

2027年1月1日至12月31日

《2027年承保範圍說明書》：

您身為Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP) 會員的Medicare健康理賠福利和服務及藥物承保範圍

本文件為您提供從2027年1月1日至12月31日止，與您Medicare健康和藥物承保範圍有關的詳細資訊。此為重要的法律文件。請將本手冊妥善保管於安全的地方。

本文件會說明您的理賠福利和權利。利用本文件以瞭解：

- 您的計劃保費和成本分擔
- 您的醫療和藥物福利
- 如果您對服務與治療不滿，如何提交投訴
- 如何與我們聯絡
- 其他根據Medicare法律所需的保護

如對此文件有任何疑問，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者致電711）。服務時間為每週7天，上午7:45至晚上8:00。此乃免費電話。

本Kaiser Permanente Dual Complete計劃由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（凱薩基金會保健計劃公司）（以下簡稱為「Health Plan」）提供。當本《承保範圍說明書》提及「我們」或「我們的」時，其意指「Health Plan」。若提及「計劃」或「本計劃」，則意指Kaiser Permanente Dual Complete (Dual Complete)。

我們免費提供本文件的中文、伊洛卡諾語、韓語和越南語版本。

如果您需要，可以透過致電會員服務部，獲取大字版、點字版、音訊檔案或資料檔案。

福利、保費、免賠額和/或共付額/共保額可能會於2028年1月1日變更。

承付藥物手冊、藥房網絡和/或醫護人員網絡可能會隨時變更。您將至少提前30天收到可能影響您的任何變更的通知。

H2704_27E015016ZH_C

PBP #: 015 & 016

4403041609_HI_DSNP_015016_ZH

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)



目錄

目錄

第1章：會員入門指南	5
第1節 您是Kaiser Permanente Dual Complete的會員	5
第2節 計劃入保資格要求	6
第3節 首次加入本計劃時需瞭解的注意事項	8
第4節 重要會員資料	9
第5節 2027年重要費用概要	11
第6節 與您的月度計劃保費有關的更多資訊	16
第7節 隨時更新您的計畫會員記錄	16
第8節 其他保險如何與本計劃配合運作	17
第2章：電話號碼及資源	19
第1節 Kaiser Permanente Dual Complete聯絡資訊	19
第2節 從Medicare獲得幫助	23
第3節 州健康保險補助計劃 (SHIP)	24
第4節 品質改進組織 (QIO)	24
第5節 社會安全局	25
第6節 Medicaid	26
第7節 協助支付處方藥費用的計劃	28
第8節 鐵路職工退休委員會 (RRB)	30
第3章：使用我們的醫療服務計劃	31
第1節 如何作為本計劃的會員獲得醫療護理	31
第2節 使用本計劃網絡內的醫護人員來獲得醫療護理	32
第3節 如何在緊急情況、災難或緊急需要護理時獲得服務	36
第4節 如果您直接收到承保服務的全額費用帳單該怎麼辦？	38
第5節 臨床研究中的醫療服務	39
第6節 關於如何在宗教性非醫療健康護理機構獲得護理的規定	40
第7節 耐用醫療器材所有權規則	41

第4章：醫療福利項目表（承保內容及應付費用）	43
第1節 瞭解您為承保服務支付的自付費用	43
第2節 「醫療福利項目表」顯示了您的醫療福利和費用	44
第3節 不屬於本計劃承保範圍的服務	92
第4節 不屬於本計劃承保範圍的服務(除外項目)	92
第5節 夏威夷牙科服務牙科除外項目與限制	96
 第5章：使用D部分藥物的計劃承保範圍	 99
第1節 本計劃D部分藥物的基本承保規定	99
第2節 在網絡藥房或通過本計劃的郵購服務配藥	100
第3節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」中	103
第4節 受承保限制的藥物	105
第5節 如果您的某種藥物沒有以您希望的方式獲得承保，您可以做些什麼	105
第6節 我們的藥物清單可能會在一年當中有所變更	108
第7節 我們不承保的藥物類型	110
第8節 如何配藥	111
第9節 在特殊情況下的計劃D部分藥物承保範圍	111
第10節 藥物安全及藥物管理計劃	112
 第6章：您需為D部分藥物支付的費用	 114
第1節 您需為計劃D部分藥物支付的費用	114
第2節 Dual Complete會員的藥物付款階段	116
第3節 您的計劃D部分理賠說明解釋了您處於哪個付款階段	116
第4節 免賠額階段	118
第5節 初始承保階段	118
第6節 災難性承保階段	122
第7節 您要為計劃D部分疫苗接種支付多少費用	122
 第7章：要求我們對承保醫療服務或藥物帳單支付我們應分擔的費用	 124
第1節 您應要求我們支付我們應分擔的承保服務或藥物之情形	124
第2節 如何要求我們向您償付費用或支付您收到的帳單	126

目錄

第3節	我們會審核您的給付申請並告知您我們是否核准.....	127
第8章：	您的權利與責任	128
第1節	我們必須尊重您的權利和文化敏感性.....	128
第2節	作為本計劃的會員，您有一些責任.....	136
第9章：	如果您遇到問題或不滿（承保決定、上訴及不滿）	137
第1節	如果您遇到問題或有疑慮該怎麼辦.....	137
第2節	在何處可獲得更多資訊和個人化協助.....	137
第3節	瞭解Medicare和Medicaid投訴及上訴.....	138
第4節	針對您的問題使用哪種流程.....	138
第5節	承保決定和上訴指南.....	139
第6節	醫療護理：如何請求作出承保決定或提出上訴.....	141
第7節	計劃D部分藥物：如何請求作出承保決定或提出上訴	150
第8節	如果您認為醫生過早讓您出院，如何請求我們承保更長的住 院時間	158
第9節	如果您認為您的承保過早終止，如何請求我們繼續承保某些 醫療服務.....	162
第10節	將您的上訴提升至第3、4和5級.....	166
第11節	如何提出有關醫護品質、候診時間、客戶服務或其他疑慮方面的投訴.....	169
第10章：	終止本計劃的會員資格.....	173
第1節	終止您在本計劃的會員資格.....	173
第2節	您可在何時終止您在本計劃中的會員資格？	173
第3節	如何終止您在本計劃中的會員資格.....	176
第4節	在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療項目、 服務和藥物.....	177
第5節	在某些情形下，我們必須終止您在本計劃中的會員資格.....	177
第11章：	法律聲明.....	179
第1節	有關管轄法律的聲明.....	179
第2節	有關反歧視的聲明.....	179
第3節	關於Medicare次要付款方代位求償權的聲明	179

目錄

第4節	對本《承保範圍說明書》的管理.....	179
第5節	申請和聲明.....	180
第6節	轉讓.....	180
第7節	律師及代表費用和開支.....	180
第8節	福利協調.....	180
第9節	僱主的責任.....	180
第10節	《承保範圍說明書》對會員的約束力.....	180
第11節	政府機構的責任.....	181
第12節	會員免責.....	181
第13節	不棄權.....	181
第14節	通知.....	181
第15節	追討超額付款.....	181
第16節	第三方責任.....	181
第17節	美國退伍軍人事務部.....	182
第18節	工傷賠償或僱主責任福利.....	182
第19節	代孕.....	183
第20節	具約束力的仲裁.....	183
第12章：定義		188

第1章： 會員入門指南

第1節 您是Kaiser Permanente Dual Complete的會員

第1.1節 您入保Kaiser Permanente Dual Complete，此計劃為Medicare Special Needs Plan

您必須同時參保Medicare和Medicaid：

- **Medicare**是為65歲或65歲以上者、部分未滿65歲的特定殘障人士和末期腎病（腎衰竭）患者所提供的聯邦政府健康保險計劃。
- **Medicaid**是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助特定收入和資源有限者支付醫療費用。Medicaid的承保範圍會隨州以及您所享有的Medicaid類型而異。部分享有Medicaid的人士可獲得協助支付其Medicare保費及其他費用。其他人還可獲得不屬於Medicare承保範圍之其他服務以及藥物的承保。

您選擇透過本計劃Kaiser Permanente Dual Complete來獲取您的Medicare健康護理及藥物承保。本計劃承保所有計劃A部分和計劃B部分的服務。然而，本計劃的成本分擔和保健業者的使用，與Original Medicare不同。

Kaiser Permanente Dual Complete是一項特殊的Medicare Advantage計劃（Medicare特殊需求計劃），換而言之，此計劃的理賠項目是專為有特殊健康護理需求的人士所設計。Kaiser Permanente Dual Complete是專門為享有Medicare且同時有權獲得Medicaid補助的人士所設計。

由於您透過Medicaid獲得Medicare A部分和B部分的成本分擔（免賠額、共付額與共保額）的補助，因此您可能無須為您的Medicare服務支付任何費用。Medicaid可能還會提供其他理賠項目，如承保通常不屬於Medicare承保範圍的健康護理服務、處方藥、長期護理和/或居家及社區服務。您可能還將可透過Medicare獲得「額外補助」以用其支付您的Medicare藥物費用。本計劃將會協助您管理上述所有理賠項目，以便您獲得您有權享有的健康服務和付款補助。

