法律術語：

投訴又稱為**申訴。**

提出投訴又稱為**提出申訴。**

使用投訴流程又稱為**使用申訴流程。**

快速投訴又稱為**加急申訴。**

步驟 1：透過電話或信件，立即聯絡我們。

- **通常第一步是致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）**若您還需辦理其他事宜，會員服務部會告知您。

- **如果您不希望致電（或者您已致電，但結果並不盡如人意），也可將您的投訴內容寫在信件中，然後寄送給我們。**如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式作出答覆。

MetroPlusHealth Plan 申訴部門可隨時為您提供幫助。您可以透過郵件或傳真提出申訴。如果您要投訴，請聯絡會員服務部：

MetroPlusHealth Plan
Attn:Medicare Complaints Manager
50 Water Street, 7th fl.
New York, NY 10004
電話：866.986.0356
傳真：212.908.3011

我們將儘量在電話中解決您的投訴或在收到投訴的 24 小時內處理。

- 您可以就我們作出承保裁定或組織裁定（也稱為承保決定）所需的時間提出投訴。例如，如果我們延長了作出承保決定的時間範圍，或者我們拒絕了您核准加急（快速）承保決定的請求。對於此類問題，您可以**致電會員服務部**申請加急（快速）投訴。我們將儘量在收到您的投訴後的 24 小時內解決。
- 您可以自己進行投訴，也可以授權一位代表代您進行投訴。如需指定一位授權代表，請提交我們的網站 **metroplusmedicare.org** 上的「代表指定表格」。
- 投訴的**截止日期**是從您遇到您要投訴的問題起 60 個日曆日。

步驟 2：我們對您的投訴進行調查，並為您作出答覆。

- **如有可能，我們將立刻給您答覆。**如果您致電我們進行投訴，我們將可能回撥同樣的電話號碼給您答覆。
- **大部分投訴將在 30 個日曆日內得到答覆。**如果我們需要更多資訊，同時，延期可令您得到最佳利益；或者如果您要求得到更多時間，我們將最多再用 14 個日曆日（共計為 44 個日曆日）來答覆您的投訴。如果我們決定再多花幾天時間，我們將書面告知您。

- **如果您由於我們拒絕了您的快速保險決定或快速上訴請求而進行投訴，則我們將自動為您辦理快速投訴。**如果您提起了快速投訴，也就意味著我們將在 **24 小時內給您答覆。**
- **如果我們不同意**您的部分或全部投訴內容，或者對您所投訴的問題不承擔責任，我們會在回覆時給出原因。

第 11.3 節　　您也可對品質改善組織的護理服務品質進行投訴

對*護理服務品質*進行投訴時，您還有 2 個額外的選項：

- **您可以直接向品質改進組織提出投訴。**品質改善組織是由執業醫生及其他保健護理專家組成的團體，他們領取 federal government 的薪酬，負責檢查及改進提供給 Medicare 病患的護理品質。第 2 章列出了聯絡資訊。

或者

- **您可以同時向品質改進組織和我們提出投訴。**

第 11.4 節　　您也可向 Medicare 和 Medicaid 提起投訴

您可直接向 Medicare 提交有關 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)的投訴。要向 Medicare 提交投訴，請瀏覽 **medicare.gov/my/medicare-complaint**。您也可以致電 800.MEDICARE (800.633.4227)。聽力障礙電傳/TDD 使用者應致電 877.486.2048。

您也有權就您的投訴聯絡紐約州衛生廳。透過以下方式聯絡衛生廳：

•電話：　800.206.8125

•郵寄地址：　New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237

•電子郵件：　**managedcarecomplaint@health.ny.gov**

有關您 Medicaid 福利的問題

第 12 部分　處理有關您 Medicaid 福利的問題

如果消費者的 HMO 或保險公司（醫療保險）
以非醫療必要性**（包括適當性、健康護理
環境、護理水準或承保福利效力）；或因治療為試驗性或處於研究階段的（包括臨床試驗和罕見病治療）或在某些情況下為網絡外服務而拒絕其醫療保健服務，他們有權提起外部上訴。**如要提出外部上訴，消費者或其代理人必須在收到本健康計劃的最終不承保決定後四(4)個月內填寫紐約州外部上訴申請並寄至紐約州金融服務部。如果（其時或過去）醫療保健服務遭到拒絕，醫療保健服務提供者也有自行提起外部上訴的權利，且必須在 60 天內提起外部上訴。要獲得申請表，請瀏覽
dfs.ny.gov/complaints/file_external_appeal。

什麼是外部訴求？這是醫療保險拒絕您的
醫療保健服務後，您向金融服務處提出的訴求。您的上訴將由獨立外部上訴代理及醫療專家進行審核，後者將推翻（全部或部分）或支援健康計劃的拒絕裁定。

我何時請求外部上訴？消費者或其代理人必須
在向醫療保險提出第一級上訴產生最終不承保決定或免除內部上訴流程之日起四(4)個月內向金融服務處提交外部上訴申請。代表自己上訴的服務提供者必須在最終不承保決定作出後的 60 天內申請外部上訴。如果您未在規定的時間期限內（加上額外的郵寄期限八(8)天）向金融服務處寄送您的申請，您的外部上訴資格將被取消。有關詳情，請聯絡紐約州金融服務部：800.400.8882。

**如果服務因實驗/研究（包括臨床試驗或者罕見病）而被拒絕，
該怎麼辦？**病患的醫師（對於罕見疾病，可能不是治療醫師）
必須填寫申請表格的 4-6 頁，然後寄送至金融服務處。

如果拒絕原因為「網絡外服務」該怎麼辦？病患必須有 HMO 或

統籌保健保險合約，以及事先授權必須被拒，因為該服務無法在網絡內提供，健康計劃建議取代為與網絡外服務無實質差別的網絡內服務。病患的醫師必須填寫申請表格的 4-7 頁，然後寄送至金融服務部。

外部上訴代理何時會做出決定？ 加急上訴 **72 小時**內
或者標準上訴 **30 天**內。外部上訴代理的決定將根據病患和病患的醫療保險而定。

我如何提出加急（快速）外部上訴？ 拒絕裁定必須考慮
接受了急診服務並仍未出院的病患的
或醫療保健服務；或者病患的醫生必須填寫申請表的第 4-6 頁，並證明如果病患不接受治療，30 天的時間期限會嚴重危害病患的生命、健康或最大限度恢復功能的能力，或延遲裁決將對病患健康構成迫在眉睫或嚴重的威脅。病患可同時申請加急內部和外部上訴。外部上訴得到加急處理後，72 小時內將做出裁決，即便尚未提交病患的全部醫療資訊。

我何時可以向外部上訴代理傳送資訊？ 在完成外部上訴代理的
指派後，您將收到通知。您此時必須**立即**將所有資訊寄送給該代理。
代理做出決定後，將不再考慮其他資訊。

我需要為外部上訴付費嗎？ 醫療保險可向病患或其指定代表收取$25.00 的費用，但
單一計劃年度內不超過$75.00。提出上訴的病患，如果
投保了 Medicaid、HIV SNP 或 HARP，或該費用將導致其生活困難，將放棄收取該費用。
醫療保險可針對每個上訴向服務提供者收取$50.00 的費用。如果外部上訴代理推翻了健康計劃的否定裁決，該費用將返回給您。

如果病患同時擁有 Medicare 或 Medicaid 保險，該怎麼辦？ 參保 Medicare 的病患
不符合提起紐約州外部上訴的條件，而應致電 1800-MEDICARE，或瀏覽
medicare.gov。參保常規 Medicaid 的病患不符合提起外部
上訴的條件；但是，參保 Medicaid Managed Care Plan 的病患有資格上訴。保留
Medicaid 病患也可要求公平聽證，而公平聽證的決定將具有最終效力。有關公平聽證會的資訊，請致電 800.342.3334 或瀏覽 **otda.state.ny.us/oah**。

如有疑問或需要協助申請，請致電紐約州金融服務部 800.400.8882，或發電子郵件至 **externalappealquestions@dfs.ny.gov**，或瀏覽 **dfs.ny.gov**。如果您要傳真加急上訴，請致電 888.990.3991。

以下資訊適用於參加雙重資格參保人綜合福利(IB-Dual)計劃的會員。

Medicaid 上訴

由於您透過 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)同時擁有 Medicare 和 Medicaid，因此您就服務提出上訴的方式將取決於服務是由 Medicare 還是 Medicaid 承保。

當我們拒絕提供服務，或核准的金額低於申請金額，且該服務僅由 Medicaid 承保時，您將收到「初始不承保決定通知」，該通知將說明如何提出 Medicaid 上訴（亦稱為「計劃申訴」）。Medicaid 會員手冊的第二部分還說明瞭如何提出 Medicaid 上訴。

