

2023 年 保險證明

Humana®

感謝您選擇成為 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員。我們感謝您的加入並會致力於協助您達成目標。

此「保險證明」涵蓋您的計劃的重要資訊。本手冊是一份非常詳細的文件，內有關於您福利和費用的完整法定說明。您應保留本文件以供計劃年度參考之用。

Humana (惠安納) 關心您的身體健康

我們期待成為您長久的健康好夥伴。如果您有任何問題，我們樂於提供協助。

2023 年 保險證明

Humana Gold Plus
SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)

紐約市
紐約市特定郡縣

Humana®

2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

保險證明：

身為 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員，您所享有的 Medicare (聯邦醫療保險) 醫療健康福利和服務及處方藥保險

本文件為您詳細說明 2023 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，您的 Medicare 健康護理和處方藥保險內容。**這是一份重要的法律文件，請妥善保管。**

若對於本文件有任何疑問，請致電客戶服務部，電話：1-800-457-4708。(聽障人士請撥 711)。從 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，辦公時間為每週 7 天，上午 8 時至晚上 8 時；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，辦公時間為週一至週五，上午 8 時至晚上 8 時。

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃由 Humana Health Company of New York, Inc. 提供 (本保險證明中的「我們」或「我們的」是指 Humana Health Company of New York, Inc.。其中的「計劃」或「我們的計劃」是指 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)。

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 在經過國家品質保證委員會 (NCQA) 根據其對 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 醫療模式的審查後，核准其做為特殊需求計劃 (SNP) 運作直到 2023 年 12 月 31 日為止。

本文件免費提供西班牙文版。

此資訊有不同的格式可供選擇，包括點字、大字印刷和音訊。如果您需要其他格式的計劃資訊，請撥上述電話號碼致電客戶服務部。

福利、保費、免賠額和/或共付額/共保額可能於 2024 年 1 月 1 日變更。

處方列表、藥房網路和/或提供者網路可能隨時變更。您將在必要的時候接獲通知。我們將至少提前 30 天通知受影響的投保人變更的相關事宜。

本文件會說明您的福利與權益。閱讀本文件可瞭解以下內容：

- 您的計劃保費和分攤費用；
- 您的醫療和處方藥福利；
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴；
- 如果您需要進一步協助，該如何與我們聯絡；以及，
- Medicare 法律要求的其他保護。

H3533_EOC_MAPD_HMO_034001_2023_CH_C

2023 年保險證明 目錄

第 1 章：	會員入門指南.....	9
第 1 節	引言.....	10
第 2 節	成為計劃會員的資格是什麼？.....	11
第 3 節	您將會收到的重要會員資料.....	12
第 4 節	您的 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的每月保費.....	14
第 5 節	關於每月保費的更多資訊.....	16
第 6 節	請將您計劃會員的記錄保持在最新狀態.....	18
第 7 節	其他保險與我們的計劃如何協作.....	18
第 2 章：	重要的電話號碼和資源.....	20
第 1 節	Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 聯絡方式 (如何與我們聯絡，包括如何與客戶服務部聯絡).....	21
第 2 節	Medicare (如何直接從 Medicare 方案獲得幫助和資訊).....	23
第 3 節	州健康保險協助方案 (針對 Medicare 的疑問，免費提供協助、資訊和解答).....	24
第 4 節	品質改進組織.....	25
第 5 節	社會安全局.....	25
第 6 節	Medicaid.....	26
第 7 節	處方藥費用援助方案資訊.....	26
第 8 節	如何聯絡鐵路退休委員會.....	28
第 9 節	您是否有雇主提供的「團體保險」或其他健康保險？.....	28
第 3 章：	使用計劃獲得醫療服務.....	29
第 1 節	計劃會員獲得醫療照護服務須知.....	30
第 2 節	使用計劃網路內提供者獲得醫療照護.....	31
第 3 節	當您需要急診或緊急照護或者身處災難之中時，如何取得服務.....	34
第 4 節	如果您收到服務的全額帳單該怎麼做？.....	36
第 5 節	當您參與「臨床研究」時，您的醫療服務費用如何給付？.....	36
第 6 節	獲得「宗教性非醫療保健機構」提供醫療照護的規定.....	37
第 7 節	耐用醫療設備的所有權規定.....	38
第 4 章：	醫療福利表 (承保範圍).....	39
第 1 節	瞭解承保服務的自付費用.....	40
第 2 節	利用醫療福利表來瞭解您享有的承保服務及應支付費用.....	40
第 3 節	哪些服務不在 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃承保範圍 內？.....	68
第 4 節	計劃不承保哪些服務？.....	68
第 5 章：	使用計劃提供的 D 部分處方藥保險.....	72
第 1 節	引言.....	73
第 2 節	在網路內藥房或透過本計劃的郵購服務配取處方藥.....	73
第 3 節	您的藥物應在計劃的「藥物指南」中.....	76

目錄

第 4 節	某些藥物的承保限制	77
第 5 節	如果您對藥物的承保方式不滿意該怎么做？	78
第 6 節	如果您的藥物保險發生改變該怎么做？	81
第 7 節	本計劃不承保哪類藥物？	82
第 8 節	領取處方藥.....	83
第 9 節	特殊情況下的 D 部分藥物保險	83
第 10 節	藥物安全和藥物管理方案.....	85
第 6 章：	您所需支付的 D 部分處方藥費用.....	87
第 1 節	引言.....	88
第 2 節	您支付的藥物費用視獲得藥物時所屬的「藥物付款階段」而定.....	88
第 3 節	我們會寄給您報告說明您的藥物相關費用和您所屬的藥物付款階段	90
第 4 節	在免賠額階段，您支付藥物的全額費用	91
第 5 節	在初始保險階段，計劃將與您共同分攤藥物費用；計劃給付部分費用，您也需支付部分費用	91
第 6 節	保險缺口階段的費用.....	94
第 7 節	在重大傷病保險階段，本計劃將會給付大部分藥物費用.....	94
第 8 節	其他給付資訊.....	94
第 9 節	D 部分疫苗。您所支付的費用依疫苗接種方式和地點而定	94
第 7 章：	要求我們給付您所收到的承保醫療服務或藥物的帳單.....	96
第 1 節	您應要求我們為您承保的服務或藥物支付費用的情況	97
第 2 節	如何要求我們償還您或支付您所收到的帳單	98
第 3 節	我們將會考慮並決定是否同意您的給付要求	99
第 8 章：	您的權利與義務.....	100
第 1 節	我們的計劃必須尊重您身為會員的權利和文化敏感性	101
第 2 節	您身為計劃會員負有某些責任	109
第 9 章：	如果您遇到困難或想要投訴 (保險決定、上訴、投訴) 該怎么做.....	111
第 1 節	引言.....	112
第 2 節	何處可取得更多資訊及個人化的協助	112
第 3 節	您應當使用何種程序處理問題？	113
第 4 節	處理您的 Medicare 福利的相關問題	113
第 5 節	承保決定與上訴基本內容指南	114
第 6 節	您的醫療照護：如何申請承保決定或提出承保決定的上訴	116
第 7 節	您的 D 部分處方藥：如何要求承保決定或提出上訴	121
第 8 節	如果您認為醫生過早讓您出院，如何要求我們延長承保的住院治療時間	127
第 9 節	如果您認為特定醫療服務承保過早結束，如何要求我們繼續承保	132
第 10 節	進行第三級以上的上訴	136
第 11 節	如何針對醫療保健品質、等候時間、客戶服務及其他事宜進行投訴	138
第 12 節	處理您的 Medicaid 福利的相關問題	140

第 10 章：	終止計劃會員身份	141
第 1 節	終止計劃會員身份簡介	142
第 2 節	您何時可以終止您的計劃會員身份？	142
第 3 節	您如何終止您的計劃會員身份？	145
第 4 節	在您的會員身份終止前，您必須透過我們的計劃獲得醫療服務和藥物.....	145
第 5 節	Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 必須在某些情況下終止您的計劃會員身份.....	146
第 11 章：	法律聲明	148
第 1 節	適用法律公告	149
第 2 節	無差別待遇公告	149
第 3 節	Medicare 作為次要付款人的代位權公告	149
第 4 節	關於代位 (第三方追償) 的附加公告	149
第 5 節	協調福利公告	150
第 12 章：	重要詞彙定義.....	153
附錄 A -	州級機構聯絡資訊	161
	列出您所在州各種有用資源的名稱、地址、電話號碼和其他聯絡資訊。	

第 1 章： **會員入門指南**

第 1 節 引言

第 1.1 節 您已投保一項稱為 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的 Medicare 優勢計劃 (特殊需求計劃)

您同時由 Medicare 和 Medicaid (醫療補助) 承保：

- **Medicare** 是針對年齡滿 65 歲以上的人士、部分 65 歲以下特定殘障人士，及末期腎臟病 (腎功能衰竭) 患者的聯邦健康保險方案。
- **Medicaid** 是聯邦政府和州政府的聯合方案，幫助收入及資源有限的特定人士支付醫療費用。Medicaid 的承保範圍取決各州規定與您享有的 Medicare 種類而異。一些享有 Medicaid 的人士可得到支付 Medicare 保費和其他費用的幫助。其他人士也可獲得非 Medicare 承保範圍之額外服務和藥物的承保。

您選擇透過我們的 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃獲得 Medicare 的醫療照護和處方藥保險服務。我們必須承保所有 A 部分和 B 部分服務。然而，本計劃中的分攤費用和提供者的取得與原有的 Medicare 不同。

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 是一項專門的 Medicare 優勢計劃 (Medicare 「特殊需求計劃」)，這代表它的福利是專為有特殊醫療保健需求的人士所設計。Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 是為有 Medicare 和有權接受紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 協助的人而設計。

因為您可獲得紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的協助，加上您的 Medicare A 和 B 部分分攤費用 (免賠額、共付額和共保額)，您可能不需為您的 Medicare 醫療保健服務支付任何費用。紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 可能還承保 Medicare 通常不承保的醫療保健服務及處方藥，因此能向您提供其他福利。您還將收到來自 Medicare 的「額外幫助」，以便支付您 Medicare 處方藥的費用。Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會協助管理這些福利，讓您有權享有醫療照護服務與付款協助。

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 是由私人公司所經營。與所有 Medicare 優勢計劃一樣，此 Medicare 特殊需求計劃已由 Medicare 核准。本項計劃還與紐約 Medicaid 方案簽約，整合協調您的 Medicaid 福利。我們非常樂意提供您的 Medicare 醫療保險，包括您的處方藥保險。

本計劃的承保範圍，符合合格健康承保 (QHC) 的條件，並滿足患者保護與平價醫療法 (ACA) 的個人分攤責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：請造訪 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 以取得更多資訊。

第 1.2 節 本保險證明文件有哪些內容？

本保險證明文件為您說明如何獲得 Medicare 的醫療照護和處方藥保險服務。其中說明您的權利和義務、承保範圍、您身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時如何提出投訴。

「保險」與「承保的服務」是指您身為 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的會員可以獲得的醫療照護與服務及處方藥。

請務必瞭解計劃的各項規定與您可獲得的服務。我們建議您抽出時間來閱讀本保險證明文件。

如有疑問或顧慮，請致電客戶服務部。

第 1 章：會員入門指南**第 1.3 節 保險證明的法律資訊**

本保險證明是我們雙方合約的一部分，規定 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 如何為您提供醫療保險。合約的其他部分包括您的投保登記表、處方藥指南(處方列表)，以及您所收到的任何會對您的保險產生影響的保險或條款變更通知。這些通知有時稱為「附加條款」或「修訂」。

本合約自 2023 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日止，在您投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 期間有效。

Medicare 允許我們在每個日曆年對我們所提供的健保計劃作出變更。這意味著，我們可以在 2023 年 12 月 31 日以後對 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的費用與福利做出變更。我們也可在 2023 年 12 月 31 日以後選擇停止提供計劃，或在不同的服務區提供。

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 每年都必須經過 Medicare (Medicare 和 Medicaid 服務中心) 的批准。只有當我們決定繼續提供本計劃並且獲得 Medicare 的重新核准時，您每年才可以繼續作為我們的計劃會員獲得 Medicare。

第 2 節 成為計劃會員的資格是什麼？**第 2.1 節 您的資格要求**

只要符合下述條件，您就可成為我們的計劃會員：

- 您已投保 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
- -- 且 -- 您住在我們的服務區內(下面第 2.3 節將說明我們的服務區域)。受監禁人士即使實際位於服務區內，仍不被視為居住在服務區。
- -- 且 -- 您是美國公民，或合法居住在美國
- -- 並且 -- 您符合以下所述的特殊資格規定。

我們的計劃要求之特殊資格規定

我們的計劃旨在滿足獲得特定 Medicaid 福利之人士的需求。(Medicaid 是聯邦政府和州政府的聯合方案，幫助收入及資源有限的特定人士支付醫療費用。)若要符合我們計劃的資格，您必須同時符合 Medicare 和 Medicaid 特定層級的合格資格：FBDE、QMB、QMB+。

請注意：如果您失去您的資格，但可合理預期在六個月內重新取得這項資格，則在我們的計劃中，您仍然符合會員資格(請參閱第 4 章第 2.1 節，關於準續期資格期間的承保範圍和分攤費用說明)。

第 2.2 節 何謂 Medicaid？

Medicaid 是聯邦政府和州政府的聯合方案，以幫助收入及資源有限的特定人士的醫療費用。各州自行決定要將哪些內容列入收入和資源、誰符合資格、哪些服務列入承保，以及服務的費用。各州也可決定如何營運其計劃，只要遵守聯邦準則即可。

完整福利雙重資格 (FBDE)：可提供財務協助以支付 Medicare A 部分保費和/或 Medicare B 部分保費及其他分攤費用(如免賠額、共保額和共付額)，並提供完整的 Medicaid 福利。

第 1 章：會員入門指南

此外，Medicaid 也提供某些方案，幫助 Medicare 會員支付其 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「Medicare 費用節省方案」每年都幫助收入和資源有限的人士節省費用：

- **符合資格的 Medicare 受益人 (QMB)：**幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用 (例如免賠額、共保額和共付額)。(某些擁有 QMB 資格的人士也有資格獲得全部 Medicaid 福利 (QMB+)。)

第 2.3 節 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的計劃服務區域

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 只提供給住在我們的計劃服務區域內的人士。您必須一直住在服務區內，才能保有我們的計劃會員資格。服務區如下所述。

我們的服務區域包括紐約州的下列郡縣：紐約州金斯郡、紐約郡、皇后郡。

如果您計劃移居至其他州，您也應該聯絡您所在州的 Medicaid 辦事處，並詢問本次移居會如何影響您的 Medicaid 福利。Medicaid 的電話號碼列於本文件第 2 章第 6 節。

如果您計畫搬離服務區，您就無法繼續保有本計劃的會員身份。請聯絡客戶服務部，瞭解我們在您的新地區是否有提供計劃。當您搬家時，您可以進入特別投保期，此時您可轉為原有的 Medicare 或登記投保您所在新地區所適用的 Medicare 或藥物計劃。

如果您搬家或郵寄地址變更，請務必致電給社會安全局 (Social Security)。您可以在第 2 章第 5 節找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

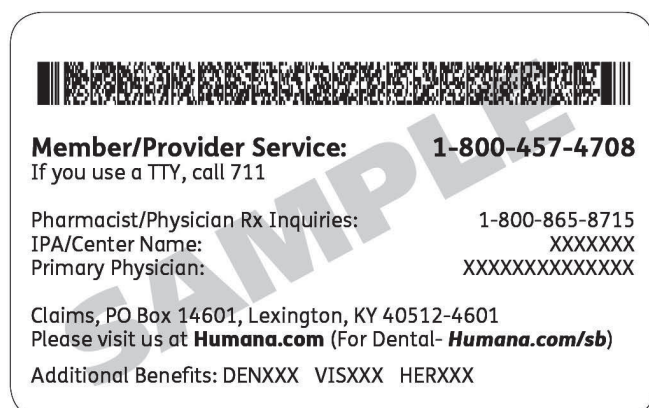
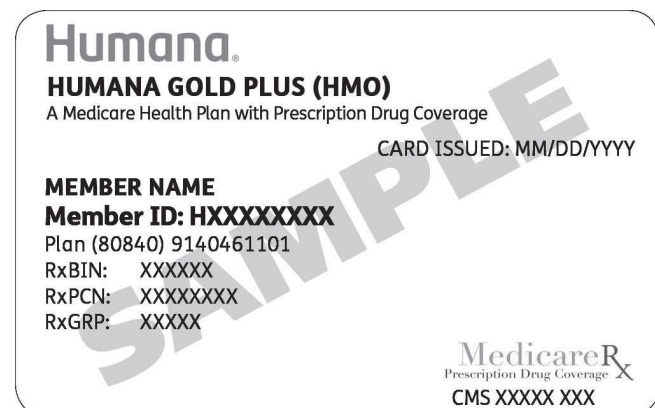
第 2.4 節 美國公民或合法居留身份

Medicare 健康計劃會員必須是美國公民或合法居住在美國者。若您在此基礎上無法保留會員資格，Medicare (Medicare 和 Medicaid 服務中心) 將通知 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)。如果您不符合此條件，Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 必須將您退保。

第 3 節 您將會收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

身為本計劃的會員，當您獲得本計劃承保的服務或在網路內藥房購買處方藥時，都必須使用您的會員卡。您也應該向服務提供者出示您的紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 卡。下面是會員卡樣本，您的會員卡將如其所示。



第 1 章：會員入門指南

您成為我們的計劃會員後，「請勿」針對承保的醫療服務使用紅、白、藍 Medicare 卡。如果您使用 Medicare 卡而非 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員卡，您可能需自行支付醫療服務的全額費用。請妥善保存您的 Medicare 卡。如果您需要醫院服務、安寧療護服務或參加 Medicare 核可的臨床研究 (亦稱為臨床試驗)，可能會請您出示這張卡。

如果您的計劃會員卡受損、遺失或被竊，請立即致電客戶服務部，我們將為您換發新卡。

請務必示您的紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) ID 卡以及 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員卡，讓您的提供者知道您可能享有額外承保範圍。

第 3.2 節 提供者名錄

提供者名錄列出我們的網路內提供者、耐用醫療設備供應商與藥房。**網路內提供者**是與我們簽約的醫生以及其他醫療保健專業人士、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院以及其他醫療保健設施，他們接受我們的付款和任何計劃的分攤費用做為全額付款。

您必須使用網路內提供者來獲得您的醫療照護和服務。如果您在未經適當授權的情況下從他處取得醫療服務，您將必須支付全額費用。例外通融僅限無法使用醫療網路 (即在不合理或無法獲得網路內服務的情況) 時的急診、急需服務、區域外的透析服務以及 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 授權使用網路外提供者的情況。

許多計劃的網路內提供者也已取得 Medicaid 認證。請參閱您的提供者名錄，以識別哪個計劃網路內提供者也參與紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 方案。您的計劃服務不限於由 Medicaid 認證提供者提供。

網路內藥房是指同意為我們的計劃會員提供承保處方藥的所有藥房。您可以從提供者名錄尋找您想要使用的網路內藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解您何時可以使用計劃網路外的藥房。

如果您尚未取得提供者名錄，您可以向客戶服務部索取。您也可以造訪我們的網站以查詢這項資訊：[Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。此網站可為您提供關於網路內提供者和藥房變動的最新資訊。

第 3.3 節 計劃的處方藥指南(處方列表)

本計劃備有處方藥指南(處方列表)。我們將其簡稱「藥物指南」。它說明了 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 中 D 部分福利承保的 D 部分處方藥。本計劃經由醫生與藥師組成的團隊協助選出這份藥物清單。清單必須符合 Medicare 的規定。Medicare 已經核准 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的藥物指南。

如果藥物有任何承保範圍限制，藥物指南也將作出說明。

我們將寄送一份藥物指南給您。我們寄給您的藥物指南包括我們會員最常用的承保藥物資訊。不過，我們也承保不在藥物指南中的其他藥物。如果藥物指南不包含您的某種藥物，請造訪我們的網站或致電客戶服務部以瞭解我們是否承保該藥物。請造訪計劃網站 ([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)) 或致電客戶服務部，以瞭解承保藥物目前最完整的資訊。

第 4 節 您的 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的每月保費

您的費用可能包括以下項目：

- 計劃保費 (第 4.1 節)
- Medicare B 部分每月保費 (第 4.2 節)
- D 部分推遲入保罰金 (第 4.3 節)
- 與收入相關的每月調整金額 (第 4.4 節)

在某些情況下，您的計劃保費可能減少

有些方案能幫助資源有限的人士支付藥物費用。其中包括「額外幫助」和州立藥物協助計劃。您可在第 2 章第 7 節查閱有關這些方案的更多資訊。如果您符合條件，加入此方案可能會減少您的每月保費。

如果您已加入其中一項方案，並獲得幫助，**本保險證明中關於保費的資訊可能對您不適用。**

不同收入水準的人士在 Medicare B 和 D 部分的保費有所差異。如果您對這些保費有任何疑問，請檢閱《2023 年 Medicare 與您》手冊中的「2023 年 Medicare 費用」一節。如果您需要副本，可造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov) 自行下載。或是您可以隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取印刷資料，全年無休。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

第 4.1 節 計劃保費

身為我們的計劃會員，您必須支付每月計劃保費。在 2023 年，Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的每月保費為 **\$0 或最多 \$38.90**。

第 4.2 節 Medicare B 部分每月保費

許多會員需要支付其他 Medicare 保費

除了每月計劃保費外，部分會員需要支付其他 Medicare 保費。如以上第 2 節所述，若要符合我們計劃的資格，您必須保持紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的資格，同時擁有 Medicare A 部分和 B 部分。對於大多數 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員而言，紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 會支付您的 A 部分保費 (如果您不是自動符合資格) 和 B 部分保費。

如果紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 不支付您的 Medicare 保費，您必須繼續支付您的 Medicare 保費，才能維持本計劃的會員資格。這包括您的 B 部分保費，可能也包括 A 部分保費，這會影響不符合 A 部分免保費資格的會員。

第 4.3 節 D 部分推遲入保罰金

由於您具有雙重資格，只要您維持雙重資格身份，推遲入保罰金就不適用於您，但如果您失去此身份，即可能產生此罰金。有些會員需要支付 D 部分**推遲入保罰金**。D 部分推遲入保罰金係指在您的初始投保期結束後的任何時間，若連續 63 天以上沒有 D 部分或其他可信的處方藥保險，您需要支付的額外保費。(「可信的處方藥保險」是指符合 Medicare 最低標準的保險，因為一般而言，它應當給付至少與 Medicare 之標準處方藥保險相同的費用。)推遲入保罰金的費用取決於您沒有 D 部分或其他可信的處方藥保險其時長。只要您享有 D 部分保險，您就必須支付這筆罰金。

第 1 章：會員入門指南

D 部分推遲入保罰金將計入您的每月保費。當您首次投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃時，我們會告知您罰金的金額。

若您符合以下情況，則**無需**支付此罰金：

- 您從 Medicare 獲得「額外幫助」來支付您的處方藥費用。
- 您沒有可信保險的天數未連續超過 63 天。
- 您已透過其他來源獲得可信的藥物保險，例如前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人事務部。您的保險公司或人力資源部門每年都會告知您，您的藥物保險是否為可信。這些資訊可能會附在計劃寄給您的信函或電子報中。請妥善保管這些資訊，如果您之後想要參加 Medicare 藥物計劃，可能需要這些資訊。
 - **備註：**該通知必須說明您擁有「可信」的處方藥保險，即應給付至少與 Medicare 的標準處方藥計劃相同金額的保險。
 - **備註：**以下不是可信的處方藥保險承保範圍：處方藥折扣卡、義診和藥物折扣網站。

Medicare 決定罰金的金額。方法如下：

- 首先計算在您符合資格之後延遲投保 Medicare 藥物計劃的完整月份數。如果您連續 63 天以上沒有任何可信的處方藥保險，則計算沒有處方藥保險的完整月份數。在您沒有可信保險之月份，罰金百分比是每個月 1%。例如，如果您已有 14 個月沒有保險，罰金百分比就是 14%。
- 然後 Medicare 會決定前一年全國 Medicare 藥物計劃的平均每月保費金額。2023 年的平均保費金額為 **\$32.74**。
- 要計算您的每月罰金，只需將罰金百分比乘以平均每月保費，然後四捨五入至 10 美分位。在這個例子中，14% 乘以 **\$32.74** 等於 **\$4.58**。四捨五入為 **\$4.60**。該金額會增加到 **D 部分推遲入保罰金**對象的每月保費中。

每月 D 部分推遲入保罰金有三點重要注意事項：

- 首先，**每年的罰金都可能變動**，因為每年的平均每月保費都會改變。
- 第二，即使您變更計劃，只要您投保一項提供 Medicare D 部分藥物福利的保險計劃，**您每個月就要繼續支付罰金**。
- 第三，如果您年齡在 65 歲以下且目前享有 Medicare 給付，在年滿 65 歲時，D 部分推遲入保罰金將重新設定。年滿 65 歲時，您的 D 部分推遲入保罰金，只會根據您在進入 Medicare 初始投保期後沒有保險的月數來計算。

如果您不同意您的 D 部分推遲入保罰金，您或您的代表可以要求我們進行審查。一般來說，您必須在收到推遲入保罰金通知的 **60 天內** 提出審查要求。然而，如果您在加入我們的計劃前支付罰金，可能就沒有機會要求審查該筆推遲入保罰金。

重要：在等待推遲入保罰金決定的審查期間，請勿停止支付 D 部分推遲入保罰金。如果您這樣做，您可能會因為不支付保費而被退保。

第 4.4 節 與收入相關的每月調整金額

部分會員可能需要支付額外的費用，即 D 部分與收入相關的每月調整金額，亦稱為 IRMAA。此額外費用是根據您 2 年前的 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入計算而得。如果此金額高於一定金額，您將支付標準保費及額外的 IRMAA。如需瞭解有關您根據收入可能需要支付額外金額的更多資訊，請造訪

第 1 章：會員入門指南

<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您需要支付額外金額，社會安全局 (而不是 Medicare 計劃) 將會寄給您一封信，說明需要額外支付的金額。無論您平常如何支付計劃保費，除非您的每月福利金不夠補足額外金額，否則會從您的社會安全局保險金、鐵路退休委員會計劃福利金或聯邦人事管理局福利金支票中扣繳這筆額外款項。如果您的福利金支票金額不足以支付額外金額，Medicare 會將帳單寄給您。**您必須支付政府這筆額外的金額。不能用您的每月計劃保費來支付。如果您未繳納額外的金額，您將從計劃退保，並且喪失處方藥保險。**

如果您不同意支付額外金額，您可以要求社會安全局對此決定進行審查。請致電社會安全局專線 1-800-772-1213 (聽障專線：1-800-325-0778) 以瞭解詳情。

第 5 節 進一步瞭解您的每月保費

第 5.1 節 支付計劃的保費有數種方式

您可以透過四種方法支付計劃保費。

您投保時已要求您選擇一種，但您可隨時變更您的支付方法。以下說明四個選項：

- 支票付款
- 從您的銀行帳戶或信用卡設定自動付款
- 從您的鐵路退休委員會支票設定自動付款
- 設定從您的社會安全局支票自動付款

如果您想要變更付款選項，請致電客戶服務部 1-800-457-4708，TTY 請撥 711。如果您選擇任何一種自動付款選項，也可以前往 **Humana.com/pay**，使用您的使用者名稱和密碼登入。(如果這是您第一次登入，請點按「Register for MyHumana」(註冊 MyHumana)，然後依螢幕上的指示操作。)

如果您想變更保費付款方法，新的付款方法將在最多三個月內生效。我們在處理您所提出的新付款方法要求時，您必須確保按時支付計劃保費。

第 1 種方式：支票付款

您可以使用 Humana 抵用券以支票付款。我們會在您的計劃生效日期之前或鄰近該日期時，將抵用券郵寄給您。如果您選擇此選項，您的保費將一律在每月的第一天支付。

請確定您遵循這些步驟，以避免在處理您的付款時發生延遲：

- Humana 是您支票的收款人。如果您沒有支票帳戶，也可以使用匯票。
- 請一律在付款時附上抵用券，並將抵用券寄到抵用券上的地址。
- 請在您個人的支票上註明 Humana 帳戶號碼。您可以在抵用券的左上角找到您的帳戶號碼。
- 如果是多個會員或帳戶的付款，請在支票上填寫所有帳戶號碼，以及每個帳戶的付款金額。
- 如果由他人為您付款，請確保在支票上註明您的姓名和 Humana 帳戶號碼。

如果您想支付超過一個月的保費，只需一次寄出您想支付的所有抵用券，然後開立記載全部金額的支票即可。

第 1 章：會員入門指南

請記住— 請勿向 Medicare 和 Medicaid 服務中心或美國衛生和人類服務部開立或寄送支票，因為這會造成延遲，導致您的保費延遲。

如果您需要更換抵用券手冊，請致電客戶服務部 1-800-457-4708，TTY 請撥 711。

第 2 種方式：您可以從支票或儲蓄帳戶，或透過信用卡或簽帳卡設定自動付款

您可以選擇自動從您的支票帳戶或儲蓄帳戶或自動從您的信用卡或借記卡中扣除每月保費。您可以聯絡客戶服務部以瞭解如何用這種方式支付計劃保費，也可以造訪 [Humana.com/pay](https://www.humana.com/pay)，登入 MyHumana 以設定從您的銀行帳戶或信用卡自動扣款。

如果您選擇此選項，我們將從您的銀行帳戶中扣除保費，或者在每個月的 2 至 7 日將保費自您的卡片上扣除。

第 3 種方式：從您每月的鐵路退休委員會支票中扣除計劃保費

您可以選擇從您每月的鐵路退休委員會支票中扣除計劃保費。您可以聯絡客戶服務部，進一步瞭解如何用這種方式支付計劃保費。我們樂意協助您進行設定。

如果您選擇這種方式或以下第 4 種方式，在保費扣款開始之前，可能會有一至三張福利金支票過期，且第一期扣款包含這段期間內的總保費金額。您也可以造訪 [Humana.com/pay](https://www.humana.com/pay) 並登入 MyHumana，設定您的 RRB 或 SSA 付款選項。

第 4 種方式：從您每月的社會安全局支票中扣除計劃保費

您可以選擇從您每月的社會安全局支票中扣除計劃保費。詳情請洽客戶服務部以瞭解如何以這種方式支付每月計劃保費，或您可以造訪 [Humana.com/pay](https://www.humana.com/pay) 並登入 MyHumana 來建立您的 SSA 付款選項。我們樂意協助您進行設定。

如果您選擇這個方法，新的付款方法將在最多三個月內生效。

變更您支付保費的方式。如果您想變更保費付款方式，新的付款方法將在最多三個月內生效。我們在處理您所提出的新付款方式要求時，您必須確保按時支付計劃保費。如要變更您的支付方式(如適用)，請聯絡客戶服務部。如果您選擇任何一種自動付款選項，也可以前往 [Humana.com/pay](https://www.humana.com/pay)，使用您的使用者名稱和密碼登入。(如果這是您第一次登入，請點按「Register for MyHumana」(註冊 MyHumana)，然後依螢幕上的指示操作。)

如果您無法按時支付計劃保費該怎麼做

如果您無法按時支付保費，請聯絡客戶服務部，我們會設法讓您聯繫能夠幫助您支付計劃保費的方案。(本手冊封底印有客戶服務部的電話號碼。)

第 5.2 節 我們是否可以在年中變更您的每月計劃保費？

否。我們不允許在年度中變更您的每月計劃保費金額。如果明年度每月計劃保費發生變更，我們將於本年度 9 月告訴您，且保費變更將於次年的 1 月 1 日生效。

然而，在某些情況下，您需要支付的保費部分可能會在年中出現變化。如果您在一年當中獲得或失去額外幫助方案資格，這種情況就會發生。如果會員的處方藥費用符合「額外幫助」條件，那麼額外幫助方案將負責支付會員每月計劃保費的一部分。如果會員在年度中失去方案資格，則需支付全額的每月保費。請參閱第 2 章第 7 節以瞭解「額外幫助」方案的詳情。

第 1 章：會員入門指南

第 6 節 請將您計劃會員的記錄保持在最新狀態

您的會籍記錄包含投保登記表上的資訊，包括您的住址和電話號碼。其中顯示您的特定計劃保險，包括您的初級保健提供者。

計劃網路內的醫生、醫院、藥劑師和其他提供者需要擁有您的正確資訊。**這些網路內提供者透過您的會員身份記錄，以瞭解您的承保服務、藥物及分攤費用金額**正因如此，請務必確保我們擁有您的最新資訊。

請告知我們以下變更：

- 姓名、住址或電話號碼變更
- 您所擁有的其他健康保險變更 (例如由您的雇主、配偶的雇主、工傷賠償或 Medicaid 所提供的保險)
- 您是否面臨任何責任索賠，例如汽車事故索賠
- 您是否在療養院接受住院治療
- 您是否在服務區外或網路外的醫院或急診室接受治療
- 您指定的責任方 (例如照護者) 是否有變更
- 您是否參與臨床研究 (備註：您無須將您打算參與的臨床研究告訴您的計劃，但我們鼓勵您這樣做)

如果此資訊有任何變更，請致電客戶服務部告知我們。

如果您已經搬家或者郵寄地址變更，請務必與社會安全局聯絡。您可以在第 2 章第 5 節找到社會安全局的電話號碼和聯絡資訊。

第 7 節 其他保險與我們的計劃如何協作

其他保險

Medicare 要求我們收集關於您擁有的其他醫療或藥物保險的資訊。這是因為我們必須將計劃福利與您擁有的其他保險進行協調。這稱為**福利協調**。

我們每年都會寄給您一封信，列出我們所知道的其他醫療或藥物保險。請仔細閱讀這些資訊。如果資訊正確，您無需採取任何行動。如果資訊錯誤或其中未列出您所擁有的其他保險，請致電客戶服務部。您可能需要將您的計劃會員 ID 號碼告知您其他的保險公司 (當您確定應負責給付的保險公司)，以便按時準確地支付帳單。

如果您有其他保險 (例如雇主團體健康保險)，Medicare 設有決定本計劃或您的其他保險先給付的相關規定。先給付的保險稱為「主要承保方」，最多給付至該保險的限額。之後給付的保險稱為「次要承保方」，只給付主要承保方未承保的其他費用。次要承保方可能不會給付所有未承保的費用。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。

這些規定適用於雇主或工會團體醫療保險計劃：

- 如果您有退休人員保險，則 Medicare 會先給付。

第 1 章：會員入門指南

- 如果您的團體醫療保險計劃是基於您或某家庭成員的目前的工作，誰先支付取決於您的年齡、您的雇主所雇用的人數，以及您是否因年齡、殘疾或末期腎臟病 (ESRD) 而享有 Medicare：
 - 如果您身體殘障但未滿 65 歲，而您或您的家人仍在工作，且雇主擁有 100 名以上的僱員，或至少一名參與多雇主計劃的雇主有超過 100 名的僱員，那麼您的團體健康保險計劃先給付。
 - 如果您已年滿 65 歲，而您或您的配偶仍在工作，且雇主擁有 20 名以上的僱員，或至少一名參與多雇主計劃的雇主有超過 20 名的僱員，那麼您的團體健康保險計劃先給付。
- 如果您因為末期腎臟病 (ESRD) 而享有 Medicare，在您符合 Medicare 資格後的前 30 個月，您的團體健康保險計劃先給付。

這類保險通常先給付與以下各類型相關的服務：

- 無過失保險 (包括汽車保險)
- 責任險 (包括汽車保險)
- 黑肺病補助津貼
- 工傷賠償

Medicaid 和 TRICARE 從來不會先給付 Medicare 承保的服務。它們只會在 Medicare 及/或雇主團體健康保險計劃給付之後再行給付。

第 2 章： **重要的電話號碼與資源**

第 1 節 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 聯絡方式

(如何與我們聯絡，包括如何與客戶服務部聯絡)

如何聯絡計劃客戶服務部

如果您需要獲得索賠、帳單或會員卡問題方面的協助，請致電或致函 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 客戶服務部。我們非常樂意幫助您。

方法	客戶服務部 - 聯絡資訊
電話	1-800-457-4708 這是一支免費服務電話。您可以每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點致電給我們。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電可能會由我們的自動電話系統接聽。 客戶服務部也為不講英語的人士提供免費的口譯服務。
TTY	711 這個號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
傳真	1-877-837-7741
寫信	Humana P.O.Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	Humana.com/customer-support 在美國東部標準時間週一至週五，上午 8 點至下午 8 點，您可以透過 Humana.com 即時交談。

當您要求醫療照護保險決定或上訴時，如何聯絡我們

保險決定是我們對您的福利和保險，或針對您的醫療服務或 D 部分處方藥我們給付的金額所作的決定。上訴是正式要求我們重新審查並變更已作出的保險決定。請參閱第 9 章 (如果您遇到困難或想要投訴 (保險決定、上訴、投訴) 該怎麼做)，以瞭解針對醫療照護或 D 部分處方藥要求保險決定或上訴的更多資訊。

方法	醫療照護或 D 部分處方藥的承保決定及上訴 - 聯絡資訊
電話	1-800-457-4708；請致電 1-866-737-5113 要求快速 (加速) 保險決定 這是一支免費服務電話。您可以每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點致電給我們。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電可能會由我們的自動電話系統接聽。
TTY	711 這個號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。

方法	醫療照護或 D 部分處方藥的承保決定及上訴 – 聯絡資訊
傳真	1-888-200-7440 號碼僅供加速保險決定使用
寫信	Humana P.O.Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	Humana.com/medicare-support/member-guidelines/exceptions-and-appeals 在美國東部標準時間週一至週五，上午 8 點至下午 8 點，您可以透過 Humana.com 即時交談。

當您對醫療照護服務提出投訴時，如何聯絡我們

您可以對我們或我們的網路內提供者或藥房提出投訴，包括對您的保健服務品質的投訴。此類投訴不涉及保險或付款爭議。關於對醫療照護提出投訴，詳細資訊請參閱第 9 章 (如果您遇到困難或想要投訴 (保險決定、上訴、投訴) 該怎麼做)。

方法	醫療照護的投訴 – 聯絡資訊
電話	1-800-457-4708 這是一支免費服務電話。您可以每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點致電給我們。如需加速處理申訴，請撥打 1-800-867-6601。
TTY	711 這個號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
傳真	1-888-556-2128
寫信	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O.Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
Medicare 網站	您可以直接向 Medicare 提交關於 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的投訴。要向 Medicare 提交線上投訴，請造訪： www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

如何要求我們支付您所獲得的醫療照護或藥物的費用

如果您收到您認為我們應該支付的服務帳單或支付的費用 (例如服務提供者帳單)，您可能需要要求我們償還費用或支付提供者帳單。請參閱第 7 章 (要求我們給付您所收到的承保醫療服務或藥物的帳單)。

請注意：如果您向我們提出付款要求，而我們拒絕任何一部分的要求，您可以對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章 (如果您遇到困難或想要投訴 (保險決定、上訴、投訴) 該怎麼做) 以瞭解更多資訊。

方法	付款要求 - 聯絡資訊
電話	1-800-457-4708 這是一支免費服務電話。您可以每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點致電給我們。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電可能會由我們的自動電話系統接聽。
TTY	711 這個號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
寫信	Humana P.O.Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	Humana.com 在美國東部標準時間週一至週五，上午 8 點至下午 8 點，您可以透過 Humana.com 即時交談。

第 2 節 Medicare (如何直接從 Medicare 方案獲得幫助和資訊)

Medicare 是聯邦健康保險計劃，適用於 65 歲或以上的老年人、有些 65 歲以下患有殘疾的人，以及患有末期腎臟病的人 (需要洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭)。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (有時也稱為「CMS」)。此機構與 Medicare 優勢組織簽有合約，包括我們在內。

方法	Medicare - 聯絡資訊
電話	1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227 這是一支免費服務電話。 全年無休。
TTY	1-877-486-2048 這個號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。
網站	www.medicare.gov 這是 Medicare 的官方政府網站。此網站提供關於 Medicare 的最新資訊以及目前的問題。其中包括醫院、療養院、醫生、家庭保健機構和透析機構的資訊。您可以直接從電腦列印網站上的文件。也可以找到您所在州的 Medicare 聯絡人。

方法

Medicare - 聯絡資訊

Medicare 網站也利用以下工具，提供關於您的 Medicare 資格及投保選擇的詳細資料：

- **Medicare 資格工具：**提供是否符合 Medicare 資格的資訊。
- **Medicare 計劃尋找器：**提供您所在地區可供選擇的 Medicare 處方藥計劃、Medicare 健康計劃及差額保險 (Medicare 補充保險) 的個人化資訊。這些工具可以提供估算，計算您投保不同的 Medicare 計劃的自付費用。

您也可以利用此網站向 Medicare 投訴 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)：

- **向 Medicare 提出投訴：**您可以直接向 Medicare 提交關於 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的投訴。如需向 Medicare 提交投訴，請造訪：
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會審慎處理您的投訴，並且會利用此項資訊協助改善 Medicare 計劃的品質。

如果您沒有電腦，您當地的圖書館或老人中心或許能提供電腦協助您造訪網站。或者，您可以致電 Medicare 並告知您所需要的資訊。他們可以在網站上找到資訊，並與您一起檢閱資訊。(您可以隨時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 致電 Medicare，全年無休。聽障人士請致電 1-877-486-2048。)

第 3 節

州健康保險協助方案

(針對您有關 Medicare 的疑問，免費提供協助、資訊和解答)

州健康保險協助方案 (SHIP) 是一項政府方案，在各州有受過培訓的顧問。您可在此文件背面的「附錄 A」中，找到您所在州健康保險協助方案 (SHIP) 的聯絡資訊。

州健康保險協助方案 (SHIP) 是由聯邦政府撥款的一項獨立 (與任何保險公司或健康計劃無關) 州方案，為聯邦健康保險會員提供免費的當地健康保險諮詢。

州健康保險協助方案 (SHIP) 顧問可以幫助您瞭解您的 Medicare 權利、對醫療照護或治療方法提出投訴、解決 Medicare 帳單的問題。州健康保險協助方案 (SHIP) 顧問也可以幫助您排除 Medicare 的相關疑問或問題，協助您瞭解 Medicare 計劃選擇，並解答更換計劃的問題。

獲得州健康保險協助方案 (SHIP) 及其他資源的方法：

- 造訪 www.medicare.gov
- 點按首頁中間的「Talk to Someone」(與某人交談)
- 您現在有下列選項
 - 第 1 種方式：您可以與 1-800-MEDICARE 代表進行即時交談
 - 第 2 種方式：您可以從下拉式功能表中選擇您的州，然後點按「前往」。您將會前往包含您所在州的電話號碼和資源的頁面。

第 2 章：重要的電話號碼和資源**第 4 節 品質改進組織**

每個州都有專為提供 Medicare 受益人服務的品質改進組織。您可在此文件背面的「附錄 A」中找到您所在州品質改進組織 (QIO) 的聯絡資訊。

品質改進組織 (QIO) 由 Medicare 出資的醫生和其他專業醫護人員組成，負責查核並幫助改善 Medicare 的醫療保健品質。品質改進組織 (QIO) 是一個獨立的組織。與我們的計劃沒有關聯。

如果有以下情況，您應與您的品質改進組織 (QIO) 聯絡：

- 您對所獲得的照護品質提出投訴。
- 您認為住院治療的保險過早結束。
- 您認為家庭健康護理、專業護理機構照護或綜合門診復健設施 (CORF) 的服務過早結束。

第 5 節 社會安全局

社會安全局負責判斷您是否符合資格及處理 Medicare 的登記投保。年滿 65 歲以上、身體殘障或患有末期腎臟病且符合特定條件的美國公民和合法永久居民，即有資格投保 Medicare。如果您已經在領取社會安全局支票，便會自動登記投保 Medicare。如果您並未領取社會安全局支票，則必須登記投保 Medicare。您可以致電社會安全局，或拜訪當地的社會安全局辦事處，以申請 Medicare。

社會安全局也負責決定哪些高收入者，需要為 D 部分藥物保險支付額外費用。如果您收到社會安全局來信告知您需要支付額外費用，但您對此金額存有疑問，或者由於生活中發生重大事件導致您的收入減少，您可以致電社會安全局要求重新考慮。

如果您已經搬家或者郵寄地址變更，請務必通知社會安全局。

方法	社會安全局 - 聯絡資訊
電話	1-800-772-1213 這是一支免費服務電話。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。 您可以每天 24 小時，隨時使用社會安全局的自動電話服務，獲得錄音資訊並辦理一些業務。
TTY	1-800-325-0778 這個號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。 服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。
網站	www.ssa.gov

第 6 節 Medicaid

若要投保這個雙重資格特殊需求計劃，您必須投保 Medicare，且同時必須獲得紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的特定層級協助。(請參閱第 1 章第 2.1 節「我們的計劃要求之特殊資格規定」，以瞭解本計劃的特定要求。)

Medicaid 是聯邦政府和州政府的聯合方案，幫助收入及資源有限的特定人士支付醫療費用。

完整福利雙重資格 (FBDE)：可提供財務協助以支付 Medicare A 部分保費，和/或 Medicare B 部分保費與其他分攤費用 (如免賠額、共保額和共付額)，並提供完整的 Medicaid 福利。

此外，Medicaid 也提供某些方案，幫助 Medicare 會員支付其 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些「Medicare 費用節省方案」每年都幫助收入和資源有限的人士節省費用：

- **符合資格的 Medicare 受益人 (QMB)：**幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用 (例如免賠額、共保額和共付額)。(某些擁有 QMB 資格的人士也有資格獲得全部 Medicaid 福利 (QMB+)。)

若您對於從 Medicaid 所獲得的協助有任何疑問，請聯絡紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid)。