Kaiser Permanente Dual Complete是由非營利組織所管理。如同所有Medicare Advantage計劃，本Medicare Special Needs Plan已獲得Medicare的核准。本計劃也與夏威夷Medicaid計劃簽有合約，以為您協調Medicaid理賠福利。我們很高興能夠為您提供Medicare保險，包括藥物保險。

本《承保範圍說明書》說明了下列計劃，這些計劃均包括Medicare D部分的處方藥物承保：

- Kaiser Permanente Dual Complete Maui (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「Maui計畫」。
- Kaiser Permanente Dual Complete Oahu (HMO D-SNP)，在本文件中稱為「Oahu計畫」。

如果您不確定您入保的是哪個計劃，請致電會員服務部或參閱您的年度變更通知封面（或者，如果您是新會員，請查閱您的入保申請表或入保確認函）。

注意：請參閱本章的第2.2節，以瞭解本《承保範圍說明書》內每個計劃的服務區之地理位置。就保費、費用分擔、入保和退保而言，本地區的服務區有多種Dual Complete計劃，具體內容詳見《承保範圍說明書》。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方接受網絡醫護人員的醫護服務。

第1.2節 與《承保範圍說明書》相關的法律資訊

本《承保範圍說明書》是我們與您簽訂之合約的一部分，內容在向您解釋本計劃如何承保您的醫護服務。本合約的其他部分包括您的入保申請表、《2027年完整承付藥物手冊》，以及我們寄給您的任何通知，內容涉及承保範圍的變更或會影響承保範圍的條件變更。此類通知有時也稱為附約或修訂。

本合約在您入保Kaiser Permanente Dual Complete期間（2027年1月1日至2027年12月31日）的月份有效。

每個日曆年度，Medicare允許我們更改我們提供的計劃。這表示我們可以在2027年12月31日之後變更計劃的費用和理賠福利。我們也可選擇在2027年12月31日之後於您的服務區停止提供本計劃。

Medicare（Medicare與Medicaid服務中心）及民政服務部Med-QUEST分部 (Medicaid) 必須核准本計劃。只要我們選擇繼續提供本計劃且Medicare和民政服務部Med-QUEST分部 (Medicaid) 繼續核准本計劃，您就可以每年以本計劃的會員身分繼續獲得Medicare承保。

第2節 計劃入保資格要求

第2.1節 入保資格要求

只要滿足以下所有條件，您就有資格成為我們計劃的會員：

- 您同時擁有Medicare A部分和Medicare B部分
- 您居住在我們的地理服務區內（如第2.3節所述）。被監禁的個人即使實際位於該地理服務區也不被視為居住在其中。

- 您是美國公民、國民，或符合資格的非公民。
- 您符合下述特殊入保資格規定。

本計劃的特殊入保資格規定

本計劃旨在滿足可獲得特定Medicaid福利之人士的需求。（Medicaid是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助特定收入和資源有限者支付醫療費用。）如欲符合本計劃的入保資格，您必須同時符合Medicare及完整Medicaid的福利資格。您必須同時入保Medicaid計劃與Kaiser Permanente計劃。

注意：如果您喪失Med-QUEST入保資格，但您可合理預期在6個月內重新取得Med-QUEST入保資格，則您仍符合會員資格。第4章第2節將會說明此期間的承保範圍和成本分擔。

第2.2節 Medicaid

Medicaid是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助特定收入和資源有限者支付醫療費用。每個州均會決定哪些項目可計入收入和資源中、哪些人符合入保資格、哪些服務屬於承保範圍以及服務的費用。州政府也可決定計劃的管理方式，但條件是其必須遵守聯邦法規。

此外，Medicaid設有各類計劃，協助Medicare會員支付其Medicare費用，如Medicare的保費。這些「Medicare Savings Program」每年可幫助收入有限和資源有限者節省資金：

- **合格Medicare受益人 (QMB)：**協助支付Medicare A部分和B部分的保費，以及其他成本分擔（如免賠額、共保額和共付額）。（部分享有QMB的人士也有資格獲得完整Medicaid福利 [QMB+]。）
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)：**協助支付B部分保費。（部分符合SLMB資格的人也有資格獲得全部的Medicaid理賠 (SLMB+)。）

第2.3節 Kaiser Permanente Dual Complete計劃服務區

本計劃僅適用於居住在本計劃服務區的人士。為了保持本計劃的會員身分，您必須繼續居住在本計劃服務區。服務區的情況描述如下。

Kaiser Permanente Dual Complete Maui（適用於居住在本計劃服務區的人）

我們的服務區也包括夏威夷州毛伊島縣的部分地區，僅限以下郵遞區號：96708、96713、96732、96733、96753、96761、96767、96768、96779、96784、96788、96790及96793。

Kaiser Permanente Dual Complete Oahu（適用於居住在本計劃服務區的人）

我們的服務區包括夏威夷州檀香山縣。

如果您計劃搬到一個新的州，還應聯繫您所在州的Medicaid辦公室，詢問這次搬遷將如何影響您的Medicaid理賠。本文件第2章第6節提供有Medicaid的電話號碼。

如果您搬到本計劃的服務區外，您將不能繼續保有本計劃的會員資格。如果您想知道我們的計劃是否包括您新的所在地區，請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者致電711）。當您搬遷時，您將享有特殊入保期，以便切換到Original Medicare，或在您的新地點入保Medicare保健或藥物計劃。

如果您搬遷或更改郵寄地址，也請務必致電社會安全局。撥打社會安全局電話1-800-772-1213（TTY使用者致電1-800-325-0778）。

第2.4節 美國公民、國民，或符合資格的非公民

您必須是美國公民、國民，或符合資格的非公民，才能成為Medicare保健計劃的會員。如果根據此規定您不符合保留本計劃會員身分的資格，Medicare（Medicare與Medicaid服務中心）將會通知我們。如果您不符合此項規定，我們就必須將您退保。

第3節 首次加入本計劃時需瞭解的注意事項

第3.1節 健康風險評估

當您首次加入本計劃時，您需在入保生效日期之前或之後的90天內接受健康風險評估 (HRA)。

我們必須為您完成健康風險評估 (HRA)。健康風險評估 (HRA) 是制定您護理計劃的基礎。健康風險評估 (HRA) 包括用於確定您的醫療、行為健康和功能需求的問題。

我們會與您聯繫以完成健康風險評估 (HRA)。您可以透過電話、您的kp.org帳戶、視訊就診或現場當面完成健康風險評估 (HRA)。如有需要，我們可提供紙本版本，並附上郵資已付的回郵信封郵寄給您。我們將向您傳送有關此健康風險評估 (HRA) 的更多資訊。之後，我們會每年與您聯繫，瞭解最新情況，以判斷您的需求是否有所變化。

第3.2節 醫護團隊和護理計劃

醫護團隊可以幫助您繼續獲得所需的醫療護理。醫護團隊可能包括您的醫生、醫護協調員、您就診的專科醫生，或您選擇的其他保健專業人員。

您與醫護團隊合作，根據您的意願制定護理計劃。護理計劃會告訴您、您的醫生及其他醫護人員您需要哪些服務，以及如何獲得這些服務。其中包括您的醫療、行為健康和長期服務和支援 (LTSS) 或其他服務。

您的護理計劃包括：

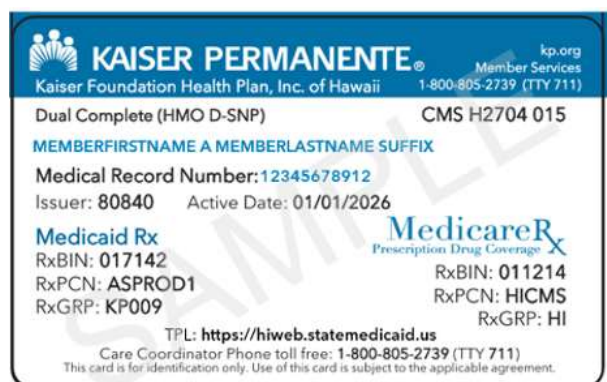
- 由您確定優先順序的健康護理目標，以及
- 為實現您目標而設的具體服務，以及
- 獲得所需服務的時間表，以及
- 規劃介入的結果/成效。

您的醫護團隊在您進行健康風險評估 (HRA) 後將與您會面。他們會詢問您需要的服務。他們還會告訴您，有哪些服務您或許可以考慮接受。您的醫護團隊將與您協作，至少每年或在您的健康狀況有變化時，按需更新您的護理計劃。

第4節 重要會員資料

第4.1節 本計劃的會員卡

根據本計劃，將向您提供一張用於獲得Medicare和Medicaid服務的卡。在您成為本計劃的會員期間，您必須在獲得本計劃承保的服務，以及在網絡藥房購買處方藥時使用您的會員卡。會員卡樣例：