當我們拒絕 Medicare 和 Medicaid **均**承保的服務時，您將收到兩份通知，一份是關於您的 Medicare 決定的「綜合拒絕通知」，一份是關於您的 Medicaid 決定的「初始不承保決定通知」。在此情況下，您可以提出 Medicare 上訴（又稱為第 1 級上訴）、Medicaid 上訴或兩者同時提出。

•如果您提交 **Medicare** 上訴，則無法使用您的 Medicaid 上訴權利，其中包括要求舉行公平聽證會的權利，也可能包括提出外部上訴的權利。

•如果您提交 **Medicaid** 上訴，從 MetroPlusHealth 發出「初始不承保決定通知」之日起，您仍有 **65 天的時間**使用您的 Medicare 上訴權利。

從收到初始不承保決定的通知起，您有 **60 個日曆日**的時間申請 Medicaid 上訴。

如果您在申請 Medicaid 上訴時或執行上訴流程步驟時需要幫助，請致電會員服務部：866.986.0356（聽力障礙電傳使用者應致電 711）。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）如果您由於聽力或視力障礙而需要特別協助，或者您需要翻譯服務，我們都可以為您提供幫助。

您可以親自提出 Medicaid 上訴，也可委託家庭成員、朋友、醫生或律師代您上訴。您和您的委託人需要簽署一份聲明並註明日期，說明您希望其作為您的代表。

我們不會因為您提出 Medicaid 上訴而對您區別對待或者故意刁難。

在對保健決定上訴期間繼續享受服務：

如果 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)減少、暫停或停止某項服務，且該服務由 **Medicaid** 承保，則您在等待上訴裁決期間可能可以繼續接受該服務。

您必須提出 Medicaid 上訴：

•在您被告知您的保健被變更的十(10)天之內；或

•在服務變更的預定生效日之前，以時間較後者為准。

如果您的 Medicaid 上訴最終再次遭到拒絕，您可能要自行負擔接受福利所產生的費用。

要提出 Medicaid 上訴，您可以致電、寫信或瀏覽我們的網站。在您提出 Medicaid 上訴時，或者在提出請求的不久之後，您需要向我們提供：

- 您的姓名和地址。
- 您的會員 ID 卡。
- 您申請的服務和上訴的理由。
- 您想要讓我們查看的支援您案件的任何資訊，例如病例、醫生信件，或者解釋您為什麼需要服務的其他資訊。

為幫助您做好 Medicaid 上訴的準備，您可以要求查看我們用於做出初始不承保決定的指南、病例和其他文件。如果您的 Medicaid 上訴進入快速審查通道，可能您需要短時間內向我們提供您希望我們檢視的資訊。您可以請求查看這些文件，或致電 866.986.0356 索取免費的副本（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。

透過以下方式向我們提供您的資訊和資料：

電話.....	866.986.0356
傳真.....	212.908.8824
郵寄.....	Appeals Coordinator MetroPlus Health Plan 50 Water Street New York, NY 10004

標準 Medicaid 上訴–我們將根據您的狀況儘快為您提供書面裁決書，但最遲不超過我們接到您上訴後 30 個日曆日。

快速通道 Medicaid 上訴–我們將在接到您上訴後 72 小時內為您提供快速上訴的判決書。

如果滿足下列條件，您的 Medicaid 上訴將得到加快處理：

- 延遲審查將嚴重威脅您的健康、生命或身體機能；
- 您的服務提供者表示需要加快上訴；
- 您請求增加您目前所獲得的某一項服務；
- 您在離開醫院後請求獲得家庭護理服務；
- 您在出院之前至少 24 小時要求更多物質濫用住院治療；或
- 您請求可能與出庭有關的心理健康或物質濫用服務。

如果您申請 Medicaid 上訴，但再次遭到拒絕，您將收到最終不承保決定通知，該通知會告訴您如何向紐約州(NYS)申請**公平聽證。**在某些情況下，您也可以申請**外部上訴。**

有關**公平聽證**和**外部上訴**的更多資訊，請參閱您的 Medicaid 管理式醫療護理或健康與康復計劃會員手冊。

Medicaid 投訴

由於您同時擁有 Medicare 和 Medicaid，因此您就服務提出投訴的方式將取決於福利是由 Medicare 還是 Medicaid 承保。

對於有關您的 Medicaid 福利的投訴，您可以使用下面所述的 Medicaid 投訴流程提出投訴。對於有關您的 Medicare 和 Medicaid 福利的投訴，您可以使用 Medicare 流程、Medicaid 流程或兩種流程提出投訴。

如需透過電話提交 Medicaid 投訴，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點，週六上午 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）如果您在非工作時間聯絡我們，請留言。我們將在下一工作日給您回電話。如果需要更多的資料才能做出決定，我們也會告訴您。

您可以寫信向我們提出 Medicaid 投訴，或者致電會員服務部索取一份投訴表格。您應郵寄至：

Coordinator : Medicaid Complaint
MetroPlus Health Plan
50 Water Street
New York, NY 10004

如果您遵照 Medicaid 投訴流程，並且您不同意我們對您的投訴所做的決定，您可以向我們提出投訴上訴。

如果您在提交 Medicaid 投訴或遵循投訴流程的任何步驟過程中需要協助，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）如果您由於聽力或視力障礙而需要特別協助，或者您需要翻譯服務，我們都可以為您提供幫助。

您也有權就您的投訴聯絡紐約州衛生廳。透過以下方式聯絡衛生廳：

- 電話： 800.206.8125
- 郵寄： New York State Department of Health

  Managed Care Complaint Unit
  OHIP DHPCO 1CP-1609
  Albany, NY 12237

- 電子郵件：**managedcarecomplaint@health.ny.gov**

第 10 章：
終止我們計劃的會員資格

第 1 部分　　終止我們計劃的會員資格

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員資格的終止可以是**自願**的（您自己的選擇）或**非自願**的（不是您自己的選擇）：

- 您可以因自己*想要*結束計劃而離開我們的計劃。第 2 節和第 3 節提供了有關自願終止會員資格的資訊。
- 另外，在某些特定情況下，我們按照要求終止您的會員資格。第 5 部分將闡述我們必須終止您的會員資格的情況。

如果您退出我們的計劃，我們的計劃必須繼續為您提供醫療護理和處方藥，並且您將繼續支付您的分攤費用，直到您的會員資格終止。

第 2 部分　　您的計劃會員資格何時終止?

第 2.1 節　　您可因參保 Medicare 和 Medicaid 而終止您的會員資格

大多數參保 Medicare 的人士僅可在一年的特定時間段終止會員資格。鑒於您有 Medicaid，您可以在一年中的任何一個月透過選擇以下任一 Medicare 選項來終止您的計劃會員資格：

- *有*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃，
- *無*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 計劃（如果您選擇該選項並獲得 Extra Help，Medicare 可能會讓您註冊參保一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保），或

- 如果您符合資格，則可參加綜合性 D-SNP，在一個計劃中獲得您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服務。

注意：如果您退出 Medicare 藥品保險，且不再獲得 Extra Help，並在連續 63 天或更長時間內沒有參保可信的藥品保險，那麼如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能需要支付 D 部分延遲參保罰款。

- 請致電您所在州 Medicaid 辦公室 800.541.2831，週一至週五上午 8 點至下午 8 點，週六上午 9 點至下午 1 點，瞭解您的 Medicaid 計劃選項。
- 可在**開放參保期**參保其他 Medicare 醫療保險。第 2.2 節詳細講解了開放參保期。
- **您的會員資格通常將於我們收到您轉換為 Original Medicare 申請後下月第一天終止。**您參保的新計劃也將從這一天開始。

第 2.2 節 您可在開放參保期內終止會員資格

您可以在每年的**開放參保期**終止您的會員資格。在這段時間，審核您的健康和藥物保險，並作出來年的保險決定。

- **開放參保期**自 **10 月 15 日至 12 月 7 日。**
- **選擇來年繼續使用目前的保險或改換保險類型。**如果您決定改換為新的保險計劃，則可選擇以下任意保險類型：
  - 另一項 Medicare 醫療保險，不論是否有藥品保險。
  - 有單獨 Medicare 藥品計劃的 Original Medicare 計劃
  - *無*單獨 Medicare 藥品計劃的 Original Medicare 計劃。
  - 如果您符合資格，則可參加綜合性 D-SNP，在一個計劃中獲得您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服務。

您得到了可為您支付處方藥費用的 Medicare Extra Help 計劃。如果您轉換為 Original Medicare，且不參加單獨 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。

