



VNS Health 富康醫療 EasyCare (HMO)

一項 Medicare Advantage 計劃

2025

會員手冊：
您的承保範圍說明書



2025 年 1 月 1 日 – 12 月 31 日

承保範圍說明書：

作為 VNS Health 富康醫療 EasyCare (HMO) 的會員，您的紅藍卡 (Medicare) 保健福利與服務以及處方藥保險。

本文件為您詳細介紹了 2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日您的紅藍卡保健和處方藥保險。這是一份重要的法律文件。請謹慎保存。

如果對本文件有疑問，請致電 **1-866-783-1444** 聯絡您的護理團隊以獲取更多資訊。（TTY 使用者請撥打 711。）服務時間為每週七天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月）；週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月）。此為免付費電話。

本計劃 VNS Health 富康醫療 EasyCare 由 VNS Health 富康醫療紅藍卡計劃 (Medicare) (VNS Health 富康醫療健保計劃) 提供。（當本承保範圍說明書中出現「我們」或「我們的」時，是指 VNS Health 富康醫療健保計劃 (VNS Health 富康醫療健保計劃)。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指 VNS Health 富康醫療 EasyCare。）

本文件免費提供西班牙語和中文版本。此資訊以其他格式免費提供，例如大號字體、盲文或音訊。

自 2026 年 1 月 1 日起，福利、保費、自付額和/或共付額/共同保險可能會有所調整。

處方藥一覽表、藥房網絡和 / 或醫療護理提供者網絡將可能隨時變更。您會在必要時收到通知。我們將提前至少 30 天將變更情況通知受影響的註冊者。

本文件將介紹您的福利和權利。使用本文件瞭解：

- 您的計劃保費和分攤費用；
- 您的醫療和處方藥福利；
- 如果您不滿意服務或治療，如何提交投訴；
- 如果您需要進一步協助，如何聯絡我們；和，
- 紅藍卡法律要求提供的其他保護。

H5549_2025 EasyCare EOC_C 10112024

2025 年承保範圍說明書

目錄

第 1 章: 會員入門	4
第 1 節 簡介	5
第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件?	6
第 3 節 您將收到的重要會員資料	8
第 4 節 您的 VNS Health 富康醫療 EasyCare 每月費用	10
第 5 節 關於月繳保費的更多資訊	14
第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄	15
第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作	16
第 2 章: 重要電話號碼和資源	18
第 1 節 VNS Health 富康醫療 EasyCare 聯絡資訊 (如何聯絡我們, 包括如何聯絡您的照護團隊)	19
第 2 節 紅藍卡 (如何從紅藍卡計劃直接獲得協助和資訊)	23
第 3 節 州健康保險援助計劃 (關於紅藍卡的問題, 免費為您提供回答、資訊和協助)	24
第 4 節 品質改進機構	25
第 5 節 社會保障局	26
第 6 節 白卡	27
第 7 節 介紹協助支付處方藥計劃的資訊	28
第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會	31
第 9 節 您是否有團體保險或雇主提供的其他健康保險?	32
第 3 章: 使用本計劃承保出於您的醫療服務目的	33
第 1 節 作為我們計劃的會員獲得醫療護理的須知	34
第 2 節 使用本計劃網絡內的提供者獲得醫療護理	36
第 3 節 如何在需要緊急醫療或急症治療時或在災難期間獲得服務	39
第 4 節 如果您直接收到服務全部費用的賬單, 該如何處理?	42
第 5 節 參加臨床研究時, 您的醫療服務如何獲得承保?	43
第 6 節 有關在「宗教性非醫療保健機構」獲得護理的規定	45
第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定	46

第 4 章: 醫療福利表 (承保內容以及支付費用)	48
第 1 節 瞭解您為承保服務支付的自付費用	49
第 2 節 使用醫療福利表瞭解承保哪些服務以及您將支付多少費用	51
第 3 節 哪些服務不能獲得本計劃承保?	91
第 5 章: 使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保	94
第 1 節 簡介	95
第 2 節 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配取處方藥	95
第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上	98
第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制	101
第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的, 該如何處理?	102
第 6 節 如果您藥物的承保範圍變更, 該如何處理?	104
第 7 節 哪些類型的藥物不能獲得本計劃承保?	107
第 8 節 配取處方藥	108
第 9 節 特殊情況下的D部份藥物保險.....	109
第 10 節藥物安全與用藥管理的計劃	110
第 6 章: 對於 D 部份處方藥 您須支付的費用	113
第 1 節 簡介	114
第 2 節 您須為藥物支付的金額, 視您取得該藥時的藥品支付階段而定	117
第 3 節 我們會寄一份報告給您, 說明您藥物的付款與您的付款階段	117
第 4 節 在自付額階段, 您需支付第 2 級、第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物的全 部費用	119
第 5 節 在初始承保階段期間, 本計劃將為您的藥物費用支付其應承擔 的部分, 而您也將支付您應承擔的部分	119
第 6 節 在重大傷病承保階段, 您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用.....	124
第 7 節 D 部分疫苗。您須為此類疫苗接種支付的費用視您如何及於何 處取得而定	124
第 7 章: 要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付應承擔的費用	127
第 1 節 要求我們支付我們對您的承保服務或藥物應承擔的費用的情況	128
第 2 節 如何要求我們向您退款或就您收到的帳單付款	130
第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆	131

第 8 章: 您的權利與責任	132
第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為會員而享有的權利與文化敏感性	133
第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任	147
第 9 章: 遇到問題時該如何處理或投訴（承保範圍裁決、上訴、投訴）	149
第 1 節 簡介	150
第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助	151
第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？	151
第 4 節 承保範圍決定和上訴基準指引	152
第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或就承保範圍裁決提出上訴	155
第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴.....	164
第 7 節 如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保	175
第 8 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務	180
第 9 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上	184
第 10 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴	187
第 10 章: 終止計劃會員資格	191
第 1 節 終止計劃會員資格簡介	192
第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？	192
第 3 節 如何終止計劃會員資格？	195
第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、 服務和藥物	195
第 5 節 在特定情況下，VNS Health 富康醫療 EasyCare 必須終止您的 計劃會員資格	196
第 11 章: 法律通知	198
第 1 節 有關管轄法律的通知	199
第 2 節 有關非歧視的通知	199
第 3 節 有關以紅藍卡作為次要付費者的代位求償權通知	201
第 12 章: 重要辭彙的定義	202

第 1 章: 會員入門

第 1 節 簡介

第 1.1 節 您已註冊參保 VNS Health 富康醫療 EasyCare，這是一項紅藍卡 HMO

您已由紅藍卡承保，並且已選擇透過我們的計劃 VNS Health 富康醫療 EasyCare 獲得紅藍卡保健及處方藥保險。我們必須承保所有 A 部分和 B 部分服務。但是，本計劃中的分攤費用和醫療服務提供者使用權與 Original Medicare 有所不同。

VNS Health 富康醫療 EasyCare 是經紅藍卡核准並由私營公司營運的 Medicare Advantage HMO 計劃（HMO 代表健康維護組織）。

本計劃下的承保符合合格的健康保險 (QHC)，滿足病患保護與平價醫療法案 (ACA) 的個人共同責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：

www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，瞭解詳細資訊。

第 1.2 節 承保範圍說明書文件包括哪些內容？

本承保範圍說明書文件向您介紹了如何獲取您的醫療護理和處方藥。其中說明了您的權利與責任、承保範圍、作為計劃會員所支付的費用，以及如果您對決定或治療不滿意，如何提交投訴。

詞語承保範圍和承保服務是指您作為 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的會員可以使用的醫療護理和服務以及處方藥。

請務必瞭解計劃有什麼規則以及向您提供哪些服務。請您抽時間來查看此承保範圍說明書文件。

如果您感到困惑、有顧慮或有疑問，請聯絡您的護理團隊。

第 1.3 節 關於「承保範圍說明書」的法律資訊

本承保範圍說明書是與您簽署的有關 VNS Health 富康醫療 EasyCare 如何承保您的護理服務的合約的一部分。該合約還包括您的參保表、承保藥物清單（處方藥一覽表）以及我們向您提供的所有關影響您的承保範圍的保險或條件變化的通知。這些通知有時稱為附則或修正條款。

合約在 2025 年 1 月 1 日到 12 月 31 日之間，您是 VNS Health 富康醫療 EasyCare 參保人的那些月份有效。

紅藍卡允許我們每個曆年對我們提供的計劃進行變更。這意味著我們可在 2025 年 12 月 31 日之後變更 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的費用和福利。我們也可在 2025 年 12 月 31 日之後選擇停止提供此計劃，或選擇在其他服務區域提供。

紅藍卡 (Centers for Medicare and Medicaid Services) 每年必須核准 VNS Health 富康醫療 EasyCare。只要我們選擇繼續提供計劃並且紅藍卡延長對計劃的批准，您就可每年繼續作為我們計劃的會員獲得紅藍卡承保。

第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？

第 2.1 節 符合條件的要求

只要您符合以下條件，就可以成為我們計劃的會員：

- 您同時享有紅藍卡 A 部分和紅藍卡 B 部分
- -- 並且 -- 您居住於我們的地理服務區域（下面的第 2.2 節介紹了我們的服務區域）。住院的個人並不被視為居住在地理服務區域內，即便他們實際居住在該服務區域。
- -- 並且 -- 您是美國公民或在美國合法居留

第 2.2 節 以下是 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的計劃服務區域

VNS Health 富康醫療 EasyCare 僅提供給居住於我們計劃服務區域的個人。為保持我們計劃會員的身份，您必須持續居住在此服務區域內。服務區域描述如下。

我們的服務區包含紐約州的以下縣區：Albany、Bronx、Erie（待 DOH 批准）、Kings (Brooklyn)、Monroe（待 DOH 批准）、Nassau、New York (Manhattan)、Queens、Richmond (Staten Island)、Rensselaer、Schenectady、Suffolk 和 Westchester 縣。

如果您計劃搬出服務區域，則不能保留此計劃的會員。請聯絡您的護理團隊，瞭解我們是否在新的居住區域內提供計劃。搬家後，您將有一段特殊參保期，使您可以轉而使用 Original Medicare 或參加您所在的新區域提供的紅藍卡保健或藥物計劃。

同時，如果您搬遷或更改郵寄地址，致電社會保障局更改相關資訊，這一點也非常重要。社會保障局的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 5 節。

第 2.3 節 美國公民或合法居留身份

紅藍卡保健計劃會員必須為美國公民或可在美國合法居留。紅藍卡 (Centers for Medicare and Medicaid Services) 將通知 VNS Health 富康醫療 EasyCare，您在此基礎上是否仍符合會員資格。如果您不符合此要求，VNS Health 富康醫療 EasyCare 必須將您退保。

第 3 節 您將收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

作為我們計劃的會員，當您獲取本計劃承保的服務以及取得網絡內藥房的處方藥時，請務必使用您的會員卡。您應向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 醫療補助卡（如適用）。以下是一張會員卡樣本，用於向您展示您的卡是怎樣的：



您是此計劃會員時，請勿將您的紅藍卡用於承保的醫療服務。如果您使用紅藍卡替代您的 VNS Health 富康醫療 EasyCare 會員卡，您可能需要自行支付醫療服務的全部費用。請妥善保管您的紅藍卡。如果您需要住院服務、安寧療護服務或參與紅藍卡批准的臨床研究（也稱為臨床試驗），可能需要出示此卡。

如果您的計劃會員卡損壞、丟失或被盜，請立即致電您的護理團隊，我們會發給您一張新卡。

第 3.2 節 醫療服務提供者與藥房目錄

醫療服務提供者及藥房目錄列出了我們目前的網絡內提供者、藥房和耐用醫療設備供應商。

網絡內提供者是與我們簽有協議，接受我們付款和任何計劃分攤費用以當作全額支付的醫生和其他醫療保健專業人員、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院及其他醫療保健機構。

網絡內藥房指同意為我們的計劃會員配取承保處方藥的所有藥房。您可以利用**醫療服務提供者及藥房目錄**來尋找您想要使用的網絡內藥房。有關什麼情況下可以使用計劃網絡外藥房的資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

您必須使用網絡提供者獲得醫療護理和服務。如果您在未經適當授權的情況下前往其他地方看診，您將須全額付款。唯一的一些例外是在網絡無法及時提供緊急醫療或急症治療服務（即在不合理或無法獲得網絡內服務的情況下）、區域外透析服務，以及 VNS Health 富康醫療 EasyCare 授權使用網絡外提供者的情況。

如果您沒有**醫療服務提供者及藥房目錄**的副本，可以向您的護理團隊索取一份副本（電子版或紙質版表格）。索取的紙質版**醫療服務提供者及藥房目錄**將在三個工作日內郵寄給您。您可以向您的護理團隊諮詢有關我們網絡內提供者的更多資訊，包括其資質。

您可以隨時瀏覽我們的網站 vnshealthplans.org/providers，查看 2025 年醫療服務提供者及藥房目錄的最新版本。

第 3.3 節 計劃的承保藥物清單（處方藥一覽表）

本計劃有一份**承保藥物清單（處方藥一覽表）**。我們簡稱為「藥物清單」。其中介紹了何種類型的 D 部分處方藥受 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的 D 部分福利承保。此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。該清單必須符合紅藍卡規定的要求。紅藍卡已核准 VNS Health 富康醫療 EasyCare 藥物清單。

該藥物清單也可告知您的藥物是否有任何限制承保範圍的規則。

我們將為您提供一份藥物清單。如需取得最完整且最新的承保藥物資訊，您可以瀏覽計劃的網站 (vnshealthplans.org/formulary) 或致電您的護理團隊。

第 4 節 您的 VNS Health 富康醫療 EasyCare 每月費用

您的費用可能包括以下費用：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- 紅藍卡 B 部分月繳保費（第 4.2 節）
- D 部分逾期參保罰金（第 4.3 節）
- 按收入每月調整保費（第 4.4 節）
- 紅藍卡處方藥付款計劃金額（第 4.5 節）

在某些情況下，您的計劃保費可能更少

有一些計劃可以幫助收入有限的人士支付他們的藥費。這些計劃包括「額外補助」和 State Pharmaceutical Assistance Programs。第 2 章第 7 節詳細介紹了這些計劃。如果您符合資格，參加這些計劃可幫助降低您的月繳計劃保費。

如果您已加入並從這些計劃之一獲取補助，本承保範圍說明書中關於保費的資訊可能不適用於您。我們已給您寄送一份單獨的插頁來說明您的藥物承保，該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您尚未收到此插頁，請致電您的護理團隊索取「LIS 附則」。

對於收入不同的人士，其紅藍卡 B 部分和 D 部分保費也會有所不同。如果您對這些保費有疑問，請查看「2025 年 Medicare 與您」手冊的「2025 年紅藍卡費用」一節。如果您需要一份，可以從紅藍卡網站 (www.medicare.gov/medicare-and-you) 下載。或者，您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，預訂一份印刷版本，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。

<h3>第 4.1 節 計劃保費</h3>

作為我們計劃的會員，您需支付月繳計劃保費。2025 年，VNS Health 富康醫療 EasyCare 的月繳保費為 \$25。

第 4.2 節 紅藍卡 B 部分月繳保費

許多會員需要支付其他紅藍卡保費

除了支付月繳計劃保費外，您必須繼續支付紅藍卡保費才能保持計劃的會員身份。這包括您的 B 部分保費。它還可能包括 A 部分保費，那些不符合免繳 A 部分保費資格的會員需要繳納這部分費用。

第 4.3 節 D 部分逾期參保罰金

一些會員需要支付 D 部分**逾期參保罰金**。D 部分逾期參保罰金是您連續 63 天或更長時間未擁有 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥承保時，必須支付 D 部分保險的額外保費。有信譽度的處方藥保險是指滿足紅藍卡最低標準的保險，因其預計須支付的保險通常至少相當於紅藍卡標準處方藥保險。逾期參保罰金的金額取決於您未參保 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥保險的時間。只要您仍擁有 D 部分保險，您就需要支付此罰款。

D 部分逾期參保罰金將追加到您的月費中。當您首次加入 VNS Health 富康醫療 EasyCare 時，我們會告知您該筆罰金的金額。如果您未支付 D 部分延遲註冊罰款，可能會喪失您的處方藥福利。

如果您符合以下情況，則**無需**支付該罰款：

- 您獲取紅藍卡提供的「額外補助 (Extra Help)」用以支付您的處方藥費用。
- 您連續不到 63 天沒有可替代承保。
- 您已透過其他來源（例如前僱主、工會、TRICARE 或退伍軍人事務部 (VA)）獲得可替代藥物承保。您的保險人或您的人力資源部門將會告知每年您的藥物保險是否為有信譽度的保險。本資訊可能透過信件寄送給您，或包含在計劃的新聞通訊中。請保留此資訊，您在之後加入紅藍卡藥物計劃時可能會用到。
 - **註：**所有通知必須註明您擁有過有信譽度的處方藥保險，其預計支付的金額和紅藍卡的標準處方藥計劃相當。
 - **註：**以下列出不是有信譽度的處方藥保險：處方藥折扣卡、義診、藥物折扣網站。

該筆罰款的金額由紅藍卡決定。計算情況如下：

- 如果您在首次符合 D 部分參保資格後連續 63 天以上未擁有 D 部分或其他有信譽度的處方藥保險，則計劃將計算您有多少個全月未擁有保險。如果您未參加可替代承保，每月的罰款為 1%。例如，您有 14 個月沒有保險，則罰款為 14%。
- 接著，紅藍卡參考去年決定全國的紅藍卡藥物計劃平均月繳保費金額。2024 年，此平均保費金額為 \$36.78。
- 接著將罰金比例和平均月費相乘，再四捨五入至 10 美分，即可算出您的月繳罰金。在本例中，用 14% 乘以 \$36.78，得到 \$5.10。四捨五入為 \$41.90。此金額將追加到須支付 D 部分逾期參保罰金之人士的月繳保費中。

關於此月繳 D 部分逾期參保罰金，有以下三點重要注意事項：

- 第一點，該罰金可能每年不同，因為平均月繳保費每年皆可能變更。
- 第二點，只要您仍然參保提供紅藍卡 D 部分藥物福利的計劃，您就要繼續每月支付罰金（即使您變更計劃）。
- 第三點，如果您未滿 65 歲，且目前有接受紅藍卡福利，則 D 部分逾期參保罰金將會在您年滿 65 歲時重新計算。在 65 歲後，您的 D 部分逾期參保罰金將會僅視您因到達年齡而參保紅藍卡的首次參保期後您未擁有保險的月數而定。

如果您不同意您的 D 部分逾期參保罰金，您或您的代表可以要求對其進行審核。通常，您必須在收到首封信函告知您必須支付逾期參保罰金後的 60 天內請求此審核。但是，如果您在加入本計劃前就已經在支付罰金，您將無法再提出逾期參保罰金審核請求。

重要提示：在等待 D 部分逾期參保罰金決定的審核期間，請勿停止支付逾期參保罰金。如果您停止未支，您可能會因未能支付計劃保費而遭退保。

第 4.4 節 按收入每月調整保費

可能要求一些會員支付額外費用，稱為 D 部分收入相關每月調整金額，亦稱 IRMAA。該額外費用使用您兩年前的國稅局（IRS）納稅申報單所報告的調整後總收入計算。如果這筆金額超過某個特定金額，您將支付標準保費金額和額外 IRMAA。如需瞭解您是否因收入而需支付額外金額，請瀏覽 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您須支付額外款項，社會保障局，而非您的紅藍卡計劃，將向您寄送一封信函，告知您額外款項的數額。這筆額外的金額將會從您的社會保障局、鐵路職工退休委員會、人事管理局的福利支票扣繳，無論您通常支付計劃保費的方式為何，除非您的每月福利不足以支付該筆額外金額。如果您的福利支票不足以支付該筆額外金額，您將會收到紅拉卡的賬單。您必須向政府支付額外的金額。它不能與您的月繳計劃保費一同支付。如果您不支付這筆額外金額，您將退出計劃並失去處方藥保險。

如果您不同意支付額外金額，您可以要求社會保障局審核該決定。有關如何處理的細節，請致電社會保障局專線 1-800-772-1213（聽障人士可致電 1-800-325-0778）。

第 4.5 節 紅藍卡處方付款計劃金額

如果您正在參與紅藍卡處方付款計劃，您將每月支付計劃保費（如果有計劃保費），並且您將從您的健康或藥物計劃收到處方藥的帳單（而不是向藥房付款）。您的月度帳單基於您獲得的任何處方藥的欠款，加上上個月的餘額除以一年中剩餘的月數。

第 2 章第 7 節詳細介紹了紅藍卡處方付款計劃。如果您不同意此付款選項中的帳單金額，您可以按照第 9 章中的步驟提出投訴或上訴。

第 5 節 關於月繳保費的更多資訊

第 5.1 節 您可以使用多種方式支付計劃保費

您可以使用兩 (2) 種方式支付計劃保費。

選項 1：透過支票或匯票支付。

每個月您都將收到一份來自 *VNS Health 富康醫療 EasyCare* 的對賬單，它將顯示保費及應向本計劃支付的逾期參保罰金。您應每月支付，並且我們必須在當月 1 日收到您的付款。支票的收款人應為 *VNS Health 富康醫療 EasyCare*。

請將您計劃保費的付款支票或匯票寄送到以下地址：

VNS Health 富康醫療健保計劃
PO Box 29136
New York, NY 10087-9136

將對空頭支票收取適用的費用。

選擇 2：您可以在您的每月社會保險支票中扣除 **VNS Health 富康醫療 EasyCare** 計劃保費。

變更支付計劃保費的方式。

如果您決定變更支付計劃保費的方式，新付款方式需要三個月才可生效。在我們處理您的新支付方式申請時，您有責任確保按時支付計劃保費。如需變更付款方式，請致電您的護理團隊。

如果您在支付計劃保費上有困難該怎麼做

如果您按時支付保費有困難，請聯絡您的護理團隊，看看我們能否向您介紹對您支付計劃保費有幫助的計劃。

第 5.2 節 我們能否在一年中變更您的月繳計劃保費？

不能。我們不能在一年中變更月繳計劃保費金額。如果明年月繳計劃保費更改，我們會在九月份告知您，並且更改將於 1 月 1 日生效。

然而，在某些情況下，部分您需要支付的保費可在一年中更改。如果在一年中，您取得「額外補助」計劃資格或失去「額外補助」計劃資格，則上述情形將可能發生。如果會員符合處方藥費用「額外補助」資格，則「額外補助」計劃將會支付該名會員的部分月繳計劃保費。在一年中失去其資格的會員將會需要開始支付全額的月費。您可以在第 2 章第 7 節查閱更多關於「額外補助」計劃的細節。

第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄

您的會員記錄中包含您的參保表中的資訊，包括您的地址和電話號碼。它顯示您的具體計劃保險，包括您的初級保健醫生/醫療團體/IPA。

計劃網絡內的醫生、醫院、藥房和其他提供者需要關於您的正確資訊。這些網絡內醫療服務提供者使用您的會員記錄來瞭解您承保了哪些服務和藥物以及分攤費用。因此，您及時幫我們更新您的資訊非常重要。

請告知我們：

- 您的姓名、地址或電話號碼
- 您的任何其他醫療保險承保的變化（例如您的僱主、配偶或者家庭伴侶的僱主、勞工賠償或白卡提供的承保）
- 如果您有任何責任險賠付要求，例如源自車禍的賠付要求
- 如果您已進入一家療養院
- 如果您從服務區域外或網絡外的醫院或急診室接受治療
- 如果您指定的責任方（例如護理者）發生了變化
- 如果您要參與一項臨床研究（註：您不需要告知您的計劃有關您打算參與的臨床研究一事，但我們鼓勵您這樣做。）

如果其中任何資訊發生變更，請致電您的護理團隊告知我們。

如果您搬遷或更改郵寄地址，請聯絡社會保障局更改相關資訊，這一點也非常重要。社會保障局的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 5 節。

第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作

其他保險

根據紅藍卡要求，我們應從您那裡收集有關您的任何其他醫療或藥物保險承保的資訊。那是因為我們必須將您其他保險與您根據我們的計劃獲得的福利相協調。這稱為**福利協調**。

我們會每年給您發一封信，列出我們所瞭解的任何其他醫療或藥品保險承保情況。請仔細通讀該資訊。如果資訊正確，您無需採取任何措施。如果資訊不正確，或者如果您有其他保險未列出，請致電您的護理團隊。您可能需要將您的計劃會員 ID 號提供給您的其他保險商（在您確認其身份之後），以便按時正確支付您的賬單。

當您有其他保險（如雇主團體健康保險）時，紅藍卡設定了一些規則來確定是我們的計劃還是您的其他保險先支付。先支付的保險稱作「主要付費者」，並且最多支付其承保限額。第二支付的保險稱作「次要付款人」，只支付主要保險未支付的費用。輔助付費者可能並不支付主要付費者未支付的所有費用。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。

以下規則適用於雇主或工會團體健康計劃保險：

- 如果您有退休保險，紅藍卡先支付。
- 如果您的團體健保計劃保險以您或家庭成員的當前工作為基礎，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) 的紅藍卡：
 - 如果您是未滿65歲的殘障人士、您或您的家庭成員仍在工作，並且雇主的員工數多於等於100人或多個雇主計劃中至少一家雇主的員工數多於100人，則您的團體保健計劃先支付。
 - 如果您已過 65 歲、您或您的配偶或家庭伴侶仍在工作，並且雇主的員工數多於等於 20 人，或多個僱主計劃中至少一家僱主的員工數多於 20 人，則您的團體健康計劃先支付。
- 如果您因 ESRD 而有紅藍卡，在您符合紅藍卡條件後您的團體健保計劃將先支付前 30 個月。

以下類型的保險通常先支付其相關服務的費用：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 責任險（包括汽車保險）
- 煤塵肺補助
- 勞工賠償金

對於紅藍卡承保的服務，白卡與 TRICARE 不會先支付。他們只會在紅藍卡、雇主團體健保計劃和/或 Medigap 支付之後進行支付。

第 2 章: 重要電話號碼和資源

第 1 節 **VNS Health 富康醫療 EasyCare 聯絡資訊** (如何聯絡我們，包括如何聯絡您的照護團隊)

如何聯絡我們計劃的護理團隊

要獲得有關索賠、帳單或會員卡問題的說明，請致電或寫信給您的 VNS Health 富康醫療 EasyCare 您的護理團隊。我們很樂意為您提供幫助。

方法	護理團隊 – 聯絡資訊
致電	1-866-783-1444 撥打此號碼是免費的。服務時間為每週 7 天， 早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月）及週一至週五， 早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月） 護理團隊還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。
TTY	711 撥打此號碼是免費的。服務時間為每週 7 天， 早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月）及週一至週五， 早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月）
寫信	VNS Health 富康醫療 健保計劃 – 護理團隊 220 East 42nd Street New York, NY 10017
網站	vnshealthplans.org
線上帳戶	vnshealthplans.org/account 這是一種安全便捷的方式，可以隨時向我們傳送訊息並獲得有關您的健保計劃的資訊。會員在參保首日即可使用

當您申請有關您的醫療護理或 D 部分處方藥的承保範圍裁決或上訴時，如何聯絡我們

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務或 D 部分處方藥支付的金額所作出的決定。上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。有關要求就您的醫療護理或 D 部分處方藥作出承保範圍裁決或提出上訴的詳細資訊，請參見第 9 章（*遇到問題或想投訴該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

方法	醫療護理或 D 部份處方藥的承保範圍裁決或上訴 - 聯絡資訊	
致電	醫療： 1-866-783-1444（承保範圍裁決和上訴） 服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月–3 月） 及週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月–9 月） D 部分： 1-888-672-7205（承保範圍裁決和上訴） 每週七天，每天 24 小時 撥打這些號碼是免費的。	
TTY	711（承保範圍裁決和上訴） 服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月–3 月） 及週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月–9 月） 撥打此號碼是免費的。	
寫信	醫療： 承保範圍裁決和上訴： VNS Health 健保計劃 – 醫療管理 220 East 42nd Street New York, NY 10017	D 部分： 承保範圍裁決和上訴： MedImpact Healthcare Systems, Inc. 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
網站	vnshealthplans.org	

當您就您的D部份處方藥進行投訴時，如何聯絡我們

您可以對我們或我們的網絡內提供者或藥房提出投訴，包括投訴您獲得的護理品質。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。有關就您的醫療護理或 D 部分處方藥進行投訴的詳細資訊，請參見第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*）。

方法	有關醫療護理或 D 部分處方藥的投訴 – 聯絡資訊
致電	1-866-783-1444 服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月） 及週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月） 撥打此號碼是免費的。
TTY	711 服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月） 及週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月） 撥打此號碼是免費的。
傳真	1-866-791-2213
寫信	VNS Health 富康醫療紅藍卡 Health Plans - Grievance & Appeals PO Box 445 Elmsford, NY 10523
紅藍卡網站	您可直接向紅藍卡提交有關 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的投訴。若要向紅藍卡提交線上投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

如要我們就您已獲得的醫療護理或藥物支付我們應承擔的費用，應將請求遞交至何處

如果您收到了賬單或已為某項服務付費（例如提供者賬單），但您認為這應由我們支付，您可能需要向我們申請報銷或支付該提供者賬單。請參見第 7 章（*要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付應承擔的費用*）。

請注意：如果您向我們發送付款請求，而我們拒絕您任何部份的請求，您都可以上訴我們的決定。請參見第 9 章（*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保決定、上訴、投訴）*），瞭解詳細資訊。

方法	付款請求 – 聯絡資訊
致電	1-866-783-1444 服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月）及週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月） 撥打這些號碼是免費的。
TTY	711 每週七天，每天 24 小時 撥打此號碼是免費的。
傳真	1-858-549-1569
寫信	醫療： VNS Health 健保計劃– Claims PO Box 4498 Scranton, PA 18505 將包括 DMR 表格（直接會員報銷）和詳細收據在內的 D 部分（處方藥）付款申請寄至： MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Claims@Medimpact.com

第 2 節 紅藍卡 (如何從紅藍卡計劃直接獲得協助和資訊)

紅藍卡是適用於年滿 65 歲的人士、某些 65 歲以下的殘障人士以及患有晚期腎病（需要透析或腎移植的永久性腎衰竭）的人士的聯邦健康保險計劃。

負責紅藍卡的聯邦機構是 Centers for Medicare & Medicaid Services（有時稱為「CMS」）。該機構與 Medicare Advantage 組織（包括我們在內）簽有合約。

方法	紅藍卡 – 聯絡資訊
致電	1-800-MEDICARE或1-800-633-4227 撥打此號碼是免費的。 每週7天、每天24小時。
TTY	1-877-486-2048 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。
網站	www.medicare.gov 這是紅藍卡的官方政府網站。它為您提供有關紅藍卡和當前紅藍卡問題的最新資訊。它也提供有關醫院、療養院、內科醫生、居家護理機構和透析設施的資訊。它包含您可以從電腦直接列印的文件。您也可找到您所在州中的紅藍卡聯絡資訊。 紅藍卡網站還包含以下工具，提供有關您的紅藍卡資格和參保選項的詳細資訊： <ul style="list-style-type: none">● 紅藍卡資格工具：提供紅藍卡資格狀態資訊。● 紅藍卡計劃查找器：提供關於您所在區域中可用紅藍卡處方藥計劃、紅藍卡健保計劃和 Medigap（紅藍卡補充保險）政策的個性化資訊。這些工具可為您估計在各個紅藍卡計劃中您的自付費用可能是多少。

方法

紅藍卡 – 聯絡資訊

您也可使用網站將您對 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的任何投訴告訴紅藍卡：

- **將您的投訴告訴紅藍卡：** 您可直接向紅藍卡提交有關 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的投訴。若要向紅藍卡提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。紅藍卡會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進紅藍卡計劃的品質。

如果您沒有電腦，您當地的圖書館或長者中心可能有電腦，他們可以幫您瀏覽此網站。或者，您也可以致電紅藍卡，告知您想查找的資訊。他們會在網站上查找資訊並與您一起查看該等資訊。（您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡紅藍卡，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者致電 1-877-486-2048。）

第 3 節

州健康保險援助計劃

（關於紅藍卡的問題，免費為您提供回答、資訊和協助）

州健康保險援助計劃(SHIP)是一項政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。在紐約州，SHIP 被稱為健康資訊、諮詢和援助計劃 (HIICAP)。

健康資訊、諮詢和援助計劃 (HIICAP) 是一項獨立的州計劃（與任何保險公司或健保計畫都沒有關係），由聯邦政府出資為紅藍卡受保人提供本地免費健康保險諮詢。

健康資訊、諮詢和援助計劃 (HIICAP) 顧問可以幫您瞭解您的紅藍卡權利，幫您就您的醫療護理或治療提出投訴，並幫您解決與您的紅藍卡賬單有關的問題。健康資訊、諮詢和援助計劃 (HIICAP) 顧問還可以幫您解決與紅藍卡有關的疑問或問題，以及幫您瞭解您的紅藍卡計劃選擇並回答有關轉換計劃的問題。

獲取 SHIP 及其他資源的方法：

- 瀏覽 <https://www.shiphelp.org>（按一下頁面中間的 SHIP LOCATOR「州健康保險援助計劃搜尋工具」）
- 從清單中選擇您所在的州。此操作會將您轉到提供特定於您所在州的電話號碼與資源的頁面。

方法	健康資訊、諮詢和援助計劃 (HIICAP) – 聯絡資訊
致電	1-800-701-0501
TTY	711
寫信	Department for the Aging 2 Lafayette Street, 16th Floor New York, NY 10007-1391
網站	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

第 4 節 品質改進機構

每個州均有為紅藍卡受益人服務的指定品質改進機構。紐約州的品質改進機構稱為 Livanta。

Livanta 是一個由醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體，由紅藍卡出資營運，旨在監察並幫助改進紅藍卡受保人獲得的護理的品質。Livanta 是一個獨立組織。它與我們的計劃無關。

在以下任何一種情形下，您均應聯絡 Livanta：

- 您要投訴護理的品質。
- 您認為您的住院承保結束得太早。
- 您認為您的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構(CORF)服務的承保結束得太早。

方法	Livanta（紐約州的品質改進機構）-聯絡資訊
致電	1-866-815-5440 服務時間：週一至週五，上午 9 點至下午 5 點 週六至周日及公休日：上午 11 點至下午 3 點
TTY	711
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	www.livantaqio.com

第 5 節 社會保障局

社會保障局負責確定資格以及處理紅藍卡參保事宜。年滿 65 歲、殘障或患有晚期腎病並滿足某些條件的美國公民及合法永久居民符合參加紅藍卡計劃的資格。如果您已獲得社會保險支票，您則自動參保紅藍卡。如果您未獲得社會保險支票，則您必須註冊參保紅藍卡計劃。要申請紅藍卡，您必須致電社會保障局或訪問您當地的社會保障辦事處。

社會保障局也負責決定是否因高收入而需要為 D 部份藥物保險支付額外的金額。如果您收到社會保障局寄給您的信函，告知您需要支付額外的金額，而您對該筆金額有疑問或您的收入因改變人生的事件而減少，您可以致電社會保障局要求重新考慮。

如果您搬遷或更改郵寄地址，請聯絡社會保障局更改相關資訊，這一點非常重要。

方法	社會保障局 – 聯絡資訊
致電	1-800-772-1213 撥打此號碼是免費的。 服務時間：週一至週五上午 7:00 到晚上 7:00。 您可以使用社會保障局的自動電話服務隨時獲取記錄的資訊及進行某些業務。
TTY	1-800-325-0778 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。 服務時間：週一至週五上午 7:00 到晚上 7:00。
網站	www.ssa.gov

第 6 節 白卡

白卡是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療費用。某些紅藍卡受保人也符合白卡的資格。白卡提供一些其他計劃，幫助紅藍卡受保人支付其紅藍卡費用，比如紅藍卡保費。**這些紅藍卡節省計劃包括：**

- **符合條件的紅藍卡受益人 (QMB)：**幫助支付紅藍卡 A 部分和 B 部分保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險和共付額）。（某些 QMB 受保人也符合享受完整 Medicaid 福利的條件 (QMB+)。）
- **特殊低收入紅藍卡受益人 (SLMB)：**幫助支付 B 部份保費。（某些 SLMB 受保人也符合 Medicaid (SLMB+) 的條件。）
- **符合條件的個人 (QI)：**幫助支付 B 部份保費。
- **符合條件的殘疾與個人工作者 (QDWI)：**幫助支付 A 部分保費。

如需瞭解關於白卡及其計劃的更多資訊，請聯絡 紐約州白卡 (Medicaid)。

方法	紐約州白卡 (Medicaid) – 聯絡資訊
致電	1-800-541-2831
TTY	711
寫信	New York State Department of Health Office of the Commissioner Empire State Plaza Corning Tower Albany, NY 12237
網站	www.health.ny.gov

第 7 節 介紹協助支付處方藥計劃的資訊

Medicare.gov 網站 (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人士，也有其他計劃可提供協助，詳見下文。

紅藍卡提供的「額外補助」計劃

紅藍卡提供「額外補助」來為收入與資源有限之人士支付處方藥費用。資源包含您的儲蓄與股票，但不包含您的住宅或汽車。如果您符合資格，您可以取得協助來支付任何紅藍卡藥物計劃月繳保費、年度自付額，以及處方藥共付額。此「額外補助」也可計入您的自付費用。