只要您是本計劃的會員，您便不得使用Medicare紅白藍卡來獲得承保醫療服務。如果您使用Medicare卡而不是使用Kaiser Permanente Dual Complete的會員卡，則您可能必須自己支付醫療服務的全額費用。請將您的Medicare卡保存在安全的地方。如果您需要醫院服務、安寧服務，或參加Medicare核准的臨床研究試驗（也稱為臨床試驗），您可能需要出示您的Medicare卡。

第1章 會員入門指南

如果本計劃會員卡損壞、遺失或遭竊，請立即致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者致電711），我們將會寄給您新卡。

第4.2節 《醫護人員與藥房名錄》

《醫護人員和藥房名錄》(kp.org/directory) 列有本計劃目前的網絡醫護人員和耐用醫療器材供應商。**網絡保健業者**是指與我們簽訂協議，接受我們的付款和任何計劃成本分擔作為全額報酬的醫生和其他保健專業人員、專業醫療服務集團、耐用醫療器材供應商、醫院及其他保健設施。

您必須經由網絡醫護人員來取得醫療護理與服務。如果您在未授權的情況下在它處取得，您將無法獲得全額給付。唯一的例外情形包括急診、沒有網絡醫護人員可用時（即您無法在合理或可能的情況下取得網絡內服務）需要的緊急需求服務、區域外洗腎服務以及本計劃授權使用網絡外醫護人員的情形。

您可在我們的網站kp.org/directory找到最新版的醫護人員和供應商清單。

《醫護人員和藥房名錄》(kp.org/directory) 會列出本計劃的網絡藥房。**網絡藥房**是指同意為本計劃會員配取承保處方藥的藥房。請使用《醫護人員和藥房名錄》來尋找您想使用的網絡藥房。有關您使用本計劃網絡外藥房的資訊，請參閱第5章第2.4節。

如果您未收到《醫護人員和藥房名錄》的副本，可以致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者致電711）索取副本（電子版或紙質版）。我們將在3個工作日內將申請的紙質版《醫護人員和藥房名錄》郵寄給您。您也可以在我们的網站kp.org/directory找到這些資訊。

第4.3節 藥物清單（承付藥物手冊）

本計劃有一本《2027年完整承付藥物手冊》（也稱為「藥物清單」或承付藥物手冊）。它會列出根據本計劃D部分理賠福利所承保的處方藥。本清單中的藥物是由本計劃在醫生和藥劑師的幫助下選擇的。「藥物清單」符合所有Medicare的要求。納入Medicare藥物價格談判計劃的藥物，將包含在您的「藥物清單」中，除非這些藥物已按照第5章第6節中所述被移除或替換。Medicare已核准本計劃的「藥物清單」。

該「藥物清單」還告知是否有任何限制藥物承保範圍的規定。

我們將為您提供一份「藥物清單」。如要獲取有關承保藥物的完整當前資訊，請造訪kp.org/seniorrx或致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者致電711）。

第5節 2027年重要費用概要

	您2027年的費用
每月計劃保費* *您的保費可能比所列金額更高。請參閱第5.1節以瞭解詳情。	• Maui計劃 - \$0 • Oahu計劃 - \$0
自付上限 此金額是您為Medicare計劃A部分和B部分承保服務自付費用的最高金額。 (詳情請參閱第4章第1節。)	• Maui計劃 - \$9,850 • Oahu計劃 - \$9,850 您無需負責為計劃A部分和計劃B部分的承保服務支付任何可計入自付上限金額的自付費用。
基本護理診所就診	\$0 如果您失去全額Medicaid保險，需支付： • Maui計劃 - \$40 • Oahu計劃 - \$40
專科醫生診所就診	\$0 如果您失去全額Medicaid保險，需支付： • Maui計劃 - \$60 • Oahu計劃 - \$60

	您2027年的費用
住院 包括各種住院治療，如急性照護、復健、長期照護。住院治療自您依據醫囑正式入院當天開始，至您出院前一天結束。	每次住院都會收取費用分擔。 \$0 如果您失去全額Medicaid保險，需支付： • Maui計劃 - 每次入院：第1至6天每日\$405，第7至30天每日\$70。 • Oahu計劃 - 每次住院：第1至6天每日\$405，第7至30天每日\$70。 其餘住院時間您需支付\$0。
D部分藥物保險 （請參閱第6章瞭解詳情，包括年度免賠額、初始承保和重大傷病承保階段。）	D部分藥物保險免賠額 Maui計劃 - 如果您不符合「額外補助」的資格，需支付\$700（層級3、4和5），但承保的胰島素產品和大多數成人D部分疫苗除外。 Oahu計劃 - 如果您不符合「額外補助」的資格，需支付\$700（層級3、4和5），但承保的胰島素產品和大多數成人D部分疫苗除外。 如果您不符合「額外補助」資格，則需分擔初始承保階段的費用： 藥物層級1： • Maui計劃 - \$0 • Oahu計劃 - \$0 藥物層級2： • Maui計劃 - \$0 • Oahu計劃 - \$0

	您2027年的費用
	藥物層級3： • Maui計劃 - 16% • Oahu計劃 - 16% 您最多只需為本層級的每種承保胰島素產品每月藥量支付\$0。 藥物層級4： • Maui計劃 - 25% • Oahu計劃 - 25% 您最多只需為本層級的每種承保胰島素產品每月藥量支付\$0。 藥物層級5： • Maui計劃 - 25% • Oahu計劃 - 25% 您最多只需為本層級的每種承保胰島素產品每月藥量支付\$0。 藥物層級6： • Maui計劃 - \$0 • Oahu計劃 - \$0 災難性承保階段： 在此付款階段，您無需為計劃D部分承保藥物支付任何費用。

您的費用可能包括：

- 計劃的保費（第5.1節）
- 每月Medicare B部分的保費（第5.2節）
- D部分的延遲入保罰款（第5.3節）
- 與收入相關的月調整金（第5.4節）
- Medicare處方付款計劃金額（第5.5節）

第5.1節 計劃的保費

您無需為Kaiser Permanente Dual Complete支付單獨的月度計劃保費。

第5.2節 每月Medicare B部分的保費

許多會員必須支付其他Medicare保費

某些會員必須支付其他Medicare保費。如前面第2節所述，為了取得本計劃的入保資格，您必須保有Medicaid的入保資格並同時參保Medicare A部分和Medicare B部分。對我們大多數的計劃會員而言，Medicaid將為您支付Medicare A部分的保費（如果您沒有自動符合資格）和Medicare B部分的保費。

如果Medicaid沒有為您支付Medicare保費，您必須繼續支付Medicare保費才能保有本計劃的會員資格。這包括您的計劃B部分的保費。如果您沒有資格參加免保費的計劃A部分，您還可能需要支付該部分的保費。

第5.3節 D部分的延遲入保罰款

因為您享有雙重資格，所以只要您保持雙重資格身份，LEP就不適用，但如果您失去雙重資格身份，則可能會產生LEP。計劃D部分的逾期入保罰金屬於額外保費，如果在您首次入保期結束後的任何時間，有連續63天或以上未入保計劃D部分或其他可抵免處方藥的保險，則必須支付該罰金。可抵免處方藥保險是符合Medicare最低標準的保險，其平均支付額預計至少相當於Medicare的標準處方藥承保金額。逾期入保罰金的費用取決於您沒有入保計劃D部分或其他可抵免處方藥保險的時長。您通常必須在您參保D部分保險期間支付此罰金。

在以下情況下，您不必支付計劃D部分的逾期入保罰金：

- 您獲得Medicare的額外補助，以幫助您支付藥物成本
- 您連續未擁有D部分或其他可抵減保險的天數少於63天
- 您保有前雇主、工會、TRICARE，或退伍軍人健康管理部 (VA) 等其他來源提供的可抵免藥物保險。您的保險公司或人力資源部門每年會告知您，您的藥物保險是否屬於可抵免保險。您可以從本計劃的信函或新聞通訊中獲得此資訊。請保留該資訊，因為您在以後入保Medicare藥物計劃時可能需要。
 - **注意：**任何信函或通知必須聲明您曾投保可抵減處方藥保險，且該保險預計支付的金額相當於Medicare標準藥物計劃支付的金額
 - **注意：**處方藥折扣卡、免費診所和藥物折扣網站不屬於可抵減處方藥保險

計劃D部分的逾期入保罰金的金額由Medicare決定。以下是罰金的決定方式：

- 首先，計算自您獲得Medicare藥物計劃的入保資格之日後，您推遲參加本計劃的完整月數。或者，如果保險中斷期達到63天或以上，則計算您沒有參加可抵免藥物保險的完整月數。
- 然後，Medicare決定全美國Medicare藥物計劃上一年度的平均月保費（國家基本受益人保費）。在2027年，此平均保費金額為\$41.33。
- 計算您的每月罰金時，Medicare會將未投保的月數（罰金百分比）乘以全國基本受益人保費的1%，然後將該金額四捨五入到最接近的10美分。例如，如果您有14個月未持有D部分或其他可抵減保險，則罰金將是\$41.33的14%，即\$5.78。然後四捨五入至\$5.80。這筆罰金將被計入需支付計劃D部分延遲入保罰款的人員的月度計劃保費中。