您可在本文件背面的「附錄 A」中找到紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的聯絡資訊。

紐約州老年長期護理監察員辦公室可協助人們取得療養院的相關資訊，並解決療養院與住民或其家人之間的問題。

方法	紐約州老年長期護理監察員辦公室 - 聯絡資訊
電話	1-855-582-6769
TTY	TTY：711 這個號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。
網站	https://aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

第 7 節 處方藥費用援助方案資訊

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，也有其他可協助的方案，如下所述。

Medicare 的「額外幫助」方案

因為您符合 Medicaid 合格資格，所以您有資格獲得 Medicare 的「額外幫助」，以支付您的處方藥計劃費用。您不必採取任何進一步的行動即可獲得此「額外幫助」。

如果您對「額外幫助」有疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士請致電每週 7 天、每天 24 小時服務的專線：1-877-486-2048 (申請)；
- 請於週一至週五上午 8 時至下午 7 時致電社會安全局：1-800-772-1213。聽障人士請致電 1-800-325-0778；或

第 2 章：重要的電話號碼和資源

- 您的州 Medicaid 辦事處 (若適用) (請參閱本章第 6 節以取得聯絡資訊)。

如果您認為您去藥房領取處方藥時所繳付的分攤費用金額不正確，我們的計劃有既定的流程，可讓您要求協助您取得適當共付額水準證明，或者向我們提供您已經握有的證明。

- 如果您已經有可證明您符合「額外幫助」資格的文件，下次您前往藥房領取處方時也可出示該文件。您可以使用下列任一文件向我們證明，或在藥房作為證明使用。

您具備「額外幫助」資格的證明

- 您的紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 卡副本，上面註明您的姓名和開始符合「額外幫助」資格的日期。日期必須在去年七月或之後。
- 社會安全局的來函可證明您的「額外幫助」資格。這封信可能稱為「重要資訊」、「酬賓獎勵信函」、「變更通知」或「行動通知」。
- 社會安全局的來函可證明您接受補充安全收入。如為此情況，則也符合「額外幫助」的資格。

證明您擁有有效的紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 資格

- 任何州文件副本或任何從州系統取得的影本，可證明您有效的 Medicaid 資格。顯示的有效日期必須是去年七月或以後的時間點。

享有 Medicaid 支付以入住醫療設施的證明

您在醫療設施停留的期間必須至少滿一個月，且必須在去年七月或之後。

- 醫療機構開立的付款明細上會顯示 Medicaid 的支付
- 任何州文件副本或任何從州系統取得的影本，可證明 Medicaid 為您支付款項

如果您已先在藥房出示上列任一文件作為證明，請同時將副本寄送給我們。請將文件寄至：

Humana
P.O.Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

- 我們收到顯示您共付額水準的證明之後，將會更新系統，下次您在藥房購買處方藥時，即可支付正確的共付額。我們將會補償您支付的超額共付額。我們會寄一張超額支付金額的支票給您，或抵消將來的共付額。如果藥房尚未向您收取共付額，而是讓您積欠這筆費用，我們可能直接付款給藥房。如果您所在的州已經代表您付款，則我們可能會直接付款給該州。如您有任何問題，請聯絡客戶服務。

如果您有州立藥物協助計劃 (SPAP) 保險時會怎樣？

許多州和美屬維京群島提供處方費用，藥物計劃保費和/或其他藥物費用的幫助。如果您投保州立藥物協助方案 (SPAP)，或者任何其他為 D 部分藥物提供承保的方案（「額外幫助」除外），您仍然能獲得承保品牌藥物的 70% 折扣。同時，計劃在保險缺口階段將給付品牌藥物 5% 的費用。70% 的折扣和計劃所給付的 5% 將適用於任何州立藥物協助計劃或其他保險給付之前的藥物費用。

如果您有愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 保險時會怎樣？

什麼是愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)？

第 2 章：重要的電話號碼和資源

愛滋病藥物協助方案 (ADAP) 旨在幫助符合 ADAP 資格 HIV/AIDS 患者獲得拯救生命的 HIV 藥物。Medicare D 部分處方藥如果也涵蓋於 ADAP 處方列表中，透過您所在州的 ADAP 方案，可符合處方藥分攤費用的條件。**備註：**如要符合您所在州運作的 ADAP 條件，個人必須符合特定標準，包括您居住州的證明和 HIV 狀況、由該州界定為低收入以及無保險/保險不足的情況。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 登記投保工作人員，以便您能夠繼續獲得協助。如需資格條件、承保藥物或如何投保計劃的資訊，請致電您所在州的 ADAP。您可在本文件背面的「附錄 A」中找到愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 的聯絡資訊。

州立藥物協助計劃 (State Pharmacy Assistance Programs)

許多州都設有州立藥物協助計劃，根據財務需要、年齡、醫療狀況或殘障來幫助某些人支付處方藥費用。每個州對於為其會員提供藥物保險的規定各有不同。

您可在本文件背面的「附錄 A」中找到您所在州立藥物協助計劃 (SPAP) 的聯絡資訊。

第 8 節 如何聯絡鐵路退休委員會

鐵路退休委員會是獨立的聯邦機構，管理全國鐵路工人及其家人的全面福利計劃。如果您透過鐵路退休委員會獲得 Medicare，請務必讓他們知道您已經搬家或者郵寄地址變更。如果您對鐵路退休委員會的福利有疑問，請聯絡該機構。

方法	鐵路退休委員會 - 聯絡資訊
電話	1-877-772-5772 這是一支免費服務電話。 如果按「0」，您可以在週一、週二、週四和週五上午 9 點至下午 3 點 30 分，以及週三上午 9 點至中午 12 點與 RRB 代表談話。 如果按「1」，您可以每天 24 小時 (包括週末和假日) 隨時使用鐵路退休委員會自動服務專線，並且聆聽預錄資訊。
TTY	1-312-751-4701 這個號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 此電話並非免費服務電話。
網站	rrb.gov/

第 9 節 您是否有雇主提供的「團體保險」或其他健康保險？

如果您 (或您的配偶) 作為本項計劃的一部分從您 (或您配偶的) 雇主或退休人員團體獲得給付，如果您有任何疑問，請致電雇主/工會給付福利管理員或客戶服務部。您可以詢問關於您 (或您的配偶) 的雇主或退休人員健保福利、保費或登記投保期的問題。(本文件封底印有客戶服務部的電話號碼。) 您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227；聽障專線：1-877-486-2048)，詢問有關您在本計劃下的 Medicare 承保問題。

如果您 (或您的配偶) 的雇主或退休團體提供其他處方藥保險，請聯絡**該團體的福利管理員**。福利管理員可以幫助您判斷您目前的處方藥保險是否能與我們的計劃協調配合。

第 3 章：

使用計劃獲得醫療服務

第 3 章：使用計劃獲得醫療服務**第 1 節 計劃會員獲得醫療照護服務須知**

本章解釋使用本計劃獲得承保之醫療照護和其他服務的須知。其中包含一些辭彙定義，並解釋獲得計劃所承保的治療、服務、設備、處方藥和其他醫療照護的必要規定。

如需瞭解我們的計劃所承保的醫療照護的資訊，請利用下一章中的福利表，第 4 章 (醫療福利表，承保範圍)。

第 1.1 節 「網路內提供者」和「承保的服務」是指什麼？

- **「提供者」**是指提供醫療服務與照護的醫生和其他持有州政府執照的專業醫護人員。「提供者」一詞也包括醫院和其他健康照護機構。
- **「網路內提供者」**是指與我們簽訂協議，接受我們的付款作為全額付款的醫生和其他專業醫護人員、醫療團體、醫院和其他醫療照護機構。我們為計劃會員安排了這些提供者來提供承保的服務。我們的網路內提供者會將為您進行的照護帳單直接寄給我們。對於承保的服務範圍內的項目，您在網路內提供者處通常不需要支付任何費用。

如果您的分攤費用受到紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 保護，請參閱第 4 章第 1.1 節以瞭解更多關於 Medicaid 的 Medicare 分攤費用保護的資訊。

- **「承保的服務」**包括本計劃所承保的所有醫療照護、醫療保健服務、必需品、設備和處方藥。您獲得承保的醫療照護服務列在第 4 章的醫療福利表中。第 5 章討論您的處方藥承保服務。

第 1.2 節 獲得本計劃所承保的醫療照護基本規定

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 是一項 Medicare 健康計劃，因此必須承保原有的 Medicare 所承保的所有服務，並且可以提供第 4 章的福利表中的原有的 Medicare 所承保的服務之外的其他服務。

只要符合以下條件，Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 通常會承保您的醫療照護服務：

- **您所獲得的醫療照護列在計劃的醫療福利表中** (請參閱本文件第 4 章)。
- **您所獲得的照護被認為醫療上必要**。「醫療上必要」是指為了預防、診斷或治療相關病情所需，並且符合公認的醫療實踐標準的服務、必需品、設備或藥物。
- **將由一名網路內初級保健提供者 (PCP) 來提供並監督您的照護**。您身為本計劃的會員，必須選擇一名網路內初級保健提供者 (詳情請參閱本章第 2.1 節)。
 - 您的網路內初級保健提供者將協調您從計劃網路內其他提供者獲得的醫療照護，例如專科醫生、醫院、專業護理設施或家庭健康護理機構。但是，不需要轉診也可以從網路內提供者獲得承保的服務。詳情請參閱本章第 2.3 節。
- **您必須接受網路內提供者的照護** (詳情請參閱本章第 2 節)。在大多數情況下，您接受網路外提供者 (不屬於本計劃網路內的提供者) 的照護，該費用將不獲得承保。這表示您必須為提供者的服務支付全部費用。但以下三種情況例外：
 - 本計劃承保由網路外提供者所提供的急診治療或急需服務。詳情請參閱本章第 3 節，並且查看「急診」或「急需服務」的定義。

第 3 章：使用計劃獲得醫療服務

- 如果您需要 Medicare 要求我們的計劃承保的醫療照護，但我們的網路內沒有提供此項照護的專科醫生，您可使用通常在網路內支付的分攤費用，從網路外提供者獲得此項照護。您在向網路外提供者尋求醫療服務前，必須先獲得本計劃的授權。在這種情況下，我們將承保您所獲得的照護，您無須支付任何費用。請參閱本章第 2.4 節，以瞭解如何獲得核准以向網路外醫生求診。
- 當您暫時離開計劃的服務區域，或當您的服務提供者暫時無法提供服務或無法聯絡時，本計劃承保在 Medicare 認證的透析設施接受的腎臟透析服務。您付給本計劃的透析分攤費用，絕不會超過原有的 Medicare 的分攤費用。如果您在計劃的服務區域之外，並從計劃服務網路外的提供者處取得透析，您的分攤費用不得超過您在網路內支付的分攤費用。然而，如果您的一般網路內提供者暫時無法提供透析服務，且您選擇向服務區內的計劃網路外提供者取得服務，則該透析的分攤費用可能會較高。

第 2 節 使用計劃網路內提供者獲得醫療照護**第 2.1 節 您必須選擇一名初級保健提供者 (PCP) 來為您提供並監督您的照護服務****「PCP」是指什麼？能為您做什麼？**

「PCP」是您的初級保健提供者。當您成為本計劃的會員時，您必須選擇一名計劃中的醫生作為您的 PCP。您的 PCP 是符合州政府規定，並經過培訓能為您提供基本醫療照護的醫生。

擁有 PCP 是管理整體身心健康的重要步驟。由於 PCP 是最瞭解您病史的醫生，故能為您提供例行醫療保健和持續的預防保健，讓您盡可能保持健康。如果您需要拜訪專科醫生或取得其他服務，例如：

- X 光
- 化驗室檢驗
- 物理治療
- 專科醫生的服務
- 住院許可
- 後續追蹤治療照護

您的 PCP 可以向其他網路內提供者確認您的照護服務，協助確保您的所有醫療照護皆已經過協調。

您的計劃要求您要有初級保健提供者，但您不需要初級保健提供者的轉診，也能取得其他網路內醫師的服務，或取得下述第 3 章第 2.2 節所列承保的服務。在某些情況下，您的 PCP 需要獲得計劃事先授權（事先核准）。第 4 章更詳細地說明哪些服務需要獲得事先授權。

需要時只要致電您的 PCP 預約即可。為了協助您的 PCP 瞭解您的病史並監督您的所有照護，您可能需要請您之前的醫生，將您過去的病史寄給新的 PCP。

您如何獲得 PCP 的照護？

您通常會在您大多數的例行健康照護需求看到 PCP；然而，可能會有幾種您可自行取得的承保服務，而無須事先聯絡 PCP。請參閱第 3 章第 2.2 節以瞭解詳情。

如果您在正常上班時間之後需要接受例行照護，請在正常上班時間致電給您的 PCP。在正常上班時間之後急診或需要緊急就醫時，請參閱本章第 3.1 節或第 3.2 節。

如何選擇您的 PCP？

當您投保時，您會收到一份提供者名錄，其中包括一份您所在區域的許多 PCP 名單。如果您需要協助尋找或選擇，請致電客戶服務部，或者您隨時可以在 [Humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor) 線上查看最新的清單。

第 3 章：使用計劃獲得醫療服務

若要選擇適合您的 PCP，請致電他們並詢問預約通常需要多久的時間，並確定他們的上班時間您有空。如果您認為有特定的網路醫院您想要使用，您也應該詢問 PCP 是否會使用這些醫院。

當您收到 Humana 會員卡時，PCP 的名稱與電話號碼會印在該卡片上，方便您隨時使用。

更換您的 PCP

您可以隨時以任何理由更換 PCP。此外，您的 PCP 也有可能退出本計劃的提供者網路。如果出現這種情況，您必須尋找一名新的 PCP。

要更換您的 PCP，請致電客戶服務部。我們會確保您的新 PCP 接受新患者，然後將更新的會員卡寄給您。此變更通常會在您打電話後的月份第一天生效。

如果您目前正在看需要您之前 PCP 轉介的專科醫生或任何其他提供者，請務必告知客戶服務部。我們會確保您可以繼續使用任何已核准的服務。

第 2.2 節 未經 PCP 轉診，您可以獲得哪些醫療照護？

您不需要經過 PCP 事先核准即可獲得如下服務。

- 女性例行健康照護，包括乳房檢查、乳房攝影篩檢 (乳房 X 光篩檢)、子宮頸抹片檢查及骨盆腔檢查，但需從網路內服務提供者處獲得這些服務。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗和肺炎疫苗，只要是從網路內提供者取得即可。
- 從網路內或網路外服務提供者處獲得急診服務。
- 急需服務是指非急診服務的承保服務，但前提是網路內提供者暫時無法提供服務或無法聯絡，或投保人離開服務區域時。例如，您在週末需要立即照護。必須立即需要且在醫療上必要的服務。
- 當您暫時離開計劃的服務區時，在 Medicare 認證的透析設施接受的腎臟透析服務。(如有可能，在您離開服務區前，請先告知客戶服務部，這樣我們就能在您離開這段期間，幫助您安排接受維持性透析 (洗腎) 服務。)
- 由網路內提供者所提供之所有承保的預防服務。這些服務在第 4 章醫療福利表中以這個符號標明 🍏
- 本計劃所承保的補充福利。這些服務在第 4 章醫療福利表中以星號 (*) 標明。

第 2.3 節 如何獲得專科醫生或其他網路內提供者的照護

專科醫生是指針對特定疾病或身體某部位問題提供健康照護的醫生。專科醫生有很多類。下面舉出幾個例子：

- 腫瘤專科醫生照護癌症患者
- 心臟專科醫生照護心臟疾病患者
- 骨科專科醫生照護有骨骼、關節或肌肉病症的患者

第 3 章：使用計劃獲得醫療服務

轉診

您無需經由轉診取得承保的服務。

針對某些類型的服務，您的 PCP 可能需要事先獲得本計劃的核准 (這稱為獲得「事先授權」)。請參閱第 4 章第 2.1 節以瞭解哪些服務需要獲得事先授權。

如果專科醫生或其他網路內提供者退出我們的計劃該怎麼做？

年中我們可能會變更您計劃中的醫院、醫生和專科醫生 (提供者)。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您將享有以下概述的某些權利和保護：

- 雖然我們的提供者網路在一年內可能有所變化，但 Medicare 要求我們為您提供不間斷的合格醫生與專科醫生諮詢服務。
- 我們會盡量給予您至少 30 天前的通知，告知您的提供者將離開我們的計劃，讓您有時間選擇新的提供者。
- 我們將協助您選擇新的合格提供者，以繼續管理您的健康照護需求。
- 若您正在接受醫療治療，您有權要求且我們將與您合作，以確保您醫療上必要的治療不會中斷。
- 如果我們的網路內沒有計劃承保服務的合格專科醫生，我們必須在網路外專科醫生提供服務時，以網路內分攤費用承保該服務。需要事先授權才能承保服務。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生將離開您的計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您找到新的服務提供者來管理您的照護。
- 如果您認為我們未能向您提供合格的服務提供者來代替以前的服務提供者，或未能適當管理您的照護，您有權就照護品質向 QID 提出投訴，對計劃提出照護品質投訴，或兩者皆可。請參閱第 9 章。

第 2.4 節 如何獲得網路外提供者的照護

您的網路內 PCP 或本計劃必須事先給予核准，您才可以使用計劃網路外的提供者。這稱為將您「轉診」。請參閱本章第 2.2 節和第 2.3 節，以瞭解無需經由轉診而獲得網路外提供者醫療服務的情況 (例如急診) 的有關詳情。如果您未經轉診 (事先批准) 就向網路外提供者尋求醫療服務，那麼您可能需要自己負擔這些費用。

針對某些類型的服務，您的醫生可能需要事先獲得本計劃的核准 (這稱為獲得「事先授權」)。請參閱第 4 章第 2.1 節，以瞭解哪些服務需要獲得事先授權。

最好讓網路外提供者先向本計劃收費。但是，如果您已支付了承保的服務費用，我們會向您補償我們所承保的服務分攤費用。或者，如果網路外提供者寄帳單給您，但是您認為我們應該給付這筆費用，您可以將帳單送給我們。如果您收到帳單或需要申請給付該怎麼做，請參閱第 7 章 (要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單)。

第 3 章：使用計劃獲得醫療服務

備註：會員有權獲得網路外提供者提供的急診或急需服務。此外，對於前往計劃服務區外且無法找到簽約之 ESRD 提供者的 ESRD 會員，本計劃必須給付其所需之透析服務。

第 3 節 當您需要急診或緊急照護或者身處災難之中時，如何取得承保的服務

第 3.1 節 在您發生緊急醫療情況時取得照護

「緊急醫療情況」是指什麼？如果發生這種情況該怎麼做？

「**醫療緊急看診**」是指您或任何其他具有一般健康和藥物知識的外行人認為您需要立即就醫的醫療症狀，以避免您的生命喪失 (如果您是孕婦且胎死腹中)、肢體或肢體功能受損，或身體功能受損或嚴重損害。病症可能是迅速惡化的疾病、損傷、劇痛或醫療狀況。

如果您遇到緊急醫療情況：

- **儘快尋求幫助。**致電 911 尋求幫助或前往最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您不需要先獲得初級保健提供者的批准或轉診。您不需要使用網路醫生。只要您需要，本計劃承保在美國本土或其領土的任何地方，所發生的所有緊急醫療照護，以及任何具有適當執照的提供者，即使他們不在我們的網路內。
- **請儘快通知本計劃您遇到緊急情況。**我們需要追蹤您的急診治療情況。您本人或其他人通常應該在 48 小時以內致電告知我們您的急診治療。請使用印於本手冊封底的電話號碼致電客戶服務部。

本計劃承保哪些緊急醫療情況？

如果您需要由救護車送往急診室，因為其他任何方式都可能危害健康，則本計劃將承保救護車服務。我們也會承保急診中的醫療服務。

急診醫生將對您進行診斷，以確定您的病情何時穩定，以及何時緊急醫療情況結束。

急診結束之後，您將可獲得後續追蹤治療照護以確保病症穩定。您的醫生將繼續治療您，直到您的醫生與我們聯絡並計劃接受額外的照護。您的後續追蹤治療照護費用將由我們的計劃給付。如果您的急診治療是由網路外提供者提供，那麼當您的病情趨於穩定且情況許可下，我們將會儘快安排改由網路內提供者為您提供照護。

如果不是緊急醫療情況，會怎麼樣？

有時候很難斷定您是否為緊急醫療情況。例如，您自己認為健康問題十分嚴重而決定前往急診治療，但是醫生卻說這並不是緊急醫療情況。即使最終診斷確定並非急診，但是只要您合理相信健康存在嚴重問題，我們也會給付。

但是，如果醫生說您的病情不屬於急診，只有在您透過以下兩種方式之一獲得其他醫療服務時，我們才會給付費用：

- 您接受我們的網路內提供者所提供的額外照護。
- - 或者 - 您接受的護理確實被視為「急需服務」，同時您遵守取得急需護理的相關規定 (詳情請參閱第 3.2 節)。

第 3 章：使用計劃獲得醫療服務**第 3.2 節 當您需要緊急服務時如何獲得醫療照護****「急需服務」是什麼？**

急需服務是指需要立即醫療照護的非急診情況，但在您的情況下，從網路內提供者處獲得這些服務是不可能或不合理的。本計劃必須承保由網路外提供的急需服務。部分急需服務範例為：i) 在週末發生嚴重喉嚨痛，或 ii) 在您暫時離開服務區時，發生無法預料的病症發作。

如果您在計劃的服務區內需要緊急照護該怎么做？

您應一律試著從網路內提供者取得急需服務。然而，如果網路內服務提供者暫時無法提供服務或無法聯絡，並且無法合理地等到網路內服務提供者可以提供服務時再接受照護，我們將承保您從網路外提供者處接受的急需服務。

我們的提供者名錄為您說明您所在區域的網路內急需護理設施地點。您也可以在线上找到這些資訊：[Humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor)。如有其他與急需服務相關的疑問，請致電客戶服務部 (本手冊封底印有電話號碼)。

如果您離開計劃的服務區時需要緊急照護該怎么做？

當您離開計劃的服務區，而且無法獲得網路內提供者的照護時，我們會承保任何照護提供者為您提供的急需服務。

在以下情況下，我們的計劃承保美國境外的全球緊急情況和急需護理服務。如果您在美國及其領土外有急診或緊急護理的需求，您將有責任預先支付這些服務的費用，並向我們要求適當的補償。我們會補償您在美國及其領土之外的網路外急診與急需護理服務，其費率不超過原有的 Medicare 在美國境內您所居住的地方為這類服務所支付的費率。如果我們將支付您，其金額依據任何適用的分攤費用而減少。由於我們補償的費率不會超過原有的 Medicare 會補償的費率，且由於外國提供者收取的服務費用可能比原有的 Medicare 會支付的費用多，因此我們補償的總金額加上適用的分攤費用可能會少於您支付外國提供者的金額。此為選擇性補充保險福利，一般不屬於 Medicare 承保範圍。您必須將付款證明送交 Humana 以獲得補償。詳細資訊請參閱第 4 章 (醫療福利表 (承保範圍))。如果您已支付了承保的服務費用，我們會向您補償我們承保的服務分攤費用。您可以將帳單和病歷寄給我們以供付款參考。如果您收到帳單或需要申請給付該怎么做，請參閱第 7 章 (要求我們攤付您就承保的醫療服務或藥物所收到的帳單)。

第 3.3 節 災難期間的照護

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

請造訪下列網站：[Humana.com/alert](https://www.humana.com/alert)，瞭解如何在災難期間取得所需照護的資訊。

如果您在災難期間無法使用網路內提供者，您的計劃允許您以網路內分攤費用獲得網路外提供者的照護。如果您在災難期間無法使用網路內藥房，您或許可以在網路外藥房購買處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解更多資訊。

第 3 章：使用計劃獲得醫療服務**第 4 節 如果您收到服務的全額帳單該怎麼辦？****第 4.1 節 您可以要求我們給付承保的服務**

如果您已支付承保的服務費用，或您已收到承保醫療服務的帳單，請參閱第 7 章 (要求我們給付您所收到的承保醫療服務或藥物的帳單) 瞭解如何處理此類狀況的資訊。

第 4.2 節 如果服務不在本計劃承保範圍內，該怎麼辦？

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 承保本文件第 4 章醫療福利表中所列的所有醫療上必要的服務。如果您接受不在我們的計劃承保範圍內的服務或從網路外獲得的服務且未經授權，您必須負責支付服務的全額費用。

在您用盡某一類承保的服務其福利限額後，您還需要支付該類承保的服務之全額費用。達到福利限額之後所支付的費用，**不會**計入您的自付額上限。您可以致電客戶服務部以瞭解您目前已經使用的福利限額。

第 5 節 當您參與「臨床研究」時，您的醫療服務費用如何給付？**第 5.1 節 「臨床研究」是指什麼？**

臨床研究 (也稱為「臨床試驗」) 是指醫生和科學家試驗新型的醫療照護，例如試驗新的抗癌藥物效果如何。某些臨床研究已獲得 Medicare 的核准。由 Medicare 核准的臨床研究通常會要求自願者參與研究。

一旦臨床研究獲 Medicare 核准，且您表達意願，而研究工作人員會向您解釋詳情，並確定您是否達到科學家所制定的標準。只要您的情況符合參與研究的標準，**並且**完全瞭解並接受參與研究的內容，您即可參與臨床研究。

如果您參與一項 Medicare 批准的臨床研究，原有的 Medicare 將會給付研究涉及的大部分承保服務費用。如果您告訴我們您正在接受合格的臨床試驗，那麼您只需為該試驗中的服務支付網路內分攤費用。例如，如果您已支付原有的 Medicare 分攤費用金額，我們會補償您支付的費用與網路內分攤費用之間的差額。但是，您需要提供文件，提供您的支付金額給我們。在您參與臨床研究時，您也可以繼續投保我們的計劃，接受其他的照護 (與臨床研究無關的照護)。

在展開臨床研究的治療部分之前，紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 要求先採取額外的步驟。為確保與臨床研究相關的分攤費用是在承保範圍內，請與您的醫療提供者和臨床研究團隊一起檢閱這些要求。如果您或您的提供者未完成此要求，您將負責支付臨床研究所涵蓋之治療的分攤費用。有關此要求的更多資訊，請洽詢紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid)。您可在此文件背面的「附錄 A」中找到聯絡資訊。

如果您想參與 Medicare 批准的臨床研究，您不需要通知我們，或是獲得我們或初級保健醫生的同意。進行臨床研究試驗的醫生也不需要是我們計劃的提供者網路內的醫生。

雖然您不需要獲得我們的計劃同意，也可以參與臨床研究，但我們鼓勵您在選擇參與 Medicare 合格臨床試驗時，提前通知我們。

如果您參與的研究未經 Medicare 或我們的計劃批准，您必須自行負責支付參與研究的所有費用。如果您參與我們計劃批准但紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 未批准的研究，您必須自行負責支付參與研究的所有分攤費用。

第 5.2 節 當您參加臨床研究時，由誰支付哪些服務？

您參加 Medicare 核准的臨床研究之後，您在試驗中獲得的原有的 Medicare 承保例行醫療項目和服務費用將獲得給付，包括：

第 3 章：使用計劃獲得醫療服務

- 即使未參與臨床研究，Medicare 也會給付的住院或病床食宿費用。
- 臨床研究所試驗的一次處置或其他醫療程序。
- 新照護所產生副作用和併發症的治療費用。

在 Medicare 支付這些服務的分攤費用之後，我們的計劃將支付剩餘部分。如果您在臨床研究中的治療已獲得紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的批准，如同所有承保的服務，您在臨床研究中所獲得的承保服務，您將不須支付任何費用。如果您在臨床研究中的治療未獲得紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的批准，您可能需要自行支付適用於分攤費用的任何金額。請參閱本章第 5.1 節，或聯絡紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid)，瞭解 Medicaid 對臨床研究之治療給付規定的更多資訊。您可在此文件背面的「附錄 A」中找到聯絡資訊。

當您參加臨床研究時，**Medicare 和我們的計劃都不會給付任何以下費用：**

- 一般來說，即使您沒有參與臨床試驗，Medicare 也不會給付測試中的新醫療項目或服務費用，除非 Medicare 同意承保。
- 只為收集資料而非直接用於健康照護的項目或服務。例如，如果您的健康狀況通常只需要進行一次 CT 掃描，那麼 Medicare 便不會給付為了研究而進行的每月 CT 掃描費用。

想瞭解更多嗎？

您可以閱讀或下載公布在 Medicare 網站上的出版物「Medicare 與臨床研究試驗」，以瞭解關於參加臨床研究試驗的更多資訊。(出版物公佈於：

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)，這裡全年無休提供服務。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

第 6 節 獲得「宗教性非醫療保健機構」提供承保的醫療照護的規定

第 6.1 節 宗教性非醫療保健機構是指什麼？

非醫療宗教健康照護機構是一種醫療機構，能夠提供照護，以治療通常由醫院或專業護理設施進行治療的病症。如果會員因為宗教信仰而不能在醫院或專業護理設施接受治療，我們也會承保您在非醫療宗教健康照護機構所接受的醫療服務。這部分福利僅適用於 A 部分的住院服務 (非醫療健康照護服務)。

第 6.2 節 接受非醫療宗教健康照護機構提供的照護

要獲得非醫療宗教健康照護機構的照護，您需要簽署一份法律文件，表明您反對接受「非強制」醫療治療。

- 「非強制」醫療照護或治療是指本人自願、並非依照任何聯邦、州和地方法律規定而進行的醫療照護或治療。
- 「強制」醫療治療是指並非本人自願而是依照聯邦、州和地方法律規定而進行的醫療照護或治療。

您在非醫療宗教健康照護機構接受的醫療服務必須符合以下條件，才能獲得我們的計劃承保：

- 該機構必須經由 Medicare 認證。
- 本計劃承保的醫療服務僅限於非宗教性的醫療照護。
- 如果您在此機構接受其醫療服務，將適用以下情況：
 - 您的病症使您符合接受住院護理或專業護理機構照護所提供承保服務的規定。
 - 同時 - 在設施收治您入院前，您應先獲得計劃批准，否則我們將不給付住院開支。

適用 Medicare 住院醫院給付範圍限制 (請參閱第 4 章的 Medicare 福利表)。

第 7 節 耐用醫療設備的所有權規定

第 7.1 節 您在我們的計劃中支付一定金額之後，是否能擁有耐用醫療設備？

耐用醫療設備 (DME) 包括服務提供者訂購在家中使用的氧氣設備和用品、輪椅、助行器、動力床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音合成裝置、IV 輸液幫浦、噴霧器和醫院病床等物品。會員永遠擁有特定項目，例如義肢。在本節中，我們討論您必須租用的 DME 類型。

原有的 Medicare 規定，患者租用某種 DME 並連續支付 13 個月的共付額之後，即可擁有特定設備。然而，身為 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃的會員，在您作為本計劃會員的期間，無論您為項目支付多少共付額，您通常都無法擁有租賃的 DME 項目，即使您在加入我們的計劃之前，在原有的 Medicare 為 DME 項目支付連續 12 次的共付額也是如此。在特定有限情況下，我們會將 DME 項目的所有權轉讓給您。請致電客戶服務部以瞭解詳情。

如果您轉換到原有的 Medicare，您應如何處理所支付的耐用醫療設備費用？

如果您在投保本計劃期間沒有獲得 DME 項目的所有權，則在轉入原有的 Medicare 之後，仍需再連續支付 13 次共付額才能擁有該項目。投保您的計劃時所支付的費用不計入。

範例 1：您在原有的 Medicare 中為該項目連續支付 12 次以下費用，然後加入我們的計劃。您在原有的 Medicare 中支付的款項不會計入。您必須先支付 13 次費用至我們的計劃，然後才可擁有該項目。

範例 2：您在原有的 Medicare 中為該項目連續支付 12 次以下費用，然後加入我們的計劃。您在我們的計劃中，但在我們的計劃中沒有獲得所有權。然後您回到原有的 Medicare。再次加入原有的 Medicare 後，您必須連續支付 13 次新的費用以擁有該項目。所有先前的費用 (無論是我們的計劃還是原有的 Medicare) 不計入。

第 7.2 節 有關氧氣設備、用品和維護的規定

您有權享有哪些氧氣設備福利？

如果您符合 Medicare 氧氣設備承保資格，Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 就會承保以下項目：

- 氧氣設備租賃
- 氧氣與含氧內容物的供應
- 輸送氧氣與含氧內容物所需管路以及相關氧氣配件
- 維護和修理氧氣設備

如果您離開 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 或醫療上不再需要氧氣設備，則氧氣設備必須退還。

如果您離開計劃，回到原有的 Medicare 會怎麼樣？

原有的 Medicare 要求氧氣供應商提供您五年的服務。您租用設備的前 36 個月期間。供應商提供設備和維護的剩餘 24 個月 (您仍需負責支付氧氣的共付額)。五年後，您可以選擇留在同一家公司，或去另一家公司。此時，即使您繼續留在同一家公司，五年週期仍會再次開始，您必須支付前 36 個月的共付額。如果您加入或退出我們的計劃，五年期將重新開始。

第 4 章：

醫療福利表 (承保範圍)

第 1 節 瞭解承保的服務

本章提供一份醫療福利表，其中列出您身為 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員的承保服務。您可在本章後段找到一些不在承保範圍內的醫療服務資訊。它也說明特定服務的限制。以及本章福利表中某些補充保險福利的排除情況和限制條件。

第 1.1 節 您無需為受到承保的服務支付任何費用

如果您接受紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的協助，只要您遵守本計劃中有關取得照護的規定，您即無需為承保的服務支付任何費用。(請參閱第 3 章以瞭解本計劃為您提供照護的相關規定詳細資訊。)

您的提供者可選擇向紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 提交申請，以考慮對適用於免賠額、共保額或共付額的金額進行額外的次要付款。如果您受到分攤費用的保障，聯邦法規要求提供者接受 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的主要付款和紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的次要付款，作為承保的 Medicare A 部分和 B 部分服務的全額付款，即使 Medicaid 的支付款項為零，或是提供者選擇不向 Medicaid 請款也是如此。

如果您的分攤費用受到紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的保障，則 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 提供者不得向您收取 Medicare A 部分和 B 部分承保服務和項目的費用，包括免賠額、共保額和共付額，即使 Medicaid 的支付款項為零，或是提供者選擇不向 Medicaid 請款也是如此。如果服務提供者要求您支付這筆費用，則違反法律。但是，您可能需要負擔小額 Medicaid 共付額。

如果您享有分攤費用的保護，而且您必須支付或被要求支付提供者 Medicare A 部分和 B 部分承保服務的免賠額、共保額或共付額，告知您的提供者您受到分攤費用保護，且不會向您收取分攤費用。若您已付款，您有權辦理退款。如果您的服務提供者不停止開立帳單，您可以致電客戶服務部，或者您也可以致電 Medicare：1-800-Medicare (1-800-633-4227)、(聽障專線 1-877-486-2048)。客戶服務部或 Medicare 可以要求您的服務提供者停止向您開立帳單，並退還您所支付的任何款項。

第 1.2 節 您最多為 Medicare A 部分和 B 部分承保的醫療服務支付多少費用？

備註：由於我們的會員也從紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 取得協助，所以極少會員曾達到此自付額上限。對於承保的 A 部分和 B 部分服務，您無需支付超出最大自付費用的任何自付費用。

由於您投保 Medicare 優勢計劃，您每年僅需針對 Medicare A 部分和 B 部分承保的醫療服務支付一定限額的自付費用。此限制稱為醫療服務的最大自付費用 (MOOP) 金額。至 2023 年的日曆年，此金額為 **\$8,300** (網路內)。

您為被承保的服務所支付的共付額及共保額計入最大自付費用。您為您的計劃所支付的保費金額及支付您的 D 部分處方藥的金額不計入您的最大自付費用。此外，您為某些服務所支付的金額，並不計入最大自付費用。這些服務在醫療福利表中會以星號標示。如果您已達到最大自付費用 **\$8,300**，那麼在本年度結束以前，將不必為任何承保的 A 部分和 B 部分服務支付自付費用。然而，您必須繼續支付計劃保費及 Medicare B 部分保費 (除非 B 部分保費由紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 或第三方支付)。

第 2 節 利用醫療福利表來瞭解承保的服務

第 2.1 節 您身為本計劃會員所享有的醫療福利

以下幾頁的醫療福利表列出了 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 承保的服務。第 5 章為 D 部分處方藥保險。僅當醫療福利表中所列的醫療服務符合下列承保規定時才會被承保：

第 4 章：醫療福利表 (承保範圍)

- 您享有的 Medicare 承保服務必須遵守 Medicare 所制定的保險規範。
- 您的服務 (包括醫療照護、服務、必需品、設備及 B 部分處方藥) 必須是醫療上必要。「醫療上必要」是指為了預防、診斷或治療相關病情所需，並且符合公認的醫療實踐標準的服務、必需品或藥物。
- 您獲得網路內提供者的醫療照護。在大多數情況下，除非是緊急或急需護理，或您的計劃或網路內提供者已提供轉診，否則由網路外提供者所提供的照護無法獲得承保。這表示您必須為提供者的服務支付全部費用。
- 您將由一名初級保健提供者 (PCP) 來為您提供並監督您的照護。在大多數情況下，您需要得到 PCP 的預先核准，才能去看計劃網路內的其他提供者。這稱為批准「轉診」。然而，網路內服務不需要轉診。
- 醫療福利表中所列的某些服務只有當您的醫生或其他網路內提供者預先獲得我們的核准 (有時也稱為「事先授權」) 才能獲得承保。需要事先批准的承保服務在醫療福利表中以註腳的形式標記。另外，醫療福利表中沒有提到的下列服務也需要獲得事先授權：

➢ 預授權名單請參閱網站：[Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)

關於我們保險的其他重要須知：

- 您同時由 Medicare 和 Medicaid 承保。Medicare 承保醫療照護與處方藥。適用於任何從紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 獲得費用分攤協助的人士，Medicaid 會給付您的 Medicare 服務分攤費用，包含計劃醫療免賠額與分攤費用，以及 Medicare A 部分與 B 部分的保費、免賠額及分攤費用。紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 也可能涵蓋 Medicare 未承保的服務。
- 就像所有 Medicare 健保計劃一樣，我們承保原有的 Medicare 所承保的所有服務項目。(請查閱您的《2023 年 Medicare 與您》手冊，以瞭解原有的 Medicare 的承保範圍和費用。您可以在線上查閱：www.medicare.gov，或每週 7 天、每天 24 小時隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊副本。聽障人士請致電 1-877-486-2048。)
- 您無需額外付款即可享有原有的 Medicare 提供的所有免費預防服務。
- 如果 Medicare 在 2023 年期間增加任何新服務承保範圍，這些服務將由 Medicare 或本計劃承保。
- 如果您在本計劃視為持續符合資格的六個月內，我們將繼續提供所有 Medicare 優勢計劃承保的 Medicare 福利。然而，在這段期間，您可能需要按照您的「額外幫助」層級支付 D 部分保費和 D 部分分攤費用。此外，根據您的紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 資格層級，您可能也需要負責 Medicare A 部分和 B 部分的保費。在這段期間，我們將繼續承保您的 Medicare 優勢計劃所承保的分攤費用部分。在此期間，Medicare 基本和補充福利的 Medicare 分攤費用金額不變。

只要您符合以上所述的承保要求規定，即無需為福利表所列的服務支付任何費用。請務必向提供者出示您的紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) ID 卡以及 Humana 會員卡，讓他們知道您可能享有額外承保範圍。您的服務先由 Humana 支付，然後再由紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 支付。

適用於所有參加健康及醫療保健計劃 (WHP) 服務的投保人的重要福利資訊

- 您符合下列 WHP 服務的資格，包括預先護理規劃 (ACP) 服務：
 - 記錄您所重視的事物，才能在您生重病不能為自己發聲時獲得所需的護理。
 - 身為 Humana 會員，您可以存取名為 MyDirectives® 的線上預先照護計劃指南。此資源可協助您建立預先醫療指示，讓您可以結合下列元素：

第 4 章：醫療福利表 (承保範圍)

- > 生前遺囑
 - > 醫療委任授權書
 - > 放棄急救同意書
 - > 器官捐贈表
- 您可以在 MyDirectives® 上建立自己的數位照護計劃，甚至包括視訊和音訊檔案。如果您已經準備好這些文件，您可以在此儲存和分享。MyDirectives® 每週七天、每天 24 小時皆可供您和您指定的醫療服務提供者使用。您可以依您健康狀態或意願變更隨時新增新資訊。
 - 若要開始使用，請造訪 **Humana.com** 並登入 MyHumana。前往「MyHealth」索引標籤，然後在「您的健康支援」一節中選取「MyDirectives®」。
 - 此外，如果您現在符合某些健康狀況，或是未來您的健康狀態改變，Humana 會與您聯絡。臨床工作者或社會工作者會提供支援，確保您備有預先醫療指示，並能與您的家人和醫師分享。健康與醫療保健規劃或預先護理規劃等計劃皆為自願參與，且您可隨時拒絕此服務。

具有「額外幫助」資格的投保人之重要福利資訊：

- 如果您獲得「額外幫助」來支付 Medicare 處方藥方案費用，例如保費、免賠額和共保額，則您可能符合資格，可享有其他針對性補充福利及/或針對性分攤費用降價。
- 請前往第 4 章的醫療福利表以取得進一步的詳細資訊。

 您會在福利表中的預防服務旁看到這個蘋果。

*** 您會在醫療福利表中的補充福利旁看到這個星號。**

請參閱本章第 1.1 節以瞭解紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 分攤費用保障的資訊。

醫療福利表	
您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
*\$0 Rx 共付額福利 \$0 共付額是針對取得處方藥費用「額外幫助」的會員，其處方列表、所有等級以及所有藥物階段內所有 Medicare 承保的 D 部分處方藥。	網路內： \$0 共付額 Medicare 承保的 D 部分處方藥
 腹部主動脈瘤篩檢 高危險人群的單次超音波篩檢。您必須有特定風險因素，並且獲得醫生、醫生助理、護理師或臨床護理專家的轉診書，本計劃才會給付這項篩檢服務。	網路內： 符合此預防篩檢的會員無需支付共保額、共付額或免賠額。
慢性下背部疼痛針灸 承保的服務包括： 在以下情況，Medicare 受益人每年最多 20 次就診： 此福利針對慢性下背部疼痛的定義為： • 持續超過 12 週或以上； • 非特異性，無法辨識的全身性原因 (即與轉移性疾病、發炎性疾	網路內： Medicare 承保的針灸服務 \$0 共付額 - 專科醫生診所

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
病、傳染病、疾病等無關)； • 與手術無關；且 • 非懷孕相關。 您的計劃也允許您接受有執照可執行針灸的提供者或符合原有的 Medicare 提供者要求的提供者之服務。 可能受事先授權規定的限制。	
*例行針灸服務 針灸是插入並操作針頭於 身體上的各位穴位，以緩解疼痛或達到醫療上必要的治療目的的程序。 每個日曆年度您可享有最多 25 次就診。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： <u>例行針灸</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所
過敏注射和血清 醫療上必要時承保過敏注射和血清。	網路內： <u>過敏注射和血清</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所
救護車服務 • 承保的救護車服務，包括固定翼、旋轉翼和地面救護車服務，把病患送到最近且適合提供醫療照護服務的設施機構。但是，僅當會員因病情限制不能使用其他交通工具 (可能危及此人的健康)，或在本計劃授權的情況下，才能使用此服務。 • 如果記錄表明會員因病情所致，使用其他交通工具可能危及此人健康，並且救護車是醫療上所必需，則可以使用非急診救護車交通。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： <u>急診救護車</u> \$0 共付額，不受趟數限制 - 地面救護車 - 空中救護車 <u>非急診救護車</u> \$0 共付額，不受趟數限制 - 地面救護車 - 空中救護車
 年度健康檢查 如果您投保 B 部分保險超過 12 個月，您可獲得一次年度健康檢查，以根據您目前的健康及危險因素來制定或更新個人化的預防方案。此承保服務每 12 個月一次。 備註：在您進行「Welcome to Medicare」預防診治的 12 個月以內，不能接受第一次年度健康檢查。但是，您投保 B 部分 12 個月之後，不需要進行「Welcome to Medicare」診治，即可獲得年度健康檢查。	網路內： 年度健康檢查無需支付共保額、共付額或免賠額。

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
 骨質密度檢測 對於符合條件的患者 (通常指有骨量流失或患骨質疏鬆症風險的人)，以下服務每 24 個月可獲得一次承保，或者如果醫療上必要則可以更加頻繁地獲得承保：鑒定骨質密度、檢測骨質流失或鑒定骨質品質，包括醫生對鑒定結果的解釋。	網路內： Medicare 承保的骨質密度檢測無需支付任何共保額、共付額或免賠額。
 乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查) 承保的服務包括： • 35 至 39 歲之間，一次基線乳房 X 光檢查 • 40 歲以上女性，每 12 個月一次乳房 X 光篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查	網路內： 承保的乳房 X 光篩檢，並無共保額、共付額或免賠額。
心臟復健服務 心臟復健服務的綜合方案為符合特定條件並獲得醫囑的會員承保運動訓練、教育及諮詢服務。計劃也承保比心臟康復治療方案更為嚴格或密集的強化心臟康復治療方案。 可能受事先授權規定的限制	網路內： \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院
 心血管疾病風險降低就診 (心血管疾病治療) 每年承保一次初級保健醫生就診，以幫助您降低心血管疾病風險。就診期間，醫生可能跟您討論阿斯匹靈的使用 (如適用)，測量您的血壓，並對您的飲食健康提供建議。	網路內： 心血管疾病預防性福利的密集行為治療，並無共保額、共付額或免賠額。
 心血管疾病檢測 驗血以檢測心血管疾病 (或有關心血管疾病風險升高的異常情況)，每 5 年 (即 60 個月) 一次。	網路內： 針對所承保每 5 年一次的心血管疾病檢測，沒有共保額、共付額或免賠額。
 子宮頸癌和陰道癌篩檢 承保的服務包括： • 所有女性：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 • 若您是子宮頸癌或陰道癌的高風險者，或是處於生育的年齡，並在過去 3 年內子宮頸抹片檢查異常：每 12 個月一次子宮頸抹片檢查	網路內： 針對 Medicare 承保的預防性子宮頸抹片檢查和骨盆檢查，沒有任何共付額、共付額或免賠額。
脊椎矯正服務 承保的服務包括： • 只承保脊椎半脫位的人工矯正 • 脊椎按摩師提供的其他服務不在承保範圍之內 可能受事先授權規定的限制。	網路內： Medicare 承保的脊椎矯正服務 \$0 共付額 - 專科醫生診所