如果您自動符合「額外補助」資格，紅藍卡將寄送一封信函給您。您無需申請。如果您未自動符合資格，您可能可以取得「額外補助」來支付您的處方藥保費與費用。要瞭解自己是否符合獲得「額外補助」的資格，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天；
- 社會保障局，電話：1-800-772-1213，服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 7 點。TTY 使用者應致電 1-800-325-0778（提出申請）；或
- 你的州白卡辦公室（提出申請）（聯絡資訊請參見本章第 6 節）。

如果您認為您符合「額外補助」資格，且您認為您目前在藥房購買處方藥時支付的分攤費用金額有誤，我們的計劃設有一個程序，可允許您請求協助來取得正確共付額等級的證明，或如果您已有證明，則可允許您將此證明提供給我們。

- 如果您認為您符合處方藥費用的額外補助資格，請致電您的護理團隊尋求協助。CMS 允許會員提交多份檔案中的一份，包括您白卡的影本或者驗證您白卡身份的州檔案，以便證明您有資格獲得「額外補助」。您的護理團隊可向您說明您需要寄送給我們的具體資訊以及寄送地址。
- 當我們收到表明您共付額等級的證明時，我們將會更新系統，讓您下次在藥房取得處方藥時可以支付正確的共付額。如果您多付了共付額，我們將會向您報銷。我們會給您一張價值等同於您多付之金額的支票，或者我們將會用該金額抵消未來的共付額。如果該藥房尚未向您收取共付額，並將您的共付額視作您所欠下的款項，則我們可能會直接向該藥房付款。如果州代表您支付了款項，則我們可能會直接向該州付款。如果您有任何疑問，請聯絡您的護理團隊。

如果您接受額外補助和州藥品援助計劃 (SPAP) 的保險，該如何處理？

許多州和美屬維爾京群島為支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用提供補助。如果您參加了州藥品援助計劃 (SPAP)，紅藍卡 (Medicare) 的額外補助將先支付。

紐約州的州藥品援助計劃是老年人藥房保險 (EPIC)。請參閱以下資訊。

如果您接受額外補助和 AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 的保險，該如何處理？ 什麼是 AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)？

AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同時由 ADAP 承保的紅藍卡 D 部分處方藥可透過 New York 州 HIV 無保險護理計劃獲得處方藥費用分攤補助。

註：如要符合參加所在州的 ADAP 的資格，您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。如果您變更了計劃，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員，以便您繼續獲得援助。如需關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電紐約州 HIV Uninsured Care Program (ADAP)，電話：1-800-542-2437。

州藥品援助計劃s

許多州有州藥品援助計劃，這些計劃可根據財政需要、年齡、醫療狀況或殘障，協助某些人支付處方藥費用。每個州都有不同的規則為其會員提供藥物保險。

紐約州的州藥品援助計劃是老年人藥房保險 (EPIC)。

方法	長者藥房保險 (EPIC) – 聯絡資訊
致電	1-800-332-3742
TTY	1-800-290-9138 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	EPIC PO Box 15018 Albany, NY 11212-5018
網站	http://www.health.ny.gov/health_care/epic/index.htm

紅藍卡處方付款計劃

紅藍卡處方付款計劃是一種新的付款選項，適用於您目前的藥物承保範圍，可以透過將藥物費用分攤到全年變更的每月付款中來幫助您管理藥物費用（1月至12月）。此付款方式可能會幫助您管理費用，但不能為您省錢或降低藥物費用。對於符合資格的人士來說，來自紅藍卡的「額外補助」以及來自 SPAP 和 ADAP 的幫助比參與紅藍卡處方付款計劃更有利。無論收入水平如何，所有會員都符合資格參與此付款選項，並且所有紅藍卡藥物計劃和具有藥物承保的紅藍卡健康計劃都必須提供此付款選項。請聯絡我們或瀏覽 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 以瞭解此付款方式是否適合您。

方法	紅藍卡處方付款計劃 – 聯絡資訊
致電	1-866-783-1444 撥打此號碼是免費的。服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月）及週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月） 您的護理團隊還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。
TTY	711 撥打此號碼是免費的。服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月）及週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月）
寫信	VNS Health 富康醫療 健保計劃 – 護理團隊 220 East 42nd Street New York, NY 10017
網站	vnshealthplans.org

第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，管理國家鐵路工作人員及其家庭成員的綜合福利計劃。如果您透過鐵路職工退休委員會獲得紅藍卡福利，當您搬遷或變更郵寄地址時通知其變更相關資訊，這一點非常重要。如果對於您透過鐵路職工退休委員會獲得的福利有問題，請聯絡該機構。

方法	鐵路職工退休委員會-聯絡資訊
致電	1-877-772-5772 撥打此號碼是免費的。 按「0」可接通鐵路職工退休委員會 (RRB) 代表，其服務時間為週一至週五的上午 9:00 至下午 3:30（週三除外，該天的服務時間為上午 9:00 至中午 12:00）。 如果按「1」，您可以全天 24 小時使用自動 RRB 服務熱線和記錄資訊，包括週末和節假日。
TTY	1-312-751-4701 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打該電話不是免費的。
網站	rrb.gov/

第 9 節 您是否有團體保險或雇主提供的其他健康保險？

如果您（或者您的配偶或同居伴侶）因本計劃而從您的（或者您的配偶或同居伴侶的）雇主處或退休人士團體處獲得福利，在您有任何疑問時，請致電雇主/工會福利管理員或您的護理團隊。您可以諮詢有關您的（或者您的配偶或同居伴侶的）雇主或退休人士健康福利、保費或參保期的問題。（您的護理團隊的電話號碼印在本手冊封底）。您也可致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227；TTY：1-877-486-2048），諮詢與您在本計劃下享有的紅藍卡承保範圍有關的問題。

如果您有透過您的（或者您配偶的或同居伴侶的）雇主或退休人士團體取得其他處方藥保險，請聯絡該團體的福利管理員。該名福利管理員可幫您確定您目前的處方藥保險是否適合我們的計劃。

第 3 章:
使用本計劃承保
出於您的醫療服務目的

第 1 節 作為我們計劃的會員獲得醫療護理的須知

本章介紹了有關使用本計劃承保您的醫療護理所需要瞭解的事項。本章將解釋術語的定義，並說明您在獲取本計劃所承保的醫療治療、服務、設備、處方藥和其他醫療護理時必需遵循的一些規則。

有關我們計劃所承保醫療護理以及獲得此護理時您應支付的費用的詳情，請參見第 4 章（*醫療福利表，承保範圍與支付費用*）中的福利表。

第 1.1 節 什麼是網絡內提供者和承保服務？

- **提供者**是指持有州核可執照提供醫療服務和護理的醫生及其他健康護理專業人員。提供者一詞還包含醫院以及其他醫療保健機構。
- **網絡內提供者**是指與我們達成協議，接受我們的付款以及您的分攤費用金額作為完整付款的醫生以及其他醫療保健專業人員、醫療團體、醫院以及其他醫療保健機構。我們已安排這些提供者為參與本計劃的會員提供承保服務。對於為您提供的護理，我們的網絡內提供者會直接向我們開出賬單。接受網絡內提供者的服務時，您只需為他們提供的服務支付您的分攤費用。
- **承保服務**包括本計劃所承保的所有醫療護理、醫療保健服務、用品、設備以及處方藥。會在第 4 章中的福利表中列出您的醫療護理承保服務。您的處方藥承保的服務載於第 5 章。

第 1.2 節 獲得本計劃所承保醫療護理的基本規定

作為一項紅藍卡健保計劃，VNS Health 富康醫療 EasyCare 必須承保 Original Medicare 所承保的所有服務，且必須遵守 Original Medicare 的承保規定。

只要符合以下條件，VNS Health 富康醫療 EasyCare 通常會承保您的醫療護理：

- 您所接受的護理包括在本計劃的醫療福利表中（該表在本文件第 4 章中）。
- 您所接受的護理被視為屬於醫療必需的護理。具醫療必要性表示服務、用品、設備或藥品是預防、診斷或治療您的疾病所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。

- **您有一個網絡內初級保健醫生(PCP)來為您提供和監管護理。**作為我們計劃的會員，您必須選擇一個網絡內 PCP（有關詳細資訊，請參見本章中的第 2.2 節）。
 - 在大多數情況下，您必須事先獲得本計劃核准，才能使用本計劃網絡內的其他提供者，例如專科醫生、醫院、專業護理機構或居家護理機構。這被稱為「轉診介紹」。有關詳細資訊，請參見本章中的第 2.2 節。
 - 緊急護理或急需服務不需要從您的PCP處轉診。
- **您必須從網絡內提供者處獲得護理**（有關詳細資訊，請參見本章第 2 節）。在大多數情況下，您從網絡外提供者（不在我們計劃網絡內的提供者）處接受的護理將無法獲得承保。這表示您必須向提供者全額支付其所提供服務的費用。*以下三項例外：*
 - 本計劃會對您從網絡外提供者處獲得的緊急護理或急需服務進行承保。有關詳細資訊以及緊急醫療或急需服務的含義，請參見本章中的第3節。
 - 如果您需要紅藍卡要求我們的計劃承保的醫療護理，但我們的網絡內沒有提供這種護理的專科醫生，那麼您可以從網絡外提供者處獲得此護理，分攤費用與您通常為網絡內護理支付的相同。獲得此護理前，必須獲得本計劃的事先授權。在此情況下，您將按從網絡內提供者處獲得護理的費用支付相同的金額。有關獲得批准以向網絡外醫生求診的資訊，請參見本章中的第 2.3 節。
 - 當您暫時離開計劃服務區域或您此項服務的提供者暫時不可用或無法使用時，計劃承保您在紅藍卡認證的透析機構獲取的腎臟透析服務。您就透析服務向計劃支付的分攤費用絕不會超過 **Original Medicare** 的分攤費用。如果您在計劃的服務區域之外並從計劃網絡之外的提供者處獲得透析，您的分攤費用不能超過您在網絡內支付的分攤費用。但是，如果您常用的網絡內透析服務提供者暫停服務，您選擇在服務區域內從計劃網絡外提供者處獲得服務，則透析的分攤費用可能會更高。

第 2 節 使用本計劃網絡內的提供者獲得醫療護理

第 2.1 節 您必須選擇一個初級保健醫生 (PCP) 來提供和監管您的醫療護理

什麼是 PCP？PCP 會為您做什麼？

- **什麼是 PCP？**

您的 PCP 是一名符合州要求的健康護理專業人員，接受過訓練，可為您提供基礎醫療護理服務。您將從您的 PCP 處獲得常規或基礎護理服務。PCP 還將協調您作為我們計劃的會員獲得的許多承保服務。（有關「主治醫生」的定義，請參見第 12 章。）

- **哪些類型的提供者可作為 PCP？**

PCP 是一名持照健康護理專業人員，可以由您選擇替您協調醫療保健的醫生或執業護士。

- **PCP 在 VNS Health 富康醫療 EasyCare 計劃中發揮什麼作用？**

您的 PCP 將為您提供大部分護理服務，並協助您安排或協調您作為 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的會員獲得的許多承保服務。這可能包括：

- X光
- 化驗室檢查
- 療法
- 專科醫生提供的醫療護理
- 住院服務，及
- 後續護理

- **PCP 在協調承保服務方面的職責是什麼？**

作為 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的會員，您的 PCP 將協調您作為計劃會員獲得的許多承保服務。協調您的服務包括與其他計劃內提供者就您的護理及其進展情況進行核對或諮詢，以及確保您的服務滿足您的特定保健需求。

- **PCP 在作出關於事先授權的決策或獲取事先授權（如適用）時有什麼作用？**

將為會員提供服務的網絡內 PCP 應提出需要事先授權的服務請求。透過致電本文件第 2 章中所列的電話號碼聯絡 VNS Health 富康醫療醫療管理部門，可提出請求。

如何選擇您的PCP？

您參保 *VNS Health 富康醫療 EasyCare* 時必須選擇一個 PCP。*VNS Health 富康醫療 EasyCare* 的醫療服務提供者及藥房目錄包含本計劃網絡內的 PCP 清單。您的參保申請表以及您成為 *VNS Health 富康醫療 EasyCare* 會員時將獲得的 ID 卡上，包含有關您所選 PCP 的資訊。

更換您的PCP

您可以隨時因任何原因更改您的 PCP。此外，您的 PCP 也可能會脫離我們計劃的提供者網絡，這樣您將需要尋找新的 PCP。

PCP 的選擇不會將您限定於特定的一組專家或醫院。您可以選擇加入我們網絡的任何專科醫生或醫院來提供服務。

如果您需要更換 PCP，請致電您的護理團隊，我們將檢核以確保此醫生正在接診新患者。您的護理團隊將變更您的會員記錄，以顯示您的新 PCP 的姓名。PCP 更換將在請求日期後下一個月的第一天生效。

護理團隊還將郵寄給您一張帶有新 PCP 姓名的新會員 ID 卡。

VNS Health 富康醫療 EasyCare 還將在您的 PCP 離開網絡時通知您，並將協助您選擇另一個 PCP，以便您繼續獲得承保服務。如果您正在治療特定疾病或損傷，請就過渡期護理諮詢您的護理團隊。在某些情況下，您或許能繼續接受離開 *VNS Health 富康醫療 EasyCare* 網絡的醫生提供的服務，直至您完成現有療程。

第 2.2 節 如何從專科醫生和其他網絡內提供者處獲得護理

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

- 腫瘤醫生，負責治療癌症患者。
- 心內科醫生，負責治療心臟有問題的患者。
- 骨科醫生，負責骨頭、關節或肌肉有某些問題的患者。
- PCP 可能會轉介專科醫生或其他提供者來看會員。

- 提供者可以透過提供者入口網站、傳真、電話、電子郵件提交 PA（事先授權）申請。計劃負責作出 PA 決定。提供者、會員或指定代表可以申請/獲取 PA。
- 如果網絡內提供者無法提供會員所需的特定治療或不在會員的服務區域，會員可以遵循網絡外流程。

如果專科醫生或其他網絡內提供者離開我們的計劃，該如何處理？

我們可能對今年屬於您計劃網絡內的醫院、醫生及專科醫生（提供者）作出了一些更改。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您將享有某些權利和保障措施，概述如下：

- 儘管我們的醫療服務提供者網絡可能在年內發生變化，但紅藍卡要求我們必須保證您能繼續享受合格醫生及專科醫生的服務。
- 如果您的醫療服務提供者打算退出我們的計劃，我們會通知您，以便您有時間選擇新的提供者。
 - 如果您的初級保健或行為健康服務提供者退出我們的計劃，而您在過去三年內向其求診過，則我們將通知您。
 - 如果您的任何其他服務提供者退出我們的計劃，而您被分配到該服務提供者、目前正在接受他們的護理或在過去三個月內向其求診過，則我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網絡內醫療服務提供者，以便您繼續獲得護理
- 如果您目前正在接受目前醫療服務提供者提供的治療或療法，您有權提出要求，我們將與您合作，確保您正在接受的具醫療必要性治療或療法得以繼續。
- 我們將向您提供有關您可利用的不同參保期的資訊，以及您可以變更計劃的選擇。
- 當網絡內醫療服務提供者或福利無法提供或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在醫療服務提供者網絡之外安排任何具醫療必要性承保福利，但費用由網絡內醫療服務提供者分攤費用。獲得此護理前，必須獲得本計劃的事先授權。

- 若您發現您的醫生或專科醫生將退出您的計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您找到一位新的服務提供者以管理對您的護理。
- 如果您認為我們沒有向您提供合格的醫療服務提供者以取代您之前的醫療服務提供者，或者認為您的護理沒有得到恰當管理，您有權向 QIO 提出護理品質投訴、向計劃提出護理品質申訴，或提出兩者。請參閱第 9 章。

第 2.3 節 如何從網絡外提供者處獲得護理

在下列情況下，您可以獲得網路外提供者提供的服務：

- 您在服務區域外並需要透析。
- 您需要的特殊服務其中一個網絡內提供者無法提供。
- 您遇到緊急情況或需要急症護理。

除非遇到緊急情況，否則您必須獲得 *VNS Health 富康醫療 EasyCare* 的授權。欲瞭解更多資訊或是想要安排服務，請聯絡您的護理團隊。

第 3 節 如何在需要緊急醫療或急症治療時或在災難期間獲得服務

第 3.1 節 在發生緊急醫療情況時獲得護理

什麼是「醫療緊急情況」？發生醫療緊急情況時您應該做什麼？

醫療緊急情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學常識的人認為您的生理症狀需要立即進行醫療處理以防生命危險（並且如果您是孕婦，防止流產）、截肢或肢體功能喪失，或者喪失或嚴重損害身體機能的情況。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病情。

如果您發生緊急醫療情況，請：

- **儘快尋求幫助。**撥打911求救或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您不需要經過您的PCP批准或先從您的PCP處轉診。您不需要使用網絡醫生。任何時候您有需要時，您可以從美國或其屬地中的任何地點獲得承保的緊急醫療護理，以及全球緊急和急症護理承保，也可從任何擁有適當州執照的醫療服務提供者處獲取，即使他們不屬於我們的網絡。

- 請務必儘快向我們的計劃通知您的緊急情況。我們需要跟進您的緊急護理。您或其他人應致電（通常在 48 小時內）說明您的緊急護理情況。請致電我們以尋求幫助：1-866-783-1444 (TTY: 711)，服務時間為每週七天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月）；週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月）。

在發生緊急醫療情況時承保哪些護理？

如果以任何其他方式前往急診室會危及您的健康，我們的計劃會承保救護車服務。我們還承保緊急情況下的醫療服務。

為您提供緊急護理的醫生將決定您的狀況什麼時候穩定，並結束緊急醫療情況。

在緊急情況結束後，您有權接受後續護理，以確保您的狀況持續穩定。您的醫生將繼續為您治療，直到您的醫生聯絡我們並制定額外護理計劃。您的後續護理將受到我們計劃的承保。

如果您接受了網絡外提供者提供的緊急護理，我們會在您的生理狀況和環境允許的情況下，立即安排網絡內提供者接管您的護理工作。

如果不是緊急醫療情況，該如何處理？

有時，可能難以判斷自己是否發生了緊急醫療情況。例如，您可能要求緊急護理，認為您的健康狀況非常危險，但醫生可能會說這根本不是緊急醫療情況。如果結果發現這不是緊急情況，只要您有理由認為自己的健康狀況非常危險，我們就會為您的護理承保。

但是，在醫生說這不是緊急情況後，我們就不會再承保其他護理，除非您透過以下兩種方法之一獲得其他護理：

- 您到網絡內提供者處獲得其他護理。
- – 或者 – 您所接受的其他護理被視為「急需服務」，且您遵守針對獲得該緊急護理的相關規定（有關詳細資訊，請參見本章中的第 3.2 節）。

第 3.2 節 在急需服務時獲得護理

什麼是急症治療服務？

如果您暫時不在計劃的服務區域內，或者考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網路提供者那裡獲取此服務是不合理的，計劃承保的需要立即就醫的服務（非緊急情況）是急症治療服務。急症治療服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有狀況的意外突然發作。然而，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診（例如年度檢查）並不被認為是急症治療服務，即使您位於計劃的服務區域之外或計劃網絡暫時無法使用。

如果您需要紅藍卡要求我們計劃承保的醫療護理，但我們網絡內的提供者無法提供此護理，您可以從網絡外提供者處獲得此護理。獲得此護理前，必須獲得本計劃的預先授權。在此情況下，我們會將這些服務視為您從網絡內提供者處獲得的護理，並免費承保這些服務。

如果您急需護理，請致電您的主治醫生 (PCP)。如果您的 PCP 沒空，請致電計劃以獲得進一步指示。

如果您不在服務區域內，因此無法從網絡內提供者處獲得護理，我們的計劃將為您從任何提供者處獲得的急症治療服務承保。

急症治療服務是為需要即時醫療護理的非緊急、未能預見的疾病、受傷或病情提供的護理。緊急/急症治療服務可能由網絡內提供者提供，或在暫時無法從網絡內提供者處獲得護理時由網絡外提供者提供。請參見第 4 章中的「醫療福利表」瞭解更多資訊。

我們的計劃承保美國境外的緊急醫療和急症治療服務（全球範圍內承保），但須滿足以下條件：急症治療服務是為需要即時醫療護理的非緊急、未能預見的疾病、受傷或病情提供的護理。緊急/急症治療服務可能由網絡內提供者提供，或在暫時無法從網絡內提供者處獲得護理時由網絡外提供者提供。

第 3.3 節 在災難期間獲得護理

如果您所在州州長、美國衛生與公眾服務部部長或美國總統宣佈您所在區域處於災難或緊急狀態，您仍有權獲取您計劃提供的護理。

請瀏覽以下網站：vnshealthplans.org，瞭解如何在災難期間獲取所需護理。

如果您在災難期間無法使用網絡內提供者，您的計劃將允許您從網絡外提供者處獲取護理，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，您可在網絡外藥房配取您的處方藥。請參見第 5 章第 2.5 節瞭解更多資訊。

第 4 節 如果您直接收到服務全部費用的賬單，該如何處理？

第 4.1 節 您可以要求我們支付我們對承保服務應承擔的費用

如果您為承保服務支付的費用已超過您的計劃分攤費用，或您收到承保醫療服務全部費用的賬單，請前往第 7 章（*要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物賬單支付應承擔的費用*），以瞭解該怎麼做。

第 4.2 節 如果我們的計劃不承保服務，您必須支付全部費用

VNS Health 富康醫療 EasyCare 承保本文件第 4 章的醫療福利表中列出的所有醫療必需服務。如果您接受的服務不是計劃承保服務，或是在網絡外接受且未授權的，您有責任支付這些服務的全部費用。

對於有福利限制的承保服務，在使用完該類型承保服務的福利後，您還需要支付所接受的任何服務的全部費用。在達到福利限制後，額外費用將不會計入您的最高自付費用。如果想要知道您已使用了多少福利限制，您可以致電您的護理團隊。

第 5 節 參加臨床研究時，您的醫療服務如何獲得承保？

第 5.1 節 什麼是臨床研究？

臨床研究（也叫做**臨床試驗**）是醫生和科學家測試新類型的醫療護理的方法，例如一種新癌症藥物的療效如何。某些臨床研究由紅藍卡批准。紅藍卡批准的臨床研究通常要求志願者參與研究。

在紅藍卡批准研究且您表達興趣後，研究人員會與您聯絡並進一步介紹該研究，看看您是否符合進行研究的科學家規定的要求。只要您符合研究要求並完全瞭解和接受參與研究的一切後果，您就可以參與研究。

如果您參與紅藍卡批准的研究，**Original Medicare**會為您在研究中接受的承保服務支付大部分費用。如果您告訴我們您正在進行合資格的臨床試驗，那麼您只需負責該試驗中各項服務的網絡內分攤費用。如果您多付了一些費用，例如，如果您已經支付了**Original Medicare**的分攤費用，我們將報銷您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。但是，您將需要提供證明文件，以向我們出示您支付的金額。參與臨床研究時，您仍然可以參保我們的計劃，並透過我們的計劃繼續獲得剩餘的護理（與研究無關的護理）。

如果您想參與紅藍卡批准的任何臨床研究，您不需要告訴我們或經過我們或您的**PCP**批准。為您提供護理作為臨床研究一部分的提供者不需要屬於我們計劃的提供者網絡。請注意，這不包括本計劃負責的、作為評估福利的一個組成部分的臨床試驗或登記的福利。這些福利包括需要證據開發承保的國家承保範圍確定 (**NCDs-CED**) 和研究性裝置試驗 (**IDE**) 中規定的某些福利，並可能受事先授權和其他計劃規則的限制。

雖然您不需要經過我們計劃的許可即可參與臨床研究，**Original Medicare** 為 **Medicare Advantage** 參保者提供保險，但當您選擇參與紅藍卡核准的臨床試驗時，我們鼓勵您提前通知我們。

如果您參加紅藍卡沒有批准的研究，您需要負責支付參與此研究的所有費用。

第 5.2 節 參與臨床研究時，如何分攤費用？

在您參與經紅藍卡批准的臨床研究後，Original Medicare 將承保您在研究中接受的常規項目和服務，包括：

- 即使不參與研究，紅藍卡也會為您支付的住院食宿費用。
- 用於研究的手術或其他醫療程序。
- 對新護理的副作用和併發症的治療。

在紅藍卡支付了其對這些服務的分攤費用後，我們的計劃將支付 Original Medicare 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。這就是說，參與研究時您為所接受的服務支付的費用將和從我們的計劃接受這些服務時相同。但是，您需要提交證明您支付了多少分攤費用的文件。有關提交付款請求的更多資訊，請參見第 7 章。

以下是如何支付分攤費用的例子：假設您有一個價值\$100的化驗室檢查，是研究的一部份。我們再假設，根據 Original Medicare 的規定，您為這個檢查分攤的費用為 \$20，但這個檢查在我們的計劃福利之下只需 \$10。在這種情況下，Original Medicare 會為檢查支付 \$80，您應支付 Original Medicare 規定的 \$20 的共付額。然後，您要通知您的計劃您接受了合格的臨床試驗服務，並向計劃提交證明文件，例如醫療服務提供者賬單。然後，本計劃將直接向您支付 \$10。因此，您的付款淨額為 \$10，與您在我們的計劃福利下支付的金額相同。請注意，為了從您的計劃獲得付款，您必須向該計劃提交證明文件，例如醫療服務提供者賬單。

參與臨床研究時，紅藍卡和我們的計劃均不會支付以下任何費用：

- 通常，紅藍卡不會為研究正在測試的新項目或服務支付費用，除非是即使不參與研究，紅藍卡也會承保的項目或服務。
- 只用於收集資料而不是直接對您進行醫療保健而提供的項目或服務。例如，在您的治療狀況通常只需一次CT掃描時，Medicare將不會為在研究中進行的每月CT掃描支付費用。
- 研究申辦商通常為試驗中的任何參保者免費提供的物品和服務。

想知道更多資訊嗎？

有關參與臨床研究的詳細資訊，您可以瀏覽紅藍卡網站，閱讀或下載刊物「*Medicare and Clinical Research Studies*」（紅藍卡與臨床研究）。（刊物載於：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）您也可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 6 節 有關在「宗教性非醫療保健機構」獲得護理的規定

第 6.1 節 什麼是「宗教性非醫療保健機構」？

宗教性非醫療保健機構是為通常在醫院或專業護理機構接受護理的狀況提供護理的機構。如果在醫院或專業護理機構接受護理違反了會員的宗教信仰，取而代之，我們將在宗教性非醫療保健機構提供護理承保。僅會為 A 部份住院服務（非醫療保健服務）提供該福利。

第 6.2 節 從宗教性非醫療保健機構接受護理

若要獲得宗教性非醫療保健機構的護理，您必須簽署一份法律文件，申明您意識清晰地反對接受**非強制性**的醫學治療。

- **非強制性**醫學護理或治療是指**自願**而並非聯邦、州或地方法律要求的任何醫學護理或治療。
- **特例**醫療護理或治療是指會員**非自願**接受，或是聯邦、州或地方法律**強制**規定的任何醫療護理或治療。

要獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療保健機構接受的護理必須符合以下條件：

- 提供護理的機構必須經過紅藍卡認證。
- 本計劃對所接受服務的承保僅限於護理的非宗教方面。
- 如果您從該機構獲得的服務在機構中提供，則下列條件適用：
 - 您的醫療狀況必須允許您接受住院護理或專業護理機構護理的承保服務。

- – **並且** – 您必須在入住該機構之前事先得到本計劃的批准，否則您的住院將無法獲得承保。

紅藍卡住院治療承保範圍限制適用。請查閱第 4 章中的醫療福利表。

第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定

<h3>第 7.1 節 根據我們的計劃，您是否能在一定次數的付款後擁有耐用醫療設備？</h3>

耐用醫療設備 (DME) 包括以下物品：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、語音生成設備、靜脈輸液泵、霧化器和提供者訂購用於家庭的醫院病床。某些物品（例如假體）將始終由會員擁有。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型 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。但是，作為 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的會員，即使您在加入我們計劃之前，已在 Original Medicare 下為 DME 連續支付 12 次，無論您以我們計劃會員的身份為設備支付多少次共付額，您通常都無法獲得所租用 DME 的所有權。在特定受限的情況下，我們會向您轉讓 DME 的所有權。請致電您的護理團隊瞭解更多資訊。

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 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。參保計劃期間支付的款項不計算在內。

範例 1：您在 Original Medicare 計劃內時對該物品連續進行了 12 次或更少的付款，然後加入了我們的計劃。您在 Original Medicare 中支付的款項不計入。

範例 2：您在 Original Medicare 計劃內時對該物品連續進行了 12 次或更少的付款，然後加入了我們的計劃。您曾參保我們的計劃，但參保我們的計劃時並未獲得所有權。然後您返回至 Original Medicare。再次加入 Original Medicare 後，您將必須連續進行 13 次新付款才能擁有該物品。所有之前的付款（無論是支付給我們的計劃還是 Original Medicare）都不計算在內。

第 7.2 節 對氧氣設備、用品和維修的規定

您有權獲得哪些氧氣福利？

如果您符合紅藍卡承保氧氣設備的條件，VNS Health 富康醫療 EasyCare 將為您承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧氣和含氧物質的輸送
- 用於輸送氧氣和含氧物質的管子及相關供氧配件
- 氧氣設備的維護和維修

如果您退出 VNS Health 富康醫療 EasyCare 或在醫療方面不再需要氧氣設備，必須退還氧氣設備。

如您離開自己的計劃並回到 **Original Medicare** 會發生什麼？

Original Medicare 要求氧氣供應商為您提供 5 年服務。在前 36 個月內，您需要租用設備。剩餘 24 個月供應商提供設備和維護（您仍負責氧氣共付額）。在五年後，您可選擇留在同一公司或前往另一家公司。在此時，五年週期再次開始，即使您仍留在同一公司，要求您在前 36 個月支付共付額。如果您加入或退出我們的計劃，則五年週期重新開始。

第 4 章:
醫療福利表
(承保內容以及支付費用)

第 1 節 瞭解您為承保服務支付的自付費用

本章提供了醫療福利表，上面列有您作為 VNS Health 富康醫療 EasyCare 會員所獲得的承保服務，並顯示您必須為每項承保服務支付多少費用。在本章後文部分，您可以瞭解有關不予承保的醫療服務的資訊，其中也說明了某些服務的限制。

第 1.1 節 您為承保服務支付的自付費用類型

要瞭解我們在本章中為您提供的支付資訊，您需要瞭解您可能會為承保服務支付的自付費用類型。

- **共付額**是指您每次接受特定醫療服務時所支付的固定金額。您需要在接受醫療服務時支付共付額。（第 2 節中的醫療福利表介紹了關於您的共付額的詳細資訊。）
- **共同保險**是指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您需要在接受醫療服務時支付共同保險。（第 2 節中的醫療福利表介紹了有關您的共同保險的詳細資訊。）

大部分滿足白卡或符合條件的紅藍卡受益人 (QMB) 計劃要求的人都無需支付自付額、共付額或共同保險。請務必向您的提供者出示您的 Medicaid 醫療補助或 QMB 資格證明（如適用）。

第 1.2 節 您最多需要為紅藍卡 A 部分和 B 部分的承保醫療服務支付多少費用？

由於您參保了 Medicare Advantage 計劃，因此對於您每年需要為紅藍卡 A 部分和 B 部分承保的醫療服務支付的總自付費用有一定限制。該限制稱為醫療服務的最高自付費用 (MOOP)。對於 2025 年，此金額為 \$9,350。

您為網絡內承保服務支付的共付額和共同保險都將計入這個最高自付費用金額。您為計劃保費及 D 部分處方藥支付的金額不計入最高自付費用金額。如果達到 \$9,350 的最高自付費用，您將不需要為該年剩餘時間內網絡內承保的 A 部分和 B 部分服務支付任何自付費用。但是，您必須繼續支付您的計劃保費和紅藍卡 B 部分保費（除非您的 B 部分保費由白卡或其他第三方為您支付）。

第 1.3 節 我們的計劃不允許提供者向您收取差額費用

作為 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的會員，您獲取我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的分攤費用，這是對您的一個重要保障。提供者不得新增其他單獨費用，也叫做**差額費用**。即使我們向提供者支付的費用少於提供者對此服務收取的費用，或者因為有爭議我們沒有支付特定提供者收取的費用，這項保障也適用。

這項保障的具體適用情況如下。

- 如果您的分攤費用為共付額（固定美元金額，例如 \$15.00），屆時您僅需為從網絡服務提供者獲取的任何給付服務支付該筆金額。
- 如果您應承擔的費用為共同保險金（占總費用的百分比），則您支付的費用絕對不會超過該百分比。但是，您的費用取決於您看的是哪種類型的提供者：
 - 如果您從網絡內提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以本計劃的報銷率（由提供者與本計劃簽訂的合同決定）。
 - 如果您從參與紅藍卡的網絡外提供者處獲得承保服務，則您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃內提供者的紅藍卡支付率。（請記住，本計劃只在特定情況下，例如您獲得轉介或需要緊急醫療或急症治療服務時，才會承保網絡外服務提供者提供的服務。）
 - 如果您從未參與紅藍卡的網絡外提供者處獲得承保服務，則您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃外提供者的紅藍卡支付率。（請記住，本計劃只在特定情況下，例如您獲得轉介或需要緊急醫療或在服務區域外需要急症治療服務時，才會承保網絡外服務提供者提供的服務。）
- 如果您認為提供者向您收取差額費用，請致電您的護理團隊。

第 2 節 使用醫療福利表瞭解承保哪些服務以及您將支付多少費用

第 2.1 節 您作為本計劃會員的醫療福利和費用

以下各頁上的醫療福利表列出了 VNS Health 富康醫療 EasyCare 承保的服務，以及您應該為每項服務支付的自付費用。D 部分處方藥保險見第 5 章。只有在符合以下承保要求時，醫療福利表中所列的服務才能獲得承保：

- 您的紅藍卡承保服務必須根據紅藍卡所制定的承保指導方針進行提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分處方藥）必須具有醫療必需性。醫療必需表示服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的病症所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
- 對於新參保人，您的 Medicare Advantage (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 計劃可能不需要任何主動治療過程的事先授權，即使治療過程是由網絡外提供者開始的服務。
- 您從網絡內提供者處接受護理。在大多數情況下，您從網絡外提供者處接受的護理將無法獲得承保，除非是緊急護理或急症治療護理，或除非您的計劃或網絡內提供者為您轉診。這表示您必須向提供者全額支付其所提供服務的費用。
- 您有一個初級保健醫生 (PCP) 來為您提供和監管護理。
- 只有在您的醫生或其他網絡內提供者事先經過我們核准（有時稱為事先授權）時，醫療福利表中所列的某些服務才能獲得承保。醫療福利表中以星號標出需獲得預先核准的承保服務。此外，福利表中未列出的以下服務需獲得事先授權：
 - 自選和非網絡內醫院的住院，包括精神健康住院
 - 紅藍卡要求的將為承保服務的所有被視為試驗/臨床研究的程序
 - 所有移植和移植評估
 - 可視為美容性質的重建術
 - 所有向網絡外提供者的轉診
 - 以下手術：


- 減肥手術
- 乳腺癌手術
- 子宮切除術
- 可視為美容性質的手術
- 試驗/臨床研究程序
- 臨床試驗
- 家訪護士服務
- 門診康復服務
- 網絡外服務（緊急護理除外）

承保範圍重要注意事項：


- 與所有紅藍卡健保計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有項目。對於這些福利中某些項目，您在我們的計劃中需支付比 Original Medicare 更多的費用。除這些項目以外，您可能支付較少的費用。
（如要瞭解承保範圍和 Original Medicare 的費用詳情，參見 2025 年紅藍卡與您手冊。線上瀏覽 www.medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。）
- 對於所有在 Original Medicare 下免費承保的預防性服務，我們也免費為您承保這些服務。但是，如果您在接受預防性服務的同時也接受針對現有醫療狀況的治療或監視，您將需要為針對現有醫療狀況所接受的護理支付共付額。
- 如果紅藍卡在 2025 年中為任何新服務添加承保，紅藍卡或我們的計劃將為這些服務承保。

 您會在福利表中預防性服務的旁邊看到這個蘋果。

醫療福利表

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p> 腹主動脈瘤篩檢</p> <p>對有患病風險的人進行一次性超音波篩檢。僅在您具有某些風險因素並且獲得您的醫生、醫生助理、執業護士或臨床專科護士的轉診時，本計劃才承保此篩檢。</p>	<p>符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p>治療慢性腰背痛的針灸 *</p> <p>承保服務包括：</p> <p>在下列情況下，可為紅藍卡受益人承保 90 天內最多 12 次就診：</p> <p>對於此福利來說，慢性腰背痛的定義為：</p> <ul style="list-style-type: none">• 持續 12 週或更長時間；• 非特異性的，無法找到明確的系統性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性疾病等無關）；• 與手術無關；以及• 與懷孕無關。 <p>對於症狀有所好轉的患者，還將承保八次額外的就診。每年不得超過 20 次針灸治療。</p> <p>如果患者病情沒有好轉或出現惡化，則必須中止治療。</p>	<p>每次紅藍卡承保的就診共付額為 \$0。</p> <p>需要事先授權。*</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>治療慢性腰背痛的針灸（續）*</p> <p>提供者要求：</p> <p>醫師（如《社會保障法》（「法案」）第 1861(r)(1) 節所定義）可根據適用州要求提供針灸服務。</p> <p>醫生助理（PA）、執業護士（NP）/臨床護士專科醫生（CNS）（參見法案 1861(aa)(5)）以及輔助人員在符合所有適用州要求且符合以下條件時可以提供針灸：</p> <ul style="list-style-type: none">• 針灸或靈性醫學的主治醫師或醫學水準，或由針灸和道靈醫學 (ACAOM) 認證的一所高等醫學水準的大學；和• 獲得目前、完整、活躍和不受限制的許可，在美國的州、地區或聯邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區進行針灸。 <p>提供針灸的輔助人員必須受到我們法規第 CFR§§ 410.26 和 410.27 節第 42 條所要求的醫生、PA 或 NP/CNS 適當級別監督。</p>	
<p>針灸（常規福利）</p> <p>福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 每年 20 次就診	<p>每次常規就診共付額 \$0。</p>