關於每月計劃D部分逾期入保罰金，需要瞭解三項重要注意事項：

- 罰金可能每年發生變化，因為全國基準受益人保費可能每年都有所不同
- 您通常會每個月持續支付罰金，只要您投保的計劃包含Medicare D部分藥物福利，即使您變更計劃
- 如果您尚未年滿65周歲並且入保了Medicare，則在您年滿65周歲時，計劃D部分的逾期入保罰金將會重新設定。年滿65周歲後，計劃D部分的逾期入保罰金將僅依據您在達到年齡規定後，首次Medicare入保期結束後未享有保險的月數計算。

如果您對D部分的延遲入保罰款有異議，您或您的代表可以要求複審（上訴）。複審由與我們無關聯的獨立審查組織進行。通常，您必須在收到要求您支付延遲入保罰款的首封信函上所列日期起的60天內提出複審要求。然而，如果您在加入本計劃之前已在支付罰金，通常您將無法再次針對該延遲入保罰款提出複審要求。

第5.4節 與收入相關的月調整金

如果您因收入變動而失去本計劃的入保資格，部分會員可能需要為其Medicare計劃支付一項額外費用，稱為D部分與收入相關的月調整金 (IRMAA)。這筆額外費用是根據2年前國稅局納稅申報表中，針對您的調整後總收入計算得到的。如果這筆金額超過一定數目，您需支付標準保費金額以及額外的IRMAA。如需進一步瞭解依據您的收入，您可能必須支付的額外費用，請造訪[Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs)。

如果您必須支付額外IRMAA，社會安全局（而非Medicare計劃）會寄給您一封信，告知您額外費用的金額。不論您平時如何支付計劃保費，除非您每月的福利帳戶餘額不足以支付應付的額外費用，否則該額外費用將從您的社會安全局、鐵路職工退休委員會或人事管理辦公室的福利支票中扣繳。如果您的福利支票不足以支付這筆額外費用，您將收到Medicare的帳單。您必須將這筆額外IRMAA支付給政府。額外費用不能與您的計劃月保費同時支付。如果您沒有支付額外IRMAA，您將從本計劃自動退保並失去處方藥保障資格。

如果您對繳納的額外IRMAA有異議，您可以要求社會安全局重審此決定。若要瞭解更多資訊，請致電1-800-772-1213（TTY使用者請撥打1-800-325-0778），與社會安全局聯繫。

第5.5節 Medicare處方藥付款計劃金額

如果您投保Medicare處方藥付款計劃，您將每月支付您的計劃保費（如果您有），並且將從您的健康或藥物計劃中收到處方藥帳單（而不是向藥房支付費用）。您的月度帳單是根據您所獲得的任何處方所欠金額加上個月的餘額除以一年中剩餘的月份數計算得到的。

第2章第7節詳細介紹了Medicare處方藥付款計劃。如果您不同意作為該付款選項的一部分所收取的金額，可以按照第9章中的步驟進行投訴或上訴。

第6節 與您的月度計劃保費有關的更多資訊

第6.1節 在年中不能更改您的月度計劃保費

我們不能在年中更改您的月度計劃保費金額。如果明年的月度計劃保費有所變化，我們將在九月通知您，並且新保費將在次年的1月1日生效。

但是，在某些情況下，如果您拖欠了逾期入保罰金，您可能可以停止支付，或者您可能需要開始支付延遲入保罰款。

- 如果您失去額外補助，從計劃中退保並且連續63天或更長時間沒有D部分或可抵減藥物保險，則您可能要支付D部分延遲入保罰款

第2章第7節中詳細介紹了額外補助。

第7節 隨時更新您的計畫會員記錄

您的會員資格記錄來自您的入保申請表，其中包括您的地址和電話號碼。會員資格記錄顯示您的具體計劃承保資訊，包括您的初級保健醫生。

醫生、醫院、藥劑師以及其他本計劃網絡內的醫護人員會使用您的會員資格記錄瞭解服務和藥物的承保範圍以及您的費用分擔金額。因此，您需要幫助我們將您的相關資訊保持為最新狀態，這點相當重要。

如果您進行以下任何更改，請告知我們：

- 更改您的姓名、地址或電話號碼
- 更改您所享有的任何其他健康保險（例如通過您的雇主、您的配偶或同居人的雇主、勞工賠償或Medicaid取得的健康保險）
- 任何責任索賠，例如車禍索賠

第1章 會員入門指南

- 如果您入住護理院
- 如果您從區外或網絡外醫院或急診室獲取醫護服務
- 如果您指定的責任方（如看護人）發生變化
- 如果您參與臨床研究（**注意：**您不需要告訴我們您想要參與的臨床研究，但我們建議您告知我們相關資訊。）

如有任何資訊發生變化，請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）告知我們。

還有很重要的一點是，如果您搬家或更改了郵寄地址，請通知社會安全局。撥打社會安全局電話1-800-772-1213（TTY使用者致電1-800-325-0778）。

第8節 其他保險如何與本計劃配合運作

Medicare要求我們收集有關您所擁有的任何其他醫療或藥品保險的資訊，以便我們可以協調我們計劃下的任何其他保險與您的理賠事宜。這稱為**理賠協調**。

我們將在每年給您發送一次信件，其中列出我們知道的其他醫療或藥物保險資訊。請仔細閱讀此資訊。如果這些資訊正確，您無需採取任何行動。如果資訊不正確，或您有未列出的其他保險，請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。您可能需要將計劃會員卡號碼告知您的其他保險公司（一旦您確認其身分後），以便其及時無誤地支付您的帳單。

如果您享有其他保險（如雇主團體健康保險），Medicare制定了相關規定來確定是依據您的計劃還是您的其他保險優先給付。需優先給付的保險（稱為「首要付款方」）的支付額高達其承保上限。第二順位的保險給付方（稱為「次要付款方」）僅在出現首要保險不承保的剩餘數額時，才會進行給付。次要付款方可能不會給付未承保部分的所有費用。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。

這些規定適用於雇主或工會團體保健計劃保險：

- 如果您享有退休人員保險，則Medicare會優先給付
- 如果您的團體保健計劃保險是通過您或家人目前的工作所獲得，則哪方需優先給付將取決於您的年齡、您雇主僱用的員工人數以及您是否因年齡、殘障或末期腎病(ESRD)等因素而享有Medicare：
 - 如果您未滿65周歲且是殘障人士，並且您（或您的家人）仍在工作，則您的團體保健計劃將優先給付，前提是雇主擁有100名或100名以上的員工，或多項雇主計劃中至少有一名雇主擁有100名以上的員工

- 如果您的年齡超過65周歲，並且您（或您的配偶或同居人）仍在工作，則您的團體保健計劃將優先給付，前提是雇主擁有20名或20名以上的員工，或多個雇主計劃中至少有一名雇主擁有20名以上的員工
- 如果您因末期腎病 (ESRD) 而享有Medicare，則在您有資格享有Medicare後的前30個月期間，您的團體保健計劃將優先給付

這些類型的保險通常對以下各類相關服務會優先給付：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 責任險（包括汽車保險）
- 黑肺病理賠
- 工傷補償

針對Medicare承保的服務，Medicaid和TRICARE絕對不會優先給付。它們僅在Medicare和/或雇主團體保健計劃給付後才會給付。

第2章： 電話號碼及資源

第1節 Kaiser Permanente Dual Complete聯絡資訊

如需協助處理索賠、請款或會員卡等疑問，請致電或致函Kaiser Permanente Dual Complete會員服務部。我們將隨時為您提供幫助。

會員服務部 - 聯絡資訊

致電	1-800-805-2739 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。 會員服務部（電話：1-800-805-2739）（TTY使用者請撥打711）還為母語並非英語的人士提供免費語言口譯服務。
TTY	711 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。
寫信	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
網站	kp.org

如何就您的醫療護理請求作出承保決定

承保決定是指我們針對您的理賠福利和承保範圍，或者為您的醫療服務給付金額而作出的決定。要詳細瞭解如何就您的醫療護理請求作出承保決定，請參閱第9章。

就醫療護理作出承保決定 - 聯絡資訊

致電	1-800-805-2739 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。
TTY	711 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。

就醫療護理作出承保決定 - 聯絡資訊

傳真	808-432-5691
寫信	Kaiser Permanente Attn: Authorizations and Referral Management 2828 Paa Street Honolulu, HI 96819
網站	kp.org

如何請求就您的計劃D部分藥物保險作出承保決定

承保決定是我們針對您的福利和承保範圍，或是針對您的D部分藥物給付金額所作的決定。要詳細瞭解如何就您的計劃D部分藥物保險作出承保決定，請參閱第9章。

就計劃D部分藥物保險作出承保決定 - 聯絡資訊

致電	1-888-277-3917 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午8:00至晚上8:00。
TTY	711 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午8:00至晚上8:00。
傳真	1-844-403-1028
寫信	OptumRx c/o Prior Authorization P.O.Box 2975 Mission, KS 66201
網站	kp.org