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
 大腸癌篩檢 50 歲以上會員享有以下承保服務： • 每 48 個月一次軟式乙狀結腸鏡檢查 (或銀劑灌腸篩檢) 每 12 個月執行下列其中一項： • 化學法糞便潛血檢測法 (gFOBT) • 糞便免疫化學試驗 (FIT) 每 3 年一次 DNA 大腸癌篩檢 大腸癌高危險群享有以下承保服務： • 每 24 個月一次結腸鏡篩檢 (或銀劑灌腸篩檢) 無大腸癌風險會員享有以下承保服務： • 每 10 年 (即 120 個月) 一次結腸鏡篩檢，但是乙狀結腸鏡篩檢後 48 個月內不能做此檢查	網路內： Medicare 承保的大腸癌篩檢檢測並無共保額、共付額或免賠額。
牙科服務 一般來說，原有的 Medicare 不承保預防牙科服務 (如洗牙、例行牙齒檢查和牙科 X 光)。我們承保： • 由原有的 Medicare 承保之醫療上必要的牙科服務 可能受事先授權規定的限制。	網路內： Medicare 承保的牙科服務 \$0 共付額 - 專科醫生診所 牙科補充福利 *您享有牙科補充福利。詳情請參閱本表末尾的牙科補充保險福利說明。
 憂鬱症篩檢 每年承保一次憂鬱症篩檢服務。篩檢必須在能提供後續治療及/或轉診的初級保健中心進行。	網路內： 年度憂鬱症篩檢看診無共保額、共付額或免賠額。
 糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們承保這項篩檢 (包括禁食血糖測試)：高血壓、膽固醇異常史和三酸甘油酯水平史 (血脂異常)、肥胖症或高血糖 (葡萄糖) 病史。如果您因為超重或有糖尿病家族史而符合其他條件，也可獲得承保。 根據以上測試結果，您可能有資格享有每 12 個月最多兩次的糖尿病篩檢。	網路內： Medicare 承保的糖尿病篩檢，沒有任何共保額、共付額或免賠額。
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品供應 所有糖尿病患者 (胰島素及非胰島素使用者)。承保的服務包括： • 血糖監測必需品：血糖監測器、血糖試紙、採血器和採血針、檢驗試紙及檢測器準確度的血糖控制解決方案 - 僅承保這些品牌的血糖監測器和試紙：由 Roche 製造的 ACCU-CHEK® 產品，或是有時會以您使用的藥房名稱包裝的 Trividia 產品。	網路內： 糖尿病自我管理訓練 \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 門診醫院

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
- Humana 承保上述首選品牌清單中所列出的任何血糖監測器和試紙。一般而言，替代性的非首選品牌和產品不予承保，除非您的醫生提供充分的資訊顯示該替代性品牌的使用對您的特殊情況而言有醫療上必要。如果您是 Humana 的新會員，且使用的是不在首選品牌清單上的血糖監測器和試紙，您可以在登記投保本計劃後的 90 天內與我們聯絡，要求暫時供應非首選的替代品牌產品。在這段期間，您應該與您的醫生討論，決定上列所有首選的產品品牌是否符合您的醫療狀況。在保險的前 90 天內，沒有保險例外的事先授權，不承保非首選品牌產品。 • 針對患有嚴重糖尿病足病的糖尿病患者：每個日曆年一雙訂做的治療鞋 (包括配套鞋墊) 以及兩雙備用鞋墊，或一雙深鞋和三雙鞋墊 (不包含非訂製卸除式配套鞋墊)。試穿也可獲得承保。 • 在特定情況下糖尿病自我管理培訓在承保範圍之內 • 持續血糖監測，請參閱耐用醫療設備 (DME) 和相關用品。 🍏 (預防服務) 僅適用於糖尿病自我管理訓練。 可能受事先授權規定的限制。	<u>糖尿病監測用品</u> \$0 共付額 - 首選糖尿病用品供應 - 糖尿病用品供應 - 網路零售藥房 <u>糖尿病治療用鞋和鞋墊</u> \$0 共付額 - 耐用醫療設備提供者 - 義肢提供者
耐用醫療設備 (DME) 及相關用品 (請參閱本文件第 12 章以及第 3 章第 7 節以瞭解關於「耐用醫療設備」的定義。) 承保項目包括但不限於輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、由提供者訂購用於您住家的醫用床、IV 輸液泵、語音合成裝置、氧氣設備、噴霧器、連續血糖監測器**及助行器。 我們承保原有的 Medicare 涵蓋的所有醫療上必要的 DME。如果我們在您所在地區的提供者沒有某種品牌或製造商的產品，您可詢問是否可以為您專門訂購。請在我們的網站：Humana.com/findadoctor 查閱最新的供應商名單。 可能受事先授權規定的限制。 **只有透過耐用醫療設備提供者才能取得連續血糖監測器。	<u>網路內：</u> <u>耐用醫療設備費用</u> \$0 共付額 - 耐用醫療設備提供者
🍏 心電圖篩檢 由「Welcome to Medicare」預防就診轉診而作的心電圖 (EKG) 篩檢，在受益人終身僅給付一次。	<u>網路內：</u> 心電圖 (EKG) 篩檢無需支付共保額、共付額或免賠額。
急診治療 急診治療是指以下服務： • 由具備急救護理資格的提供者提供的急診服務，及 • 為評估或穩定緊急醫療情況所需的服務 醫療緊急看診是指您或任何其他具有一般健康和藥物知識的外行人認為您需要立即就醫的醫療症狀，以避免您喪失生命 (如果您是孕婦且胎死腹中)、肢體或肢體功能受損。病症可能是迅速惡化的疾病、損傷、劇痛或醫療狀況。	<u>網路內：</u> <u>急診服務</u> \$0 共付額 - 急診室 <u>提供者和專業服務</u> \$0 共付額 - 急診室

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
由網路外服務提供者進行的必要急診服務，其分攤費用與由網路內服務提供者進行者相同。 您在全球各地都可獲得急診治療承保。如果您在國外發生緊急情況，您必須就所獲得的服務費用提前支付。您必須將資料送交 Humana 以獲得補償。如需瞭解更多資訊，請參閱第 7 章。我們不一定能補償您所有的自付支出。這是因為我們的合約費率可能會低於在美國和其領土之外的提供者之費率。您必須負擔任何超過我們合約費率及任何適用的會員分攤費用。	如果您在網路外醫院接受急診治療，並在急診病情穩定後需要住院護理，您必須回到網路內醫院或本計劃授權的網路外醫院入住，才能繼續獲得承保並且支付您在網路內醫院治療的分攤費用的金額。
* 健康選項津貼 每月自動加值 \$150 至 Humana 支出帳戶卡以用於購買物品和服務，例如： • 美食與生產 • 非處方 (OTC) 產品 • 家用用品 • 生活的一般援助 (租金協助、水電費、網際網路費**) • 送餐服務 • 個人保健產品 • 浴室安全裝置 • 非醫療交通** • 病蟲害防治** • 機器人寵物 • 災難救助產品 • 寵物護理和用品** 未使用的基金會延續至下一個月，並於計劃年度結束時到期。 如需如何使用這張以卡片為基礎的福利說明，請參閱第 4 章醫療圖表中的 Humana 開支帳戶卡說明。 **關於一般生活支援、非醫療交通、病蟲害防治服務以及寵物護理和用品的說明，請洽詢您的卡片郵寄者。	網路內： 參與本計劃無需支付共保額、共付額或免賠額。
聽力服務 由您的提供者進行診斷性聽力與平衡評估，確定您是否需要接受由醫生、聽力學家或其他合格提供者提供醫療治療，可作為門診照護獲得承保。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： Medicare 承保的聽力服務 \$0 共付額 - 專科醫生診所 聽力補充保險福利 *您享有聽力補充保險福利。詳情請參閱本表末尾的補充聽力保險福利說明。

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
 愛滋病篩檢 要求進行 HIV 篩檢或 HIV 感染風險較高的人享有的承保服務包括： • 每 12 個月一次篩檢 孕婦享有的承保服務包括： • 孕期最多三次篩檢	網路內： 符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員，不需要支付共保額、共付額或免賠額。
家庭保健機構照護 接受家庭保健服務之前，醫生必須證明您需要家庭保健服務，並會安排家庭保健機構提供此服務。您必須因故不能出門，即離家對您來說是非常困難的。 承保的服務包括但不限於： • 鐘點或間歇性專業護理和家庭健康助手服務 (專業護理及家庭健康助手服務總時間必須少於每天 8 小時或每週 35 小時，否則家庭健康護理福利不予承保) • 物理治療、職業治療及言語治療 • 醫療及社會服務 • 醫療設備及用品 可能受事先授權規定的限制。	網路內： <u>家庭健康護理</u> \$0 共付額 - 會員的住家 <u>耐用醫療設備費用</u> \$0 共付額 - 耐用醫療設備提供者
居家注射治療 居家注射治療涉及在家中對個人施用靜脈或皮下的藥物或生物製品。執行居家注射需要的要素包括藥物 (例如，抗病毒藥、免疫球蛋白)、設備 (例如幫浦) 和用品 (例如配管及導管)。 承保的服務包括但不限於： • 依護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 耐用醫療設備福利未承保的患者訓練與教育 • 遠端監測 • 由合格家庭輸注治療提供者所提供家庭輸注治療和家庭輸注藥物的監測服務	網路內： <u>醫療用品</u> \$0 共付額 - 醫療用品提供者 <u>Medicare B 部分承保的藥物</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 藥房 <u>提供者和專業服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所
安寧療護服務 當您的醫生和安寧醫學主任開立末期預後證明您病情嚴重，若病情持續發展，您將剩 6 個月或更短的存活時間，您便符合安寧療護福利。您可參與任何 Medicare 認證的安寧療護方案。您的計劃有義務幫助您在計劃的服務區找到 Medicare 認證的安寧療護方案，包括 MA 組織擁有、控制或有財務利益的方案。您的安寧療護醫生既可是網路內提供者也可是網路外提供者。 承保的服務包括： • 症狀控制和緩解疼痛的藥物 • 短期喘息護理 • 家居護理	當您投保由 Medicare 認證的安寧療護服務方案時，您的安寧療護服務及 A 部分和 B 部分與末期預後相關的服務皆由原有的 Medicare 而非 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 支付。安寧療護諮詢包括在住院護理內。門診諮詢可能適用提供者分攤費用。

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
<u>對於安寧療護服務及 Medicare A 部份或 B 部份所承保之末期預後相關服務：</u>原有的 Medicare (而非本計劃) 將支付您安寧療護提供者與末期預後相關的安寧療護服務費用。在您參與安寧療護方案期間，您的安寧療護提供者會要求原有的 Medicare 給付其負責的服務費用。您將會被收取原有的 Medicare 的分攤費用。 <u>Medicare A 部分和 B 部分承保但與末期預後無關的服務：</u>如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保的非急診、非急需服務且與末期預後無關，此服務的費用依您是否使用計劃的網路內提供者而定，並遵守計劃規則 (例如是否需要獲得事先授權)。 • 如果您獲得網路內提供者承保的服務，並遵循獲得服務的計劃規則，您只需支付網路內服務的計劃分攤費用金額。 • 如果您承保的服務由網路外提供者提供，您將按 Medicare 付費服務 (原有的 Medicare) 支付費用。 <u>Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 承保但 Medicare A 部分和 B 部分未承保的服務：</u>Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 將繼續承保計劃承保而 A 部分和 B 部分未承保的服務，不論該服務是否與您的末期預後相關皆然。您支付這些服務的計劃分攤費用。 <u>對於本計劃 D 部分福利可能涵蓋的藥物：</u>如果這些藥物與您的末期安寧療護病症無關，您需要支付分攤費用。如果與您的末期安寧療護病症相關，您將支付原有的 Medicare 分攤費用。安寧療護機構和我們的計劃絕不會同時給付藥物。詳細資訊請參閱第 5 章第 9.4 節 (如果您住在 Medicare 認證的安寧療護機構怎麼辦)。 備註：如您需要非安寧療護照護 (與您的末期預後無關)，您應該聯繫我們以便為您安排相關服務。	
*居家醫院服務：設施機構轉診	\$0 共付額
居家醫院服務允許特定醫療保健服務在傳統醫院環境外及您的家中提供。在您經過評估、確定符合資格，而且您的提供者為您轉診後，即開始護理。您的提供者將考慮您的符合資格條件，包括您的醫療病症和您的地理位置。您將在家接受提供者團隊的治療和監測，進行長達 30 天的護理。您將會在急症照護階段受到遠端監測，並會有服務提供者每天兩次親自造訪。 符合本福利治療資格的病症包括：氣喘、鬱血性心臟衰竭、肺炎及慢性阻塞性肺病 (COPD)。 可能受事先授權規定的限制。	
* Humana 支出帳戶卡	\$0 共付額
• 由於您已投保 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)，因此您可使用卡片津貼福利。您的津貼福利： - * 健康選項津貼	

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
這些福利旨在幫助會員滿足他們的獨特需求，並將載入至一張 Humana 消費帳戶卡，可供您在計劃決定的特定地點和網路零售商處使用。津貼金額不可與其他福利津貼合併使用。可能存在限制和條件。請注意，這不是 Medicaid 福利。關於各津貼福利的完整詳情，請參閱本第 4 章醫療福利表。 收到郵件後，請立即啟用您的卡片。基金將從 2023 年 1 月開始加到您的卡片中。所有的基金將依福利中所述，在計劃年度結束或您退出計劃時到期。此外，對於任何卡片遺失或遭竊，Humana 概不負責。請參閱卡片背面以取得更多資訊。	
* Humana Well Dine® 膳食方案 當您在醫院或護理中心住院時間結束後，您有資格 7 天獲得每天 2 餐，而無需支付額外費用。14 餐營養餐將送到您家中。每個日曆年限用膳食方案 4 次。膳食必須在住院時間出院後 30 天內要求。 如需其他資訊，請撥打 Humana 會員卡背面的客戶服務部電話號碼。	網路內： 參與本計劃無需支付共保額、共付額或免賠額。
🍷 免疫接種 承保的 Medicare B 部分服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，秋冬每個流感季一次，若醫療上有其必要則另增疫苗數量 • B 型肝炎疫苗 (如果您是 B 型肝炎高危險或中危險群) • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗 (如果您是該疾病的高危險群並符合 Medicare B 部分規定) 我們也承保 D 部分處方藥福利下的某些疫苗。 這些疫苗列明在本計劃的藥物指南 (處方列表) 中。	網路內： 肺炎、流行性感冒、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗無共保額、共付額或免賠額。
住院護理 包括住院急性就診、住院復健、長期照護醫院以及其他類型的醫院服務。住院護理從您依照醫囑正式入院當天起算。您出院的前一天是住院日的最後一天。 承保的服務包括但不限於： • 半私人病房 (或醫療上必要的單人病房) • 膳食 (包括特殊飲食) • 定期護理服務 • 特殊照護病房費用 (例如重症加護病房或冠心病監護病房) • 藥物及用藥 • 化驗室檢驗 • X 光及其他放射學服務 • 必要的手術及醫療用品 • 器具使用 (如輪椅) • 手術室及康復室費用 • 物理、職能及語言治療	網路內： 住院護理 住院醫院 - \$0 每次入院共付額 提供者及專業服務 \$0 共付額 - 住院醫院 您在醫療上必要的住院日數沒有承保的限制。

第 4 章：醫療福利表 (承保範圍)

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
• 住院藥物濫用服務 • 在特定情況下，承保以下各類器官移植：角膜、腎臟、腎臟-胰腺、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸道/多器官聯合移植。如果您需要移植，我們將安排 Medicare 認可的移植中心評估您的病情並確定您是否適合移植。移植器官提供者可能是在本地或服務區之外。如果我們網路中的移植服務在社區照護模式外，只要當地移植服務提供者願意接受原有的 Medicare 費率，您就可以選擇在當地進行。如果 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 在您社區照護模式以外的地點提供移植服務，而您仍選擇在此外地接受移植，我們將為您和一位同伴安排住宿及交通，或是支付適當的費用。 - 如果您需要實體器官或骨髓/幹細胞移植，請致電 1-866-421-5663，聽障專線 711，與我們的移植科聯絡，以獲得有關您移植護理的重要資訊。 • 血液 - 包括血液儲存和管理。全血和濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。 • 醫生服務 備註： 您必須獲得提供者出具的正式書面住院證明之後才算住院。即使您在醫院中過夜，也可能算作「門診」。如果您不確定自己是住院患者還是門診患者，請諮詢醫院工作人員。 詳情請參閱 Medicare 情況說明書：「您屬於醫院的住院還是門診患者？若您已投保 Medicare - 請放心詢問吧！」也可以前往 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 查閱線上說明書或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 查詢。聽障人士請致電 1-877-486-2048。您可免費撥打這些專線，全年無休。 住院護理需要事先授權。 移植服務需要事先授權。	
精神科醫院的住院服務 承保的服務包括需要住院治療的心理健康護理。 • 精神病醫院住院服務上限為終身 190 天。 - 190 天的限制不適用於在綜合醫院的精神科所提供的住院心理健康服務 • 當您投保 Medicare 優勢計劃時，原有的 Medicare 下的福利天數將計入 190 天終身儲備天數 住院心理健康護理服務需要事先授權。	網路內： 住院心理健康護理 住院精神機構 - \$0 每次入院共付額 住院醫院 - \$0 每次入院共付額 提供者及專業服務 \$0 共付額 - 住院醫院 - 住院精神機構
住院時間：於非給付住院期間在醫院或專業療養院獲得的給付服務 如果您的住院福利已使用完畢或住院是不合理或不必要的，我們將不承保住院時間。但是在特定情況下，我們將承保您在醫院或專業護理設施 (SNF) 獲得的部分服務。承保的服務包括但不限於： • 醫生服務	若您的住院時間未獲承保，則已獲得的核准服務將繼續依照本福利表所述承保。

第 4 章：醫療福利表 (承保範圍)

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
- 診斷檢驗 (如化驗室檢驗) - X 光、鐳和同位素治療，包括技術人員材料及服務 - 外科敷料 - 用於減少骨折及脫位風險的夾板、石膏及其他裝置 - 義肢與矯正器材 (牙科類除外)，用於替代全部或部分體內器官 (包括相鄰組織)，或替代永久失效或失常之體內器官的全部或部分功能。此服務承保以上設備的更換或修理 腿、手臂、背部、頸部等支架；桁架、假腿、假臂及假眼。此服務涵蓋以上器官的調整、修理以及因破損、磨損、遺失或患者身體狀況改變引起的必要更換 - 物理治療、言語治療及職業治療	
 醫學營養治療 福利受益人為糖尿病患者、腎病（但不接受透析治療）或經醫師囑咐進行腎臟移植之後的患者。 您身為 Medicare (包含本計劃、任何 Medicare 優勢計劃及原有的 Medicare) 會員接受醫學營養治療的第一年內，將享有 3 個小時的一對一諮詢輔導，之後為每年 2 個小時一對一諮詢輔導。如果您的病情、治療或診斷發生改變，您可以在醫生的囑咐下接受更多時間的治療。如果您的治療需要延續到下一個日曆年，則醫生必須開出服務處方並每年更新醫囑。	網路內： 有資格使用 Medicare 承保的醫學營養治療服務的會員，並無共保額、共付額或免賠額。
 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 所有 Medicare 健康計劃承保符合資格之 Medicare 受益人的 Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP) 服務。 MDPP 是一項結構健康行為變化干預措施，為長期的飲食習慣變化，身體活動的增加和解決問題的策略提供確實的訓練，以克服挑戰來維持減肥和健康的生活方式。	MDPP 福利並無共保額、共付額或免賠額。
Medicare B 部分處方藥 下列藥物在原有的 Medicare B 部分的承保範圍之內。本計劃會員會透過我們的計劃獲得這些藥物給付。承保的藥物包括： - 患者在接受醫生、醫院門診或門診手術中心的服務時接受注射或輸液且通常並非患者自行施打的藥物 - 透過本計劃授權的耐用醫療設備 (如噴霧器) 服用的藥物 - 血友病患者自己注射的凝血因子 - Medicare A 部分會員器官移植時使用的免疫抑制藥物 - 因骨折不能離家的患者使用的可注射骨質疏鬆症藥物 (經醫生證明骨折與絕經後的骨質疏鬆症相關，且不能自我給藥) - 抗原類 - 某些口服抗癌藥物和抗噁心藥物 - 某些居家透析使用的藥物，包括肝素、醫療上必要的肝素解毒劑、局部麻醉劑，以及紅血球生成刺激劑 (如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa) - 用於原發性免疫缺陷疾病居家治療的靜脈注射免疫球蛋白	網路內： Medicare B 部分承保的藥物 \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 藥房 化療藥物 \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
施用 B 部分藥物無需支付額外費用 以下連結中的 B 部分藥物清單，可能受階梯療法限制：Humana.com/PAL 根據我們 B 部分和 D 部分處方藥福利，我們還承保一些疫苗。 第 5 章將介紹 D 部分處方藥福利，以及處方藥承保需要遵循的規則。您透過本計劃為您的 D 部分處方藥支付的費用見第 6 章的說明。 網路內 B 部分藥物可能需要事先授權。在我們同意承保您要求的藥物之前，您也可以先試用不同的藥物。此舉有時稱為「階梯療法」。詳情請洽本計劃。	
 肥胖篩檢和促進持續減重的治療 如果您的身體質量指數 (BMI) 達到 30 或以上，我們將為您承保密集治療，助您減肥。如果您是在一個能夠配合您的綜合預防計劃的初級保健中心中接受輔導，則該服務可獲得承保。請諮詢您的初級保健醫生或執業者以瞭解詳情。	網路內： 針對預防性肥胖篩檢與治療，我們不提供共保額、共付額或免賠額。
鴉片類治療計劃服務 具有鴉片使用疾患 (OUD) 的計劃會員若透過包含以下服務的鴉片治療方案 (OTP) 治療 OUD，則服務可獲得給付： • 美國食品和藥物管理局 (FDA) 核准的鴉片致效劑及拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。 • MAT 藥物的配藥和施用 (如適用) • 藥物使用輔導 • 個人療法與團體療法 • 毒性測試 • 初步處置活動 • 定期評估 可能受事先授權規定的限制。	網路內： \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 部分住院
門診診斷檢驗和治療服務及用品 承保的服務包括但不限於： • X 光 • 放射 (鐳和同位素) 治療，包括技術人員材料和用品 • 手術用品 (如敷料) • 用於減少骨折及脫位風險的夾板、石膏及其他裝置 • 化驗室檢驗 • 血液 - 包括血液儲存和管理。全血和濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。 • 其他門診診斷檢驗 可能受事先授權規定的限制。	網路內： 提供者及專業服務 \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 診斷程序和檢驗 \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 急需護理中心 - 門診醫院

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
	<u>先進成像服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 獨立放射設施 <u>基本放射服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 急需護理中心 - 門診醫院 - 獨立放射設施 <u>乳房 X 光診斷檢查</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 獨立放射設施 <u>放射治療</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 獨立放射設施 <u>核子醫學服務</u> \$0 共付額 - 門診醫院 - 獨立放射設施 <u>設施型睡眠研究</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 <u>居家型睡眠研究</u> \$0 共付額 - 會員的住家 <u>醫療用品</u> \$0 共付額 - 醫療用品提供者

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
	<u>結腸鏡診斷檢查</u> \$0 共付額 - 門診手術中心 - 門診醫院 <u>化驗室服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 急需護理中心 - 門診醫院 - 獨立化驗室
門診醫院觀察 醫院門診服務提供的觀察服務，以判定您是否需要住院或可出院。 如要承保門診醫院觀察服務，則必須符合 Medicare 標準，並且視為合理且必要。 僅在醫生指示下，或其他州執照法規授權之個人指示下且醫院人員依法讓患者住院或進行門診檢驗時，才能提供觀察服務。 備註：除非提供者出具正式書面住院證明，否則您不算住院，並需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您在醫院中過夜，也可能算作「門診」。如果您不確定自己是否為門診患者，請諮詢醫院工作人員。 詳情請參閱 Medicare 情況說明書：「您屬於醫院的住院還是門診患者？若您已投保 Medicare - 請放心詢問吧！」也可以前往 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 查閱線上說明書或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 查詢。聽障人士請致電 1-877-486-2048。您可免費撥打這些專線，全年無休。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： \$0 共付額 - 門診醫院
門診醫院服務 我們承保您在醫院門診部門因疾病或受傷的診斷或治療所需要的醫療上必要的服務。 承保的服務包括但不限於： • 急診室或門診診所提供的服務，如觀察服務或門診手術 • 醫院收費的化驗室和診斷檢驗 • 精神健康護理，包括部份住院治療方案護理 (需醫生證明，否則就需住院治療) • 醫院收費的 X 光和其他放射科服務 • 醫療用品，如夾板和石膏 • 特定不能自己服用的藥物和生物製劑	網路內： <u>診斷程序和檢驗</u> \$0 共付額 - 門診醫院 <u>先進成像服務</u> \$0 共付額 - 門診醫院 <u>核子醫學服務</u> \$0 共付額 - 門診醫院

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
備註：除非提供者出具正式書面住院證明，否則您不算住院，並需支付門診醫院服務的分攤費用。即使您在醫院中過夜，也可能算作「門診」。如果您不確定自己是否為門診患者，請諮詢醫院工作人員。 詳情請參閱 Medicare 情況說明書：「您屬於醫院的住院還是門診患者？若您已投保 Medicare - 請放心詢問吧！」也可以前往 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 查閱線上說明書或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 查詢。聽障人士請致電 1-877-486-2048。您可免費撥打這些專線，全年無休。 可能受事先授權規定的限制。	<u>基本放射服務</u> \$0 共付額 - 門診醫院 <u>乳房 X 光診斷檢查</u> \$0 共付額 - 門診醫院 <u>放射治療</u> \$0 共付額 - 門診醫院 <u>化驗室服務</u> \$0 共付額 - 門診醫院 <u>手術服務</u> \$0 共付額 - 門診醫院 <u>心理健康服務</u> \$0 共付額 - 門診醫院 - 部分住院 <u>傷口照護</u> \$0 共付額 - 門診醫院 <u>設施型睡眠研究</u> \$0 共付額 - 門診醫院 <u>急診服務</u> \$0 共付額 - 急診室 <u>結腸鏡診斷檢查</u> \$0 共付額 - 門診醫院
門診心理健康護理 承保的服務包括： 由擁有州政府執照的精神病醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床專科護士、執業護士、助理醫生或其他 Medicare 計劃認定的心理健康照護專業人士，於州法允許的情況下提供的心理健康服務。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： <u>心理健康服務</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 部分住院

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
門診復健服務 承保的服務包括物理治療、職業治療及言語治療。 門診復健服務由各種門診設施提供，例如醫院門診部、獨立治療診所以及綜合門診復健設施 (CORF)。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： <u>物理治療</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 綜合門診復健設施 <u>言語治療</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 綜合門診復健設施 <u>職業治療</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 綜合門診復健設施
門診藥物濫用治療服務 本計劃和原有的 Medicare 一樣承保藥物濫用治療。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： <u>戒除藥物濫用服務</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 部分住院
門診手術 (包括醫院門診部及門診手術中心提供的服務) 備註：如果您在醫院機構接受手術，您應與提供者確認自己是住院患者還是門診患者。除非提供者有開立入院醫囑，否則您會被視為門診患者且需支付門診手術的分攤費用。即使您在醫院中過夜，也可能算作「門診」。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： <u>手術服務</u> \$0 共付額 - 門診醫院 - 門診手術中心 <u>結腸鏡診斷檢查</u> \$0 共付額 - 門診手術中心 - 門診醫院
部分住院服務 「部分住院」是一種積極精神治療的結構化方案，由社區心理健康中心作為醫院門診服務提供。它的強度大於醫生或治療師診所的照護，是住院治療的替代方案。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： <u>心理健康服務</u> \$0 共付額 - 部分住院

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
*體檢 (例行) 除了年度健康檢查和「Welcome to Medicare」體檢之外，您也享有以下一年一度的體檢： 綜合預防醫學評估和管理，包括與年齡、性別相稱的病史、檢查、諮詢/預期指導/風險因素減少干預措施 備註：此保險福利不承保任何醫囑的化驗室或診斷程序，且您需要單獨支付這些服務的計劃分攤費用金額。	網路內： <u>例行體檢</u> \$0 共付額 PCP 診所
醫生/執業者服務，包括醫生診所就診 承保的服務包括： - 醫生診所、認證門診手術中心、醫院門診部等其他任何地方之醫療上必要的醫療照護或手術服務 - 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 - 如果您的醫生指示檢查您是否需要接受治療，由您的專科醫生進行的基本聽力和平衡檢查 - 特定遠程醫療服務，包括由初級保健提供者 (PCP) 和專科醫生提供的服務；心理健康專科服務和精神科服務的個別療程；門診藥物濫用個別療程；以及急需服務。 - 您可以選擇親自就診或透過遠距照護接受這些服務。如果您選擇透過遠距照護獲得其中一項服務，您必須使用透過遠距照護提供服務的網路內提供者。 - 您可以使用手機、電腦、平板電腦或其他視訊技術。 - 有些遠程醫療服務，包括專科醫生或執業者為特定鄉村地區或其他 Medicare 認可地區之患者所提供的諮詢、診斷和治療。 - 於醫院內或偏遠地區特約醫院內的腎臟透析中心、腎臟透析機構或居家進行透析的會員，每月提供末期腎臟疾病相關的遠距照護服務。 - 用於診斷、評估或治療中風症狀的遠程醫療服務，不論您所在地點。 - 對於具有物質使用疾病或併發心理健康疾病的會員提供的遠程醫療服務，不論會員地點。 - 在下列情況下，針對心理健康疾病的診斷、評估和治療提供遠程醫療服務： - 您在第一次遠程醫療就診前的 6 個月內親自就診	網路內： <u>提供者和專業服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 <u>遠程醫療服務</u> \$0 共付額 - 初級保健提供者虛擬化 - 專科醫生虛擬化 - 心理健康照護和藥物濫用治療虛擬化 - 急需護理虛擬化 <u>先進成像服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 <u>手術服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 <u>放射治療</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
- 您每 12 個月就診一次，同時接受這些遠程醫療服務 - 在某些情況下，上述情況可能會有例外 • 由郊區衛生診所和聯邦合格健康中心提供的心理健康就診遠程醫療服務 • 如果符合以下條件，讓醫師進行 5 到 10 分鐘的虛擬問診 (例如透過電話或視訊)： - 您不是新患者且 - 此問診與過去 7 天的診所就診無關且 - 此檢查沒有導致在 24 小時內或最快可約診時間內前往診所就診 • 如果符合以下條件，您傳送給醫生的影片及/或影像，將在 24 小時內由醫生評估、判讀並追蹤： - 您不是新患者且 - 此評估與過去 7 天的診所就診無關且 - 此評估沒有導致在 24 小時內或最快可約診時間內前往診所就診 • 您的醫生與其他醫生透過電話、網際網路或電子健康紀錄所做的諮詢 • 術前其他網路內提供者的第二意見 • 非例行牙科照護 (承保服務限於顎部及相關結構手術、顎部或面部骨折復位、拔牙以備頷骨腫瘤癌症的放射治療以及醫生提供的承保服務) • 由醫生至診所提供的急需服務 可能受事先授權規定的限制。	<u>急需服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所
足病診療服務 承保的服務包括： • 足部 (錘狀趾或足跟骨刺) 受傷或疾病的診斷及藥物或手術治療 • 所患病症會影響下肢的會員例行足部護理 可能受事先授權規定的限制。	<u>網路內：</u> Medicare 承保的足病學服務 \$0 共付額 - 專科醫生診所
 前列腺癌篩檢 50 歲以上男性享有以下承保服務 (每 12 個月一次)： • 數位直腸檢查 • 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢測	<u>網路內：</u> 年度 PSA 檢測無共保額、共付額或免賠額。

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
義肢裝置及相關用品 用以替代部分或全部肢體或肢體功能的裝置 (假牙除外)。包括但不限於：與結腸造口術護理直接相關的結腸造口術袋和用品、心臟起搏器、支架、整形外科鞋、義肢和假乳房 (包括乳房切除術後整形乳罩)。包括特定義肢裝置必需品和義肢裝置的維修和/或更換。此外也包括某些白內障摘除術或白內障手術後的服務 — 詳見本節稍後的「視力保健」。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： \$0 共付額 - 義肢提供者
肺復健服務 為患有中等至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 的保戶提供承保的肺康復綜合性計劃，須獲得治療慢性呼吸性疾病的醫生開具的肺康復處方。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 您將不需負擔本節所列服務的共付額、共保額或免賠額。
 減少酒精濫用篩檢和輔導 我們為投保 Medicare 的濫用酒精但沒有酒精依賴的成年人 (包括孕婦在內) 承保一次酒精濫用篩檢。 如果您的酒精濫用篩檢呈陽性，您可獲得由合格的初級保健醫生或初級保健中心執業者提供每年最多 4 次簡短的面對面輔導 (您在輔導期間必須能保持清醒)。	網路內： Medicare 承保的減少酒精濫用篩檢和輔導的預防性福利，並無共保額、共付額或免賠額。
 低放射劑量電腦斷層肺癌篩檢 (LDCT) 對於符合資格的人士，每 12 個月進行一次低輻射劑量電腦斷層肺癌篩檢 (LDCT)。 符合條件的會員為：年齡在 50 - 77 歲之間，沒有肺癌徵兆或症狀，但吸菸一天要吸一包至少維持 20 年或仍在吸菸者，或過去 15 年已戒菸者，在肺癌篩檢輔導和共同決策就診期間獲得 LDCT 的書面指示單，該就診不僅符合 Medicare 為該類就診制定的條件，且由醫生或合格的非醫生執業者所提供。 針對初次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：會員必須收到 LDCT 肺癌篩檢的書面指示單，可在與醫生或合格的非醫生執業者的任何適當就診期間提供。如果醫生或合格的非醫生執業者選擇就後續 LDCT 肺癌篩檢，提供肺癌篩檢輔導和共同決策就診，則該就診必須符合 Medicare 為該類就診制定的條件。	網路內： Medicare 承保的輔導和共同決策就診或 LDCT，無共保額、共付額或免賠額。
 性傳播感染 (STI) 篩檢及 STI 預防輔導 我們承保的性傳播感染 (STI) 篩檢包括衣原體、淋病、梅毒及 B 型肝炎。孕婦以及經初級保健提供者醫囑檢測 STI 感染風險較高的特定人群進行這些篩檢可獲得承保。這些承保檢測每 12 個月一次或在孕期的特定時間進行。 我們也為 STI 感染風險較高的性活躍成年人承保每年最多 2 次 20-30 分鐘的單獨面對面高強度行為輔導。承保服務必須是由初級保健提供者所提供或在初級保健中心 (如醫生診所) 進行的預防服務。	網路內： Medicare 承保的 STI 篩檢和輔導預防性福利，無共保額、共付額或免賠額。

第 4 章：醫療福利表 (承保範圍)

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
腎臟病治療服務 承保的服務包括： - 教導腎臟保健並幫助會員對其照護作出明智決定的腎臟病教育服務。經醫生轉診的第四期慢性腎臟病會員終身可享六次腎臟病教育服務 - 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或無法存取時) - 住院透析治療 (如果您因特殊治療情況而住院) - 自我透析訓練 (包括對您和幫您進行家中透析治療之任何人的訓練) - 家中透析設備及用品 - 特定家庭支援服務 (例如必要時請訓練有素的透析工作者到您家中檢查家中透析情況，提供急救幫助並檢查您的透析設備和供水) Medicare B 部分藥物福利承保特定透析藥物。請參閱「Medicare B 部分處方藥」章節以瞭解關於 B 部分藥物保險的詳情。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： 腎臟疾病教育服務 \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 透析 (洗腎) 服務 \$0 共付額 - 透析中心 - 門診醫院 耐用醫療設備費用 \$0 共付額 - 耐用醫療設備提供者 家庭健康護理 \$0 共付額 - 會員的住家
*SilverSneakers® 健身方案 SilverSneakers® 是專為老年人設計的健身方案，包含合格的 Medicare 健康計劃，無需額外費用。會員可使用全國 15,000 個以上的健身中心，其中可能包括重訓和設備，以及由受過訓練之教練在特定地點帶領的團體運動課程。您可以利用線上教育 SilverSneakers.com，觀看 SilverSneakers On-Demand™ 的健身影片，或是下載 SilverSneakers GO™ 健身應用程式，獲得更多的健身建議。 您的健身中心會籍並不包含需要額外付費的服務。	網路內： \$0 共付額
專業護理設施 (SNF) 照護 (請參閱本文件第 12 章關於「專業護理機構照護」的定義。專業護理設施有時候稱為「SNF」。) 您在每個福利期享有的醫療上必要天數上限為 100 天。不需要提前住院治療。承保的服務包括但不限於： - 半私人病房 (或醫療上必要的單人病房) - 膳食 (包括特殊飲食) - 專業護理服務 - 物理治療、職業治療及言語治療 - 治療計劃中為您施予的藥物 (包括體內自然存在的物質，如凝血因子)。 - 血液 - 包括血液儲存和管理。全血和濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。 - SNF 日常提供的醫療及手術用品 - SNF 日常提供的化驗室檢驗 - SNF 日常提供的 X 光及其他放射科服務 - SNF 日常提供的器具使用，如輪椅 - 醫生/執業者服務	新的福利期始於您投保 Medicare 優勢計劃的第一天，或停止接受專業護理設施的專業照護達連續 60 天。 於每個福利期，您需支付： 網路內： 第 1 到 20 天，每天共付額為 \$0 - 專業護理設施 第 21 到 100 天，每天共付額為 \$0 - 專業護理設施

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
通常您可以獲得網路內機構提供 SNF 護理。然而，在下列特定情況，如果網路外機構接受本計劃的給付金額，那麼您或許可以從非網路內提供者取得照護。 • 您入院之前居住的療養院或連續照護型退休社區 (只要它提供專業護理機構照護) • 當您出院時配偶所在的 SNF 可能受事先授權規定的限制。	
 戒菸和戒除使用菸草 (戒菸輔導) 如果您抽菸但沒有菸害相關疾病的徵兆或症狀：我們為您免費承保 12 個月以內兩次戒菸輔導作為預防服務。每個輔導嘗試共包含最多四次面對面輔導。 如果您使用菸草並被診斷患有與菸草相關的疾病或正在使用可能受菸草影響的藥物：我們承保戒菸輔導服務。我們承保 12 個月內兩次戒菸嘗試服務；但是您將支付適用的分攤費用。每個輔導嘗試共包含最多四次面對面輔導。	網路內： Medicare 承保的戒菸和戒除使用菸草預防福利，無共保額、共付額或免賠額。
監督運動治療 (SET) 有症狀性周邊動脈疾病 (PAD) 的會員可享有 SET 承保。 若達 SET 方案要求，則有為期 12 週最多 36 節課程。 SET 計劃必須： • 包括持續 30-60 分鐘的療程，包含針對跛行患者的 PAD 治療性運動訓練方案 • 在醫院門診環境或醫生診間進行 • 必須由接受過 PAD 運動治療培訓的合格輔助人員提供，以確認好處大過於傷害 • 在醫生、醫生助理或務必接受過基本及高級生命支持技術培訓的護理師或臨床護理專家的直接監督下進行 如果醫療保健服務提供者認為是醫療上必要，則 SET 可承保 12 週 36 次療程之後，延伸時間內的額外 36 次療程。 可能受事先授權規定的限制。	網路內： \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院
*交通 您享有 24 次單程非緊急交通服務，可前往計劃服務區內計劃批准的地點。每趟允許的行程距離上限為 25 英哩。 關於交通安排相關資訊，請聯繫客戶服務。客戶服務將確認您的福利並引導您至交通提供者來規劃您的行程。	網路內： \$0 共付額

第 4 章：醫療福利表 (承保範圍)**您獲承保的服務****接受這些服務時您必須支付的費用****急需服務**

急需服務是指在非急診情況下，為無法預知、需要立刻得到醫療照護的疾病、受傷或病症所提供的醫療服務，但在您的情況下，從網路內提供者那裡獲得服務是不可能或是不合理的。計劃必須承保的急需服務範例為：i) 您在週末期間需要立即照護，或 ii) 您暫時離開計劃的服務區。必須立即需要且在醫療上必要的服務。如果您的情況不合理，要立即從網路內提供者獲得醫療照護，則您的計劃將承保網路外提供者提供的急需服務。

您在全球各地都可獲得急需服務承保。如果您在美國及其領土外需要緊急照護，您必須就所獲得的服務提前支付費用。您必須將付款證明送交 Humana 以獲得補償。如需瞭解更多資訊，請參閱第 7 章。我們不一定能補償您所有的自付支出。這是因為我們的合約費率可能會低於在美國和其領土之外的提供者之費率。您必須負擔任何超過我們合約費率及任何適用的會員分攤費用。

請參閱「醫生/執業者服務，包括醫生診所就診」，以瞭解醫生診所提供的急需服務之其他資訊。

網路內：**急需服務****\$0 共付額**

- 急需護理中心

🍏 視力保健

承保的服務包括：

- 門診醫生提供的眼部疾病或傷害的診斷和治療服務，包括增齡性黃斑部病變治療。原有的 Medicare 不承保普通眼鏡/隱形眼鏡配戴者的例行眼睛檢查 (眼球屈光檢查)
- 針對青光眼高危險族群，我們每年承保一次青光眼篩檢。青光眼高風險族群包括：有青光眼家族病史、糖尿病患者、年齡 50 歲 (含) 以上的非裔美國人，以及 65 歲以上的西語裔美國人
- 對於糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次
- 每次白內障手術 (人工晶狀體植入手術) 後需要的普通眼鏡或隱形眼鏡一副。(如果您分別做了兩次白內障手術，您不能把第一次手術後的普通眼鏡保留到第二次手術後一併購買。)
- 白內障手術後承保的普通眼鏡包括 Medicare 規定的標準框和鏡片，不承保任何升級版 (包括但不限於高級鏡框、有色漸進鏡片或抗反射鍍膜)。

🍏 (預防服務) 僅適用於青光眼篩檢。

可能受事先授權規定的限制。

網路內：**Medicare 承保的視力服務****\$0 共付額**

- 專科醫生診所

青光眼篩檢**\$0 共付額**

- 專科醫生診所

糖尿病眼睛檢查**\$0 共付額**

- 所有治療地點

眼鏡 (白內障手術後)**\$0 共付額**

- 所有治療地點

視力補充保險福利

*您享有視力補充福利。詳情請參閱本表末尾的視力補充福利說明。

請注意：視力補充保險福利提供者網路，可能與前文所列的原有的 Medicare 視力保健福利的提供者網路不同。

您獲承保的服務	接受這些服務時您必須支付的費用
 「Welcome to Medicare」預防就診 本計劃承保一次「Welcome to Medicare」預防就診。就診包括您的健康評估、有關您需要的預防服務 (包括一些篩檢和注射) 之教育和輔導，以及其他需要的醫療保健轉診。 重要：您只能在投保 Medicare B 部分的前 12 個月內享有此承保服務。當您預約此項服務時，請告知醫生診所您希望安排「Welcome to Medicare」預防就診。	網路內： 「Welcome to Medicare」預防就診無需支付共保額、共付額或免賠額。
*健康及衛生保健規劃 (WHP) 服務 身為 Humana 會員，您可以存取 MyHumana 上名為 MyDirectives® 的線上預先照護計劃指南。此資源可協助您建立預先醫療指示，讓您結合生前遺囑、醫療委任授權書、放棄復甦，以及器官捐贈表等元素。	參與本計劃無需支付共保額、共付額或免賠額。

強制性牙科補充福利 DEN338

承保範圍說明

您可能獲得以下非 Medicare 承保的例行牙科相關服務：

免賠額	\$0	
年度上限	\$2,000	
福利說明	網路內您需支付*	網路外您須支付
預防服務		
檢查 – 次數/限制 - 每個日曆年 2 個處置碼		
定期口腔檢查	0%	100%
檢查 - 次數/限制 - 每個日曆年 1 個處置碼		
緊急診斷檢查	0%	100%
咬翼片 X 光 – 次數/限制 - 每個日曆年 1 組		
咬翼片 X 光	0%	100%
口內 X 光 (口腔內) – 次數/限制 - 每個日曆年 1 個處置碼		
牙根尖 X 光	0%	100%
咬合 X 光	0%	100%