注意：如果您退保 Medicare 處方藥保險，並持續未參加可信的處方藥保險達 63 天或以上，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能就需要支付 D 部分延遲參保罰款。

- 新計劃保險於 1 月 1 日生效後，**您在我們計劃的會員資格將終止。**

第 2.3 節　　您可在 Medicare Advantage 開放參保期內終止會員資格

在每年的 **Medicare Advantage 開放參保期**，您可以對您的醫療保險進行一次變更，

- **Medicare Advantage 開放參保期**為 1 月 1 日至 3 月 31 日，對於加入 MA 計劃的新 Medicare 受益人也是如此，從有權享受 A 部分和 B 部分的月份開始，直至有權享受的第 3 個月的最後一天。
- **在 Medicare Advantage 開放參保期間，**您可以：
    - 改為參保另一項 Medicare Advantage Plan，不論是否有藥品保險。
    - 停止參保我們的計劃，獲得 Original Medicare 保險服務。如果您在此期間轉換為 Original Medicare，那麼您同時還可以加入單獨的 Medicare 藥品計劃。
- **您的會員資格將**在您從參保不同的 Medicare Advantage 計劃或我們收到您轉換為 Original Medicare 請求後下月第一天終止。如果您還選擇加入 Medicare 藥品計劃，則該藥品計劃的會員資格將開始於該藥品計劃收到您的參保請求後下月第一天開始。

第 2.4 節　　某些情況下，您可在特別參保期內終止會員資格

某些情況下，您也可於一年中的其他時段終止會員資格。這短時間就是**特殊參保期。**

如果以下任何一種情況適用於您，**您可能有資格在特殊參保期內終止您的會員資格。**此處僅為範例。如需完整清單，您可以聯絡我們的計劃、致電 Medicare 或瀏覽 **medicare.gov**。

- 通常，如您搬遷
- 如您參與了 Medicaid
- 如果您有資格獲得 Extra Help 來支付您的 Medicare 藥品保險。

- 如果我們違反了與您簽訂的合約
- 如果您是在某個機構中得到護理服務，例如：療養院或長期護理(LTC)醫院
- 如果您參與了 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)
- **注意：**如果您參加藥物管理計劃，您可能只有資格參加某些特別參保期。第 5 章第 10 部分進一步介紹了此類藥品管理計劃。
- **注意：**第 2.1 節詳細講解已參保 Medicaid 的人員的特殊參保期。

參保時間段根據您的情況而有所不同。

要瞭解您是否符合該特殊參保期資格，請致電 Medicare800.MEDICARE (800.633.4227)。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。如果您符合在特殊情況下終止會員資格的條件，則可選擇變更 Medicare 醫療保險以及藥品保險。您可以選擇：

- 另一項 Medicare 醫療保險，不論是否有藥品保險，
- 有單獨 Medicare 藥品計劃的 Original Medicare 計劃，
- *無*單獨 Medicare 藥品計劃的 Original Medicare 計劃。
- 如果您符合資格，則可參加綜合性 D-SNP，在一個計劃中獲得您的 Medicare 和大部分或全部 Medicaid 福利和服務。

注意：如果您退保 Medicare 處方藥保險，並持續未參加可信的處方藥保險達 63 天或以上，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能就需要支付 D 部分延遲參保罰款。

如果您從 Medicare 獲得 Extra Help 來支付您的保險藥品：如果您轉換為 Original Medicare，且不參加單獨 Medicare 藥品計劃，Medicare 可令您加入一項藥品計劃，除非您決定不參與自動參保。

您的會員資格通常將終止於我們的計劃變更要求送達後下月第一天。

注意：第 2.1 節和第 2.2 節詳細講解已參保 Medicaid 和「Extra Help」的人員的特別參保期。

第 2.5 節 獲得有關會員資格終止時間的更多資訊

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

- **請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）**
- 從 ***Medicare 與您 2026*** 手冊獲得更多資訊。
- 請致電 **Medicare**800.MEDICARE (800.633.4227)（聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048）

第 3 部分 如何終止您在我們計劃的會員資格

下表闡述了您應如何終止您在我們計劃的會員資格。

從我們的計劃轉換為：	以下是具體步驟：
另一項 Medicare 醫療保險	• 加入新的 Medicare 醫療保險。 • 當您新計劃的保險開始時，您將自動退保 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。
有單獨 Medicare 藥品計劃的 Original Medicare 計劃	• 加入新的 Medicare 藥品計劃。 • 當您新藥物計劃的保險開始時，您將自動退保 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。
***無*單獨 Medicare 藥品計劃的 Original Medicare 計劃**	• **寄給我們書面 退保申請** 如需有關如何操作的更多資訊，請致電會員服務部 866.986.0356（聽力障礙電傳使用者請致電 711）。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

	• 您也可致電 **Medicare**800.MEDICARE (800.633.4227) 申請退保。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。 • Original Medicare 計劃中的保險生效後，您將從 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)退保。

注意：如果您退保 Medicare 處方藥保險，並持續未參加可信的處方藥保險達 63 天或以上，如果您稍後加入 Medicare 藥品計劃，可能就需要支付 D 部分延遲參保罰款。

有關紐約州 Medicaid 計劃福利的問題，請致電 800.541.2831，週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點，週六，上午 9 點至下午 1 點。詢問如何加入另一個計劃或返回 Original Medicare 對您獲得紐約州 Medicaid 計劃保險的方式有何影響。

第 4 部分　會員資格終止前，您都必須透過我們的計劃獲得醫療項目、服務和藥品

在您的會員資格終止前，以及您的新 Medicare 和 Medicaid 保險開始前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療項目、服務和處方藥。

- **繼續使用我們的網絡內服務提供者來接受醫療護理。**
- **繼續使用我們的網絡內藥房或郵購來配藥。**
- **如果您在會員資格終止當日住院，我們的計劃將承保您出院前的住院治療服務**（即使您在新的健康保險生效後出院）。

第 5 部分　在某些情況下，MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)必須終止我們的計劃會員資格

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)在以下任意情況發生時必須終止我們的計劃會員資格：

- 如果您不再擁有 Medicare A 部分和 B 部分。

- 如果您不再符合 Medicaid 參保資格。如第 1 章第 2.1 節所述，我們的計劃適用於同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格的人士。**注意：**當我們的計劃收到您已失去 Medicaid 保險的通知時，我們會向您傳送通知。自通知之日起，您將有 90 天時間重新獲得保險。如果您在 90 天內重新獲得 Medicaid，您仍將參加 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)。如果您在 90 天內未重新獲得 Medicaid，您將退出 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)，因為需要 Medicaid 保險才能繼續參保。
- 如果您沒有支付醫療花費（適用費用）。
- 如果您遷出了我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域 6 個月以上的時間。
    - 如果您要搬遷或進行長途差旅，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）瞭解您要搬遷或差旅的地點是否在我們計劃的服務區內。
- 如果您被監禁（入獄）。
- 如果您不再是美國公民並且在美國沒有合法居住權。
- 如果您有其他承保藥品保險的保險，而您對與此相關的資訊撒謊或隱瞞。
- 如果您在加入我們計劃時故意向我們提交了影響您的參保資格的錯誤資訊。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理我們計劃的退保。）
- 如果您持續做出破壞性行為，令我們難於為您和我們計劃的其他會員提供醫療護理服務。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理我們計劃的退保。）
- 如果您令其他人使用您的會員卡獲得醫療護理服務。（除非首先得到 Medicare 許可，否則我們將無法因為這個原因為您辦理我們計劃的退保。）
    - 如果我們因為這個原因終止您的會員資格，Medicare 將令監察長對您的個案進行調查。

- 如果您 90 天內未支付我們的計劃保費。
    - 我們必須在終止您的會員資格前，書面通知您：您有 90 天的時間來支付我們的計劃保費。

如果您對我們可於何時終止您的會員資格還有疑問或者希望獲得更多資訊，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）

第 5.1 節 我們不能因任何健康原因要求您退出我們的計劃

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)不能因任何與您的健康相關的原因而要求您退出本計劃。

如果發生這種情況，您該做什麼?