為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>救護車服務*</p> <p>承保的救護車服務，不論是在緊急或非緊急的情況下，包括固定翼救護機、旋翼救護機和地面救護車服務，載送到可提供護理的最近的適當機構（如果接受護理的會員的身體狀況無法使用其他交通手段，否則可能會危及患者的健康，或經過本計劃授權）。如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，應該有文件證明會員的情況是其他運輸方式可能會危及個人健康，並且救護車運輸在醫學上是必要的。</p>	<p>每次紅藍卡承保的地面救護車服務共付額 \$250。</p> <p>每次紅藍卡承保的空中救護車服務共付額 \$250。</p> <p>分攤費用適用於每次單程載送。</p> <p>非緊急情況紅藍卡救護車服務需獲得事先授權。*</p>
<p> 年度健康檢查</p> <p>如果您已加入 B 部分 12 個月以上，您可以進行健康年檢，以便根據您目前的健康狀況和風險因素，制定或更新個性化的預防計劃。每 12 個月承保一次。</p> <p>註：您不能在參加歡迎加入紅藍卡預防性診斷後的 12 個月內接受您的第一次健康年檢。但是，在已加入 B 部分 12 個月以後，您不必參加歡迎加入紅藍卡診斷，也可獲得健康年檢承保。</p> <p>此外。您還有權進行更全面的年度體檢。請諮詢您的護理團隊或 PCP 以更好地瞭解何時計劃此額外檢查。</p>	<p>不需要為健康年檢支付共同保險、共付額或自付額。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p> 骨質密度測量</p> <p>對於符合資格的個人（通常，這意味著有骨質流失或骨質疏鬆患病風險的人），每 24 個月或更頻繁（如果屬於醫療必需）承保以下服務一次：鑒定骨質、檢測骨質流失或鑒定骨骼品質的醫療程序，包括醫師對檢測結果的解釋。</p>	<p>不需要為紅藍卡承保的骨質測量支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p> 乳腺癌篩查（乳房 X 光檢查）</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">● 35歲到39歲之間，一次基本乳房X光檢查● 年滿 40 歲的女性，每 12 個月一次篩檢乳腺照影● 每24個月一次臨床乳腺檢查	<p>不需要為承保的乳腺照影篩檢支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p>心臟康復服務*</p> <p>會為滿足特定條件且有醫囑的會員承保包括練習、訓練和顧問服務在內的心臟康復服務綜合計劃。本計劃還承保強化心臟康復計劃，這些計劃通常比心臟康復計劃更嚴格或更認真。</p>	<p>每次紅藍卡承保的心臟康復服務就診共付額 \$20。</p> <p>每次紅藍卡承保的強化心臟康復服務就診共付額 \$20。</p> <p>需要事先授權。*</p>
<p> 心血管疾病風險降低診斷（對於心血管疾病的治療）</p> <p>我們為您承保每年一次的主治醫生診斷，幫助您降低心血管疾病的風險。在本次看診期間，您的醫生可能會討論阿司匹林的使用（如果合適），檢查您的血壓並給予您確保膳食健康的提示。</p>	<p>不需要為強化行為治療心血管疾病預防福利支付共同保險、共付額或自付額。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p> 心血管疾病檢查</p> <p>透過血液檢查來檢查心血管疾病（或與心血管疾病風險提高相關的異常情況），每5年（60個月）一次。</p>	<p>不需要為心血管疾病檢查（承保每 5 年一次）支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p> 宮頸癌和陰道癌篩查</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">● 為所有女性承保：每24個月承保一次子宮頸塗片檢查和盆腔檢查● 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	<p>不需要為紅藍卡承保的預防性子宮頸塗片和盆腔檢查支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p>脊椎推拿服務*</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">● 我們只承保人工矯治脊椎以矯正半脫位的服務	<p>每次紅藍卡承保的脊椎推拿就診共付額 \$15。需要事先授權。*</p>
<p> 結直腸癌篩查</p> <p>下列篩查項目在承保範圍內：</p> <ul style="list-style-type: none">● 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高危病患，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非大腸癌高危病患，在之前的柔性乙狀結腸鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高危病患，在之前的結腸鏡篩查或鋇劑灌腸後，每 24 個月承保一次。● 對 45 歲及以上的病患進行柔性乙狀結腸鏡檢查。在病患接受結腸鏡篩查後，對非高危病患每 120 個月一次。從最後一次軟式乙狀結腸鏡檢查或鋇劑灌腸開始，高風險病患每 48 個月一次。	<p>不需要為Medicare承保的結腸直腸癌篩檢支付共同保險、共付額或自付額。如果您的醫生在大腸鏡檢查或可屈性乙狀結腸鏡檢查期間發現並切除了息肉或其他組織，則篩檢檢查成為診斷檢查，在門診醫院進行時需繳納 \$200 的共付額，在獨立機構</p>


為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>結腸直腸癌篩檢（續）</p> <ul style="list-style-type: none">● 對 45 歲及以上的病患進行篩查性的糞便隱血試驗。每 12 個月一次。● 為 45 至 85 歲且不符合高風險標準的病患提供多目標糞便 DNA。每 3 年一次。● 對 45 至 85 歲且不符合高風險標準的病患進行基於血液的生物標誌物測試。每 3 年一次。● 對於高風險患者，承保鉍劑灌腸，替代結腸鏡檢查，自上次鉍劑灌腸篩檢或上次結腸鏡篩檢後 24 個月一次。● 對於 45 歲或以上的非高風險患者，承保鉍劑灌腸，替代軟式乙狀結腸鏡檢查。自上次鉍劑灌腸篩檢或軟式乙狀結腸鏡篩檢後至少 48 個月一次。 <p>結腸直腸癌篩查測試包括在紅藍卡承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩查測試返回陽性結果後進行的後續結腸鏡檢查。</p>	<p>進行時需繳納 \$200 的共付額。</p> <p>每次紅藍卡承保的鉍劑灌腸共付額為 \$0。</p>
<p>牙科服務*</p> <p>一般情況，Original Medicare 不會承保預防性和綜合牙科服務（例如洗牙、常規牙科檢查和牙科 X 光）。但是，紅藍卡目前在有限的情況下支付牙科服務費用，特別是當服務是受益人主要病症的特定治療的組成部分時。例如：在骨折或受傷後重建頷骨、為準備接受涉及頷骨的癌症放射治療而進行的拔牙，或在腎移植前進行的口腔檢查。</p> <p>計劃每年承保最高 \$2,500 的非紅藍卡診斷、預防性和綜合牙科服務。此金額與非紅藍卡承保的綜合牙科服務福利合併。對於紅藍卡承保的福利，不需要支付年度服務類別自付額。牙科服務（包括但不限於常規檢查、洗牙、X 光檢查、補牙、牙冠、拔牙、根管治療、假牙、種植體和牙髓護理）。看牙醫無需主治醫生轉介。</p>	<p>紅藍卡承保的牙科服務共付額 \$0。</p> <p>可能需要事先授權*</p>


為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>牙科服務（續）*</p> <p>此外，我們還承保：</p> <p>預防性牙科服務：</p> <ul style="list-style-type: none">● 每年無限次口腔檢查● 每年無限次洗牙● 每年無限次塗氟化物● 每年無限次 X 光檢查● 每年 2 次其他牙科診斷服務	<p>每年最高計劃承保金額為 \$2,500，用於診斷和預防性牙科服務。此金額與非紅藍卡承保的綜合牙科服務福利合併。</p> <p>每次預防性牙科檢查共付額 \$0。</p> <p>每次洗牙共付額 \$0。</p> <p>每次塗氟化物共付額 \$0。</p> <p>X 光共付額 \$0。</p> <p>其他診斷服務共付額 \$0。</p>
<p>綜合牙科服務：</p> <ul style="list-style-type: none">● 修復服務：每個日曆年 2 次就診● 可摘除假牙修復服務：每個日曆年 2 次就診● 植牙服務：每 3 年 1 次就診● 固定假牙修復服務：每個日曆年 2 次就診● 口腔頷面外科服務：每個日曆年 2 次就診	<p>每年最高計劃承保金額為 \$2,500，用於非 Medicare 承保的綜合牙科服務。這筆金額與診斷和預防性牙科服務福利相結合。</p> <p>修復服務共付額 \$0。</p> <p>可摘除假牙修復服務共付額 \$0。</p> <p>植牙服務共付額 \$0。</p> <p>固定假牙修復服務共付額 \$0。</p> <p>口腔頷面外科服務共付額 \$0。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p> 憂鬱症篩檢</p> <p>我們對每年一次的憂鬱症篩檢承保。篩檢必須在可以提供後續治療和/或轉介的初級護理機構中完成。</p>	<p>不需要為年度憂鬱症篩檢就診支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p> 糖尿病篩檢</p> <p>如果您有以下任何風險因素，我們會為您承保此篩檢（包括快速葡萄糖檢測）：高血壓、膽固醇和甘油三酸酯異常（血脂異常）歷史、肥胖或高血糖歷史。如果您符合其他要求（例如，超重和有糖尿病家族史），也可以承保檢查。</p> <p>您可能符合參加在最近的糖尿病篩查測試日期后每 12 個月獲得最多兩次糖尿病篩查。</p>	<p>不需要為紅藍卡承保的糖尿病篩檢測試支付共同保險、共付額或自付扣除金。</p>
<p> 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品*</p> <p>適用於患有糖尿病的所有人（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 用於檢測您的血糖的用品：血糖監測器、血糖試紙、刺血設備和刺血針，以及用於檢查試紙和監測器精確度的血糖控制液。• 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每一日曆年可獲得一雙定制的治疗用鞋（包括與這類鞋子一起提供的鞋墊）和另外兩雙鞋墊，或一雙高幫鞋和三雙鞋墊（不包括與這類鞋子一起提供的非定制可拆卸鞋墊）。承保包括試穿。• 在某些情況下，會承保糖尿病自我管理培訓。• Ascensia/Bayer Diabetes Care 是計劃指定可在網絡內零售藥房獲得的糖尿病監測與測試材料品牌。獲取所有其他品牌的產品時，均需計劃批准才可獲得承保。	<p>紅藍卡承保的糖尿病監測用品總費用的 20%。</p> <p>紅藍卡承保的糖尿病治療鞋或鞋墊總費用的 20%。</p> <p>紅藍卡承保的糖尿病自我管理培訓服務支付共付額 \$0。</p> <p>可能需要事先授權*</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>耐用醫療設備 (DME) 及相關醫療用品* (有關耐用醫療設備的定義，請參見本文件的第 12 章和第 3 章第 7 節。)</p> <p>承保用品包括但不限於：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、霧化器和助行器。</p> <p>我們承保 Original Medicare 承保的所有醫療必需 DME。如果您所在區域中的供應商沒有特定品牌或製造商，您應該詢問他們是否可以特地為您預訂。</p>	<p>紅藍卡承保的耐用醫療設備總費用的 20%。</p> <p>您的紅藍卡氧氣設備保險的分攤費用為每 36 個月 20% 的總費用。</p> <p>參保 36 個月後，您的分攤費用不會發生變更。</p> <p>需要事先授權。*</p>
<p>「歡迎加入紅藍卡」造訪後的心電圖 心電圖 (ECG 或 EKG) 是一種記錄心臟電信號的測試。</p>	<p>「歡迎加入紅藍卡」造訪後的心電圖共付額 \$0。</p>
<p>緊急護理 緊急護理是指以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none">• 由具備提供緊急醫療服務資格的人員提供，及• 屬評估或穩定緊急病情需要。 <p>緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行人認為自己出現的症狀需要立即就醫以防發生生命危險（若您是一名孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失的情況。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病情。</p> <p>在網絡外提供的必要緊急醫療服務的分攤費用，與在網絡內提供該等服務的費用相同。</p> <p>緊急護理在全球承保。有關詳細資訊，請參閱全球緊急醫療和急症治療服務行。</p>	<p>每次紅藍卡承保的急診室就診共付額 \$110。</p> <p>每次全球急診室就診共付額 \$110。</p> <p>如果您從網絡外醫院接受緊急醫療護理且在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須在本計劃授權的網絡外醫院接受住院治療且您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>增強型疾病管理服務</p> <p>這項福利可以為您提供更多支援來照顧您的健康。符合資格條件的成員可以參加以接受增強型疾病管理。服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 護士進行家訪以評估會員的健康、社交和居家安全需求• 協助尋找醫生和預約• 協助會員正確用藥• 幫助會員獲取社區資源	<p>\$0 共付額</p>
<p>健身福利</p> <p>您透過 SilverSneakers® 獲得健康俱樂部會籍承保。這包括在參與的健康俱樂部設施提供和線上提供的團體鍛煉課程。此健身會籍計劃專為紅藍卡受益人設計。</p> <p>如需此項福利的更多資訊，您可以瀏覽網站 silversneakers.com 或致電免費電話 1-888-432-4632，服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。</p>	<p>健身福利共付額 \$0。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p> 保健和健康教育計劃</p> <p>福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 健康教育書面材料• 包括面對面和虛擬健身選項，例如針對各種健身和敏銳度水準量身定製的課程。• 遠端存取技術（包括基於網頁/電話的技術和護理熱線） <p>護理熱線，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。 請致電 1-866-783-1444 (TTY:711)</p>	<p>共付額 \$0。</p>
<p>聽力服務</p> <p>如果由您的醫師、聽力專家或其他合格的提供者提供門診護理，您的提供者將進行診斷性聽力和平衡評估，確定您所需的醫學治療是否獲承保。</p> <p>額外福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 例行聽力檢查每年 1 次檢查• 助聽器驗配和評估：每 3 年 2 次就診• 處方助聽器 – 所有類型：每 3 年 2 個助聽器• 非處方 (OTC) 助聽器：無限個助聽器	<p>每次紅藍卡承保的診斷和治療聽力和平衡問題的檢查共付額 \$0。</p> <p>每次例行聽覺檢查共付額 \$0。</p> <p>每次助聽器驗配/評估就診共付額 \$0。</p> <p>每 3 年最高計劃承保金額為 \$750，用於（每隻耳朵）處方助聽器。</p> <p>處方助聽器 – 所有類型共付額 \$0。</p> <p>非處方 (OTC) 助聽器共付額 \$0。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p> HIV 篩查</p> <p>對於要求進行 HIV 篩檢或感染 HIV 病毒風險增大的人士，我們承保以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none">• 每12個月一次篩檢 <p>對於孕婦，我們承保以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none">• 懷孕期間最多三次篩檢	<p>符合紅藍卡承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p>居家護理機構提供的護理*</p> <p>在接受居家護理服務之前，必須由醫生認證您需要居家護理服務，並且預訂由居家護理機構提供的居家護理服務。您必須困居家中，意即離家是很麻煩的事。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">• 非全日或間斷性專業護理和居家護理服務 （若要獲得居家護理福利承保，您所接受的專業護理和家庭護理服務合計必須少於每天8小時，少於每週35小時）• 物理治療、職業治療與語言治療• 醫療和社會服務• 醫療設備和用品	<p>紅藍卡承保的居家健康服務共付額 \$0。 可能需要事先授權*</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>家庭輸液治療*</p> <p>家庭輸液治療涉及在家中對個人的藥物或生物製劑的靜脈或皮下管理。執行家庭輸液的用品包括藥物（如抗病毒藥、免疫球蛋白）、設備（如泵）和供應品（如管道和導管）。</p> <p>承保服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">● 專業服務，包括護理服務，根據護理計劃提供● 耐用醫療設備福利不承保的患者訓練和教育● 遠程監控● 提供居家輸液治療和有資質的居家輸液治療提供者提供的居家輸液藥物的監控服務	<p>紅藍卡承保的家庭輸液治療服務共付額 \$0。</p> <p>需要事先授權*</p> <p>某些 B 部分藥物可能需要事先授權*</p>
<p>安寧療護</p> <p>如果您的醫生和安寧療護醫療顧問為您作出絕症預後判斷，證明您患有絕症，且若您的疾病如常進展，在世剩餘時間不超過 6 個月，則您有資格享受安寧療護福利。您可以從任何獲得紅藍卡認證的安寧療護計劃接受護理。您的計劃有義務協助您在計劃服務區域內找到經紅藍卡認證的安寧療護計劃，包括 MA 組織擁有、控制或有財務利益的安寧療護計劃。您的安寧療護醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。</p> <p>承保服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">● 用於控制症狀與減輕疼痛的藥品● 短期臨時照顧● 居家護理 <p>當您入住安寧療護機構時，您有權繼續留在您的計劃中；如果您選擇繼續留在您的計劃中，您必須繼續支付計劃保費。</p>	<p>在您參與獲得紅藍卡認證的安寧療護計劃後，您的安寧療護服務以及與您的絕症預後相關的 A 部分和 B 部分服務均由 Original Medicare（而不是 VNS Health 富康醫療 EasyCare）支付費用。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

安寧療護（續）

對於安寧療護服務以及紅藍卡 A 部分或 B 部分承保且與您的絕症預後相關的服務：Original Medicare（而非本計劃）將為您的安寧療護服務和與您的絕症預後有關的任何 A 部分和 B 部分服務付款。參加善終計劃後，您的善終醫療服務提供者會向 Original Medicare 寄送該計劃應為您支付的服務的賬單。您將按 Original Medicare 分攤費用計費。

對於 Medicare A 部分和 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的服務：如果您需要紅藍卡 A 部分或 B 部分承保但不與您的末期預後相關的非急診、非急需服務，您使用這些服務的費用取決於您是否使用我們計劃網絡內的提供者並遵守計劃規則（例如，如要求獲得事先授權）：

- 如果您獲得網絡內提供者提供的承保服務，並遵循計劃規定獲取服務，您只需向計劃支付網絡內服務的分攤費用
- 如果您獲得網絡外提供者提供的承保服務，您需要支付付費服務 Medicare 聯邦醫療保險（傳統老人醫療保險）規定的分攤費用

對於 VNS Health 富康醫療 EasyCare 承保但紅藍卡 A 部分或 B 部分不承保的服務：VNS Health 富康醫療 EasyCare 將繼續承保 A 部分或 B 部分不承保的計劃承保服務，無論它們是否與您的絕症預後相關。您為這些服務支付您的計劃分攤費用金額。

對於計劃的 D 部分福利可以承保的藥物：如果這些藥物與您的安寧療護狀況無關，您需要支付分攤費用。如果它們與您的安寧療護狀況有關，則您需要支付 Original Medicare 分攤費用。

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

安寧療護（續）

安寧療護計劃與本計劃絕不會同時承保同種藥物。如需更多資訊，請參見第 5 章第 9.4 節（如果您參加了經紅藍卡認證的安寧療護計劃該如何處理）。

註：如果您需要非安寧療護（與您的絕症預後無關的護理），您應聯絡我們安排服務。



免疫接種

承保的 Medicare B 部分服務包括：

- 肺炎疫苗
- 流感/流感注射（或疫苗），秋季和冬季的每個流感季節注射一次，如有醫療必要性，可額外接種流感疫苗
- 乙型肝炎疫苗（如果您患乙型肝炎的風險較高或中等）
- COVID-19 疫苗
- 其他疫苗（如果您有患病風險且疫苗符合紅藍卡 B 部分的承保規定）

我們也承保我們 D 部分處方藥福利的大部份成人疫苗。有關其他資訊，請參見第 6 章第 9 節。

不需要為肺炎、流感、乙型肝炎和 COVID-19 疫苗支付共同保險、共付額或自付額。

住院護理*

包括急性病症住院服務、康復住院服務及其他類型的住院服務。住院治療從您遵照醫囑正式入院之日起計算。您出院前一天是您住院的最後一天。

每個受益期承保您的天數不限。承保服務包括但不限於：

- 半私人病房（或醫療必需時的私人病房）
- 包括特殊飲食在內的膳食

對於紅藍卡承保的住院治療，您支付：

- 第 1-5 天：每個受益期每天 \$400 共付額。

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

住院護理（續）*

- 常規護理服務
- 特殊護理病房費用（例如，重症監護病房或冠心病監護病房）
- 藥品和用藥
- 化驗室檢查
- X光及其他放射服務
- 必要的手術及醫療用品
- 器械（例如輪椅）的使用
- 手術室與康復室費用
- 物理治療、職業治療與語言治療
- 住院物質使用障礙服務
- 在某些情況下，承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心肺、骨髓、幹細胞以及腸/多器官。如果您需要進行移植，我們將安排紅藍卡批准的移植中心對您的情況進行審查，並決定您是否需要接受移植。移植提供者必須是本地或服務區域外提供者。如果我們在社區護理模式之外提供網絡內移植服務，您可以選擇在本地進行移植，只要做移植手術的本地醫生願意接受 Original Medicare 價格。如果 VNS Health 富康醫療 EasyCare 在您的社區移植護理模式之外提供移植服務，且您選擇在該偏遠位置接受移植，我們會為您和您的陪同人員安排或支付適當的住宿和交通費用。
- 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須為在一個日曆年內獲得的前 3 品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。

- 第 6-90 天：每個受益期每天 \$0 共付額。
- 在達到紅藍卡承保的福利限制後的額外天數，您在第 91 天及之後的共付額為 \$0。

您享有的受益期的數量沒有限制。「受益期」從您進入醫院或專業護理機構當天開始。到您連續 60 天都不用接受醫院或專業護理機構護理時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院，則會開始一個新的受益期。

可能需要事先授權。

*

如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

住院護理（續）*

所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。

- 醫生服務

註：如果需要住院，您的提供者必須寫醫囑來准許您入院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己為門診患者還是住院患者，應詢問醫院工作人員。

您也可以名為「您是住院患者還是門診患者？如果您有紅藍卡——請提問！」的紅藍卡情況說明書中找到更多資訊。可從網站 <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> 查看該說明書，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

精神病院住院服務*

承保服務包括需要住院的心理健康護理服務。您一生最多可接受 190 天的紅藍卡承保的精神病院住院護理。此 190 天的限制不適用於全科醫院精神病科提供的住院心理健康服務。

- 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。
- 紅藍卡受益人終身最多可享受 190 天的精神病院住院服務。
- 只有在符合特定條件的情況下，精神病院住院服務才會計入 190 天的終身限額。
- 此 190 天限額不適用於全科醫院提供的精神病住院服務。

對於紅藍卡承保的住院精神健康護理住院，您支付：

- 第 1-5 天：每個受益期每天 \$300 共付額
- 第 6-90 天：每個受益期每天 \$0 共付額

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

精神病院住院服務（續）*

- 我們的計劃還提供 60 天終身儲備日保障。此為我們的額外承保天數。如果您的住院天數多於 90 天，則可使用這些額外天數。但當您用完這額外的 60 天後，您的住院治療承保範圍每個福利週期將限制在 90 天。

您享有的受益期的數量沒有限制。「受益期」從您進入醫院或專業護理機構當天開始。到您連續 60 天都不用接受醫院或專業護理機構護理時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院，則會開始一個新的受益期。

可能需要事先授權*

住院：在非承保住院期間，在醫院或SNF接受的承保服務

如果您已用完您的住院福利或您的住院不合理和不必要，我們將不會為您的住院承保。但是，在某些情況下，我們將為您在醫院或專業護理機構(SNF)期間接受的某些服務承保。承保服務包括但不限於：

- 醫生服務
- 診斷檢查（例如化驗室檢查）
- X光、鐳射和同位素治療，包括技術員材料和服務
- 外科敷料
- 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備
- 更換身體內部器官全部或部份（包括鄰近組織）或永久失去功能或不能正常發揮功能的身體內部器官的全部或部份功能的義肢和矯形設備（牙科除外），包括此類設備的更換或修理

醫生服務

請參閱 *醫生/執業醫護人員服務*，包括醫生診室就診行。

診斷和放射服務、外科敷料和夾板

請參閱 *門診診斷檢查與治療服務和用品* 行。

假體、矯具、門診醫療/治療用品

請參閱 *假肢和矯形裝置及相關用品* 行。

物理、言語和職業治療服務

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>住院：在非承保住院期間，在醫院或SNF接受的承保服務（續）</p> <ul style="list-style-type: none">• 腿部、臂部、背部和頸部支架、疝帶、假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況的改變而需要的調整、修理和更換• 物理治療、語言治療與職業治療	<p>請參閱門診康復服務行。</p>
<p>膳食福利</p> <ul style="list-style-type: none">• 該福利可在手術或住院後立即使用。• 急性住院出院後，您可以使用此福利送餐到家。• 住院後 2 周內為您承保最多 28 頓飯，每年限住院 3 次	<p>\$0 共付額</p>
<p> 醫學營養治療</p> <p>此福利適用於糖尿病患者、腎病患者（不包括透析）或按醫囑接受過腎臟移植的患者。</p> <p>在您接受紅藍卡（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）下的醫學營養治療服務的第一年中，我們會為您承保 3 小時的一對一心理輔導服務，此後每年 2 小時。如果您的狀況、治療或診斷發生變化，您可以在醫生要求後接受更長時間的治療。</p> <p>醫生必須對這些服務開具處方，並在您需要在下一行事曆年繼續接受治療時更新其醫囑。</p>	<p>符合紅藍卡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。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

紅藍卡糖尿病預防計劃 (MDPP)

所有紅藍卡健保計劃下的合格紅藍卡受益人均可獲得 MDPP 服務承保。

MDPP 是一項結構化健康行為改變干預措施，針對改變長期飲食習慣、增加身體活動提供實踐性訓練，並為克服挑戰以堅持減肥和維持健康的生活方式提供解決方案。

MDPP 福利不需要支付共同保險、共付額或自付額。

紅藍卡 B 部分處方藥

這些藥品由 Original Medicare 的 B 部分進行承保。我們計劃中的會員透過我們的計劃接受這些藥品的承保。承保藥品包括：

- 通常不是由患者自行施用，而是在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸液的藥品。
- 透過耐用醫療設備項目提供的胰島素（如具醫療必要性胰島素泵）
- 經過本計劃授權使用耐用醫療設備（例如噴霧器）施用的其他藥品
- 阿爾茨海默氏症藥物 Leqembi®（普通藥 lecanemab），靜脈注射。除了藥物費用外，您可能需要在治療前和/或治療期間進行額外的掃描和測試，這可能會增加您的整體費用。請諮詢您的醫生以了解您在治療過程中可能需要進行哪些掃描和測試
- 血友病患者自行注射的凝血因子
- 移植/免疫抑制藥物：如果紅藍卡支付了您的器官移植費用，則紅藍卡承保移植藥物治療。您在接受承保移植時必須有 A 部分，並且在您獲得免疫抑制藥物時必須有 B 部分。

紅藍卡 B 部分胰島素藥物共付額 \$0。一個月供應量的分攤費用限制為 \$35。服務類別和計劃級別的自付額不適用。

紅藍卡 B 部分化療和放療藥物共付額 \$0。其他紅藍卡 B 部分藥物的共付額 \$0。


為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥（續）

請記住，如果 B 部分不承保免疫抑製藥物，紅藍卡藥物承保（D 部分）也會承保這些藥物

- 可注射的骨質疏鬆症藥品（如果您困居家中，經醫生認定患有與停經後骨質疏鬆有關的骨折並且無法自行用藥）
- 某些抗原：如果抗原由醫生準備，並且經過適當指示的人員（可能是您作為患者）在適當的監督下給予抗原，則紅藍卡會承保抗原
- 某些口服抗癌藥物：紅藍卡承保您口服的一些口腔癌藥物，如果相同的藥物有注射劑型或該藥物是注射劑藥物的前藥（藥物的口服形式，攝取後會分解成與注射藥物中相同的活性成分）。隨著新的口服癌藥物的出現，B 部分可能會承保它們。如果 B 部分不承保它們，D 部分會承保它們
- 口服抗噁心藥物：紅藍卡承保作為抗癌化療方案一部分使用的口服抗噁心藥物，前提是在化療之前、化療時或化療 48 小時內服用這些藥物，或用作靜脈注射抗噁心藥物的完整治療替代品
- 某些口服終末期腎病 (ESRD) 藥物，如果相同的藥物以注射形式提供，並且 B 部分 ESRD 福利承保該藥物
- ESRD 支付系統下的擬鈣藥物，包括靜脈注射藥物 Parsabiv®，和口服藥物 Sensipar®
- 某些用於居家透析的藥物，包括肝素、肝素的解毒劑（如有醫療需求）和局部麻醉劑
- 促紅細胞生成素：如果您患有末期腎病 (ESRD) 或您需要這種藥物來治療與某些其他疾病相關的貧血（例如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera® 或甲氧基聚乙二醇-epoetin beta），則紅藍卡承保注射促紅血球生成素

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>Medicare 聯邦醫療保險 B 部分處方藥（續）</p> <ul style="list-style-type: none">● 牛痘免疫球蛋白靜脈注射劑（用於在家治療原發性免疫缺損疾病）● 腸外和腸內營養（靜脈注射和管飼） <p>我們也承保某些我們 B 部分的疫苗和 D 部分處方藥福利的大部份成人疫苗。</p> <p>第 5 章說明了 D 部分處方藥福利，包含您必須遵守才能使處方藥受保的規則。第 6 章說明了您須為透過我們計劃取得之 D 部分處方藥支付的費用。</p>	
<p> 用於促進持續體重下降的肥胖症篩查和治療</p> <p>如果您的體重指數不低於 30，我們可承保深入諮詢服務，以幫助您減肥。如果這類諮詢是您在初級醫療機構中（也就是可以將諮詢與全面的預防計劃相配合的地方）獲得的，也可以承保。諮詢您的主治醫生或執業醫護人員瞭解詳細資訊。</p>	<p>不需要為預防性肥胖症篩檢和治療支付共同保險、共付額或自付額。</p>
<p>鴉片類藥物治療計劃服務</p> <p>我們計劃中患有類鴉片藥物使用障礙 (OUD) 的會員可以透過類鴉片藥物治療計劃 (OTP) 獲得治療 OUD 的服務，其中包括以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none">● U.S. Food and Drug Administration (FDA) 核准的類阿片激動劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。● MAT 藥物的配藥和給藥（如適用）● 物質濫用障礙諮詢● 個人和團體治療● 毒性測試● 攝入活動● 定期評估	<p>紅藍卡承保的類鴉片藥物治療服務共付額 \$0。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

門診診斷檢查與治療服務和用品*

承保服務包括但不限於：

- X光
- 放射（鐳射和同位素）治療，包括技術員材料和用品
- 外科用品，例如敷料
- 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備
- 化驗室檢查
- 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 - 您必須為在一個曆年內獲得的前3品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。
所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。
- 其他門診診斷檢查

門診 X 光

紅藍卡承保服務共付額 \$15。

放射治療服務

紅藍卡承保服務（例如癌症放射治療）總費用的 20%。

醫療用品

紅藍卡承保用品總費用的 20%。

化驗服務

紅藍卡承保服務的共付額 \$0。

血液服務

紅藍卡承保服務的共付額 \$0。

診斷檢查和程序

紅藍卡承保服務共付額 \$50。

診斷放射服務

紅藍卡承保服務（例如 MRI 和 CT 掃描）共付額 \$110。

需要事先授權。*

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

醫院門診觀察

觀察服務是用來確定您是需要住院還是出院的一種醫院門診服務。

醫院門診觀察服務如需獲得承保，必須符合 Medicare 標準且屬於合理且必須的。觀察服務僅在按醫囑提供，或由其他經州特許法律和醫院工作人員細則授權之個人要求提供以收住病人入院或進行門診檢查時，才獲得承保。

註：除非您的提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫院工作人員。

您還可以在「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? 如果您有紅藍卡——請提問！*」的紅藍卡情況說明書中找到更多資訊。可從網站 <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf> 查看該說明書，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

紅藍卡承保的門診醫院觀察服務每次入住共付額 \$110。

醫院門診服務

我們會為您在醫院門診部診斷或治療疾病或傷害時接受的醫療上需要的服務承保。

承保服務包括但不限於：

- 在急診部或門診部接受的服務，例如觀察服務或門診手術
- 由醫院出具帳單的化驗室和診斷檢查

緊急服務

請參閱緊急護理行。

門診手術

請參閱門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務行。

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

醫院門診服務（續）

- 心理保健，包括部份住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療）
- 由醫院出具帳單的X光及其他放射服務
- 醫療用品，例如夾板和石膏
- 不能自行服用的某些藥品和生物製品

註：除非您的提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫院工作人員。

您還可以在「*Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? 如果您有紅藍卡——請提問！*」的紅藍卡情況說明書中找到更多資訊。可從網站

<https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> 查看該說明書，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

化驗和診斷檢查、X光、放射服務和醫療用品

請參閱門診診斷檢查與治療服務和用品行。

精神健康護理和部分住院治療

請參閱門診精神健康護理和部分住院服務和強化門診服務行。

不能自行服用的藥品和生物製品

請參閱紅藍卡 B 部分處方藥行。

門診精神健康護理*

承保服務包括：

由州頒發執照的精神科醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社工、臨床護理專家、持照專業諮詢師 (LPC)、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT)、執業護士 (NP)、醫生助理 (PA) 或其他符合紅藍卡要求的精神保健專家在現行州法律允許的情況下提供的精神保健服務。

每次紅藍卡承保的精神科醫生個人治療就診共付額 \$35。

每次紅藍卡承保的精神科醫生團體治療就診共付額 \$35。

每次由紅藍卡承保的精神健康護理專業人員（非精神科醫生）

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>門診精神健康護理（續）*</p>	<p>進行的個人治療就診共付額 \$0。</p> <p>每次由紅藍卡承保的精神健康護理專業人員（非精神科醫生）進行的團體治療就診共付額 \$0。</p> <p>可能需要事先授權*</p>
<p>門診康復服務*</p> <p>承保的服務包括物理治療、語言治療和職業治療。多種門診機構可提供門診康復服務，例如，醫院門診部、獨立治療室和綜合門診康復機構(CORF)。</p>	<p>每次紅藍卡承保的職業治療就診共付額 \$35。</p> <p>每次紅藍卡承保的物理和/或語言治療就診共付額 \$35。</p> <p>需要事先授權。*</p>
<p>門診物質濫用障礙服務*</p> <p>承保範圍包括在醫院門診部為以下患者提供的治療服務：例如，因治療藥物濫用而出院的患者，或需要治療但不需要僅在住院醫院環境中提供的服務的可用性和強度的患者。</p> <p>這些服務的承保範圍受通常適用於門診醫院服務承保範圍的相同規則的約束。</p>	<p>每次紅藍卡承保的個人治療就診共付額 \$35。</p> <p>每次紅藍卡承保的團體治療就診共付額 \$35。</p> <p>可能需要事先授權*</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務*</p> <p>註：如果您在醫院接受手術，您應該向您的提供者確認您是住院患者還是門診患者。除非您的提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者，而且您必須支付門診手術的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。</p>	<p>對於門診手術中心的紅藍卡承保服務，您需要支付 \$200 共付額。</p> <p>對於門診醫院設施的紅藍卡承保服務，您需要支付 \$200 共付額。</p> <p>可能需要事先授權*</p>
<p>非處方用品</p> <p>計劃為非處方 (OTC) 用品每 3 個月提供 \$160 津貼。</p> <p>使用您的 OTC 津貼獲得健康用品。</p> <p>季度末剩餘的餘額不可結轉，所有津貼必須在曆年（2025 年 12 月 31 日）結束前使用。</p>	<p>\$0 共付額</p>
<p>部分住院醫院服務和重症門診服務*</p> <p><i>部分住院</i>是提供作為醫院門診服務或由社區精神健康中心提供的積極心理治療的結構化計劃，強度比在您的醫生、治療師、執照婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或執照專業顧問診所接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。</p> <p><i>重症門診服務</i>是在醫院門診部、社區精神保健中心、符合聯邦資格的健康中心或鄉村健康診所提供的積極行為（精神）健康治療的結構化計劃，其強度高於您在您的醫生、治療師、執照婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或執照專業顧問診所接受的治療，但低於部分住院治療。</p>	<p>紅藍卡承保的部分住院醫院服務和重症門診服務每天共付額 \$0。</p> <p>可能需要事先授權*</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

醫生/執業醫護人員服務，包括醫生室就診*

承保服務包括：

- 在醫生診所、經認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他位置完成的醫療上需要的醫療護理或手術服務
- 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療
- 由您的專科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）
- 特定遠端醫療服務，包括醫師或執業人員的諮詢、診斷和治療。
 - 您可以透過親自就診或遠端醫療的方式獲得這類服務。如果您選擇遠端醫療獲得這些服務，您必須使用透過遠端醫療服務的網絡提供者。
 - 請參見「額外遠端醫療」福利瞭解更多資訊。
- 每月在醫院或偏遠地區特約醫院的腎臟透析中心、腎臟透析機構或是會員家裡，為在家接受透析治療的會員進行與晚期腎病相關的遠程醫療就診服務
- 診斷、評估或治療中風症狀的遠端醫療服務，無論其位置如何
- 為患有藥物使用障礙或共患精神健康障礙的會員提供遠端醫療服務，無論其位置如何
- 用於精神健康障礙的診斷、評估和治療的遠程醫療服務，如果：
 - 您在第一次遠程醫療就診前 6 個月內進行了親自就診
 - 在接受這些遠程醫療服務期間，您每 12 個月進行一次面對面就診
 - 在某些情況下可以對上述情況進行例外處理