福利說明	網路內您需支付*	網路外 您支付的金額
全口或環口 X 光 – 次數/限制 – 每 5 個日曆年 1 個處置碼		
完整系列	0%	100%
環口 X 光	0%	100%
預防性治療 (洗牙) – 次數/限制 – 每個日曆年 2 個處置碼		
預防性治療 (洗牙)	0%	100%
牙周維護 – 次數/限制 – 每個日曆年 4 個處置碼		
牙周治療後的牙周維護	0%	100%
氟化物 – 次數/限制 – 每個日曆年 2 個處置碼		
局部施用氟化物	0%	100%
全方位服務		
修復 (補牙) – 汞合金及/或複合材料 – 次數/限制 – 每個日曆年無限處置碼		
汞合金 (銀色)，乳齒或恆齒	0%	100%
複合樹脂 (白色) – 前牙 (前) 或後牙 (後)	0%	100%
潔治 – 廣泛性發炎 – 次數/限制 – 每 3 個日曆年 1 個處置碼		
潔治 – 中度或嚴重牙齦發炎	0%	100%
潔治和根面平整 – 次數/限制 – 每 3 個日曆年每個四分區 1 個處置碼		
牙周潔治和根面平整	0%	100%
麻醉 – 次數/限制 – 視承保的處置需要		
鎮痛、抗焦慮、吸入氧化亞氮	0%	100%
診斷服務 – 次數/限制 – 每 3 個日曆年 1 個處置碼		
牙周檢查	0%	100%
綜合口腔評估	0%	100%

可能存在限制和排除情況。受索賠審查程序規範，其中可能包括臨床審查。

牙科服務受我們的標準索賠審查程序規範，其中可能包括核准保險的牙科史。此計劃的牙科福利不一定涵蓋美國牙科協會的所有處置碼。有關每個計劃的資訊，請造訪 [Humana.com/sb](https://www.humana.com/sb)。

強制性牙科補充保險福利是透過 Humana 牙科 Medicare 網路所提供。提供者查詢器可透過下列方式找到：[Humana.com](https://www.humana.com) > 「尋找醫生」> 從功能表中選擇「牙醫師」圖示 > 在「距離」下拉選單中選擇可接受的距離 > 輸入郵遞區號 > 從查詢方式選擇「所有牙科網路」> 然後選擇「HumanaDental Medicare」。

更多有關牙科強制性補充保險福利的詳細資訊，請洽 HumanaDental (1-800-669-6614)，聽障專線 711。

如何計算您或您牙科的給付額

對於承保的牙科服務，我們將支付以下：

- 我們將確定合計承保費用。
- 我們將審查承保費用是否超出允許的最高福利。
- 我們將查核您是否已符合適用的免賠額條件。如果不符合條件，將會要求您支付最高為免賠額金額的承保費用。

第 4 章：醫療福利表 (承保範圍)

- 我們會在減去您積欠的共保額後，將剩餘的費用支付給您或您的牙科醫生 (您可能需要為所接受的療程支付一定比例費用)。

如果牙科病症有兩次以上療程，只要證實可提供滿意結果，Humana 就會承保最低費用的治療。如果您選擇接受較高費用的治療，您必須負責支付差額。

提交預先治療計劃

如果您所需的牙科保健費用預計超過 **\$300**，我們建議您或您的牙醫事先將牙科治療計劃寄給我們審查，以便我們為您提供服務估算。治療前計劃應包含：

1. 您將要接受的服務清單，採用美國牙科協會的術語和編碼。
2. 牙醫對建議療法的書面描述。
3. 顯示您牙科需求的 X 光片。
4. 建議療法的各項費用。
5. 我們要求的任何其他診斷資料。

強制性聽力補充保險福利 HER814**承保範圍說明**

您可能會從任何網路聽力或助聽器提供者處獲得下列 Medicare 不承保的服務：

福利說明	您支付的金額
例行聽力檢查 (每年 1 次)	\$0
助聽器選配/評估 (每年 1 次)	\$0
助聽器 (每 3 年 2 副)	每 3 年超過 \$1,000 的任何金額

強制性視力補充福利 VIS735**承保範圍說明**

透過 EyeMed Vision Care 獲得的視力福利

您可能獲得以下非 Medicare 承保的例行視力相關服務：

福利說明	網路內 您支付的金額
• 例行眼睛檢查 (包括屈光) (每一日曆年 1 次)，由 Medicare Insight Network 光學提供者提供 或者 • 屈光檢查 (每個日曆年 1 次)，與 Humana 網路醫療光學提供者所承保的 Medicare 綜合眼睛檢查相同的預約同時完成。	\$0* 除了醫療專科醫生的體檢分攤費用外，屈光檢查費用為 \$0

福利說明	網路內 您支付的金額
- 鏡框和鏡片組合 您可以選擇： - 享有購買並驗配普通眼鏡和一對鏡片或隱形眼鏡 \$200 的福利 (每個日曆年 1 次) 隱形眼鏡包括傳統式或拋棄式。 普通眼鏡之津貼福利包含紫外線防護和防刮塗層。 此福利僅可使用一次。剩餘福利金額不可延到日後消費。	任何超過 \$200 零售價的金額

*您在 **Humana Medicare Insight 網路** 光學提供者的例行檢查費用不會超過 **\$0**。請通知網路內提供者您有參加 Humana Medicare Insight 網路。**備註：**透過 EyeMed Vision 護理為您提供的補充視力福利的提供者網路可能與 Medicare 承保的視力福利的提供者網路不同。

例行視力的提供者查詢器位於 **Humana.com > 「尋找醫生」 > 選擇「視力保健」圖示 > 「透過 Medicare 優勢計劃的視力保險」**。

- 為補充保險福利支付的共付額、共保額和免賠額不會計入您的最大自付費用。
- 備註：福利的提供以日曆年為基礎。如果明年或後年改變或取消這些福利，而您尚未使用過這些福利，您將不再有資格享有上述福利。

第 2.2 節 使用我們計劃的選擇性訪客/旅客福利獲得醫療照護

您身為 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員即享有 HMO 旅遊福利。您已經能在服務區之外獲得急診和急需治療。然而，當您旅遊至波多黎各時，HMO 旅遊福利能夠讓您獲得計劃承保的服務，包括預防保健。承保的服務必須由全國 Medicare HMO 或 SNP 網路內的服務提供者提供。當您使用 HMO 旅遊保險福利時，您可以使用「輕鬆查看」功能在 Humana.com 上「尋找醫生」，或是洽詢客戶服務部，在尋找網路內提供者方面取得相關協助。如果您從全國 Medicare HMO 或 SNP 網路內的提供者處獲得醫療照護，您所支付的費用，與您在原服務區接受照護時所支付的網路內共付額或共保額相同。

如果您計劃前往服務區之外旅遊，而且預計會需要使用 HMO 旅遊保險福利，建議您通知您的初級保健提供者。同時建議您查看您在旅遊時想前去就診的提供者是否在全球 Medicare HMO 或 SNP 網路內，其方法是使用「輕鬆查看」功能在 Humana.com 上「尋找醫生」，或是洽詢客戶服務部以取得相關協助。

第 3 節 您的 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 以外的承保服務？

第 3.1 節 您 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 未承保的每月保費

原有的 Medicare 承保的所有服務也由我們的計劃承保。Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 未承保、但可透過紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 獲得的服務。請參閱您的 Medicaid 會員手冊。

第 4 節 計劃不承保哪些服務？

第 4.1 節 本項計劃不承保的服務 (排除情況)

本節為您說明被「排除」的服務。如需有關紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 福利的更多資訊，請致電客戶服務部。

下表說明本計劃在任何情況下都不承保或只在特定情況下承保的服務和項目。

如果您獲得排除在外 (不承保) 的服務，就必須自付費用，但必須符合下列特定條件。即使您在急診機構接受除外的服務，我們的計劃仍不承保除外的服務，也不會給付。唯一的例外是服務經過上訴並決定：如果透過上訴，發現某項服務是由於您的特定情況、我們本應付費或承保的醫療服務。(請參閱本手冊第 9 章第 6.3 節以瞭解對我們作出的不承保決定提出上訴之有關詳情。)

Medicare 未承保的服務	任何情況皆不承保	僅在特定條件下承保
針對初級且習慣使用於非醫療目的設備收取的費用，即使項目具有部分少量醫療相關用途。		僅在醫療上必要時才承保。
整形手術或處置		- 承保因意外受傷案例或改善肢體畸形功能。 - 承保乳房切除手術之後乳房重建的所有階段，包括未受影響的乳房，以形成對稱的外觀。
看護 看護是不需要經訓練的醫療或急救人員的持續照護的個人護理，比如幫助您日常起居活動的護理，如洗澡或穿衣。	✓	
實驗性醫療和手術程序、設備和用藥。 實驗性程序和專案是經原有的 Medicare 決定、一般情況下不被醫療界接受的專案和程序。		在 Medicare 所批准的臨床研究或進行我們計劃的情況下，由原有的 Medicare 承保 (查閱第 3 章第 5 節，瞭解臨床研究的更多資訊。)

Medicare 未承保的服務	任何情況皆不承保	僅在特定條件下承保
由您的直系親屬或家庭成員提供照護的應付費用。	✓	
家中的全職護理	✓	
家事服務包括基礎的家庭幫助，像是輕量的內務或便餐準備	✓	
自然療法服務 (使用自然或替代療法)	✓	
非例行牙科保健		治療疾病或損傷所需的牙科照護，可能視為住院或門診治療而獲得承保。
骨科鞋子或足部支撐裝置		屬於腿部支架一部分的鞋款，並包含在支架的成本中。患有糖尿病足部疾病者適用的骨科治療用鞋。
醫院或專業護理設施的房間中的個人用品，如電話或電視	✓	
醫院中的私人病房		僅在醫療上必要時才承保
絕育逆轉處置及/或非處方避孕用品。	✓	
例行脊椎矯正照護		承保修正半脫位的人工整脊。
例行足部護理		某些有限承保範圍會根據 Medicare 規範提供 (例如若您罹患糖尿病)。
根據原始原有的 Medicare，服務被視為不合理且必要的服務為標準	✓	

除了醫療福利表或本保險證明其他部分中所示的排除情況或限制之外，**原有的 Medicare 或我們的計劃亦都不承保下列項目和服務：**

- 放射狀角膜切開術、LASIK 雷射手術，以及其他低視力助視器和服務。
- 提供給退伍軍人事務部 (VA) 機構中的退伍軍人服務。然而，如果在退伍軍人事務部醫院中接受的急診服務和退伍軍人事務部分攤費用高於我們計劃的分攤費用，我們將償還退伍軍人差價。會員對我們的分攤費用金額仍有責任。

牙科強制性補充福利排除情況，包括但不限於以下：

- 網路內牙醫已同意按合約費率 (網路內收費表，亦作 INFS) 提供服務。如果一名會員前往特約網路內牙醫處就診，將不必支付超過承保服務議定收費表的費用 (共保額給付仍然適用)。
- 從網路外牙醫處獲得的服務不屬於承保福利。
- 不論保險條件對您是否適用，當您符合工傷賠償或職業病法規或法律條件時，所發生的費用。
- 符合下述條件的服務：
 - 免費或您如果無此保險無需支付費用，除非是美國政府或其任何機構依照法律收取的費用或補償款。
 - 按照計劃或法律，由任何政府或政治組織提供或給付 (不包括 Medicare 或 Medicaid)。

第 4 章：醫療福利表 (承保範圍)

- 由任何美國政府擁有或經營的醫院/機構/代理提供與疾病或身體受傷相關的服務。
- 損失肇因於或可歸責於戰爭或戰爭行為，無論是否宣戰；國際武裝衝突行為；涉及到國際政權武裝力量的任何衝突。
- 填寫表格產生的費用。
- 您未能在約定時間前往牙醫處赴診。
- 我們認定為美容牙科的服務，除非是在保單的承保期間內，因意外事故受傷而有必要的服務。我們認為下述內容是美容牙科流程：
 - 牙冠或橋體的鑲邊 - 基牙之間固定牙橋的部分 - 第二小白齒之後。
 - 矯正先天畸形的任何服務。
 - 主要為了改善外貌而進行的服務；或義齒裝置的特色化和個人化。
- 任何類型的植入和所有相關服務的費用，包括牙冠或其相連的義齒裝置；精密或半精密附屬物；覆蓋假牙以及與覆蓋假牙相關聯的根管治療；其他訂製附屬物。
- 與下列內容相關的服務：
 - 改變牙齒的垂直尺寸。
 - 咬合修復或維護。
 - 夾板固定的牙齒，包括多基牙，或加固週期性鬆動牙齒的服務。
 - 更換因磨損或消耗而導致的牙齒結構損失、侵蝕或牙本質暴露。
 - 咬合記錄或咬合分析。
- 感染控制，包括但不限於滅菌技術。
- 牙醫之外的人員所進行的治療費用，除非是可以由有執照的牙科衛生員進行的潔治、洗牙和局部塗抹氟化物。必須按照普遍接受的牙科標準，在牙醫的監督之下進行這類治療。
- 任何醫院、外科手術或治療設施，或麻醉師的服務。
- 不論是否配藥或開立處方，任何處方藥或前置用藥。
- 「保險資訊」中未明確列出的任何服務。
- 我們認定並非牙科上必要的服務；預後不良；沒有專業人士的一致認同；或認定為實驗性或研究性的服務。
- 牙齒矯正服務。
- 補充保險福利生效日期之前或終止日期之後產生的任何費用。
- 通常在您的家中居住、或是家庭成員的人士所提供的服務。
- 超過服務償還限額的費用。
- 故意自殘而導致受傷或疾病的治療。
- 局部麻醉劑、沖洗、基型、蓋髓劑、臨時牙科服務、研究模型、治療計劃，或作為獨立服務收費時與修復的印模或置入相關的組織準備。這些服務被視為整體牙科服務中的一部分。
- 矯治器的維護和更換。
- 針對任何顎關節問題的外科或非外科治療，包括任何顫下頷關節障礙、顫頷、顫顎障礙症，或其他關節連接顎骨和頭骨的情況；或表情和咀嚼功能中使用的臉部肌肉的治療，其症狀包括但不限於頭痛。

強制性聽力補充保險福利排除情況包括但不限於下列項目：

- 檢查、檢測、評估，或超過指定最高值的任何服務的任何費用。
- 任何由 Medicare 或任何其他政府計劃或保險計劃所承保的費用，或是法律不規定必須支付的費用。
- 提供者提供的許可/諮詢服務。
- 遺失或損壞助聽器的任何重配費用。
- 非網路內助聽器提供者提供的任何服務的費用。網路內助聽器提供者保留僅限向網路內提供者購買之裝置維修的權利。
- 助聽器和提供者造訪維修助聽器 (承保福利中特別說明者除外)、耳模、助聽器配件、退貨費用、保固索賠費用，以及助聽器電池 (給付限制之外)。

第 4 章：醫療福利表 (承保範圍)**視力強制性補充福利排除情況，包括但不限於以下：**

- 在網路外光學服務提供者獲得的任何福利。
- 首次試戴後，再次試戴或變更鏡片設計。
- 填寫表格產生的費用。
- 補充福利中未明確列出的任何服務。
- 視力矯正或視力訓練。
- 低於正常視力的助視器和相關測試。
- 兩眼物像不等症的鏡片。
- 運動或工業鏡片。
- 稜鏡 (沒有提供津貼，但可能獲得零售價折扣；詳情請洽提供者)
- 我們認為是美容服務的任何服務。
- 補充保險福利生效日期之前或終止日期之後產生的任何費用。
- 通常在您的家中居住、或是家庭成員的人士所提供的服務。
- 超過服務限額的費用。
- 故意自殘而導致受傷或疾病的治療。
- 平光鏡。
- 單眼、雙眼或支持結構的醫療或外科治療。
- 非處方太陽鏡。
- 兩副眼鏡代替雙光鏡。
- 任何其他提供視力保健的團隊福利計劃所提供的服務或材料。
- 實驗性的矯正視力治療。
- 眼鏡或隱形眼鏡的解決方案和/或清潔產品。
- 非處方項目。
- 與保護材料相關聯的費用。
- 預手術和後手術服務。
- 角膜矯正術。
- 材料的例行維護。
- 藝術鏡片。
- 無論保險條件對您是否適用，當您滿足工傷賠償或職業病法規或法律條件時，所發生的任何費用。
- 符合下述條件的服務：
 - 免費或您如果無此保險無需支付費用，除非是美國政府或其任何機構依照法律收取的費用或補償款。
 - 按照計劃或法律，由任何政府或政治組織提供或給付 (不包括 Medicare 或 Medicaid)。
 - 由任何美國政府擁有或經營的醫院/機構/代理提供與疾病或身體受傷相關的服務。
- 損失肇因於或可歸責於戰爭或戰爭行為，無論是否宣戰；國際武裝衝突行為；涉及到國際政權武裝力量的任何衝突。
- 您未能在約定時間前往牙醫處赴診的約定。
- 任何醫院、外科手術或治療設施，或麻醉師的服務。
- 不論是否配藥或開立處方，任何處方藥或前置用藥。
- 我們認定對視力無必要；預後不良；沒有專業人士的一致認同；或被認為具有實驗性或研究性的任何服務。
- 此補充保險福利所提供的鏡片或鏡框在丟失或損壞的情況下的替換，除非在補充保險福利中另有提供選擇。
- 作為僱用條件或安全眼鏡，雇主要求的任何檢查或材料。
- 病理治療。

計劃不會承保上述排除服務。即使您在緊急醫療機構中接受服務，也不承保排除服務。

第 5 章： 使用計劃提供的 D 部分處方藥保險

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險**您要如何取得您的藥物費用相關資訊？**

因為您符合 Medicaid 合格資格，所以您有資格獲得 Medicare 的「額外幫助」，以支付您的處方藥計劃費用。由於您已參與「額外幫助」方案，**本保險證明中關於 D 部分處方藥費用的部分資訊可能不適用於您。**

第 1 節 引言

本章**說明使用 D 部分藥物保險的規定**。請參閱第 4 章以瞭解 Medicare B 部分藥物福利和安寧療護藥物福利。

除了 Medicare 承保的藥物外，有些處方藥或許可透過你的 Medicaid 福利獲得承保。如需瞭解僅由 Medicaid 所承保的處方藥物，請使用本手冊附錄 A 的電話號碼聯絡紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid)。

第 1.1 節 計劃的 D 部分藥物保險基本規定

只要您遵守下列基本規定，計劃一般都會承保您的藥物：

- 您必須有提供者 (醫生、牙醫或其他處方開立者) 為您開立處方，且該處方在適用的州法律下必須有效。
- 您的處方開立者不得參加 Medicare 排除條款或預先排除清單。
- 一般來說，您必須使用網路內藥房領取處方藥。(請參閱第 2 節，在網路內藥房或透過本計劃的郵購服務購買處方藥。)
- 您的藥物必須在計劃的處方藥指南中 (處方列表) (簡稱「藥物指南」)。(請參閱第 3 節，您的藥物需在計劃的「藥物指南」中。)
- 您必須根據醫療指示許可用途使用藥物。「醫療指示許可用途」是指透過食品和藥物管理局核准或特定參考書所支持的藥物使用。(請參閱第 3 節，以瞭解關於醫療指示許可用途的詳情。)

第 2 節 在網路內藥房或透過計劃的郵購服務領取處方藥**第 2.1 節 使用網路內藥房**

在大多數情況下，計劃只給付您在網路內藥房購買的處方藥。(請參閱第 2.5 節，以瞭解向網路外藥房購買處方藥的承保規定。)

網路內藥房是指與計劃簽有合約能為您提供承保處方藥的藥房。「承保的藥物」是指計劃的藥物指南中的所有 D 部分處方藥。

第 2.2 節 網路內藥房**如何在您所在地區找到網路內藥房？**

若要尋找網路內藥房，您可以查閱提供者名錄，請造訪我們的網站 ([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))，及/或致電客戶服務部。

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險

您可以去任何一家網路內藥房。請聯絡我們，進一步瞭解不同藥物不同的自付費用。

如果您一直使用的藥房離開網路該怎么做？

如果您一直使用的藥房離開計劃網路，您需要在網路中找一家新藥房。若要尋找您所在地區的另一家藥房，您可以從客戶服務部獲得幫助或使用 *提供者名錄*。您也可以造訪我們的網站以查詢資訊：

Humana.com/PlanDocuments。

如果您需要專門藥房該怎么做？

有些處方藥必須在專科藥房購買。專科藥房包括：

- 提供居家注射治療所需藥物的藥房。
- 為居住在長期護理 (LTC) 機構的患者提供所需藥物的藥房。LTC 設施 (例如療養院) 通常有自己的藥房。如果您在 LTC 機構取得您 D 部分福利時遭遇困難，請聯絡客戶服務部。
- 為印第安健康服務/部落/市區印第安健康方案服務的藥房 (不適用於波多黎各)。只有美國原住民或阿拉斯加原住民可以使用我們這些網路內的藥房；緊急情況除外。
- 配銷食品藥物管理局限制在特定地點之藥物的藥房，或在使用時需要特別處理、提供者協調或教育之藥物的藥房。(備註：此類情況應很少出現。)

要尋找專科藥房，請查閱 *提供者名錄* 或致電客戶服務部。

第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務

有些特定種類的藥物，您可以使用計劃的郵購服務購買。通常，透過郵寄服務提供的藥物是您定期服用以治療慢性或長期醫療病症的藥物。這些藥物在我們的藥物指南中被標記為「**郵購**」藥物。

我們計劃的郵購服務允許您訂購**最多 90 天的供應量**。

請與客戶服務部聯絡以獲取透過郵購方式購買處方藥的訂購表格和資訊。

郵購藥房訂單將會在 10 個營業日之內寄給您。當您計畫使用郵購藥房時，最保險的做法是要求您的醫生為您的藥物開立兩份處方：一份用於訂購郵寄，另一份則是當您的郵購沒有及時抵達時，您可以在網路內藥房親自領藥。如此一來，如果您的郵購有所延誤，用藥就不會有空窗期。如果您在等待郵購時無法配藥，請致電客戶服務部。

藥房會直接從您的醫生辦公室取得的新處方。

藥房將依據其從醫療保健服務提供者處收到的新處方，自動配藥並遞送給您，而不會事先與您確認，如果：

- 您過去曾使用本計劃的郵購服務，或
- 針對從醫療照護提供者直接收到的所有新處方，您註冊有自動遞送服務。您可以隨時致電客戶服務部，要求自動遞送所有新處方藥。

如果您收到不需要的郵寄處方，且在出貨前沒有人與您聯繫確認，則您符合退款資格。

如果您過去曾使用郵購，但不希望藥房自動配藥並運送每一張新處方，請致電客戶服務部。

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險

若您從未使用我們的郵購寄送和/或決定停止自動為新處方配藥，藥房會在每次從醫療保健服務提供者處收到新處方時聯絡您，以確認您是否希望立即開藥並運送。每次藥房聯絡您時，請務必回覆，讓他們知道您是否要出貨、延遲或取消新處方。

郵購處方的續藥。對於補藥，您可以選擇參加自動補藥計劃。根據本計劃，當我們的記錄顯示您的藥物即將用完時，我們將自動處理您的下一份補藥。藥局將在運送每次補充前與您聯絡，以確保您需要更多藥物，如果您有足夠的藥物或您的藥物有變更，您可以取消預定補藥。

如果您選擇不使用我們的自動補藥計劃，但仍希望郵購藥房寄您的處方，請在目前的處方用完前 14 個工作日聯絡您的藥房。這可確保您的訂單能及時寄送給您。

若要退出自動準備郵購補藥的計劃，請聯絡我們。

如果您收到不想要的郵寄自動補藥，您可能符合退款資格。

第 2.4 節 如何獲得長期藥物供應？

如果您獲得長期藥物供應，您的分攤費用可能會較低。本計劃提供兩種方法獲得本計劃藥物指南上「維持」藥物的長期供應(也稱為「延長供應」)。(維持藥物是指針對慢性或長期病症需要定期使用的藥物。)

1. 我們網路內的一些零售藥房允許您購買維持藥物的長期供應量。提供者名錄為您說明我們網路中有哪些藥房可以為您長期供應維持藥物。您也可以請致電客戶服務部以瞭解詳情。
2. 您也可以透過我們的郵購計劃獲得維持藥物。詳細資訊請參閱第 2.3 節。

第 2.5 節 您在什麼情況下可以使用不屬於計劃網路的藥房？

您的處方藥可能在特定情況下獲得承保

通常只有當您無法使用網路內藥房時，我們才會承保向網路外藥房購買的藥物。為了協助您，我們在服務區之外也有網路內藥房，您身為計劃會員也可以在這裡取得處方藥。**請先與客戶服務部聯絡**，查詢附近是否有網路內藥房。您將可能有責任支付您在網路外藥房支付給藥的費用與我們在網路內藥房支付的費用之間的差額。

以下是我們承保向網路外藥房購買的處方藥的情況：

• 您在醫療急診情況下需要處方藥

- 如果處方藥與急診照護有關，我們將承保在網路外藥房購買的處方藥(最多 30 天供應量)。在這種情況下，當您購買處方藥時，您需要支付全額費用(而不僅是支付您的共付額或共保額)。您可以提交紙本的索賠表格，要求我們補償計劃的分攤費用。如果處方獲承保，會以網路外費率來承保。如果您向網路外藥房購買，您可能需要自行支付我們為在網路內藥房購買的處方藥所給付的費用與網路外藥房收取的處方藥費用之間的差額。(第 7 章第 2.1 節說明您如何要求計劃補償費用。)

• 當您離開計劃的服務區時需要保險

- 如果您定期使用處方藥，請在出行前檢查您的藥物用量是否足夠。在可能的情況下，攜帶您需要的所有藥物。您可以事先透過我們的處方郵購服務訂購您的處方藥，或透過提供延長供應的網路零售藥房訂購。如果您仍在美國國內，但是離開計劃的服務區時患病或處方藥用完，請致

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險

電客戶服務部 (本手冊封底印有電話號碼) 查詢您所在地區的網路內藥房以購買處方藥。如果沒有可以使用的網路內藥房，但您遵守本文指出的所有其他保險規定，我們將承保向網路外藥房購買的處方藥 (最多 30 天的供應量)。在這種情況下，當您購買處方藥時，您需要支付全額費用 (而不僅是支付您的共付額或共保額)。

- **如果處方獲承保，會以網路外費率來承保。** 您有責任支付我們為在網路內藥房購買的處方藥所給付的費用與網路外藥房收取的處方藥費用之間的差額。您可以提交紙本的索賠表格，要求我們補償計劃的分攤費用。(第 7 章第 2.1 節說明您如何要求計劃補償費用。)
- **不過請您理解，如果有多次在發生非急診情況時使用網路外藥房索賠的記錄，可能會導致拒絕賠償。** 此外，我們不能給付在美國與其領地之外 (例如：在美國境外的郵輪上) 購買但是被偷竊的藥物或處方藥，即使是在醫療急診情況下也不例外。

您向網路外藥房購買的處方藥可獲得承保的其他情況。這些情況將以網路外費率給付。在這些情況下，您購買的處方藥需要支付全額費用 (而不僅支付共付額或共保額)。您可以提交紙本的索賠表格，要求我們補償計劃的分攤費用。如果您向網路外藥房或提供者購買，您有責任支付我們為在網路內藥房購買的處方藥所給付的費用與網路外藥房收取的處方藥費用之間的差額。(第 7 章第 2.1 節說明您如何要求計劃補償費用。) 如果至少符合以下一項條件，我們將承保您向網路外藥房購買的處方藥：

- 您無法取得您即刻需要的承保藥物，因為在合理行車距離內沒有營業中網路內藥房
- 您的處方是某種專門藥物，網路內藥房通常不會有存貨
- 您取得處方時曾具備聯邦 Medicaid 資格 (即使您尚未投保)。這稱為追溯登記投保
- 您從您的住家、州、聯邦或公立健康急診中心疏散，且無法前往網路內藥房
- 當患者處於急診室、提供者的診所、門診外科診所或其他門診場所時，您向該機構藥房購買承保的處方藥

如何向計劃要求補償？

如果您必須使用網路外藥房，通常在取得處方藥時，您必須支付全額費用。您可以要求我們補償。(第 7 章第 2.1 節說明您如何要求計劃補償費用。)

第 3 節 您的藥物應在計劃的「藥物指南」中**第 3.1 節 「藥物指南」告訴您哪些 D 部分藥物可獲得承保**

本計劃備有「處方藥指南(處方列表)」。在本保險證明中，我們簡稱為「藥物指南」。

本計劃經由醫生與藥師組成的團隊協助選出這份藥物清單。此清單符合 Medicare 的規定，並已獲得 Medicare 的核准。

藥物指南包括 Medicare D 部分承保的藥物。除了 Medicare 承保的藥物外，有些處方藥或許可透過你的 Medicaid 福利獲得承保。如需瞭解僅由 Medicaid 所承保的處方藥物，請使用本手冊「附錄 A」的電話號碼聯絡紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid)。

只要您遵守本章所說明的其他保險規定，並按照醫療指示許可用途使用藥物，我們一般都會承保計劃藥物指南中的藥物。「醫療指示許可用途」是指藥物的使用符合以下任一情形：

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險

- 食品和藥物管理局已核准將此種藥物按照醫囑用於診斷或治療病症。
- -- 或 -- 由特定參考資料支援，例如美國醫院處方列表目錄服務藥物資訊和 DRUGDEX 資訊系統。

藥物指南包括品牌藥物、非品牌藥物和生物仿製藥。

品牌藥物是以藥物製造商擁有的商標名稱出售的處方。比典型藥物更為複雜的品牌藥物 (例如以蛋白質為基礎的藥物) 稱為生物製品。在藥物指南中，當我們提及「藥物」時，其中一種可能是藥物或生物製品。

非品牌藥物是指與品牌藥物之活性成分相同的處方藥物。由於生物製品比典型藥物更複雜，它們沒有通用形式，而是具有稱為生物仿製藥的替代品。一般來說，非品牌藥物和生物仿製藥的功效與品牌藥物或生物製品一樣有效，而且費用通常較低。許多品牌藥物和一些生物製品都有非品牌藥物替代品或生物仿製藥替代品。

藥物指南中不包括哪些藥物？

本計劃並未承保全部的處方藥。

- 在特定情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保特定類型的藥物 (詳情請參閱本章第 7.1 節)。
- 在其他一些情況下，我們決定不在藥物指南中納入某種特定藥物。在某些情況下，您可能可以獲得不在藥物指南中的藥物。如需瞭解更多資訊，請參閱第 9 章。

如需 Medicaid 所承保的處方藥物相關資訊，請使用本手冊附錄 A 的電話號碼聯絡紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid)。

第 3.2 節 如何瞭解藥物指南是否包括某種特定藥物？

您可以透過三種方式瞭解：

1. 查閱我們最近提供的電子版藥物指南。(請注意：我們提供的藥物指南包括我們會員最常用的承保藥物資訊。然而，我們也承保不在藥物指南中的其他藥物。如果藥物指南不包含您的某種藥物，請造訪我們的網站或致電客戶服務部，以瞭解我們是否承保該藥物。)
2. 造訪計劃的網站 ([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))。網站上的藥物指南包含最新資訊。
3. 請致電客戶服務部，以瞭解某特定藥物是否在計劃的藥物指南中，並索取名單副本。

第 4 節 某些藥物的保險有限制**第 4.1 節 為什麼某些藥物有限制？**

對於特定處方藥，特殊規定限制了計劃的承保方式和時間。由醫生和藥劑師組成的團隊制定了這些規定，以幫助您和您的提供者最有效地使用藥物。請參閱藥物指南以瞭解您所使用或想要使用的藥物是否適用這些限制。如果有某種安全且費用更低的藥物與費用較高的藥物具備相同的療效，計劃的規定旨在鼓勵您和您的提供者使用費用更低的藥物。

請注意，有時候一種藥物可能會在「藥物指南」中出現多次。這是因為相同的藥物可能會因您的醫療保健服務提供者處方的藥物強度、數量或劑型不同而有所差異，而不同的限制或分攤費用可能適用於不同版本的藥物 (例如，10 毫克對 100 毫克；每天一片對每天二片；錠劑對液體)。

第 4.2 節 有哪些種類的限制？

下列章節更詳細地說明我們對於特定藥物所使用的限制種類。

如果藥物有限制，通常代表您或您的提供者必須採取額外的步驟，我們才會承保藥物。請聯絡客戶服務部以瞭解您或您的服務提供者需要做什麼才能獲得藥物保險。如果您希望我們為您豁免這些限制，您需要透過保險決定流程要求我們例外通融。我們可能同意、也可能不同意為您豁免這些限制。(請參閱第 9 章)

有非品牌藥物可用時，限制品牌藥物

一般來說，「非品牌」藥物與品牌藥物療效相同，費用更低。**當品牌藥物有相應的非品牌藥物可用時，我們的網路內藥房將為您提供非品牌藥物，而非品牌藥物。**然而，如果您的提供者告訴我們，針對相同病症的非品牌藥物或其他承保藥物皆不具有品牌藥物相同的療效及其醫學原因，我們將承保品牌藥物。(使用品牌藥物時，您的分攤費用可能高於非品牌藥物。)

事先取得計劃核准

針對特定藥物，在我們同意為您獲承保藥物之前，您或您的提供者需要獲得計劃核准。這稱為「**事先授權**」。這是為了確保藥物安全，並協助引導適當使用特定藥物。如果您未獲得這項核准，計劃可能不會承保您的藥物。

首先試用不同的藥物

此項規定鼓勵您在計劃承保另一種藥物之前，先試用費用更低、但是通常功效相同的藥物。例如，如果 A 藥物和 B 藥物治療同樣病症且 A 藥物價格較便宜，則本計劃可能要求您先試用 A 藥物。如果 A 藥物不適用於您，則計劃將承保 B 藥物。先試用另一種藥物的規定稱為「**階梯療法**」。

數量限制

對於某些藥物，我們限制您每次購買處方藥時可獲得的藥量。例如，針對特定藥物，如果正常情況下一天使用一顆為安全用量，則我們可能限制您的處方藥保險一天最多一顆。

第 5 節 如果您對藥物的承保方式不滿意該怎麼做？

第 5.1 節 如果您對藥物的承保方式不滿意，您可採取一些行動

在某些情況下，您正在服用的處方藥，或您和您的提供者認為您應服用的藥物，不在我們的處方列表，或是在處方列表內的受限藥物。例如：

- 藥物可能根本不予承保。或者，您想要使用的品牌藥物不被承保，只承保相應的非品牌藥物。
- 藥物雖予承保，但該藥物保險有額外的規定或限制，詳情請見第 4 節。
- 如果您對藥物的承保方式不滿意，您可以採取以下行動。
- 如果您的藥物不在藥物指南中，或您的藥物受到限制，請參閱第 5.2 節以瞭解您可以採取哪些行動。

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險**第 5.2 節 如果您的藥物不在藥物指南中，或您的藥物有某方面的限制該怎麼做？**

如果您的藥物不在藥物指南中或受到限制，有下列選項：

- 您或許能得到藥物的臨時供應。
- 您可以換用另一種藥物。
- 您可以要求例外通融，要求計劃承保該藥物或豁免限制。

您或許能得到藥物的臨時供應

在某些情況下，計劃必須為您正在使用的藥物提供臨時供應。臨時供應可以讓您有時間與提供者溝通保險改變，並決定該如何做。

您一直使用的藥物**不再出現在計劃的藥物指南中**，或是**現在有某方面的限制**，您才有資格獲得臨時供應。

- **如果您是新會員**，我們會在您成為計劃會員的最初 90 天期間承保藥物的臨時供應。
- **如果您是去年參加本項計劃**，我們將在日曆年的最初 90 天承保您的藥物臨時供應。
- 該藥物的暫時供應將提供最多 30 天的供應量。如果您處方規定的用藥天數較少，我們會允許您多次取藥，提供最多 30 天的供應量。處方藥必須在網路內藥房購買。(請注意，長期照護藥房可能一次只提供較少量的藥物以防止浪費。)
- **對於投保計劃已超過 90 天而且住在長期護理 (LTC) 機構、馬上需要藥物供應的會員：**

我們將對特定藥物承保一次 31 天緊急供應量，如果處方所開的天數更短，則供應的量也較少。這是除上述規定的暫時供藥情況以外的福利。

- **目前會員的治療環境發生改變時的過渡供應：**

若計劃年中您接受治療的環境改變，在過渡期您可能需要您藥物的短期供應。例如：

- 您從醫院或專業護理設施出院 (您的 Medicare A 部分承保藥物的費用)，且需要藥房的處方藥才能繼續在家服用藥物 (利用您的 D 部分計劃福利)；或
- 您從某專業護理設施轉至另一個機構。

如您轉換治療環境，且需要自藥房取處方藥，我們會承保 Medicare D 部分最多 31 天的藥物供應量，確保您的治療不中斷。

如果您的治療環境在同一個月多次發生改變，您可能需要要求例外通融或事先授權，才能繼續獲得藥物保險。

過渡期的臨時藥物供應政策

如果您是**新會員**、**您計劃有變**，或**您的藥物保險有變**，我們以 2023 計劃年的頭 90 天視為過渡期。如上所述，我們確保您可以在過渡期視情況需要，透過幾種方式取得臨時藥物供應量。

在頭 90 天，若您目前的處方藥物不在我們的藥物指南中或因限制需要事先授權，您可以取得臨時供應。取得臨時供應的條件如下所述。

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險

零售或郵購藥房的單次過渡供應

我們承保 Medicare D 部分最多 30 天的藥物供應量。在您使用臨時供應藥物的期間，請與您的醫生商討在臨時供應用完後該怎麼做。您可以換到另一種對您有療效的承保藥物。若您認為有醫療上必要繼續使用相同藥物，您和您的醫生可要求例外通融。

處於長期護理設施的過渡供應

我們會承保 Medicare D 部分至多 31 天的藥物供應量。只要您是在長期護理機構內的藥房購買您目前的處方藥，則此保險在 90 天過渡期內隨時可用。

若您在計劃年中取得處方藥時遭遇困難 (90 天過渡期間之後)，我們會承保 Medicare D 部分最多 31 天的緊急藥物供應量。在您與醫生要求例外通融或事先授權繼續用藥期間，緊急供應可維持您的藥物治療。

過渡期延期

若您已要求例外通融或提出藥物保險的上訴，當我們在處理您的要求時，臨時過渡期有可能會延期。若您認為我們需要延長過渡期，以確保您可繼續取得需要的藥物，請致電客戶服務部 (本手冊封底印有電話號碼)。

臨時供應費用

您的臨時藥物供應共付額或共保額，將依您計劃中核准的藥品分攤費用等級而定。如果您符合 2023 年低收入補貼 (LIS) 資格，則您的共付額或共保額不會超過您的 LIS 限制。

要請求臨時供應，請致電客戶服務部。

在您使用臨時供應藥物這段期間，應與提供者商討，以決定在臨時供應用完之後該怎麼做。您有兩個選項：

1. 您可以改用另一種藥物

與您的提供者討論該計劃是否承保了可能對您同樣有效的不同藥物。您可以致電客戶服務部以索取治療相同病症的承保藥物名單。這份名單可以幫助提供者找到可能適合您的承保藥物。

2. 您可以要求例外通融

您和您的提供者可以要求計劃例外通融，依照您希望的方式承保藥物。如果提供者認為您有正當的醫療理由要求例外通融，您的提供者可以幫助您要求破例。例如，即使藥物不在計劃的藥物指南中，您也可以要求計劃承保該藥物。或者您可以要求計劃破例無限制地承保藥物。

如果您目前是會員，而現在使用的藥物在下一年將從處方列表中刪除或有某方面的限制，我們將會在新年前告訴您任何變化。您可以在明年之前要求我們例外通融，而我們將在收到您要求 (或是您處方者的支持聲明) 後的 72 小時內答覆您。如果我們核准您的要求，我們將在變更生效以前授權承保。

如果您和提供者希望要求例外通融，第 9 章第 7.4 節說明了該怎麼做。其中包含 Medicare 所制定的流程和截止時間，以確保您的要求得到及時而公正的處理。

第 6 節 如果您有一項藥物的保險發生改變該怎麼做？

第 6.1 節 藥物指南在一年之中可能發生改變

藥物保險的改變多半發生在每年年初 (1 月 1 日)。然而，計劃可能在一年當中對藥物指南作出變更。例如，計劃可能：

- 增刪藥物指南中的藥物。
- 新增或移除藥物保險限制。
- 用非品牌藥物代替品牌藥物。

在變更計劃的藥物指南之前，我們必須遵守 Medicare 規定。

第 6.2 節 如果您使用的藥物保險有所改變該怎麼做？

藥物保險改變的資訊

當藥物指南有所變更時，我們會在網站上公佈這些變更的相關資訊。我們也會定期更新我們的線上藥物指南。以下列出若您服用的藥物出現變更，您會收到直接通知的情況。

在目前計劃年度中，對影響您的藥物保險之變更

- **新的非品牌藥物替代藥物指南上的品牌藥物 (或我們改變分攤費用等級，或加入對品牌藥物的新限制，或兩者併行)**
 - 如果我們用一種新核准的同一種藥物的非品牌藥物取代品牌藥物，我們可能會立即在藥物指南中移除品牌藥物。非品牌藥物將出現在相同或較低的分攤費用等級，並具有相同或較少的限制。我們可能會決定將品牌藥物保留在我們的藥物指南中，但在增加新的非品牌藥物時，會立即將其移至較高的分攤費用等級或加入新的限制，或兩者併行。
 - 我們也可能不會在我們作出改變之前通知您 - 即使您正在使用品牌藥物。若我們變更時您正使用品牌藥物，我們會提供您具體變更資訊。這包括您要求例外通融以承保品牌藥物的步驟資訊。在我們變更前您可能不會收到此通知。
 - 您或您的處方開立者可以要求我們破例，繼續為您承保品牌藥物。關於如何要求例外通融，詳情請參閱第 9 章。
- **不安全的藥物和藥物指南中從市場召回的其他藥物**
 - 有時藥物可能被視為不安全，或是因為其他原因從市場撤除。如果發生這類情況，我們會立即將該藥物從藥物指南中刪除。如果您正服用該藥物，我們會立即通知您。
 - 您的處方開立者也會得知這項變更，進而為您尋找另一種能治療您病症的藥物。
- **藥物指南內藥物的其他變更**
 - 年度開始時，我們可能進行影響您使用藥物的其他變更。例如，我們可能會加入一種市場上已有的非品牌藥物以取代藥物指南中的品牌藥物，或改變分攤費用等級或增加對品牌藥物的新限制，或兩者併行。我們也可能基於食品和藥物管理局 (FDA) 盒裝警告或 Medicare 認定的新臨床準則進行改變。

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險

- 如有以上變更，我們必須提前至少 30 天給您變更通知，或在給您變更通知的同時，給您 30 天份在網路內藥房領取的補藥。
- 在您收到變更通知後，您應與您的處方開立者一起改用我們承保的不同藥物，或是滿足您所使用藥物的任何新限制。
- 您和您的處方開立者可以要求計劃例外通融/破例，繼續為您承保藥物。關於如何要求例外通融，詳情請參閱第 9 章。

在計劃年度中，對不影響您的藥物指南之變更

我們可能會對上述未說明的藥物指南進行某些變更。在這些情況下，如果您在變更時使用藥物，這些變更將不適用於您；然而，如果您保持相同的計劃，這些變化可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日開始影響您。

一般而言，不會影響您目前計劃年度的變更包括：

- 我們提高您的藥物分攤費用等級
- 我們對您的藥物使用增加新的限制
- 我們將您的藥物從藥物指南中移除

如果您正在使用的藥物發生上述任何一種變更 (並非因為市場下架、非品牌藥物取代品牌藥物，或以上幾節所提到的其他變更)，在下一年度 1 月 1 日之前，這些變更不會影響您的藥物使用或您支付的分攤費用。在那之前，也許您支付的費用不會增加，不會有更多藥物使用的限制。

我們不會在目前的計劃年度直接告訴您這些類型的變更。您需要查看下一個計劃年度的藥物指南 (當開放投保期內有這份清單時)，以瞭解您正在服用的藥物是否有任何變更，而這些變更將在下一個計劃年度對您造成影響。

第 7 節 計劃不承保哪類藥物？**第 7.1 節 我們不承保的藥物類型**

本節為您說明我們所「排除」的處方藥物種類。這代表 Medicare 將不給付這些藥物費用。

如果您提出上訴，且 D 部分未排除所要求的藥物，我們將支付或承保該藥物。(請參閱第 9 章以瞭解對決定提出上訴的相關資訊。)如果被本計劃排除在外的藥物也被 Medicaid 排除在外，您必須自行付費。

以下是關於 Medicare 藥物計劃 D 部分不承保藥物的三項一般規定：

- 我們計劃的 D 部分藥物保險不承保 Medicare A 部分或 B 部分所承保的藥物。
- 我們的計劃不承保在美國或其領土境外購買的藥物。
- 我們的計劃通常不承保藥物核准標示以外的用途。「核准標示以外的用途」是指食品和藥物管理局所核准藥物標示上所示的使用方法以外的用法。
 - 「核准標示以外的用途」的保險僅在該使用獲得特定參考資料支持時才允許，例如美國醫院處方列表目錄服務藥品資訊和 DRUGDEX 資訊系統。

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險

此外，Medicare 依法不承保下列各類藥物。但是，其中一些藥物可能屬於您的 Medicaid 藥物保險的承保範圍。如需更多資訊，請聯絡紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid)。您可在本文件背面的「附錄 A」中找到紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的聯絡資訊。

- 非處方藥物 (也稱為 OTC)
- 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
- 處方維他命和礦物質，惟產前維他命和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能或勃起障礙的藥物
- 用於治療食欲不振、減重或增重的藥物
- 製藥商作為銷售條件，而要求必須從製藥商處購買相關檢驗或監控服務的門診藥物

第 8 節 購買處方藥**第 8.1 節 提供您的會員資訊**

請向您所選的網路內藥房同時提供您的計劃會員資訊及您的紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 會員資訊 (可在會員卡上找到)，以購買處方藥。網路內藥房將自動向您的藥物計劃收費。當您領取處方藥時，您需要向藥房支付您的分攤費用。