如果您認為自己因健康問題而被要求結束本計劃，請致電 Medicare800.MEDICARE (800.633.4227)。聽力障礙電傳使用者請致電 877.486.2048。

第 5.2 節 如果我們終止了您在本計劃中的會員資格，您有權進行投訴

如果我們終止了您在本計劃中的會員資格，我們必須書面通知您終止您會員資格的原因。我們還必須說明您可如何就我們終止您會員資格的決定進行申訴或投訴。

第 11 章：
法律通告

第 1 部分　適用法律相關通知

適用於此*承保福利說明*文件的主要法律是《社會保障法》第十八章以及由 Medicare 與 Medicaid 服務中心（也稱為 CMS）根據《社會保障法》制訂的法規。此外，在特定情況下，您所在州的其他聯邦法律也可能適用。即使本文件未將其包含在內或加以說明，這部分法律內容也將影響您的權利和責任。

第 2 部分　關於無歧視的通告

我們不會基於以下方面歧視您：種族、民族、原國籍、膚色、宗教信仰、性別、年齡、精神或身體殘障、健康狀況、索賠經驗、病史、遺傳資訊、可保證明或服務區內的地理位置。所有提供 Medicare Advantage Plans 的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《康復法》、1975 年《年齡歧視法》、《美國殘障人士法》、《可負擔醫療法案》第 1557 節適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

如果您希望獲得更多資訊或者對歧視或不公平待遇有所疑慮，敬請致電美國衛生與公眾服務部的**民權辦公室** 800.368.1019 （聽力障礙電傳 800.537.7697）或您當地的民權辦公室。您也可以透過下列途徑查看美國衛生與公眾服務部民權辦公室的相關資訊：**HHS.gov/ocr/index.html**。

如果您有殘疾，需要獲得護理方面的協助，請致電會員服務部 866.986.0356。（聽力障礙電傳使用者應致電 711。）工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下

午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）如果您需要投訴（例如輪椅通道問題），會員服務部可提供幫助。

第 3 部分　有關 Medicare 次要付款人代位追償權的通知

我們有權利和責任收取 Medicare 不是第一付款人的承保 Medicare 服務費。根據 CMS 42 CFR 中第 422.108 以及 423.462 節的規定，作為一個 Medicare Advantage 組織，MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)將行使與部長根據 42 CFR 的 411 部分中 B 至 D 子部分的 CMS 規定一樣的恢復權，本部分中確立的規則將取代所有的州法律。

✓MetroPlusHealth
城市保健

MetroPlusHealth Plan 年度隱私權聲明

MetroPlusHealth 尊重您的隱私權。本聲明描述我們處理所接收的關於您的非公開個人財務和健康資訊（「資訊」）的方式，以及我們如何按照紐約州保險法（法規 169）的要求對這些資訊進行保密和保護。

此外，您可以隨時透過聯絡 MetroPlusHealth 保密官請求提供 MetroPlusHealth 的**健康資訊保密準則通知**的全文字版本，該版本描述了根據《聯邦健康保險可攜性和責任法案》(HIPAA)有關您的醫療資訊可以如何被使用和披露。您也可以登入我們的網站獲得該資訊：**metroplus.org/privacy-policies**。

資訊類型	
MetroPlusHealth 從如下來源收集關於您的資訊，並且可以披露：	• 您在申請及其他表格中提供給我們的或者您告訴我們的資訊； • 關於您與我們、與我們的合作醫療保健服務提供者以及其他方面之間的交易的資訊。
我們如何處理您的資訊： **除了法律許可的情況外，我們不把關於我們的會員以及前會員的資訊透露給任何人。**	• 提供您作為 MetroPlusHealth 會員應獲得的保健福利；例如，安排您需要的治療、為您獲得的服務付款； • 就您作為 MetroPlusHealth 會員可參加的計劃和可獲得的服務與您通訊；以及 • 管理我們的業務和遵守法律法規要求。

我們如何保護您的隱私	• 我們只允許需要使用您的資訊執行 MetroPlusHealth 業務或遵守法律法規要求的員工或其他人存取這些資訊。 • 違反我們的隱私政策和程序的員工將受到處罰並可能被解雇。 • 我們還按照州和聯邦法規使用物理防護、電子防護和程序防護對資訊實施保密和保護。
前會員	• 當您的 MetroPlusHealth 會員資格終止時，您的資訊將仍然像現會員的那樣受到我們的政策和程序的保護。
聯絡 MetroPlus	• 索取關於我們的隱私政策和程序的更多資訊， • 向我們提交隱私相關投訴，或 • 申請（書面）查看我們儲存的關於您的資訊。 **Customer Services – MetroPlusHealth Plan** **50 Water Street, 7th Floor** **New York, NY 10004** • **普通電話：**800.303.9626，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點 • **Medicare 會員：**866.986.0356，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點 • **聽力障礙電傳：** 711 • **電子郵件：PrivacyOfficer@metroplus.org**

您的資訊。

您的權利。

我們的責任。

MetroPlusHealth Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004
網址： **metroplus.org**
普通電話： 800.303.9626
聽力障礙電傳： 711
電子郵件： **PrivacyOfficer@metroplus.org**

本通知介紹如何使用和披露您的醫療資訊以及您如何獲得這些資訊。**請仔細閱讀。**

您的權利

對於您的健康資訊，您擁有某些權利。本節將介紹您的權利以及我們需要為您提供幫助的一些責任。

獲得您健康和理賠記錄的副本	• 您可以要求查看或獲得一份您的健康和理賠記錄及其他我們擁有的您的健康資訊的副本。詢問我們如何進行。 • 我們通常將會在收到您要求的 30 日內提供一份您的健康和理賠記錄的副本或總結。我們將按每頁$0.75（75 美分）向您收取副本的費用。
請求我們修正健康和理賠記錄	• 如果您認為您的健康和理賠記錄不正確或不完整，您可以要求我們進行修正。詢問我們如何進行。 • 我們可能拒絕您的要求，但我們會在 60 日內以書面形式告知您拒絕的原因。
要求保密通訊方式	• 您可以要求我們使用某種特定的方式與您聯絡（例如，住宅電話或辦公室電話）或寄送郵件到不同地址。

- 我們將切實考慮所有合理的要求，如果您告訴我們如果不這麼做將置您於危險境地，我們一定滿足您的要求。

轉下頁

您的權利（續）

要求我們限制我們使用或分享的內容	• 您可以要求我們**不要**為了治療、費用或我們的營運使用或分享某些健康資訊。 • 我們不必一定同意您的要求，且在可能影響您保健的情況下拒絕您的要求。
獲得一份我們已分享資訊的合作方的清單	• 您可以要求獲得一份在您提出要求當日前六年間我們分享您健康資訊的合作方名稱、原因和次數的清單（帳單）。 • 其中將包含除涉及治療、費用和保健運作及某些特定資訊披露（如果您要求我們）以外的所有資訊披露。我們每年將提供一份免費帳單，但如果您在 12 個月內要求獲得另一份帳單，我們可能收取合理的成本費用。 • 要求保密通訊，請聯絡我們的會員服務部：800.303.9626 （聽力障礙電傳：711）。要求更換或修改此類保密通訊方式的申請須以書面形式寄送到下列地址。
獲得一份此隱私聲明的副本	• 即使您已同意接收電子版通知，您也可以隨時要求獲得一份紙本版副本。我們會及時向您提供一份紙本版副本。您可以透過聯絡會員服務部隨時獲得一份本聲明的紙本副本：866.986.0356（聽力障礙電傳：711）。
為自己選擇一名代理人	• 如果您已給予某人醫療授權書或某人是您的法定監護人，那麼此人可以代您行使權力並對您的健康資訊作出選擇。 • 在我們採取任何行動前，我們將事先確定此人確實擁有此項授權以代理您行動。
在感覺您的權利遭到侵害時提出投訴	• 如果您感到我們侵害了您的權力，您可以透過第 1 頁的資訊聯絡我們。 • 您可以向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出投訴，聯絡方式：郵寄地址 - 200 Independence Avenue, S.W., Washington,

您的權利（續）

D.C.20201，電話–877.696.6775，網站–**hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**。我們不會因為您的投訴而進行報復。

前會員

- 當您的 MetroPlusHealth 會員資格終止時，您的資訊將仍然像現會員的那樣受到我們的政策和程序的保護。

對於某些健康資訊，您可以告訴我們您選擇讓我們分享哪些部分。如果您對我們在以下情況應該如何披露您的資訊有明確的偏好，請告知我們。告訴我們您想怎麼做，我們將遵循您的指示。

在這些情況下，您都有權利和選項來告知我們：

- 與您的家人、密友或其他與您保健費用有關的個人分享資訊。
- 在賑災中分享資訊

  如果您無法告訴我們您的選擇，例如您處於昏迷狀態中時，我們將根據我們認為最符合您利益的方式先一步採取行動。在需要化解目前對健康或安全的極大威脅時，我們也可能分享您的資訊。