若要就醫療護理或計劃D部分藥物保險提出上訴，應如何聯繫我們

上訴是指正式要求我們審核或更改承保決定。要詳細瞭解如何就您的醫療護理或計劃D部分藥物保險提出上訴，請參閱第9章。

就醫療護理或計劃D部分藥物保險提出上訴 - 聯絡資訊

致電	1-800-805-2739 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。 如果您的上訴符合第9章所述的快速決定資格，請致電1-866-233-2851或808-432-7503。服務時間為每週7天，每天上午8:00至晚上8:00。
TTY	711 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。
傳真	808-432-5260
寫信	Kaiser Permanente Attn: Member Relations 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813 電子郵件地址：KPHawaii.appeals@kp.org
網站	kp.org

如何就您的醫療護理或計劃D部分藥物保險進行投訴

您可針對我們或我們其中一個網絡醫護人員或藥房進行投訴，包括針對您的醫護品質提出投訴。這類投訴不涉及承保範圍或給付爭議。要詳細瞭解如何就您的醫療護理或計劃D部分藥物保險進行投訴，請參閱第9章。

就醫療護理或計劃D部分藥物保險進行投訴 - 聯絡資訊

致電	1-800-805-2739 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。
TTY	711 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。
傳真	808-432-5260

就醫療護理或計劃D部分藥物保險進行投訴 – 聯絡資訊

寫信	Kaiser Permanente Attn: Member Relations 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
Medicare網站	要直接向Medicare提交關於本計劃的投訴，請造訪 Medicare.gov/my/medicare-complaint 。

如何要求我們支付我們所分擔的醫療護理或藥物的相應費用

若您收到帳單，或您支付了認為是我們應分擔的服務費用（如醫護人員的帳單），您可能需要向我們申請補償，或支付醫護人員的請款。請參閱第7章瞭解詳情。

如果您向我們發送了給付申請，但我們拒絕了您申請的任何一部分，您可針對我們的決定提出上訴。請參閱第9章瞭解詳情。

給付申請 – 聯絡資訊

致電	1-877-875-3805 此電話為免費電話。週一至週五，上午8:00至下午5:00。
TTY	711 此電話為免費電話。週一至週五，上午8:00至下午5:00。
寫信	Kaiser Permanente Claims Department Hawaii Region P.O. Box 378021 Denver, CO 80237
網站	kp.org

第2節 從Medicare獲得幫助

Medicare是為65歲及65歲以上者、部分未滿65歲的殘障人士和末期腎臟病患者（需要接受洗腎或腎移植的永久腎衰竭患者）所提供的聯邦政府健康保險計劃。

負責處理Medicare事宜的政府機構是Medicare與Medicaid服務中心 (CMS)。該機構與Medicare Advantage組織訂有合約，其中包括本計劃。

Medicare – 聯絡資訊

致電	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 此電話為免費電話。每週7天，每天24小時。
TTY	1-877-486-2048 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。此電話為免費電話。
線上聊天	線上聊天： Medicare.gov/talk-to-someone 。
寫信	寫信至Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	Medicare.gov • 獲取您所在地區的Medicare醫療保健和藥物計劃資訊，包括他們需承擔的費用和提供的服務。 • 尋找參與Medicare計劃的醫生或其他醫護人員和供應商。 • 瞭解Medicare涵蓋的內容，包括預防服務（如篩檢、注射或疫苗以及每年的「保健」就診）。 • 獲取Medicare上訴資訊和表格。 • 獲取有關計劃、療養院、醫院、醫生、家庭保健機構、透析設施、安寧護理中心、住院復健設施和長期護理醫院提供的醫護品質的資訊。 • 尋找有用的網站和電話號碼。 您也可以造訪 Medicare.gov ，就您對本計劃的任何投訴告知Medicare。若要向Medicare提交投訴，請造訪 Medicare.gov/my/medicare-complaint 。Medicare將認真對待您的投訴，並會使用此資訊來協助改進Medicare計劃的品質。

第3節 州健康保險補助計劃 (SHIP)

州健康保險補助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，每個州都有經過培訓的顧問提供免費幫助、相關資訊和Medicare問題解答。在夏威夷，SHIP稱為「夏威夷州健康保險補助計劃」（夏威夷SHIP）。

夏威夷SHIP是一項獨立的州計劃（與任何保險公司或保健計劃無關），由聯邦政府提供資金，為Medicare會員免費提供當地健康保險諮詢服務。

夏威夷SHIP顧問可協助您瞭解您的Medicare權利，協助您就醫療護理或治療提出投訴，並協助您解決Medicare帳單問題。夏威夷SHIP顧問還能協助您解決Medicare問題或困難，幫助您瞭解您的Medicare計劃選項並回答有關轉換計劃的問題。

夏威夷SHIP - 聯絡資訊

致電	1-888-875-9229 此電話為免費電話。週一至週日：預先錄製的熱線（將在5個工作日內回電）。
TTY	1866-8104379 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。
寫信	Executive Office on Aging No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
網站	www.hawaiiiship.org

第4節 品質改進組織 (QIO)

指定的品質改進組織 (QIO) 為每個州的Medicare入保人提供服務。夏威夷的品質改進組織稱為Commence Health。

Commence Health由一群醫生和其他保健專業人員組成，Medicare負責支付費用，請他們檢查和幫助提升加入Medicare人士的醫護品質。Commence Health是一個獨立組織。與我們的計劃無關。

如有以下任何情況，請聯絡Commence Health：

- 您欲針對獲得的醫護品質提出投訴。醫護品質問題的例子包括用錯藥、不必要的檢查或手術，或誤診。
- 您認為您的住院承保結束過早
- 您認為您的居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (CORF) 的服務承保結束過早

Commence Health（夏威夷的品質改進組織）- 聯絡資訊

致電	1-877-588-1123 此電話為免費電話。週一至週五，上午9:00至下午5:00。週末及假日，上午10:00至下午4:00
TTY	711
寫信	Commence Health BFCC – QIO Program P.O.Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
網站	www.livantaqio.cms.gov/en

第5節 社會安全局

社會安全局負責確定Medicare入保資格，並處理Medicare入保事宜。社會安全局還負責決定哪些人因收入較高而必須為計劃D部分藥物保險支付額外費用。如果您收到社會安全局的信函，告知您必須支付額外費用，而您對該費用有疑問或者您由於生活變故而導致收入減少，則可以致電社會安全局，要求其重新審查。

如果您搬家或更改了郵寄地址，請聯繫社會安全局，告知您的新地址。

社會安全局 - 聯絡資訊

致電	1-800-772-1213 此電話為免費電話。 週一至週五，上午8:00至晚上7:00。 每天24小時皆可使用社會安全局的自動電話服務，以獲得錄音資訊並辦理部分業務。
----	---

社會安全局 – 聯絡資訊

TTY	1-800-325-0778 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。 此電話為免費電話。 週一至週五，上午8:00至晚上7:00。
網站	SSA.gov

第6節 Medicaid

Medicaid是一項聯邦和州政府的聯合計劃，旨在幫助特定收入和資源有限者支付醫療費用。每個州均會決定哪些項目可計入收入和資源中、哪些人符合入保資格、哪些服務屬於承保範圍以及服務的費用。州政府也可決定計劃的管理方式，但條件是其必須遵守聯邦法規。

若要獲得本計劃的入保資格，您必須同時符合Medicare和Medicaid入保資格。您的Medicaid入保資格每年確定一次，並且可能會在當前計劃年度內發生變化。請注意：如果您失去Medicaid入保資格，但合理預計會在6個月內重新獲得資格，那麼您仍有資格成為本計劃的會員。這稱為「視為持續合格入保期」。但是，在此期間，您支付給我們的費用分擔和保費可能會有所變化。有關「視為持續合格入保期」期間的承保範圍和費用分擔的更多資訊，請參閱第4章第2節。

此外，Medicaid設有各類計劃，協助Medicare會員支付其Medicare費用，如Medicare的保費。這些「Medicare Savings Program」每年可幫助收入有限和資源有限者節省資金。

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)**：協助支付Medicare A部分和B部分保費，以及其他費用分擔（如免賠額、共保額和共付額）。部分享有QMB的人士也有資格獲得完整Medicaid福利 (QMB+)。
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)**：協助支付B部分保費。部分符合SLMB資格的人也有資格獲得全部的Medicaid理賠 (SLMB+)。

如果您對透過Medicaid獲得的幫助有疑問，請聯繫夏威夷州民政服務部Med-QUEST分部。

夏威夷州民政服務部Med-QUEST分部 - 聯絡資訊

致電	1-800-316-8005 週一至週五，上午7:45至下午4:30
TTY	711

夏威夷州民政服務部Med-QUEST分部 - 聯絡資訊

寫信	若要查找您附近辦公室地點的郵寄地址，請造訪 https://medquest.hawaii.gov/en/contact-us.html
網站	www.medquest.hawaii.gov

夏威夷州健康護理服務部投訴處理專員辦公室可協助Medicaid參保者處理服務或帳單問題。他們可協助您就本計劃提出異議或申訴。

夏威夷Medicaid投訴處理專員 - 聯絡資訊

致電	1-888-488-7988 此電話為免費電話。週一至週五，上午7:45至下午4:30（夏威夷州的假期除外）
TTY	711
寫信	Koan Risk Solutions 1580 Makaloa St. #550 Honolulu, HI 96814
網站	www.himedicaidombudsman.com/
電郵	hiombudsman@koanrisksolutions.com