每次紅藍卡承保的初級保健就診共付額 \$0。

每次紅藍卡承保的專科醫生就診共付額 \$35。

對於每次紅藍卡承保的與其他健康護理專業人員（例如執業護士和醫生助理）進行的就診，您需要支付 \$0 共付額。

如需額外的遠端醫療福利，您需支付 \$0 至 \$200 共付額

可能需要事先授權*

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續）*

- 由鄉村健康診所和聯邦認證健康中心為精神健康就診提供的遠程醫療服務
- 在以下情況下，由醫生對您進行 5-10 分鐘的虛擬檢查（例如，透過電話或視訊聊天）：
 - 您不是新患者，並且
 - 該檢查與過去 7 天內的診室就診無關，並且
 - 該檢查不會引致未來 24 小時內的診所就診或可預訂的最早約診
- 在以下情況下，醫生對您傳送來的視訊和/或影像進行評估，並在 24 小時內作出解釋和跟進：
 - 您不是新患者，並且
 - 評估與過去 7 日診室就診無關及
 - 該評估不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診
- 您的醫生與其他醫生透過電話、網路或電子健康記錄進行的會診
- 手術之前由另一位網絡內提供者提供第二者意見
- 非常規牙科護理（承保服務僅限於顎部或相關結構的手術、顎骨或面骨重整、拔除牙齒準備做顎部惡性腫瘤的放射治療，或由醫生提供方可獲得承保的服務）。

足療服務

承保服務包括：

- 對足部傷害和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和醫學與外科治療
- 為伴有影響下肢骨的某些醫療狀況的會員提供的常規足部護理

除了上述紅藍卡承保的福利外，本計劃還承保：

- 常規足病護理：每年 6 次就診

每次紅藍卡承保的足病服務就診共付額 \$25。

每次常規足病護理就診共付額 \$0。

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p> 攝護腺癌篩查</p> <p>對於年滿 50 歲的男性，承保以下服務（每 12 個月承保一次）：</p> <ul style="list-style-type: none">• 直腸指檢• 前列腺特異性抗原(PSA)檢查	<p>不需要為每年1次的前列腺癌篩檢支付共同保險、共付額或自付額。</p> <p>年度紅藍卡承保的直腸指檢共付額 \$0。</p>
<p>假肢和矯形裝置及相關用品*</p> <p>更換全部或部份身體部位或功能的設備（牙科除外）。這些包括但不限於使用假肢和矯形裝置的測試、適配或培訓；以及：結腸造口術袋以及與結腸造口術護理直接相關的用品、起搏器、支架、假肢用鞋、義臂和人造乳房（包括乳房切除術後的手術乳罩）。包括與假肢和矯形裝置以及假肢和矯形裝置的修理和/或更換相關的特定用品。還包括在白內障摘除或白內障手術後的一些承保 – 有關詳細資訊，請參見本節後面部份的視力護理。</p>	<p>紅藍卡承保的假肢和矯形器佔總費用的 20%。</p> <p>相關紅藍卡承保用品總費用的 20%。</p> <p>可能需要事先授權*</p>
<p>肺病康復服務*</p> <p>會為患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD)且按照治療其慢性呼吸道疾病的醫生醫囑需要接受肺病康復的會員承保綜合性肺病康復計劃。</p>	<p>每次紅藍卡承保的肺病康復服務就診需支付 \$20 共付額。</p> <p>可能需要事先授權*</p>
<p>遠端存取技術</p> <ul style="list-style-type: none">• 會員可以使用全天候服務的護士護理熱線。	<p>使用護士護理熱線福利進行的就診共付額 \$0。</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

旨在減少酒精濫用的篩查及諮詢

我們為濫用酒精但不依賴酒精的紅藍卡受保的成年人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢。

如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年可獲得由初級醫療環境中符合資格的主治醫生或執業醫護人員提供的最多4次簡短的面對面諮詢課程（如果您能夠參加並清醒地進行諮詢）。

不需要為紅藍卡承保的用於減少酒精濫用的篩檢和心理輔導等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。

用低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 進行肺癌篩查

對於符合資格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。

符合參加資格的會員為：在 50 – 77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但菸齡至少 20 年且每天至少吸一包菸，並且目前吸菸或在過去 15 年內戒菸。他們在肺癌篩檢心理輔導和共同作出決策就診期間因符合紅藍卡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 肺癌篩檢的書面醫囑，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。如果醫生或合資格的非醫生執業者選擇為隨後的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢心理輔導和共同作出決策就診，該就診必須符合紅藍卡對該等就診的標準。

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、共付額或自付額。

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

性傳播感染 (STI) 篩檢和用於預防 STI 的心理輔導

我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎等性傳播感染 (STI) 的篩檢。若孕婦和 STI 高危人群的初級保健醫生要求其進行檢查，我們將為其篩檢承保。我們承保每隔 12 個月或在孕期特定時間的這類檢查。

我們還為性生活頻繁面對較高風險罹患性病 (STI) 的成人，承保每年至多兩次的個人行為輔導（20 至 30 分鐘的高強度心理輔導面談）。如果這些輔導是由初級保健醫生提供並且是在初級醫療機構（如醫生診所）進行的，我們只會承保這些作為預防服務的輔導。

不需要為紅藍卡承保的 STI 篩檢和 STI 心理輔導等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。

腎病治療服務

承保服務包括：

- 教授腎病護理知識並幫助會員對其護理作出知情決定的腎病培訓服務。對於患有第四期慢性腎病的會員，在醫生轉診後，我們在其一生中最多承保六次腎病訓練服務
- 門診透析治療（包括暫時離開服務區時的透析治療，如第 3 章所述，或者當您的服務提供者暫時不可用時，或無法造訪）
- 住院透析治療（如果您已作為住院患者入院接受特殊護理）
- 自我透析培訓（包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療的人提供的培訓）
- 家庭透析設備和用品

紅藍卡承保的腎病教育服務共付額 \$0。

紅藍卡承保透析服務總費用的 20%。

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

腎病治療服務（續）

- 某些家庭支援服務（例如，在必要時由經過培訓的透析工作人員到家裡，幫助處理緊急情況並對您的透析設備和供水進行檢查）

某些藥品由您的 Medicare B 部份藥品福利進行承保。有關 B 部分藥物承保的資訊，請前往「紅藍卡 B 部分處方藥」一節。

專業護理機構 (SNF) 護理*

（有關「專業護理機構護理」的定義，請參見本文檔第 12 章。專業護理機構有時被稱為「SNF」。）

對於紅藍卡承保的 SNF 住宿，每個受益期為您承保 100 天。承保服務包括但不限於：

- 半私人病房（或在醫療必需時的私人病房）
- 包括特殊飲食在內的膳食
- 專業護理服務
- 物理治療、職業治療與語言治療
- 作為您的護理計劃組成部份對您施用的藥品（其中包括人體中天然存在的物質，例如凝血因子。）
- 血液 – 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞的承保從您需要的第四品脫血液開始 – 您必須為在一個曆年內獲得的前三品脫血液支付費用或使用由您或其他人捐獻的血液。所有其他血液成分均從使用的第一品脫開始承保。
- 一般由專業護理機構提供的醫療用品和手術用品
- 一般由專業護理機構提供的化驗室檢查
- 一般由專業護理機構提供的 X 光及其他放射服務

入院前無需住院。

對於紅藍卡承保的 SNF 住宿，您需支付：

- 每個受益期第 1-20 天每天共付額 \$0。
- 每個受益期第 21-100 天每天共付額 \$214。

需要事先授權。*

「受益期」從您進入醫院或 SNF 當天開始。到您連續 60 天都不用接受醫院或專業護理機構護理時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院，則會開始一個新的受益期。

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

專業護理機構 (SNF) 護理（續）*

- 一般由專業護理機構提供的器械（例如輪椅）的使用
- 醫生/執業醫生服務

通常，您需要從網絡中的機構接受專業護理機構護理。但是，在下列某些情況下，如果不屬於網絡內提供者的機構接受我們計劃的支付金額，您可能要支付網絡內分攤費用。

- 在您去醫院之前所住的療養院或連續性護理退休社區（只要它提供專業護理機構護理）
- 您離開醫院時您的配偶或家庭伴侶居住的 SNF。

停止吸菸和菸草使用（對戒菸或菸草使用的諮詢）

如果您使用菸草，但沒有菸草相關疾病的跡象或症狀：我們會在12個月時間內為您承保兩次免費的戒菸輔導，以作為一項預防服務。每次諮詢課程包括最多四次面對面交談。

如果您使用菸草且被診斷出患有菸草相關疾病，或正在使用可能受菸草影響的藥品：我們將承保戒菸諮詢服務。我們會在 12 個月時間內為您承保兩次戒菸諮詢課程；但是，您需要支付適用的分攤費用。每次諮詢課程包括最多四次面對面交談。

不需要為紅藍卡承保的戒菸和戒除菸草使用等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>監督運動療法 (SET)*</p> <p>我們為患有症狀性外周動脈疾病 (PAD) 的會員承保監督運動療法 (SET)。</p> <p>如果 SET 方案的要求得到滿足，則提供為期 12 週的最多 36 個療程。</p> <p>SET 方案必須：</p> <ul style="list-style-type: none">• 包含持續 30-60 分鐘的課程，包括治療跛行病患的 PAD 治療性運動訓練方案• 在醫院門診環境或醫師診室中進行• 由符合資格的輔助人員提供，以確保收益超過損害，該人員須接受過 PAD 運動療法的訓練• 在經過基礎及進階生命保障技術訓練的醫師、醫師助理或執業護士/臨床護理專家的直接監督下進行 <p>如果健康護理提供者認為存在醫療必要性，則 SET 可能會為為期 12 週的 36 個療程以外的額外 36 個加時療程提供承保。</p>	<p>每次紅藍卡承保的 SET 就診共付額 \$20。</p> <p>需要事先授權。*</p>
<p>載送服務（常規）*</p> <p>福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 每年 11 次往返計劃批准的健康相關地點，使用計程車、拼車服務、公共汽車/地鐵、麵包車和醫療交通工具	<p>常規載送服務共付額 \$0。</p> <p>每次往返行程的計劃最高福利為 \$100。</p> <p>需要事先授權。*</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>其他遠程醫療服務*</p> <p>福利包括：</p> <p>紅藍卡遠程醫療包括不在您位置的合格提供者使用互動雙向通訊系統（如即時音訊和視訊）提供的某些醫療或健康服務。</p> <p>服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">● 急症治療服務；● 居家保健服務；● 主治醫師服務；● 職業治療服務；● 專科醫生服務；● 精神健康專科服務的個人課程；● 精神健康專科服務的團體會議；● 精神科服務的個人課程；● 精神科服務的課程；● 物理治療和語言病理學服務；● 鴉片類藥物治療計劃服務；● 門診醫院服務；● 門診手術中心 (ASC) 服務；● 門診藥物濫用個人課程；● 門診藥物濫用小組會議；● 腎病教育服務；● 糖尿病自我管理培訓	<p>對於額外的遠端醫療福利，您需支付 \$0 至 \$200 共付額。</p> <p>可能需要事先授權。</p> <p>*</p>

為您承保的服務

獲得這些服務時您必須支付多少費用

急症治療服務

如果您暫時不在計劃的服務區域內，或即使您位於計劃的服務區域內，考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網路提供者那裡獲取此服務是不合理的，計劃承保的需要立即就醫的服務（非緊急情況）是急症治療服務。您的計劃必須承保急症治療服務，並且僅向您收取網絡內分攤費用。急症治療服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有狀況的意外突然發作。然而，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診（例如年度檢查）並不被認為是急症治療服務，即使您位於計劃的服務區域之外或計劃網絡暫時無法使用。

急症護理在全球承保。有關詳細資訊，請參閱**全球緊急醫療和急症治療服務**。

每次紅藍卡承保的就診共付額 \$45。

紅藍卡承保的全球急症治療服務共付額 \$45。

視力護理

承保服務包括：


- 用於對眼部疾病和傷害進行診斷和治療的門診醫生服務，包括老年黃斑退化。Original Medicare 不承保針對眼鏡/隱形眼鏡的常規視力檢查（眼屈光）
- 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。青光眼高風險人群包括：有青光眼家族史的人、糖尿病患者、年滿 50 歲的非裔美國人，以及年滿 65 歲的西班牙裔美國人。
- 對於糖尿病患者，每年承保一次糖尿病視網膜病變篩檢
- 每次白內障手術（包括植入人工晶狀體）後承保一副眼鏡或隱形眼鏡（如果您接受兩次單獨的白內障手術，無法在第一次手術後保留福利及在第二次手術後購買兩副眼鏡。）

紅藍卡承保的視力護理

眼睛疾病和病況的診斷和治療檢查共付額 \$0。

年度青光眼篩查共付額 \$0。

白內障手術後一副眼鏡或隱形眼鏡共付額 \$0。

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>額外福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 常規眼科檢查：每年 1 次檢查• 其他眼科檢查：每 2 年 1 次就診• 眼鏡（鏡片和鏡框）：每年 1 副• 眼鏡鏡片：每年 1 副• 眼鏡框：每年 1 副• 隱形眼鏡：每年 1 副	<p>每次常規眼科檢查共付額 \$0。</p> <p>其他眼科檢查共付額 \$0。</p> <p>每年最高計劃承保金額為 \$300，用於所有非 Medicare 承保的眼鏡。</p> <p>常規眼鏡共付額 \$0。</p> <p>常規眼鏡鏡片共付額 \$0。</p> <p>常規眼鏡框共付額 \$0。</p> <p>常規隱形眼鏡共付額 \$0。</p> <p>每年一副眼鏡（鏡框和鏡片）或隱形眼鏡，但不能都承保。</p>
<p> 歡迎加入紅藍卡預防性就診</p> <p>計劃可承保一次 <i>歡迎加入紅藍卡預防性診斷</i>。其中包括健康審查、有關您所需預防性服務（包括某些篩檢和注射（或疫苗））的培訓和諮詢，以及轉診其他護理（如果需要）。</p> <p>重要提示：僅在您加入紅藍卡 B 部分後的首個 12 個月內，我們為您承保 <i>歡迎加入紅藍卡預防性診斷</i>。進行預約時，請告訴醫生診室的人，您要預定 <i>歡迎加入紅藍卡預防性診斷</i>。</p>	<p>不需要為 <i>歡迎加入紅藍卡預防性診斷</i> 支付共同保險、共付額或自付額。</p>

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
<p>全球緊急醫療和急症治療服務</p> <p>福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 急診護理• 急症護理	<p>每年全球福利的最高計劃福利承保金額為 \$50,000。</p> <p>在美國及其領土之外的每次急診護理就診共付額 \$110。</p> <p>在美國及其領土之外的每次急症護理就診共付額 \$45。</p>

第 3 節 哪些服務不能獲得本計劃承保？

第 3.1 節 我們不承保的服務（不保項目）

本節介紹哪些服務被紅藍卡保險排除在外，因此也不獲本計劃承保。

下表列出在任何情況下都不予承保或僅在特定情況下才被承保的一些服務和項目。

如果您接受了被排除在外（不承保）的服務，您必需自行為該服務付費，下面列出的特定情況除外。即使您是在緊急醫療機構接受不承保的服務，仍不能獲得承保，且我們計劃也不會為這些服務付款。唯一的例外情況是，如果該服務在上訴後被裁定為：由於您的特殊情況我們應予以支付或承保的醫療服務。（有關對我們做出不承保某項醫療服務的裁決提出上訴的資訊，請參見本文件第 9 章第 5.3 節。）

紅藍卡不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
<p>整容手術或醫療程序</p>		<ul style="list-style-type: none"> 因意外受傷或是為了改善會員身體畸形部位的功能可獲得承保。 乳房切除術後進行的乳房重建手術，以及為達到對稱效果而對未受影響的一側乳房進行重建的所有階段可獲得承保。
<p>看護 看護是指不需要受訓醫療或輔助醫療人員持續看護的個人護理，例如協助沐浴或穿衣等日常生活活動的護理。</p>	<p>任何情況下均不承保</p>	
<p>試驗性醫療程序和手術、設備及藥物。 試驗性醫療程序和項目是指 Original Medicare 認為得不到醫療界普遍認可的項目和程序。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 可能因參加 Medicare 批准的臨床研究而獲 Original Medicare 承保，或由我們的計劃承保。 <p>（有關臨床研究的詳細資訊，請參見第 3 章第 5 節。）</p>
<p>對直系親屬或家庭成員護理收取的費用。</p>	<p>任何情況下均不承保</p>	
<p>在家中接受的全職護理。</p>	<p>任何情況下均不承保</p>	
<p>包括基本家庭協理在內的家政服務，包括簡單家務或簡單膳食準備。</p>	<p>任何情況下均不承保</p>	

紅藍卡不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
自然療法服務（使用自然或替代治療方法）。	任何情況下均不承保	
足部矯形鞋或輔助支撐器		<ul style="list-style-type: none"> 屬於腿支架一部分的鞋子，包括在支架費用中。為患有糖尿病足部疾病的人提供的矯形鞋或治療用鞋。
醫院或專業護理機構病房中的私人物品，例如電話或電視。	任何情況下均不承保	
醫院的私人病房。		<ul style="list-style-type: none"> 僅在醫療上有必要時承保。
恢復生育能力手術和或非處方避孕用品。	任何情況下均不承保	
常規脊椎推拿護理		<ul style="list-style-type: none"> 為矯正半脫位的人工矯治脊椎可獲得承保。
放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他弱視輔助器。	任何情況下均不承保	<ul style="list-style-type: none"> 為白內障手術後的人承保視力檢查和一副眼鏡（或隱形眼鏡）。 常規眼科檢查和眼鏡
根據 Original Medicare 的標準被視為不合理和不必要的服務。	任何情況下均不承保	

第 5 章:
使用本計劃來對您的 **D**
部分處方藥進行承保

第 1 節 簡介

本章說明使用您D部份藥物承保範圍的規則。請參閱第 4 章瞭解紅藍卡 B 部分藥物福利和安寧療護藥物福利。

第 1.1 節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則

本計劃通常將會承保您的藥物，只要您遵守以下基本規則：

- 您必須讓提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生）為您開立處方，該處方必須在現行州法律下有效。
- 您的處方醫生必須沒在紅藍卡排除清單上。
- 一般情況下，您必須使用網絡內藥房來配取您的處方藥。（請參見本章第 2 節。）或者，您也可以透過計劃的郵購服務配取處方藥。
- 您的藥物必須列於計劃的承保藥物清單（處方藥一覽表）（我們簡稱為藥物清單）上。（請參見本章第 3 節。）
- 您的藥物必須按醫療認可的指示使用。醫學上認可的適應症表示一種由美國食品和藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式。（有關醫療認可的指示的詳細資訊，請參見本章第 3 節。）
- 您的藥物可能需要獲得批准，我們才會承保。（有關承保範圍限制的更多資訊，請參見本章第 4 節。）

第 2 節 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配取處方藥

第 2.1 節 使用網絡藥房

在大多數情況下，您的處方藥僅在計劃的網絡內藥房配取時才有承保。（有關我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的細節，請參見第 2.5 節。）

網絡內藥房是和計劃簽約的藥房，用來提供您的承保處方藥。承保藥物一詞表示所有計劃「藥物清單」上的 D 部分處方藥。

第 2.2 節 網絡藥房

如何尋找您當地的網絡內藥房？

如需尋找網絡內藥房，您可以查看您的醫療服務提供者與藥房目錄，瀏覽我們的網站 (vnshealthplans.org/providers)，和/或致電您的照護團隊。

您可以前往我們網絡內的任何藥房。

如果您使用的藥房離開了網絡，該如何處理？

如果您使用的藥房離開了計劃的網絡，您將需要尋找一間新的網絡內藥房。如要尋找您當地的另一間藥房，您可以向您的護理團隊尋求幫助，或查閱醫療服務提供者及藥房目錄。您也可以透過我們的網站 vnshealthplans.org/providers 取得此資訊。

如果需要專業藥房，您該怎麼做？

一些處方藥必須在專科藥房配取。專門的藥房包括：

- 提供居家輸液治療藥物的藥房。
- 為長期護理(LTC)機構居住者提供藥物的藥房。LTC 機構（如療養院）通常都有自己的藥房。如果您在長期護理 (LTC) 機構使用 D 部分福利時遇到困難，請聯絡您的護理團隊。
- 為印地安醫療保健服務/部落/城區印地安醫療保健計劃提供服務的藥房（未在波多黎各提供）。除非是緊急情況，只有美國原住民或阿拉斯加原住民能夠使用這些網絡內藥房。
- 調配受FDA限制在某些地點之藥物的藥房，或是調配需要特殊處理、提供者協調、使用方式教學的藥房。如要尋找專門的藥房，請查閱您的醫療服務提供者及藥房目錄 vnshealthplans.org/providers，或致電您的護理團隊。

第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

對於某些類型的藥物，您可以使用計劃的網絡內郵購服務配取。通常，您定期使用的、用於治療慢性或長期疾病的藥物可透過郵購服務購買。不可透過本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。

我們計劃的郵購服務允許您訂購所有藥物**最多 100 天份的藥量**，專科藥物除外。藥物清單第 5 級的藥物被視為專科藥物。

要獲得訂單以及有關透過郵寄配取處方藥的資訊，請查閱歡迎資料包中包含的資訊，或致電您的護理團隊，索取一份郵購單。如果您使用計劃網絡外的郵購藥房，您的處方藥將不受保。

通常，郵購藥房的訂單會在 10 天內送達。然而，有時郵購服務可能會有延誤。如果在接收郵購處方藥的過程中存在延遲，請聯絡您的護理團隊。

藥房直接從您醫生的診室收到的新處方。

藥房從醫療服務提供者處收到處方後，會與您聯絡並確認您是否想要立即補充藥物還是日後再補充。每次藥房聯絡您時，請您務必進行回覆，以便讓他們知道是否要發運、延發或停發新處方藥物。

郵購的補充處方藥。對於重新配取藥物，請在您現有的處方藥將用完前 10 天聯絡您的藥房，以確保郵購的藥物可以及時發運給您。

第 2.4 節 如何取得長期藥物供應？

本計劃提供了兩種就計劃藥物清單上之「維持」藥物，取得長期供應（亦稱為「延長供藥」）的方法。（維持藥物是您定期使用的藥物，用於治療慢性或長期疾病。）

1. 網絡內的某些零售藥房可按郵購分攤費用為您提供長期維持藥物供應。您的**醫療服務提供者及藥房目錄**vnshealthplans.org/providers 介紹了哪些網絡內藥房可提供您長期維持藥物補給。您還可以致電您的護理團隊瞭解更多資訊。
2. 您還可以透過我們的郵購計劃獲得維持藥物。請參見第 2.3 節瞭解更多資訊。

第2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網絡外的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可能有承保

通常，只有在您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保於網絡外藥房配取的處方藥。為了幫助您，我們在服務區域外備有網絡內藥房，您可藉由計劃會員身份在這些藥房配取處方藥。**請先洽詢您的照護團隊**，以確定附近是否有網絡內藥房。您可能需要支付在網絡外藥房購買藥物的費用與網絡內藥房承保費用之間的差額。

在以下情形下，我們可能會承保於網絡外藥房配取的處方藥：

- 由於在合理的車程內沒有網絡內藥房，因此會員無法及時在本計劃的服務區域內獲得承保的 D 部分藥物。
- 會員在急診室時已由基於網絡外機構的藥房調配的 D 部分藥物。
- 在服務區域之外時，會員生病或用完了其藥物，並且無法找到網絡內藥房。
- 配取承保的 D 部分處方藥，而在可找到的網絡內藥房經常沒有該藥物的存貨。

在這些情況下，**請先洽詢您的護理團隊**，以確定附近是否有網絡內藥房。您可能需要支付在網絡外藥房購買藥物的費用與網絡內藥房承保費用之間的差額。

如何要求計劃報銷？

如果您必須使用網絡外藥房，當您為處方藥配藥時，通常必須支付總費用（而不是的正常費用分攤）。您應要求我們報銷我們應承擔的費用。（第 7 章第 2 節介紹如何要求計劃償付。）

第 3 節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」上

第 3.1 節 「藥物清單」說明何種 D 部分藥物有承保

本計劃有一份**承保藥物清單**（處方藥一覽表）。在本**承保範圍說明書**中，我們將其簡稱為**藥物清單**。

此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。該清單符合紅藍卡的要求並已獲得紅藍卡核准。

藥物清單僅列出由紅藍卡 D 部分承保的藥物。

我們通常會承保計劃藥物清單上的藥物，只要您遵守其他在本章所說明的承保規則，且該藥用於醫學上認可的適應症。醫學上認可的適應症表示該藥物的使用方式符合以下任一項：

- 食品藥品管理局已批准該藥用於診斷或病況，或
- 由某些參考資料提供支持，例如美國醫院處方服務藥品資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

該藥物清單包含品牌藥、普通藥及生物產品（可能包括生物相似藥）。

品牌藥是一種處方藥，以藥物製造商擁有的商標名稱進行銷售。生物製品是比典型藥物更複雜的藥物。在我們的藥物清單上，當我們提到藥物時，這可能是指藥物或生物製劑。

普通藥是一種和品牌藥具有相同活性成分的處方藥。生物製劑具有稱為生物仿製藥的替代品。通常，普通藥和生物仿製藥與品牌藥或生物製品的藥效相同，並且費用較低。許多品牌藥皆有普通藥可供替代，一些原始生物製藥也有生物相似藥替代品。一些生物相似藥是可互換的生物相似藥，根據州法律，可以在藥房替代原始生物製劑，而無需新的處方，就像普通藥可以替代品牌藥一樣。

有關可能列入藥物清單的藥物類型的定義，請參見第 12 章。

非處方藥

我們的計劃僅承保某些非處方藥。某些非處方藥的價格比處方藥低，但療效與處方藥相同。如需更多資訊，請致電您的護理團隊。有關紅藍卡不承保但符合資格的非處方 (OTC) 藥物的更多資訊，請在此處查看 OTC 和食品雜貨目錄：vnshealthplans.org/otc 有關通過藥房福利承保的 OTC 產品的清單，請瀏覽：vnshealthplans.org/formulary。

哪些藥物不在藥物清單上？

本計劃並未承保所有的處方藥。

- 在某些情況下，法律並不允許任何紅藍卡計劃皆可承保某些類型的藥物。（如需更多資訊，請參見本章中的第 7.1 節。）
- 其他情況則是我們決定不將某種特定的藥物包含在藥物清單內。在某些情況下，您可能可以獲得不在藥物清單上的藥物。（如需更多資訊，請參見第 9 章。）

第 3.2 節 藥物清單上的藥物共有 6 種分攤費用等級

計劃藥物清單上的每種藥物皆屬於六種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級越高，您藥物的費用就越高：

- 第1級：偏好普通藥物（最低等級）
- 第2級：普通藥
- 第3級：首選品牌藥
- 第4級：非首選品牌藥
- 第5級：特殊藥物（最高等級）
- 第6級：選擇性護理藥物

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的藥物清單。

對於每個分攤費用等級，您分別須為藥物支付的金額列於第6章（對於 D 部份處方藥您須支付的費用）。

第3.3節 如何得知某種特定的藥物是否有列於藥物清單上？

您有四種方法進行查詢：

1. 查閱我們以電子方式發送給您的最新藥物清單。
2. 瀏覽計劃的網站 (vnshealthplans.org/formulary)。網站上的藥物清單將維持在最新的版本。

3. 致電您的護理團隊，查詢某種特定的藥物是否有列於計劃的藥物清單上，或索要一份該清單的副本。
4. 使用計劃的「即時福利工具」(www.medimpact.com) 或致電您的護理團隊。使用此工具，您可以搜尋藥物清單上的藥物，以預估您將支付的費用以及藥物清單上是否有可以治療相同疾病的替代藥物。

對於每個分攤費用等級，您分別須為藥物支付的金額列於第6章（對於D部份處方藥您須支付的費用）。

第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制

第 4.1 節 為何某些藥物有限制？

對於某些處方藥，特殊的規則限制了計劃如何與何時才可承保。一批醫生和藥劑師制訂了這些規則，以鼓勵您和您的提供者最有效地使用藥物。如要確定這些限制是否適用於您服用（或想要服用）的藥物，請查閱藥物清單。

如果有一種安全且費用較低的藥物和較昂貴的藥物效果相同，計劃的規定將鼓勵您與您的提供者使用費用較低的藥物。

請注意，有時某種藥物可能在藥物清單上多次出現。這是因為依據您的健康護理提供者所開藥物的藥效、劑量或方式等因素，不同藥物版本可能適用不同的限制或分攤費用。（例如：10mg 與 100mg；每天一次和每天兩次；片劑和液體）。

第 4.2 節 何種限制？

下節將介紹關於我們對某些藥物使用的限制類型細節。

如果您的藥物有受到限制，這通常表示您或您的提供者將須採取額外的步驟，以便我們承保該藥物。聯絡您的護理團隊，瞭解您或您的提供者如何取得該藥物的承保。如果您想要我們為您豁免該限制，您將需要利用承保範圍裁決程序，並要求我們作出例外處理。我們不一定會同意為您豁免該限制。（請參見第 9 章）

事先取得計劃批准

對於某些藥物，在我們同意為您提供承保前，您或您的提供者需要取得計劃的批准。這稱為**事先授權**。這是為了確保用藥安全，幫助指導適當使用某些藥物。如果您並未取得此批准，您的藥物可能不會由計劃承保。

首先嘗試不同的藥物

此項要求鼓勵您在計劃承保其他藥物之前，先嘗試使用價格較低但通常療效相同的藥物。例如：若藥物 A 和藥物 B 皆可治療同一病症，則計劃可能要求您先嘗試使用藥物 A。如果藥物 A 對您不起效，那麼計劃將承保藥物 B。這種要求先嘗試不同藥物的規定稱為**階段治療**。

劑量限制

對於某些藥物，我們限制您每次領取處方藥物時的藥量。舉例來說，如果某個藥物的安全用量通常只有每日一粒，則我們可能會限制您處方的承保範圍至不超過每日一粒。

第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？

<h4>第 5.1 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟</h4>

在某些情況下，您正在使用的處方藥或您和您的提供者認為您應該使用的藥物不在我們的處方藥一覽表上，或在我們的處方藥一覽表上但有限制條件。例如：

- 該藥物可能完全沒有承保。或者，可能僅承保其普通藥，但您想要服用其未承保的品牌藥。
- 如第 4 節所說明，藥物獲承保，但其承保範圍有額外的規則或限制。
- 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟。如果您的藥物未列於藥物清單上，或是如果您的藥物受到限制，請參見第 5.2 節，以瞭解如何處理。

第 5.2 節 如果您的藥物未列於藥物清單上，或者如果該藥受到某些限制，該如何處理？

如果您的藥物未列於「藥物清單」上，或者如果該藥受到某些限制，您可以：

- 您也許可以獲取該藥物的臨時供應量。
- 您可以更換成另一種藥物。
- 您可以提出**例外處理**申請，並要求計劃承保該藥，或移除該藥的限制。

您可能可以取得暫時補給

在某些情況下，計劃必須提供您已經在使用的藥物的臨時性供藥。這種臨時供應量可給予您一些時間，來和您的提供者就承保的變更進行討論。

如要符合獲得臨時性供藥的資格，您一直在使用的藥物**必須不再列於計劃的藥物清單上**，或目前受到了**某些限制**。

- **如果您是新會員**，在您成為本計劃會員後的前 **90 天**內，我們將承保您藥物的臨時性供藥。
- **如果您去年參保了本計劃**，在該曆年的前 **90 天**內，我們將承保您藥物的臨時性供藥。
- 臨時性供藥最多提供 31 天份的藥量。如果您處方的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最長達 31 天份的藥量。處方藥必須在網絡內藥房配取。(請注意，長期護理藥房可能會一次提供較少數量的藥物，以避免浪費。)
- **對於加入計劃超過 90 天，且住在長期護理機構，並且立即需要藥物補給的會員：**

我們承保某些藥物的一次性 31 天急診供藥量或您的處方開具的較少天數藥量。這是除了上述臨時供藥量之外的供藥。

如有關於臨時性供藥的問題，請致電您的護理團隊。

在您使用臨時藥物供應期間，您應和您的提供者討論，以決定當臨時供應量用完時該如何處理。您有兩種選擇：

1) 您可以更換成另一種藥物

諮詢您的提供者，瞭解計劃是否承保對您有相同效果的不同藥物。您可以致電您的護理團隊，索取一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。

2) 您可以要求例外處理

您和您的提供者可以要求計劃作出例外處理，並按照您想要的方式來承保該藥。如果您的提供者表示您有申請例外處理的醫療理由，則您的提供者可以協助您提出例外申請。例如，您可以要求計劃承保某項藥物，即使該藥並未列於計劃的藥物清單上。或者，您可以要求計劃作出例外，並在無任何限制下承保該藥物。

如果您和您的提供者想申請例外處理，第 9 章第 6.4 節將介紹該如何處理。其中說明了紅藍卡為確保您的請求得到立即和公平的處理而制定的程序和截止時間。

第 6 節 如果您藥物的承保範圍變更，該如何處理？

第 6.1 節 在一年當中，藥物清單可能會有更改

大多數藥物承保範圍的更改發生在每年開始時（1月1日）。然而，在一年當中，計劃可能會對藥物清單作出某些變更。例如，計劃可能：

- 新增藥物至藥物清單，或從中移除藥物。
- 新增或移除藥物承保限制。
- 以品牌藥的普通藥版本來替換品牌藥。

在更改計劃的藥物清單之前，我們必須遵守 Medicare 的要求。

有關本章討論的藥物類型的定義，請參見第 12 章。

第 6.2 節 如果您正在服用的藥物，其承保範圍受到更改，將會如何？

藥物承保變更相關資訊

如果藥物清單發生變化，我們會在我們的網站上發佈此類變化的相關資訊。我們也會定期更新我們的線上藥物清單。本節介紹我們對藥物清單可能作出的變更類型，以及如果您正在服用的藥物發生變更，您將在何時收到直接通知。

在本計劃年度內，我們可能對藥物清單作出的對您有影響的變更

- **將藥物新增到藥物清單，並立即移除或更改藥物清單中的類似藥物。**
 - 當將藥物的另一個版本新增到藥物清單時，我們可能會立即從藥物清單中移除類似藥物、將其移至不同的分攤費用等級、添加新的限制，或兩者兼而有之。我們添加的藥物版本將具有相同或更少的限制。
 - 只有當我們新增品牌藥的新普通藥版本或新增已在藥物清單上的原始生物製劑的某些新生物普通藥版本時，我們才會立即作出這些變更。
 - 我們可能會立即作出這些更改，並在以後通知您，即使您正在服用我們正在刪除或變更的藥物。如果您在我們作出變更時正在使用類似藥物，我們將通知您我們所作的任何具體變更。
- **將藥物新增到藥物清單，並移除或更改藥物清單中的類似藥物。**
 - 當將藥物的另一個版本新增到藥物清單時，我們可能會從藥物清單中移除類似藥物、將其移至不同的分攤費用等級、添加新的限制，或兩者兼而有之。我們添加的藥物版本將處於相同或更低的分攤費用等級，及具有相同或更少的限制。
 - 只有當我們新增品牌藥的新普通藥版本或新增已在藥物清單上的原始生物製劑的某些新生物普通藥版本時，我們才會作出這些變更。
 - 我們會在作出變更前至少 30 天告知您，或告訴您有關變更的資訊，並承保您正在服用的藥物版本的 30 天補充量。

- 移除藥物清單上的不安全藥物和其他退出市場的藥物。
 - 有時，某種藥物可能因被認為不安全或因其他原因而下市。如果發生這種情況，我們可能會立即將該藥物自藥物清單中移除。如果您正在服用該藥物，我們會在作出變更後通知您。
- 藥物清單中藥物的其他變更
 - 一年之後，我們可能會作出其他變更，並可能會影響您正在使用的藥物。例如，我們可能會根據 FDA 的包裝警告或紅藍卡認可的新臨床指引作出變更。
 - 我們會在作出變更前至少 30 天告知您，或告訴您有關變更的資訊，並承保您正在服用的藥物版本的 30 天補充量。

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擇，包括更換不同的藥物來治療您的病情，或申請承保決定以滿足您正在服用的藥物的任何新限制。您或您的處方醫生可以要求我們例外處理，以繼續承保您一直在服用的藥物或藥物版本。如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）的詳細資訊，請參見第 9 章。

在目前計劃年度內對您沒有影響的藥物清單變更

我們可能會對上述未說明的藥物清單作出某些變化。在這些情況下，如果變化發生時，您正在服用相關藥物，則變化不適用於您；但是，如果您繼續留在同一計劃，這些可能會影響您的變化自下一計劃年度的 1 月 1 日起生效。