下列情況下，除非得到您的書面許可，否則我們不會分享您的資訊：

- 行銷目的
- 銷售您的資訊

我們的使用和披露

我們通常如何使用或分享您的健康資訊？我們通常使用如下方式使用或分享您的健康資訊。

協助管理您接受的保健治療	• 我們可以與治療您的專業人士使用並分享您的健康資訊。 • 健康相關產品或計劃：MetroPlusHealth 可能向您提供醫療治療、計劃產品和服務的資訊。	**範例**：一名醫生給我們寄來您的診斷和治療方案以便我們安排額外的服務。

轉下頁

我們的使用和披露（續）

	向您提供的資訊都須遵守相關法律限制。 • 提醒：MetroPlusHealth 可能使用並披露您的 PHI（例如，透過給您打電話或傳送簡訊或寄信）來提醒您治療預約，或提醒您安排常規體檢或免疫的預約，或提供治療替代方案（「選擇」）的資訊，或提供其他您可能感興趣的健康相關福利和服務。	
營運我們的組織	• 我們可以使用和披露您的資訊以管理我們的組織，並可以在必要時聯絡您。 • **我們無權使用遺傳資訊來決定我們是否承接您的保險及保險費用。**此條不適用於長 期保健計劃。	**範例：**我們使用您的健康資訊以便為您提供更好的服務。 MetroPlusHealth 的品質管制部門可能使用您的健康資訊來協助提升計劃的品質、資料和業務進程。例如，我們的品質管制人員或合約護理監察員可能會查看您的醫療記錄並對向您和所有計劃會員提供的護理品質進行評估。

轉下頁

我們的使用和披露（續）

我們還可能如何使用或分享您的健康資訊？我們被允許或被要求以其他方式分享您的資訊——通常是用於公益事業，例如公共衛生和研究。我們必須滿足許多法律條件以分享您的資訊用於此類目的。有關詳情，請參閱：**hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**。

管理您的計劃	為進行計劃管理，我們可能會向您的醫療保險發起人披露您的健康資訊。	**範例：**您的公司與我們簽訂合約為您提供醫療保險，我們向您的公司提供相關資料以解釋我們所收取的保費。
為您的健康服務付費	在為您的健康服務付費時我們可以使用並披露您的健康資訊。	**範例：**我們與您的牙科計劃分享您的資訊以協調您在此項目的付費。
提供高品質護理和高效率服務交付	MetroPlusHealth 參加由 Healthix 運行的「健康資訊交換」。Healthix 是一家非營利組織，該組織透過電子方式分享人們的健康資訊，並遵守 HIPPA 和紐約州法律的隱私和安全標準。本通知旨在告知我們的病患，作為 Healthix 的參與者，MetroPlusHealth 透過電子方式將我們的病患的受保護健康資訊傳送/上傳到 Healthix。此外，MetroPlusHealth 的某些工作人員經授權可根據適用的許可規則透過 Healthix 存取病患的資訊。存取 Healthix 的許可一般是按組織來授予的。但是，病患可以選擇拒絕授予存取權限給 Healthix 中的所有組織。如果您想拒絕所有的 Healthix 組織存取您的受保護健康資訊，您可以瀏覽 Healthix 的網站 **healthix.org** 或致電 Healthix 拒絕，電話：877.695.4749。Healthix 掌握的關於病患的資訊來自提供醫療保健服務的場所，或者是透過健康保險索賠資訊獲得的。這些資料來源可能包括醫院、醫師、藥房、臨床實驗室、健康保險公司、Medicaid 計劃和其他透過電子方式交換健康資訊的組織。這些資料來源的更新清單可從 Healthix 獲得。病患可以隨時瀏覽 **healthix.org** 或致電 1.877.695.4749 獲得最新的清單。	

我們的使用和披露（續）

協助進行公共健康和安全事業	在下列情況中我們可以分享您的健康資訊： o 預防疾病 o 報告藥物不良反應 o 報告疑似虐待、忽視或家庭暴力 o 預防或避免對某人的健康或安全的嚴重威脅。
進行研究	我們可能使用或分享您的資訊用於健康研究。
遵守法律	如果州或聯邦法律要求，包括美國衛生與公眾服務部希望看到我們遵守聯邦隱私法律的情況，我們將分享您的資訊。
應對工傷賠償、執法部門和其他政府部門的要求	我們可能在下列情況中使用或分享您的健康資訊： o 用於工傷賠償索賠 o 用於執法目的或提供給執法官員 o 提供給法律授權的衛生監督機構 o 用於特殊政府職能如軍事、國家安全和總統保護服務
應對訴訟和司法活動	我們可能為回應法庭、**法律**行政命令或傳票而分享您的健康資訊
關於特定類型的資訊披露的紐約州法律	MetroPlusHealth 必須遵守對個人資訊（特別是有關愛滋病毒/愛滋病狀況或治療、心理健康、藥物濫用障礙和家庭計劃的資訊）提供更高階別保護的其他紐約州法律。

轉下頁

我們的責任

- 我們依照法律保護您受保護的健康資訊的隱私和安全。
- 如果發生可能對您的資訊的隱私和安全造成威脅的違約事故，我們將立即通知您。
- 我們必須遵守本通知中提到的職責和隱私條例並給您一份副本。

除非獲得您的書面同意，否則我們不會在上面所述情形之外使用或分享您的資訊。即使您給了我們書面核准，您也可以隨時進行變更。如果您改變了想法，請以書面形式通知我們。

有關詳情，請參閱：

hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html。

本通知中條款的變更

我們可以變更本通知中的條款，且這一變更將應用於我們所擁有的您的一切資訊。如有需要，我們將在我們的網站上提供新的通知，並寄送一份副本給您。

本通知自 2022 年 7 月 19 日起生效。

保密官員聯絡資訊

如果您對我們的隱私條例有任何疑問，或您想要提出投訴或行使上述權力，請聯絡：

Customer Services – MetroPlusHealth Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

- **普通電話：**800.303.9626，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點
- **Medicare 會員：**866.986.0356，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點
- **聽力障礙電傳：** 711
- **電子郵件：PrivacyOfficer@metroplus.org**

✓MetroPlusHealth

NOTICE OF AVAILABILITY |

LANGUAGE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES

ATTENTION: Language assistance services, and auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 866.986.0356 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Tiene a su disposición, sin costo alguno, servicios de asistencia lingüística, y ayudas y servicios auxiliares. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711).	Spanish
注意： 您可以獲得免費的語言援助服務以及輔助工具和服務。請致電：866.986.0356（聽力障礙電傳：711）。	Chinese Cantonese
تنبيه: اتصِل. تتوفر خدمات المساعدة اللغوية، والوسائل المساعدة والخدمات الإضافية لك بشكلٍ مجاني. على الرقم 866.986.0356 (الهاتف النصي: 711).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 866.986.0356 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой помощи и вспомогательными устройствами/средствами для восприятия информации. Звоните по тел.: 1(866)986-0356 (телетайп: 711).	Russian
ATTENZIONE: sono disponibili gratuitamente per Lei servizi di assistenza linguistica, accanto ad altri ausili e servizi. Telefoni al numero 866.986.0356 (Per gli utenti TTY: telefoni al numero 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique ainsi que des aides et services auxiliaires sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez le 866.986.0356 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Sèvis asistans lang yo ak sèvis ak èd konplemantè yo gratis e disponib pou ou. Rele nan 866.986.0356 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: לרשותכם שירותי סיוע בשפה, ועזרים ושירותים נלווים ללא תשלום. רופט 866.986.0356 (TTY: 711).	Yiddish

UWAGA: Mogą Państwo bezpłatnie korzystać z pomocy językowej, pomocy dodatkowych oraz innych usług. Proszę dzwonić pod numer 1-866-986-0356 (TTY: 711).	Polish
PAUNAWA: Ang mga serbisyo ng tulong sa wika, at mga pantulong na tulong at serbisyo, na walang bayad, ay available sa iyo. Tumawag sa 866.986.0356 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ দিন: এখানে আপনার জন্য ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অতিরিক্ত সাহায্য ও পরিষেবা বিনামূল্যে উপলভ্য রয়েছে। 866.986.0356 (TTY: 711)-তে কল করুন।	Bengali
VINI RE: Shërbime për ndihmë gjuhësore, si dhe ndihmë dhe shërbimet ndihmëse, janë në dispozicion për ju pa pagesë. Telefononi 866.986.0356 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι υπηρεσίες βοήθειας στη γλώσσα σας και τα βοηθήματα και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες, διατίθενται δωρεάν σε εσάς. Καλέστε τον αριθμό 866.986.0356 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: آپ کو زبان کی معاونت کی خدمات اور اضافی امدادی آلات و خدمات، مفت فراہم کی جاتی ہیں۔ کال کریں 866.986.0356 (TTY: 711)	Urdu
LƯU Ý: Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các dịch vụ hỗ trợ khác, miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 866.986.0356 (TTY: 711).	Vietnamese
BEACHTEN SIE: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste, Hilfen und Dienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie 866.986.0356 (TTY: 711) an.	German
注意 我们可为您提供免费的语言协助服务以及辅助工具和服务。请致电：866.986.0356（听力障碍电传：711）。	Chinese Mandarin
ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएँ, और सहायक सहायता एवं सेवाएँ आपके लिए नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 866.986.0356 (TTY: 711) पर कॉल करें।	Hindi
ATENÇÃO: Encontram-se disponíveis serviços de apoio linguístico gratuitos e ajudas e serviços auxiliares. Ligue para 866.986.0356 (TTY: 711).	Portuguese
注意： 言語サポートサービスおよび補助器具・サービスを無料にてご利用いただけます。電話 866.986.0356（TTY: 711）。	Japanese