夏威夷州Long-Term Care Ombudsman Program可協助人們獲得有關養老院的資訊，並且可協助解決養老院與入住者或其家屬之間的問題。

夏威夷州Long-Term Care Ombudsman Program - 聯絡資訊

致電	1-888-229-2231 此電話為免費電話。週一至週五，上午7:45至下午4:30
寫信	Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831

夏威夷州Long-Term Care Ombudsman Program – 聯絡資訊

網站	www.hi-ltc-ombudsman.org
電郵	info@hi-ltc-ombudsman.org

第7節 協助支付處方藥費用的計劃

Medicare網站 ([Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) 提供了有關如何降低您處方藥成本的資訊。以下計劃可以幫助收入有限的人。

Medicare的額外補助計劃

由於您符合Medicaid參保資格，因此您有資格且可通過Medicare獲得額外補助，用於支付您的處方藥計劃費用。您不需要進一步採取任何行動即可獲得此額外補助。

如果您對額外補助有疑問，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請撥打1-877-486-2048，
- 社會安全局辦公室電話：1-800-772-1213，週一至週五，上午8:00至晚上7:00提供服務。TTY使用者請撥打1-800-325-0778；或聯繫
- 您所在州的Medicaid辦公室（電話為808-524-3370或1-800-316-8005）。

如果您認為您在藥房支付的處方藥金額不正確，可以通過我們的計劃中的相關流程獲取正確的共付額的證明。如果您已具有正確金額的相關證據，我們可協助您將這些證據分享給我們。

如果您不確定應該向我們提供哪些證據，請聯繫網絡藥房或會員服務部。證據通常是由州政府Medicaid或社會安全局辦公室提供的信函，其中確認您有資格獲得額外補助。證據也可能是由州政府簽發的文件，其中提供了有關家庭和社區服務的資格資訊。

您或您指定的代表可能需要在配領承保的計劃D部分處方藥時將證據交給網絡藥房，以便我們向您收取正確的費用分擔費，直到Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 更新其記錄，以反映您目前的狀態為止。當CMS更新您的記錄之後，您就不需再向藥房出示證據。請通過以下任一方式提供證據，這樣我們方可將其轉交給CMS更新記錄：

- 寫信至Kaiser Permanente，地址：
California Service Center
Attn: Best Available Evidence
P.O.Box 232407
San Diego, CA 92193-2407
- 傳真至1-877-528-8579

- 將其提交給網絡藥房
- 在我們收到顯示正確共付額級別的證據之後，我們會更新系統，以便您下次在藥房配取處方藥時支付正確的共付額。如果您多付了共付額，我們將以支票形式或未來的共付額信用額度償還給您。如果藥房沒有向您收取共付額，而您欠他們錢，我們可能會直接向藥房付款。如果州政府已代您支付，我們可能會直接付款給州政府。如果您有疑問，請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

我們的大多數會員都有資格且可透過Medicare獲得額外補助，用於支付處方藥計劃費用。

如果您有額外補助且參加了愛滋病藥物補助計劃 (ADAP)，應該怎麼辦？

愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 可幫助愛滋病毒感染者/愛滋病患者獲得挽救生命的愛滋病毒藥物。Medicare D部分藥物若同時也屬於愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 的適用範圍，則這些藥物將有資格通過艾滋病藥物協助計劃 (HDAP) 獲得藥物費用分擔協助。

注意：若要有資格加入您所在州的ADAP，您必須符合特定條件，包括出示本州居住證明、告知所處的愛滋病毒狀態、具有本州定義的低收入以及告知所處的無保險/保險不足狀態。如果您變更計劃，請通知當地的ADAP參保工作人員，以便您可以繼續獲得幫助。若要詳細瞭解入保條件、承保藥物或者如何參加本計劃，請撥打808-733-9360，與HIV藥物補助計劃 (HDAP) 部門聯繫。

Medicare處方藥給付計劃

Medicare處方藥付款計劃是一種適用於您目前藥物承保範圍的付款選項，可通過將本計劃所承保藥物的自付費用分攤到整個日曆年度（一月至十二月），來幫助您管理這些費用。任何使用Medicare藥物計劃或包含藥物保險的Medicare保健計劃（例如包含藥物保險的Medicare Advantage計劃）的人士，都可以使用此付款選項。此付款選項可能有助於您管理自己的費用，但不會為您省錢或降低藥物費用。如果您正在參加Medicare處方藥付款計劃，並且仍投保相同的D部分計劃，您的參加資格將自動續期至2027年；您不必重新提交選擇申請，即可在2027年繼續參保。對於符合資格的人來說，Medicare的額外補助，以及州立藥物協助計劃 (SPAP) 和愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 的協助，比參與Medicare處方藥付款計劃更有利。若要詳細瞭解此付款選項，請撥打1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）致電會員服務部或造訪[Medicare.gov](https://www.medicare.gov)。

Medicare處方藥付款計劃 - 聯絡資訊

致電

1-800-805-2739

此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。

會員服務部（電話：1-800-805-2739）（TTY使用者請撥打711）還為母語並非英語的人士提供免費語言口譯服務。

Medicare處方藥付款計劃 - 聯絡資訊

TTY	711 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。
寫信	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
網站	kp.org

第8節 鐵路職工退休委員會 (RRB)

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，管理全國鐵路工人及其家屬的綜合福利計劃。如果您通過鐵路職工退休委員會參與Medicare，請務必在搬家或更改郵寄地址時通知我們。如您對鐵路職工退休委員會提供的福利有疑問，請聯繫該機構。

鐵路職工退休委員會 (RRB) - 聯絡資訊

致電	1-877-772-5772 此電話為免費電話。 按「0」即可與鐵路職工退休委員會 (RRB) 代表洽談，服務時間為週一、週二、週四和週五的上午9:00至下午3:30，以及週三的上9:00至中午12:00。 如果您按「1」，則可以每天24小時（包括週末和假日）使用RRB的自動語音求助專線並獲得錄音資訊。
TTY	1-312-751-4701 此電話號碼需要使用特殊電話設備，且僅適用於有聽力或言語障礙者。此電話不是免費電話。
網站	https://RRB.gov

第3章： 使用我們的醫療服務計劃

第1節 如何作為本計劃的會員獲得醫療護理

本章向您說明在使用本計劃取得承保醫療護理時的須知事項。有關本計劃涵蓋哪些醫療護理以及您接受醫護服務時支付多少費用的詳細資訊，請參閱第4章中的醫療福利圖表。

第1.1節 網絡醫護人員和承保服務

- **醫護人員**是指獲得州政府許可，能夠提供醫療服務和護理的醫生及其他健康護理專業人員。「醫護人員」一詞還包括醫院以及其他健康護理設施。
- **網絡醫護人員**是指與我們簽訂協議，願意接受我們的給付和將您的費用分擔額作為全額報酬的醫生和其他健康護理專業人員、專業醫療服務集團、醫院以及其他健康護理設施。我們會安排這些醫護人員為本計劃的會員提供承保服務。網絡醫護人員會就其為您提供的醫療護理直接向我們開具帳單。當您請網絡醫護人員為您看診時，您無需支付任何費用或只需為承保服務支付您承擔的費用。
- **承保服務**包括本計劃所承保的所有醫療護理、健康護理服務、用品、設備及處方藥。您的醫療護理承保服務列在第4章的「醫療福利項目表」中。在第5章中討論了您的處方藥承保服務。

第1.2節 獲得本計劃承保的醫療護理服務的基本規定

作為Medicare保健計劃，本計劃必須提供Original Medicare所承保的全部服務。

通常只要滿足下列條件，我們即會承保您的醫療護理：

- 您獲得的醫療護理包含在本計劃的「醫療福利項目表」中（該表位於第4章）。
- 您獲得的醫療護理屬於醫療上必要的服務。「醫療上必要的」是指服務、用品、設備或藥物對於您疾病的預防、診斷或治療是必要的，且滿足獲得認可的醫療執業規範。
- 您已選擇網絡初級保健醫生 (PCP)，負責提供和監督您的醫護服務。作為本計劃的會員，您必須選擇網絡PCP（有關更多資訊，請參閱第2.1節）。
 - 在大多數情況下，使用本計劃網絡內的其他醫護人員（如專科醫生、醫院、專業護理院，或居家健康護理機構）之前，您必須獲得網絡PCP的事先核准（轉診）。有關更多資訊，請參閱第2.3節。
 - 急診護理或緊急需求服務無需獲得PCP的轉診。要瞭解無需事先獲得PCP批准即可獲得的其他護理類型，請參閱第2.2節。