請務必示您的紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) ID 卡以及 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員卡，讓您的提供者知道您可能享有額外承保範圍。

第 8.2 節 如果您沒有攜帶會員資訊該怎麼辦？

如果您購買處方藥時沒有攜帶計劃會員資訊，請您或藥房致電本計劃以獲取必要資訊。

如果藥房無法獲取必要資訊，**當您領取處方藥時，可能需要支付全額費用。**(之後您可以要求我們補償計劃的分攤費用。請參閱第 7 章第 2 節以瞭解要求計劃補償費用的有關詳情。)

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險**第 9.1 節 如果您在由計劃承保的醫院或專業護理設施住院期間時該怎麼做？**

如果您在由計劃承保的醫院或專業護理設施收治住院期間，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。一旦您離開醫院或專業護理設施，只要您的處方藥符合本章所述的所有保險規則，本計劃就會承保您的處方藥。

第 5 章：使用計劃提供的 D 部分處方藥保險**第 9.2 節 如果您是居住在長期護理 (LTC) 機構內的患者該怎麼辦？**

長期照護 (LTC) 設施 (如療養院) 通常有自己的藥房，或有為其全部入住者供應藥物的藥房。如果您是居住在 LTC 設施內的患者，您可以通過設施的藥房或其使用的藥房獲取您的處方藥，只要它是我們網路的一部分。

請查閱您的提供者名錄，以瞭解您的 LTC 設施內藥房，或其使用的藥房是否屬於我們的網路。如果不屬於，或您需要更多資訊或協助，請聯絡客戶服務部。若您在 LTC 設施，我們必須確保您能夠透過 LTC 藥房網路定期獲得您的 D 部分福利。

如果您住在長期照護 (LTC) 設施，需要不在藥物指南中或有某方面限制的藥物，該怎麼辦？

請參閱第 5.2 節，以瞭解臨時或緊急供應。

第 9.3 節 如果您同時獲得雇主或退休人員團體計劃的藥物保險該怎麼辦？

如果您目前 (或您的配偶) 的雇主或退休人員團體提供其他處方藥保險，請聯絡**該團體的福利管理員**。他或她可以幫助您判斷您目前的處方藥保險是否能與我們的計劃協調配合。

一般來說，如果您有員工或退休人員團體保險，您從我們獲得的藥物保險將次於您的團體保險。這代表您的團體保險會先給付。

關於「可信的保險」之特別註釋：

您的雇主或退休人員團體每年都應寄送通知給您，告知您下一個曆年的處方藥保險是否為「可信的」保險。

如果團體計劃保險是「可信的」保險，意思是按照平均水準，計劃的藥物保險應當給付至少與 Medicare 的標準處方藥保險相同的藥物費用。

請保留這些關於可信的保險的通知以備將來所需。如果您投保了包括 D 部分藥物保險的 Medicare 計劃，您可能需要這些通知以證明您一直保持著可信的保險。如果您沒有收到可信的保險通知，請向您的雇主或退休人員計劃的福利管理員、雇主或工會索取副本。

第 9.4 節 如果您住在 Medicare 認證的安寧療護機構怎麼辦

安寧療護和我們的計劃不同時承保相同的藥物。如果您登記了 Medicare 安寧療護，並要求取得您的安寧療護不承保的特定藥物 (例如抗噁心藥、止瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥)，因為這些藥物與您的絕症和相關病症沒有關係，我們的計劃必須在收到處方開立者或安寧療護提供者發送該藥物與您的絕症和相關病症無關的通知後，才能給付該藥物。為避免延遲收到本計劃應承保的這些藥物，請在購買處方藥之前，要求您的安寧療護提供者或處方開立者提供通知。

若您撤銷安寧療護的選擇或從安寧療護服務機構離開，我們的計劃應承保您的藥物，如本文件中所述。為了避免在您的 Medicare 安寧療護服務機構福利終止時在藥房出現任何延遲，請攜帶證明文件到藥房，證明您已經撤銷或離開安寧療護服務機構。

第 10 節 藥物安全和藥物管理方案

第 10.1 節 幫助會員安全使用藥物的方案

我們對會員的藥物使用進行審核，有助於確保其獲得安全正確的照護。

您每一次購買處方藥時，我們都會進行審核。我們也會定期審核我們的記錄。在審核期間，我們會尋找以下潛在問題：

- 可能的用藥錯誤
- 可能沒有必要使用的藥物，因為您已使用另一種治療相同病症的藥物
- 對您的年齡和性別來說可能不安全或不合適的藥物
- 同時使用可能會對您造成傷害的藥物組合
- 所開的處方藥中含有使您過敏的成分
- 您所使用的供應量 (劑量) 可能有誤
- 所含鴉片類止痛藥的含量不安全

如果我們發現您的用藥可能存在問題，我們將與您的提供者共同合作以糾正問題。

第 10.2 節 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們有一項方案，能夠幫助會員安全使用鴉片類處方藥物和其他常發生濫用的藥物。此方案稱為藥物管理方案 (DMP)。如果您使用從幾位醫生或數間藥房獲得的鴉片類用藥，或您最近有鴉片過量的情形，我們可能會與您的醫生商談，以確保您使用鴉片類用藥是合適的，且為醫療上必要。與您的醫生合作後，如果我們認為您對處方鴉片類或苯二氮平類用藥的使用方式不安全，我們可能會限制您取得這些用藥的方式。如果我們將您加入 DMP，可能的限制包括：

- 要求您從某一家藥房取得所有鴉片類或苯二氮平類用藥
- 要求您從某一位醫生取得所有鴉片類或苯二氮平類用藥
- 限制我們為您給付鴉片類或苯二氮平類用藥的數量

如果我們計劃限制您取得這些藥物的方式，或您可以獲得的藥量，我們會事先寄送信件給您。這封信件將解釋我們認為應適用於您的限制。您可以藉此機會告訴我們您的首選醫生或藥房，以及您認為我們必須知道的任何其他重要資訊。在您有回應的機會後，如果我們決定限制對這些藥物的承保，我們會發出另一封信函給您，以確認此限制。如果您認為我們犯了錯誤，或您不同意我們的判定或限制，您和您的處方開立者有權向我們提出上訴。如果您提出上訴，我們將會審查您的案例並且給你答覆。如果我們繼續拒絕您與該適用藥物使用限制相關要求的任何部分，我們會自動將您的個案送至我們計劃外的獨立審查組織。請參閱第 9 章以瞭解如何要求上訴。

如果您有某些健康狀況，您將不會被列入我們的 DMP，例如：現有癌症相關病痛或鐮刀型紅血球疾病、您接受安寧療護、緩和服務、臨終照護，或待在長期護理設施。

第 10.3 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 及其他方案

我們有些方案可以幫助具有複雜健康需求的會員。有一項計劃稱為藥物治療管理 (MTM) 方案。這些方案可以免費自願參與。由藥劑師與醫生組成的團隊幫助我們開發了這些方案，幫助確保我們的會員能夠從他們服用的藥物中獲得最大效益。

某些因患有多種不同病症而需服用藥物和有高藥物費用的會員，或參與 DMP 以協助會員安全使用鴉片藥物時，可能透過 MTM 方案接受服務。藥劑師或其他健康專業人士會與您全面檢討您的所有用藥。在審查期間，您可以討論您的藥物、處理您的費用，以及您對您的處方和非處方藥物的任何問題或疑問。您會取得一份內含建議待辦事項清單的書面摘要，其中包含您應採取的步驟，以從您的藥物獲得最佳結果。您也將獲得一份藥物清單，其中包括您目前使用的所有藥物、服用方式和使用原因。此外，MTM 方案成員也會收到有關管制物質處方藥物的安全棄置資訊。

建議您向醫生諮詢您的建議待辦事項清單和藥物清單。請在每次就診或與您的醫生、藥劑師和其他醫療保健提供者交談時，隨身攜帶您的摘要。此外，若您前往醫院或急診室，請隨身攜帶最新的藥物清單（例如：與您的會員卡隨身攜帶）。

如果我們有一項方案符合您的需求，我們自動將您納入方案中，並發送資訊給您。如果您決定不參加，請告知我們，我們會讓您退出。如果您對這些方案有任何疑問，請聯絡客戶服務部。

第 6 章： 您所需支付的 D 部分處方藥費用



您要如何取得您的藥物費用相關資訊？

因為您符合 Medicaid 合格資格，所以您有資格獲得 Medicare 的「額外幫助」，以支付您的處方藥計劃費用。由於您已參與「額外幫助」方案，**本保險證明中關於 D 部分處方藥費用的部分資訊可能不適用於您。**

第 1 節 引言

第 1.1 節 將本章與其他說明藥物保險的資料一起使用

本章的重點是您所需支付的 D 部分處方藥費用。為了簡單起見，我們在本章用「藥物」來表示 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物都屬於 D 部分藥物，某些藥物會在依法排除在第 D 部分的承保範圍之外。有些 D 部分承保範圍外的藥物會納入 Medicare A 部分或 B 部分的承保範圍或 Medicaid。

要瞭解說明的支付資訊，您需要知道哪些是承保的藥物，應到何處購買處方藥，以及要遵守哪些規定以獲得承保的藥物。第 5 章第 1 節至第 4 節會說明這些規定。

第 1.2 節 承保藥物的自付費用類型

D 部分藥物的自付費用有不同類型。您支付的藥物金額稱為「分攤費用」，您可能必須使用三種付款方式。

- 「**免賠額**」是指在我們的計劃開始給付其分攤費用之前，您必須支付的藥物金額。
- 「**共付額**」是您每一次購買處方藥時所支付的一筆固定金額。
- 「**共保額**」是您每一次購買處方藥時所支付的總費用一定比例。

第 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付費用

Medicare 對於如何計算自付費用以及哪些不屬於自付費用都設有規定。以下是我們必須遵守的規則，以追蹤您的自付費用。

這些款項會計入您的自付費用

您的自付費用包括下列款項(只要是 D 部分承保的藥物，而且您遵守第 5 章解釋的藥物保險規定)：

- 當您處於以下任何一個藥物付款階段時所支付的藥物費用：
 - 免賠額階段
 - 初始保險階段
 - 保險缺口階段
- 您在本日曆年度內，在加入我們的計劃前，身為另一項 Medicare 處方藥計劃會員時所支付的任何款項。

誰支付費用很重要：

- 如果是**您自己**支付這些款項，這些費用會計入您的自付費用。

第 6 章：您所需支付的 D 部分處方藥費用

- 如果其他**特定個人或組織**以您的名義支付這些費用，這些金額也計算在內。其中包括由親友、大多數慈善機構、愛滋病藥物協助方案、Medicare 認定符合條件的州立藥物協助計劃或印第安健康服務署所支付的藥物費用。
- Medicare 保險缺口優惠計劃的某些款項也包括在內。製藥商為您支付的品牌藥物金額也包括在內。但本計劃所給付的非品牌藥費用則不包括在內。

進入重大傷病保險階段：

如果您 (或他人以您的名義支付) 的自付費用在一個日曆年內達到合計 **\$7,400** 之後，您將從保險缺口階段進入重大傷病保險階段。

這些款項不計入您的自付費用

您的自付費用**不包括**以下任何類型的款項：

- 您的每月保費。
- 在美國或其領土以外地區購買的藥物。
- 我們的計劃並未承保的藥物。
- 在網路外藥房購買且不符合計劃網路外藥房保險規定的藥物。
- 僅限 Medicaid 所承保的藥物。
- 非 D 部分藥物，包括 A 部分或 B 部分承保處方藥和其他 Medicare 所排除的藥物。
- 購買 Medicare 處方藥計劃通常不承保的處方藥所支付的款項。
- 在保險缺口階段本計劃所給付的品牌或非品牌藥費用。
- 團體健康計劃 (包括雇主提供的健康計劃) 所給付的藥物費用。
- 軍隊醫療系統 (TRICARE) 和退伍軍人事務部等特定保險計劃或政府資助的保健方案所給付的費用。
- 第三方因法律責任所給付的處方藥費用 (例如工傷補償)。

提醒：如果有任何組織 (例如上方所列) 支付您的部分或全部藥物自付費用，您需要致電客戶服務部告知我們的計劃。

如何追蹤記錄您的自付費用？

- **我們會幫助您。**您收到的 *SmartSummary* 包含您目前的自付費用。當此金額達到 **\$7,400** 時，此報告會告訴您已離開保險缺口階段，並已進入重大傷病保險階段。
- **確保我們取得所需的資訊。**第 3.2 節說明您如何協助確保我們擁有您支付的費用完整且最新的記錄。

第 2 節 視獲得藥物時您所屬的「藥物付款階段」決定您支付的藥物費用

第 2.1 節 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃會員的藥物付款階段是指什麼？

在 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃的四個「藥物付款階段」為您的 Medicare D 部分處方藥保險。您的支付金額，取決於您在獲得處方配藥或重新配藥時所處的階段。每個階段的詳細資料請參閱本章第 4 至 7 節。這些階段包括：

第一階段：年度免賠額階段

第二階段：初始保險階段

第三階段：保險缺口階段

第四階段：重大傷病保險階段

關於您為胰島素所支付費用的重要訊息 - 有關我們的計劃承保的每項 D 部分胰島素產品，不論其屬於哪一種分攤費用等級，即使您未支付免賠額，您針對一個月 (最多 30 天) 供應量所支付的費用將不會超過 \$35。請參閱您的處方藥指南，以瞭解您的計劃承保的所有 D 部分胰島素

\$0 Rx 共付額福利的重要注意事項：如果您符合「額外幫助」資格，您無需為所有等級和所有階段的所有 Medicare 承保的 D 部分處方藥支付任何費用。

第 3 節 我們會寄給您報告，說明藥物相關費用和您所屬的付款階段

第 3.1 節 我們會寄給您月度摘要 *SmartSummary*

在您向藥房購買或補充處方藥時，計劃將會追蹤記錄您的處方藥費用和支付資訊。這樣一來，我們便能告訴您何時從一個藥物付款階段進入到下一個階段。我們會特別追蹤記錄兩種類型的支出：

- 我們會記錄您的支付額。這就是所謂的「**自付**」費用。
- 我們會記錄您的「**藥物總費用**」。這個金額是由您的自付費用加上他人以您的名義支付的金額，再加上本計劃給付的金額。

如果您在上個月透過本計劃購買了一或多個處方藥，我們會寄 *SmartSummary* 給您。*SmartSummary* 包含：

- **該月資訊**。這份報告提供您上個月購買處方藥的支付細節。其中包括藥物費用總額、本計劃給付的金額，以及您或他人以您的名義所支付金額。
- **自 1 月 1 日起的一年總計**。這稱為「年初至今」資訊。這份報告顯示今年以來藥物費用總額和支付總額。
- **藥物價格資訊**。此資訊將顯示總藥物價格，以及相同數量的各處方索賠的首次配藥價格上漲資訊。
- **適用於您較低費用的替代處方**。這將包括其他藥物相關資訊，與可取得之各處方索賠的較低分攤費用。

第 6 章：您所需支付的 D 部分處方藥費用**第 3.2 節 幫助我們更新您的藥物付款資訊**

要追蹤您的藥物費用和支付情況，我們需要調用藥房的相關記錄。此處將說明您可以如何幫助我們更正與更新您的藥物付款資訊：

- **每次購買處方藥時，請出示您的會員卡。**這有助於我們確保我們知道您正在購買的處方藥以及您支付的費用。
- **確保我們取得所需的資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會自動取得所需資訊，以追蹤您的自付費用。為了幫助我們追蹤您的自付費用，請提供您的收據副本。以下是您應向我們提供藥物收據副本的範例：
 - 當您在網路內藥房以特價或使用本計劃福利以外的優惠卡購買承保藥物
 - 當您支付共付額購買製藥商患者協助方案所提供的藥物
 - 您在任何時候已向網路外藥房購買承保的藥物，或在特殊情況下已支付承保的藥物全額費用時

如果您已支付承保的藥物費用，您可以要求我們給付計劃的分攤費用。相關程序的說明請參閱第 7 章第 2 節。

- **請將他人為您支付費用的資訊告知我們。**其他特定個人和組織支付的款項也會計入您的自付費用。例如，州藥物協助方案、愛滋病藥物協助方案 (ADAP)、印第安健康服務署和大多數慈善機構的支付款項，都可計入您的自付費用。請記錄這些款項然後寄給我們，以便我們追蹤記錄您的支出費用。
- **查看我們寄給您的書面報告。**當您收到 *SmartSummary* 之後，請仔細閱讀以確保資訊是完整且正確的。如果您認為有任何遺漏之處，或有任何問題，請致電客戶服務部。請務必妥善保存這些報告。

第 4 節 在免賠額階段，您支付藥物的全額費用

我們大多數的會員在處方藥費用方面都獲得「額外幫助」，因此，免賠額階段不適用於許多會員。若接受額外幫助，您將：

- 不支付免賠額

如果您沒有獲得「額外幫助」，則免賠額階段是您的藥物保險的第一個付款階段。當您今年第一次購買處方藥時，您便進入這個階段。當您處於此付款階段時，**您必須支付藥物的全額費用**，直到您達到計劃的免賠額金額為止，即 2023 年的 **\$505**。由於我們的計劃已經為網路內藥房的大多數藥物協商了較低費用，因此您的「**全額費用**」通常會比一般的藥物價格低。

一旦您為藥物支付了 **\$505**，您將離開免賠額階段並進入初始保險階段。

關於您為胰島素所支付費用的重要訊息 - 有關我們的計劃承保的每項 D 部分胰島素產品，不論其屬於哪一種分攤費用等級，即使您未支付免賠額，您針對一個月 (最多 30 天) 供應量所支付的費用將不會超過 \$35。

第 5 節 在初始保險階段，計劃將與您共同分攤藥物費用；計劃給付部分費用，您也需支付部分費用**第 5.1 節 您支付的藥物費用依藥物種類和購買處方的藥房而定**

在初始保險階段，本計劃給付您的承保處方藥一部分費用，您也需支付一部分費用 (您的共付額或共保額金額)。您的分攤費用根據藥物類型和配處方藥地點而有所不同。

您的藥房選擇

您配藥的地點也會影響到您支付的藥物費用：

- 網路內零售藥房
- 計劃網路外的藥房。我們只在有限的情況下為您給付在網路外藥房配處方藥的費用。請參閱第 5 章第 2.5 節以瞭解在網路外藥房購買處方藥的承保規定。
- 本項計劃的郵購藥房

請參閱第 5 章以及計劃的提供者名錄，以瞭解藥房選擇和購買處方藥的有關詳情。

第 5.2 節 一個月藥物供應量費用表

\$0 Rx 共付額福利的重要注意事項：如果您符合「額外幫助」資格，您無需為所有等級和所有階段的所有 Medicare 承保的 D 部分處方藥支付任何費用。

在初始保險階段，您將以共付額或共保額的方式支付承保藥物分攤費用。

正如下表所示，共付額或共保額的多寡取決於您的所屬分攤費用等級。有時藥物費用低於您的共付額。在這些情況下，您支付藥物的較低價格，而非共付額。

當您購買承保的 D 部分處方藥一個月供應量時，您的分攤費用如下：

\$0 Rx 共付額福利的重要注意事項：如果您符合「額外幫助」資格，您無需為所有等級和所有階段的所有 Medicare 承保的 D 部分處方藥支付任何費用。

等級	零售分攤費用 (網路內) (最多 30 天供應量)	郵購分攤費用 (網路內) (最多 30 天供應量)	長期照護 (LTC) 分攤 費用 (網路內) (最多 31 天供應量)	網路外分攤費用 (保險僅限特定情 況；請參閱第 5 章 瞭解詳情。)(最多 30 天供應量)
分攤費用所有 藥物等級	25%	25%	25%	25%

除了以上列出的 D 部分處方藥分攤費用，下表說明您在初始保險階段期間內，針對 D 部分承保胰島素一個月 (最多 30 天) 的供應量將須支付的費用。

等級	零售分攤費用 (網 路內) (最多 30 天 供應量)	郵購分攤費用 (網路內) (最多 30 天供應量)	長期照護 (LTC) 分 攤費用 (網路內) (最多 31 天 供應量)	網路外分攤費用 (承保僅限特定情 況；請參閱第 5 章 瞭解詳情。) (最多 30 天供應量)
所有等級分攤費用 胰島素	25% (最多 \$35)	25% (最多 \$35)	25% (最多 \$35)	25% (最多 \$35)

第 6 章：您所需支付的 D 部分處方藥費用**第 5.3 節 如果醫生處方的藥量不足一整個月，您可能無需支付整個月的藥物費用**

一般來說，您為處方藥支付的金額包括一整個月供應量。有時，您或您的醫生希望您獲得的藥物供應量少於一個月 (例如，當您第一次嘗試使用藥物時)。若這對您安排不同處方的補藥日期有幫助，您也可以請您的醫生開立處方，並由藥劑師配給您不足一整個月的供應量。

如果您收到的特定藥物供應量不足一整個月，您就無需支付整個月供應量的費用。

- 如果您需負責支付共保額，則會支付藥物總費用的一定百分比。由於共保額是根據藥物的總費用而定，因此您的費用將會較低，因為藥物的總費用會較低。
- 如果您需負責支付藥物的共付額，您只需支付您收到藥物的天數，而不是整個月。我們將會計算您每天所支付的藥物費用金額 (「日常費用分攤率」)，再乘以您所獲得的供應量實際天數。

第 5.4 節 長期 (最多 90 天) 藥物供應量費用表

\$0 Rx 共付額福利的重要注意事項：如果您符合「額外幫助」資格，您無需為所有等級和所有階段的所有 Medicare 承保的 D 部分處方藥支付任何費用。

某些藥物可以獲得長期供應 (也稱為「延長供應」)。長期供應最多提供 90 日供應量。

下表顯示您應為長期藥物供應量所支付的費用。

計劃認為不符合條件的專門藥物或其他藥物不符合延長供應的條件。請參閱您的處方藥指南，以瞭解有哪些藥物受到限制。

當您購買承保的 D 部分處方藥長期供應量時，您的分攤費用如下：

\$0 Rx 共付額福利的重要注意事項：如果您符合「額外幫助」資格，您無需為所有等級和所有階段的所有 Medicare 承保的 D 部分處方藥支付任何費用。

等級	零售分攤費用 (網路內) (最多 90 天供應量)	郵購分攤費用 (網路內) (最多 90 天供應量)
分攤費用 所有藥物等級	25%	25%

除了以上列出的 D 部分處方藥分攤費用，下表說明您在初始保險階段期間內，針對 D 部分承保胰島素一個月 (最多 90 天) 的供應量將須支付的費用。

等級	零售分攤費用 (網路內) (最多 90 天供應量)	郵購分攤費用 (網路內) (最多 90 天供應量)
分攤費用所有等級 胰島素	25% (最多 \$105)	25% (最多 \$105)

第 5.5 節 您一直留在初始保險階段，直到您的年度藥物總費用達到 \$4,660

您一直留在初始保險階段，直到您購買處方藥的總金額達到**初始保險階段的 \$4,660 限額為止**。

我們寄給您的 *SmartSummary* 會幫助您追蹤年度內您與本計劃，以及任何第三方為您支付了多少費用。很多人在一年中不會達到 **\$4,660** 的限額。

第 6 章：您所需支付的 D 部分處方藥費用

如果您達到此限額，我們會告知您。如果您達到這個限額，您將從初始保險階段進入保險缺口階段。請參閱第 1.3 節，瞭解 Medicare 如何計算您的自付費用。

第 6 節 保險缺口階段的費用

\$0 Rx 共付額福利的重要注意事項：如果您符合「額外幫助」資格，您無需為所有等級和所有階段的所有 Medicare 承保的 D 部分處方藥支付任何費用。

您在保險缺口階段時，Medicare 保險缺口優惠計劃提供品牌藥物的製藥商優惠折扣。您支付品牌藥物議定價格的 **25%** 和部分配藥費。您支付的金額和製藥商的優惠金額都將算作您的自付費用，視為您已繳交，使您度過保險缺口。

某些非品牌藥物也會獲得保險。您只需支付不超過 **25%** 的非品牌藥物費用，剩下的部分由本計劃給付。只有您支付的金額算作自付費用，使您度過保險缺口。

您繼續支付這些費用，直到您的年度自付費用達到 Medicare 所設定的最高金額。一旦達到此金額 **\$7,400**，您就會離開承保缺口階段，改為重大傷病保險階段。

Medicare 規定了可計入和不可計入您的自付費用的款項 (第 1.3 節)。

第 7 節 在重大傷病保險階段，本計劃將會給付您的大部分藥物費用

\$0 Rx 共付額福利的重要注意事項：如果您符合「額外幫助」資格，您無需為所有等級和所有階段的所有 Medicare 承保的 D 部分處方藥支付任何費用。

當您在一個日曆年的自付費用達到 **\$7,400** 的限額之後，您就有資格進入重大傷病保險階段。一旦您進入重大傷病保險階段，您會一直處於這個付款階段，直到本日曆年度結束。

在這個階段，本計劃將為您支付所有藥物費用。

\$0 Rx 共付額福利不適用於 Medicare 排除的藥物。

第 8 節 額外福利資訊

重要注意事項：這些都不是 Medicare 承保的處方藥物，對於符合「額外幫助」資格的會員而言，這些均無法享有 **\$0 Rx 共付額福利**。請參閱第 4 章 - 「醫療福利表」，以取得其他詳細資料。

本計劃不提供額外的處方藥福利。

第 9 節 D 部分疫苗。您支付的費用依接種方式和地點而定

關於您為疫苗所支付費用的重要資訊 - 我們的計劃承保許多 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。請致電客戶服務部以瞭解詳情。

我們的 D 部分疫苗接種保險分為兩個部分：

- 第一部分的承保範圍是**疫苗本身**的費用。
- 第二部分的承保範圍是**為您注射疫苗**的費用。(有時候這也稱為「施打」疫苗。)

第 6 章：您所需支付的 D 部分處方藥費用

D 部分疫苗您的費用取決於三件事：

1. 疫苗的類型 (您所接種的疫苗)。

- 有些疫苗被認為是醫療福利。(請參閱第 4 章的醫療福利表(承保範圍)。)
- 其他疫苗則視為 D 部分藥物。這些疫苗列明在本計劃的藥物指南(處方列表)。

2. 您在何處接種疫苗。

- 疫苗本身可由藥房或醫生診所提供。

3. 誰為您注射疫苗。

- 藥師可在藥局給予疫苗，或其他服務提供者可在醫生診所施打。

您接種 D 部分疫苗時所需支付的費用，可能會因情況和您所處的藥物階段而異。

- 有時，當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身以及服務提供者為您接種疫苗的全額費用。您可以要求我們償還。
- 其他時候，當您接種疫苗時，您只需支付 D 部分福利的分攤費用。

以下是您可能如何接種 D 部分疫苗的三个範例。

第 1 種情況： 您在網路內藥房接種疫苗。(您是否可以這麼做視您的居住地區而定。有些州不允許藥房接種疫苗。)

- 您將向藥房支付疫苗本身的共保額或共付額，其中包括為您接種疫苗的費用。
- 我們的計劃將會給付剩下的費用。

第 2 種情況： 您在醫生診所接種 D 部分疫苗。

- 當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身以及服務提供者為您接種疫苗的全額費用。
- 然後，您可以使用第 7 章中描述的程序要求本計劃給付分攤費用。
- 您所獲得的補償金額是，您所支付的金額，扣除疫苗 (包括施打) 之您一般的共保額或共付額，再扣除醫生診療費與計劃一般給付費用的差額。(如果您獲得「額外幫助」，我們將補償差額。)

第 3 種情況： 您在藥房購買 D 部分疫苗本身，然後把疫苗帶到醫生診所，由醫生為您注射疫苗。

- 您必須支付藥房疫苗本身的共保額或共付額。
- 若由醫生為您接種疫苗，您將支付這項服務的全部費用。然後，您可以使用第 7 章中描述的程序要求本計劃給付分攤費用。
- 您所獲得的補償金額是醫生施打疫苗的費用，扣除醫生診療費與計劃一般給付費用的差額。(如果您獲得「額外幫助」，我們將補償差額。)

第 7 章：

要求我們給付您 所收到的承保醫療 服務或藥物的帳單

第 1 節 您應要求我們為您承保的服務或藥物支付費用的情況

我們的網路內提供者會直接針對您承保的服務與藥物，向本計劃開立帳單，您不應收到該服務或藥物的帳單。如果您已收到醫療照護或藥物的帳單，請將帳單寄給我們，以便我們支付該帳單。在您寄給我們帳單後，我們會仔細查閱帳單並決定服務是否獲得承保。若我們決定這些服務可獲得承保，我們會直接給付提供者。

如果您已經支付本計劃承保的服務或藥物的費用，您可請求本計劃退款給您(退款通常稱為向您「償還」)。不論您是否為本計劃承保的醫療服務或藥物支付費用，您都有權要求我們償還。您可能必須符合期限才能獲得償還費用。請閱讀本章第 2 節。在您寄給我們已支付帳單後，我們會仔細查閱帳單並決定服務或藥物是否獲得承保。如果我們決定該服務或藥物應當納入承保，我們將償還該服務或藥物費用。

如果您的分攤費用受到紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 保護，請參閱第 4 章第 1.1 節以瞭解更多關於 Medicaid 的 Medicare 分攤費用保護的資訊。

也許有些時候，服務提供者會寄給您帳單，要求您支付所獲醫療照護的全額費用，或可能超過如文件所述您的分攤費用。首先嘗試向服務提供者解決帳單。如果沒有效果，請將帳單寄給我們，而非支付帳單。我們會仔細查閱帳單並決定服務是否獲得承保。若我們決定這些服務可獲得承保，我們會直接給付提供者。如果我們決定不支付費用，我們將通知服務提供者。您不應支付超過計劃允許的分攤費用。如果此服務提供者有合約，您仍有治療的權利。

以下是一些您需要要求我們償還您或為您支付帳單的情況。

1. 您獲得計劃網路外提供者提供的急診或緊急醫療照護

無論服務提供者是否在我們的計劃網路內，您都可以接受他們提供的急診或急需服務。在這些情況下，請服務提供者開立帳單給本計劃。

- 如果您在接受照護時支付全額費用，請要求我們償還該費用。請將帳單連同您所支付的費用證明文件一起寄給我們。
- 您可能會收到服務提供者寄給您的帳單，要求您支付您認為不應該支付的費用。請將帳單連同您已支付費用的證明文件一起寄給我們。
 - 如果還欠提供者一些費用，我們會直接給付。
 - 如果您已為該服務付費，我們會償還費用。

2. 當網路內提供者寄給您帳單，要求您支付您認為不應該支付的費用時

網路內提供者應一律直接向本計劃開立帳單。但是有時他們可能出錯而要求您支付服務費用。

- 我們不容許提供者針對承保的服務向您開立帳單。我們會直接付款給提供者，您無需支付任何費用。這是真的，針對一項服務，即使我們付給提供者的款項少於提供者所要求的費用亦然。
- 無論您在何時收到網路內提供者的帳單，都請將帳單寄給我們。我們將與提供者直接聯繫並解決帳單問題。
- 如果您已經支付給某個網路內提供者，請把帳單以及您已支付之任何款項的證明寄給我們。您應要求我們償還您承保的服務費用。

3. 如果您追溯投保我們的計劃

有時候投保人可以追溯投保我們的計劃。(這裡指的是投保人登記投保的第一天已經過去。投保日期甚至可能是在去年。)

如果您回溯性地投保我們的計劃，並且在投保之後支付任何承保的服務或藥物的自付費用，您可以要求我們償還該費用。您需要提交收據和帳單等書面文件，以便我們處理償還。

4. 當您向網路外藥房購買處方藥時

如果您至網路外藥房，藥房可能無法直接向我們提出索賠。這時，您必須支付處方藥的全額費用。申請費用補償時，請保存您的收據，然後將影本寄給我們。請記住，我們只在有限的情況下承保網路外藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節以瞭解這些情況的討論。

5. 當您沒有帶會員卡且支付處方藥的全額費用

如果您沒有隨身攜帶計劃會員卡，您可以要求藥房致電我們，或查閱您的計劃投保資訊。然而，如果藥房無法立即取得所需的投保資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。申請費用補償時，請保存您的收據，然後將影本寄給我們。

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用

如果處方藥由於某種原因並未獲得承保，您可能需要支付藥物的全額費用。

- 例如，藥物不在計劃的處方藥指南(處方列表)中；或者可能有一些您不清楚或認為不適用於您的規定或限制。如果您想立即購買藥物，您可能需要支付全額費用。
- 申請費用補償時，請保存您的收據，然後將影本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要向您的醫生取得更多資訊，以將藥物費用償還給您。

當我們收到您的付款要求時，會審查您的要求並裁定該服務或藥物是否應該給付。這稱為做出「保險決定」。如果我們決定該服務或藥物可獲得承保，我們會支付該服務或藥物的費用。如果我們否決您的付款要求，您可以對這項決定提出上訴。關於如何提出上訴，請參閱本文件第 9 章。

第 2 節 如何要求我們償還您或支付您所收到的帳單

您可以透過向我們發送書面請求來要求我們償還您。如果您以書面方式寄送要求，請將您支付的任何帳單與文件寄出。最好將您的帳單和支付費用的收據複印一份留底。

請將您的支付要求連同帳單或者已付收據寄到以下地址：

申請醫療服務款項：
Humana, P.O.Box 14601, Lexington, KY 40512-4601

您必須在接受服務、物品或 B 部分藥物之日起 **12 個月內**向我們提交您的 **C 部分 (醫療) 索賠申請**。

要求支付 D 部分藥物：
Humana
P.O.Box 14140
Lexington, KY 40512-4140

您必須在收到藥物之日起 **36 個月內**向我們提交 **D 部分 (處方藥) 的索賠申請**。

第 3 節 我們將會考慮並決定是否同意您的給付要求

第 3.1 節 我們會檢查我們是否應該承保您接受的服務或藥物

當我們收到您的支付要求之後，我們會儘快告知您是否需要您提供其他資訊。否則，我們將會考慮您的要求並作出保險決定。

- 如果我們決定醫療照護或藥物可以獲得承保，且您遵守所有規定，我們將給付該服務。如果您已經支付該服務或藥物的費用，我們會將您的補償金額寄還給您。如果您還未支付這些費用，我們會將費用直接寄給服務提供者。
- 如果我們決定醫療照護或藥物不能獲得承保，或者您並未遵守所有的規定，我們將不會支付該服務或藥物的費用。我們會寄一封信給您，說明我們為什麼不償還費用，以及您對我們的決定提出上訴的權利。

第 3.2 節 如果我們拒絕支付醫療照護或藥物費用，您有權提出上訴

如果您認為我們拒絕您的給付要求或我們給付的金額是錯誤的決定，您有權提出上訴。如果您提出上訴，就表示您要求改變我們拒絕給付的決定。上訴程序是有詳細程序和重要截止期限的正式流程。關於如何提出上訴，詳細資訊請參閱本文件第 9 章。

第 8 章： 您的權利與義務

第 8 章：您的權利與義務**第 1 節 我們的計劃必須尊重您身為會員的權利和文化敏感性****第 1.1 節 我們必須以適合您的方式提供資訊且尊重文化敏感性 (使用英語以外的其他語言、點字、大字印刷本或其他替代格式等)**

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化能力的方式提供給所有投保人，並可讓所有投保人利用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足，或是文化和種族背景多樣化的人士。計劃如何符合這些利用要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或聽障人士 (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，為不會講英語的會員回答問題。如果您有需要，我們也可以免費提供盲文、大字印刷本或其他替代格式。我們必須以方便且適合您的方式為您提供關於計劃的福利資訊。若要以適合您的方式向我們取得資訊，請致電客戶服務部。

我們的計劃必須讓女性投保人可以選擇是否在網路內直接接洽婦女保健專科醫生，以獲得婦女的例行性和預防性衛生保健服務。

如果無法取得專科計劃網路內的服務提供者，本計劃有責任找到網路之外的專科提供者，他們將為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網路內分攤費用。如果您發現自己所處的情況中，計劃的網路中沒有您所需服務的專科醫生，請致電本計劃，瞭解如何透過網路內分攤費用獲得此服務。

如果您無法以方便且適合您的方式從我們的計劃獲取資訊，請致電向 Humana 申訴和上訴部提出申訴，請撥打 1-800-457-4708，聽障專線：711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 投訴，或者直接向民權辦公室 1-800-368-1019 或聽障人士專線 1-800-537-7697 投訴。

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, telemáquinas de escribir o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telemáquina).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Atención al cliente.

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de cuidado de la salud preventivos y de rutina para mujeres.

Si no hay disponibles proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la cual no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

第 8 章：您的權利與義務

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de quejas formales y apelaciones de Humana al 1-800-457-4708, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保的服務和藥物

您有權從計劃的網路中選擇一名初級保健提供者 (PCP) 為您提供與安排承保的服務。我們不要求您必須透過轉診才能尋求網路內提供者的服務。

您有權在一段合理的時間內從計劃的提供者網路獲得就診預約和承保的服務。這包括有權在您需要的時候獲得專科醫生及時的服務。您也有權在不經過長時間等候的情況下，從任何我們的網路內藥房領取或續領您的處方藥。

如果您認為您沒有在合理的時間內獲得醫療照護或 D 部分藥物，第 9 章說明您可以怎麼做。

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊隱私

聯邦和州法律保護您的病歷和個人健康資訊的隱私。我們按照這些法律規定保護您的個人健康資訊。

- 您的「個人健康資訊」包括當您投保本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的病歷和其他醫療健康資訊。
- 您擁有與您的資訊相關的權利，並可控制您的健康資訊的使用方式。我們給您一份稱為「隱私做法通知」的書面通知，告知您這些權利並說明我們如何保護您的健康資訊隱私。

我們如何保護您的健康資訊隱私？

- 我們確保未經授權的人士無法看到或變更記錄。
- 除以下所述情況外，如果我們打算將您的健康資訊提供給任何不提供您的照護或不為您的照護付款的人，我們必須向您或您已授予法律權力可先為您做出決定的某人取得書面許可。
- 特定例外情況下，我們無須先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律所允許或規定的。
 - 我們必須向負責檢查醫療品質的政府機構公開健康資訊。
 - 因為您是透過 Medicare 成為本計劃的會員，我們必須將您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥資訊提供給 Medicare。如果 Medicare 為了研究或其他用途而需要公開您的資訊，將會遵守聯邦法規和條例進行；通常，這會要求唯一能識別您的資訊不會被分享。

您可以查看您的記錄資訊並瞭解這些資訊如何與他人分享

您有權查看計劃中保存的您的病歷，並取得一份您的記錄副本。我們可向您收取一定的複印費用。您也有權要求我們補充或更正您的病歷。如果您要求我們這麼做，我們將與您的醫療保健服務提供者共同決定是否應該作出變更。

您有權知道您的健康資訊如何基於任何非例行目的而與他人分享。

如果您對您的個人健康資訊隱私有任何疑問或疑慮，請致電客戶服務部。

第 8 章：您的權利與義務**您個人健康資訊的****隱私做法通知**

本公告說明如何使用和公開您的醫療資訊，以及您如何能獲得這些資訊。請仔細閱讀。

您的個人及健康資訊的隱私至關重要。除非您提出要求或投訴，否則您無需做任何事情。

我們可能在不牴觸法律的情況下，隨時更改我們的隱私條例和本公告條款。包括我們在作出變更之前所建立或接收的資訊。當我們對隱私條例作出重大變更時，將更改本公告，並發送給健保計劃的會員。

什麼是個人和健康資訊？

個人和健康資訊包括醫療資訊和個人資訊，例如您的姓名、地址、電話號碼或社會安全號碼。本公告中的「資訊」一詞包含任何個人和健康資訊。這包括由醫療保健服務提供者或健保計劃所建立或取得的資訊。與您生理或心理健康或狀況有關的資訊、提供給您的醫療保健服務或該醫療保健的付款等資訊。

我們如何保護您的資訊？

我們有責任保護您資訊的隱私，無論是以電子、書面和口頭資訊等任何形式。我們已經制定預防措施，以各種方式保護您的資料：

- 對可獲得您資訊的人設限
- 對使用或公開您資訊的方式設限
- 告知涉及您資訊的我方法律職責
- 我們的員工接受我們的隱私權計劃和流程方面的訓練

我們如何使用和公開您的資訊？

在以下情況下我們使用和公開您的資訊：

- 向您或擁有合法權利以您的名義行事的人，使用 and 公開您的資訊
- 對衛生和人類服務部部長使用 and 公開您的資訊

我們有權在下列情況使用 and 公開您的資訊：

- 對醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者提供 and 公開您的資訊，以便您能夠接受醫療照護
- 用於付款交易，包括支付由醫療保健服務提供者提供給您的承保服務索賠款項和健保計劃的保費
- 用於醫療保健營運活動。包括處理您的登記投保、回應您的查詢、協調您的護理、提高品質以及決定保費。
- 用於進行承保活動。不過，我們不會使用基因測試的任何結果，或詢問關於家族病史的問題。
- 給您的計劃贊助商，使其能夠履行和計劃管理職能，例如資格認定、登記投保和退保。在特定情況下，我們會與您的計劃贊助商分享您的健康資訊概要。例如，讓您的計劃贊助商取得其他健保計劃的投標。您的詳細健康資訊不會與您的計劃贊助商分享。我們會要求您的許可，或您的計劃贊助商可證明他們同意維護您資訊的隱私。
- 我們會就您可能感興趣的健康相關福利及服務、預約提醒或治療替代方法與您聯絡。如果您已如下所述選擇退出，我們將不會聯絡您。
- 如果我們無法與您溝通，例如在急診時，我們會與您的家人和朋友聯絡。提供給您的親友或其他任何您認識的人。如果該資訊直接涉及您的醫療照護或該照護付款相關者，則適用此規定。例如，如果一個家庭成員或看護者來電諮詢索賠問題，我們會確認索賠是否已經收到以及給付。
- 提供付款資訊給會員做為提交給國稅局的證據。
- 如果我們認為會員的健康或安全存在嚴重威脅，我們將與公共衛生機構聯絡。
- 對於虐待、忽視或家庭暴力等問題，我們會與相關部門聯絡。
- 為了回應法院或行政命令、傳票、檢查要求或其他合法程序。
- 為了遵循法律執行、軍事規定和其他法律規定。
- 為了協助災難救助工作。
- 為了合規方案和健康監督活動。
- 為了履行我們根據工傷賠償法律或合約條款的義務。
- 為了避免對您和他人的健康或安全造成嚴重或即將發生的威脅。

第 8 章：您的權利與義務

- 在有限情況下作為研究用途。
- 涉及器官、眼睛或組織的取得、儲存或移植事宜。
- 涉及驗屍官、法醫或葬禮主管。

我們是否會將您的資訊用於本公告描述用途以外的目的？

我們不會在未經您書面許可的情況下，為了本公告描述原因以外的目的使用或公開您的資訊。您可以隨時以書面形式通知我們取消您的許可。

以下用途和揭露需要您的書面許可：

- 大多數心理治療筆記的使用和公開
- 行銷目的
- 出售受保護的健康資訊

當您不再是我們的會員，我們如何處理您的資訊？

您的資訊可能會繼續用於本公告所述之用途。這包括當您未透過我們取得保險時。超過法律規定的保留期之後，我們將會遵循嚴格的保密程序銷毀您的資訊。

我對我的資訊擁有哪些權利？

我們致力於對您的權利請求作出及時的回覆

- 存取 - 若您的資訊可能被用來做出與您相關的決定，則您有權檢視並獲得此類資訊的副本。您也會收到此項健康資訊的摘要。如果您要求副本，我們可能會向您收取複製所需的人工費用、建立副本 (紙本或電子) 的用品費用，以及郵資。
- 不利承保決定 - 如果我們拒絕您的保險申請，您有權得知拒絕理由。*
- 替代通訊：為了避免危及生命的情況，您有權以不同的形式或在其他地點接收資訊。如果您的要求合情合理，我們就會滿足您的要求。
- 修訂 - 您有權透過修改或刪除要求更正此個人資訊。在收到您的書面要求後 30 個營業日內，我們會通知您有爭議的資訊之修改或刪除，或是我們在進一步調查後拒絕進行此類修正。如果我們拒絕修改或刪除爭議中的資訊，您有權向我們提交書面聲明，說明您不同意我們對爭議資訊的評估，以及您所認為的正確資訊。我們應讓任何及所有審查爭議資訊的對象都能存取此類聲明。*
- 揭露 - 您有權收到我們或我們業務夥伴公開您資訊的場合和具體實例清單。這不適用於治療、付款、健保計劃營運及特定其他活動。我們將保存資訊並為您提供資訊六年。如果您在 12 個月以內不只一次要求這份清單，我們可能會按成本向您收取合理的費用。
- 公告 - 您有權在任何時間要求並獲得本公告的書面副本。
- 限制 - 您有權要求限制資訊的使用或揭露方式。我們沒有義務同意限制，但如果我們同意限制，我們將遵守我們的協議。您也有權同意或終止先前提交的限制。

* 此權利根據麻薩諸塞州相關規定僅適用於麻州居民。

我可以選擇退出向我提出的哪類通訊？

- 預約提醒
- 其他的治療方法或其他與健康有關的福利或服務
- 籌款活動

我如何行使自己的權利，或取得本公告的副本？

您可以透過取得適用的申請表行使您所有的隱私權。您可以透過以下方式取得表格：

- 致電 1-866-861-2762 聯絡我們
- 造訪我們的網站 **Humana.com**，點選「隱私慣例」連結
- 將填妥的申請表寄到：

Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

第 8 章：您的權利與義務

如果我認為我的隱私受到侵犯，我該怎麼辦？

如果您認為您的隱私受到侵犯了，您可以致電向我們投訴：
隨時致電 1-866-861-2762。

您也可以向美國衛生和人類服務部民權辦公室 (OCR) 提交書面投訴。我們會根據要求為您提供合適的民權辦公室地址。您也可以將投訴以電子郵件方式傳送至 OCRComplaint@hhs.gov。如果您選擇提出投訴，您的福利不會受到影響，我們也不會以任何方式對您施以懲罰或報復。

我們支持您保護您個人健康資訊隱私的權利。

我們遵循保護個人和健康資訊的所有聯邦和州法律、法規和規章制度。當聯邦和各州的法律、法規和規章制度相牴觸時，我們會遵循保護範圍較廣的法律、法規以及規章制度保護。

法律要求我們遵守目前生效的本公告條款。

如果我的資訊被不當使用或揭露的話，會發生什麼事？

我們依法必須提供每個人，我們關於個人與健康資訊的法律責任與隱私條例的公告。如果發生不安全的個人與健康資訊外洩情事，我們會及時通知您。

下面的分公司和附屬機構也遵循我們的隱私計劃和程序：

Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
DentiCare, Inc.
EmpheSys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc.
Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.
Humana Benefit Plan of Texas, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.