第 12 章：
定義

流動手術中心–流動手術中心是一個專為以下目的開設的組織：為不需要住院且預計在中心的停留時間不超過 24 小時的病患提供門診外科服務。

上訴–如果您對我們拒絕您的醫療保健服務或處方藥保險請求，或者拒絕為您已得到的服務或藥品支付費用的決定有異議，您就可以提出上訴。如果您不同意我們停止您正在享受的服務的決定，也可提出上訴。

開具差額帳單–當服務提供者（例如：醫生或醫院）向病患開具的帳單金額超過我們計劃允許的分攤費用金額時。作為 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員，在獲得本計劃承保的服務時，您僅需支付本計劃的分攤費用金額即可。我們不允許服務提供者**開具差額帳單**或者向您收取高於根據我們的計劃您必須支付的費用分攤金額。

福利期–Original Medicare 衡量您的醫院與專業護理機構(SNF)服務使用情況的方法。福利期從您住進醫院或專業護理機構的當日開始計算。福利期將在您未在連續 60 天內得到任何住院護理服務（或 SNF 專業護理服務）後終止。如果您在福利期結束後再次住進醫院或專業護理機構，那麼一個新的福利期就開始了。您必須支付每個福利期間的住院自負額。福利期的數量沒有限制。

生物製劑–以動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然生物來源製成的處方藥。生物製劑比其他藥物更複雜，不能完全複製，因此其替代形式被稱為生物仿製劑。（請參閱**「原始生物製劑」**和**「生物仿製藥」**）。

生物仿製藥–與原始生物製劑成分非常相似但並非完全相同的生物製品。生物仿製藥與原始生物製劑一樣安全有效。一些生物仿製藥可以在藥房取代原始生物製劑，而不需要新的處方（請參閱「**可互換生物仿製藥**」）。

品牌藥–由初始研發藥品的製藥公司製造並銷售的處方藥。品牌藥與該藥的學名藥有相同的活性成分配方。但是，學名藥是由其他製藥商製造並銷售的，並且，直到品牌藥專利權到期後方才有售。

重病保險階段–在承保當年，您（或其他代表您的合格方）購買 D 部分承保藥品的金額達到$2,100 後，即開始 D 部分藥品福利的這一階段。在此支付階段，您無需為承保 D 部分藥品支付費用。

Medicare 與 Medicaid 服務中心(CMS)–負責管理 Medicare 的聯邦機構。

慢性病護理特別需求計劃(C-SNP)–C-SNP 是指將參與資格限制於符合 MA 資格且患有特定嚴重慢性疾病之人士的 SNP。

共同保險–您可能會被要求支付的一個金額，表述為一個百分比（例如 20%），作為您在支付任何自負額之後的服務或處方藥分攤費用。

投訴–進行投訴的正式名稱為「**提起申訴**」。投訴程序*僅*用於某些類型的問題。其中包括涉及護理服務品質、等待時間以及您所得到的客戶服務情況的問題。如果我們的計劃不符合上訴程序中的時間期限，它還包括投訴。

綜合門診復健機構(CORF)–該機構主要提供疾病或損傷後的復健服務，包括物理療法、社會或心理服務、呼吸療法、職業療法、言語和語言病理學療法，以及家庭環境評估服務。

自付費用（或自付費）–按照要求將作為醫療服務或供應（例如看醫生、醫院門診就診或購買處方藥）費用中您的分攤費用予以支付的金額。自付費用為固定金額（例如$10），而非百分比。

分攤費用–分攤費用是指會員在接受服務或購買藥品時需要支付的金額。這是我們計劃月保費之外的費用。分攤費用包括以下三種付款類型的任意組合：(1)對服務或藥品承保前，計劃可能徵收的自負額；(2)接受具體服務或購買具體藥品時，計劃要求支付的固定「自付費用」金額；或者(3)接受具體服務或購買具體藥品時，計劃要求支付的「共同保險」金額（服務或藥品費用總額的百分比）。

分攤費用等級–承保藥物清單上的每一種藥物都處於五大分攤費用層級中的某一級。通常，分攤費用級數越高，您的藥品價格也就越高。

保險裁定–涉及您開具的藥物是否為我們計劃所承保以及您應按要求支付多少處方藥費（如有）的決定。一般地，如果您將處方帶到藥房，但是，藥房方告訴您該處方不在我們計劃承保範圍之內，這並不叫保險裁定。您需要致電或致函我們的計劃，要求我們作出有關該保險的正式決定。本文件中，保險裁定稱為**「保險決定」**。

承保藥品–我們使用此術語表述由我們計劃所承保的所有處方藥。

承保服務–我們使用此術語表述由我們計劃所承保的所有醫療保健服務和供應品。

可信的處方藥保險–平均支付金額預期至少將與 Medicare 標準處方藥保險費用一樣多的處方藥保險（例如：由僱主或工會提供的保險）。擁有此類保險的人士具有 Medicare 資格後，如果決定稍後加入 Medicare 處方藥保險，一般可在不付罰款的情況下繼續保留該保險。

看護–看護是當您不需要專業醫療護理或專業康復護理時，療養院、寧養機構或其他機構環境中提供的護理。看護由不具備專業技能或未經訓練的人士提供的個人護理服務，包括幫助諸如沐浴、穿衣、飲食、上下床或椅子、四處走動以及上廁所等日常起居活動。其中還包括大部分人獨立完成的健康相關護理服務，例如：滴眼藥水。Medicare 並不支付看護費用。

每日費用分攤率–您的醫生為您開出不足整月用量的特定藥品處方並且您應按照要求支付自付費用時，「每日費用分攤率」可能適用。每日費用分攤率是均分在一月用量天數中的自付費用。以下為範例：如果您一個月用藥量的自付費用為$30，我們計劃中一個月用藥天數為 30 天，那麼，您的「每日費用分攤率」就是每天$1。

自負額–在我們計劃支付前，您必須為醫療保健或處方藥支付的金額。

退保–終止您在我們計劃中會員資格的程序。

藥事服務費–每次配發承保藥品時收取的處方開立費用，例如藥劑師花時間準備和包裝處方。

雙重資格特別需求計劃(D-SNP)–D-SNP 的參保對像是同時有資格享受 Medicare（《社會保障法》第十八條））以及 Medicaid 下州辦計劃醫療援助的人員（第十九條）。州承保一些或全部 Medicare 費用，具體取決於州和人員的資格情況。

雙合格人士–符合 Medicare 和 Medicaid 保險資格的人士。

耐用醫療設備(DME)–您的醫生出於醫療用途而訂購的特定醫療設備。例如包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液泵、語音生成裝置、氧氣設備、霧化器或者由提供者訂購的在家中使用的醫院病床。

急診–是您或其他任何掌握一般醫療衛生知識的外行人士認為您出現需要立即就醫，以免造成死亡（如果您是孕婦，胎死腹中）、肢體或肢體功能的喪失，或身體功能的喪失或嚴重損害。醫療徵兆可以是疾病、受傷、劇烈疼痛或迅速惡化的疾病情況。

急診治療–符合以下條件的承保服務：1)由具備提供緊急服務資格的提供者提供；及 2)屬治療、評估或穩定緊急病情需要。

承保福利說明(EOC)和資訊披露–本文件連同您的參保表和其他附錄、附加條款以及其他已選擇的附加保險闡述了您的保險、我們必須採取的行動、您的權利以及您作為我們計劃會員需要做的事。