- 您必須從網絡醫護人員那裡獲得護理（請參閱第2節）。在大多數情況下，您從網絡外醫護人員（不屬於本計劃網絡的醫護人員）那裡獲得的醫護服務將無法獲得承保。也就是說，您必須向醫護人員全額支付所獲得服務的費用。以下是4種例外情形：
 - 本計劃承保您從網絡外醫護人員那裡獲得的急診護理或緊急需求服務。若要詳細瞭解相關資訊以及緊急或緊急需求服務的定義，請參閱第3節。
 - 如果您需要Medicare要求本計劃所承保，而網絡內沒有專科醫生能提供的醫療護理，那麼您可以透過網絡外醫護人員取得該醫療護理服務，前提是我們或我們的專業醫療服務集團在您接受護理前授權您接受該服務。在這種情況下，我們會依照由網絡醫護人員提供護理的方式承保這些醫護服務。有關如何獲得批准以請求網絡外醫生看診的資訊，請參閱第2.4節。
 - 如果您暫時不在本計劃的服務區內，或者當提供洗腎服務的醫護人員暫時無法提供或無法進行此服務時，本計劃會承保您從Medicare認證的洗腎設施獲得的該項服務。您針對洗腎而支付給本計劃的成本分擔不會超過Original Medicare的成本分擔。如果您在本計劃的服務區外並且接受本計劃網絡外醫護人員提供的洗腎服務，則您的成本分擔不會高於您在網絡內所支付的成本分擔。然而，如果您平常使用的網絡內洗腎醫護人員暫時無法提供服務，而您選擇在服務區內接受本計劃網絡外醫護人員的服務，則您的成本分擔可能會更高。
 - 如果您從本章第2.4節中所述的其他Kaiser Permanente地區的網絡醫護人員那裡獲得醫護服務。

第2節 使用本計劃網絡內的醫護人員來獲得醫療護理

第2.1節 您必須選擇一位初級保健醫生 (PCP) 來提供和監督您的護理

什麼是PCP？PCP可為您提供什麼服務？

身為會員，您必須選擇本計劃中任何一位可提供服務的網絡醫護人員作為初級保健醫生。您的初級保健醫生是符合州政府規定並受過訓練得以為您提供基本醫療護理的醫生。您的PCP通常提供全科醫療（也稱為成人或內科和家庭醫學），有時也提供產科/婦科醫療。在某些網絡設施，如果您願意，您可選擇開放中的護理師或醫生助理作為您的初級保健醫生。《醫護人員和藥房名錄》中對PCP進行了定義。

您的PCP提供、開具處方或授權醫療上必要的承保服務。您的PCP將提供您大部分的常規或基本醫療護理，並根據需要提供由其他網絡醫護人員看診的轉診，讓您獲得需要的其他醫療護理。例如，為了讓您能夠接受專科醫生的看診，您通常需要先獲得PCP的批准（這稱為「轉診」給專科醫生）。您可以自行取得幾種類型的承保服務，不必先聯絡PCP（請參閱本章第2.2節）。

您的PCP還將協調您的醫療護理。「協調」您的醫療護理包括就您的醫護服務以及該服務的進展情況，與其他網絡醫護人員進行商討或向其進行諮詢。在某些情形下，PCP需要獲得本計劃的事前授權書（事先核准）（詳情請參閱本章第2.3節）。

如何選擇或更換PCP

您必須在加入Kaiser Permanente後30天內選擇PCP，否則將為您指派一位。如需選擇您的PCP，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。您也可以在此kp.org/finddoctors進行選擇。您的PCP選擇將立即生效。

您可隨時因任何理由更換PCP。您的PCP也有可能離開我們計劃的醫療機構網絡，屆時您需要選擇新的PCP。如需更換PCP，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。您也可以在此kp.org/finddoctors進行選擇。您的PCP選擇將立即生效。

致電時，請告訴我們您是否正在看專科醫生或取得需要您的PCP核准的其他承保服務（例如居家健康服務和耐用醫療器材），以便我們據此判斷您是否需要從新PCP處獲得轉診才能繼續享受該服務。另外，如果您希望使用特定的網絡專科醫生或醫院，請先與本計劃確認您的PCP是否有提供該專科醫生的轉診或是否有使用該醫院。

請參閱您的《醫護人員和藥房名錄》，或致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），詳細瞭解如何選擇PCP，以及哪些PCP可接受新患者。

第2.2節 無需PCP轉診即可獲得的醫療護理

在沒有事先獲得您的PCP批准的情況下，您可以獲得下列服務：

- 例行婦女健康護理，包括乳房檢查、乳房X光篩檢、抹片檢查及骨盆腔檢查（須由網絡醫護人員提供）。
- 流感預防注射、COVID-19疫苗及肺炎疫苗（須由網絡醫護人員提供）。
- 網絡醫護人員或網絡外醫護人員提供的急診服務
- 如果您暫時不在本計劃的服務區內，或者如果您從網絡護理人員那裡獲得該項服務的時間、地點和情形不合理時，需要即刻就醫（但並非急救）的緊急需求承保服務。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有狀況的意外突發。即使您不在本計劃的服務區內或本計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的例行醫護人員問診（例如年度體檢）也不被認為是緊急需求服務。
- 您暫時不在本計劃的服務區內時，在Medicare認證的洗腎中心接受的洗腎服務。如果可能，在您離開服務區之前請致電會員服務部（電話為1-800-805-2739，TTY使用者請撥打711），以便我們協助安排您在離開期間獲得維持性洗腎服務。

- 如果您造訪夏威夷島（大島），我們鼓勵您在Kaiser Permanente醫療機構接受醫療護理

第2.3節 如何從專科醫生和其他網絡醫護人員處接受醫護服務

專科醫生是針對特定疾病或身體特定部位提供健康護理服務的醫生。專科醫生有許多類別。例如：

- 腫瘤專科醫生，專門負責為癌症患者提供醫護服務
- 心臟科醫生，專門負責為心臟病患者提供醫護服務
- 骨科醫生，專門負責為特定骨骼、關節或肌肉疾病患者提供醫護服務

PCP的轉診

對於大多數例行健康護理需求，您通常應先請PCP為您看診。只有少數類型的承保服務可以在未事先獲得PCP批准的情形下自行取得，本章第2.2節有詳加說明。

轉診至網絡醫護人員

當您的PCP開設PCP無法提供的醫療護理（例如專科護理）處方時，他或她會根據需要將您轉診至網絡專科醫生或其他網絡醫護人員。如果PCP為您轉診網絡專科醫生，該轉診將針對特定的治療計劃。如果醫生為您開具由專科醫生所提供的持續性醫護服務，則您的治療計劃可能會包含長期轉診。我們將授權與網絡專科醫生進行初步諮詢或指定次數就診。在您前往該網絡專科醫生處完成初步諮詢後，除非我們授權更多次的就診，否則您接下來仍必須返回至您的PCP處接受治療。除非我們在給您的轉診函上已授權更多次的就診，否則在完成初步諮詢後，請勿再回去找該網絡專科醫生。不然的話，這些服務可能不會受到保險給付。

事先授權

對於下面列出的服務和項目，您的網絡醫護人員需要事先獲得本計劃或Medical Group的批准（這稱為取得「事先授權」）。只有執照醫生或其他適當的執照醫療專業人員，才可以做與授權相關的決定。如果您不同意授權決定，則可以按照第9章中的說明提出上訴。

- 第4章中標出註腳 (t) 的服務和用品。

- 如果網絡醫護人員認定您需要網絡醫護人員無法提供的承保服務，其會向Medical Group提出建議，將您轉診給服務區內或外的網絡外醫護人員。如果Medical Group的有關代表確定這些承保服務是醫療上必要的，且網絡醫護人員無法提供這些承保服務，其將會為服務提供授權。轉診至網絡外醫護人員處是為了某個特定的治療計劃，並且如果醫生開立持續性醫護服務的醫囑，則該轉診可能包含長期轉診。轉診中會指明轉診期間，不必取得我們的額外核准。如果您不確定，請詢問您的網絡醫護人員已授權哪些服務。如果網絡外專科醫生要求您回診接受進一步醫護服務，請先確定轉診是否涵蓋額外醫護服務。如果不可以，請聯繫您的網絡醫護人員。
- 如果我們收到通知，得知您需要在急診護理後接受網絡外醫護人員的病情穩定後護理，我們將會與網絡外醫護人員討論您的病情。如果我們確定您需要病情穩定後護理，且該護理如果通過網絡醫護人員取得屬於承保範圍，我們則會授權您接受網絡外醫護人員的護理，前提是我們無法安排網絡醫護人員（或其他指定醫護人員）提供護理。詳情請參閱本章第3.1節。
- 醫療上必要的變性外科手術和相關外科診療。
- 醫療上必要的減重手術。
- 由宗教性非醫療健康護理機構所提供的醫護服務，如本章第6節所述。
- 如果網絡醫護人員提供書面或電子版的移植轉診，Medical Group的地區性移植諮詢委員會（若有）將在認定該等服務是醫療上必要的服務或該等服務遵循Medicare準則予以承保後，授權該等服務。如果沒有移植諮詢委員會，Medical Group會將您轉介給移植中心的醫生，如果移植中心的醫生認定該等服務是醫療上必要的或該等服務有遵循Medicare準則予以承保，Medical Group將會授權該等服務。