第 8 章：您的權利與義務

Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Go365 by Humana for Healthy Horizons
Managed Care Indemnity, Inc.
The Dental Concern, Inc.

2013 年 9 月生效

更完整地瞭解您的健康狀況

Humana 開發程式，可將您的電子醫療保健史傳送給經授權的醫療保健服務提供者。這些醫療保健服務提供者可透過多種資訊交換計劃，檢視您的醫療索賠、藥房索賠、化驗室索賠和結果，以及放射科索賠和結果。此外，您的醫療保健服務提供者所使用的某些醫療資訊系統，可能會下載您的資訊，以提供更完整的健康狀況檢視。基於隱私理由，將不會分享精神科、藥物濫用或愛滋病相關治療的記錄。

此資訊交換的好處是醫療保健服務提供者可完整檢視您所接受的醫療保健服務。此資訊可供多類醫療保健服務提供者使用，包括但不限於：

- 初級保健提供者
- 醫療專科醫生
- 醫院
- 急需護理中心
- 牙科提供者
- 急診醫療服務 (EMS) 提供者
- 選擇的替代和輔助醫療療法

您可以使用下列任何一種方法拒絕參與資訊分享計劃*。

1. 登入 MyHumana - **Humana.com** 的安全部分
 - 選取網頁右上角的「My Profile」(我的個人資料) 選項
 - 在下拉式清單中選取「Communications Preferences」(通訊偏好設定) 選項。
 - 在「Privacy and Sharing」(隱私和分享) 選項中選擇對和「Primary Care Physician (PCP) and Treating Healthcare Providers」(初級保健醫生 (PCP) 和治療醫療保健服務提供者) 答「No」(否)。
 - 點按網頁下方的「Save Changes」(儲存變更) 按鈕。
2. 請撥打 1-800-733-9203 的自動語音專線。
3. 聽障專線服務請致電 711。我們上班時間為東部時間週一至週五上午 8 時至下午 8 時，以及週六上午 8 時至下午 3 時。

* 在某些情況下，Humana 必須交換您的健康資訊，以遵循監管要求並/或執行 Humana 和醫療保健服務提供者之間的合約協議。

我們可能會在法律允許的情況下與關係企業分享資訊。我們的關係機構清單列於上述《隱私做法通知》背面。我們可能會與和 Humana 有合約關係並代表我們進行服務的第三方分享資訊。在我們的合作過程中，我們可能聯絡您的醫師和其他醫療保健服務提供者。這有助於我們掌握您的最新治療方案和健康資訊，以充分支援您醫師的照護計劃。除非會員/患者提供知情且同意的書面證明，允許 Humana 向第三方公開其資訊，否則嚴禁除了**該資訊當事人或治療提供者**之外的任何一方揭露敏感的健康資訊。

如果您對 Humana 如何保護您的隱私權有任何疑問，請參閱 [Humana.com/about/legal/privacy](https://www.humana.com/about/legal/privacy)。如果您沒有電腦可以使用，您可以撥打 Humana 會員卡背面的客戶服務部電話號碼，取得一份隱私做法通知的副本。

第 1.4 節 我們必須為您提供關於計劃、其提供者網路和承保服務等資訊

身為 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的會員，您有權向我們取得幾種類型的資訊。

如果您想要以下任何類型的資訊，請致電客戶服務部：

- **關於本計劃的資訊。**例如關於計劃財務狀況的資訊，
- **有關我們網路內提供者和藥房的資訊。**您有權獲取我們網路內提供者和藥房的資格，以及我們如何給付網路內提供者的資訊。
- **關於承保範圍的資訊以及您在使用保險時必須遵守的規定。**第 3 章和第 4 章提供醫療服務的相關資訊。第 5 章和第 6 章提供關於 D 部分處方藥保險的資訊。
- **關於某些項目未獲得承保的原因及您可以怎麼做的資訊。**第 9 章提供要求書面解釋為何不承保醫療服務或 D 部分藥物，或您的保險受到限制的相關資訊。第 9 章也提供有關要求我們改變決定，也稱為上訴的資訊。

第 1.5 節 我們必須支持您為自己的照護做出決定的權利

您有權瞭解您的治療選擇並參與決定您的健康照護

您有權向您的醫生和其他醫療保健服務提供者要求充分的資訊。您的提供者必須以您可以理解的方式說明您的病症和治療選擇。

您也有權充分參與決定您的健康照護。為了幫助您與您的醫生做出什麼治療最適合您的決定，您享有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇。**您有權被告知所有針對您病情建議的治療方案，無論其費用或是否在我們的計劃承保範圍內。這也包括得知我們計劃針對幫助會員管理藥物和安全用藥所提供的方案。
- **瞭解相關的風險。**您有權被告知您的照護所涉及的任何風險。您必須提前得知任何建議的醫療照護或治療是否為研究實驗的一部分。您總是可以選擇拒絕接受任何實驗性的治療。
- **有權說「不」。**您有權利拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療設施，即使您的醫生建議您不要離開。您也有權停止服藥。當然，如果您拒絕接受治療或停止服藥，您對自己的身體會發生的情況承擔全部責任。

如果您無法為自己作出醫療決定，您有權指示該怎麼做

有時候人們會因為意外或重病而無法為自己作出健康照護的決定。此情況您有權表明您想要怎麼做。這代表如果您想，您可以：

- 填寫書面表格以賦予**某個人法律權限**，在您變得無法為自己作決定時，為您作出醫療決定。
- **提供給醫生的書面指示**，說明如果您無法自己做決定時，希望醫生如何處理您的醫療照護。

在這些情況下，用來提前下達您指示的法律文件稱為「**預先醫療指示**」。預先醫療指示有不同的類型和不同的名稱。所謂的「**生前遺囑**」和「**健康照護委任授權書**」等文件都是預先醫療指示的例子。

如果您想要使用「預先醫療指示」來下達您的指示，做法如下：

第 8 章：您的權利與義務

- **取得表格。**您可以向您的律師、社會工作者或一些辦公用品商店取得表格，準備一份預先醫療指示。有時候您可以從提供 Medicare 資訊的機構取得預先醫療指示表格。
- **填妥並簽名。**無論您從何處取得表格，請記住，這是一份法律文件。您應考慮請一名律師幫您準備。
- **把副本交給合適的人。**您應該給您的醫生以及您在表格上指名在您無法作決定時替您作決定的人一份副本。您可能也想給好友或家人一份副本。在家中保留副本。

如果您事先知道您要住院，並且已經簽署預先醫療指示，**請將一份副本帶去醫院。**

- 醫院會詢問您是否已簽署預先醫療指示表格，以及您是否帶在身上。
- 如果您還未簽署預先醫療指示表格，醫院也有表格可用，並且會詢問您是否要簽署。

請記住，您有權選擇是否要填寫預先醫療指示 (包括您在醫院時否想要簽署一份)。按照法律規定，任何人都不能因為您是否簽署預先醫療指示而拒絕為您提供照護或歧視您。

如果您的指示沒有被遵守該怎麼做？

如果您已簽署預先醫療指示，但您認為醫生或醫院沒有按照其中指示，您可以向您所在州的品質改進組織 (QIO) 提出投訴。您可在手冊封底的「附錄 A」中找到聯絡資訊。

第 1.6 節 您有權提出投訴，並要求我們重新考慮我們所作的決定

Humana 採用一種稱為「使用管理」(UM) 的流程，來確定服務或治療是否根據您的福利計劃獲得承保及適當給付。Humana 不會獎勵或提供金錢激勵給醫生、他人或 Humana 員工，用於拒絕給付或鼓勵不當使用服務。事實上，Humana 與您的醫生和其他提供者共同合作，以確保您的病情得到最適當的照護。如果您有關於「使用管理服務」的疑問或顧慮，工作人員在正常營業時間每天至少有八小時可以提供服務。Humana 為英語非母語的會員免費提供語言翻譯服務，以回答與「使用管理」有關的問題。會員可撥打 1-800-457-4708 (聽障專線：711)。

Humana 會持續決定是否承保新的醫療處置和器材。方法是檢閱同儕評論的醫學文獻並諮詢醫學專家，以瞭解新技術是否安全有效。Humana 也依賴 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 的指導，該中心往往就新的醫療程序或器材作出全國性的保險決定。

如果您有任何問題、疑慮或投訴且需要請求承保或提出上訴，本文件第 9 章說明您可以怎麼做。無論您做什麼 - 要求給付裁定，提出上訴或提出投訴 - **我們都必須公平對待您。**

第 1.7 節 如果您認為自己受到不公平對待，或您的權利沒有得到尊重該怎麼做？

如果是有關歧視的問題，請致電民權辦公室

如果您認為您由於種族、殘障、宗教、性別、健康、族裔、信條 (信仰)、年齡、性傾向或國籍，而受到不公平對待或權利沒有得到尊重，請致電衛生和人類服務部 **民權辦公室**，電話 1-800-368-1019 或聽障專線 1-800-537-7697，或致電您當地的民權辦公室。

是別的原因嗎？

如果您認為您受到不公平對待或您的權利沒有得到尊重，**而且並非關於歧視**，您可以得到幫助處理您所遇到的問題：

第 8 章：您的權利與義務

- 您可以**致電客戶服務部**。
- 您可以**致電 SHIP**。詳情請參閱第 2 章第 3 節。
- 或者，您可以**致電 Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，全年無休。
(聽障專線：1-877-486-2048)。

第 1.8 節 如何深入瞭解您的權利

您可以從幾個地方取得更多有關您權利的資訊：

- 您可以**致電客戶服務部**。
- 您可以**致電 SHIP**。詳情請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可以與 **Medicare** 聯絡。
 - 您可以造訪 Medicare 網站以查閱或下載「Medicare Rights & Protections」(您的 Medicare 權利與保護) 出版物。(出版物公佈於：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。)
 - 或是您也可每週 7 天、每天 24 小時隨時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障專線：1-877-486-2048。

第 2 節 您身為計劃會員負有某些責任

下面列出您身為計劃會員所需要做的事。如果您有任何問題，請致電客戶服務部。

- **熟悉您的承保服務和您獲得這些承保服務必須遵守的規定。** 使用本保險證明，瞭解您享有哪些承保的服務，以及必須遵守哪些規則才能獲得承保的服務。
 - 第 3 章和第 4 章詳細說明您的醫療服務。
 - 第 5 章和第 6 章詳細說明您的 D 部分處方藥保險。
- **如果您除了我們的計劃之外還有任何其他健康保險或處方藥保險，您必須告訴我們。** 第 1 章說明協調這些福利的相關事項。
- **告訴您的醫生和其他醫療保健服務提供者，您投保我們的計劃。**
每當您獲得醫療照護或 D 部分處方藥時，請出示您的計劃會員卡和紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 卡。
- **提供資訊給您的醫生和其他提供者、提出問題並堅持您的治療，協助他們來幫助您。**
 - 為幫助獲得最佳照護，請向您的醫生和其他醫療保健服務提供者告知您的健康問題。遵守您和醫生一起同意的治療計劃和指示。
 - 確保您的醫生知道您正在服用的所有藥物，包括非處方藥物、維他命和補充劑。
 - 如果您有任何問題，請務必詢問並取得您可以理解的答案。

第 8 章：您的權利與義務

- **為他人著想。**我們希望所有的會員尊重其他患者的權利。我們也希望您的行為舉止有助於您的醫生診所、醫院和其他辦公室平穩運作。
- **支付您的欠款。**身為計劃會員，您有責任支付這些款項：
 - 您必須持續支付您的 Medicare 保費，才能繼續成為我們的計劃成員。
 - 對於您獲得計劃承保的大多數藥物，您必須支付您的分攤費用。
 - 如果您因為您的年收入而需要支付額外的 D 部分費用 (根據您上次繳稅申報資料判斷)，您必須繼續將額外的金額直接支付給政府，以便保持計劃的會員身份。
 - **如果您是在我們的服務區以內搬遷，我們還是需要知道**，這樣才能保持您的會員記錄並知道如何與您聯絡。
 - **如果您搬到我們的計劃服務區域以外，您就不能繼續投保我們的計劃。**
 - 如果您搬家了，也請您務必告知社會安全局 (或鐵路退休人員委員會)。

第 9 章：

如果您遇到困難或想要投訴 (保險決定、上訴、投訴) 該怎麼做

第 1 節 引言

第 1.1 節 如果您存有疑問或顧慮該怎麼做

本章說明處理困難和問題的流程。您用來處理問題的程序取決於下列兩者：

1. 無論您的問題是否與 **Medicare** 或 **Medicaid** 承保的福利有關。如果您想要幫助決定是否使用 Medicare 程序或 Medicaid 程序，或兩者皆是，請聯絡客戶服務部。
2. 您的問題所屬類型：
 - 對於某些問題，您需要使用 **申請給付裁定和提出上訴的流程**。
 - 對於其他問題，您需要使用 **投訴程序**，也稱為申訴。

這些流程都已經獲得 Medicare 的核准。我們和您都必須遵守各項流程中的一系列規定、程序和期限要求。

本指南第 3 節可協助您判斷應使用的正確程序，以及您該採取的行動。

第 1.2 節 法律術語的相關內容？

本章說明一些規定、程序和各類型時限要求的法律術語。多數人對這些術語都不熟悉，認為難以理解。為了讓事情更簡單，本章內容包括：

- 使用較簡單的文字來取代特定的法律術語。例如，本章一般使用「提出投訴」而非「提出申訴」，「承保決定」而非「組織決定」或「承保決定」或「風險決定」，「獨立審查組織」而非「獨立審查實體」。
- 我們也盡可能少用縮寫。

然而，瞭解正確的法律術語可能有所幫助，有時也相當重要。瞭解要使用的術語有助於更準確地溝通，以針對您的情況取得正確的協助或資訊。為了幫助您瞭解應使用哪些術語，我們在詳細說明處理特定類型的情況時，納入了法律術語。

第 2 節 可於何處獲得更多資訊及個人化的協助

我們隨時為您提供幫助。即使您對我們的對待方式有投訴，我們仍有義務實踐您的投訴權利。因此，請務必聯絡客戶服務部尋求協助。但有些情況下，您可能也希望從與我們無關聯的組織處獲得幫助或指導。以下是兩個可以協助您的實體。

州健康保險協助方案 (SHIP)。

每個州都有一項政府計畫，由受過訓練的顧問提供。這是與任何保險公司或健康計劃無關的獨立方案。此方案中的顧問可以幫助您理解，在處理所面臨的問題時應當使用何種流程。他們也可以解答您的問題，提供更多資訊以及如何做的指導。

SHIP 的顧問服務免費。您可以在本文件末尾的「附錄 A」中找到電話號碼。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 以獲得幫助。若要聯絡 Medicare：

- 您每週 7 天、每天 24 小時皆可隨時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士請致電 1-877-486-2048。
- 您可以造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

您可以向紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 取得協助和資訊

本手冊結尾處的「附錄 A」列出紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的聯絡資訊。

第 3 節 您應當使用何種流程處理問題？

由於您享有 Medicare，並從紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 取得補助，在處理您的問題或投訴時，您可使用不同的程序。您使用哪一種程序取決於問題是與 Medicare 福利有關，還是與紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 福利有關。如果您的問題與 Medicare 承保的福利有關，您應當使用 Medicare 程序。如果您的問題與紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 承保的福利有關，您應當使用 Medicaid 程序。如果您需要幫助決定是否使用 Medicare 程序或 Medicaid 程序，請聯絡客戶服務部。

本章不同的部分分別說明 Medicare 程序和 Medicaid 程序。若要瞭解您應閱讀哪些部分，請參閱下表。

您的問題有關 Medicare 福利還是 Medicaid 福利？	
如果您希望有人幫助您確認您的問題是否與 Medicare 福利或 Medicaid 福利有關，請洽客戶服務部。	
我的問題是與 Medicare 福利有關。	我的問題是與 Medicaid 承保範圍有關。
請前往本章下一節， 第 4 節「處理您的 Medicare 福利相關問題」 。	請跳到本章 第 12 節「處理您的 Medicaid 福利相關問題」 。

與您的 **MEDICARE** 福利有關的問題

第 4 節 處理您的 **Medicare** 福利相關問題

第 4.1 節 您是否應使用給付裁定和上訴的流程？還是應使用提出投訴的流程？

如果有疑問或顧慮，僅需閱讀本章中適用您情況的部分。下表將幫助您找到本章中說明與 **Medicare** 所承保的福利有關的問題或申訴章節。

若要瞭解本章的哪個部分有助於解決您有關 **Medicare** 福利的疑問或顧慮，請使用此圖表：

您的困難或顧慮是否與福利或承保範圍相關？

包括醫療照護或處方藥物是否承保、以何種方式承保，以及與醫療照護或處方藥付款相關的問題。

是。	否。
請參閱本章下一節， 第 5 節「給付裁定與上訴基本內容指南」 。	請跳至本章末 第 11 節：「如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事項提出投訴」 。

第 5 節 保險決定與上訴基本內容指南

第 5.1 節 請求作出保險決定和提出上訴：概況

給付裁定和上訴可處理與您的福利和承保範圍相關的問題，包括付款。針對某個項目是否承保，以及其承保方式的問題，您可以使用此流程。

在接受服務之前，要求給付裁定

承保決定是我們對您的福利和保險，或針對您的醫療服務或藥物我們給付的金額所作的決定。每當我們決定承保內容及我們所給付的金額時，即是作出保險決定。例如，每當您獲得計劃網路內醫生的醫療照護，或網路內醫生將您轉診至專科醫生時，他或她就是為您作出了有利的保險決定。如果您的醫生不確定我們是否承保特定的醫療服務，或拒絕提供您認為必要的醫療照護，您或您的醫生可以聯絡我們，要求保險決定。換言之，接受醫療服務之前，如果您希望瞭解我們是否承保，您可以要求我們為您作出保險決定。在少數有限的情況中，保險決定的請求會被駁回，亦即我們不會審查此請求。請求會被駁回的例子包括請求不完整、有人代表您提出請求但並未經過合法授權，或是您要求將您的請求撤回。如果我們駁回承保決定的請求，我們會送出通知書說明請求被駁回的原因，以及如何要求審查駁回決定。

在一些情況下，我們可能決定不承保或 Medicare 不再為您承保某項服務或藥物。如果您對保險決定有異議，可以提出上訴。

提出上訴

如果我們作出給付裁定但您不滿意，您可以對裁定提出「上訴」。上訴是正式要求我們重新審查並變更已作出的保險決定。在某些情況下(下文會討論)，您可以請求加速或「快速上訴」給付裁定。由未參與原本給付裁定的其他審查員處理您的上訴。

您第一次上訴時，稱為「1 級上訴」。在此上訴等級，我們會重新審查已經作出的給付裁定，以查核我們是否正確遵守所有規定。我們將在完成審查之後告知您我們的決定。

在有限的情況下，1 級上訴的請求會被駁回，亦即我們不會審查此請求。請求會被駁回的例子包括請求不完整、有人代表您提出請求但並未經過合法授權，或是您要求將您的請求撤回。如果我們駁回 1 級上訴的請求，我們會送出通知書說明請求被駁回的原因，以及如何要求審查駁回決定。

如果我們拒絕您的全部或部分的 1 級上訴，您的上訴將自動進入 2 級上訴。2 級上訴由與我們無關聯的獨立審查組織執行。

- 您不需要做任何事就能開始 2 級上訴。如果我們不完全同意您的 1 級上訴，Medicare 規定要求我們將您的上訴自動送至 2 級上訴。
- 請參閱本章**第 6.4 節**瞭解更多 2 級上訴相關資訊。

如果您對 2 級上訴的決定不滿意，您可能可以繼續進行更高級的上訴。(本章第 10 節會說明第 3、4、5 級上訴的程序)。

第 5.2 節 當您要求給付裁定或提出上訴時，如何獲得幫助

如果您決定要求任一種給付裁定，或對裁定提出上訴，以下是一些資源：

- 您可以致電客戶服務部聯絡我們。
- 您可以從州健康保險協助方案獲得免費幫助。
- **您的醫生可以為您提出要求。** 如果您的醫生幫助您進行超過 2 級上訴，將需要指定他們擔任您的代表。請致電客戶服務部，並要求「代表委任」表。(該表格也可在 Medicare 網站上取得：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)
 - 針對醫療照護，您的醫生可以代表您要求給付裁定或提出 1 級上訴。若您的上訴在 1 級時遭到駁回，上訴會自動轉送至 2 級。
 - 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方開立者可以代表您要求承保決定或提出 1 級上訴。如果您的 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方開立者可以提出 2 級上訴。
- **您可以請他人代表您採取行動。** 如果您願意，您可以指定他人作為您的「代表」採取行動，要求保險決定或提出上訴。
 - 如果您希望朋友，親戚或其他人擔任您的代表，請致電客戶服務部並索取「代表委任」表。(該表格也可在 Medicare 網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 上取得。) 此表賦予此人代表您行事的許可權。您和您希望代表您採取行動的人必須都在表格上簽字。您必須給我們一份已簽字的表格副本。
 - 雖然我們可以在沒有上訴表的情況下接受上訴請求，但在我們收到上訴表前，我們無法開始或完成審查。如果我們在收到您的上訴請求後 44 個曆日 (我們對您的上訴作出承保決定的截止日期) 內未收到該表，您的上訴請求將被撤銷。如果發生這種情況，我們會寄送書面通知給您，說明您有權要求獨立審查組織審查我們駁回您的上訴的決定。
- **您也有權聘請律師。** 您可以聯絡您的律師，或從當地的律師協會或其他諮詢服務處獲得律師資訊。如果您符合條件，也可以獲得團體的免費法律服務。然而，**您不一定要聘請律師**才能要求任何種類的給付裁定或對裁定提出上訴。

第 5.3 節 本章哪一節可詳細說明您的情況？

有四種不同情況涉及給付裁定和上訴。因為每種情況都有不同的規定和時限，因此我們在不同的章節中詳細說明各種情況：

- 本章**第 6 節**：「您的醫療照護：如何要求做出保險決定或提出上訴」
- 本章**第 7 節**：「您的 D 部分處方藥：如何要求做出保險決定或提出上訴」
- 本章**第 8 節**：「如果您認為醫生讓您過早出院，如何要求我們承保更長的住院治療」
- 本章**第 9 節**：「如果您認為您的給付過早終止，如何請求本項計劃繼續給付特定的醫療服務」(僅適用於以下服務：家庭健康護理、專業護理機構照護和綜合門診復健設施 (CORF) 服務)

如果您不確定您應參閱的章節，請致電客戶服務部。您也可以從政府組織獲得協助或資訊，例如您的州健康保險協助方案。

第 6 節 您的醫療照護：如何申請給付裁定或對給付裁定提出上訴

第 6.1 節 本節說明當您獲得醫療照護保險時遇到困難，或您希望我們償還與您照護有關的費用時該怎麼做

本節說明關於您醫療照護和服務的福利。本文件第 4 章中說明這些福利：**醫療福利表 (承保範圍)**。為了簡單起見，我們一般指的「醫療照護給付」或「醫療照護」包含醫療項目、服務以及 Medicare B 部分處方藥物。在某些情況下，B 部分處方藥的要求適用不同的規定。在這些情況下，我們將解釋 B 部分處方藥的規定與醫療項目和服務的規定有何不同。

本節說明當您處於下述五種情況中時該怎麼做：

1. 您沒有獲得您希望得到的特定醫療照護，而且您認為我們的計劃應承保這項照護。**要求給付裁定。第 6.2 節。**
 2. 我們的計劃未批准您的醫生或其他醫療提供者希望給您的醫療照護，而且您認為計劃應承保這項照護。**要求給付裁定。第 6.2 節。**
 3. 您接受您認為應該在本項計劃承保範圍內的醫療照護，但是我們已經表示不支付該項照護的費用。**提出上訴。第 6.3 節。**
 4. 您接受了您認為應該在本項計劃承保範圍內的醫療照護並已付費，您想要求本項計劃向您償付該項照護的費用。**請將帳單寄給我們。第 6.5 節。**
 5. 您被告知我們先前就您所接受特定醫療照護保險所給予的核准將減少或終止，而且您認為減少或終止這項照護將傷害您的健康。**提出上訴。第 6.3 節。**
- **備註：**如果將要停止的承保範圍涵蓋醫院護理、家庭健康護理、專業護理機構照護或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，則您需要閱讀本章第 7 節和第 8 節。這些類型的照護適用特殊規定。

第 6.2 節 逐步說明：如何要求保險決定

法律術語

當給付裁定涉及您的醫療照護時，稱為「**組織決定**」。

「快速給付裁定」稱為「**加快決定**」。

步驟 1：決定您是否需要「標準給付裁定」或「快速給付裁定」。

針對 B 部分藥物的給付裁定程序通常在 14 天或 72 小時內進行。針對醫療服務，通常在 72 小時內做出「快速給付裁定」，針對 B 部分藥物，通常在 24 小時內做出。您必須符合兩項規定，才可以獲得快速給付裁定：

- 您只能要求您尚未接受的醫療照護給付。
- 只有當標準時限可能會對您的健康造成嚴重傷害，或傷害您的身體功能時，您才可以獲得快速給付裁定。

- 如果您的醫生告知我們，您的健康狀況需要「快速保險決定」，我們將自動同意給您快速保險決定。
- 如果沒有醫生的支持，而僅依靠您個人要求快速保險決定，我們將判斷您的健康狀況是否需要我們作出快速保險決定。如果我們不核准快速給付裁定，我們會寄信給您，告知：
 - 說明我們將使用標準時限
 - 說明如果您的醫生要求快速給付裁定，我們將自動給您快速給付裁定
 - 說明您可以對我們作出的標準給付裁定 (而不是您請求的快速給付裁定) 提出「快速投訴」。

步驟 2：要求我們的計劃作出給付裁定或快速給付裁定。

- 首先，透過打電話、寫信或傳真與我們的計劃聯絡，向我們提出對您想要的醫療照護提供保險的要求。您、您的醫生或代表可以提出要求。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 3：我們考慮您的醫療照護保險要求，並給您答覆。

對於標準給付裁定，我們使用標準時限。

這表示我們會在收到您**針對醫療物品或服務**的請求後 **14 個曆日內答覆您**。如果您針對 **Medicare B 部分處方藥** 提出請求，我們將會在收到您的請求後 **72 小時內答覆您**。

- **不過**，如果您的要求是針對醫療項目或服務，如果您要求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，**我們最多可能需要再花 14 天**答覆您。如果我們要花更多天，我們將以書面方式告知您。如果您的要求是針對 Medicare B 部分處方藥，我們不能花費額外的時間來作決定。
- 如果您認為我們不應該花額外的時間，您可以提出「快速投訴」。我們會在做出決定後，盡快回覆您的投訴。(提出投訴的流程與保險決定和上訴的流程不同。有關投訴的資訊，請參閱本章第 11 節。)

對於快速給付裁定，我們使用快捷時限。

若您要求的是醫療項目或服務，快速保險決定代表我們將在 **72 小時內答覆**。若您要求的是 Medicare B 部分處方藥，我們將在 **24 小時內答覆您**。

- **不過**，如果您要求更多時間，或如果我們需要收集更多可能對您有利的資訊，**我們最多可能需要再花 14 天**。如果我們要花更多天，我們將以書面方式告知您。如果您的要求是針對 Medicare B 部分處方藥，我們不能花費額外的時間來作決定。
- 如果您認為我們不應該花額外的時間，您可以提出「快速投訴」。(參閱本章第 11 節瞭解更多資訊。)
- **一旦我們作出決定，將打電話通知您。**
- **如果我們拒絕您的部分或全部要求**，將會寄送一份書面聲明，向您解釋拒絕的原因。

步驟 4：如果我們拒絕您的醫療照護給付要求，您可以提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮決定。這表示再次要求獲得您想要的醫療照護給付。如果您提出上訴，表示您將進入 1 級上訴程序。

第 6.3 節 逐步說明：如何提出 1 級上訴

法律術語

針對醫療照護給付裁定計劃的上訴稱為計劃「**重新考慮**」。

「快速上訴」也稱為「**加速重新考慮**」。

步驟 1：決定您是否需要「標準上訴」或「快速上訴」。

通常在 30 天內提出一次「標準上訴」。通常在 72 小時內進行一次「快速上訴」。

- 如果您的上訴內容是關於我們針對您尚未獲得之護理所做的保險決定，您及/或您的醫生將必須決定您是否需要「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」，我們將允許您快速上訴。
- 獲得「快速上訴」與本章第 6.2 節中獲得「快速保險決定」的條件和程序相同。

步驟 2：要求我們的計劃提出上訴或快速上訴

- 如果您要提出標準上訴，請透過書面方式提出。
- 如果您提出快速上訴，請透過書面或致電方式提出。
第 2 章有聯絡資訊。
- 我們寄給您的給付裁定書面通知上載有日期，您必須在該日起 60 個曆日內提出上訴要求。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括：患有重大疾病而不能與我們聯絡，或我們提供您不正確或不完整的限期或要求上訴的資訊。
- 您可以索取與您的醫療決定相關的資訊副本。您和您的醫生可以新增更多資訊以支持您的上訴。我們有權收取複印和郵寄費用。

步驟 3：我們考慮您的上訴要求，並給您答覆。

- 當我們審查您的上訴時，會再次仔細審查所有資訊。我們透過審查以判斷在拒絕您的要求時，是否遵守了所有規定。
- 我們會視需要收集更多資訊，可能會聯絡您或您的醫師。

「快速」上訴的時限

- 針對快速上訴，我們將在接獲您的上訴後 72 小時內答覆您。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆您，我們將會加快答覆。
 - 如果您的請求是針對醫療物品或服務，如果您請求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，我們最多會需要 14 個曆日。如果我們要花更多天，我們將以書面方式告知您。如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥，我們不會花費額外的時間。
 - 如果在 72 小時內 (或如果我們花更多時間，則在延長期結束之前) 我們沒有答覆您，我們必須自動將您的要求送至 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查。第 6.4 節說明 2 級上訴程序。
- 如果我們同意您的部分或全部要求，必須在接獲您的上訴後 72 小時內，授權或提供我們已同意的給付。

- **如果我們拒絕您的部分或全部要求**，我們將以書面形式向您發送我們的決定，並自動將您的上訴轉發給獨立審查組織進行 2 級上訴。獨立審查組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。

「標準」上訴的期限

- 若為標準上訴，我們必須在收到您的上訴之後的 **30 個曆日**以內答覆您。如果您的請求是關於您尚未接受的 Medicare B 部分處方藥，我們將在接獲您的上訴後 **7 個曆日**內答覆您。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆您，我們將會加快答覆。
 - 然而，如果您的要求是針對醫療項目或服務，且您要求更多時間，或者如果我們需要收集更多可能對您有利的資訊，**我們最多會再需要 14 個曆日**。如果我們要花更多天，我們將以書面方式告知您。如果您的要求是針對 Medicare B 部分處方藥，我們不能花費額外的時間來作決定。
 - 如果您認為我們不應該花額外的時間，您可以提出「快速投訴」。當您提交快速投訴時，我們將在 24 小時內回覆您的投訴。(請參閱本章第 11 節以瞭解包括快速投訴之投訴流程的有關詳情。)
 - 如果我們沒有在時限內 (或延長時間截止時) 答覆您，我們會將您的要求送至 2 級上訴，由獨立審查組織審查上訴。第 6.4 節說明 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，關於醫療物品或服務的請求，我們必須在 30 個曆日內授權或提供我們已同意的承保，關於 Medicare B 部分處方藥的請求，則必須在 **7 個曆日**內授權或提供。
- **如果計劃拒絕您的部分或全部請求**，我們會自動將您的上訴送到獨立審查組織進行 2 級上訴。

第 6.4 節 逐步說明：如何進行 2 級上訴

法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查實體**」。有時也稱為「**IRE**」。

獨立審查組織是受雇於 Medicare 的獨立組織。與我們無關聯，且不是政府機構。該組織判定我們做出的裁定是否正確或是否應該改變。Medicare 監督其工作。

步驟 1：獨立審查組織會審查您的上訴。

- 我們將把您的上訴資訊發送至此組織。此資訊稱為您的「**訴訟檔**」。您有權要求我們提供您的**訴訟檔副本**。我們將資訊複印並寄送給您，並有權為此收取費用。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

如果您在第 1 級採用「快速」上訴，在第 2 級也會採用「快速」上訴

- 若為「快速上訴」，審查組織必須在接獲您的 2 級上訴後 **72 小時**內向您提出答覆。
- 如果您的請求是針對醫療物品或服務，並且獨立審核組織需要收集更多對您有利的資訊，**最多會再需要 14 個曆日**。如果您的請求是關於 Medicare B 部分處方藥，獨立審查組織無法延長作決定的時間。

如果您在第 1 級採用「標準」上訴，在第 2 級也會採用「標準」上訴

- 針對「標準上訴」，如果您的請求是關於醫療項目或服務，審查組織必須在收到您的上訴後 **30 個曆日內** 回覆您的 2 級上訴。
- 如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥，審查機構必須在收到您的上訴後 **7 個曆日內** 回覆您的 2 級上訴。
- 如果您的請求是針對醫療物品或服務，並且獨立審核組織需要收集更多對您有利的資訊，**最多會再需要 14 個曆日**。如果您的請求是關於 Medicare B 部分處方藥，獨立審查組織無法延長作決定的時間。

步驟 2：獨立審查組織會答覆您。

獨立審查組織將會以書面告知您其決定及原因。

- **如果獨立審查組織同意您的部分或全部醫療物品或服務請求**，我們必須在收到獨立審查組織對**標準要求**的決定後 **72 小時內** 授權醫療照護給付或在 **14 個曆日內** 提供服務，或在計劃收到獨立審查組織裁決**加速要求**之日起 **72 小時內** 提供服務。
- **如果獨立審查組織同意您的部分或全部 Medicare B 部分處方藥請求**，我們必須在收到獨立審查組織對**標準請求**的決定後 **72 小時內**，或在我們收到獨立審查組織裁決**加速要求**之日起 **24 小時內**，授權或提供 Medicare B 部分處方藥。
- **如果該組織否決您的部分或全部上訴**，這表示他們同意本項計劃不核准您的醫療照護給付請求 (或您的部分請求)。(這稱為「維持原判」或讓「退回上訴」。)在這種情況下，獨立審查組織會寄信給您：
 - 解釋其決定。
 - 如果您所要求的醫療照護給付金額價值達到特定的最低值，告知您有權提出 3 級上訴。您從獨立審查組織獲得的書面通知，將告訴您繼續上訴程序必須達到的金額。
 - 告訴您如何提出 3 級上訴。

步驟 3：如果您的條件符合規定，您可選擇是否繼續上訴。

- 2 級之後還有三個等級的上訴程序 (共有五個上訴等級)。如果您決定提出 3 級上訴，在 2 級上訴後您收到的書面通知中包括如何採取行動的詳細資訊。
- 3 級上訴由行政法律法官或律師仲裁人處理。本章第 10 節包括 3、4、5 級上訴程序的有關詳情。

第 6.5 節 如果您要求我們償還您已接受的醫療照護的帳單該怎麼做？

我們無法直接給您 Medicaid 服務或項目的補助。如果您收到 Medicaid 承保的服務和項目之帳單，請將帳單寄給我們。**您不應該自己支付帳單。**我們將與提供者直接聯繫並解決問題。但是，如果您確實支付帳單，您可以在遵循取得該服務或項目的規定下，從該醫療保健服務提供者處獲得退款。

要求補償是向我們要求保險決定

如果您將要求償還的文件寄給我們，您將要求給付裁定。為了作出裁定，我們將查看您付費的醫療照護是否為承保的服務。我們也將檢查您是否遵守使用醫療照護給付的所有規定。

- **如果我們同意您的要求：**如果您的醫療照護為承保的服務且您遵守了所有規定，我們將在收到您的要求後 60 個曆日內償還費用。如果您尚未付款，我們將直接支付給提供者。
- **如果我們拒絕您的要求：**如果醫療照護不受承保，或您沒有遵守所有規定，則我們不給付費用。我們將寄一封信函給您，說明我們不給付服務的費用和原因。

如果您不同意我們拒絕您的決定，**您可以提出上訴**。如果您提出上訴，這代表當我們拒絕您的付款要求時，您要求我們改變保險決定。

請遵守本節第 5.3 節中所述流程，提出上訴。關於償還的申訴，請注意：

- 我們必須在接獲您的上訴後 60 個曆日內答覆您。如果您要求我們償還您已接受且自付費用的醫療照護，則您不可要求快速上訴。
- 如果獨立審查機構判定我們應該支付，我們必須在 30 個曆日內將您要求的款項發送給您或提供者。如果您的上訴在 2 級之後的任何上訴程序階段獲得同意，則我們必須在 60 個曆日內，將您所要求給付的費用支付給您或您的提供者。

第 7 節 您的 D 部分處方藥：如何要求做出保險決定或提出上訴

第 7.1 節 本節說明當您在取得 D 部分藥物遇到困難或希望我們補償您 D 部分藥物費用時該怎麼做

您的福利包括給付許多處方藥。藥物必須按照醫療指示許可用途使用，才能獲承保。(關於醫療指示許可用途，詳情請參閱第 5 節。)有關 D 部分藥物、規定、限制和費用的詳情，請參閱第 5 章和第 6 章。

- **本節只與您的 D 部分藥物相關。**為了簡單起見，我們在本節其餘段落中把每次提到的「承保門診處方藥」或「D 部分藥物」稱為「藥物」，而不重複述說。我們也會使用「藥物指南」一詞，而非「承保藥物名單」或「處方列表」。
- 如果您不知道藥物是否有給付或您是否符合規定，您可以詢問我們。有些藥物需要您獲得我們的核准才會給付。
- 如果您的藥房告知您，您的處方無法依照處方箋內容進行配藥，您將會收到藥房的書面通知，說明如何聯絡我們以要求保險決定。

D 部分保險決定與上訴

法律術語

您的 D 部分藥物的初步給付裁定稱為「**承保決定**」。

給付裁定是我們就您的福利和給付，或關於我們為您的藥物給付之金額所作的裁定。本節說明當您處於下述情況中時該怎麼做：

- 要求給付不在計劃的處方藥指南(處方列表)中的 D 部分藥物。**要求例外通融。第 7.2 節**
- 要求我們豁免計劃對藥物給付的限制條件(比如對您能夠獲得藥量的限制)**要求例外通融。第 7.2 節**

- 要求取得藥物的事先核准。**要求給付裁定。第 7.4 節**
- 支付您已購買的處方藥。**要求我們補償。第 7.4 節**

如果您不同意我們的保險決定，您可以提出上訴。

本節講述如何要求保險決定及如何要求上訴。

第 7.2 節 例外通融是什麼？

法律術語

對不在藥物指南中的藥物要求給付有時稱為要求「**處方列表例外通融**」。

要求放棄對藥物給付的限制有時稱為要求「**處方列表例外通融**」。

對承保的非首選藥物支付更低的金額之要求有時稱為要求「**等級例外通融**」。

如果藥物沒有以您所希望的方式給付，您可以要求我們「例外通融」。例外通融是一類保險決定。

當您要求例外通融時，您的醫生或其他處方開立者將需要說明您需要例外通融獲批准的醫學原因。以下是您、您的醫生或其他處方開立者可以要求我們例外通融的兩項範例：

1. **為您給付不在計劃的處方藥指南中的 D 部分藥物。**如果我們同意給付不在藥物指南中的藥物，您將需要支付適用於所有藥物的分攤費用。您不可以針對我們要求您為藥物支付的分攤費用要求例外通融。
2. **取消承保藥物的限制條件。**第 5 章說明適用於我們的處方藥指南中，針對特定藥物的額外規定或限制。如果我們同意例外通融，為您放棄限制，您可以就我們要求您為藥物支付的共付額或共保額要求例外通融。

第 7.3 節 關於要求例外通融的重要事項

您的醫生必須將醫學原因告知我們

您的醫生或其他處方開立者必須提供聲明給我們，說明您要求例外通融的醫學原因。為了獲得更快的決定，請在要求例外通融時納入醫生或其他處方開立者提供的醫學資訊。

一般來說，針對特定病症，藥物指南中包括一種以上的藥物。這些不同的可供選擇的藥物稱為「替代」藥物。如果一種替代藥物，與您要求的藥物同樣有效，且不會造成更多的副作用或其他健康問題，則我們通常不會核准您的例外通融/破例要求。

我們可以同意或拒絕您的要求

- 如果我們核准您的例外通融要求，通常情況下，在計劃年結束之前，我們的核准有效。只要您的醫生繼續為您開此藥的處方，且此藥安全，有效治療您的病症，則這一點真實有效。
- 如果我們拒絕您的要求，您可以提出上訴，要求另一次審查我們的決定。

第 7.4 節 逐步說明：如何要求包括例外通融在內的保險決定

法律術語

「快速承保決定」稱為「加急承保決定」。

步驟 1：決定您是否需要「標準給付裁定」或「快速給付裁定」。

「標準承保決定」代表我們將在收到醫生所提供聲明的 **72 個小時** 以內答覆您。「快速承保決定」代表我們將在收到醫生所提供聲明的 **24 個小時** 以內答覆您。

如果您因為健康狀況而需要我們作出「快速承保決定」，請提出要求。您必須符合兩項規定，才可以獲得快速保險決定：

- 您必須要求您尚未獲得的藥物。(不可要求快速承保決定，來償還您已經購買的藥物。)
- 使用標準時限可能會對您的健康造成嚴重傷害，或傷害您的身體功能。
- 如果您的醫生或其他處方者告知我們您因為健康狀況而需要「快速保險決定」，我們將自動給您快速承保決定。
- 如果您個人要求快速保險決定而沒有醫生的支持，我們將判斷您的健康狀況是否需要我們做出快速承保決定。如果我們不核准快速給付裁定，我們會寄信給您，告知：
 - 說明我們將使用標準時限。
 - 說明如果您的醫生或其他處方開立者要求快速承保決定，我們將自動給您快速承保決定。
 - 告知您可以對我們作出的標準承保決定 (而不是您請求的快速承保決定) 提出「快速投訴」。我們將在收到您的投訴後 24 小時內回覆。

步驟 2：要求「標準承保決定」或「快速承保決定」。

首先，透過打電話、寫信或傳真與我們的計劃聯絡，向我們提出對您想要的醫療照護提供保險的要求。您也可以透過我們的網站查閱保險決定流程。我們必須接受任何書面要求，包括利用我們網站上提供之 CMS 模型承保決定申請表，或計劃的表單所提出的要求。第 2 章有聯絡資訊。若要線上提出承保決定要求，請前往：[Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations](https://www.humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations)。填寫承保決定申請表。您需要送給我們處方醫生所提供的支持文件以說明醫療需求。您的資訊將會安全地送給我們。為了協助我們處理您的要求，請務必附上您的姓名、聯絡資訊，以及識別上訴的遭拒索賠資訊。

您、您的醫生 (或其他處方開立者) 或代表都可以提出此要求。您也可以請律師代表您採取行動。本章第 4 節說明您如何透過書面許可，允許他人作為您的代表採取行動。

- 如果您要求例外通融，請提供「支持聲明」，也就是例外通融的醫療原因。您的醫生或其他處方開立者可將聲明傳真或郵寄給我們。或您的醫生或其他處方開立者可以致電我們，如有需要，透過傳真或郵寄書面聲明跟進。

步驟 3：我們考慮您的要求並答覆您。

「快速」保險決定的期限

- 我們必須在收到您要求後的 **24 個小時** 內答覆您。

- 對於例外通融，我們將在收到醫生的支持聲明後的 24 小時內回覆。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆，我們將會加快答覆。
- 如果我們未滿足時限要求，我們必須將您的要求送到 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查。
- **如果我們同意您的部分或全部要求**，我們必須在收到您的要求或醫生支持您要求的聲明後 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**，我們需要寄給您書面通知，解釋我們拒絕的原因，以及您如何提出上訴。

有關您尚未取得之藥物的「標準保險決定」時限

- 我們必須在收到您要求後的 **72 個小時內** 答覆您。
 - 對於例外通融，我們將在收到醫生的支持聲明後的 72 小時內回覆。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆，我們將會加快答覆。
 - 如果我們未滿足時限要求，我們必須將您的要求送到 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查。
- **如果我們同意您的部分或全部要求**，我們必須在收到您的要求或醫生支持要求的聲明之後 **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**，我們需要寄給您書面通知，解釋我們拒絕的原因，以及您如何提出上訴。

關於您已購買的藥物費用的「標準」保險決定的期限

- 我們必須在接獲您的要求後 **14 個曆日內** 向您提出答覆。
 - 如果我們未滿足時限要求，我們必須將您的要求送到 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，我們必須在收到您的要求後 14 個曆日內，提供我們已同意承保的保險。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們需要寄給您書面通知，解釋我們拒絕的原因，以及您如何提出上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的保險要求，您可提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮決定。這表示再次提出要求獲得您想要的藥物保險。如果您提出上訴，表示您將進入 1 級上訴程序。