特例–一種保險決定，如果獲准，您將能夠購買不在我們處方一覽表上的藥品（處方一覽表特例），或者以較低的分攤費用水準（層級劃分特例）購買非偏好藥品。如果我們的計劃要求您在收到請求的藥物前試用另一種藥物，如果我們的計劃要求對某一藥物進行事先授權且您希望我們免除標準限制，或者我們的計劃限制您所請求的藥物數量或劑量，您可申請特例（處方一覽表特例）。

額外補助–協助收入和資源均有限的人士支付 Medicare 處方藥計劃費用（例如：保費、自負額以及共同保險）的 Medicare 計劃。

學名藥–由 FDA 審核且與品牌藥具有相同活性成分的處方藥。一般情況下，學名藥與品牌藥的功效一致，但花費更低。

申訴–您對我們的計劃、服務提供者或藥房提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。這不會涉及承保範圍也無付款糾紛。

家庭保健助手–此人提供不需要執業護士或治療師技能的服務，例如：協助進行個人護理（例如：沐浴、上廁所、穿衣或進行處方鍛煉等）。

寧養服務–為經醫學證明患有絕症（即預期壽命為 6 個月或更短）的會員提供特殊治療的福利。我們的計劃必須為您提供一份您所在地理區域內的寧養服務清單。如果您選擇了寧養服務並繼續支付保費，則您將仍為我們計劃的會員。您仍可獲得所有醫療上必要的服務，以及我們所提供的補充福利。

住院治療–當您正式住入醫院接受專業醫療服務後得到的住院治療服務。即使您在醫院過夜，您仍被看作門診病患。

收入相關月調整額(IRMAA)–如果您 2 年前的 IRS 所得稅申報表中報告的調整後總收入高於某個特定數額，則您將需要支付標準保費金額和一筆收入相關月調整額（又稱 IRMAA）。IRMAA 是一筆保費之外的額外費用。具有 Medicare 的人中有不到 5%的人受影響，因此大部分人將不支付更高保費。

初始保險階段–直到您當年的付現費用達到自付閾值金額之前，您都將停留在該階段。

初始參保期–您首次符合 Medicare 計劃資格後，可以報名參加 A 部分和 B 部分 Medicare 計劃的這段時間。如果您年滿 65 歲後符合 Medicare 計劃資格，您的初始參保期將為自您年滿 65 歲當月前 3 個月開始計的 7 個月時間（包括您年滿 65 歲的當月）並將在您年滿 65 歲當月後的 3 個月後結束。

整合式 D-SNP–該 D-SNP 可在單一健康計劃下，為符合 Medicare 和 Medicaid 資格的特定人群承保 Medicare 和大部分或所有 Medicaid 服務。這些人也被稱為全額福利雙重合格者。

機構特別需求計劃(I-SNP)–I-SNP 將參保限制在符合 MA 資格、居住在社區但需要機構提供的護理水準的人士，或在某些長期機構中連續入住（或預計將入住）至少 90 天的人士。I-SNP 包括以下類型的計劃：機構等效 SNP (IE-SNP)、混合機構 SNP (HI-SNP)和基於設施的機構 SNP (FI-SNP)。

機構等效特別需求計劃(I-SNP)–IE-SNP 將參保限制在符合 MA 資格、居住在社區但需要機構提供的護理水準的人士。

可互換生物仿製藥–該生物仿製藥可在藥房用作原始生物仿製藥產品的替代品，無需新處方，因為它符合與可能的自動取代相關的額外要求。藥房的自動替換受州法律的約束。

承保藥物清單（處方一覽表或藥物清單）–由我們的計劃承保的處方藥清單。

低收入補助(LIS)–請參見「Extra Help」。

製造商折扣計劃–根據該計劃，藥品製造商為承保的 D 部分品牌藥品和生物製劑支付本計劃全額費用的一部分。折扣價根據 Federal Government 和藥商之間的合約而定。

最高公平價格–醫療保險為選定的藥物協商的價格。

最高自付金額–在該日曆年內，您為獲得承保的 A 部分和 B 部分服務而支付的最高自付金額。您為我們的計劃保費、A 部分和 B 部分 Medicare 計劃保費，以及處方藥費用支付的金額不計入最高自付金額。除了網絡內承保的 A 部分和 B 部分醫療服務的最高自付金額之外，我們還為某些類型的服務設定了最高自付金額。若您適用於 Medicaid 中的 Medicare 費用分攤補助，您不需要為 A 部分與 B 部分保險服務進行任何計入最高自付金額的自付金額支付。（**注意：**因為我們的會員也從 Medicaid 獲得幫助，因此只有極少數的會員會達到此最高付現金額。

Medicaid（醫療援助）–由聯邦和州聯合展開的計劃，協助一些收入和資源有限的人士支付藥費。州 Medicaid 計劃各不相同，但如果您同時符合 Medicare 和 Medicaid 的資格，那麼大部分醫療保健費用都能承保。

醫學公認病症–由美國食品藥物管理局核准或受特定參考書支援的用藥，例如美國醫院藥典服務–藥品資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

醫療必要性–即提供的服務、用品或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所必需的，且符合醫療實踐的可接受標準。

Medicare–是為 65 歲或以上年齡的老人、某些未滿 65 歲但有部分殘障的人士，以及患有末期腎病（一般是指需要透析或腎移植的永久性腎衰竭的人士）的人士設立的一項聯邦健康保險計劃。

Medicare Advantage 開放參保期–從 1 月 1 日至 3 月 31 日這段時間，Medicare Advantage 計劃會員可取消計劃參保資格並轉換到其他 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 計劃獲得承保。如果您選擇在此期間轉換為 Original Medicare，那麼您當時還可以加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放參保期也可以在人員首次符合 Medicare 計劃資格後的 3 個月內享受。

Medicare Advantage (MA)計劃–有時被稱為 Medicare 計劃 C 部分。該計劃由私人公司提供，此類公司與 Medicare 訂有為您提供所有的 A 部分及 B 部分福利的合約。Medicare Advantage 計劃可以是 i) HMO、 ii) PPO、 iii) 一項私人按服務收費(PFFS)計劃，或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶(MSA)計劃。除了從這些類型的計劃中選擇外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是 Special Needs Plan (SNP)。大部分情況下，Medicare Advantage Plans 還提供 D 部分 Medicare 計劃（處方藥保險）。這些計劃名為**有處方藥保險的 Medicare Advantage Plan**。

Medicare Cost Plan–Medicare Cost Plan 是由健康維護組織(HMO)或競爭性醫療計劃(CMP)，根據法案第 1876(h)部分訂立的成本-償付合約，營運的 Medicare Cost Plan。

Medicare 承保服務–Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 醫療保險必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。術語「Medicare 承保服務」不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力。

Medicare 保健計劃–Medicare 保健計劃是由與 Medicare 有合約的私人公司提供的，目的是向加入我們計劃的 Medicare 參保人士提供 A 部分和 B 部分福利。該術語包括所有的 Medicare Advantage Plans、Medicare Cost Plans、特別需求計劃，Demonstration/Pilot Programs 和 Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。

Medicare 處方藥保險（Medicare D 部分保險）–協助支付門診處方藥、疫苗、生物製品以及並非由 Medicare A 部分或 B 部分保險承保的部分供應品費用的保險。

藥物治療管理(MTM)計劃–針對滿足特定要求或參加藥物管理計劃的人們提供的針對複雜健康需求的 Medicare D 部分計劃。MTM 服務通常包括與藥劑師或醫療保健服務提供者討論藥物。

「Medigap」（Medicare 補充保險）政策–Medicare 補充保險由私人保險公司出售，用於填補 Original Medicare *[空缺]* 。Medigap 政策僅可配合 Original Medicare 使用。（Medicare Advantage 計劃並非 Medigap 政策。）

會員（我們的計劃會員或計劃會員）–有資格享受承保服務、已加入我們計劃，以及參保情況已由 Medicare 與 Medicaid 服務中心(CMS)確認的 Medicare 參保人士。

會員服務部–我們計劃中的一個部門，負責為您解答有關您的會員資格、福利、申訴以及申訴相關問題。

網絡內藥房–與我們計劃簽約的藥房，我們計劃的會員可在此獲得處方藥福利。大多數情況下，我們僅對從我們的網絡內藥房開出的處方藥承保。

網絡內服務提供者–**「服務提供者」**統稱由 Medicare 和州許可或認可後提供醫療保健服務的醫生、其他醫療保健專業人士、醫院，以及其他醫療保健機構。**「網絡內服務提供者」**與我們計劃訂立合約，將我們的付款作為全額付款；在某些情況下，還為我們計劃會員進行協調並向其提供承保服務。網絡內服務提供者也稱為**計劃提供者**。