通常，在當前計劃年度內不會影響您的變更包括：

- 我們將您藥物的分攤費用等級提高。
- 我們對您的藥物使用實行新的限制。
- 我們將您的藥物自藥物清單中移除。

如果您正在服用的藥物發生任何這些變更（市場回收，普通藥物取代原廠藥物，或是上文各節中提及的其他變更除外），則直至明年的 1 月 1 日為止，該變更將不會影響您的用藥或您的費用分攤。

我們不會在目前計劃年度直接告知您這些類型的變化。您需要檢查下一個計劃年度的「藥物清單」（當該清單在開放參保期可提供時），查看您正在服用的藥物是否有任何會在下一個計劃年度影響您的變化。

第 7 節 哪些類型的藥物不能獲得本計劃承保？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節告訴您哪些種類的處方藥被排除在外。這表示紅藍卡將不會支付這些藥物的費用。

如果您取得的藥物不獲承保，您必須自行支付費用。如果您提出上訴，且所請求的藥物並未被 D 部分排除在外，我們將支付或承保該藥的費用。（如需瞭解關於對裁決提出上訴的資訊，請參見第 9 章。）

以下列出三項關於 Medicare D 部份藥物計劃不承保之藥物的通用規則：

- 我們計劃的 D 部分藥物保險無法承保將由紅藍卡 A 部分或 B 部分承保的藥物。
- 我們計劃無法承保於美國或其屬地外購買的藥物。
- 當某些參考文獻不支持藥物的使用時，本計劃不能承保標籤外藥物的使用，例如美國醫院處方服務藥品資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。非適應症使用指的是任何非該藥標籤上由食品藥品管理局批准之指示的用途。

此外，根據法律，下列藥物類別不受紅藍卡藥物計劃承保：

- 非處方藥（也稱為成藥）
- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
- 處方維生素與礦物質產品（產前維生素與氟化物製劑除外）
- 用於治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物

- 用於治療厭食癥、體重減輕或體重增加的藥物
- 製造商試圖透過銷售條件要求相關測試或監測服務只能自該製造商購買的門診藥物

如果您正在接受「額外補助」以支付您的處方藥費用，「額外補助」計劃將不會支付通常不獲承保的藥物的費用。但是，如果您透過白卡獲得藥物的承保，您的州紅藍卡計劃可能會承保某些紅藍卡藥物計劃通常不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 醫療補助計劃，確定可為您提供哪些藥物承保。（白卡的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 6 節。）

第 8 節 配取處方藥

第 8.1 節 提供您的會員資訊

配取處方藥時，請向您選擇的網絡藥房提供您的計劃會員資訊，這些資訊可在您的會員資格卡上找到。網絡內藥房會就您的藥物費用自動向計劃收取我們應分攤的部分。當您領取處方藥時，您將需要向該藥房支付您應承擔的部份。

第 8.2 節 如果您沒有攜帶您的會員資訊，該如何處理？

如果您在配取處方藥時沒有攜帶計劃會員資訊，您或該藥房可致電本計劃取得必要的資訊，也可以請求該藥房查詢您的計劃參保資訊。

如果該藥房無法取得必要的資訊，在領取處方藥時，您可能將需要支付全額的費用。（您可以在之後要求我們償付我們應承擔的部份。有關如何要求計劃報銷的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。）

第 9 節 特殊情況下的 D 部份藥物保險

第 9.1 節 如果您目前住在醫院或專業護理機構，且該住院由計劃承保，該如何處理？

如果您住進醫院或專業護理機構，且該住院由計劃承保，我們通常將會在住院期間承保您處方藥的費用。一旦您離開該醫院或專業護理機構，只要您的藥物滿足本章所述的所有承保規則，計劃就會承保您的處方藥。

第 9.2 節 如果您是長期護理(LTC)機構的居住者，將如何處理？

通常，長期護理 (LTC) 機構（如療養院）擁有自己的藥房，或使用某個藥房為其所有的居住者提供藥物。如果您住在長期護理 (LTC) 機構，您可以透過該機構的藥房或該機構使用的藥房（只要該藥房屬於我們網絡內藥房）取得處方藥。

請查閱您的藥房目錄 vnshealthplans.org/providers 以確認您 LTC 機構的藥房或其使用的藥房是否在我們的網絡內。如果不是，或如果您需要更多資訊或協助，請聯絡您的護理團隊。如果您入住 LTC 機構，我們必須確保您能夠透過我們的網絡內 LTC 藥房接受您的 D 部分福利。

如果您是長期護理 (LTC) 機構的居住者並且需要一種不在我們的藥物清單上或受到某些限制的藥物，該怎麼辦？

請參閱第 5.2 節瞭解有關臨時性或急診用品的資訊。

第 9.3 節 如果您還有接受雇主或退休人士團體計劃的藥物保險，該如何處理？

如果您目前有透過您的（或者您配偶的或同居伴侶的）雇主或退休人士團體取得其他處方藥保險，請聯絡該團體的福利管理員。該名福利管理員將可協助您確定您目前的處方藥保險是否適合我們的計劃。

通常，如果您有員工或退休人士團體保險，則我們提供給您的處方藥保險將會成為您團體保險的次要保險。這表示您的團體保險將會先行支付。

關於有信譽度的保險的特別注意事項：

每年您的雇主或退休人士團體應寄給您一份通知，告知您下一個曆年的處方藥保險是否為有信譽度的。

如果來自團體計劃的保險是有信譽度的，則是指該計劃預計須支付的保險通常至少相當於紅藍卡標準處方藥保險的處方藥保險。

請保留此關於有信譽度保險的通知，因為您之後可能會需要用到。如果您加入了紅藍卡包含 D 部分藥物保險的計劃，您可能需要此通知來顯示您已維持有信譽度的保險。如果您並未取得關於有信譽度的保險的通知，您可以透過您僱主或退休計劃的福利管理員，或該名雇主或工會取得一份副本。

第 9.4 節 如果您參加了經紅藍卡認證的安寧療護計劃，該如何處理？

臨終關懷及我們的計劃不同時承保相同藥物。如果您參加了紅藍卡安寧療護計劃，並且要求獲得某些藥物（例如，抗噁心藥物、通便、止痛藥物或抗焦慮），而此藥因為與您的絕症及相關狀況無關而不受您的安寧療護計劃承保，則在本計劃承保該藥物前，本計劃必須收到來自處方醫生或您的安寧療護服務提供者的通知，聲明該藥物與您的絕症無關。為防止您延遲收到我們計劃應承保的這些藥物，您在配取方配藥之前，請要求您的安寧療護提供者或處方醫生提供通知。

如果您撤銷所選的臨終關懷選擇或從臨終關懷機構中出院，本計劃應如本文件中的解釋承保您的藥物。當您的紅藍卡安寧療護福利結束時，為了防止任何藥房延誤，應將證明文件帶到藥房，證明您已撤銷安寧療護服務或已出院。

第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃

第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃

我們將為會員進行用藥審核，以確保安全與適當的護理。

我們會在每次您配取處方藥時進行審核。我們也會定期審核我們的記錄。在進行這些審核時，我們將會尋找潛在的問題，例如：

- 可能的用藥錯誤
- 因為您正服用另一種治療相同病況的相似藥物，而可能不必要的藥物
- 因為您的年齡或性別而可能不安全或不適合的藥物
- 某些在同時服用時可能會對您造成傷害的藥物組合
- 處方的藥物中可能會有使您過敏之成分
- 您正在使用之藥物的藥量（劑量）可能有錯
- 類鴉片止痛藥超出安全劑量

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的提供者一起更正該問題。

第 10.2 節 協助會員安全使用類鴉片藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們設立了一項計劃，可以幫助確保會員安全使用鴉片類處方藥和其他經常被濫用的藥物。這項計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您使用從多個處方醫生或藥房處獲得的類鴉片藥物，或如果您最近出現類鴉片藥物濫用，我們可能會與您的處方醫生討論，以確保您對類鴉片藥物的使用是適當的，而且在醫療上是必要的。與您的處方醫生合作，如果我們確定您使用處方鴉片類藥物或苯二氮卓藥物可能不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們將您加入我們的 DMP 中，限制可能是：

- 要求您從特定藥房獲得所有類鴉片藥物或苯二氮類藥物的處方
- 要求您從特定處方醫生獲得所有類鴉片藥物或苯二氮類藥物的處方
- 限制為您承保的類鴉片藥物或苯二氮類藥物數量

如果我們計劃限制您獲得這些藥物的方式或您可以獲取的藥量，我們將提前向您寄送信函。本函將告訴您我們是否會限制這些藥物的承保範圍，或者您是否需要僅從特定的處方醫生或藥房取得這些藥物的處方。您將有機會告訴我們您傾向於看哪些處方醫生或使用哪個藥房，以及您認為我們應瞭解的其他任何資訊。在您得到機會回覆後，如果我們決定限制對這些藥物的承保，我們將向您寄發另一封確認限制的信函。如果您認為我們出現錯誤或您不同

意我們的裁決或限制，您和您的處方醫師有權上訴。若您提出上訴，我們將會審查您的個案，並給予您新的裁決。如我們繼續拒絕您有關適用於自己存取藥物的請求的任何部分，我們會自動將您的個案傳送給我們計劃之外的獨立審核機構。有關如何提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您患有某些病症，例如癌症導致的疼痛或鎌狀細胞病，或您正在接受安寧療護、緩和護理或臨終關懷，或居住於長期護理機構，則 DMP 可能不適用於您。

第 10.3 節 協助會員管理藥物的藥物治(MTM) 計劃

我們提供計劃來協助有複雜健康需求的會員。我們的計劃稱為「藥物治療管理」(MTM) 計劃。此計劃為自願性且免費提供給會員。一批藥劑師與醫生為我們制訂了此計劃，幫助確保會員從其服用的藥物中獲得最大利益。

一些患有某些慢性疾病並服用超過特定藥物費用的藥物的會員，或者參加 DMP 來幫助會員安全使用阿片類藥物的會員可能能夠透過藥物治療管理計劃 (MTM) 獲得服務。如果您有資格參加該計劃，藥劑師或其他醫療專業人士將對您服用的所有藥物進行綜合審查。審核期間，您可以談論您的藥物、費用以及您對您的處方藥和非處方藥存有的任何問題或疑問。您將會收到一份書面摘要，其中載有為取得您藥物的最佳療效而建議採取的步驟。同時，您還可得到一份藥物清單，其中包括所有您正在服用的藥物、服藥量和服藥時間及原因。此外，MTM 計劃中的會員將獲得關於對受保物質的處方藥安全處理的資訊。

最好和您的醫生討論您的推薦待辦事項清單和藥物清單。在就診時或與您的醫生、藥劑師及其他醫療保健提供者交談時，請隨身攜帶此摘要。另外，隨時更新並隨身攜帶（例如，與您的 ID 卡一起）藥物清單，以便在去醫院或急診室時使用。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動將您加入該計劃，並寄給您相關資訊。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會為您撤回。如果您對此計劃有任何疑問，請聯絡您的護理團隊。

第 6 章:
對於 D 部份處方藥
您須支付的費用

您目前是否領取補助以支付您的藥費？

若您加入了某些幫助支付您的藥費的計劃，則本*承保範圍說明書*中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可能對您不適用。我們已給您寄送一份單獨的插頁來說明您的藥物承保，該插頁稱為「取得額外補助支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則」（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您尚未收到此插頁，請致電您的護理團隊索取「LIS 附則」。

第 1 節 簡介

第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保範圍的資料一起使用

本章將著重介紹對於 D 部分處方藥您須支付的費用。為了簡單起見，我們在本章中使用「藥物」來表示 D 部份處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物均屬於 D 部分承保藥物，某些藥物屬於紅藍卡 A 部分或 B 部分承保藥物，其他藥物在法律上屬於不受紅藍卡承保的藥物。

如需瞭解支付資訊，您需要先瞭解承保藥物有哪些、哪裡可以配取處方藥以及取得承保藥物需要遵守的規則。第 5 章第 1 至 4 節介紹了這些規則。當您使用計劃的「即時福利工具」查詢藥物承保範圍（請參閱第 5 章第 3 節）時，顯示的費用「即時」提供，這意味著工具中顯示的費用反映了某個時刻，以提供您預計要支付的自付費用的估算值。您也可致電您的護理團隊獲得「即時福利工具」提供的資訊。

第 1.2 節 您為承保藥物支付的自付費用類型

D 部分藥物有幾種不同類型的自付費用。您為藥物支付的金額稱為**分攤費用**，可能需以三種方式支付。

- **自付額**是指在本計劃開始支付其應承擔費用前，您先為藥物支付的金額。
- **共付額**是指您每次配取處方藥時支付的固定金額。
- **共同保險**是指您每次配取處方藥時支付一定比例的總額。

第 1.3 節 紅藍卡如何計算您的自付費用

紅藍卡規定了哪些費用計入及哪些費用不計入您的自付費用。以下是我們必須遵循的規則，以便追蹤您的自付費用。

這些款項皆包含在您的自付費用中

您的自付費用包括下列款項（只要是用來支付 D 部分承保藥物且您遵守於第 5 章所述的藥物承保規定）：

- 當您在下列藥物付款階段時，您須為藥物支付的金額：
 - 自付額階段
 - 初始承保階段
- 任何您在加入我們的計劃前，作為不同 Medicare 處方藥計劃的會員，於此曆年內支付的款項。

視由誰支付而定：

- 如果您是親自支付，則這些款項將包含在您的自付費用中。
- 如果是由**特定的其他個人或機構**代表您支付，這些款項也將包含在您的自付費用中。這包含了由朋友、親屬、大多數的慈善機構、AIDS 藥物協助計劃、符合紅藍卡資格的州政府醫藥補助計劃、僱主或工會健康計劃、TRICARE、或印地安保健服務為您的藥物支付的款項。由紅藍卡的「額外補助」計劃所支付的款項也包含在其中。

進入災難承保階段：

當您（或代表您支付的人）在曆年內已支付共計 \$2,000 的自付費用時，您將會從初始承保階段進入重大傷病承保階段。

這些費用不計入您的自付費用中

您的自付費用**不包括**以下任何類型的款項：

- 您的月繳保費
- 您在美國及其屬地境外購買的藥物
- 我們計劃不承保的藥物
- 您在網絡外藥房取得不符合本計劃網絡外承保要求的藥物
- 非 D 部分藥物，包含由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及其他由紅藍卡排除在承保範圍外的藥物
- 退伍軍人健康管理局 (VA) 為您的藥物支付的款項
- 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項
- 藥廠根據製造商折扣計劃支付的款項

*在此提醒您：*如果有任何其他機構（例如上述其中之一）為您支付藥物部分或全部的自付費用，您必須透過致電您的護理團隊通知我們的計劃。

如何追蹤自付費用的總額？

- **我們將為您提供幫助。**您收到的 *D 部分福利說明 (EOB)* 報告包含了目前的自付費用金額。當此金額達到 \$2,000 時，本報告將會告知您已脫離初始承保階段，並進入了重大傷病承保階段。
- **請確保我們能獲得所需的資訊。**第3.2節介紹了您如何協助我們確保您的花費記錄完整且有及時更新。

第 2 節 您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的藥品支付階段而定

第 2.1 節 **VNS Health 富康醫療 EasyCare 會員的藥品支付階段有哪些？**

您在 VNS Health 富康醫療 EasyCare 下的處方藥保險具有三個藥品支付階段。您須支付的金額視您配取或重新配取處方藥時所屬的階段而定。每個階段的詳細資訊列於本章的第 4 節到第 6 節中。階段包括：

第 1 階段：年度自付額階段

第 2 階段：初始承保階段

第 3 階段：重大傷病承保階段

第 3 節 我們會寄一份報告給您，說明您藥物的付款與您的付款階段

第 3.1 節 我們寄給您的每月摘要稱為 **D 部分福利說明 (D 部分 EOB)**

我們的計劃將追蹤您處方藥的費用，以及您在藥房為處方配藥或重新配藥時已支付的款項。藉此，我們將可在您進入下一個藥物付款階段時告知您。特別的是，我們會追蹤兩種類型的費用：

- 我們會追蹤您支付了多少費用。這稱作您的**自掏腰包費用**。這包括您在獲得承保 D 部分藥物時所支付的費用、家人或朋友為您的藥物支付的任何款項，以及透過紅藍卡、僱主或工會健康計劃、TRICARE、TRICARE、印地安保健服務、AIDS 藥物協助計劃、慈善機構和大部份州政府醫藥補助計劃 (SPAP)。
- 我們追蹤記錄您的**總藥費**。這是為您承保的 D 部分藥物支付的所有款項的總和。這包括計劃支付的費用、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計劃配取了一次或多次處方藥，我們會寄給您一份 D 部分 EOB。D 部分 EOB 包括：

- **該月的相關資訊。**此份報告說明了您上個月配取處方藥的付款細節。這包含了藥費總額、計劃支付的金額，以及您和其他人代表您支付的金額。
- **自1月1日起當年度的全部資訊。**這稱為「年度至今」資訊。該資訊顯示自年初以來，您藥物的藥費總額及付款總額。
- **藥物價格資訊。**此資訊將顯示總藥價，以及每個相同數量的處方理賠的首次配藥後的價格增長資訊。
- **可用的較低費用備用處方。**這將包括有關以較低分攤費用用於每次處方理賠的其他可用藥物的資訊（如適用）。

第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

為了追蹤您的藥物費用與您為藥物支付的款項，我們將利用自藥房取得的記錄。以下說明您如何協助我們及時更新您的資訊，並保持該資訊正確：

- **每次配取處方藥時，務請出示您的會員資格卡。**這幫助我們確保我們瞭解您配藥的處方以及您支付的費用。
- **請確保我們能獲得所需的資訊。**有時您可能會支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會自動獲取追蹤您的自掏腰包費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，您可以給我們您的收據副本。您應給我們您的藥物收據副本的範例如下：
 - 當您在網絡內藥房以特殊價格，或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡來購買承保藥物時。
 - 當您為製藥商患者協助計劃所提供的藥物支付共付額時。
 - 每當您在網絡外藥房購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額的費用時。
 - 如果您被收取承保藥物的費用，您可以要求我們的計劃來支付我們應承擔的費用。有關如何進行這一步驟的指示，請查閱第 7 章第 2 節。

- **請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。** 某些其他個人或組織為您支付的費用也計入您的自掏腰包費用。例如，由州藥品援助計劃、AIDS藥物協助計劃(ADAP)、印地安醫療保健服務，以及慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。請保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **請查閱我們寄給您的書面報告。** 當您收到 D 部分 EOB 時，請仔細檢查，確保報告的資訊完整且正確。如果您認為報告缺失了某些資訊，或您有任何疑問，請致電您的護理團隊。請務必保留這些報告。

第 4 節 在自付額階段，您需支付第 2 級、第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物的全部費用

自付扣除金階段是您的藥物承保的第一個付款階段。自付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。您將為第 2 級、第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物支付 \$145 的年度自付額。**您必須支付第 2 級、第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物的全部費用**，直至您達到計劃的自付額。對於所有其他藥物，您不必支付任何自付額。**全部費用**通常低於藥物的正常全價，因為我們的計劃與網絡內藥房針對大多數藥物議定了較低的費用。

在為您的第 2 級、第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物支付 \$145 之後，您即離開自付額階段並進入初始承保階段。

第 5 節 在初始承保階段期間，本計劃將為您的藥物費用支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分

第 5.1 節 您須為藥物支付的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定
--

在初始承保階段期間，本計劃將為您的承保處方藥支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分（您的共付額或共同保險金額）。您應承擔的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定。

本計劃共有 6 種分攤費用等級

計劃藥物清單上的每種藥物皆屬於 6 種分攤費用等級中的一種。通常，分攤費用的等級編號越高，您藥物的費用就越高：

- 第1級：偏好普通藥物（最低等級）
- 第2級：普通藥
- 第3級：首選品牌藥
 - 對於此等級上的每種承保胰島素產品，每月供藥您需支付 \$35。
- 第4級：非首選品牌藥
 - 對於此等級上的每種承保胰島素產品，每月供藥您需支付 \$35。
- 第5級：特殊藥物（最高等級）
 - 對於此等級上的每種承保胰島素產品，每月供藥您需支付 \$35。
- 第 6 級：選擇性護理藥物

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的藥物清單。

您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

- 網絡內零售藥房。
- 本計劃網絡外的藥房。我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房配取的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解何時我們承保於網絡外藥房配取之處方藥。
- 本計劃的郵購藥房。

有關這些藥房選擇與配取處方藥的更多資訊，請參見第 5 章，以及計劃的醫療服務提供者與藥房目錄。

第 5.2 節 一個月份量藥物補給的費用表

在初始承保階段期間，您就承保藥物應承擔的費用將會是共付額或共同保險的其中之一。

如同下表所示，共付額或共同保險的金額視分攤費用等級而定。

有時，藥物費用低於您的共付額。在這些情況下，您應支付較低的藥物費用，而非共付額。

	標準零售分攤費用 (網絡內) (最多 30 天份量的供藥)	郵購分攤費用 (最多 30 天份量的供藥)	長期護理 (LTC) 分攤費用 (最多 31 天份量的供藥)	網絡外分攤費用 (承保僅限於某些情況；如需詳細資訊，請參見第 5 章。) (最多 30 天份量的供藥)
第 1 級分攤費用 (首選普通藥)	\$0	不適用	\$0	\$0
第 2 級分攤費用 (普通藥)	\$20	不適用	\$20	\$20
第 3 級分攤費用 (首選品牌藥)	\$47	不適用	\$47	\$47
第 4 級分攤費用 (非首選品牌藥)	\$100	不適用	\$100	\$100
第 5 級分攤費用 (特殊級藥)	31%	31%	31%	31%
第 6 級分攤費用 (選擇性護理藥物)	\$0	不適用	\$0	\$0

即使您尚未支付自付額，您為每種承保胰島素產品一個月份量的供藥支付的費用也不會超過 \$35，無論其分攤費用等級如何。

有關 D 部分疫苗和 D 部分疫苗分攤費用的更多資訊，請參見本章第 8 節。

第 5.3 節 若您的醫生開立的處方藥不足一個月份量，您可能無需支付整個月份量的藥費

通常，您為處方藥支付的費用包含一個月份量的供藥。有時您或您的醫生可能會有希望開立少於一個月份量的藥物（例如，當首次嘗試一種藥物時）。如果能幫您更好地規劃不同處方的重配日期，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月份量的藥物。

如果您收到的某種藥物少於一個月份量，您將無需支付整個月份量的費用。

- 如果您負有支付共同保險的責任，您需按藥物總費用的百分比支付。由於共同保險視藥物總費用而定，為此藥費總費用相對較少，您的費用也會較少。
- 如果您需承擔支付該藥物的共付額，您只需按照獲得藥物的天數支付費用，而無需支付整個月份量的費用。我們將計算您每日支付的藥物費用（每日分攤費用），並乘以您獲得藥物的天數。

第 5.4 節 長期（最高 100 天份）供藥的費用表

對於某些藥物，您可以取得長期供藥（也稱為延長供藥）。長期供藥的上限為 100 天份量的供藥。

下表顯示您在取得長期供藥時須支付的費用。

- 有時，藥物費用低於您的共付額。在這些情況下，您應支付較低的藥物費用，而非共付額。

當您取得 D 部分承保處方藥的長期供藥時，您應支付的分攤費用為：

	標準零售分攤費用 (網絡內) (最多 100 天份量的供藥)	郵購分攤費用 (最多 100 天份量的 供藥)
第1級分攤費用 (首選普通藥)	\$0	\$0
第2級分攤費用 (普通藥)	\$60	\$60
第3級分攤費用 (首選品牌藥)	\$141	\$141
第4級分攤費用 (非首選品牌藥)	\$300	\$300
第5級分攤費用 (特殊級藥)	第5級的藥物不提供長期供藥。	
第6級分攤費用 (選擇性護理藥物)	\$0	\$0

即使您尚未支付自付額，您為每種承保胰島素產品兩個月份量的供藥支付的費用也不會超過 \$70 或三個月份量的供藥支付的費用也不會超過 \$105，無論其分攤費用等級如何。

第 5.5 節 **您停留在初始承保階段，直到您一年內的自付費用達到 \$2,000**

您停留在初始承保階段，直到您一年內的總自付費用達到 \$2,000。然後，您將進入重大傷病承保階段。

您收到的 D 部分 EOB 可協助您追蹤您、本計劃和任何第三方在一年內為您的藥物支付了多少金額。並非所有會員都會在一年內達到 \$2,000 的自付費用限額。

如果您達到了此金額，我們會立刻通知您。如果您確實達到了此金額，您將會離開初始承保階段，進入重大傷病承保階段。有關紅藍卡如何計算您的自付費用，請參見第 1.3 節。

第 6 節 在重大傷病承保階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用

當您的自付費用在日曆年內達到 \$2,000 的上限時，您將進入重大傷病承保階段。一旦您進入了災難承保階段，您將會維持在此付款階段，直到該曆年結束。

- 在此支付階段，計劃為您全額支付承保的 D 部分藥物費用。

第 7 節 D 部分疫苗。您須為此類疫苗接種支付的費用視您如何及於何處取得而定

關於您為疫苗支付的費用的重要資訊 – 某些疫苗被視為醫療福利，屬於 B 部分承保範圍。其他疫苗被視為 D 部分藥物。您可在計劃的藥物清單上找到這些疫苗。我們的計劃免費承保大部分成人 D 部分疫苗，即使您尚未支付您的自付額。請參閱您計劃的藥物清單或聯絡您的護理團隊，瞭解特定疫苗的承保範圍和分攤費用詳情。

我們的D部份疫苗接種承保包含了兩個部份：

- 承保的第一個部分為**疫苗本身**的費用。
- 承保的第二個部份為**疫苗接種**的費用。（有時將其稱為疫苗的施打。）

對於 D 部分疫苗接種您須支付的費用，視以下三者而定：

1. 該疫苗是否為**免疫接種諮詢委員會 (ACIP) 建議成人接種的疫苗**。
 - 大多數成人 D 部分疫苗為 ACIP 建議接種的疫苗，並且您無需支付任何費用。
2. 您**接種疫苗的地點**。
 - 疫苗藥物可由藥房配發或由醫生診所提供。

3. 為您接種疫苗的人。

- 藥劑師或其他提供者可能會在藥房為您接種疫苗。或者，提供者可能會在醫生診室為您接種疫苗。

您取得 D 部分疫苗接種時須支付的金額將視情況及您所在的藥品支付階段而定。

- 有些時候，當您接種疫苗時，您將須支付疫苗本身與醫療服務提供者為您接種疫苗的全部費用。您可以要求我們計劃償付我們應承擔的費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，這意味著您支付的全部費用都將得到報銷。
- 其他情況下，當您接種疫苗時，您只需要支付 D 部分福利下您的分攤費用。對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。

以下是三種您可能接種 D 部分疫苗的情況。

*第1種情況：*您在網絡內藥房接種 D 部分疫苗。（此選項視您的居住地而定。某些州不允許藥房注射疫苗。）

- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您須向該藥房支付疫苗本身（包括疫苗接種費用）的共付額。
- 我們的計劃將支付其餘的費用。

*第2種情況：*您在醫生診室接種 D 部分疫苗。

- 當您接種疫苗時，您可能須支付疫苗本身與提供者為您接種疫苗的全部費用。
- 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得全額報銷。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您所支付的金額扣除您通常的疫苗共付額（含施打）。

第 3 種情況：您在您網絡內藥房購買 D 部分疫苗，接著帶去您醫生的診室接種疫苗。

- 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，您將向該藥房支付疫苗本身的共付額。
- 當您的醫生替您接種疫苗時，您可能須支付此服務全部的費用。
- 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得全額報銷。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您所支付的金額並扣除您疫苗的任何共同保險或共付額。

第 7 章:
要求我們對您收到的承保醫療服務或
藥物賬單支付應承擔的費用

第 1 節 要求我們支付我們對您的承保服務或藥物應承擔的費用的情況

在某些情況下，當您獲取醫療護理或處方藥時，您可能需要支付全部費用。在其他情況下，您可能發現您支付的費用超過計劃的承保規則下您預計要支付的費用，或者您可能收到提供者寄來的帳單。在這些情況下，您可以要求我們計劃向您償付費用（償付通常被稱為給您報銷）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務或藥物所支付的費用超出您應承擔的費用，您就有權要求我們的計劃償付費用。您必須遵守截止日期才能獲得償付。請參見本章第 2 節。

也有時候，您可能會收到提供者就您獲得的醫療護理的全部費用發出的帳單，或可能比在文件中討論的您的分攤費用更多費用的帳單。首先，設法與提供者解決帳單問題。如果不起作用，請將帳單寄送給我們，而不是付款。我們會查看該帳單，確認服務是否應屬於承保範圍。如果確認屬於承保範圍，我們會直接支付該醫療護理提供者。如果我們決定不支付，我們將通知提供者。您不應支付超出計劃允許的分攤費用。如果已與此醫療服務提供者簽約，您仍然有權接受治療。

以下是您可能需要我們計劃向您償付費用，或就您收到的帳單付款的一些情況：

1. 如果您接受並非我們計劃網絡內的醫療服務提供者提供的緊急醫療或急症醫療護理

在服務區域外，您可接受任何提供者提供的緊急醫療服務或急症治療服務，無論該提供者是否在我們的網絡內。在這些情況下，

- 您僅負責就緊急醫療或急症治療服務支付您的分攤費用。法律規定緊急服務提供者須提供緊急護理。如果您在接受護理時支付了全部費用，您可要求我們向您償付我們應承擔的費用。您應將帳單及您的付款憑證寄送給我們。
- 您可能會收到提供者要求您付款的帳單，而您認為您並不應支付這筆費用。您應將帳單及您的付款憑證寄送給我們。
 - 如果我們欠付提供者款項，我們將直接向其付款。
 - 如果您已支付的費用超出您應承擔的服務費用，我們將確定您應支付的費用，並向您償付我們應承擔的費用。

2. 如果網絡內提供者向您發出帳單，而您認為您不應支付該筆費用

網絡內提供者應始終直接向計劃收取費用，並僅要求您支付您的分攤費用。但是，這些提供者有時會犯錯，要求您支付超出您應承擔費用的金額。

- 您只需要在接受承保服務時支付自己的分攤費用金額。我們不允許提供者新增其他單獨費用，也叫做「差額費用」。即使我們向醫療服務提供者支付的費用比醫療服務提供者對此服務收取的費用少，或者因為有爭議我們沒有支付特定醫療服務提供者收取的費用，這項使您支付的費用絕不會超過您的分攤費用金額的保障也適用。
- 一旦您收到網絡內提供者發出的帳單，而您認為其中費用超出您應支付的金額，請將帳單寄送給我們。我們將直接聯絡提供者，解決帳單問題。
- 如果您已經支付網絡內提供者的賬單，但您感覺您支付得太多，請將賬單與任何付款憑證寄送給我們，並要求我們向您償付您所支付的金額與根據計劃您應付的金額之間的差額。

3. 如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃

有時，人們是以追溯性的方式加入計劃。（這是指參保的第一天已過。參保日期甚至可能已於上一年度開始。）

如果您是以追溯性方式加入我們的計劃且在參保日期後已就您的承保服務或藥物支付了自付費用，則您可要求我們償付我們應分攤的費用。您將需要向我們提交書面材料（如收據和帳單），以便我們處理報銷。

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

如果您前往網絡外藥房，該藥房可能無法直接向我們提交賠付要求。當發生這種情況時，您將須支付處方藥的全額費用。

請保留您的收據，並在您要求就我們應承擔的費用向您償付時寄送一份副本給我們。請記住，我們僅在有限情況下承保網絡外藥房。有關這些情況的討論，請查看第 5 章第 2.5 節。我們可能不會向您退還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藥物費用之間的差額。

5. 當您因未攜帶計劃會員卡，而支付全額的處方藥費用時

如果您沒有攜帶計劃會員卡，您可以要求該藥房致電本計劃，或查閱您的計劃參保資訊。然而，如果該藥房無法立即取得所需的參保資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。

請保留您的收據，並在您要求就我們應分攤的費用向您償付時寄送一份副本給我們。如果您支付的現金價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用

您可能會因為處方藥由於某些因素而未承保，而需要支付處方藥的全額費用。

- 例如，該藥可能未列於計劃的藥物清單上；或者可能有某項您不知道或不認為適用於您的要求或限制。如果您決定您需要立即獲得藥物，您可能需要支付全部藥費。
- 請保留您的收據，並在您要求我們向您償付時寄送一份副本給我們。在某些情況下，我們可能會需要向您的醫生取得更多資訊，以便就我們應承擔的費用向您償付。如果您支付的現金價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

所有上述範例均屬於承保範圍決定的類型。這表示，如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的裁決提出上訴。本文第 9 章載有如何提出上訴的資訊。

第 2 節 如何要求我們向您退款或就您收到的帳單付款

您可透過寄送書面申請要求我們向您償付費用。如果您以書面形式寄出申請，請寄送帳單及付款憑證。最好備份您的帳單及收據，以便記錄。

對於 C 部分（醫療索賠）您必須在獲得服務或用品之日起 **365 天**或一年內向我們索款。將您的付款申請及任何帳單或支付收據郵寄至以下地址：

VNS Health
Health Plans Claims
PO Box 4498
Scranton, PA 18505

對於 D 部分（處方藥索賠），您必須在獲得服務、用品或藥品之日起 3 年內向我們索款。將您的付款申請及任何賬單或收據郵寄至以下地址：

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
傳真：858-549-1569
電子郵件：Claims@Medimpact.com

第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆

第 3.1 節 我們會核對我們是否應承保有關服務或藥品以及我們應支付的金額

收到您的付款請求時，如果我們需要任何額外資訊，將通知您提供。如果不需要，我們將考慮您的請求，並作出承保範圍裁決。

- 如果我們決定有關醫療護理或藥物獲承保，且您遵守了所有規定，我們將支付我們應承擔的費用。我們應分攤的費用可能不是您支付的全部金額（例如，如果您在網路外藥房獲得藥物，或者您為藥物支付的現金價格高於我們的協商價格）。如果您已經為服務或藥物付款，我們會以郵寄方式將我們需要分攤的費用報銷給您。如果您未支付服務或藥物費用，我們將直接向提供者郵寄款項。
- 如果我們決定有關醫療護理或藥物不獲承保，或您未遵守任何規則，我們將不會支付分攤費用。我們將向您發出一封函件，解釋我們不寄出付款的原因，並說明您有權對該決定提出上訴。

第 3.2 節 如果我們通知您我們不會支付全部或部份醫療護理或藥物費用，您可提出上訴

如果您認為我們在駁回您的付款請求或確定我們的支付金額時弄錯了，您可提出上訴。如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的決定。上訴程序是一項流程複雜、時限明確的法律程序。有關如何提出上訴的詳細資訊，請查看本文件第 9 章。

第 8 章: 您的權利與責任

第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為會員而享有的權利與文化敏感性

第 1.1 節 我們必須以適合您且符合您的文化敏感性的方式提供資訊（以除英語外的語言、盲文、大號字體印刷版或其他可選形式等）

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務皆以文化上恰當的方式提供，並可供所有註冊者獲取，包括有限英語水準、有限閱讀技能、無聽力能力、有多元文化和種族背景的人士。計劃如何滿足這些可及性要求的示例包括但不限於，提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連線。

我們的計劃提供免費口譯服務，可以回答非英語會員的問題。本文件免費提供西班牙語和中文版本。我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需以適合您的格式獲取資訊，請致電您的護理團隊聯絡我們。

我們的計劃必須為女性註冊者提供直接使用網絡內的女性健康專科醫生獲得女性常規和預防性健康護理服務的選擇。

如果計劃網絡內專科提供者不可用，則計劃有責任尋找網絡外的專科提供者，為您提供必要的護理。在這種情況下，您僅需支付網絡內分攤費用。若您發現計劃網絡內沒有能為您提供所需服務的專科醫生，請致電計劃，瞭解在何處可以僅支付網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱且適合您的計劃資訊格式、看女性健康專科醫生或尋找網絡專科醫生，請撥打 1-866-783-1444（TTY 使用者請撥打 711）向您的護理團隊提出申訴，服務時間為每週 8 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月至 3 月）；工作日，早上 8 點至晚上 8 點（4 月至 9 月）。You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 Nosotros debemos brindarle información en una forma que funcione para usted (en idiomas diferentes al Inglés, en braille, en letra legible u otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información en una forma que funcione para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan posee personas y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas a miembros discapacitados y que no hablen el idioma inglés. Este documento también está disponible en idioma español y chino. También podemos darle información en braille, en letra legible u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información en una forma que funcione para usted, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para recibir información acerca de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Servicio de Atención al Miembro al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Puede encontrar la información de contacto en esta Evidencia de cobertura o en esta correspondencia, o puede comunicarse con el Servicio de Atención al Miembro para obtener información adicional.