第 7.5 節 逐步說明：如何提出 1 級上訴

法律術語

向計劃提出關於 D 部分藥物保險決定的上訴稱為計劃「**重新決定**」。

「快速上訴」也稱為「**加速重新決定**」。

步驟 1：決定您是否需要「標準上訴」或「快速上訴」。

通常在 7 天內提出一次「標準上訴」。通常在 72 小時內進行一次「快速上訴」。如果您因為健康狀況而需要「快速上訴」，請提出要求。

- 如果您對我們關於您尚未收到的藥物所作決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方開立者需要決定您是否需要「快速上訴」。
- 獲得「快速上訴」與本章第 6.4 節中獲得「快速保險決定」的條件和程序相同。

步驟 2：您、您的代表，醫生或其他處方開立者必須聯絡我們並提出 1 級上訴。 如果您因自身健康狀況而需要我們快速回覆，您必須要求「快速上訴」。

- **對於標準上訴，請提交書面要求。** 第 2 章有聯絡資訊。
- **如需快速上訴，請寫信或致電我們提出上訴，** 電話是 1-800-867-6601。第 2 章有聯絡資訊。
- **我們必須接受任何書面要求，** 包括利用我們的網站上提供的 CMS 模型承保決定申請表所提出的要求。請務必附上您的姓名、聯絡資訊及索賠相關資訊，以協助我們處理您的要求。
- 我們寄給您的給付裁定書面通知上載有日期，**您必須在該日起 60 個曆日內提出上訴要求。** 如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括：患有重大疾病而不能與我們聯絡，或我們提供您不正確或不完整的限期或要求上訴的資訊。
- **您可以索取上訴的資訊副本，並增加更多資訊。** 您和您的醫生可以新增更多資訊以支持您的上訴。我們有權收取複印和郵寄費用。

步驟 3：我們考慮您的上訴要求，並給您答覆。

- 當我們審查您的上訴要求時，會再次仔細審查您保險所要求的所有資訊。我們透過審查以判斷在拒絕您的要求時，是否遵守了所有規定。我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方開立者以獲得更多資訊。

「快速」上訴的時限

- 針對快速上訴，我們將在**接獲您的上訴後 72 小時內**答覆您。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆，我們將會加快答覆。
 - 如果我們沒有在 72 個小時以內答覆您，我們必須將您的要求送至 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查。第 7.6 節說明 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求，**我們必須在收到您上訴後 72 小時內，提供我們已經同意承保的保險。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求，**我們需要寄給您書面通知，解釋我們拒絕的原因，以及您如何對我們的決定提出上訴。

有關您尚未取得之藥物的「標準」上訴時限

- 若為標準上訴，我們必須在收到您的上訴之後的**7 個曆日以內**答覆您。如果您尚未收到藥物而且您的健康狀況有此需要，我們將更快作出決定。
 - 如果我們沒有在 7 個曆日內向您作出答覆，我們必須將您的請求送到 2 級上訴程序，由獨立審查組織對您的請求進行審查。**第 7.6 節**解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求，**我們必須按照您的健康狀況要求儘快提供我們已同意提供的保險，但是不晚於我們收到您的上訴之後的**7 個曆日內**。

- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面通知，解釋我們拒絕的原因，以及您如何對我們的決定提出上訴。

關於您已購買之藥物費用的「標準上訴」時限

- 我們必須在接獲您的要求後 **14 個曆日內** 向您提出答覆。
 - 如果我們未滿足時限要求，我們必須將您的要求送到 2 級上訴程序，由獨立審查組織審查。
- 如果我們同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的要求後 30 個曆日內，提供我們已同意承保的保險。
- 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們需要寄給您書面通知，解釋我們拒絕的原因，以及您如何提出上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否繼續上訴程序，並提出另一次上訴。

- 如果您決定提出另一次上訴，這代表您的上訴將進入 2 級上訴程序。

第 7.6 節 逐步說明：如何提出 2 級上訴

法律術語

「獨立審查組織」的正式名稱為「**獨立審查實體**」。有時也稱為「**IRE**」。

獨立審查組織是受雇於 Medicare 的獨立組織。與我們無關聯，且不是政府機構。該組織判定我們做出的裁定是否正確或是否應該改變。Medicare 監督其工作。

步驟 1：您 (或您的代表、您的醫生或其他處方開立者) 必須聯絡獨立審查組織，要求審查您的情況。

- 如果我們拒絕您的 1 級上訴，寄給您的書面通知中將包括**如何向獨立審查組織提出 2 級上訴的指示**。這些指示將說明誰可以提出此 2 級上訴、您應遵守的限期，以及如何聯絡審查組織。然而，如果我們沒有在適用的時限內完成審查，或對我們藥物管理方案的承保「風險」判斷做出不利的決定，我們會自動將您的索賠轉送給 IRE。
- 我們將把您的上訴資訊發送至此組織。此資訊稱為您的「**訴訟檔**」。您有權要求我們提供您的**訴訟檔副本**。我們將資訊複印並寄送給您，並有權為此收取費用。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，支持您的上訴。

步驟 2：獨立審查組織會審查您的上訴。

獨立審查組織的審查員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

「快速」上訴的時限

- 如果您因為健康狀況而需要獨立審查組織進行「快速上訴」，請提出要求。
- 如果該組織同意您「快速上訴」，組織在收到您的上訴要求之後的 **72 個小時以內**，必須就 2 級上訴答覆您。

「標準」上訴的期限

- 如果是標準上訴，在您尚未收到您的藥物的情況，審查組織必須在收到您上訴後的 **7 個曆日內** 答覆您的 2 級上訴。如果您申請給付您已經購買的藥物，則審查組織必須在接獲您的 2 級標準上訴後 **14 個曆日內**，向您提出答覆。

步驟 3：獨立審查組織會答覆您。

如果是「快速上訴」：

- 如果獨立審查組織同意您的部分或全部要求，我們必須在收到審查組織決定後的 **24 個小時以內** 提供審查組織已批准的藥物保險。

如果是「標準上訴」：

- 如果獨立審查組織同意您的部分或全部承保要求，我們必須在收到審查組織決定後的 **72 個小時以內** 提供審查組織已批准的藥物保險。
- 如果獨立審查組織批准了償還您已購買藥物費用的部分或全部要求，我們必須在收到審查組織的決定之後的 **30 個曆日以內** 支付費用給您。

如果審查組織拒絕您的上訴，應該怎麼做？

如果該組織拒絕您的部分或全部上訴，表示他們同意我們不核准您的要求 (或您的部分要求) 的決定。(這稱為「維持原判」。這也稱為「駁回上訴」。)在這種情況下，獨立審查組織會寄信給您：

- 解釋其決定。
- 如果您所要求的藥物保險金額價值達到特定的最低值，會通知您有權提出 3 級上訴。如果您所要求的保險金額價值過低，您不可再次上訴，這代表 2 級的決定為最終決定。
- 告知您必須為有引起爭議的金額價值，才能繼續進行上訴流程。

步驟 4：如果您的條件符合規定，您可選擇是否繼續上訴。

- 2 級之後還有三個等級的上訴程序 (共有五個上訴等級)。
- 如果您決定提出 3 級上訴，在 2 級上訴後您收到的書面通知中，會說明包括如何採取行動的詳細資訊。
- 3 級上訴由行政法律法官或律師仲裁人處理。本章第 10 節包括 3、4、5 級上訴程序的有關詳情。

第 8 節 如果您認為醫生讓您過早出院，如何要求我們承保更長的住院治療

如果您被醫院收治，您有權獲得診斷及治療疾病和損傷之所有承保的醫院服務。

在獲得承保的住院治療期間，您的醫生和醫院工作人員將與您一起為離院後的事宜做準備。他們將幫助安排您離院後可能需要的照護。

- 您離開醫院的日期稱為「**出院日期**」。

- 當您的出院日期確定後，您的醫生或醫院工作人員將告知您。
- 如果您認為過早出院，您可以要求更長的住院治療時間，您的要求將被考慮。

第 8.1 節 在您住院治療期間，將收到 Medicare 的書面通知，告知您的權利

在您入院後兩天內，您將收到書面通知，關於您 Medicare 權利的重要資訊。Medicare 的每個人都會收到此通知的副本。如果您沒有從醫院中的某人獲得本通知 (例如：社工或護士)，請詢問任何一位醫院員工。如果您需要協助，請致電客戶服務部或每週 7 天、每天 24 小時隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。(聽障專線 1-877-486-2048)。

1. 請仔細閱讀此通知，如果不理解，請提問。它告訴您：

- 您有權在住院治療期和結束之後，按照醫囑接受 Medicare 承保的服務。這包括您有權獲知這些服務的內涵、付款方以及您可以從何處獲得服務。
- 您有權利參與任何有關您住院治療的決定。
- 知道對您的醫院照護品質有疑問時，該向哪個單位舉報。
- 如果您認為過早出院，您有權**要求立即審查**讓您出院的決定。這是以正式、合法的方式要求延遲出院時間，以使我們承保更長時間的醫院醫療照護。

2. 您必須在書面通知上簽名，表示您已經收到通知並理解您的權利。

- 您或您的代表必須在通知上簽名。
- 在通知上簽名僅代表您已收到您的權利相關資訊。通知不會提供您的出院日期。在通知上簽名**並不表示**您已同意出院日期。

3. 請隨身保留您的通知副本，以便您在日後需要提出上訴 (或報告護理品質問題) 時擁有相關資訊。

- 如果您的通知簽字時間早於出院日期兩日以上，那麼您在計劃出院之前將收到另一份副本。
- 欲事先參閱此通知副本，您可以致電客戶服務部或致電 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。聽障人士請致電 1-877-486-2048。您也可以在线上查看通知：
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 8.2 節 逐步說明：如何提出 1 級上訴，變更您的出院日期

如果您希望我們承保更長的住院服務，您需要使用上訴程序提出要求。在您開始之前，請理解您需要做的事情及期限。

- **遵守程序。**
- **符合時限要求。**
- **如有需要，請尋求協助。**如果您有任何問題或需要協助時，請致電客戶服務部。您也可以致電州健康保險協助方案，該計畫為提供個人化協助的政府組織。

在 1 級上訴期間，品質改進組織將審查您的上訴。它將審查並判斷您的出院日期是否在醫療上合適。

品質改進組織由醫師和其他醫事專業人員團隊組成，由聯邦政府出資，協助對 Medicare 的人員所接受的照護品質進行查核和改進。這包括審查 Medicare 中患者的出院日期。這些專家不屬於我們的計劃。

步驟 1：聯絡所在州的品質改進組織，要求對您的出院情況進行立即審查。您必須迅速行動。

如何聯絡該組織？

- 您收到的書面通知 (關於您 Medicare 權利的重要資訊) 中包括如何聯絡該組織的資訊。您也可以在第 2 章中找到所在州品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。

快速行動：

- 若要提出上訴，您必須在出院之前**且最晚不超過您出院當日的午夜**，與品質改進組織聯絡。
 - **如果您符合時限要求**，則可在出院日期之後仍留在醫院，無需支付費用，並等待品質改進組織做出決定。
 - **如果您不符合時限要求**，而且您決定在預定出院日期之後仍留在醫院，您可能需要支付預定出院日期之後的醫院醫療照護所有費用。
- 如果您未在截止時間之前聯絡品質改進組織，且您仍希望提出上訴，您必須改成直接向本項計劃提出上訴。有關以此其他方式提出上訴的詳情，請參閱本章第 8.4 節。

一旦您要求立即審查您的出院情況，品質改進組織將與我們聯絡。在聯絡我們之後的次日中午前，我們將為您提供**詳細出院通知**。本通知提供您的計劃出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院和我們認為您在該日期出院是正確的 (醫療上合適) 的原因。

您可以致電客戶服務部或每週 7 天，每天 24 小時隨時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，獲得**詳細出院通知**樣本。(聽障人士請致電 1-877-486-2048)。或者您也可以在线上查閱通知範本：
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices。

步驟 2：品質改進組織對您的情況進行獨立審查。

- 品質改進組織中的專業醫事人員 (「審查員」) 將會詢問您 (或您的代表)，您認為服務保險應持續的原因。您無需準備任何書面材料，但是如果您希望，您也可以這樣做。
- 審查員將查閱您的醫療資訊，與您的醫生交流，並審查醫院與我們報送給他們的資訊。
- 在審查員將您的上訴告知我們後，您也將於次日中午收到書面通知，告知您的計劃出院日期。本通知也會詳細說明您的醫生、醫院和我們認為您在該日期出院是正確的 (醫療上合適) 的原因。

步驟 3：品質改進組織獲得全部所需資訊後一整天內，將會就您的上訴給您答覆。

如果答覆同意，會如何？

- 如果審查組織同意，則只要承保的住院服務是醫療上必要，我們就必須持續為這些服務提供保險。
- 您將繼續支付您的分攤費用 (如果適用，如免賠額或共付額)。此外，您受承保的醫院服務可能有限制。

如果答覆拒絕，會如何？

- 如果審查組織拒絕，代表他們認為您的計劃出院日期在醫療上是合適的。若有此情況，在品質改進組織對您的上訴提出答覆之後次日中午，**我們提供的住院醫院服務保險將終止**。

- 如果審查組織拒絕您的上訴，且您決定留在醫院，則在品質改進組織對您的上訴提出答覆後次日的中午以後，**您可能必須全額支付醫院照護的費用。**

步驟 4：如果您的 1 級上訴被拒絕，您決定是否提出另一次上訴。

- 如果品質改進組織拒絕了您的上訴，**而且**您在計劃出院日期之後仍留在醫院，則您可以提出另一次上訴。提出另一次上訴代表您將進入「2 級」上訴程序。

第 8.3 節	逐步說明：如何提出 2 級上訴，變更您的出院日期
----------------	---------------------------------

在 2 級上訴期間，您要求品質改進組織再次仔細審查他們對您的第一次上訴所作決定。如果品質改進組織拒絕您的 2 級上訴，您可能需要支付計劃出院日期後的全額住院費用。

步驟 1：再次聯絡品質改進組織，要求重新審查。

- 您必須在品質改進組織拒絕您的 1 級上訴後 **60 個曆日內**，提出重新審查的要求。您只有在醫療保險終止日期後仍留在醫院，才可以要求重新審查。

步驟 2：品質改進組織再次審查您的情況。

- 品質改進組織的審查員再次仔細審查與您上訴相關的所有資訊。

步驟 3：在收到您的 2 級上訴要求後的 14 個曆日內，審查員會作出上訴裁決，並讓您知道他們的決定。

如果審查組織同意：

- 針對您在品質改進組織拒絕您初次上訴的次日中午後接受之醫院照護，**我們必須補償您我們的分攤費用。只要住院護理是醫療上必要的，我們就必須持續為其提供保險。**
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且可能須適用承保限制。

如果審查組織拒絕：

- 這代表他們同意對您的 1 級上訴所作決定。
- 您將收到的書面通知中將告知您，如果您希望繼續審查流程該怎麼做的資訊。

步驟 4：如果答覆是拒絕，您需要決定是否繼續 3 級上訴。

- 2 級之後還有三個等級的上訴程序 (共有五個上訴等級)。如果您想要提出 3 級上訴，在 2 級上訴後您收到的書面通知中，會說明包括如何採取行動的詳細資訊。
- 3 級上訴由行政法律法官或律師仲裁人處理。本章第 10 節包括 3、4、5 級上訴程序的有關詳情。

第 8.4 節	如果您錯過 1 級上訴的截止日期該怎麼做？
----------------	------------------------------

法律術語

「快速」審查 (或「快速上訴」) 也稱為「 加速上訴 」。

您可以向我們提出上訴

如上所述，對於展開您出院的 1 級上訴，您必須快速採取行動。如果您錯過聯絡該品質改進組織的期限，您還有另一種方式可以提出上訴。

如果您使用另一種上訴方式，上訴的最初兩個等級不同。

逐步說明：如何提出 1 級替代上訴

步驟 1：聯絡我們，要求「快速審查」。

- **要求「快速審查」。**這代表您要求我們使用「快速」時限而非「標準」時限給您答覆。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 2：我們「快速」審查您的計劃出院日期，查核是否在醫療上合適。

- 在審查中，我們將查閱與您住院治療情況相關的所有資訊。我們查核您的計劃出院日期在醫療上是否合適。我們將判斷您的出院決定是否公正，是否遵守了所有規定。

步驟 3：我們將在您要求「快速審查」後 72 小時內將決定告知您。

- **如果我們同意您的上訴**，代表我們和您都認為您在出院日期之後仍然需要留院。只要住院服務是醫療上必要的，我們就會繼續提供您承保的住院服務保險。也就是說我們將補償您，自我們通知保險結束日期後起算的照護分攤費用。(您必須繼續支付您的分攤費用，且可能須適用承保限制。)
- **如果我們拒絕您的上訴**，意味著我們認為您的計劃出院日期在醫療上是合適的。我們先前所說的保險終止日期，即為我們停止為您的住院服務提供保險的日期。
 - 如果在計劃出院日期之後您仍然留院，您可能需要為計劃出院日期之後接受的所有住院醫療照護支付全額費用。

步驟 4：如果我們拒絕您的上訴，您的個案將自動進入下一級的上訴程序。

逐步說明：2 級替代上訴程序

法律術語
「獨立審查組織」的正式名稱為「獨立審查實體」。有時也稱為「IRE」。

獨立審查組織是受雇於 Medicare 的獨立組織。與我們無關聯，且不是政府機構。該組織判定我們做出的裁定是否正確或是否應該改變。Medicare 監督其工作。

步驟 1：我們將自動把您的情況轉送至獨立審查組織。

- 在我們告知您我們拒絕了您第一次上訴的 24 小時內，我們必須將您的 2 級上訴資訊轉送至獨立審查組織。(如果您認為我們沒有滿足此時限或其他時限要求，您可以提出投訴。本章第 11 節講述如何提出投訴。)

步驟 2：獨立審查組織對您的上訴進行「快速審查」。審查員將在 72 小時內答覆您。

- 獨立審查組織的審查員將仔細查閱所有與您的出院上訴相關的資訊。
- **如果該組織同意您的上訴**，則針對您在我們告知的保險終止日之後接受的住院醫療照護，我們必須將我們的分攤費用退款給您。只要住院服務是醫療上必要的，我們就必須繼續為您的住院服務承保。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，可能會限制我們補償您的金額及我們繼續承保的時間。
- **如果該組織拒絕您的上訴**，意味著他們同意您的計劃出院日期在醫療上是合適的。

- 您從獨立審查組織收到的書面通知將告知您如何開始 3 級上訴，上訴由行政法官或律師仲裁人審查。

步驟 3：如果獨立審查組織拒絕了您的上訴，您決定是否繼續上訴。

- 2 級之後還有三個等級的上訴程序 (共有五個上訴等級)。如果審查員拒絕了您的 2 級上訴，您將決定是否接受此決定，或是提出 3 級上訴。
- 本章第 10 節包括 3、4、5 級上訴程序的有關詳情。

第 9 節 如果您認為特定醫療服務保險過早結束，如何要求我們繼續承保

第 9.1 節 本節僅包括三項服務： 家庭健康護理、專業護理機構照護，以及綜合門診復健設施 (CORF) 服務

當您獲得**家庭健康護理、專業護理照護，或復健護理 (綜合門診復健設施)**的服務時，如果需要照護診斷或治療您的疾病或損傷，您有權繼續獲得此類照護的承保服務。

如果我們決定停止為您承保三種類型保險的其中一種，我們必須提前告知您。該照護承保終止後，我們會停止給付您的照護。

如果您認為我們過早結束您的醫療保險，您可以對我們的決定提出上訴。本節說明如何要求上訴。

第 9.2 節 我們將提前告知您保險將結束

法律術語

「**Medicare 不承保範圍通知**」其中說明了如何提出「**快速追蹤上訴**」。要求快速追蹤上訴是以正式、合法的方式要求改變我們對何時停止您的照護所作保險決定。

1. 您至少會在我們的計劃將停止承保您的照護前兩天**收到書面通知**。該通知會告訴您：
 - 我們將停止為您承保照護的日期。
 - 如何要求「快速追蹤上訴」，以要求我們繼續承保您的照護更長時間。
2. **您或您的代表必須在通知上簽名，證明您已經收到通知**。在通知上簽名僅代表您已收到告知您保險何時終止的資訊。**簽名並不表示您同意**本計劃終止給付照護的決定。

第 9.3 節 逐步說明：如何提出 1 級上訴，使我們的計劃承保您的照護更長時間

如果您希望我們為您的照護提供更長時間的保險，您需要使用上訴程序，提出要求。在您開始之前，請理解您需要做的事情及期限。

- **遵守程序。**
- **符合時限要求。**

- **如有需要，請尋求協助。**如果您有任何問題或需要協助時，請致電客戶服務部。您也可以致電州健康保險協助方案，該計畫為提供個人化協助的政府組織。

在 1 級上訴期間，品質改進組織將審查您的上訴。這會決定您的照護結束日期是否在醫療上合適。

步驟 1：提出 1 級上訴：聯絡品質改進組織，要求快速追蹤上訴。您必須迅速行動。

如何聯絡該組織？

- 您所收到的書面通知 (*Medicare 不承保範圍通知*) 將告知您如何聯絡該組織。(您也可以在第 2 章中找到所在州品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。)

快速行動：

- 您必須在 Medicare 不承保通知**生效日期前一天中午之前**聯絡品質改進組織，開始上訴程序。

您聯絡該組織的時限。

- 如果您未在期限內聯絡品質改進組織，而且仍希望提出上訴，您必須直接向我們提出上訴。有關以此其他方式提出上訴的詳情，請參閱本章第 9.5 節。

步驟 2：品質改進組織對您的情況進行獨立審查。

法律術語
「不承保的詳細解釋」。該通知提供終止承保的原因詳細資料。

此審查中將發生什麼情況？

- 品質改進組織中的專業醫事人員 (「審查員」) 將會詢問您 (或您的代表)，您認為服務保險應持續的原因。您無需準備任何書面材料，但是如果您希望，您也可以這樣做。
- 審查組織將查閱您的醫療資訊，與您的醫生交流，並審查醫院與我們報送給他們的資訊。
- 審查員將您的上訴告知本計劃的當日結束之前，您也將收到我們的**不承保的詳細解釋**，詳細說明我們終止您服務保險的原因。

步驟 3：在審查員獲得全部所需資料後一整日以內，將告知您他們的決定。

如果審查員同意，會如何？

- 如果審查員同意您的上訴，**只要承保的服務是醫療上必要的，我們就必須持續為這些服務提供保險。**
- 您將繼續支付您的分攤費用 (如果適用，如免賠額或共付額)。您受承保的服務可能有限制。

如果審查員拒絕，會如何？

- 如果審查員**拒絕**，**您的保險將於我們之前告知您的日期終止。**
- 如果您決定在保險結束後的此日期繼續獲得家庭健康護理、專業護理機構照護或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，您將必須自己**支付全額醫療照護費用。**

步驟 4：如果您的 1 級上訴被拒絕，您決定是否提出另一次上訴。

- 如果審查員拒絕了您的 1 級上訴，而且您決定在醫療保險結束後繼續獲得醫療照護，您將需要提出 2 級上訴。

第 9.4 節 逐步說明：如何提出 2 級上訴，使我們的計劃承保您的照護更長時間

在 2 級上訴期間，您要求品質改進組織再次仔細審查他們對您的第一次上訴所作決定。如果品質改進組織拒絕您的 2 級上訴，您必須支付在我們告訴您承保將終止的日期後接受的家庭健康護理、專業護理機構照護或綜合門診復健設施 (CORF) 服務的全額費用。

步驟 1：再次聯絡品質改進組織，要求重新審查。

- 您必須在品質改進組織拒絕您的 1 級上訴後 **60 天內**，提出重新審查的要求。只有您在醫療保險結束之後仍繼續獲得照護服務，您才可以要求此審查。

步驟 2：品質改進組織再次審查您的情況。

- 品質改進組織的審查員再次仔細審查與您上訴相關的所有資訊。

步驟 3：在 14 日以內，品質改進組織的審查員將對您的上訴作出決定，並告知您結果。

如果審查組織同意，會如何？

- **我們必須償還您**我們之前所說的保險結束日期後，關於您所接受的照護分攤費用。只要照護是醫療上必要的，**我們就必須繼續提供保險。**
- 您必須繼續支付您的分攤費用，且可能有適用的承保限制。

如果審查組織拒絕，會如何？

- 這代表他們同意我們對您的 1 級上訴所作決定。
- 您將收到的書面通知中將告知您，如果您希望繼續審查流程該怎麼做的資訊。其中包括如何提出下一級上訴的詳細資訊，屆時將由法官或律師仲裁人處理。

步驟 4：如果答覆是拒絕，您將需要決定是否繼續上訴。

- 2 級之後還有另外三個等級的上訴程序 (共有五個上訴等級)。如果您想要提出 3 級上訴，在 2 級上訴後您收到的書面通知中，會說明包括如何採取行動的詳細資訊。
- 3 級上訴由行政法律法官或律師仲裁人處理。本章第 10 節包括 3、4、5 級上訴程序的有關詳情。

第 9.5 節 如果您錯過 1 級上訴的截止日期該怎麼做？

您可以向我們提出上訴

如上所述，您必須迅速聯絡品質改進組織，開始第一次上訴 (最多在一天至兩天以內)。如果您錯過聯絡該組織的期限，您還有另一種方式可以提出上訴。如果您使用另一種上訴方式，上訴的最初兩個等級不同。

逐步說明：如何提出 1 級替代上訴

法律術語
「快速」審查 (或「快速上訴」) 也稱為「加速上訴」。

步驟 1：聯絡我們，要求「快速審查」。

- **要求「快速審查」。**這代表您要求我們使用「快速」時限而非「標準」時限給您答覆。第 2 章有聯絡資訊。

步驟 2：我們對之前做出何時終止您的服務保險的決定進行「快速」審查。

- 在審查中，我們再次查閱與您情況相關的所有資訊。我們查核並判斷，在設定您所接受的計劃服務保險終止日期時，是否遵守了所有規定。

步驟 3：我們將在您要求「快速審查」後 72 小時內將決定告知您。

- **如果我們同意您的上訴**，表示我們同意您需要更長時間的服務，只要承保的服務是醫療上必要的，我們將繼續提供保險。也就是說我們將補償您，自我們通知保險結束日期後起算的照護分攤費用。(您必須繼續支付您的分攤費用，且可能須適用承保限制。)
- **如果我們拒絕您的上訴**，您的保險將於我們之前所說的終止日期結束，在該日期之後我們不再給付費用。
- 如果您在我們告訴您的承保結束日期之後，繼續獲得家庭健康護理、專業護理機構照護或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，**您將必須自己支付全額醫療照護費用。**

步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的上訴案將自動進入下一級的上訴程序。

法律術語
「獨立審查組織」的正式名稱為「獨立審查實體」。有時也稱為「IRE」。

逐步說明：2 級替代上訴程序

在 2 級上訴中，**獨立審查組織**將審查我們對您「快速上訴」的決定。此組織判斷我們該決定是否應變更。**獨立審查組織是受雇於 Medicare 的獨立組織。**此組織與我們的計劃無關聯，不是政府機構。此組織是由 Medicare 選擇的公司，處理獨立審查組織的工作。Medicare 監督其工作。

步驟 1：我們會自動把您的情況轉送至獨立審查組織。

- 在我們告知您我們拒絕了您第一次上訴的 24 小時內，我們必須將您的 2 級上訴資訊轉送至獨立審查組織。(如果您認為我們沒有滿足此時限或其他時限要求，您可以提出投訴。本章第 11 節講述如何提出投訴。)

步驟 2：獨立審查組織對您的上訴進行「快速審查」。審查員將在 72 小時內答覆您。

- 獨立審查組織的審查員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。
- **如果該組織同意您的上訴**，則針對您在我們告知的保險終止日之後接受的醫療照護，我們必須將我們的分攤費用退款給您。只要所承保照護是醫療上必要的，我們就必須繼續提供照護保險。您必須繼續支付您的分攤費用。如果有承保限制，可能會限制我們補償您的金額及我們繼續承保的時間。

- 如果該組織拒絕您的上訴，表示他們認同我們的計劃對您的初次上訴所做的決定，將不變更決定。
- 您從獨立審查組織處所獲得的書面通知中將告知您，如果您希望繼續提出 3 級上訴該怎麼做。

步驟 3：如果獨立審查組織拒絕了您的上訴，您決定是否繼續上訴。

- 2 級之後還有另外三個等級的上訴程序 (共有五個上訴等級)。如果您想要提出 3 級上訴，在 2 級上訴後您收到的書面通知中，會說明包括如何採取行動的詳細資訊。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人審查。本章第 10 節包括 3、4、5 級上訴程序的有關詳情。

第 10 節 進行 3 級及更高級的上訴

第 10.1 節 Medicare 醫療服務 3 級、4 級和 5 級上訴要求

如果您已提出 1 級和 2 級上訴，且都被拒絕，那麼本節適用於您的情況。

如果您對某醫療服務或項目提出上訴，且其金額額度滿足特定的最低水準，那麼您可以進行更高級的上訴。如果金額額度低於最低水準，那麼您不能繼續上訴。您收到的 2 級上訴書面回覆將說明如何提出 3 級上訴。

涉及上訴的大多數情形中，最後三個等級的上訴程序幾乎相同。以下是在這些等級中，您的上訴審查處理人的資訊。

3 級上訴 行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審查您的上訴並向您作出答覆。

- 如果行政法官或律師仲裁人同意您的上訴，上訴程序 **可能會或可能不會終止** - 與 2 級上訴決定不同，我們有權對 3 級中有利於您的判決提出上訴。如果我們決定上訴，將進入 4 級上訴。
 - 如果我們決定不對決定進行上訴，必須在接獲行政法官或律師仲裁人決定後 60 個曆日內，向您授權或提供該服務。
 - 如果我們決定對該判決提出上訴，我們將把 4 級上訴要求的副本隨同其他文件一起寄送給您。在授權或提供有爭議的服務之前，我們可能會等待 4 級上訴的判決。
- 如果行政法官或律師仲裁人拒絕您的上訴，上訴程序 **可能終止或也可能不會終止**。
 - 如果您決定接受駁回您上訴的判決，則上訴程序結束。
 - 如果您不希望接受決定，您可以在下一級繼續審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理第 4 級上訴。

4 級上訴 Medicare 上訴委員會 (委員會) 將審查您的上訴，並作出答覆。委員會是聯邦政府的一部分。

- 如果獲得核准，或委員會否決了我們對有利於您的 3 級上訴裁決提出的審查請求，上訴程序 **可能終止或也可能不會終止**。與 2 級的決定不同，我們有權針對有利於您的 4 級決策提出上訴。我們將決定是否將此決定上訴至 5 級。
 - 如果我們決定不對決定提出上訴，必須在接獲委員會決定後 60 個曆日內，向您授權或提供該服務。

- 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將以書面形式通知您。
- **如果您的上訴遭拒或委員會否決了審查請求，上訴程序可能終止，但也可能不會終止。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的判決，則上訴程序結束。
 - 如果您不希望接受決定，您可以在下一級繼續審查流程。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知中將告知您規定是否允許您進行 5 級上訴，以及如何執行 5 級上訴。

5 級上訴 **聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。**

- 法官會審查所有資訊，並決定 *同意* 或 *拒絕* 您的要求。這是最終答覆。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

第 10.2 節 D 部分藥物 3 級、4 級和 5 級上訴要求

如果您已提出 1 級和 2 級上訴，且都被拒絕，那麼本節適用於您的情況。

如果您對某種價值符合特定水準的藥物提出上訴，那麼您可以進行額外的上訴。如果固定金額低於最低水準，那麼您不能繼續上訴。您收到 2 級上訴的書面回覆中，將包括聯絡人資訊以及如何要求 3 級上訴。

涉及上訴的大多數情形中，最後三個等級的上訴程序幾乎相同。以下是在這些等級中，您的上訴審查處理人的資訊。

3 級上訴 **行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審查您的上訴並向您作出答覆。**

- **如果答覆為同意，上訴程序結束。**我們必須在收到判決後 72 小時內 (加速上訴為 24 小時內)，授權或提供行政法官或律師仲裁人已核准的藥物保險，或在不超過 30 個曆日以內付款。
- **如果答覆是拒絕，上訴流程可能結束也可能不會結束。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的判決，則上訴程序結束。
 - 如果您不希望接受決定，您可以在下一級繼續審查流程。您收到的通知將告訴您如何處理第 4 級上訴。

4 級上訴 **Medicare 上訴委員會 (委員會) 將審查您的上訴，並作出答覆。委員會是聯邦政府的一部分。**

- **如果答覆為同意，上訴程序結束。**我們必須在收到判決後 72 小時內 (加速上訴為 24 小時內)，授權或提供委員會已核准的藥物保險，或在不超過 30 個曆日以內付款。
- **如果答覆是拒絕，上訴流程可能結束也可能不會結束。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的判決，則上訴程序結束。
 - 如果您不希望接受決定，您可以在下一級繼續審查流程。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴複審要求，您收到的通知中將會說明依規定您是否能夠提出 5 級上訴。其中也會告知您，如果您希望繼續上訴，那麼應聯絡誰以及如何做。

5 級上訴 **聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。**

- 法官會審查所有資訊，並決定同意或拒絕您的要求。這是最終答覆。聯邦地方法院之後沒有其他上訴等級。

第 11 節 如何對照護品質、等待時間、客戶服務或其他事項提出投訴

第 11.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

投訴程序僅適用於特定種類的問題。這包括與照護品質、等候時間、客戶服務相關的問題。以下是投訴程序所處理之不同種類的問題示例。

投訴	例如
醫療照護品質	• 您對所接受的照護品質 (包括醫院照護) 是否不滿意？
尊重隱私	• 有人不尊重您的隱私權或分享機密資訊嗎？
不敬，糟糕的客戶服務，或其他不當行為	• 是否有人對您態度粗魯和不敬？ • 您對我們的客戶服務是否不滿？ • 您是否認為有人鼓勵您退出計劃？
等候時間	• 您是否在預約時遇到困難，或需要等待很久？ • 醫生、藥劑師或其他專業醫事人員是否讓您等待過久？或我們的客戶服務部或計劃的其他工作人員讓您等待過久？ - 範例包括在電話上、等待室或檢查室，或取得處方時等待時間過長。
清潔程度	• 您對診所、醫院或醫生辦公室的清潔程度與衛生狀況是否不滿？
您透過我們獲取的資訊	• 我們是否未通知您必要的通知？ • 我們的書面資訊是否難以理解？
時效性 (這些種類的投訴都與我們的保險決定及上訴相關行動的時效性有關)	如果您已要求我們作出保險決定，或已經提出上訴，但是您認為我們的反應不夠迅速，您可以要求對我們的遲緩提出投訴。以下是一些範例： • 您要求我們為您作出「快速保險決定」或「快速上訴」，而我們拒絕時，您可以提出投訴。 • 您認為我們不符合承保決定或上訴的時限；您可以提出投訴。 • 您認為我們未能滿足為您承保或償還已核准特定醫療服務或藥物的時限；您可以提出投訴。 • 您認為我們無法在要求的期限內將您的個案轉送至獨立審查組織；您可以提出投訴。

第 11.2 節 如何提出投訴

法律術語

- 「投訴」也稱為「申訴」。
- 「提出投訴」也稱為「提出申訴」。
- 「使用投訴流程」的另一個說法是「使用申訴流程」。
- 「快速上訴」也稱為「加速申訴」。

第 11.3 節 逐步說明：提出投訴

步驟 1：及時聯絡我們 - 透過電話或寫信。

- 通常情況下，第一步是致電客戶服務部。如果您需要採取其他行動，客戶服務部將告知您。
- 如果您不想致電 (或您已致電但不滿意)，您可以寫信給我們，提出投訴。如果您寫信提出投訴，我們也將回信答覆您的投訴。
- 提出申訴指示

致電客戶服務部 1-800-457-4708 (聽障專線：711)，口頭提出申訴

請將書面申訴寄送至：

Humana Grievances and Appeals Dept.

P.O.Box 14165

Lexington, KY 40512-4165

提交申訴時，請提供：

- ☐ 姓名
- ☐ 地址
- ☐ 電話號碼
- ☐ 會員卡號碼
- ☐ 投訴摘要，以及任何曾與我們聯絡關於投訴的資訊
- ☐ 您要求我們採取的行動
- ☐ 您或您的授權代表的簽名和日期。如果您希望朋友、親戚、您的醫生或其他提供者，或其他人作您的代表，請致電客戶服務部 (本手冊封底印有電話號碼) 並索取「任命代表」表格。(該表格也可在 Medicare 網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 上取得)。此表賦予此人代表您行事的許可權。您和您希望代表您採取行動的人必須都在表格上簽字。您必須給我們一份已簽字的表格副本。

• 選擇快速審查您的申訴

若您的申訴與以下情況相關，您可以要求快速審查，我們會在收到您的申訴的 24 小時內回覆：

- 我們已延長組織決定/重新決定的時間，但您認為您需要較快得到決定。
- 我們拒絕您所要求的 72 小時快速審查組織/保險決定。
- 我們拒絕您所要求的 72 小時快速審查上訴。

若您想要為您的申訴要求快速審查，請致電客戶服務部。若您以郵寄的方式提出要求，我們會致電給您，告知您我們已收到郵件。

- 投訴**期限**是您遇到想投訴問題後的 60 個曆日內。

步驟 2：我們審查您的投訴並答覆您。

- **如果可能，我們將立即答覆您。**如果您致電我們提出投訴，我們可能在該通話中答覆您。
- **大部分投訴會在 30 個曆日內獲得答覆。**如果我們需要更多資訊，而且延長時間符合您的最佳利益，或者您要求更多時間，我們可能延後最多 14 (含) 個曆日 (總計 44 個曆日) 答覆您的投訴。如果我們決定花費更多時間做出決定，我們將以書面方式告知您。
- **如果我們拒絕了您的「快速保險決定」或「快速上訴」要求，在您對此提出投訴後，將自動適用「快速投訴」。**如果您提出「快速投訴」，這代表我們會在 24 小時內向您作出答覆。
- 如果我們對您的部分或全部投訴**有異議**，或者不就您所投訴的問題負責，我們將在答覆中告知您原因。

第 11.4 節 您也可以就照護品質，向品質改進組織提出相關的投訴

當您的投訴與**照護品質**相關時，您也有兩種額外選擇：

- **您可以直接向品質改進組織提出投訴。**品質改進組織由執業醫師和其他醫事專業人員團隊組成，由聯邦政府出資，對 Medicare 患者所接受的照護進行查核和改進。第 2 章有聯絡資訊。
或者
- **您可以同時向品質改進組織和我們提出投訴。**

第 11.5 節 您也可以向 Medicare 提出投訴

您可以直接向 Medicare 提交關於 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 的投訴。如需向 Medicare 提交投訴，請造訪：www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士請致電 1-877-486-2048。

MEDICAID 福利相關問題

第 12 節 處理您的 **Medicaid** 福利相關問題

您可在本文件背面的「附錄 A」中找到紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的聯絡資訊。

第 10 章： **終止計劃會員身份**

第 10 章：終止計劃會員身份**第 1 節 終止您的計劃會員身份簡介**

終止您的 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員身份可以是**自願的** (您自己的選擇) 或是**非自願的** (非您自己的選擇)：

- 您可以因為您已決定希望退出而離開我們的計劃。第 2 和第 3 節提供有關自願終止您的會員身份的資訊。
- 在少數的情況下，您雖然沒有選擇退出，但是我們必須終止您的會員身份。第 5 節說明我們在何種情況下必須終止您的會員身份。

如果您要退出我們的計劃，我們的計劃必須繼續提供您的醫療照護和處方藥，在您的會員身份終止前，您將繼續支付分攤費用。

第 2 節 您何時可以終止您的計劃會員身份？**第 2.1 節 您可能會因為您有 Medicare 和 Medicaid，而能夠結束您的會員身份**

大多數具有 Medicare 的人士僅能在一年中的特定時間結束他們的會員身份。因為您有 Medicaid，所以您可以在以下的特別投保期終止您的會員身份，或轉換到不同的計劃一次：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7 月至 9 月

如果您在以上其中一個期間加入我們的計劃，您將必須等待下一個期間，才能結束您的會員身份或切換到不同的計劃。10 月至 12 月期間，您不能使用此特別投保期來結束您在本計劃中的會員身份。然而，所有具有 Medicare 的人在年度投保期間，可於 10 月 15 日至 12 月 7 日進行變更。第 2.2 節會向您進一步說明年度投保期。

- 選擇下列任何一種類型的 Medicare 計劃：
 - 另一項有或無處方藥保險的 Medicare 健康計劃
 - 附帶獨立的 Medicare 處方藥計劃的原有的 Medicare
 - 沒有獨立的 Medicare 處方藥計劃的原有的 Medicare
 - 如果您選擇此選項，Medicare 可能會為您投保一項藥物計劃，除非您已經退出自動投保。

備註：如果您從 Medicare 處方藥保險退保而沒有「可信的」處方藥保險連續長達 63 天(含)以上，以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付一筆 D 部分推遲入保罰金。

請聯絡紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid)，瞭解您的 Medicaid 計劃選項 (電話號碼請參閱本文件第 2 章第 6 節)。

- **您的會員身份何時將終止？** 您的會員身份通常將於我們收到您更換計劃的要求之後的下個月第一天起終止。您的新方案投保將也會在這天開始。

第 10 章：終止計劃會員身份**第 2.2 節 您可以在年度投保期間終止您的會員身份**

您可在年度投保期 (也稱為「年度開放投保期」) 期間終止您的會員身份。在此期間，請檢視您的健康和藥物保險，並決定來年的保險。

- **年度投保期在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間。**
- **選擇保留您目前的保險或在來年變更您的保險。** 如果您決定更換為一項新計劃，您可以選擇以下任何一種計劃類型：
 - 另一項有或無處方藥保險的 Medicare 健康計劃。
 - 附帶獨立的 Medicare 處方藥計劃的原有的 Medicare

或者

- 沒有獨立的 Medicare 處方藥計劃的原有的 Medicare。
- **您的會員身份將於新計劃的保險 1 月 1 日生效時終止。**

如果您從 Medicare 獲得「額外幫助」來支付您的處方藥費用：如果您更換為原有的 Medicare，而且沒有投保一項獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可以為您投保一項藥物計劃，除非您已經決定退出自動投保程序。

備註：如果您從 Medicare 處方藥保險退保而沒有可信的處方藥保險連續超過 63 天以上，在以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付 D 部分推遲入保罰金。

第 2.3 節 您可以在 Medicare 優勢開放投保期間終止您的會員身份

您有機會在 **Medicare 優勢開放投保期**變更一項健康保險。

- **年度 Medicare 優勢開放投保期** 為 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- **在年度 Medicare 優勢開放投保期**，您可以：
 - 轉換至其他有或無處方藥保險的 Medicare 優勢計劃。
 - 從我們的計劃中退保，並透過原有的 Medicare 取得保險。如果在此期間，您選擇轉換到原有的 Medicare，您也可以同時參加另外的 Medicare 處方藥計劃。
- **您的會員身份將於您登記投保不同的 Medicare 優勢計劃或我們收到您變更為原有的 Medicare 的要求之後的下個月第一天起終止。**如果您也選擇投保 Medicare 處方藥計劃，您的藥物計劃會員身份將於藥物計劃收到您的投保申請之後的下個月第一天起生效。

第 2.4 節 在某些情況下，您可以在特別投保期終止您的會員身份

在某些情況下，您可能符合資格在年中其他時間終止會員身份。這稱為**特別投保期**。

- 如果以下任何情況適用於您，**您就符合在特別投保期終止會員身份的資格**。以下只是舉例，請與計劃聯絡、致電 Medicare 或造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov) 以獲得完整清單：

第 10 章：終止計劃會員身份

- 通常是在您搬家後
- 如果您擁有紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 資格
- 如果您符合獲得「額外幫助」來支付您的 Medicare 處方藥費用的資格
- 如果我們違反與您的合約
- 您從療養院或長期護理機構 (LTC) 等機構獲得照護
- 您投保老人全面護理計劃 (PACE)

備註：如果您投保了一項藥物管理方案，則可能無法更換計劃。第 5 章第 10 節更詳細地說明藥物管理計劃的內容。

備註：第 2.1 節會說明關於為具有 Medicaid 的人士所設的特別投保期。

- **投保期**視您的情況而定。
- 請每週 7 天、每天 24 小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Medicare **以瞭解您是否符合特別投保期的資格**。聽障人士請致電 1-877-486-2048。如果您因為特別情況符合終止會員身份的資格，您可以選擇同時更換您 Medicare 的健康保險和處方藥保險。您可以選擇：
 - 另一項有或無處方藥保險的 Medicare 健康計劃。
 - 附帶獨立的 Medicare 處方藥計劃的原有的 Medicare或者
 - 沒有獨立的 Medicare 處方藥計劃的原有的 Medicare。

備註：如果您從 Medicare 處方藥保險退保而沒有可信的處方藥保險連續超過 63 天以上，在以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付 D 部分推遲入保罰金。

如果您從 Medicare 獲得「額外幫助」來支付您的處方藥費用：如果您更換為原有的 Medicare，而且沒有投保一項獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可以為您投保一項藥物計劃，除非您已經決定退出自動投保程序。

您的會員身份通常會在您的計劃收到您要求變更之後下個月第一天終止。

備註：第 2.1 節和第 2.2 節將進一步說明具有 Medicaid 與額外幫助人土的特別投保期。

第 2.5 節	您可以在何處查詢關於何時可以終止會員身份的詳細資訊？
----------------	-----------------------------------