年度參保期–每年 10 月 15 日至 12 月 7 日這段時間，會員可變更其健康或藥物計劃，或者轉換到 Original Medicare 計劃。

組織裁決–我們計劃就是否承保用品或服務，或您必須為承保用品或服務支付多少費用作出的決定。本文件中，組織裁定也稱為「保險決定」。

原始生物製劑–已被 FDA 核准的生物製品，其作為生產生物仿製藥的製造商的對比。它也被稱為參考產品。

Original Medicare（「傳統 Medicare」或「按服務收費」Medicare）–Original Medicare 由政府提供，且並非為諸如 Medicare Advantage Plans 和處方藥計劃等的私人醫療保險。在 Original Medicare 計劃中，我們透過向醫生、醫院和其他醫療保健服務提供者支付費用（付款金額由國會確定）來對 Medicare 服務進行承保。您還可以去接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他健康護理提供者那裏就診。您必須支付自負額。Medicare 將支付經 Medicare 核准的分攤費用金額，您則將需要支付您的分攤部分。Original Medicare 包含兩部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），並在美國任意地方可用。

網絡外藥房–未與本計劃訂立合約，因此不能為本計劃會員進行協調並提供承保藥物。除非某些條件適用，否則我們的計劃不承保您從網絡外藥房獲得的大部分藥物。

網絡外服務提供者或網絡外機構–未與我們的計劃簽訂合約，無法向我們計劃的會員協調或提供承保服務的提供者或機構。網絡外服務提供者是指並非由我們計劃雇用、擁有或營運的提供者。

自付金額–請參見上文的「費用分攤」定義。用來支付一部分已得到的服務或藥品費用的會員分攤費用需求，也稱會員的「自付」費用需求。

自付費用閾值–您為 D 部分藥物支付的最高自付費用。

PACE 計劃–PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)計劃結合了針對身體孱弱之人的醫療、社會以及長期服務和支援(LTSS)，以協助人們盡可能長時間地獨立生活並居住在社區中（而非搬入療養院）。加入 PACE 計劃的人可透過我們的計劃得到 Medicare 和 Medicaid 福利。

C 部分–請參見「Medicare Advantage (MA) Plan」。

D 部分–自願 Medicare 處方藥福利計劃。

D 部分藥品–可在 D 部分計劃中承保的藥品。我們可能或者不會提供所有的 D 部分藥品。某些類別的藥品已被國會排除在 D 部分承保範圍之外。某些類型的 D 部分藥物必須獲得每一種計劃的承保。

D 部分逾期參保罰款–一筆當您首次符合加入 D 部分計劃的資格後持續未參加任何有信譽度的保險（預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的保險）達 63 天或以上時，將會追加到您 Medicare 藥品保險之月繳保費中的金額。如果您失去 Extra Help，並持續未參加 D 部分或其他可信的藥品保險達 63 天或以上，可能就需要支付延遲參保罰款。

Preferred Provider Organization (PPO) Plan–Preferred Provider Organization 計劃是一種 Medicare Advantage 計劃，它擁有一個同意以特定支付金額為計劃會員進行治療的合約服務提供者網絡。PPO 計劃必須承保來自網絡內或網絡外服務提供者的所有計劃福利。當計劃福利來自網絡外服務提供者時，會員分攤費用普遍偏高。PPO 計劃對於網絡內（偏好）服務提供者的服務費用中您的自付金額部分有年度限額限制，同時，對網絡內（偏好）和網絡外（非偏好）服務提供者的服務費用中您的聯合自付金額總額有著更高的限額。

保費–為獲得保健或處方藥保險而定期向 Medicare（保險公司）或醫療保健計劃定期支付的費用。

預防性服務–預防疾病或在早期發現疾病的醫療保健，此時治療效果可能最佳（例如，預防性服務包括巴氏塗片檢查、流感疫苗和乳房 X 光篩查）。

主治醫生(PCP)–您若出現健康問題，大部分情況下可首先前往尋求救治方法的醫生或其他服務提供者。在很多 Medicare 醫療保險中，您都必須在見其他醫療保健服務提供者前先見您的主治醫生。

事先授權–根據特定標準提前核准獲得服務或某些藥物。需要事前核准的承保服務已在第 4 章的《福利表》內標識出來。需要事先授權的承保藥品已在處方一覽表中標識出來，在我們網站上發佈了我們的標準。

修復和矯形–醫療器械包括但不限於手臂、後背和頸部的支架；假肢；義眼；以及更換內部身體部位或功能所需的器械，包括造口術用品以及腸內和腸外營養治療。

品質改進組織(QIO)–這是由職業醫師和其他醫療保健專業人士組成的團隊，他們享受 Federal Government 發放的薪酬，負責核查並改善向 Medicare 病患提供的護理服務。

數量限制–一種管理工具，設計用於限制已選擇藥品的使用品質、安全性或服藥原因。限制條件可能加諸於每份處方藥或某段限定時間內我們所承保的藥量。

「**即時福利工具**」–入口網站或電腦應用程式，參保人可利用該網站或程式尋找完整、準確、及時、臨床適用且基於參保人個人情況的《處方一覽表》和福利資訊。資訊包括費用分攤金額、針對相同疾病與給定藥物療效相當的替代承保藥品目錄處方藥，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、分步療法、數量限制）。

轉診–您的主治醫生出具的書面指示，讓您去看專科醫生或獲得某些醫療服務。如果沒有轉診，我們的計劃可能不會支付專科醫生的服務費用。

康復服務–這些服務包括住院康復護理、物理治療（門診）、言語和語言治療以及職業治療。

選定藥物– Medicare 協商了最高公平價格的 D 部分承保的藥物。

服務區域–一個地理區域，您必須居住在其中才能參加特定的醫療保險。對於限制您可使用的醫生和醫院的計劃，服務區域一般還可為您可在其中得到日常（非急救）服務的區域。如果您永久性地遷出我們計劃的服務區域，則我們的計劃必須取消您的參保資格。

專業康復機構(SNF)護理–在專業康復機構中連續每天提供的專業護理和復健服務。護理服務的範例包括只能由註冊護士或醫生實施的物理治療或靜脈注射。

特別需求計劃–一種特殊的 Medicare Advantage 計劃類型，為特定人群提供更為明確的醫療保健服務，這些人群包括：同時擁有 Medicare 和 Medicaid 計劃的人、居住在療養院中的人，或者罹患某種慢性疾病的人。

分步療法–這是一種應用工具，要求您首先嘗試服用另一種藥品治療您的疾病，然後，我們將承保您的醫師最初開出的藥品。

生活補助金(SSI)–這是由社會保障服務處每月向收入有限且資源有限的人員、殘障者、盲人或年齡在 65 歲及以上老人發放的月度福利。SSI 福利與 Social Security 福利並不相同。

急需的服務–如果您暫時不在我們的計劃服務區內，或者即使您在我們的計劃服務區內，但考慮到您的時間、地點和情況，從網絡提供商處獲得此服務是不合理的，則需要立即就醫但並非緊急情況的計劃承保服務就是急需服務。緊緊急需要的服務的範例是不可預見的醫療疾病和傷害或現有疾病的意外發作。即使您不在我們計劃的服務區域內或我們的計劃網絡暫時不可用，也不認為醫療上必要的例行提供者就診（如年度體檢）是急需的。

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)會員服務部

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
致電	866.986.0356 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。） 會員服務部也為非英語母語的人士提供免費口譯服務。
聽力障礙電傳	711 該號碼需透過特殊的電話裝置致電，僅適用於聽說有困難的人士使用。 致電此號碼不收取任何費用。工作時間為週一至週五，早 8 點至晚 8 點，週六，早 9 點至下午 5 點。（非工作時段，請致電：800.442.2560。）
傳真	212.908.5196
寫信	MetroPlusHealth Plan 50 Water Street, 7th fl. New York, NY 10004 Attn: Medicare Department
網址	**metroplusmedicare.org**

健康保險資訊、諮詢與輔助計劃(HIICAP)（紐約 SHIP）

HIICAP 是由 Federal Government 出資的州立計劃，旨在向參加 Medicare 的人員提供免費的當地健康保險諮詢。

方法	Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)（紐約 SHIP）聯絡資訊
致電	800.701.0501
寫信	New York City Department for the Aging 2 Lafayette Street, 9th fl. New York, NY 10007-1392
網址	**nyconnects.ny.gov**

PRA 披露聲明 *根據《1995 年減少文書工作法案》，除非顯示有效的 OMB 控制號碼，任何人都不需要回應資訊收集。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。如果您對如何完善本表格有意見或建議，請致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

✓MetroPlusHealth

50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004

METROPLUSMEDICARE.ORG

PRA Disclosure Statement According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1051. If you have comments or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850