1.1 我們必須以適合您的方式提供信息（包括英語以外的其他語言、盲文、大號字體、或其他各式等）

如需我們以適合您的方式提供信息，請致電會員服務部（電話號碼印於本冊封底）。

我們的計劃配有專員及免費的翻譯服務，可回答殘障會員和不說英語的會員提出的問題。我們提供西班牙文和中文版書面資料。我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本手冊封底）。

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱和適合您的計劃資訊的方式，請致電會員服務部 1-866-783-1444 每週七天，早上 8 點至晚上 8 點 (聽障人士請致電 711) 提出申訴。您亦可撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提交投訴，或直接向民權辦公室提出投訴。聯絡資訊包含在本承保範圍說明書或本郵件中，或您可聯絡會員服務部獲得其他資訊。

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

您有權在計劃網絡內選擇初級保健醫生 (PCP)，來為您提供和安排承保服務。

您有權在合理的時間內，從計劃網絡內的提供者處取得預約並獲取承保的服務。這包括您有權在需要護理時，及時獲得專科醫生的服務。您也有權在無長時間的延誤下，向任何我們的網絡內藥房為您的處方取得配藥或重新配藥。

如果您認為您沒有在合理的時間範圍內獲取您的醫療護理或 D 部分藥物，第 9 章會告訴您怎麼做。

第 1.3 節 我們必須為您的個人健康資訊保密

聯邦和州法律保護您醫療記錄與個人健康資訊的隱私。我們按照此類法律的規定，保護您的個人健康資訊。

- 您的個人健康資訊包括您參保本計劃時提供給我們的個人資訊、您的醫療記錄和其他醫療和健康資訊。
- 您享有與您的資訊相關並控制您的健康資訊如何使用的權利。我們會向您發出書面的**隱私規則通告**，其中有相關權利並說明我們如何為您的健康資訊保密。

我們如何為您的健康資訊保密？

- 我們確保未經授權人士不能查看或更改您的記錄。
- 除了下列情況外，如果我們打算向任何不為您提供護理或不為您支付護理費用的人士提供您的健康資訊，我們需事先獲得您或您授予法定權力來替您做決定的人士的書面許可。

- 在某些例外情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。法律允許或規定這些例外情況。
 - 我們需向正在檢查護理品質的政府機構公開健康資訊。
 - 由於您透過Medicare加入我們的計劃，我們需向Medicare提供您的健康資訊，包括您的D部份處方藥資訊。如果紅藍卡出於研究或其他目的公開您的資訊，將根據聯邦法令和法規執行；通常，這要求不能共享您的唯一識別資訊。

您可查看記錄內的資訊，瞭解如何與他人共用有關資訊

您有權查閱由計劃保存的醫療記錄，並有權獲得記錄的副本。我們不會向您收取副本的費用。您也有權要求我們增添或更改您的醫療記錄。若您向我們提出這些要求，我們將與您的健康護理提供者共同決定是否應作出更改。

若您的健康資訊因任何非常規目的而與他人共用，您有權瞭解共用的方式。

若您對您的個人健康資訊的隱私權有任何疑問或顧慮，請致電護理團隊。

隱私規則聯合通告

本通告將說明您的醫療資訊將如何使用及披露，以及您如何能夠獲得該資訊。請仔細閱讀本通告。

隱私保護承諾

VNS Health 富康醫療致力於保護您的受保護健康資訊 (PHI) 的隱私和機密性。根據 1996 年《健康保險便攜性與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 的規定，我們僅將根據本通告所述使用或披露您的 PHI。

哪些人需遵守本通告？

醫療服務提供者及下列健保計劃需遵守本通告：

**Visiting Nurse Service of New York
Home Care II**
(商業名稱 VNS Health Home Care)

New Partners, Inc.
(商業名稱 VNS Health Personal Care)

VNS CHOICE
(商業名稱 VNS Health Health Plans)

**Visiting Nurse Service of New York
Hospice Care**
(商業名稱 VNS Health Hospice
Care)

Medical Care at Home, P.C.

VNS Health Behavioral Health, Inc.
(商業名稱 VNS Health Behavioral
Health)

各醫療服務提供者和上述健保計劃均參加了 VNS Health 富康醫療 Organized Health Care Arrangement (下稱「VNS Health OHCA」或「我們」)。成立 VNS Health 富康醫療 OHCA 的主要目的是提高我們的護理品質。因此，OHCA 的成員(包括其員工、業務夥伴和某些物質使用障礙 (SUD) 服務分包商)必須遵守本通告。我們僅可根據本通告所述使用或披露您的 PHI，除非您透過後文所提供的地址向我們授予書面許可。

VNS Health 富康醫療 OHCA 的成員還可能會使用和相互分享您的 PHI，以開展聯合營運活動，包括治療、付款和醫療保健營運。請注意，本通告不會改變任何 VNS Health 富康醫療 OHCA 成員的獨立企業或法律身份，也不會使任何 OHCA 成員對任何其他 OHCA 成員的過失、錯誤或違規行為承擔連帶責任。

VNS Health 富康醫療 OHCA 如何使用和分享您的 PHI

1. 出於治療、付款和醫療保健營運目的進行使用和披露。我們可能會使用和披露您的 PHI 來為您提供護理或治療、獲得付款，以及開展我們的醫療保健營運活動：

- a. **治療和醫療管理**。我們可能會使用和披露您的 PHI 來更好地提供、與其他提供者協調或管理我們向您提供的服務、護理和治療。例如，(1) 您的 VNS Health 富康醫療臨床醫生可能會與您的醫生討論您的健康情況，規劃您在家中接受的臨床服務；或 (2) 我們也可能將 PHI 留於您的家中，以便讓其他照顧者瞭解所需資訊。

- b. **付款。**我們可能會出於我們自己的付款目的而使用和披露有關您的 PHI，並協助其他醫療服務提供者進行付款活動。我們的付款活動包括但不限於確定您的福利資格以及從可能負責為您提供保險的保險公司（包括聯邦和州組織）獲得付款。
 - c. **醫療保健營運。**我們可能會使用和披露有關您的 PHI 來支援我們的職能運作，包括但不限於醫療管理、品質改進活動、評估我們自己的表現並解決您可能存在的任何投訴或不滿。我們還可能使用和披露您的 PHI 來協助其他服務或護理提供者開展醫療保健或 SUD 服務營運。
2. **其他允許的使用和披露。**我們還可能出於以下目的使用和披露您的 PHI：
- a. **根據法律要求。**我們可能會根據任何適用的州、聯邦和地方法律的要求使用和披露您的 PHI。
 - b. **公共健康或安全。**我們可能會向公共主管機構或開展公共衛生活動（例如報告出生、傷殘和死亡）的其他組織披露 PHI。我們可能會向適當的公共機構或（在少數情況下）向私人救災組織披露您的 PHI，以應對生物恐怖主義或其他類似的公共衛生或安全威脅，包括但不限於預防或控制傳染病或解決與 Food and Drug Administration 規管產品相關的問題。
 - c. **保護遭受虐待、忽視或家庭暴力的受害者。**如果我們認為您是遭受虐待、忽視、家庭暴力的受害者，並且您同意披露或法律要求或允許披露，我們可能會向適當的政府機構披露您的 PHI。如果我們為此目的披露您的 PHI，我們將告知您，除非我們認為給您或您的照顧者的建議會使您或其他人遭受嚴重傷害的風險。
 - d. **衛生監督活動。**我們可能會將您的 PHI 披露給聯邦或州衛生監督機構，以進行法律授權的活動，例如稽核、調查、檢查和許可調查。
 - e. **司法和行政訴訟。**我們可能需要在司法或行政訴訟中，或根據法令、傳票或其他合法程序披露您的 PHI。
 - f. **執法目的。**我們可能出於下列目的向執法機構披露您的健康資訊：回應法庭命令、授權令、傳票或類似程序，協助識別或尋找嫌疑人或失蹤人員，提供有關犯罪受害人、可能由犯罪活動導致的死亡、在我們的營業場所發生的犯罪行為的資訊，或者在緊急情況下報告犯罪、犯罪或受害人的地點或者罪犯的身份、地點或描述。

- g. 亡故者。**我們可能會在必要和法律授權的情況下，向驗屍官、體格檢查者或喪葬承辦人披露您的 PHI。
- h. 器官或組織捐贈。**我們可能會向器官勸募組織和類似組織披露您的 PHI，以協助他們進行器官或組織勸募、入庫或移植。
- i. 研究。**我們可能出於研究目的使用或披露您的 PHI，例如進行研究以比較患者接受的替代療法的益處，或進行有關如何改善我們的護理服務的調查。我們將僅在得到機構審查委員會（下稱「IRB」）的核准後，才會出於研究目的使用或披露您的 PHI。必要時，我們將在使用您的 PHI 進行研究前獲得您的書面授權。
- j. 專門的政府職能。**我們可能會使用或披露您的 PHI 來協助某些類型的政府活動。如果您是美國或外國武裝部隊的成員，我們可能會在必要時向適當的軍事當局披露您的 PHI。我們也可能向聯邦官員披露您的 PHI，以進行合法情報或國家安全活動。
- k. 勞工賠償。**我們可能在勞工賠償金計劃或為工傷或職業病提供福利的類似計劃管轄法律允許的情況下，使用或披露您的 PHI。
- l. 參與您的護理的家人和個人。**我們可能會向協助您獲得醫療保健服務的家人、其他親屬或親密朋友披露您的健康資訊。如果您在場，我們將為您提供反對這些披露的機會，並且在您反對的情況下我們不會進行這些披露。如果您不在場，我們將綜合考慮各種因素並根據我們的專業判斷確定向您的家人或朋友披露是否最符合您的利益。
- m. 附帶使用和披露。**有時會發生附帶使用和披露您的 PHI 的情況，這種情況不視為對您權利的侵犯。附帶使用和披露 PHI 是另行允許的使用或披露的附帶結果，在性質上受到限制，並且無法進行合理預防。

生殖健康隱私保護

我們不可使用或披露您的 PHI 進行以下任何一項活動：(1) 針對尋求、獲取、提供或促進生殖保健的任何人，對其進行刑事、民事或行政調查，或對任何人施加刑事、民事或行政責任，前提是此類醫療保健行為在相關法律框架下是合法的；或 (2) 為進行此類調查或施加此類責任而識別任何人的身份。

物質濫用障礙和其他敏感健康資訊

我們遵守有關保護 SUD 患者記錄和其他高度敏感健康資訊（包括但不限於 HIV 相關資訊、遺傳資訊和心理治療記錄）的法律。我們僅可根據適用的州和聯邦法律下的某些特殊保密規定使用或披露此類 PHI 敏感資訊。對這些類型記錄的任何披露皆受這些特殊保護的制約。

1. **合格服務組織**。VNS Health Behavioral Health 可能會在未經您同意的情況下向合格服務組織（下稱「QSO」）披露 PHI，以便 QSO 向我們提供服務。QSO 是向我們提供服務並與我們簽訂書面協議的任何個人或實體，該協議將聲明：**(i)** 在接收、儲存、處理或以其他方式處理我們的任何 SUD 患者記錄時，完全受聯邦保密法的約束；並且 **(ii)** 除非法律允許，否則必要時將在司法程序中抵制一切試圖獲取 SUD 記錄的行為。
2. **分享 SUD 記錄/資訊的同意限制**。您通常可能會出於當前和未來的多個目的而同意分享 SUD 記錄或資訊。但是，關於 SUD 治療的 PHI 不得用於在任何聯邦、州或地方主管機構進行的任何民事、刑事、行政或立法程序中發起、調查或證實對您提出的指控。如果 SUD 患者同意在任何法律程序中使用 SUD 記錄或資訊，則此同意僅適用於針對該 SUD 患者提起的該場訴訟，不能與其他同意書合併。此外，SUD 患者記錄受聯邦保密法保護，不會分享給 OHCA 的其他成員，除非法律允許此類披露。

就其他使用和披露 PHI 的情況徵得您的授權

對您 PHI 的某些使用和披露只能在獲得您書面授權的情況下進行，其中包括使用和/或披露：**(a)** 心理治療記錄（適當情況下）；**(b)** 出於宣傳目的；以及 **(c)** 視為隱私規則所規定的出售健康資訊。除非獲得您的明確書面授權或者您合法委任的代表授權，否則我們不會出於本通告未予規定的任何目的使用或披露您的 PHI。如果您為我們提供授權，可以隨時撤銷，撤銷後我們將不再出於您授權的目的使用或披露您的 PHI，除非我們需要依賴您的授權為您提供護理。

有關預約、資訊和服務的通訊

我們可能會使用自動或預先錄製的消息，透過電子郵件、簡訊或電話與您或您的指定代表聯絡，以提供預約和就診提醒、患者滿意度調查、計劃歡迎電子郵件和新聞通訊，或有關治療方案或其他健康相關服務的資訊。這些消息的提供頻率會有所不同。

1. **退出權利。** 您有權按照所提供的適用的取消訂閱或退出說明選擇不接收電話和簡訊，只需傳送簡訊「STOP」（退訂）或聯絡 VNS Health 富康醫療或其指定的第三方供應商即可。可能會收取標準簡訊和數據費用。如果您不想再收到電子郵件，您可以按一下 VNS Health 富康醫療傳送給您的任何電子郵件底部標題為「取消訂閱」的超連結，然後按照說明取消訂閱電子郵件。同意接收電話、簡訊和/或電子郵件並非您從 VNS Health 富康醫療獲取其他醫療保健服務的條件。

2. **安全。** 請注意，透過未加密的電子郵件、簡訊或開放網路傳輸的通訊可能本身就不安全，因此，以這類方式傳輸的資訊的機密性無法得到保障。此外，電子郵件和簡訊本身具有隱私風險，尤其是您的電腦或行動裝置存取權限不受密碼保護的情況。

籌資

作為非營利性醫療保健組織，我們的上級機構 VNS Health 富康醫療可能出於籌資和宣傳目的披露您的患者身份。您有權透過按照我們在籌資宣傳資料中提供的電子郵件地址或電話號碼與我們聯絡，或填寫並寄回籌資宣傳資料中包含的預先印妥並預付郵資的明信片，選擇不接收此類籌資宣傳資料。

健康資訊交換

我們參與了符合 HIPAA 的安全健康資訊交換計劃 (HIE)，例如由 Healthix 和 Bronx RHIO 營運的 HIE。HIE 透過允許服務或護理提供者以安全且及時的方式相互分享您的資訊，從而有效地幫助協調患者的護理。如果您同意，我們可能會出於治療、付款和醫療保健營運之目的透過我們參與的 HIE 使用、披露和存取您的 PHI。您有權選擇不向或不透過 HIE 披露您的 PHI。但是，您在退出前傳送至 HIE 或透過 HIE 處理的資訊可能繼續由 HIE 維護，並仍能透過 HIE 存取。

您的權利

當涉及到您的 PHI 時，您有一定的權利：

1. **檢查和複製權。** 您或您的授權代表有權檢查或請求複製我們保留的有關您的 PHI 副本。申請應透過電子郵件傳送至醫療記錄部，電子郵箱：records.requests@vnshealth.org。您的請求應說明您想檢查的資訊以及您希望以何種格式檢查。如果我們掌握有包含您的資訊的電子健康記錄，您有權要

求我們向您或您指定的第三方傳送您的 PHI 的電子格式副本。在少數情況下，我們可能會拒絕讓您查閱或獲取此資訊的副本。我們可能會向您收取合理的費用來為您製作記錄，具體費用視成本而定。在某些情況下，如果可能給您本人或他人造成傷害，我們也可能拒絕檢視 PHI 的請求。如果我們出於此目的拒絕檢視請求，您有權按照適用法律的要求，透過向 VNS Health 富康醫療隱私官提出審查請求，以便對我們的拒絕進行審查。

2. 請求修正權。 您有權請求變更我們維護的有關您的任何 PHI，前提是您需要聲明這些資訊不正確或不完整的原因。您的請求必須以書面形式提出，並且必須說明更正或更新資訊的原因。在某些情況下，我們可能會拒絕您的請求，並向您提供書面說明。

3. 獲得披露清單的權利。 您有權獲得我們對您的 PHI 所做披露的清單。這份清單將不包括出於某些目的進行的披露，包括但不限於出於治療、付款或醫療保健營運而進行的披露，或您以書面形式授權的披露。您的請求應說明您請求投保的具體時間期限，該期限不超過六年。在任何 12 個月期間內首次請求披露清單時，將免費提供清單。如果您在該 12 個月內索要額外的清單，我們可能會向您收費。

4. 請求限制權。 您有權請求對我們使用和披露您的 PHI 的方式進行限制。雖然我們會仔細考慮所有其他限制的請求，但除了出於付款或醫療保健營運目的而限制的使用或披露外，在您全額「自費」支付賬單的情況下，我們無須遵守您的請求。如果我們同意您的限制請求，則我們將不會按照約定的限制條件披露您的 PHI。

5. 請求保密通訊權。 您有權要求我們以不同方式或在不同地點向您寄送 PHI。您要求另一種通訊方式的請求還應指定我們應在何處和/或以何種方式與您聯絡。

6. 撤銷同意的權利。 如果您為我們提供授權，可以隨時撤銷，撤銷後我們將不再出於您授權的目的使用或披露您的 PHI，除非我們需要依賴您的授權為您提供護理。撤銷授權必須透過本通告末尾列出的地址提交給 VNS Health 富康醫療隱私官。

7. 外洩通知權。 根據 HIPAA，如果您未加以保護的 PHI 被外洩，我們需要通知您，您有權收到通知。

8. **獲得紙本或電子通知副本的權利。** 您有權隨時獲得一份本通告的紙本副本。您可以透過致函 VNS Health 富康醫療隱私官來獲得本通告的紙本副本。您也可以登入我們的網站 www.vnshealth.org，列印這份通告的副本。
9. **選擇讓某人代您行事的權利。** 如果某人是您的醫療保健代理人或法定監護人，則此人可行使您的權利並就您的 PHI 作出選擇。
10. **投訴。** 如果您認為自己的隱私或安全權利受到侵犯，您有權向 VNS Health 富康醫療隱私官提出投訴。您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services（下稱「HHS」）部長提出投訴。我們將應要求給您提供向 HHS 提出投訴的地址。您不會因為發起投訴而遭受我們的懲罰或打擊報復。

外洩通知

根據法律規定，我們需要在發現您未加以保護的 PHI 遭到外洩時通知您，除非我們確定您的 PHI 的隱私或安全受到損害的概率很小。我們將在不晚於發現洩露後六十 (60) 天內及時通知您，除非州法律要求更早的通知時間。

對本通告的變更

我們可能隨時變更本隱私規則通告的條款。如果本通告的條款發生變更，新條款將適用於您的所有 PHI，無論是 VNS Health 富康醫療 OHCA 建立還是獲得的資訊，亦無論其建立或獲得日期早於還是晚於通告的變更日期。本通告的任何更新均將發佈在 vnshealth.org 上。

有疑問

如果您對我們的隱私規則或本通告有任何疑問或意見，或者如果您想獲得關於您的隱私權的詳細說明，請使用本通告末尾提供的聯絡資訊與 VNS Health 富康醫療隱私官聯絡。

聯絡資訊

如需就本通告、我們的隱私規則或您的安全或隱私權利與我們聯絡，請使用以下聯絡資訊與 VNS Health 富康醫療隱私官聯絡：VNS Health, 220 East 42nd Street, 6th Floor, New York, NY 10017; Attn: 隱私事務官；電話：800-675-0391；電子郵件：HIPAA@vnshealth.org

生效日期：11/01/2020

最後審核和修訂時間：7/12/2024

20-2010E (07.24)

第 1.4 節 我們必須向您提供計劃、其提供者網絡以及您的承保服務的相關資訊

作為 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要以下任何類型的資訊，請致電您的護理團隊：

- **計劃的相關資訊。**例如，包括計劃財務狀況的相關資訊。
- **我們網絡提供者和藥房的相關資訊。**您有權索取有關我們網絡提供者及藥房的資格，以及我們如何向網絡內提供者支付費用的資訊。
- **您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。**第 3 章和第 4 章提供有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供有關 D 部分處方藥承保的資訊。
- **服務或藥品不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。**第 9 章介紹了關於申請醫療服務或 D 部分藥物不承保的原因或如果您的保險受到限制的書面說明的資訊。第 9 章也提供有關要求我們變更決定（亦稱為上訴）的資訊。

第 1.5 節 我們必須支援您作出護理決定的權利

您有權瞭解您的治療方案及參與決定您的醫療護理

您有權向您的醫生和其他健康護理提供者獲取完整資訊。您的醫療服務提供者必須以您可理解的方式，說明您的病情及治療選擇方案。

您也有權完全參與您的醫療護理決定。為幫助您與醫生一起決定哪項治療方案最適合您，您擁有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇方案。**您有權瞭解所有針對您的病情建議的所有治療方案，無論這些方案須支付多少費用或這些方案是否獲我們的計劃承保。其中也包含瞭解我們計劃所提供之協助會員管理藥物與安全用藥的計劃。

- **瞭解風險。** 您有權瞭解您的護理中涉及的任何風險。如果任何建議的醫療護理或治療是研究試驗的一部份，醫生必須事先向您說明。您完全有權拒絕任何試驗性治療。
- **拒絕的權利。** 您有權拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。您有權拒絕任何建議的治療。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您需對身體因此出現的情況負全部責任。

您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式

有時，有些人可能會因為事故或重病而無法自行作出醫療護理決定。您有權說明出現這種情況時希望採取的處理方式。這表明，*您可酌情*：

- 填寫書面表格，賦予某人合法權利，以在您不能自行決定時，**代您作出醫療決定**。
- **向您的醫生提供書面指示**，說明您希望他們在您無法自行決定的情況下，如何處理您的醫療護理。

這些情況下，您可以用來事先作出指示的法律文件稱為**醫療護理預立指示**。預先醫療指示有多種類型及多種名稱。稱為**生前遺囑**和**醫療保健授權書**的文件為醫療護理預立指示的範例。

如果您想使用醫療護理預立指示給出您的指示，應做下列幾件事：

- **獲取表格。** 您可向您的律師、社會工作者或某些辦公用品商店索取醫療護理預立指示表格。有時，您可從向公眾提供紅藍卡資訊的機構索取醫療護理預立指示表格。
- **填好表格並簽名。** 無論從何處獲取此表格，均請切記該表格屬於法律文件。您應考慮請一位律師幫您編製該文件。
- **將副本交給適當人士。** 您應交一份表格副本給您的醫生，交一份給您在表格中指定為在您無法作出決定時代您作決定的人士。您可能想將副本交給親密的朋友或家人。在家中保存一份副本。

如果您事先知曉即將住院，且曾簽署預先醫療指示，請將副本帶至醫院。

- 醫院會詢問您是否已簽署醫療護理預立指示表格以及是否隨身攜帶。
- 如果您尚未簽署預先醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

請記住，是否願意簽署醫療護理預立指示（包括住院時是否願意簽署）是您的自由。依據法律，任何人均不得根據您是否已簽署預先醫療指示，而拒絕為您提供護理服務或歧視您。

如果未遵從您的指示，該如何處理？

如果您已簽署醫療護理預立指示，且認為醫生或醫院未遵從其中的指示，您可向以下地址發起投訴：

New York Medicaid
Office of the Commissioner
Empire State Plaza Corning Tower
Albany, NY 11237
1-800-541-2831

第 1.6 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的決定

如果您有任何問題、疑慮、投訴以及需要申請承保或提出上訴，本文件第 9 章介紹了您可以採取的行動。無論您是要求承保範圍裁決、提出上訴或投訴 — 我們均需公平對待您。

第 1.7 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，該如何處理？

如果遭受歧視，請致電民權辦公室

如果認為因種族、殘障、宗教、性別、健康程度、族群、教條（信仰）、年齡、性向或民族起源問題而遭受不公平待遇或權利未獲尊重，應致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)，聯絡衛生與公眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。

是否屬於其他問題？

若認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，但並非遭受歧視，您可透過以下方式尋求幫助：

- 您可致電您的護理團隊。
- 您可致電 **SHIP**。有關詳細資訊，請查閱第 2 章第 3 節。
- 或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡紅藍卡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（TTY：1-877-486-2048）。

第 1.8 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊

您可透過多種途徑瞭解有關您權利的詳細資訊：

- 您可致電您的護理團隊。
- 您可致電 **SHIP**。有關詳細資訊，請查閱第 2 章第 3 節。
- 您可聯絡紅藍卡。
 - 您可以瀏覽紅藍卡網站閱讀或下載刊物「*Medicare Rights & Protections*」（紅藍卡權利與保障）。（刊物載於：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
 - 或者，可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。

第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任

以下是作為計劃會員所需執行的事項。如果您有任何疑問，請聯絡您的護理團隊。

- 熟悉您的承保服務及您獲得此類承保服務所必須遵守的規則。閱讀本承保範圍說明書，瞭解為您承保的服務，以及獲得承保的服務所需遵守的規則。

- 第 3 章和第 4 章詳細介紹您的醫療服務。
- 第 5 章和第 6 章詳細介紹了您的 D 部分處方藥承保。
- 如果除我們的計劃外，您還加入了其他健康保險或單獨的處方藥保險，您需將此情況告知我們。第 1 章介紹了關於協調這些福利的資訊。
- 將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他醫療服務提供者。獲取您的醫療護理或 D 部分處方藥時，務請出示您的計劃會員卡。
- 透過向您的醫生及其他提供者提供資訊、詢問問題和跟進您的護理情況，幫助其為您提供服務。
 - 為了協助獲得最佳護理，請向您的醫生及其他健康提供者告知您的健康問題。遵從您與醫生議定的治療方案及指示。
 - 確保您的醫生瞭解您所服用的藥品，包括非處方藥、維生素和補品。
 - 如果您有任何疑問，請務必提出問題並取得您能理解的答覆。
- 請體諒他人。我們希望所有會員均能尊重其他患者的權利。也希望您在行事時，遵循您醫生診室、醫院及其他辦公室的工作程序，保證其正常工作。
- 支付應付的費用。作為計劃會員，您承擔以下費用：
 - 您必須支付您的計劃保費。
 - 您必須繼續支付紅藍卡 B 部分保費才能保持計劃的會員身份。
 - 對於一些由計劃承保的醫療服務或藥物，您在獲取服務或藥物時必須支付應承擔的費用。
 - 如果您需要支付逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。
 - 如果您因您的年收入而須支付額外的 D 部分金額，您必須繼續直接向政府支付該筆額外的金額，才可維持本計劃的會員資格。
- 如果您搬入我們計劃的服務區域，您需通知我們您的搬遷情況，以便我們更新您的會員記錄及獲得您的聯絡資訊。
- 如果您搬離了我們計劃的服務區，則您無法繼續作為我們計劃的會員。
- 如果您搬遷，同請務必通知社會保障局（或鐵路職工退休委員會）。

第 9 章:
遇到問題時該如何處理或投訴
(承保範圍裁決、上訴、投訴)

第 1 節 簡介

第 1.1 節 遇到問題或疑慮該如何處理

本章列述了處理問題及疑慮的兩種程序：

- 就某些問題而言，您需採用**承保決定和上訴程序**。
- 就其他問題而言，您需採用**提出投訴的程序**（也稱為「申訴」）。

這兩種程序已獲紅藍卡核准。各流程都設有一套規定、程序和截止日期，我們雙方都必須遵守。

第 3 節內的指引有助於您確定應採用的正確程序及您應採取的行動。

第 1.2 節 關於法律術語

本章中所列的某些規則、程序及各類截止日期存在若干法律術語。許多術語對於大多數人而言較為陌生且難以理解。為了簡單起見，本章：

- 使用簡單的詞彙代替某些法律術語。例如，本章通常使用「提出投訴」而非「提出申訴」，使用「承保範圍裁決」而非「機構裁定」、「承保範圍裁定」和「風險裁定」，以及使用「獨立審核機構」而非「獨立審核實體」。
- 本章中也儘量減少了對縮寫詞的使用。

然而，瞭解正確法律術語可能對您有所協助，甚至是至關重要的。了解使用哪些術語將有助於您更準確地進行溝通，以取得適合您情況的適當幫助或資訊。為幫助您瞭解應使用的術語，我們在提供處理特殊情形的詳細資訊時會對法律術語加以闡述。

第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助

我們可隨時向您提供協助。即使您對您的治療提出投訴，我們也有義務尊重您的投訴權利。因此，您應始終聯絡客戶服務部門尋求幫助。但在某些情況下，您可能希望獲得某位與我們無關人士的幫助或指引。以下是可協助您的兩個組織。

State Health Insurance Assistance Program（州健康保險援助計劃）（SHIP）

每個州均設有一項政府計劃，並配備受過專業訓練的顧問。該計劃與我們的計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。該計劃的顧問可幫助您瞭解您在處理問題時應採取的程序。他們也能回覆您提出的問題、給予您更多資訊並提供有關處理方法的指引。

SHIP 顧問服務免費。電話號碼和網址列於本文件的第 2 章第 3 節。

紅藍卡

您亦可聯絡紅藍卡獲取幫助。要聯絡紅藍卡：

- 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 您也可瀏覽紅藍卡網站 (www.medicare.gov)。

第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？

如果對此存有疑問或疑慮，您只需閱讀本章中適用於您所處情形的部分。下述指引將對您有所幫助。

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

這包括有關醫療護理（醫療用品、服務和/或 B 部分處方藥）是否獲承保、承保的方式等問題，以及與醫療護理付款有關的問題。

是的。

請查閱本章的下一節，第 4 節「承保範圍裁決和上訴基準指引」。

否。

向前跳至本章末尾的第 10 節：「如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴？」。

承保範圍決定和上訴

第 4 節 承保範圍決定和上訴基準指引

第 4.1 節 要求承保範圍決定和提出上訴：重點

承保範圍裁決和上訴程序處理與您的福利及醫療護理（服務、用品和 B 部分處方藥，包括付款）承保範圍有關的問題。為方便起見，我們通常稱醫療用品、服務與紅藍卡 B 部分處方藥為**醫療護理**。您可利用承保範圍裁決和上訴程序處理諸如某項醫療護理是否獲承保以及承保方式等事宜。

在享受福利之前要求承保決定

承保決定是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務支付的金額所作出的裁決。例如，如果您的計劃的網絡內醫生將您轉介至網絡外的專科醫生，則該轉介被視作有利的承保範圍裁決，除非您的網絡內醫生可以證明您收到了該專科醫生的標準拒絕通知，或者**承保範圍說明書**明確規定，在任何情況下，提述的服務均不獲承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保某特定醫療服務或拒絕提供您認為所需的醫療護理時，您或您的醫生也可

聯絡我們，要求進行承保範圍裁決。換句話說，如需在獲得某項醫療護理之前瞭解我們對此是否承保，您可要求我們為您作出承保決定。在有限的情況下，承保範圍裁決的請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。何時將駁回請求的範例包括：如果請求不完整、有人代表您提出請求但並未合法授權該請求或您要求撤銷請求。如果我們駁回承保範圍裁決的請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核被駁回。

我們就為您承保的服務或藥物以及支付的費用作出承保範圍決定。在某些情況下，我們可能決定不承保某種醫療護理，或就您而言，紅藍卡不再承保這些服務。如果您不同意該項承保範圍裁決，可提出上訴。

提出上訴

如果我們作出一項承保範圍裁決，而您對此並不滿意，無論是在接受福利之前還是之後，您都可以就該裁決提出上訴。上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。在某些情況下，您可以對承保範圍裁決申請加急或**快速上訴**，我們將在後文討論這些情況。您的上訴不是由作出原始決定的審核員處理。

您首次對決定提出的上訴稱為第 1 級上訴。在此上訴中，我們將審核已作出的承保決定，以核查我們是否恰當遵循規則。我們完成審核後，將告訴您我們的決定。

在有限的情況下，第 1 級上訴請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。何時將駁回申請的範例包括：如果申請不完整、有人代表您提出申請但並未合法授權該申請或您要求撤銷申請。如果我們駁回第 1 級上訴請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

如果我們完全或部分拒絕您的第 1 級醫療護理上訴，您的上訴將自動移送至由與我們無關的獨立審核機構進行審核的第 2 級上訴。

- 您無需採取任何行動即可開始第 2 級上訴。紅藍卡規則要求，如果我們不完全認同您就醫療護理提出的第 1 級上訴，需自動將您的上訴移送至第 2 級。
- 有關針對醫療護理提出第 2 級上訴的更多資訊，請參閱本章**第 5.4 節**。
- 有關 D 部分上訴的更多資訊，請參見本章第 6 節。

如果仍不滿第 2 級上訴作出的裁決，還可繼續提出其他級別的上訴（本章第 9 節將介紹第 3、4 及 5 級上訴程序）。

第 4.2 節 欲要求承保範圍裁決或提出上訴時，該如何尋求幫助

以下是一些您在決定要求任何類別的承保決定或對決定提出上訴時可以使用的資源：

- 您可以致電您的護理團隊。
- 您可從州健康保險援助計劃處取得免費幫助。
- 您的醫生可代表您提出申請。如果您的醫生幫助提出第 2 級上訴之後的上訴，他們將需要獲委任為您的代表。請致電您的護理團隊，索取代表委任表格。（此表格也可在紅藍卡網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 上獲取）。
 - 您的醫生可代表您就醫療護理或 B 部分處方藥提出承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒絕，則該上訴將會自動轉交至第 2 級。
 - 對於 D 部份處方藥，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求承保決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫生可以提出第 2 級上訴。
- 您可要求某人士代表您行事。如果您願意，可指定任何其他人士作為您的代表代您要求承保範圍裁決或提出上訴。
 - 如果您想請朋友、親戚或其他人士擔任您的代理人，請致您的護理團隊索取代表委任表格。（此表格也可在紅藍卡網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 上獲取）。此表格可給予該人士許可，代您行事。表格必須經您和您希望代您行事的人士簽署。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
 - 雖然我們可在沒有表格的情況下接受上訴申請，但是我們在未收到表格之前無法完成審核。如果我們在對您的上訴做出決定的截止日期之前沒有收到該表格，您的上訴申請將被駁回。如果發生此情況，我們將向您發出書面通知，就您要求獨立審核機構對我們駁回您的上訴的決定進行審核的權利作出解釋。

- **您也有權聘請律師。** 您可聯絡您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些團體也會為您提供免費法律服務。但**您並非必須聘請律師**，方可要求任何類別的承保範圍裁決或針對決定上訴。

第 4.3 節 本章哪一節有關於您的情況的詳細資訊？

涉及承保決定和上訴的情況共有四種。由於每種情況的規則和截止日期各有不同，我們分別在不同章節詳述了不同情況：

- **本章第5節：** 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或提出上訴
- **本章第6節：** 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴
- **本章第7節：** 如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保
- **本章第8節：** 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務（*僅適用於下列服務：居家護理、專業護理機構護理和綜合門診康復機構 (CORF) 服務*）

如果您仍不確定應採用哪一節內容，請致電您的護理團隊。您也可向 SHIP 等政府機構尋求幫助或資訊。

第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或就承保範圍裁決提出上訴

第 5.1 節 本節描述了在對於獲取醫療護理保險存有疑問或希望我們償付就您的護理應承擔的費用時，您該如何處理

本節列述了您的醫療護理福利的相關資訊。本文件第 4 章對這些福利進行了描述：**醫療福利表（承保項目及自費項目）**。在某些情況下，申請 B 部分處方藥時適用的規則有所不同。出現這類情況時，我們將說明 B 部分處方藥適用的規則與醫療用品及服務適用的規則之間的差異。

本節描述了您處於以下任一種情況（共五種）時，該如何處理：

1. 您未獲得您想要的某種醫療護理，而您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍。**要求作出承保決定。第 5.2 節。**
2. 我們的計劃不核准您的醫生或其他醫療機構要向您提供的醫療服務，而您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍。**要求作出承保決定。第 5.2 節。**
3. 您已得到醫療護理，且您認為這些醫療護理屬於我們的計劃承保範圍，但我們卻表示將不支付此種護理費用。**提出上訴。第 5.3 節。**
4. 您已獲得您認為應由計劃承保的醫療護理，並已就此付款，且欲要求我們的計劃就該項護理向您報銷費用。**向我們寄送賬單。第 5.5 節。**
5. 您獲知您所接受的我們之前認可的某種醫療護理的承保範圍將縮小或停止，而您認為減少或停止此種護理會損害您的健康。**提出上訴。第 5.3 節。**

註：如果即將終止的保險屬於醫院護理、居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務保險，您需要閱讀本章的第 7 節和第 8 節。此類別的護理適用特殊規則。

第 5.2 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決

法律術語

如果承保範圍裁決涉及您的醫療護理，則稱為**機構裁決**。
快速承保範圍裁決稱為**加急裁定**。

第 1 步：決定您是否需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。

對於 B 部分藥物，標準承保範圍裁決通常在 14 個曆日或 72 小時內作出。
對於醫療服務，快速承保範圍裁決通常在 72 小時內作出，對於 B 部分藥

物，通常在 24 小時內作出。要獲得快速承保範圍裁決，您必須滿足兩項要求：

- 您只能申請承保醫療用品和/或服務（不能申請支付已獲得的用品和/或服務的費用）。
- 只有採用標準截止日期會嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力時，方可獲得快速承保範圍裁決。
- 如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保範圍裁決，我們即同意對您作出快速承保範圍裁決。
- 如果您自行要求快速承保決定（未獲得醫生支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保範圍裁決，我們將致函給您：
 - 告知我們將採用標準截止日期
 - 告知如果您的醫生要求快速承保決定，我們將自動為您提供快速承保決定。
 - 說明您可以針對我們為您做出標準承保決定而不是您申請的快速承保決定而提起快速投訴。

第 2 步：要求我們的計劃作出承保決定或快速承保決定。

- 首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。您、您的醫生或代表均可提出此請求。第 2 章有聯絡資訊。

第 3 步：我們將考慮您的醫療護理保險請求，並給予答覆。

對於標準承保決定，我們採用標準截止日期。

這意味著，我們將在收到您就醫療用品或服務提出的申請後 14 個曆日內作出答覆。如果您的申請是針對紅藍卡 B 部分處方藥，我們會在收到您的申請後 72 小時內給您答覆。