如果您對於終止會員身份有任何疑問：

- **致電客戶服務部。**
- 您可以在 **《2023 年 Medicare 與您》** 手冊中找到相關詳情。
- 您可以每週 7 天、每天 24 小時隨時撥 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 致電 **Medicare**。(聽障專線 1-877-486-2048)。

第 3 節 您如何終止您的計劃會員身份？

下表說明您應該如何終止您的計劃會員身份。

如果您想從本計劃 更換為：	做法如下：
另一項 Medicare 健康計劃。	- 投保新的 Medicare 健康計劃。您的新保險將從下個月的第一天開始。 - 當您的新計劃保險生效時，您將自動從 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃中退保。
附帶獨立的 Medicare 處方藥計劃的原有的 Medicare。	- 投保新的 Medicare 處方藥計劃。 - 您的新保險將從下個月的第一天開始。 - 當您的新計劃保險生效時，您將自動從 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 計劃中退保。
- 沒有獨立的 Medicare 處方藥計劃的原有的 Medicare。 - 如果您更換為原有的 Medicare，而且沒有投保一項獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可以為您投保一項藥物計劃，除非您已經決定退出自動投保程序。 - 如果您從 Medicare 處方藥保險退保而沒有可信的處方藥保險連續超過 63 天(含)以上，在以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付推遲入保罰金。	寄一份書面退保要求給我們。如果您需要更多有關如何進行這項作業的資訊，請聯絡客戶服務部。 - 您也可以每週 7 天、每天 24 小時隨時撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，要求退保。聽障人士請致電 1-877-486-2048。 - 當您原有的 Medicare 的保險生效時，您將從 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 中被退保。

備註：如果您從 Medicare 處方藥保險退保而沒有可信的處方藥保險連續超過 63 天以上，在以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付 D 部分推遲入保罰金。

如有關於 Medicaid 福利的問題，請聯絡紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid)。您可在本文件背面的「附錄 A」中找到紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 的聯絡資訊。詢問加入另一個計劃或回到原有的 Medicare 將會如何影響您的 Medicaid 給付。

第 4 節 在您的會員身份終止前，您必須透過我們的計劃獲得醫療服務和藥物

在您的 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 會員身份終止，而您的新 Medicare 承保開始之前，您必須透過我們的計劃繼續獲得醫療照護和處方藥。

- 繼續使用我們的網路內提供者獲得醫療照護。
- 繼續使用我們的網路內藥房配取您的處方藥。

第 10 章：終止計劃會員身份

- 如果您在會員身份終止之日住院，住院期間通常仍可獲得本計劃的承保，直到您出院 (即使您是在新的健康保險生效之後才出院)。

第 5 節 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 必須在某些情況下終止您的計劃會員身份

第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員身份？

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 必須在以下任何一種情況發生時，終止您的計劃會員身份：

- 若您不再享有 Medicare A 部分 和 B 部分。
- 如果您不再符合 Medicaid 合格資格。如第 1 章第 2.1 節所述，我們的計劃適用同時符合 Medicare 和 Medicaid 資格者。如果您不再符合本方案的資格，您的會員身份將在六個月的寬限期後結束。若您未在寬限期內重獲紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 協助的資格，您將會收到一封信函，其中說明我們必須將您從我們的計劃退保。
- 如果您搬離了我們的服務區域
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月以上
 - 如果您搬家或長期旅行，請致電客戶服務部查詢您搬入的區域或旅行的地區是否在我們的計劃服務區中。
- 若您受到監禁 (坐牢)。
- 若您不再是美國公民，或非法居住在美國。
- 若您說謊或隱瞞您擁有其他提供處方藥保險的保險資訊。
- 若您在投保我們的計劃時故意提供錯誤的資訊，而且此資訊影響到您是否符合我們計劃的資格。(除非我們先得到 Medicare 的許可，否則不能因這個原因要求您退出我們的計劃。)
- 若您持續從事破壞行為，並且使我們無法為您或計劃中的其他會員提供醫療照護服務。(除非我們先得到 Medicare 的許可，否則不能因這個原因要求您退出我們的計劃。)
- 若您讓其他人使用您的會員卡以獲得醫療照護服務。(除非我們先得到 Medicare 的許可，否則不能因這個原因要求您退出我們的計劃。)
 - 如果我們因這個原因終止您的會員身份，Medicare 可能會派出監察長來調查您的案件。
- 若根據您的收入水準，您需要支付額外的 D 部分金額但您沒有支付，Medicare 將會讓您從本計劃退保。

您可以在何處取得更多資訊？

如果您存有任何疑問或想瞭解關於我們何時可以終止您會員身份的有關詳情，請致電客戶服務。

第 10 章：終止計劃會員身份

第 5.2 節 我們不得以任何與健康相關的理由要求您退出我們的計劃

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 不得以任何與健康相關的理由，要求您退出我們的計劃。

如果發生這種情況該怎麼做？

如果您認為您因為涉及健康的理由被要求退出我們的計劃，請您致電 Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時 (聽障專線 1-877-486-2048)。

第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員身份，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員身份，我們必須以書面方式通知您，我們終止您會員身份的理由。我們也必須說明您可以如何對我們終止您會員身份的決定提出申訴或投訴。

第 11 章： **法律聲明**

第 11 章：法律聲明

第 1 節 適用法律公告

適用此保險證明文件的主要法律是《社會安全法》第十八條，以及由 Medicare 和 Medicaid 服務中心，即 CMS，根據《社會安全法》制定的規章。此外，其他聯邦法律可能適用，在某些情況下，您居住州的法律也可能適用。這可能會影響您的權利和責任，即使本文件並未包含或說明這些法律。

第 2 節 無歧視公告

我們不會因為人種、族裔、原國籍、膚色、宗教、生理性別、社會性別、年齡、性傾向、心理或身體殘疾、健康狀況、理賠經驗、病史、遺傳資訊、可保險證據或在服務區內的地理位置而歧視任何人。所有提供 Medicare 優勢計劃的組織，如我們的計劃，都必須遵守反歧視的聯邦法律，包括 1964 年民權法第六條、1973 年康復法、1975 年年齡歧視法、美國殘障人士法、平價醫療法案第 1557 款、所有其他適用於獲取聯邦資金組織的法律，以及任何其他適用於任何其他原因的法律和法規。

如果您想瞭解更多資訊，或對歧視或不公平待遇有疑慮，請致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 聯絡衛生和人類服務部的**民權辦公室**或您當地的民權辦公室。您也可以至美國衛生和人類服務部民權辦公室檢閱資訊，網站為 <https://www.hhs.gov/ocr/index>。

如果您有殘障並且需要幫助獲得護理，請致電客戶服務部。如果您希望投訴，例如遇到輪椅通道的問題，客戶服務部可以提供協助。

第 3 節 關於 Medicare 次要付款人的代位權公告

我們有責任和義務收取 Medicare 並非主要付款人的 Medicare 承保服務費用。依據聯邦法規彙編第 42 章 422.108 節和 423.462 節中 Medicare 和 Medicaid 服務中心的規定，Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 作為一個 Medicare 優勢組織，將行使與秘書長根據聯邦法規彙編第 42 章 411 節 B 至 D 子節中的 CMS 規定同等之追償權，且本節所創建的規則效力凌駕於任何州法律之上。

第 4 節 關於代位求償的額外聲明 (向第三方追償)

我們有權追償付款

如果我們為您支付索賠，即有代位求償權。這是十分常見的保險條款，旨在說明我們有權向應對您的受傷、疾病或病況相關之醫療花費或福利負起責任的任何第三方，追償我們為您支付的索賠。您授權予我們向任何有責第三方採取法律行動，您也同意：

1. 提供我們要求的任何相關資訊；以及
2. 視需要參與任何法律行動階段，例如蒐證程序、訊問證人和審判證詞。

如果您不配合我們或我們的代表，或是您的行動干預我們的權利，我們可能對您採取法律行動。您也同意在未取得我們書面同意的情況下，不授權其他人採取法律行動。

我們有權受到補償

若有責第三方直接付款給您，我們也有權受到補償。如果您因裁決、和解收到任何款項，或其他來自第三方的款項，您必須立即補償我們，不超過我們為您支付的索賠款項。

第 11 章：法律聲明

我們有權優先

我們的追償和補償的權利較其他索賠有優先權，且不受平衡原則影響。這代表我們經授權追償所付金額，即使您並未從有責第三方就您的受傷和疾病相關的任何費用取得賠償。如果您不同意我們追償付款，您有權上訴 (如第 9 章所述)。

無論是為我們本身的利益或是代表您的利益，我們沒有義務向第三方提出求償或採取法律行動。我們在 Medicare 法和這份保險證明中的權利，不會因為我們不介入任何您採取關於您的受傷、疾病或病況之法律行動而被影響。

第 5 節 協調福利公告

為什麼我們需要知道您是否有其他保險？

我們根據 Medicare 作為次要付款人法規協調福利，因此當其他付款人負責給付為您提供的服務時，我們可以向其他承保人、保險計劃、政策、雇員或其他實體收費，或授權一位服務提供者收費。我們也有權向您收取其他付款人已經為這些服務支付給您的費用。根據 Medicare 作為次要付款人法規，我們應該對 Medicare 方案享有一切權利。

如果您有其他保險，哪項計劃先給付？

當您有其他保險時，我們如何協調您的保險視您的情況而定。協調福利時，您往往像平常一樣透過我們的計劃提供者獲得您的承保服務，而您擁有的其他計劃將只是幫助給付您所接受的服務費用。如果您有團體健康保險，您可以使用參與您的團體計劃和我們的計劃提供者，以便享有最大的保險福利。其他情況下，例如我們的計劃不承保的福利，您可以從計劃外獲得您的醫療保健服務。

雇主及雇員組織團體健康保險計劃

有時候，團體健康保險計劃必須在我們之前為您提供醫療福利。以下情況適用：

- 您享有團體健康保險計劃的保險 (包括雇員和雇主組織計劃)，無論是直接還是透過您的配偶，並且
- 雇主有二十 (20) 名或更多雇員 (由 Medicare 法規決定)，並且
- 您由於殘障或末期腎臟病 (ESRD) 而無法獲得 Medicare 承保。

如果雇主的雇員人數不到二十 (20) 人，我們一般會為您提供初級醫療福利。如果您有團體健康保險計劃下的退休人員保險，無論是直接還是透過您的配偶，我們一般會為您提供初級醫療福利。如果您有或將有末期腎臟病，則適用特殊規定。

殘障人士適用的雇主及雇員組織團體健康保險計劃

如果您享有團體健康保險計劃，而且您因為殘障而擁有 Medicare，我們一般會為您提供初級醫療福利。以下情況適用：

- 您未滿 65 歲，並且
- 您未患有末期腎臟病，並且
- 您未直接擁有或透過您的配偶擁有大型團體健康保險計劃中的保險。

第 11 章：法律聲明

大型團體健康保險計劃指由擁有 100 名以上雇員的雇主，或參與多雇主保險計劃 (在此類計劃中，每位參與的雇主都擁有 100 名以上雇員) 的雇主提供的保險計劃。如果您擁有大型團體健康保險計劃中的保險，無論是直接還是透過您的配偶，您的大型團體健康保險計劃必須在我們之前為您提供醫療福利。以下情況適用：

- 您未患有末期腎臟病，並且
- 未滿 65 歲，且由於殘障而擁有 Medicare。

這種情況下，我們僅會為您提供那些不在您的大型雇主團體計劃保險範圍內的福利。如果您有或將有末期腎臟病，則適用特殊規定。

末期腎臟病 (ESRD) 患者適用的雇主及雇員組織團體健康保險計劃

如果您因末期腎臟病而有資格或將有資格獲得 Medicare，並且擁有雇主及雇員組織團體健康保險計劃中的保險，無論是直接還是透過您的配偶，您的團體健康保險計劃都會負責在您因末期腎臟病而有資格獲得 Medicare 後最初三十 (30) 個月為您提供初級醫療福利。我們會在此期間為您提供輔助保險，之後我們會為您提供主要保險。如果您在發展為末期腎臟病的過程中，已經由於年齡或者殘障身份而獲得 Medicare，我們會為您提供主要保險。

工傷賠償及類似方案

如果您有工作相關疾病或受傷，並且可以獲得工傷賠償福利，那麼在我們根據這份保險證明因您的工作相關疾病或受傷所導致的醫療服務為您提供任何保險福利之前，工傷賠償必須先為任何與工作相關的疾病或受傷造成的醫療保健費用提供保險福利。

意外和受傷

如果您遭遇意外或受傷，則適用 Medicare 作為次要付款人法規。如果您符合「Med Pay」、不追究過失、汽車、意外或者責任保險中有關福利的賠償條件，則「Med Pay」、不追究過失、汽車、意外或者責任保險必須在我們之前為任何與您與意外或受傷有關的醫療保健費用提供福利。

責任保險索賠通常無法迅速解決。在責任索賠待決期間，我們可能有條件地付款。我們也可能收到索賠要求，但不知道是否有待決的責任保險或其他索賠。在這些情況下，我們的付款是有條件的。有條件的付款必須在收到保險賠償金或責任付款後退還給我們。

如果您向第三方追償醫療費用，我們有資格向您追償我們的付款，不考慮任何和解協議規定。和解不包括醫療費用賠償金的規定將被忽視。只有當付款是基於法院根據實際情況作出的命令時，我們才會承認並分配責任付款給非醫療損失。我們不會從法院合理指定為非醫療服務損失 (例如：財產損失) 的付款的任何部分中尋求追償。

當我們以服務形式提供福利時，我們有資格根據所提供的福利之合理價值尋求補償。

福利不重複

我們將不會重複您在任何汽車、意外、責任或其他保險下獲得的福利或付款。您同意當您獲得此類保險時通知我們，並且您有責任採取任何必要措施來獲得這些汽車、意外、責任或其他保險下的福利或付款。如果我們重複給付您在此類保險下有資格獲得的福利，我們可能尋求補償我們所提供的任何福利的合理價值。您有義務在從任何汽車、意外、責任保險中或其他承保人獲得付款時與我們合作。

第 11 章：法律聲明

如果我們確實在您可能擁有的任何其他類型的健康保險之前為您提供福利，我們可能根據 Medicare 作為次要付款人法規，尋求追償福利。也請參閱**關於代位求償的額外聲明 (向第三方追償)**一節，以瞭解關於我們的追償權利的更多資訊。

詳情

這只是一份簡明摘要。我們是主要付款人還是次要付款人 - 或不付款 - 視您所擁有的附加保險以及適用於您情況的 Medicare 法規而定。詳細資訊請參閱政府出版的手冊「*Medicare & Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First*」。CMS 出版物編號 02179。請務必參閱最新版本。其他細節在 Medicare 作為次要付款人的法規中有所說明，例如決定雇主為協調福利目的而雇用的人員數量。這些法規刊在美國聯邦法規中。

上訴權

如果您不同意我們的計劃關於上述協調福利和付款規定之任何決定或行動，您必須按照本保險證明內第 9 章「如果您遇到困難或想要投訴 (保險決定、上訴、投訴) 該怎麼做」所說明的程序採取行動。

第 12 章： 重要詞彙定義

第 12 章：重要詞彙定義

Advanced Imaging Services (先進成像服務) - 可拍攝比標準 X 光更清晰影像的專業成像方法。包括數種成像服務：電腦斷層成像 (CT/CAT) 掃描、磁共振血管造影 (MRA)、核磁共振成像 (MRI) 和正電子發射斷層 (PET) 掃描或其他類似技術。

Allowed Amount (補貼金額) - 計劃中可為醫療保健福利所支付的最高金額。

Ambulatory Surgical Center (門診手術中心) - 門診手術中心是專門為不需要住院的患者提供門診手術服務的實體，患者在此不會停留超過 24 小時。

Appeal (上訴) - 如果您對我們所作拒絕健康照護服務或處方藥保險，或拒絕您已接受的服務或藥物費用的決定有異議，您可以採取的行動。如果您對我們作出停止您正在接受的服務的決定有異議，您也可以提起上訴。例如，您認為您應當獲得我們拒絕給付的藥物、項目或服務的費用給付，您可以提起上訴。第 9 章說明上訴，包括提出上訴的程序。

Benefit Period (福利期) - 原有的 Medicare 衡量您的專業護理設施 (SNF) 服務使用情況的方式。您投保我們的計劃時，將享有專業護理設施福利的福利期。專業護理設施福利期始於您進入專業護理設施的當日。您在 SNF 住院的每一天都將作為福利期的一天計算。福利期會在您連續 60 天不在 SNF 中接受任何專業照護時結束。如果您在一個福利期結束後進入專業護理設施，則開始新的福利期。福利期沒有次數的限制。

Brand-Name Drug (品牌藥物) - 由原先研發該藥物的製藥公司生產並出售的處方藥。品牌藥物與相應的非品牌藥物有同樣的活性成分配方。然而，由其他的製藥商生產和出售的非品牌藥物一直要等到品牌藥物的專利期結束之後才可上市。

Catastrophic Coverage Stage (重大傷病保險階段) - D 部分藥物福利中的階段，在承保年度中，您或其他符合資格的當事人以您的名義已支付 \$7,400 的承保藥物費用後，您可支付低共付額或共保額購買藥物。

Centers for Medicare & Medicaid Services (Medicare 和 Medicaid 服務中心，CMS) - 負責經營 Medicare 的聯邦機構。第 2 章說明如何與 CMS 聯絡。

Chronic-Care Special Needs Plan (慢性護理特殊需求計劃) - C-SNP 是聯邦管理法規 42 章 422.2 節中定義，限制具有特定嚴重或殘障慢性病症的特殊需求個人才能登記投保的 SNP。C-SNP 必需具有特定屬性超越所有 Medicare 優勢協調護理計畫所要求的基本 Medicare A 部分和 B 部分服務和照護協調的規定，才能獲得為 C-SNP 所提供的特殊指定和行銷與登記投保服務方案。

Coinsurance (共保額) - 您可能必須支付的服務或處方藥費用分攤金額，以百分比 (例如：20%) 表示。

Complaint (投訴) - 「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。投訴程序僅適用於特定種類的問題。這包括與照護品質、等候時間、客戶服務相關的問題。另請查閱本定義表中的「申訴」。

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (綜合門診復健設施，CORF) - 主要提供疾病或受傷後的復健服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、言語病理學服務和家庭環境影響評估服務等多種服務的設施。

Computed Tomography Imaging (CT/CAT) Scan (電腦斷層成像 (CT/CAT) 掃描) - 數位電腦與旋轉 X 光透視設備的結合使用，形成不同器官及身體部分詳細的橫截面影像。

Contracted Rate (合約費率) - 健康計劃支付給網路內醫生、提供者或藥房的承保的服務或處方藥的費率。

Copayment (或「copay」) (共付額) - 您可能必須支付的醫療服務或用品的分攤費用，例如醫生診所就診、醫院門診或處方藥的費用。共付額是固定的金額 (例如 \$10)，不是百分比。

第 12 章：重要詞彙定義

Cost-sharing (分攤費用) - 分攤費用是指會員接受服務或藥物時必須支付的金額。分攤費用包括以下三類費用的任何組合：(1) 在服務或藥物獲得承保前，計劃所要求的「免賠額」；(2) 接受特定服務或藥物時，計劃要求的固定「共付額」；或 (3) 接受特定服務或藥物時，計劃所要求的服務或藥物支付總額一定比例的「共保額」金額。

Coverage Determination (承保決定) - 關於計劃是否為您承保某種處方藥，以及如果承保，您必須支付的處方藥費用的決定。一般來說，如果您向藥房出示處方箋，而藥房告知您計劃不承保，這並非承保決定。您需要致電計劃或寫信要求正式的承保決定。在本文件中，承保決定稱為「承保決定」。

Covered Drugs (承保的藥物) - 這術語指我們的計劃所承保的所有處方藥。

Covered Services (承保服務) - 這術語指我們的計劃所承保的所有醫療護理服務和必需品。

Creditable Prescription Drug Coverage (可信的處方藥保險) - 按照平均水準，至少應支付與 Medicare 標準處方藥保險同樣費用的處方藥保險 (例如由雇主或工會提供的保險)。擁有此類保險的人士獲得 Medicare 的資格後，如果以後決定加入 Medicare 處方藥保險，通常可以保留原有保險而無需支付罰金。

Custodial Care (看護) - 當您不需要專業醫療照護或專業護理時，在療養院、安寧療護或其他設施環境中所提供的個人護理。看護是由沒有醫療專業技能或訓練之人員提供，如洗澡、穿衣、吃飯、上下床、坐進椅子、起身、四處走動、如廁等日常活動。也可能包括大多數人可自行完成的與健康相關的照護，如使用眼藥水。Medicare 不給付看護費用。

Customer Care (客戶服務部) - 我們的計劃中負責答覆對您的會員身份、福利、申訴和上訴問題的部門。

Daily cost-sharing rate (日常費用分攤率) - 如果您的醫生給您的特定藥物處方不足一個月的供應量而且您必須支付共付額，「日常費用分攤率」可能適用。日常費用分攤率是指共付額除以一個月的供應量天數。以下舉例說明：如果您一個月的藥物供應量共付額為 \$30，而計劃規定的一個月供應量為 30 天，那麼您的「日常費用分攤率」即為每天 \$1。

Deductible (免賠額) - 在我們的計劃開始給付之前，您必須支付的健康護理或處方藥費用。

Diagnostic Mammogram (乳房 X 光診斷檢查) - 針對顯示乳房疾病徵兆或症狀的患者所進行的特殊 X 光檢查。

Diagnostic Procedure (診斷程序) - 用於識別患者優弱點特定領域之檢查，以判定病症、病變或疾病。

Disenroll or Disenrollment (退保) - 終止您的計劃會員身份的流程。

Dispensing Fee (配藥費) - 每次承保的藥物配藥所收取的費用，用以支付配取處方藥的費用時，例如藥劑師準備和包裝處方藥的時間。

Dual Eligible Special Needs Plans (雙重資格特殊需求計劃，D-SNP) - 投保 D-SNP 的個人有資格獲得 Medicare (《社會安全法》第 XVIII 條) 和 Medicaid (第 XIX 條) 提供的州計劃醫療協助。各州承保某些 Medicare 費用，取決於各州以及個人資格。

Dual Eligible Individual (符合雙重資格的個人) - 符合 Medicare 和 Medicaid 保障範圍的人士。

Durable Medical Equipment (耐用醫療設備，DME) - 您的醫生因醫療原因開具的特定醫療設備。範例包括：助行器、輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、IV 輸液幫浦、言語發聲裝置、氧氣設備、噴霧器，或供居家提供者訂購的病床。

Emergency (急診) - 急診是指您本人或有一般醫學常識的外行人判斷，您的症狀需要立刻得到醫治，否則可能喪失生命 (且若您是孕婦，則有可能失去未出生的嬰兒)、截肢或喪失肢體功能、或喪失身體功能或對身體功能有嚴重損害的情況。病症可能是迅速惡化的疾病、損傷、劇痛或醫療狀況。

第 12 章：重要詞彙定義

Emergency Care (急診治療) - 承保下列服務：(1) 由合格的提供者所提供的急診服務；以及 (2) 評估或穩定緊急醫療情況所需的服務。

Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Information (保險證明 (EOC) 和揭露資訊) - 本文件和您的投保登記表，以及解釋保險內容、我們的義務、您的權利或您身為計劃會員之義務的其他附件和附加條款。

Exception (例外通融) - 一種保險決定，如果獲得核准，會允許您獲得不在我們計劃處方列表內的藥物 (處方列表例外通融)，或以較低的分攤費用等級獲得非首選藥物 (等級例外通融)。如果我們的計劃要求您在獲得所要求藥物之前試用其他藥物，或如果我們的計劃限制您所要求藥物的數量或劑量，您也可以要求例外通融 (處方列表例外通融)。

Extra Help (額外幫助) - Medicare 或州提供的方案，幫助收入和資源有限的人們支付 Medicare 處方藥方案費用，如保費、免賠額和共保額。

Formulary (處方列表) - 列出保險計劃中承保的所有處方藥之文件。

Freestanding Dialysis Center (獨立透析中心) - 擁有執照的醫療設施 (除醫院外)，提供無需過夜的透析治療。

Freestanding Lab (獨立化驗室) - 擁有執照的醫療設施 (除醫院外)，提供化驗室檢驗以預防、辨識或治療受傷或疾病且無需過夜。

Freestanding Radiology (Imaging) Center (獨立放射學 (成像) 中心) - 擁有執照的醫療設施 (除醫院外)，提供以下一項或多項服務以預防、辨識或治療受傷或疾病且無需過夜：X 光；核子醫學；放射腫瘤學 (包括 MRIs、CT 掃描和 PET 掃描)。

Generic Drug (非品牌藥物) - 經食品和藥物管理局 (FDA) 核准，與品牌藥物擁有同樣活性成分的處方藥。一般來說，「非品牌」藥物與品牌藥物療效相同，費用更低。

Grievance (申訴) - 針對我們或藥房提出的一種投訴形式，包括與您照護品質有關的投訴。此類投訴不涉及保險或付款爭議。

Health Maintenance Organization (健康維護組織，HMO) - 一種健康保險計劃，其會員必須接受此計劃的網路內醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者所提供的照護。

Home Health Aide (家庭健康助理) - 不需要由有執業資格的護士或治療師提供的服務，可以由家庭健康助手提供，例如個人護理幫助 (例如洗澡、如廁、穿衣或按指示運動)。

Home Health Care (家庭健康護理) - 為患者在自己家中治療疾病或受傷而提供的專業護理和其他特定的醫療保健服務。第 4 章在標題為「家庭保健機構護理」的部分列出了承保的服務。如果您需要家庭健康護理服務，只要您符合 Medicare 的保險條件，我們的計劃就能為您獲承保這些服務。如果家庭健康助手的服務屬於針對您的疾病或損傷之家庭健康保險護理計劃的一部分，則家庭健康護理包括這些服務。除非您也獲得承保的專業服務，否則這些服務將不予承保。家庭健康服務不包括管家服務、食品服務安排或家中全職護理。

Hospice (安寧療護) - 為經醫療認證為患有末期疾病的會員提供特殊治療的福利，這表示預期壽命為 6 個月或更短。我們 (您的計劃) 必須向您提供您所在地區內的安寧療護機構名單。如果您選擇安寧療護並繼續支付保費，您仍是我們計劃的會員。您仍可取得所有醫療上必要的服務，和我們提供的補充福利。

Hospice Care (安寧療護) - 為疾病末期的人士提供專業醫護，旨在讓患者過得舒服，而非治療。這也包括提供患者家人輔導。視情況此照護可能在家中、安寧療護設施中、醫院中或療養院中進行，並由取得執照的健康照護專業人士所提供。

Hospital Inpatient Stay (住院治療) - 住院治療是指您在醫院正式入院，以接受專業的醫療服務。即使您在醫院中過夜，也可能算作「門診」。

第 12 章：重要詞彙定義

Humana's National Transplant Network (Humana 全國移植網路，NTN) - Humana 批准的設施網路，其中所有設施也已經過 Medicare 批准。

Income Related Monthly Adjustment Amount (與收入相關的每月調整金額，IRMAA) - 如果您 2 年前的 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入高於一定金額，您將支付標準保費以及與收入相關的每月調整金額 (也稱為 IRMAA)。IRMAA 是加至您保費的額外收費。不到 5% 的 Medicare 會員會受到影響，多數人不需繳納較高保費。

Initial Coverage Limit (初始保險上限) - 初始保險階段承保的最高限制。

Initial Coverage Stage (初始保險階段) - 這是您的藥物總費用 (包括該年度您已支付的金額以及您的計劃替您支付的金額) 已達 \$4,660 之前的階段。

Initial Enrollment Period (初始投保期) - 您首次獲得 Medicare 的資格之後，可以登記投保 Medicare A 部分和 B 部分的時期。例如，如果您在年滿 65 歲時獲得 Medicare 的資格，則您的初始投保期將長達 7 個月，包括您年滿 65 歲之前的 3 個月、您達到 65 歲的當月以及您年滿 65 歲後 3 個月。

Inpatient Care (住院護理) - 當您被醫院收治後，您可以獲得的健康護理。

List of Covered Drugs (Formulary or "Drug Guide") (承保藥物名單 (處方列表或「藥物指南」)) - 計劃承保的處方藥名單。

Low Income Subsidy (低收入補貼，LIS) - 請參閱「額外幫助」。

Magnetic Resonance Angiography (磁共振血管造影，MRA) - 以非侵入方法和核磁共振成像 (MRI) 測量流經血管的血液的方法。

Magnetic Resonance Imaging (核磁共振成像，MRI) - 使用磁場和感應無線電頻率信號電腦分析，對人體組織進行無創成像的診斷成像方法。

Mail Order Pharmacy (郵購藥房) - 透過郵寄方式將配好的處方藥寄至會員家中的藥房。

Maximum Out-of-Pocket Amount (最大自付費用) - 您在日曆年度內為承保的 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。您為計劃保費、Medicare A 部分及 B 部分保費以及處方藥所支付的金額不計入最大自付費用。(備註：由於我們的會員也從紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) 取得協助，所以極少會員曾達到此自付額上限。)請參閱第 4 章第 1.2 節以瞭解您的最大自付費用。

Medicaid (or Medical Assistance) (又稱「醫療協助」) - 聯邦和州聯合方案，幫助低收入及資源有限的特定人士支付醫療費用。各州的 Medicaid 不同，但是如果您符合 Medicare 和 Medicaid 的要求，大部分的健康護理費用可獲承保。

Medically Accepted Indication (醫療指示許可用途) - 食品和藥物管理局批准或特定參考書所支持的藥物使用。

Medically Necessary (醫療上必要) - 用於預防、診斷或治療病症並符合醫療習慣可接受標準的服務、用品或藥物。

Medicare (聯邦健康保險) - 是針對年齡滿 65 歲以上的人士、未滿 65 歲但有身體殘障的人士，以及末期腎臟病的患者 (通常是指永久腎功能衰竭，需要透析 (洗腎) 或腎臟移植) 的聯邦健康保險方案。

Medicare Advantage Open Enrollment Period (Medicare 優勢開放投保期) - 在每年的 1 月 1 日到 3 月 31 日這段期間中，允許 Medicare 優勢計劃會員取消其計劃投保並轉到其他 Medicare 優勢計劃，或透過原有的 Medicare 獲得承保。如果在此期間，您選擇轉換到原有的 Medicare，您也可以同時參加另外的 Medicare 處方藥計劃。Medicare 優勢開放投保期也包含個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月期間。

第 12 章：重要詞彙定義

Medicare Advantage Organization (Medicare 優勢組織) - 一家經營 Medicare 優勢計劃的私人公司，提供會員更多選擇，有時會有額外福利。Medicare 優勢計劃也被稱為「C 部分」。可提供所有關於您的 A 部分 (醫院) 與 B 部分 (醫療) 保險，以及有時提供 D 部分 (處方藥) 保險。

Medicare Advantage (MA) Plan (Medicare 優勢 (MA) 計劃) - 有時稱為 Medicare C 部分。由私營公司提供，與 Medicare 有合約，為您提供 Medicare A 部分與 B 部分的所有福利。Medicare 優勢計劃可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人付費服務計劃 (PFFS)，或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。除了從這些類型的計劃中選擇之外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。大多數情況下，Medicare 優勢計劃也提供 Medicare D 部分 (處方藥保險)。這些計劃稱為**附帶處方藥保險的 Medicare 優勢計劃**。

Medicare Allowable Charge (Medicare 允許收費) - Medicare 承保的特定醫療服務可收取的最高金額；這是由 Medicare 決定的固定金額。

Medicare Coverage Gap Discount Program (Medicare 保險缺口優惠計劃) - 向處於保險缺口階段卻尚未收到「額外幫助」的 D 部分投保人，提供針對大部分 D 部分承保品牌藥物優惠的方案。優惠基於聯邦政府和特定製藥商之間的協議。

Medicare-Covered Services (Medicare 承保的服務) - Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 健康計劃，包括我們的計劃，都必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。Medicare 承保的服務一詞不包括額外福利，例如視力、牙科或聽力，這些 Medicare 優勢計劃可能提供。

Medicare Health Plan (Medicare 健康計劃) - 由與 Medicare 簽約的私營公司提供的 Medicare 健康計劃，為 Medicare 計劃中的投保人提供 A 部分和 B 部分的福利。此條款包括所有的 Medicare 優勢計劃、Medicare 費用計劃、特殊需求計劃、展示/前導專案以及專為老年人提供的全方位護理方案 (PACE)。

Medicare Limiting Charge (Medicare 限制收費) - 在原有的 Medicare 計劃中，可以就未接受任務的醫生或其他健康照護提供者提供的承保服務而向您收取的最高費用。收費限額較 Medicare 所核准的金額高百分之 15。收費限額只適用於特定的服務，不適用於用品或設備。

Medicare Prescription Drug Coverage (Medicare Part D) (Medicare 處方藥保險 (Medicare D 部分)) - 幫助支付 Medicare A 部分或 B 部分不承保的門診處方藥、疫苗、生物製品和一些用品的費用的保險。

“Medigap” (Medicare Supplement Insurance) Policy (「差額保險」(Medicare 補充保險)) - 私營保險公司出售的 Medicare 補充保險，可填補原有的 Medicare 中的「缺口」。差額保險與原有的 Medicare 共同使用時才有效。(Medicare 優勢計劃並不是差額保險政策。)

Member (Member of our Plan, or “Plan Member”) (會員 (我們的計劃會員，或「計劃會員」)) - Medicare 中，符合條件可獲得承保服務的人士，已投保我們的計劃，且其投保已經由 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 證實。

Network (網路) — 請參閱「網路內藥房」和「網路內提供者」

Network Pharmacy (網路內藥房) - 網路內藥房是我們的計劃會員可以取得處方藥福利的藥房。在大多數情況下，只有當您向網路內藥房購買處方藥時才可獲得承保。

Network Provider (網路內提供者) - 一般術語「提供者」指經 Medicare 和州認證的提供健康護理服務的醫生、其他專業醫護人士、醫院和其他健康護理設施。「**網路內提供者**」與我們的計劃有協議，接受我們的付款作為全額付款，而且在一些情況中協調並為計劃中的會員提供承保的服務。網路內提供者也稱為「計劃提供者」。

Nuclear Medicine (核子醫學) - 放射學，其中放射性同位素 (含放射性原子的化合物) 被引入體內以成像、評估器官功能，或局部觀察疾病或腫瘤。

第 12 章：重要詞彙定義

Observation services (觀察服務) - 是醫院門診服務，用於協助醫生判斷患者是否需要住院或可出院。急診部門或另一個醫院區域可提供觀察服務。即使您在普通醫院病床上過夜，也可能算作門診。

Organization Determination (組織決定) - 我們的計劃針對項目或服務是否承保，或您必須為承保項目或服務支付多少費用所做的決定。本文件中，組織決定稱為「保險決定」。

Original Medicare (原有的 Medicare) (「傳統 Medicare」或「付費服務」Medicare) - 原有的 Medicare 由政府提供，而非如 Medicare 優勢計劃和處方藥計劃等的私營健康計劃。在原有的 Medicare 中，Medicare 服務由所付費的醫生、醫院以及國會所設立的其他醫療保健服務提供者支付金額所承保。您可以利用接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者。您必須支付免賠額。Medicare 給付其核准的金額，您支付您的分攤費用。原有的 Medicare 有兩個部分：A 部分 (醫院保險) 與 B 部分 (醫療保險) 在美國各地皆可供使用。

Our plan (我們的計劃) - 您所投保的計劃，即 Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP)。

Out-of-Network Pharmacy (網路外藥房) - 與我們的計劃沒有合約約定為計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。除非有特定情況，否則您在網路外藥房所獲得的大部分藥物，計劃都不予承保。

Out-of-Network Provider or Out-of-Network Facility (網路外提供者或網路外設施) - 未與我們計劃簽約為計劃會員協調或提供承保服務的提供者或設施。網路外提供者是我們的計劃沒有僱用，擁有或營運的服務提供者。

Out-of-Pocket Costs (自費金額) - 見上文「分攤費用」的定義。會員為已接受的部分服務或藥物支付分攤費用的規定，也稱為會員的「自付費用」金額規定。

PACE plan (PACE 計劃) - PACE (老人全面護理計劃) 計劃結合醫療、社交和長期護理 (LTC) 服務，幫助身體虛弱者儘可能保持獨立並生活在自己的社區裡 (而不是住進療養院)。加入 PACE 計劃的人士透過計劃獲得 Medicare 和 Medicaid 福利。

Part C (C 部分) - 請參閱「Medicare 優勢 (MA) 計劃」。

Part D (D 部分) - 自願的 Medicare 處方藥福利方案。

Part D Drugs (D 部分藥物) - 可由 D 部分承保的藥物。我們可能提供或不提供所有 D 部分藥物。國會將特定種類藥物排除在 D 部分承保藥物之外。每個計劃都必須承保特定類別的 D 部分藥物。

Part D Late Enrollment Penalty (D 部分推遲入保罰金) - 在您一開始有資格加入 D 部分計劃後，如果您連續 63 天以上沒有可信的保險 (指按照平均水準，應當給付至少與標準 Medicare 處方藥保險相同的保險)，則除了 Medicare 藥物保險的每月保費之外，您需要繳納的其他費用。如果您失去額外幫助，且如果連續 63 天 (含) 以上沒有 D 部分或其他可信的處方藥保險，您可能須支付推遲入保罰金。

Plan Provider (計劃提供者) - 請見「網路內提供者」。

Positron Emission Tomography (PET) Scan (正電子發射斷層 (PET) 掃描) - 一種醫學成像技術，包括為患者注射同位素，並使用 PET 掃描儀檢測發出的輻射。

Preferred Cost-sharing (首選分攤費用) - 首選分攤費用是指特定網路內藥房對某些 D 部分藥物提供的較低分攤費用。

Preferred Provider Organization (PPO) Plan (首選提供者組織 (PPO) 計劃) - 首選提供者組織計劃是 Medicare 優勢計劃，擁有合約提供者網路，同意以特定費用金額治療計劃會員。PPO 計劃必須承保所有的計劃福利，包括從網路內以及網路外提供者獲得的福利。一般來說，從網路外提供者獲得福利時，會員的分攤費用較高。PPO 計劃對您從網路內 (首選) 提供者獲得的服務所支付的自付費用有年度限額，對您從網路內 (首選) 與網路外 (非首選) 提供者獲得的服務所支付的合計自付費用的限額更高。

第 12 章：重要詞彙定義

Premium (保費) - 支付給 Medicare、保險公司或健康護理計劃 (健康或處方藥保險) 的週期性費用。

Prescription Drug Guide (Formulary) (處方藥指南 (處方列表)) - 計劃提供的承保藥物名單。本計劃在醫生以及藥劑師的協助之下選出這份藥物名單。名單包括品牌藥物與非品牌藥物。

Primary Care Provider (初級保健提供者, PCP) - 您的初級保健提供者是您因大多數健康問題首先去看的醫生或其他服務提供者。在許多 Medicare 健康計劃中，您必須先到初級保健提供者看診，之後後才能看其他醫療保健服務提供者。

Prior Authorization (事先授權) - 事先核准以獲得服務或特定藥物。在第 4 章醫療福利表中標示出需要我們的計劃事先授權之承保服務。處方列表中標記出需要事先授權的承保藥物。

Prosthetics and Orthotics (義肢和矯正器材) - 醫療器材包括但不限於手臂、背部和頸部支架；義肢；義眼；以及取代內部身體部位或機能所需的器材，包括造口用品以及腸內和腸外營養治療。

Quality Improvement Organization (品質改進組織, QIO) - 由執業醫生與其他健康護理專家所組成的團隊，受僱於聯邦政府、審核並提高為 Medicare 的患者所提供的護理品質。

Quantity Limits (數量限制) - 因品質、安全或使用原因對所選藥物的使用進行限制的管理工具。可能會對每個處方中或界定時段中我們所承保的藥量進行限制。

Radiology (放射學) - X 光和其他使用高能輻射來辨識和治療疾病的專門程序。

Rehabilitation Services (復健服務) - 這些服務包括物理治療、言語和語言治療以及職業治療。

Screening Mammogram (乳房 X 光篩檢) - 一種專門的 X 光檢查程序，以及早發現患者是否患有乳癌。

Service Area (服務區域) - 您必須居住的地理區域，才能加入特定的健康計劃。對於限制可使用的醫生與醫院的計劃，一般指您可獲得例行 (非緊急情況) 服務的地區。如果您永久搬出計劃的服務區，計劃可能會將您退保。

Skilled Nursing Facility (SNF) Care (專業護理設施 (SNF) 照護) - 專業護理設施中持續提供的日常專業護理和復健服務。照護的例子包括僅由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

Special Enrollment Period (特別投保期) - 會員因為某些事件或生活變化，可以在一段固定的時間內變更健康與藥物計劃或是回到原有的 Medicare。在以下情況您可能符合特別投保期資格：您搬出服務區、您獲得處方藥費用的「額外幫助」、您進入療養院，或我們違反了與您的合約。這也稱為特別選擇期或「SEP」。

Special Needs Plan (特殊需求計劃) - 這項特別的 Medicare 優勢計劃針對待在療養院或有特定慢性病症，且同時享有 Medicare 和 Medicaid 的特定族群，提供更為專一的醫療保健。

Standard Cost-sharing (標準分攤費用) - 標準分攤費用是除了網路內藥房的首選分攤費用以外的分攤費用。

Step Therapy (階梯療法) - 在我們承保醫生最初所開的處方藥之前，要求您先使用可治療您病症的另一種藥物的使用工具。

Supplemental Security Income (補充安全收入, SSI) - 社會安全局每月支付給收入和資源有限、身體有殘障、盲人或年滿 65 歲者的福利金。SSI 福利與社會安全局福利不同。

Urgent Care Center (急需護理中心) - 取得執照的醫療設施，其醫生和護士可提供無需停留過夜的服務以識別和治療突發受傷或疾病。

Urgently Needed Services (急需服務) - 非緊急服務的承保服務，在網路提供者暫時無法提供或無法取得或註冊者離開服務區域時提供。例如，您在週末需要立即照護。必須立即需要且在醫療上必要的服務。

附錄 A - 州級機構聯絡資訊

本節提供第 2 章和此保險證明內其他章節提及的州機構聯絡資訊。如果您找不到所需的資訊，請致電本手冊封底所印的電話號碼與客戶服務部聯絡。

紐約州	
SHIP 名稱和聯絡資訊	健康保險資訊輔導和協助方案 (HIICAP) 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 1-800-701-0501 (免付費電話) https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance
品質改進組織	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 1-866-815-5440 1-866-868-2289 (聽障專線) 1-833-868-4056 (傳真) https://livantaqio.com/
州 Medicaid 辦事處	紐約州衛生署 (SDOH) (Medicaid) Medicaid 管理辦公室 800 North Pearl Street Albany, NY 12204 1-800-541-2831 (免付費電話) 1-518-473-3782 (當地電話) http://www.omig.ny.gov
州立藥物協助方案	New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) EPIC P.O.Box 15018 Albany, NY 12212-5018 1-800-332-3742 (免付費電話) http://www.health.state.ny.us/nysdoh/epic/faq.htm
愛滋病藥物協助計劃	New York AIDS Drug Assistance Program HIV Uninsured Care Programs Empire Station P.O.Box 2052 Albany, NY 12220 1-800-542-2437 http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap

重要事項

在 Humana，我們十分重視讓您得到公平對待。

Humana Inc. 及其附屬機構不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障、生理性別、性傾向、社會性別、性別認同、血統、族裔、婚姻狀況、宗教或語言而歧視或排斥任何人。歧視有違法律。Humana 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法。如果您認為自己受到 Humana 或其附屬機構的歧視，可以透過下列方式獲得協助。

- 您可以提出投訴，也稱為申訴：
Discrimination Grievances, P.O.Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
如果您在提出申訴時需要幫助，請致電 **1-877-320-1235**，**聽障專線**請撥 **711**。
- 您也可以透過**美國衛生和人類服務部**民權辦公室的投訴入口網站，以電子方式提出民權投訴，網址為：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者 **聯絡美國衛生和人類服務部**，200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，**1-800-368-1019**，**800-537-7697(聽障專線)**。您可在 <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表格。
- **加州居民**：您也可以致電加州保險部免費熱線號碼：**1-800-927-HELP (4357)**，提出申訴。

您可以免費使用輔助工具和服務。
1-877-320-1235 (聽障專線：711)

當需要有輔助工具和服務以確保平等參與機會時，Humana 為殘障人士提供免費的輔助工具和服務，例如合格手語翻譯員、遠距視訊口譯和其他格式的書面資訊。

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-320-1235. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugues: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other content on the page.

Humana Gold Plus SNP-DE H3533-034 (HMO D-SNP) 客戶服務

方法	客戶服務部 - 聯絡資訊
電話	1-800-457-4708 這是一支免費服務電話。您可以每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時致電我們。 客戶服務部也為不講英語的人士提供免費的口譯服務。
TTY	711 這個號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
傳真	1-877-837-7741
寫信	Humana P.O.Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	Humana.com/customer-support

州健康保險協助方案

州健康保險協助方案 (SHIP) 是由聯邦政府撥款的一項州方案，為 Medicare 會員提供免費的當地健康保險諮詢。

您可在本文件的「附錄 A」中找到您所在州健康保險協助方案 (SHIP) 的聯絡資訊。

PRA 揭露聲明根據 1995 年文書削減法案 (Paperwork Reduction Act)，除非出示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都無須對以資訊收集為目的之系統作出回應。本資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1051。如果您對於改善此表單有任何意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

Humana Inc.
PO Box 14168
Lexington, KY 40512-4168



重要計劃資訊

H3533034001EOCCH23

Humana[®]

[Humana.com](https://www.humana.com)