- **但是**，如果您的申請是針對醫療項目或服務，且獨立審查組織需要收集更多可能有利於您的資訊，**我們可延長至多 14 個日曆日**。如果我們需要額外的時間，我們會書面通知您。如果您就紅藍卡 B 部分處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。
- 如果您認為我們不應延長時間，可提出快速投訴。在我們作出決定後，我們會儘快給予投訴答覆。（投訴程序與承保範圍裁決和上訴程序有所不同。有關投訴的資訊，請參見本章第 10 節。）

對於快速承保決定，我們採用加急期限

快速承保決定是指我們將在 72 小時內答覆（如果您的請求是針對醫療項目或服務）。如果您針對紅藍卡 B 部分處方藥提出請求，我們將在 24 小時內答覆。

- **但是**，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，則**我們可再延長至多 14 天**。如果我們需要額外的時間，我們會書面通知您。如果您就紅藍卡 B 部分處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。
- 如果您認為我們不應延長時間，可提出快速投訴。（有關投訴的資訊，請參見本章第 10 節。）我們在作出裁決後會儘快通知您。
- 如果我們拒絕您的部份或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因。

第 4 步：如果我們拒絕您的醫療護理承保請求，您可提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過提出上訴要求我們重新考慮此決定。這意味著再次申請獲得您想要的醫療護理承保。如果您上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序。

第 5.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

法律術語

就醫療護理承保範圍裁決向計劃提出上訴稱為計劃**重新考慮**。
快速上訴亦稱為**加急重新考慮**。

第 1 步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

標準上訴的裁決通常在 30 日曆日內作出，對於 B 部分藥物，通常在 7 天內作出。快速上訴通常在 72 小時內提出。

- 如果您就我們對您尚未取得的護理保險作出的裁決提出上訴，您和/或您的醫生將需決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速上訴，我們將給予您快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 5.2 節中的快速承保範圍裁決的要求相同。

第 2 步：要求我們的計劃上訴或快速上訴。

- 如果您要求標準上訴，可以書面形式提出標準上訴。第 2 章中載有聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，可以書面形式或致電我們提出上訴。第 2 章有聯絡資訊。
- 您必須在我們寄送書面通知回覆您的承保決定的日期起 **65 個曆日內提出上訴申請**。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可給予您更多時間提出上訴。充分理由示例可能包括：您罹患使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴申請截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- 您可索取一份有關您醫療決定的資料。您和您的醫生可添加更多資訊支援您的上訴。對於複製和寄送此資訊，我們可向您收取費用。

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 本計劃審查您的上訴時，我們會仔細查閱所有資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。
- 必要時，我們將收集更多資訊，並可能會聯絡您或您的醫生。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在**收到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
 - 但是，如果您的申請是針對醫療項目或服務，且獨立審查組織需要收集更多可能有利於您的資訊，**我們可延長至多 14 個日曆日**。如果我們需要額外的時間，我們會書面通知您。如果您的申請是針對紅藍卡 B 部分處方藥，我們不能額外延長時間。
 - 如果我們在 72 小時內未給您答覆（或若在延長期結束時增加延長時間），我們需自動將您的申請提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審核。第 5.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們批准您的部份或全部請求，必須在收到您請求後的 72 小時內，批准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，我們將會向您發送書面裁決通知，並自動將您的上訴發送至獨立審核機構進行第 2 級上訴。獨立審核機構收到您的上訴後會以書面形式通知您。

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在接到您的上訴後 **30 個日曆日內**給您答覆。如果您就您尚未取得的紅藍卡 B 部分處方藥提出申請，我們將在收到您的上訴後的 **7 個日曆日內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出裁決。
 - 但是，如果您的申請是針對醫療項目或服務，且獨立審查組織需要收集更多可能有利於您的資訊，**我們可延長至多 14 個日曆日**。如果我們需要額外的時間，我們會書面通知您。如果您就紅藍卡 B 部分處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。

第 9 章：遇到問題或想投訴該如何（承保範圍裁決、上訴、投訴）

- 如果您認為我們不應延長時間，可提出快速投訴。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（有關投訴的資訊，請參見本章第 10 節。）
- 如果我們在截止日期內未給您答覆（或若在延長期結束時增加延長時間），我們會將您的請求提交至第 2 級上訴，由獨立審核機構進行審核。第 5.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們核准您的部分或全部申請，則必須在 30 個曆日內（對於您就醫療用品或服務提出的申請）或 7 個曆日內（對於您就紅藍卡 B 部分處方藥提出的申請）核准或提供承保。
- 如果我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴，我們將自動將您的上訴發送給獨立審核機構進行第 2 級上訴。

第 5.4 節 步驟說明：如果進行第 2 級上訴**法律術語**

獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。

獨立審查組織是紅藍卡聘請的一個獨立機構。該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構決定我們做出的決定是否正確或是否應更改該決定。紅藍卡監督其工作。

第 1 步：獨立審查組織審查您的上訴。

- 我們將向該機構傳送有關您的上訴的資料。該資訊稱為您的**個案檔案**。您有權向我們索取一份個案文件。對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，支援您的上訴。
- 獨立審查組織的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

如果您的第 1 級上訴為快速上訴，您的第 2 級上訴也將為快速上訴

- 對於快速上訴，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **72 小時內**給您答覆。

- 但對於您就醫療用品或服務提出申請，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 **14 個曆日**。如果您就紅藍卡 B 部分處方藥提出申請，獨立審核機構將不可延長作出裁決的時間。

如果您的第 1 級上訴為標準上訴，您的第 2 級上訴也將為標準上訴

- 對於您就醫療用品或服務提出的標準上訴，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **30 個曆日內** 給您答覆。如果您就紅藍卡 B 部分處方藥提出申請，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 天內** 給您答覆。
- 但對於您就醫療用品或服務提出申請，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 **14 個曆日**。如果您就紅藍卡 B 部分處方藥提出申請，獨立審核機構將不可延長作出裁決的時間。

第 2 步：獨立審核機構給您答覆。

獨立審核機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

- 對於您就醫療用品或服務提出的申請，如果審核機構批准您的部分或全部申請，我們必須在收到審核機構的決定後 **72 小時內** 批准醫療護理承保，或在我們收到審核機構的決定後 **14 個曆日內**（標準申請）或 **72 小時內**（加急請求）提供服務。
- 對於您就紅藍卡 B 部分處方藥提出的申請，如果審核機構批准您的部分或全部申請，我們必須在收到審核機構的決定後 **72 小時內**（標準申請）授權或提供 B 部分處方藥對於加急申請，自收到審核組織的決定之日起，我們有 **24 小時** 的時間。
- 如果該機構部分或完全拒絕您的上訴，表明他們同意我們的決定，即您的醫療護理保險的請求（或部分請求）應不予核准。（這稱為**維持裁決或駁回上訴**。）這種情況下，獨立審核機構會致函給您：
 - 說明其決定。
 - 如果醫療護理承保的貨幣價值達到某個最低金額，則通知您有權提出第 3 級上訴。您從獨立審核機構獲得的書面通知將說明繼續上訴程序必須達到的金額。
 - 告訴您如何提出第 3 級上訴。

第 3 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中，第2級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
- 第 3 級上訴由行政法官或代理審裁員處理。本章第 9 節將介紹第 3、4 和 5 級上訴程序。

第 5.5 節	如果要求我們就您已收到的醫療護理帳單向您支付我們應承擔的費用，該如何處理？
----------------	--

第 7 章介紹了您可能需要我們就某個提供者向您發出的賬單給予報銷或作出支付的一些情況。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們付款的書面材料。

要求報銷即要求我們作出承保範圍裁決

如果您向我們寄送要求報銷的書面材料，即為要求我們作出承保範圍裁決。為作出此承保範圍裁決，我們將核查您已付款的醫療護理是否為承保服務。我們也將核查您是否遵守所有使用醫療護理承保的規則。

- **如果我們核准您的請求：**如果有關醫療護理獲承保且您遵守所有規則，我們通常會在收到您的申請後 30 個日曆日內（但不遲於 60 個日曆日）向您支付我們分攤的費用。如果您未支付醫療護理費用，我們將直接向醫療服務提供者郵寄款項。
- **如果我們拒絕您的請求：**如果有關醫療護理未獲承保，或您未遵守所有規則，我們將不會寄出付款。相反，我們將向您發出一封函件，說明我們將不會就醫療護理作出支付並解釋原因。

如果您不同意我們駁回您的請求的裁決，**可提出上訴**。如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的承保範圍裁決。

如欲提出此項上訴，請遵循第 5.3 節所述的上訴程序。如上訴涉及報銷，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 60 個曆日內給您答覆。如果您要求我們償付您已接受並作出支付的醫療護理之費用，不允許要求快速上訴。
- 如果獨立審核機構認定我們應支付該等費用，我們必須在 30 個曆日內向您或醫療服務提供者寄出付款。如果第 2 級之後的任何一級上訴程序中批准了您的上訴，我們必須在 60 天內向您或提供者寄出您所請求的付款。

第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴

第 6.1 節 本節描述了在對於獲取 D 部分藥物存有疑問或希望我們償付 D 部分藥物時，您該如何處理

您的福利包括許多處方藥的承保。該藥必須用於醫療認可的指示才可承保。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參見第 5 章。）有關 D 部分藥物、規則、限制及費用的詳細資訊，請參閱第 5 章和第 6 章。**本節僅和您的 D 部分藥物有關。**為使文字通俗易懂，我們在本節下文中提述為藥物，而非每次贅述承保門診處方藥或 D 部分藥物。我們還使用藥物清單一詞，而非承保藥物清單或處方藥一覽表。

- 如果您不知道某種藥物是否獲承保或您是否遵守規則，您可以諮詢我們。某些藥物要求您在我們承保之前獲得我們的批准。
- 如果您的藥房告知您，您的處方無法按上方指示配藥，藥房將為您提供一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保範圍裁決。

D 部份承保範圍裁決與上訴

法律術語

關於您的 D 部份處方藥物的初始給付決定亦叫做給付裁定。

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的藥物支付的金額所作出的裁決。本節描述了您處於以下任一種情況時該如何處理：

- 要求承保不在計劃**承保藥物清單**上的 **D 部分藥物**。**要求例外處理**。第 **6.2 節**
- 要求豁免對於計劃藥物承保的限制（例如您可以獲得的藥物數量的限制、事先授權或先嘗試另一種藥物的要求）。**要求例外處理**。第 **6.2 節**
- 要求對於較高分攤費用等級的承保藥物支付較低的分攤費用金額。**要求例外處理**。第 **6.2 節**
- 要求獲得藥物預先核准。**要求作出承保決定**。第 **6.4 節**
- 支付您已購買的處方藥物。**要求我們向您作出償付**。第 **6.4 節**

如果您不同意該項承保範圍裁決，可提出上訴。

本節介紹如何要求承保範圍裁決，以及如何提出上訴。

第 6.2 節 什麼是「例外處理」？

法律術語

對藥物清單上未列出的某種藥物要求承保，有時也稱為要求**處方藥一覽表例外情況**。

要求去除某個藥物的承保限制有時也稱為要求**處方藥一覽表例外情況**。

要求為某個受承保的非首選藥物支付更低的費用有時也稱為要求**層級例外情況**。

如果某種藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以要求我們作出**例外處理**。這是一種承保範圍裁決的類型。

若想要我們考慮您的例外請求，您的醫生或其他處方醫生將需就為何您需要批准例外處理說明醫療理由。以下為您或您的醫生或其他處方醫生可以要求我們作出的例外處理範例：

1. **為您承保不在計劃藥物清單上的 D 部分藥物**。如果我們同意承保未包含在藥物清單上的藥物，您將需要支付適用於第 5 級藥物（非首選藥物）的分攤費用金額。您無法就該藥物您應支付的分攤費用金額請求例外處理。

2. **為承保藥物移除限制。**第 5 章描述了我們藥物清單中某些藥物適用的額外規則或限制。如果我們同意作出例外處理並為您豁免限制，您可以就該藥物您應支付的分攤費用金額申請例外處理。
3. **將藥物的承保範圍更改至較低的分攤費用等級。**我們藥物清單上的每種藥物皆屬於六種分攤費用等級的其中一種。通常，分攤費用的等級編號越低，您需要支付的藥物分攤費用就越少。
 - 如果我們的藥物清單中包含可用於治療您的病症，且分攤費用等級低於您的藥物的替代藥物，您可以要求我們按照適用於該替代藥物的分攤費用來承保您的藥物。
 - 如果您使用的藥物是生物製品，則您可以要求我們按照較低的分攤費用承保您的藥物。這將是包含用於治療您的病症的替代生物製品的最低等級。
 - 如果您使用的藥物是品牌藥，而且最低的分攤費用等級上有用於治療您的病症的替代品牌藥，則您可以要求我們按該等級的分攤費用來承保您的藥物。
 - 如果您使用的藥物是普通藥，而且最低的分攤費用等級上有用於治療您的病症的替代品牌藥或普通藥，則您可以要求我們按該等級的分攤費用來承保您的藥物。
 - 對於任何屬於第 5 級（特殊藥物）的藥物，您無法要求我們更改分攤費用等級。
 - 如果我們核准您的等級例外處理請求，並且您不可使用的替代藥物的較低分攤費用等級有多個，那麼您通常將支付最低的費用。

第 6.3 節 要求例外處理須知

您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫生必須提供我們一則就要求例外處理說明醫療理由的聲明。對於快速決定，當您要求例外處理時，請附上此則來自您醫生或其他處方醫生的醫療資訊。

通常，我們的藥物清單對於特定病症的治療皆包含了一種以上的藥物。這些不同的藥物稱為**替代藥物**。如果某種替代藥物和您所要求的藥物具有相同的效果，並且不會造成更多的副作用或其他健康上的問題，我們通常將不會批准您的例外處理要求。如果您向我們要求等級例外處理，我們一般不會批准您的例外申請，除非較低分攤費用等級的所有替代藥物均無法對您產生相同的效果，或可能造成負面反應或其他傷害。

我們可批准或拒絕您的請求

- 如果我們批准了您的例外處理要求，我們的批准通常至計劃年度結束前皆為有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，並且該藥物對於治療您的病症仍然安全與有效，上述有效期限即成立。
- 如果我們拒絕您的請求，您可透過提出上訴再次要求審核。

第 6.4 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）

法律術語

快速承保範圍裁決稱為**加急承保範圍裁定**。

第 1 步：決定您是否需要「標準承保決定」或「快速承保決定」。

我們會在收到您的醫生證明後 **72 小時**內作出**標準承保範圍裁決**。快速承保決定在收到您醫生的聲明後 **24 小時**內作出。

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出快速承保決定。要獲得快速承保範圍決定，您必須滿足兩項要求：

- 您必須就您尚未獲得的藥物提出要求。（您無法就償付已購買藥物的費用要求快速承保決定。）
- 採用標準截止日期會嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力。
- 如果您的醫生或其他處方醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保範圍裁決，我們即同意對您作出快速承保範圍裁決。

- 如果您自行要求快速承保決定（未獲取醫生或處方醫生的支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保決定。如果我們不核准快速承保範圍裁決，我們將致函給您：
 - 告知我們將採用標準截止日期
 - 告知如果您的醫生或其他處方醫生要求快速承保決定，我們將自動為您提供快速承保決定。
 - 告知您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準承保範圍裁決一事提出快速投訴。我們會在收到您的投訴後 24 小時內答覆。

第 2 步：請求標準承保範圍裁決或快速承保範圍裁決。

首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。我們的網站亦提供了承保範圍裁決程序。我們必須接受任何的書面申請，包括使用 *CMS 承保範圍裁決申請表範本*（可在我們的網站 vnshealthplans.org/total-rx-forms 獲取）提交的申請。第 2 章有聯絡資訊。為協助我們處理您的申請，請務必包括您的姓名、聯絡資訊及識別上訴被拒理賠的資訊。

您、您的醫生（或其他處方醫生）或代表均可提出此請求。您可要求某律師代表您行事。本章第 4 節介紹了如何向他人發出書面許可，讓其擔任您的代表。

- 如果您申請例外處理，請提供支持聲明，即說明申請例外處理的醫療理由。您的醫生或其他處方醫師可以傳真或郵寄該聲明給我們。或者，您的醫生或其他處方醫生可以透過電話告知我們，並隨後傳真或郵寄書面聲明（如果必需）。

第 3 步：我們將考慮您的要求，並給予答覆。

快速承保決定的截止日期

- 我們通常必須在收到您請求後的 **24 小時內** 給您答覆。
 - 對於例外處理，我們將在收到您醫生的支援聲明後 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。

- 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們批准您的部份或全部請求，必須在收到您的請求或醫生支持您的請求之聲明後的 24 小時內，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，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

有關您尚未接受之藥物的標準承保決定截止期限

- 我們通常必須在收到您請求後的 **72 小時內** 給您答覆。
 - 對於例外處理，我們將在收到您醫生的支援聲明後 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
 - 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的申請提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們批准您的部分或全部請求，必須在收到您的申請或醫生支持您的申請之聲明後的 **72 小時內**，提供我們已同意提供的承保。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

對於您已購買藥物付款的標準承保決定截止期限

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個曆日內** 給您答覆。
 - 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- 如果我們批准您的部份或全部請求，必須在收到您請求後的 14 天內，向您作出付款。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過提出上訴要求我們重新考慮此決定。這意味著再次要求獲得您想要的藥物承保。如果您提出上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序。

第 6.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

法律術語

向本計劃提出的有關 D 部分藥物承保決定的上訴也叫做計劃**重新確定**。
快速上訴也稱為**加急重新裁決**。

第 1 步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

標準上訴通常在 7 個日曆日內提出。快速上訴通常在 72 小時內提出。如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求快速上訴。

- 如果您就我們計劃對您尚未接受的藥物作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫生將需決定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 6.4 節中的快速承保決定的要求及程序相同。

第 2 步：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須聯絡我們並提出第 1 級上訴。如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須要求快速上訴。

- 對於標準上訴，請提交書面申請。。第 2 章有聯絡資訊。
- 若要進行快速上訴，請以書面形式提交上訴或致電 1-866-783-1444 (TTY: 711) 聯絡我們。第 2 章有聯絡資訊。
- 我們必須接受任何的書面申請，包括使用 *CMS 承保範圍裁決申請表範本*（可在我們的網站 vnshealthplans.org/total-rx-forms 獲取）提交的申請。請務必包括您的姓名、聯絡資訊以及有關您的理賠的資訊，以協助我們處理您的申請。

- 您必須在我們寄送書面通知回覆您的承保決定的日期起 **65 個日曆日內** 提出上訴申請。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可給予您更多時間提出上訴。充分理由示例可能包括：您罹患使您無法聯絡我們的重病或我們向您提供的有關上訴申請截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- 您可索取一份有關您上訴的資料，並添加更多資料。您和您的醫生可添加更多資訊支援您的上訴。對於複製和寄送此資訊，我們可向您收取費用。

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 我們審核您的上訴時，我們會謹慎考慮有關您的保險請求的全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫生以瞭解詳細資訊。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內** 給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
 - 如果我們未能在 72 天內給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。第 6.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
- 如果我們批准您的部份或全部請求，必須在收到您請求後的 72 小時內，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，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

有關您尚未獲取藥物的標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內** 給您答覆。如果您尚未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
 - 如果我們未能在 7 個日曆日內給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審查組織進行審查。第 6.6 節介紹了第 2 級上訴程序。

- 如果我們批准您的部分或全部申請，我們必須視您的健康狀況需要盡快提供承保，但不得遲於我們收到您的上訴後的 7 個日曆日。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何對我們的決定提出上訴。

對於您已購買藥物之付款的標準上訴截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 14 個曆日內給您答覆。
 - 如果我們未能遵守此截止日期，我們需自動將您的申請提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核組織進行審核。
- 如果我們批准您的部分或全部申請，必須在收到您申請後的 30 個曆日內向您付款。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及如何提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否繼續上訴程序，並提出另一個上訴。

- 如果您決定上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序。

第 6.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴

法律術語

獨立審核機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。

獨立審查組織是紅藍卡聘請的一個**獨立機構**。該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構決定我們做出的決定是否正確或是否應更改該決定。紅藍卡監督其工作。

第 1 步：您（或您的代表或醫生或其他處方醫生）必須聯絡獨立審核機構，要求審核您的個案。

- 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含如何向獨立審核組織**提出第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明可以提出此第 2 級上訴的人士、您須遵守的截止日期，以及如何聯絡審核機構。但是，如果我們未能在適用期限內完成審核，或者根據我們的藥物管理計劃對**風險**裁定作出了不利裁決，我們將自動將您的賠付轉發給 IRE。
- 我們將向該機構傳送有關您的上訴的資料。該資訊稱為您的**個案檔案**。您有權向我們索取一份個案文件。對於複製和寄送此材料，我們可向您收取費用。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，支援您的上訴。

第 2 步：獨立審查組織審查您的上訴。

獨立審查組織的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

快速上訴的截止日期

- 如果您的健康狀況需要快速回覆，您必須對獨立審核機構要求快速上訴。
- 若審核機構同意您的快速上訴，則審核機構必須在收到您的第 2 級上訴申請後 **72 小時內**給您答覆。

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，如果是您尚未取得的藥物，審查組織必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 個日曆日內**給您答覆。如果您請求我們償付您已購藥物的費用，審核機構必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**，就您的第 2 級上訴給您答覆。

第 3 步：獨立審核機構給您答覆。

對於快速上訴：

- 如果獨立審核機構核准您的部分或全部請求，我們必須在收到審核機構的裁決後 **24 小時內**提供由該審核機構核准的藥物承保。

對於標準上訴

- 如果獨立審核機構批准您的部分或全部承保申請，我們必須在收到審核機構的裁決後 **72 小時內**提供由該審核機構核准的藥物承保。
- 如果獨立審核機構核准部分或全部償付您已購買之藥物的申請，我們需要在收到審核機構裁決後 **30 個曆日內**向您付款。

如果審核機構拒絕您的上訴會如何？

如果該機構拒絕您的部分或全部上訴，則表明他們同意我們計劃的裁決，即不批准您的請求（或部分請求）。（這稱為**維持裁決**。也稱為**駁回上訴**。）這種情況下，獨立審核機構會致函給您：

- 說明其決定。
- 如果請求的藥物承保的貨幣價值達到某個最低金額，則通知您有權提出第 3 級上訴。如果您請求的藥物保險的價值過低，您不能再次提出上訴，且第 2 級的決定即為最終決定。
- 告知您該貨幣價值必須具有爭議方可繼續上訴程序。

第 4 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。
- 如果您希望繼續第 3 級上訴，有關如何提出上訴的詳細資訊，請查閱第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或代理審裁員處理。本章第 9 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 7 節 如果您認為醫生過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保

您入院時，有權獲得診斷及治療傷病需要的所有承保醫院服務。

您的承保住院期間，您的醫生及醫務人員將與您一同商討您的出院日期。他們會幫助安排您出院後需要的護理。

- 離開醫院的日期稱為**出院日期**。
- 您的出院日期決定後，您的醫生或醫務人員將告知您。
- 如果您認為他們過快讓您出院，可要求延長住院時間，您的申請將獲考慮。

第 7.1 節 您住院期間，將收到紅藍卡發出的書面通知，告知您的權利

您在入院後的兩個日曆日內，會收到一份名「關於您所享權利的紅藍卡重要資訊 (An Important Message from Medicare About Your Rights)」的書面通知。紅藍卡的每位會員均會收到一份該通知。如果您在醫院未收到通知（例如個案工作人員或護士），請向醫院員工索取。如需幫助，請致電您的護理團隊或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（TTY：1-877-486-2048）。

1. 請仔細閱讀此通知，如不理解，請詢問。其中介紹了以下內容：
 - 您有權在住院期間及出院後，按醫生指示接受紅藍卡承保服務。這包括瞭解服務內容、付款方及獲取服務的地點。
 - 您有權參與任何有關您住院的決定。
 - 向何處報告您對醫院護理品質存有的任何疑慮。
 - 您有權在認為醫院過快讓您出院時**申請立即審核**讓您出院的裁決。這是要求延遲出院日期以便延長醫院護理承保的正式、合法途徑。
2. 您必須簽署該書面通知，以表示您已收到並瞭解您的權利。
 - 將要求您或代表您行事的人士簽署該通知。
 - 簽署通知**僅**表示您已獲得有關您權利的資訊。通知並不會指定您的出院日期。簽署通知**不代表**您同意某出院日期。

3. 請保留通知副本，以便在需要時隨時瞭解有關提出上訴（或報告對護理品質的疑慮）的資訊。
 - 如果您在出院日期前兩個日曆日以上時間簽署通知，將在計劃出院前再收到一份副本。
 - 如要提前查閱該通知的副本，您可致電您的護理團隊或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您還可以在網上查閱該通知，網址：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 7.2 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，以變更您的出院日期

如果您希望我們延長對住院服務的承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止日期。

- 遵循程序。
- 遵守截止日期。
- 需要時請尋求協助。如果您在任何時候有任何問題或需要協助，請致電您的護理團隊。或是，您也可致電 State Health Insurance Assistance Program（州健康保險援助計劃），該計劃是一個提供個性化援助的政府組織。

第 1 級上訴期間，質量改進組織審查您的上訴。該機構將核實從醫療角度而言，您的計劃出院日期是否適當。

品質改進機構是一個由醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體，由聯邦政府出資營運，旨在監察並幫助改進紅藍卡受保人獲得的護理的品質。這包括審核紅藍卡受保人的出院日期。這些專家並不屬於我們的計劃。

第 1 步：聯絡您所在州的質量改進組織，並請求立即審查您的出院情況。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知裡（關於您所享權利的紅藍卡重要資訊）有該機構的聯絡方式。或者，在第 2 章中查閱您所在州的質量改進組織的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

- 如要提出上訴，您必須在出院前聯絡品質改進機構，且不得遲於出院當日的午夜。
 - 如果您遵守此截止期限，可在等待品質改進機構作出裁決時，在出院日期後繼續住院，而無需付費。
 - 如果您未能遵守此截止日期，請聯絡我們。如果您決定在計劃出院日期後繼續住院，您可能須支付計劃出院日期後的所有醫院護理費用。

您要求立即審查您的出院事宜後，質量改進組織將聯絡我們。在與我們聯絡後次日中午前，我們會給您一份詳細出院通知。本通知提供您的計劃的出院日期並詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您於該日期出院沒問題（醫療上適當）的原因。

您可致電您的護理團隊或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取詳細出院通知範本，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。（TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。）或者您可以在線上查閱通知範本，網址：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

- 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
- 審核員也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核醫院及我們向其提供的資訊。

- 審核員通知我們關於您的上訴的次日中午，您會收到我們提供計劃的出院日期的書面通知。本通知也詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您於該日期出院沒問題（醫療上適當）的原因。

第 3 步：品質改進機構會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，對您的上訴給予答覆。

如果批准會如何？

- 如果審核機構*批准*，我們必須繼續提供您的承保住院服務，時間視醫療必需性而定。
- 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付額或共付額，如適用）。此外，您的承保醫院服務可能受到限制。

如果拒絕會如何？

- 如果審核機構拒絕，即表示從醫療角度看，您的計劃出院日期屬適當。如果情況如此，我們對您住院服務的承保將在品質改進機構對您的上訴給予答覆後次日中午結束。
- 如果審核機構拒絕您的上訴且您決定住院，則對於品質改進機構給予答覆後次日中午以後的醫院護理，您可能須支付全部費用。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果品質改進機構*拒絕*您的上訴，並且您在計劃出院日期後繼續住院，可再次提出上訴。再次提出上訴指進入上訴程序的**第 2 級**。

第7.3節	步驟說明：如何提出第 2 級上訴變更出院日期
--------------	-------------------------------

第 2 級上訴期間，您要求質量改進組織再次審查他們對您第一次上訴的決定。如果質量改進組織駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付計劃的出院日期後的全部住院費用。

第 1 步：再次聯絡質量改進組織，要求再次審查。

- 您必須在品質改進機構拒絕您的第 1 級上訴後 **60 個曆日內**要求進行此審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續住院的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱上訴的所有相關資訊。

第 3 步：審核員將在收到您第 2 級上訴申請的 14 個曆日內就您的上訴作出決定，並通知您相關決定。

如果審核機構批准：

- 對於您自第一次上訴遭品質改進機構駁回後次日中午起獲得的醫院護理，我們必須報銷應承擔的費用。我們必須繼續提供住院護理保險，時間視醫療必需性而定。
- 您必須繼續支付應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕：

- 即表明同意他們對您的第 1 級上訴作出的決定。這稱為維持裁決。
- 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否繼續第 3 級上訴。

- 上訴程序中，第 2 級後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果您希望進行第 3 級上訴，有關如何提出上訴的詳細資訊，請查閱第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或代理審裁員處理。本章第 9 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 8 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

第 8.1 節 本節僅涉及三項服務： 居家護理、專業護理機構護理和綜合門診康復機構(CORF)服務

如果您正在接受家庭健康護理服務、專業護理服務、或康復護理（綜合門診康復機構），只要診斷及治療傷病需要此護理，您就有權繼續獲得此類護理的承保的服務。

如果我們決定是時候該終止對您承保任何一種護理（共三種），我們需提前通知您。您的護理保險終止時，我們將終止為您的護理分攤費用。

如果您認為我們過快終止您的護理保險，可對我們的決定提出上訴。本節將介紹如何要求上訴。

第 8.2 節 您的保險即將終止時，我們將提前通知您

法律術語

紅藍卡不承保通知。該通知告知您如何申請快速通道上訴。請求快速通道上訴是要求我們改變對何時終止護理作出的承保範圍裁決的正式、合法途徑。

1. 您將至少在我們計劃即將終止您的護理承保的兩個日曆日前收到書面通知。該通知將告知您：
 - 我們將終止為您承保護理的日期。
 - 如何申請快速通道上訴以要求我們繼續為您延長護理承保。

2. 您或代您行事的人士將需要簽署該書面通知，以表示您收到了通知。簽署通知僅表示您已獲得有關您的保險何時終止的資訊。簽署並不表示您同意計劃終止護理的決定。

第 8.3 節 步驟說明：如何針對延長護理承保時間而提出第 1 級上訴

如果您希望我們延長護理承保，您需採用上訴程序提出請求。提出前，請先瞭解必要事項及截止日期。

- 遵循程序。
- 遵守截止日期。
- 需要時請尋求協助。如果您在任何時候有任何問題或需要協助，請致電您的護理團隊。或是，您也可致電 State Health Insurance Assistance Program（州健康保險援助計劃），該計劃是一個提供個性化援助的政府組織。

第 1 級上訴期間，質量改進組織審查您的上訴。該機構決定您的護理終止日期從醫療角度上看是否屬適當。

品質改進機構是一個由醫生及其他醫療保健專家組成的團體，由聯邦政府出資營運，旨在監察並幫助改進紅藍卡受保人獲得的護理的品質。這包括審查計劃對何時終止承保某些種類的醫療護理作出的決定。這些專家並不屬於我們的計劃。

第 1 步：提出第 1 級上訴：聯絡品質改進機構並提出快速上訴。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知（紅藍卡不承保通知）裡有該機構的聯絡方式。或者，在第 2 章中查閱您所在州的質量改進組織的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

- 您必須聯絡質量改進機構開始上訴，時間不得晚於紅藍卡不承保通知上所述生效日期的前一天中午。
- 如果您錯過了截止日期並希望提出上訴，您仍然擁有上訴權。請聯絡您的品質改進機構。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

法律術語

不承保詳細說明。提供終止承保詳細原因的通知。

審核有哪些流程？

- 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您（或您的代表）認為應延長服務承保的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
- 審核機構也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核我們的計劃向其提供的資訊。
- 審核員通知我們有關您的上訴結果的當日結束時，您也會收到我們發出的詳細不承保說明，詳細說明終止您的服務承保的原因。

第 3 步：審核員會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，告知您他們的決定。

如果審核員批准會如何？

- 如果審核員批准您的上訴，我們必須繼續提供您的承保服務，時間視醫療必需性而定。
- 您必須繼續支付應承擔的費用（如自付額或共付額，如適用）。您的承保的服務可能受到限制。

如果審核員拒絕會如何？

- 如果審核員拒絕，您的承保將於我們通知的日期終止。
- 如果您決定在保險終止之日後繼續接受居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構(CORF)服務，則須自行承擔全部護理費用。

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果審核員拒絕您的第 1 級上訴，且您選擇在護理承保終止後繼續接受護理，則可提出第 2 級上訴。

第 8.4 節 步驟說明：如何針對延長護理承保時間而提出第 2 級上訴

第 2 級上訴期間，您要求質量改進組織再次審查對您第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付我們提出承保終止之日後的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的全部費用。

第 1 步：再次聯絡質量改進組織，要求再次審查。

- 您必須在品質改進機構拒絕您的第 1 級上訴後 **60 個日曆日**內要求進行此審核。只有在您於護理保險終止之日後繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱上訴的所有相關資訊。

第 3 步：審核員將在收到您上訴請求的 **14 個日曆日**內就您的上訴作出裁決，並通知您。

如果審查組織的決定是同意，會發生什麼？

- 我們必須對您自我們提出承保終止之日起所接受的護理，**報銷我們應承擔的費用**。我們必須繼續提供護理承保，只要該護理具有醫療必需性。
- 您必須繼續支付您應承擔的費用，且會受到承保限制。

如果審核機構拒絕會如何？

- 即表明同意他們對您的第 1 級上訴作出的決定。
- 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，該上訴由行政法官或律師審裁員處理。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否希望再次提出上訴。

- 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果您希望繼續第 3 級上訴，有關如何提出上訴的詳細資訊，請查閱第 2 級上訴決定後收到的書面通知。
- 第 3 級上訴由行政法官或代理審裁員處理。本章第 9 節將介紹上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 9 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上

第 9.1 節 醫療服務申請的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的事項或醫療服務價值達至某最低水準，則可繼續提出其他級別的上訴。如果價值低於最低水準，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴回覆函件將說明如何提出第 3 級上訴。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

第 3 級上訴 為聯邦政府效力的行政法官或審裁員將審核您的上訴並給予答覆。

- 如果行政法官或律師審裁員駁回您的上訴，則上訴流程 *可能會或可能不會* 結束。與第 2 級上訴的裁決不同，我們有權對您勝訴的第 3 級上訴裁決提出上訴。如果我們決定上訴，則將繼續第 4 級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，則必須在接到行政法官或審裁員的決定後 60 個曆日內為您核准或提供醫療護理。
 - 如果我們決定對裁決提出上訴，將向您發出第 4 級上訴請求及任何隨附文件的副本。我們可等待接到第 4 級上訴裁決後，再核准或提供存在爭議的醫療護理。

- 如果行政法官或律師審裁員駁回您的上訴，則上訴流程 **可能會或可能不會結束**。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
 - 如果您不願接受決定，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知將說明如何提出第 4 級上訴。

第 4 級上訴 紅藍卡上訴委員會（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。
該委員會是聯邦政府的一部分。

- 如果獲取批准，或委員會拒絕我們要求審核您勝訴的第 3 級上訴決定的請求，上訴程序 **可能會或可能不會結束**。與第 2 級上訴的裁決不同，我們有權對您勝訴的第 4 級上訴裁決提出上訴。我們將決定是否對此裁決提出第 5 級上訴。
 - 如果我們決定不對裁決提出上訴，則必須在接到委員會的決定後 60 曆日內為您核准或提供醫療護理。
 - 如果我們決定對裁決提出上訴，我們將以書面形式通知您。
- 如果遭到拒絕或上訴委員會拒絕審核請求，上訴程序 **可能會也可能不會結束**。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
 - 如果您不願接受決定，則您可能能夠繼續下一級審查程序。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續第 5 級上訴以及如何繼續提出第 5 級上訴。

第 5 級上訴 一位聯邦地區法院的法官將審核您的上訴。

- 法官會審核所有資訊，並就 *批准* 還是 *拒絕* 您的請求作出裁決。這是最終決定。聯邦地區法院之後就沒有更高的上訴級別了。

第 9.2 節 D 部分藥物申請的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

如果您上訴的藥物價值達至一定的金額，則可繼續提出其他級別的上訴。如果金額低於此金額，則不能進一步上訴。您收到的第 2 級上訴書面回覆將提供聯絡人及如何要求第 3 級上訴方面的資訊。

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

第 3 級上訴 為聯邦政府效力的行政法官或審裁員將審核您的上訴並給予答覆。

- 如果批准，則上訴程序結束。我們必須在收到該裁定後的 **72 小時內**（加急上訴為 **24 小時**）授權或提供行政法官或律師審裁員所核准的藥物承保，或不晚於 **30 個日曆日** 進行付款。
- 如果遭到拒絕，上訴程序 *可能或可能不會* 結束。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
 - 如果您不願接受決定，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知將說明如何提出第 4 級上訴。

第 4 級上訴 紅藍卡上訴委員會（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。該委員會是聯邦政府的一部分。

- 如果批准，則上訴程序結束。我們必須在收到該裁定後的 **72 小時內**（加急上訴為 **24 小時**）授權或提供委員會所核准的藥物承保，或不晚於 **30 個日曆日** 進行付款。
- 如果遭到拒絕，上訴程序 *可能或可能不會* 結束。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的決定，上訴程序則告結束。
 - 如果您不願接受決定，則您可能能夠繼續下一級審查程序。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴審核請求，通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級。其中也會提供聯絡人及如選擇繼續上訴該如何處理的資訊。

第 5 級上訴 一位聯邦地區法院的法官將審核您的上訴。

- 法官會審核所有資訊，並就批准還是拒絕您的請求作出裁決。這是最終決定。聯邦地區法院之後就沒有更高的上訴級別了。

提出投訴

第 10 節 如何就護理品質、等待時間、顧客服務或其他事宜提出投訴

第 10.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

投訴程序僅適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及客戶服務相關問題。以下為投訴程序所處理的各種問題示例。

投訴	示例
您的醫療護理品質	<ul style="list-style-type: none">• 您是否對所獲醫療護理品質（包括住院護理服務）感到不滿意？
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none">• 是否有人未尊重您的隱私或共用了保密資訊？
未受到尊重、顧客服務不佳或其他不良行為	<ul style="list-style-type: none">• 是否有人對您無禮或不尊重？• 您是否對您的護理團隊不滿意？• 您是否覺得自己被迫退出計劃？
等待時間	<ul style="list-style-type: none">• 經常很難約到醫生或等很久才能約到？• 我們的醫生、藥劑師或其他醫療專業人員曾經讓您等太久？或者您的照護團隊或其他工作人員曾讓您等太久？<ul style="list-style-type: none">○ 例如電話中、候診室或檢查室或在取得處方時等候太久。
清潔度	<ul style="list-style-type: none">• 您是否對某所診所、醫院或醫生辦公室的清潔度或條件感到不滿？

投訴	示例
我們為您提供的資訊	<ul style="list-style-type: none">• 我們是否未能向您發出要求的通知？• 我們的書面資訊難以理解嗎？
時限 (這類投訴都與我們是否及時作出承保範圍裁決及處理上訴有關)	<p>如果您已要求我們作出承保範圍裁決或已提出上訴，同時，您認為我們未迅速回應您的要求，您也可就我們的緩慢行動提出投訴。示例如下：</p> <ul style="list-style-type: none">• 您已經要求我們進行快速承保範圍裁決或快速上訴，而我們對您說無法做到時，您可提出投訴。• 您認為我們未遵守承保決定或上訴的截止日期；您可提出投訴。• 您認為我們未遵守承保或報銷您已核准的某些醫療項目或服務或藥物的截止日期；您可提出投訴。• 您認為我們未能遵守將您的個案轉交獨立審查組織的要求截止日期；您可提出投訴。

第 10.2 節 如何提出投訴

法律術語

- 投訴也稱為申訴。
- 提出投訴也稱為提出申訴。
- 採用投訴程序也稱為採用提出申訴的程序。
- 快速投訴也稱為加急申訴。

第 10.3 節 步驟說明：提出投訴

第 1 步：請立即致電或寫信聯絡我們。

- 通常，致電您的護理團隊是第一步。如需採取任何其他行動，您的護理團隊將會告知您。
- 如果不願致電（或已致電，但並不滿意），可書面列明投訴事項後寄送給我們。若您寄送書面投訴，我們也相應以書面回覆。
- 所有投訴均由 VNS Health 富康醫療 EasyCare 進行調查，以便瞭解和修正您確定的問題。
 - 在需要時我們必須根據您的健康狀況儘快將我們的決定通知給您，但不遲於收到投訴後的 30 天。
 - 如果您因我們拒絕您快速承保決定或快速上訴的請求而提出投訴，我們將自動將其定為快速投訴。如果提出快速投訴，即表示我們會在 24 小時內給予答覆。
 - 如果您要求延期，或我們需要更多額外資訊並且延期對您有利，我們可能會延長最多 14 個曆日。如果我們必須延長此截止日期，我們將以書面形式通知您。不論是致電還是寫信，您都應立即聯絡您的護理團隊。
- 提出投訴的截止日期為從您出現想要投訴的問題之日起 60 個曆日內。

第 2 步：我們將調查您的投訴並給予答覆。

- 如有可能，我們將立即答覆您。如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。
- 大多數投訴在 30 個曆日內答覆。如果我們需要更多資訊，且出於您的最佳利益考慮或您要求延長時間，我們可延遲 14 天（共 44 天）答覆您的投訴。如果我們決定延長時間，將書面通知您。
- 如果您因我們拒絕您快速承保決定或快速上訴的請求而提出投訴，我們將自動將其定為快速投訴。如果提出快速投訴，即表示我們會在 24 小時內給予答覆。
- 如果我們不認同您的部分或全部投訴，或不負責您所投訴的問題，則會在給您的回覆中闡明原因。

第 10.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴

當您對護理品質提出投訴時，也有兩種選擇：

- 您可向品質改進機構直接提出投訴。品質改進機構是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團體，以核查和改進提供給紅藍卡患者的護理。第 2 章有聯絡資訊。

或

- 您可以同時向質量改進組織和我們提出投訴。

第 10.5 節 您可將您的投訴告訴紅藍卡

您可直接向紅藍卡提交有關 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的投訴。若要向紅藍卡提交投訴，請瀏覽 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 10 章: 終止計劃會員資格

第 1 節 終止計劃會員資格簡介

終止 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的會員資格可為**自願性**（您自己的選擇）或**非自願性**（並非您自己的選擇）：

- 您可**依願**退出我們的計劃。第 2 節和第 3 節將提供有關自願終止會員資格的資訊。
- 我們需終止您的會員資格的情況較少。第 5 節將介紹我們必須終止您會員資格的情況。

如要退出我們的計劃，我們的計劃必須繼續提供您的醫療護理和處方藥，並且您將繼續支付您的費用分攤，直到會員資格終止。

第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？

<h3>第 2.1 節 您可在年度參保期期間終止您的會員資格</h3>

您可在**年度參保期**（也稱為**年度開放參保期**）終止您在我們計劃中的會員資格。在此期間，審查您的健康和藥物承保，並決定來年的承保。

- 年度參保期為 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
- 選擇來年繼續當前的承保或變更承保。如果您決定更改為新計劃，可選擇以下任何類型的計劃：
 - 另一項附帶或不附帶處方藥承保的紅藍卡健保計劃，
 - 附帶單獨紅藍卡處方藥計劃的 **Original Medicare**，
 - – 或 – 不附帶單獨紅藍卡處方藥計劃的 **Original Medicare**。
 - 如果您選擇此選項，紅藍卡可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

註：如果您退出紅藍卡處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入紅藍卡藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。

- 當新計劃的保險在 1 月 1 日開始時，您擁有的我們計劃的會員資格將終止。

第 2.2 節 您可在 Medicare Advantage 計劃開放參保期終止會員資格

您有機會在 **Medicare Advantage 開放參保期**針對您的健康保險作出一項變更。

- **年度 Medicare Advantage 開放參保期** 為 1 月 1 日至 3 月 31 日，並且對於加入 MA 計劃的新 Medicare 受益人，是從享有 A 部分和 B 部分權利的月份到享有權利的第 3 個月的最後一天。
- 在 **Medicare Advantage 年度開放參保期**，您可以：
 - 切換至有或沒有處方藥承保的另一項 Medicare Advantage 計劃。
 - 退出我們的計劃，並透過 Original Medicare 獲得保險。如果您選擇在此期間轉至 Original Medicare，屆時您還可加入另一項紅藍卡處方藥計劃。
- **您的會員資格將在您參保其他 Medicare Advantage 計劃或我們收到您轉至 Original Medicare 的請求後的下個月第一天終止。**如果您也選擇參保紅藍卡處方藥計劃，您的藥物計劃會員資格將在藥物計劃收到您的參保請求後下個月第一天開始。

第 2.3 節 在某些情況下，您可在特殊參保期期間終止您的會員資格

在某些情況下，VNS Health 富康醫療 EasyCare 會員可能有權在年內的其他時間終止其會員資格。這稱為**特殊參保期**。

如果您符合以下任意一種情況，您可能有資格在**特殊參保期**終止您的會員資格。以下僅為範例，如需完整清單，請聯絡計劃、致電紅藍卡聯邦醫療保險或瀏覽其網站 (www.medicare.gov)：

- 一般情況下，當您遷移至其他地區時。
- 如果您有Medicaid
- 如果您有資格獲得支付Medicare處方藥的「額外補助」
- 我們違反了與您簽訂的合約
- 您居住在療養院或長期護理(LTC)醫院等機構接受護理
- 如果您參與 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)

- **註：**如果您已參加藥物管理計劃，您可能無法更改計劃。第 5 章第 10 節詳細介紹了藥物管理計劃。

參保期因您的狀況而有所不同。

如要查詢您是否符合特殊參保期的條件，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡紅藍卡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。如果您因特殊情況可終止會員資格，您可選擇同時更改紅藍卡健康保險及處方藥保險。您可選擇：

- 另一項附帶或不附帶處方藥保險的紅藍卡健保計劃。
- 附帶單獨紅藍卡處方藥計劃的 Original Medicare，
- 一 或 一不附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

註：如果您退出紅藍卡處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入紅藍卡藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。

您的會員資格通常將在我們收到您變更計劃的請求後下個月第一天終止。

如果您接受紅藍卡的處方藥「額外補助」：如果您轉至 Original Medicare 且未參加單獨的紅藍卡處方藥計劃，則紅藍卡可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

第 2.4 節 如何獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊？

如果您對終止會員資格存有任何問題，您可以：

- 致電您的護理團隊。
- 在「*2025 年 Medicare 與您*」手冊中查閱資訊。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡紅藍卡，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天 (TTY 1-877-486-2048)。

第 3 節 如何終止計劃會員資格？

下表將介紹如何終止計劃會員資格。

如果您希望從我們的計劃轉至：	您應該：
<ul style="list-style-type: none">• 另一項紅藍卡健保計劃。	<ul style="list-style-type: none">• 參加新的Medicare保健計劃。• 您的新計劃保險開始時，您將自動從 VNS Health 富康醫療 EasyCare 退保。
<ul style="list-style-type: none">• 附帶單獨紅藍卡處方藥計劃的 Original Medicare。	<ul style="list-style-type: none">• 參加新的Medicare處方藥計劃。• 您的新計劃保險開始時，您將自動從 VNS Health 富康醫療 EasyCare 退保。
<ul style="list-style-type: none">• 不附帶單獨紅藍卡處方藥計劃的 Original Medicare。	<ul style="list-style-type: none">• 向我們發送退保的書面申請。如需瞭解具體如何退保，請聯絡您的護理團隊。• 您也可隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡紅藍卡要求退保。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。• 您的 Original Medicare 承保開始時，您將退出 VNS Health 富康醫療 EasyCare。

第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品、服務和藥物

在您的會員資格終止及您的新紅藍卡保險開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲取醫療服務、用品和處方藥。

- 繼續使用我們的網絡提供者接受醫療護理。
- 繼續使用我們的網絡內藥房或郵購來配取處方藥。
- 如果您在會員資格終止之日住院，我們的計劃會為您提供承保，直至您出院（即便您在新健康保險開始後出院）。

第 5 節 在特定情況下，VNS Health 富康醫療 EasyCare 必須終止您的計劃會員資格

第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？

如發生以下任何情況，VNS Health 富康醫療 EasyCare 必須終止您的計劃會員資格：

- 您不再擁有紅藍卡 A 部分和 B 部分。
- 您搬離我們的服務區域。
- 您離開我們的服務區域超過六個月。
 - 如果您搬離或進行長途旅行，請致電您的護理團隊，以便確定搬離或旅行目的地是否在我們的計劃區域內。
- 您被捕入獄。
- 您不再是美國公民或在美國非法居留。
- 您在關於擁有其他處方藥保險方面上說謊或是隱瞞。
- 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。（除非事先獲得Medicare許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
- 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃其他會員提供醫療護理。（除非事先獲得Medicare許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
- 您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。（除非事先獲得Medicare許可，否則我們不能讓您退出計劃。）
 - 如果我們因此終止您的會員資格，紅藍卡可能會讓監察長調查您的個案。
- 如果您因您的收入而須支付額外的 D 部分金額，但您並未支付該金額，則紅藍卡會將您自我們的計劃退保，且您將失去處方藥承保。

如何獲得詳細資訊？

如果您存有任何疑問或希望詳細瞭解我們何時可終止您的會員資格，請致電聯絡您的照護團隊。

第 5.2 節 我們不能因任何與您的健康有關的原因要求您退出計劃

VNS Health 富康醫療 EasyCare 不能因任何與健康相關的原因要求您退出計劃。

如果發生此情況，該如何？

如果您認為您因健康相關原因而被要求退出我們的計劃，請致電紅藍卡，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。(TTY 1-877-486-2048)。

第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員資格，必須書面告知您終止會員資格的原因。我們也必須說明如何對我們終止您會員資格的決定提交申訴或提出投訴。

第 11 章: 法律通知

第 1 節 有關管轄法律的通知

適用於本承保範圍說明書文件的主要法律是《社會保障法案》第十八條以及 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 根據《社會保障法案》制定的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，且在特定情況下，也可能包括您所居住州的法律。即便相關法律並未納入本文件或未在本文件中說明，這也會影響您的權利和責任。

第 2 節 有關非歧視的通知

我們不會因種族、族群、民族起源、膚色、宗教、性別、性別認同、年齡、性取向、精神或身體殘疾、健康狀況、理賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或服務區內的地理位置而歧視任何人。所有提供 Medicare Advantage 計劃的機構，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》、《美國殘疾人法》、《平價醫療法案》第 1557 條、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。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑問，請致電 1-800-368-1019（TTY 使用者致電 1-800-537-7697），聯絡衛生與大眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。您也可瀏覽 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>，查閱美國衛生與公眾服務部民權辦公室發佈的資訊。

如果您是殘障人士，需要護理說明，請致電您的護理團隊。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡您的護理團隊。

非歧視聲明

VNS Health 富康醫療健保計劃遵守聯邦民權法。我們不會基於種族、宗教信仰、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性取向、性別認同或性別表現排除任何人或以不同的方式對待任何人。

我們的健保計劃提供以下服務：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們交流，例如：
 - 合格手語翻譯
 - 用其他格式（大印刷體、音頻、無障礙電子格式、其他格式）提供的書面資訊
- 向母語不是英語的人提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 用其他語言編寫的資訊

如果您需要接受此類服務，請電洽 **1-866-783-1444**，如需接受 **TTY** 服務，請撥打 **711** 號碼。

若您認為我們未能為您提供這些服務或因種族、宗教、膚色、原籍國、年齡、殘障、性別、性取向、性別認同或性別表達而對您區別對待，您可以透過下列方式向我們提出申訴：

郵寄： VNS Health
Health Plan Compliance
220 East 42nd Street, New York, NY 10017

電話： 1-888-634-1558 (TTY: 711)

親自來訪： 撥打上面的電話號碼以安排預約。

傳真： 646-459-7729

電子郵件： CivilRightsCoordinator@vnshealth.org

網站： www.vnshealth.ethicspoint.com

您還可以透過以下方法向美國衛生與公眾服務部（U.S. Department of Health and Human Services）民權辦公室（Office for Civil Rights）提出民權申訴：

- 網站：民權辦公室投訴網站：ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- 郵寄：U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH
Building Washington, DC 20201
投訴表格可在以下網站獲取：
www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf
- 電話：1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

第 3 節 有關以紅藍卡作為次要付費者的代位求償權通知

我們有權利和責任為那些並非以紅藍卡作為主要付費者的承保紅藍卡服務募集資金。根據 CMS 法規 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 節，VNS Health 富康醫療 EasyCare 作為 Medicare Advantage 組織，將行使部長依據 42 CFR 第 411 部分 B 至 D 中的 CMS 法規所行使的相同追償權，而且本節中設立的法規取代任何州法律。

第 12 章: 重要辭彙的定義

門診手術中心 – 門診手術中心是一個為無需住院但預計呆在中心的時間不超過 24 小時的患者提供門診外科服務的獨家經營實體。

年度參保期 – 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日，在此時期內，會員可以變更其健保或藥物計劃或轉至 Original Medicare。

上訴 – 上訴指您在對拒絕醫療護理服務承保請求，或支付您已獲得的服務費用的決定存有異議時，採取的措施。如果您對終止您正在接受的服務的決定存有異議，也可提出上訴。

差額或剩餘費用 – 提供者（如醫生或醫院）為患者開出的帳單超出了計劃允許的分攤費用。作為 VNS Health 富康醫療 EasyCare 的會員，您獲取我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的分攤費用。我們不允許提供者開出差額或剩餘費用，或向您收取超出計劃所載的應付分攤費用的款項。

受益期 – 我們的計劃及 Original Medicare 衡量您使用醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的方式。受益期從您住進醫院或專業護理機構的那天開始算起。受益期到您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 的專業護理）之時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或專業護理機構，則會開始一個新的受益期。受益期的數量沒有限制。請參見第 4 章，瞭解更多資訊。

生物製品 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然活體制成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物副廠藥。（另見「**原始生物製品**」和「**生物相似藥**」。）

生物相似藥 – 與原始生物製品非常相似但不完全相同的生物製品。生物相似藥與原始生物製品一樣安全有效。一些生物相似藥可以在藥房替代原始生物製品，而無需新的處方（參見「**可互換的生物相似藥**」）。

品牌藥 – 由原先研發該藥物的製藥公司所製造和銷售的處方藥。品牌藥和其普通藥具有相同活性成份的配方。然而，普通藥是由其他藥物製造商製造和銷售，通常僅在品牌藥的專利過期後才有提供。

重大傷病承保階段 – 在承保年度期間內，您（或其他符合資格代表您行事的人士）就 D 部分承保藥物支付超過 \$2,000 後，開始的 D 部分藥物福利階段。在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) – 管理紅藍卡的聯邦機構。

慢性護理特殊需要計劃 – C-SNP 是僅限患有 42 CFR 422.2 中所載的一種或多種嚴重或致殘慢性病的 MA 合資格個人參保的 SNP，包括根據 42 CFR 422.4(a)(1)(iv) 中規定的多種常見共病和臨床相關病症分組來限制參保。

共同保險 – 可能需要您就服務或處方藥支付應承擔分攤費用的金額，以百分比表示（例如 20%）。

投訴 – 提出投訴的正式名稱為**提出申訴**。投訴程序僅適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及您獲得的顧客服務的相關問題。如您的計劃未遵守上訴程序中的時間週期，亦包括投訴。

綜合門診康復機構 (CORF) – 主要提供傷病康復服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職能治療、言語和語言病理科服務及家庭環境評估服務。

共付額 – 可能需要您就醫療服務或用品（如醫生看診、醫院門診就醫或處方藥）支付應分攤費用的金額。共付額是一個固定金額（例如 \$10），而非百分比。

分攤費用 – 分攤費用指會員獲得服務或藥物時須支付的費用。（這是除計劃月費之外的費用。）分攤費用包括以下三種付款的任意組合：(1) 計劃在承保的服務或藥物前徵收的自付額；(2) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何固定共付額；或 (3) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何「共同保險」，服務或藥物總費用的百分比。

分攤費用等級 – 承保藥物清單上的每種藥物皆屬於 6 種分攤費用等級的其中一種。通常，分攤費用的等級越高，您藥物的費用就越高：

承保範圍裁決 – 關於為您開立之處方藥是否由計劃承保的決定，以及您須就該處方藥支付之金額（若有）的決定。通常，如果您攜帶處方至藥房，而該藥房告知您該處方不由您的計劃承保，這並不是承保範圍裁決。您需要致電或寫信給您的計劃，才可要求對於承保範圍作出正式的決定。承保決定在本文件中稱為**承保決定**。

承保藥物 – 我們的計劃承保的所有藥物的總稱。

承保服務 – 在本 EOC 中，我們的計劃承保的所有醫療護理服務及用品的總稱。

有信譽度的處方藥承保 – 預計須支付的承保通常至少相當於紅藍卡標準處方藥保險的處方藥承保（例如僱主或工會提供）。符合紅藍卡資格時擁有此類保險的人士，如果決定稍後參加紅藍卡處方藥保險，一般可保留該保險，而無需支付罰金。

看護 – 看護是您不需要專業醫療護理或專業護理機構時在療養院、安寧療護機構或其他機構中提供的護理。看護由不具備專業技能或訓練的人士提供，包括協助沐浴、穿衣、就餐、上/下床或椅子、行走和使用洗手間等日常生活活動。它還可包括大多數人可自行完成的醫療相關護理，如使用滴眼液。紅藍卡不會為監護付款。

每日分攤費用 – 當醫生為您開的某種處方藥少於一個月的份量，並且您需要支付共付額時，可能適用每日分攤費用。每日分攤費用是指共付額除以一個月份量的天數所得到的費用。舉例如下：如果某種藥物一個月份量的共付額為 \$30，您的計劃中一個月份量為 30 天的份量，那麼您的每日費用分攤為每日 \$1。

自付額 – 在計劃開始支付您的醫療護理或處方藥費用前，您必須支付的金額。

退出或退保 – 終止計劃會員資格的程序。

配藥費 – 每次調配承保藥物時收取的費用，用來支付配藥的成本，例如藥劑師準備與包裝處方藥的時間。

雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) – D-SNP 參保者有權同時獲得紅藍卡（《社會保障法案》第 XVIII 條）和白卡（第 XIX 條）下的州計劃醫療援助。各州承保某些紅藍卡費用，具體取決於州和個人的資格。

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、語音生成設備、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。

緊急醫療情況 – 是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行認為自己出現急需醫療看護以防失去生命（以及，若您是孕婦，以防流產）、肢體缺損、肢體功能喪失或身體機能喪失或嚴重受損的醫療症狀。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病情。

緊急護理 – 以下承保的服務：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。

承保範圍說明書 (EOC) 及披露資訊 – 本文件連同您的參保表及任何其他附件、附則或所選的其他可選保險，這些內容均用於介紹您的保險、我們的責任、您的權利及您作為計劃會員的責任。

例外處理 – 一種承保範圍裁決的類型，當其受到批准後，將可允許您取得處方藥一覽表之外的藥物（處方藥一覽表例外處理），或是以更低的分攤費用等級取得非首選藥物（等級例外處理）。如果我們的計劃要求您在取得您所要求的藥物前先嘗試另一種藥物，或者，如果我們的計劃限制了您所要求之藥物的數量或劑量時（處方藥一覽表例外情況），您也可以申請例外。

「額外補助」 – 一項紅藍卡計劃，專門幫助收入及資產有限的人士，支付紅藍卡處方藥計劃費用（如保費、自付額和共同保險）。

普通藥 – 一種由食品和藥物管理局 (FDA) 批准的處方藥，具有和品牌藥相同的活性成份。通常，副廠藥和原廠藥物的藥效相同，並且費用較低。

申訴 – 您對我們的計劃、醫療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。這不涉及承保或付款爭議。

居家健康護理員 – 可提供不需要持牌護士或治療師技能的服務的人士，如協助個人護理（例如沐浴、如廁、穿衣或進行規定性練習）。

安寧療護 – 為經醫學鑑定為絕症（即預期壽命不超過 6 個月）的會員提供特殊治療的福利。我們的計劃必須為您提供您所在地理區域的安寧療護清單。若您選擇安寧療護並繼續支付保費，則您仍然是我們計劃的會員。您仍可獲得我們提供的所有醫療必需服務及補充福利。

住院 – 當您被正式批准入院接受專業醫療服務時住院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。

第 12 章 重要詞彙的定義

按收入每月調整保費 (IRMAA) – 如果您的國稅局 (IRS) 納稅申報單上的調整後總收入從 2 年前起就一直超過了一定金額，您將需要支付標準保費金額和一筆按收入每月調整保費 (也稱為 IRMAA)。IRMAA 是額外收取的費用，將追加到您的保費中。受影響的紅藍卡受保人員不超過 5%，所以大部分人無需支付更高的保費。

初始承保階段 — 您的年度自費費用達到自費費用門檻金額之前的階段。

首次參保期 – 您第一次有資格參加紅藍卡的時間，在此期間內，您可登記加入紅藍卡 A 部分和 B 部分。如果您年滿 65 歲時有資格參加紅藍卡，您的首次參保期為 7 個月，從您年滿 65 歲當月的前 3 個月開始計算 (包括您年滿 65 歲的當月)，直至年滿 65 歲當月的後 3 個月。

機構性特殊需求計劃 (SNP) – 一項接受持續居住 (或預計持續居住) 在長期護理 (LTC) 機構達 90 天以上之符合資格的個人參加的計劃。這些機構可能包括專業護理機構 (SNF)、護理機構 (NF)、(SNF/NF)、智障人士中度護理機構 (ICF/IID)、精神科住院機構和/或經 CMS 核准且提供紅藍卡 A 部分、紅藍卡 B 部分或白卡承保的類似長期醫療保健服務的機構；並且其居住者的需求和健康狀況與其他指定的機構類型相似。機構特殊需求計劃必須與特定 LTC 機構訂立合約協議 (或擁有並營運此等機構)。

機構性等效特殊需求計劃 (SNP) – 一項接受居住在社區之符合資格的人士參加，但需要具有機構級別的護理 (由州政府評估) 的計劃。該評估必須使用相同之相應的州政府護理水準評估工具來進行，並由非提供該計劃之機構的單位執行。此類的特殊需求計劃在必要時，可能會限制居住在簽有合約之輔助生活機構(ALF)的個人參保，以確保提供統一的專門護理。

可互換生物相似藥 – 一種生物相似藥，可在藥房用作原始生物相似藥產品的替代品，而無需新處方，因為它滿足與自動替代潛力相關的額外要求。藥房的自動替代品受州法律約束。

承保藥物清單 (處方藥一覽表或藥物清單) – 一份計劃承保之處方藥的清單。

低收入補貼 (LIS) – 請參見「額外補助」。

製造商折扣計劃 – 一項計劃，根據該計劃，藥廠為承保的 D 部分品牌藥和生物製品支付計劃全部費用的一部分。折扣根據聯邦政府和藥廠之間的協議決定。

最高自付費用 – 日曆年內您就網絡內承保 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。您就計劃保費、紅藍卡 A 部分和 B 部分保費及處方藥支付的金額不計入最高自付費用。

白卡 (Medicaid) (或醫療輔助) – 一項聯邦與州的聯合計劃，旨在幫助某些收入及資產有限的人士支付醫療費用。州白卡計劃各有不同，但如果您同時符合紅藍卡和白卡資格，便可獲承保大多數健康護理費用。

醫療認可的指示 – 一種由食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍支持的藥物使用方式，例如美國醫院處方服務藥物資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

醫療必需 – 預防、診斷或治療您的病情所需且符合良好醫療實踐標準的服務、用品或藥物。

Medicare – 適用於65歲或以上人士、部份65歲以下特定殘障人士及患有末期腎病的人士（一般指患有永久性腎衰竭，須進行透析或腎臟移植的人士）的聯邦健康保險計劃。

Medicare Advantage 開放參保期 – 該時間段為 1 月 1 日至 3 月 31 日。每年允許 Medicare Advantage 計劃的會員撤銷其計劃參保並轉至其他 Medicare Advantage 計劃或透過 Original Medicare 獲得保險的固定時間。如果您選擇在此期間轉至 Original Medicare，屆時您還可加入另一項紅藍卡處方藥計劃。Medicare Advantage 開放參保期還包括個人第一次有資格參加紅藍卡後的 3 個月內。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時稱為紅藍卡 C 部分，由一間與紅藍卡簽約的私營公司提供的計劃，為您提供所有紅藍卡 A 部分和 B 部分福利。Medicare Advantage 計劃可以是 i) HMO，ii) PPO，iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃，或 iv) 紅藍卡醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。除了上述類型的計劃選擇之外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare D 部份（處方藥保險）。這些計劃也稱為**附帶處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃**。

紅藍卡承保服務 – 紅藍卡 A 部分和 B 部分承保的服務。所有紅藍卡健保計劃均必須承保紅藍卡 A 部分和 B 部分承保的所有服務。紅藍卡承保服務一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力服務。

Medicare Health Plan – Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽約的私營公司提供的，為參與計劃的人士提供 Medicare A 部份和 B 部份福利。此術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare Cost 計劃、特殊需求計劃、Demonstration/Pilot（演示/試點）計劃和 All-inclusive Care for the Elderly（老人綜合護理計劃）(PACE)。

紅藍卡處方藥保險（紅藍卡 D 部分） – 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑及紅藍卡 A 部分或 B 部分不承保的部分用品費用的保險。

Medigap（紅藍卡補充保險）保單 – 由私營保險公司銷售，用於填補 Original Medicare 缺口的紅藍卡補充保險。Medigap 政策僅適用於 Original Medicare。（Medicare Advantage 計劃並非 Medigap 政策。）

會員（我們計劃的會員或計劃會員） – 享有紅藍卡、有資格獲得承保的服務、已參加我們的計劃且其參保經 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 確認的人士。

您的護理團隊 – 我們計劃內部的一個部門，負責解答有關會員資格、福利、申訴及上訴的問題。

網絡內藥房 – 與我們的計劃簽訂合約，能夠讓我們計劃的會員取得其處方藥福利的藥房。在大多數情況下，只有在我們的聯網藥房取藥，您的處方才會得到賠付。

網絡內提供者 – 提供者是醫生、其他醫療護理專業人員、醫院及紅藍卡及州許可或認可提供醫療護理服務的其他醫療護理機構的統稱。網絡內提供者與我們的計劃簽訂協定，以我們的付款作為全額付款，且在有些情況下，為我們的計劃會員協定並提供承保的服務。網絡內提供者也稱為**計劃內提供者**。

機構裁決 – 在我們計劃對是否承保用品或服務，或您須為承保用品或服務支付多少費用作出裁決時，則是作出了機構裁決。機構裁決在本文件中稱為承保範圍裁決。

原始生物製品 – 已獲得美國食品和藥物管理局（FDA）批准的生物製品，可作為製造生物相似藥版本的製造商的比較。它也被稱為參考產品。

Original Medicare（傳統紅藍卡或有付費服務的紅藍卡） – Original Medicare 由政府提供，並非 Medicare Advantage 計劃及處方藥計劃等私人健康保險計劃。在 Original Medicare 計劃下，可透過向醫生、醫院及其他醫療提供者支付國會指定的費用，獲承保紅藍卡服務。您可向接受紅藍卡的任何醫生、醫院或其他醫療提供者求診。您必須支付自付額。紅藍卡支付應承擔的紅藍卡批准費用，而您支付您應承擔的費用。Original Medicare 分為兩部分：A 部份（住院保險）和 B 部份（醫療保險），在全美均有提供。

網絡外藥房 – 未和我們計劃簽約來協調或提供承保藥物給我們計劃會員的藥房。大部分您透過網絡外藥房獲得的藥物並未得到我們計劃的承保，除非符合某些條件。

網絡外提供者或網絡外機構 – 未和我們計劃簽約來協調或提供承保的服務的提供者或機構。網絡外提供者並非由我們的計劃雇用、擁有或經營的提供者。

自付費用 – 請參見上文分攤費用定義。會員支付所接受服務或藥物一部分費用的費用分攤要求也稱為會員自付費用要求。

自付費用門檻 – 您為 D 部分藥物支付的最高自付費用金額。

PACE 計劃 – PACE（老人綜合護理計劃）計劃包括為身體虛弱人士提供的醫療、社會和長期服務及支援服務（LTSS），幫助人們在盡可能長久地在其社區內獨立生活（而非住入療養院）。加入 PACE 計劃的人士可透過計劃獲得紅藍卡和白卡福利。

C 部分 – 請參見 Medicare Advantage (MA) 計劃。

D 部分 – 自願性紅藍卡處方藥福利計劃。

D 部份藥物 – 可由 D 部份承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部份藥物。某些類別的藥物由國會排除在 D 部分承保藥物之外。每個計劃都必須承保 D 部分藥物的某些類別。

D 部分逾期參保罰金 – 在您第一次有資格加入 D 部分計劃之後，當您連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的保險（預計須支付的保險通常至少相當於紅藍卡標準處方藥保險的保險）時，將會追加到您紅藍卡藥物保險之月繳保費的一筆金額。

Preferred Provider Organization (PPO) Plan – 首選提供者組織計劃是一項擁有簽約提供者的 Medicare Advantage 計劃，簽約的提供者同意依指定費用為計劃會員提供治療。PPO 計劃必須包含所有計劃福利，無論這些福利是從網絡內或是網絡外提供者處獲得。計劃福利是從網絡外提供者處獲得時，會員分攤費用通常較高。PPO 計劃對您從網絡內（首選）提供者處獲得服務的自付費用具有年度限制，而對從網絡內（首選）和網絡外（非首選）提供者處獲得服務的總合併自付費用具有更高限制。

保費 – 定期支付給紅藍卡、保險公司或健康護理計劃用於健康或處方藥保險的費用。

初級保健醫生 (PCP) – 針對大多數健康問題首先看訪的醫師或其他提供者。在許多紅藍卡保健計劃中，您到任何其他醫療服務提供者處就診之前，必須到您的初級保健醫生處就診。

事先授權 – 獲得服務或某些藥物的事先核准。第4章福利表中列有需獲得預先授權的承保服務。處方藥一覽表中標有需獲得事先授權的承保服務；我們的標準發佈在我們的網站上。

假體和矯具 – 醫療器械，包括但不限於手臂、背部及頸部支架；義肢；假眼；以及取代身體內部器官或功能所需的設備，包括造口術用品及腸內及腸外營養治療。

品質改進機構 (QIO) – 是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團隊，以核查和改進提供給紅藍卡患者的護理。

數量限制 – 一種管理工具，目的是出於品質、安全或利用之原因限制指定藥物的使用。限制可能是我們每處方或指定期間內承保的藥物數量。

「即時福利工具」 – 一個入口網站或電腦應用程式，可供參保者查閱完整、準確、及時、臨床上適當的、參與者特定的處方藥一覽表和福利資訊。這包括分攤費用、可用於治療與特定藥物相同健康狀況的處方藥一覽表替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、分步治療、數量限制）。

康復服務 – 該等服務包括物理治療、言語和語言治療和職業治療。

服務區域 – 加入特定健保計劃須居住的地理區域。對於限制所用醫生和醫院的計劃，它還通常是指您可獲取常規（非緊急）服務的地區。如果您永久搬離計劃的服務區域，計劃一定會將您除名。

專業護理機構 (SNF) 護理 – 專業護理機構內持續、每天提供的專業護理和康復服務。護理的示例包括：僅可由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

特殊參保期 – 允許會員變更其健康或藥物計劃或轉回 **Original Medicare** 的固定時間。您可能符合特殊參保期的資格的情形包括：如果您搬離服務區，如果您領取「額外補助」以支付您的處方藥費，如果您住進療養院或如果我們違反與您簽署的合約。

特殊需求計劃 – 一項特殊類型的 **Medicare Advantage** 計劃，為特定人群提供更有針對性的健康護理，如同時擁有紅藍卡和白卡的人士、居住在療養院的人士或患有某些慢性病的人士。

階段治療 – 一個應用工具，要求您在我們承保您的醫生最初開的處方藥之前，先嘗試使用其他藥物來治療。

社安補助金 (SSI) – 社會保障局向收入與資產有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的老人補助的月度福利。SSI 福利不同於社會保障福利。

急症治療服務 – 如果您暫時不在計劃的服務區域內，或者考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網路提供者那裡獲取此服務是不合理的，計劃承保的需要立即就醫的服務（非緊急情況）是急症治療服務。急症治療服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有狀況的意外突然發作。然而，醫療上必要的常規醫療服務提供者就診（例如年度檢查）並不被認為是急症治療服務，即使您位於計劃的服務區域之外或計劃網絡暫時無法使用。

VNS Health 富康醫療 EasyCare 護理團隊

方法	您的護理團隊 – 聯絡資訊
致電	1-866-783-1444 撥打此號碼是免費的。服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月）及週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月） 您的護理團隊還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。
TTY	711 撥打此號碼是免費的。服務時間為每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 – 3 月）及週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 – 9 月）
寫信	VNS Health 富康醫療 健保計劃 – 護理團隊 220 East 42nd Street New York, NY 10017
網站	vnshealthplans.org

Health Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)

健康資料、諮詢和援助計劃 (HIICAP) 是一個由聯邦政府出資為紅藍卡受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。

方法	聯絡資訊
致電	1-800-701-0501
TTY	711
寫信	Department for the Aging 2 Lafayette Street, 16th Floor New York, NY 10007-1392
網站	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance

PRA 披露聲明 根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1051。若您有任何意見或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

VNS Health 富康醫療 EasyCare 照護團隊

致電：1-866-783-1444

撥打此號碼是免費的。每週七天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 - 3 月）；週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 - 9 月）。我們還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。

TTY：請致電紐約轉接服務部電話 711，接線員將為您轉接。撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。撥打此號碼是免費的。每週七天，早上 8 點至晚上 8 點（10 月 - 3 月）；週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點（4 月 - 9 月）。

寫信至：VNS Health Health Plans

220 East 42nd Street
New York, NY 10017

網站：vnshealthplans.org

New York 州健康保險資訊、 諮詢及援助計劃 (HIICAP)

是一個聯邦政府撥款為具有紅藍卡 (Medicare) 資格的人士免費提供當地健康保險諮詢的州立計劃。

致電：1-800-701-0501

TTY：請致電紐約轉接服務部電話 711，接線員將為您轉接。撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。

寫信至：Department for the Aging

Two Lafayette Street, 16th Floor
New York, NY 10007-1392

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



PRA 披露聲明 根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊的有效 OMB 控制號碼是 0938-1051。如果您有關於 改善此表格的意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。