如果某個專科醫生或其他網絡醫護人員退出本計劃

在本年度中，我們可能會針對隸屬於本計劃網絡的醫院、醫生和專科醫生（醫護人員）作出變更。如果您的醫生或專科醫生退出本計劃，您將享有以下權利和保護：

- 雖然我們的醫護人員網絡在一年當中會發生變化，但是，Medicare要求必須向您提供合格且不間斷的醫生和專科醫生服務。
- 我們將通知您，您的醫護人員將退出本計劃，以便您有時間選擇新的醫護人員。
 - 如果您的基本護理或行為健康護理人員退出本計劃，並且如果您在過去三年內曾在該護理人員處就過診，我們將通知您。
 - 如果您的任何其他醫護人員退出本計劃，並且如果將您指派給這些醫護人員、目前接受他們的醫護服務或在過去三個月內曾在這些醫護人員處就過診，我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網絡內醫護人員，以便您獲得持續護理。

- 如果您現正接受當前醫護人員提供的醫學治療或療法，則您有權要求繼續接受醫療上必要的治療或療法。我們將與您合作，以便您可以繼續接受醫護服務。
- 我們將向您提供有關可用入保期以及您可以更改計劃的選項的資訊。
- 當網絡內醫護人員或福利無法提供或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在我們的醫護人員網絡之外安排任何醫療上必要的承保福利，但按網絡內標準計算成本分擔。需取得事先授權。您的網絡護理人員需要事先獲得該計畫或Medical Group的批准。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生即將退出本計劃，請與我們聯繫以便我們幫助您找到新的醫護人員來管理您的醫護服務。
- 如果您認為我們未能向您提供合格的醫護人員來替代您先前的醫護人員或者您的醫療護理管理不當，您有權向QIO提出醫護品質投訴和/或就本計劃提出醫護品質申訴（請參閱第9章）。

第2.4節 如何從網絡外醫護人員處接受醫療服務

除以下情形外，從網絡外醫護人員處獲得的醫療護理將不會獲得承保：

- 您從網絡外醫護人員處獲得的急診或緊急需求服務。有關詳細資訊以及急診或緊急需求服務的定義，請參閱本章第3節。
- 我們或Medical Group會授權轉診至網絡外醫護人員，如本章第2.3節所述。
- 您暫時不在我們的服務區時從Medicare認證的洗腎設施接受的洗腎服務。
- 如果您前往Kaiser Permanente其他地區的服務區，則可從該服務區指定的醫護人員那裡獲得部分本《承保範圍說明書》中所規定承保範圍的醫護服務。請致電我們的外出保健熱線：1-951-268-3900（TTY使用者請撥打711），我們每週7天、每天24小時提供服務（假日除外），或造訪我們的網站 (kp.org/travel)，詳細瞭解在前往Kaiser Permanente其他地區的服務區時可獲得的醫護服務，包括承保範圍資訊以及設施地點。**注意：**我們的外出保健護理專線還可以回答有關您在網絡外獲得的承保急診或緊急醫護服務的問題，包括如何獲得補償。

第3節 如何在緊急情況、災難或緊急需要護理時獲得服務

第3.1節 如何在需要緊急診療時接受醫護服務

緊急診療是指您或任何其他具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士認為，您出現的醫療症狀需要立即就醫，以防失去生命（以及，如果您懷孕，失去胎兒）、失去四肢或四肢功能，失去身體功能，或造成嚴重的身體功能障礙。這些醫療症狀可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。

如果您需要醫療急診，應：

- **盡快獲得協助。**致電911以請求協助，或前往距您最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您無需事先取得PCP的批准或轉診。您不需要使用網絡內醫生。無論您在美國境內還是境外，只要需要急診醫療護理時均屬承保範圍。
- **請務必依據本計劃，盡快將您的急診情形告知我們。**我們必須針對您的急診護理進行跟進。您或其他人可通過電話（通常在48小時之內）通知我們您的急診護理情形。電話號碼列在本計劃的會員卡的背面。

醫療急診情況下的承保服務

如果通過其他任何方式前往急診室會危及您的健康，則本計劃會承保救護車服務。急診期間的醫療服務也屬於我們的承保範圍。

給您提供急診護理的醫生將負責確定您的病症何時穩定以及急診何時結束。

我們會和提供您急診護理的醫生合作，以幫助管理和追蹤您的照護情況。急診結束後，您有權獲得隨診照護，以確保您的病症持續保持穩定。您的醫生將會持續為您治療，直到您的醫生與我們聯絡並制訂額外的醫療服務計劃。我們會根據Medicare準則承保您病情穩定後護理的跟進護理。在您接受網絡外醫護人員所提供的病情穩定後護理之前，您的醫護人員必須致電我們以取得病情穩定後護理的授權。在大多數情形下，只有當網絡外醫護人員或我們告訴您可能需承擔付款責任時，您可能需要付款。

如果為您提供急診護理的是網絡外醫護人員，我們將安排網絡醫護人員在您的病症和情況允許時盡快接手，為您提供護理。

如果不是緊急診療情況會怎樣？

有時很難判斷自己是否需要醫療急診的情況。例如，您可能前去接受急診護理（您以為自己的健康受到嚴重威脅），但醫生卻可能表示這完全不屬於緊急診療的情況。如果最後結論不是急診，只要您有充分理由認為自己的健康受到嚴重威脅，我們都會承保您的醫護服務。

但是，在醫生確定您的情況不屬於急診後，那麼僅在您通過下列兩種方式之一取得額外醫護時，我們才會承保額外醫護服務：

- 您從網絡醫護人員處獲得額外醫護。
- 您獲得的額外護理被認為是「緊急需求服務」，且您遵循以下規定來獲得該緊急護理。

第3.2節 在您需要緊急需求服務時接受醫護服務

如果您暫時不在本計劃的服務區內，或者如果您從網絡護理人員那裡獲得該項服務的時間、地點和情形不合理，那麼，需要立刻就醫（但並非急救）服務是緊急需求服務。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有狀況的意外突發。但是，即使您不在本計劃的服務區內或本計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的例行醫護人員問診（例如年度體檢）也不被認為是緊急需求服務。

我們知道，有時很難知道自己需要的醫護類型。因此，我們有電話諮詢護士可以協助您。諮詢護士是經過專門培訓的註冊護士，他們通過電話來協助評估醫療症狀，並在醫療角度而言合適的情形下提供建議。無論您是致電尋求建議還是預約，您都可以與諮詢護士交談。

他們通常能夠回答有關輕微病症的問題、告訴您在網絡內設施關門時該如何做，或是向您建議下一步該做什麼，包括預約當天緊急醫護（從醫療角度考慮合適的情形下）。若要在每週7天，每天24小時中的任何時間和諮詢護士談話或約診，請參閱《醫護人員和藥房名錄》中的約診資訊和諮詢電話號碼。

本計劃不為美國或其領土境外的急診服務、緊急需求服務或其他任何醫療護理服務承保。

第3.3節 在災難期間接受醫護服務

如果您的州長、美國衛生與民政服務部長或美國總統宣布您所在地區進入災難或緊急狀態，您仍可獲得本計劃提供的醫護服務。

如需瞭解有關如何在災難期間獲得所需醫護服務的資訊，請造訪kp.org。

如果您在災難發生期間無法使用網絡醫護人員，本計劃將允許您接受網絡外醫護人員的醫護服務並按網絡內標準計算成本分擔。如果您在災難期間無法使用網絡藥房，可在網絡外藥房按處方配藥。請參閱第5章第2.4節。

第4節 如果您直接收到承保服務的全額費用帳單該怎麼辦？

如果您為承保服務支付的成本超過了本計劃的成本分擔，或者您收到了承保醫療服務全額成本的帳單，那麼您可以要求我們支付承保服務成本中屬於我們的份額。請參閱第7章以瞭解有關如何操作的資訊。

第4.1節 如果服務不屬於本計劃的承保範圍

本計劃涵蓋第4章「醫療福利項目表」中列出的所有醫療上必要的服務。如果您獲得本計劃未涵蓋的服務，或者您未經授權獲得網絡外的非急診或非急需的服務，則有責任支付全部服務費用。

對於有理賠限度的承保服務，在該類承保服務理賠限度用盡後，您必須支付所接受任何服務的全額費用。您在理賠用盡後支付的任何金額將不計入自付上限。

注意：如果服務不屬於本計劃的承保範圍，它可能獲得Medicaid的承保。請聯絡Medicaid以取得資訊，瞭解服務是否屬於Medicaid的承保範圍以及取得服務的方式。

第5節 臨床研究中的醫療服務

第5.1節 什麼是臨床試驗研究

臨床研究（也稱為臨床試驗）是醫生和科學家測試新型醫療護理（比如新抗癌藥物的作用效果）的一種方式。只有部分臨床研究獲得Medicare批准。Medicare批准的臨床試驗通常會要求志願者參與該研究。當您參加某項臨床研究時，您仍然可以入保本計劃並通過本計劃繼續獲得與該研究不相關的其他醫護服務。

如果您參加Medicare批准的研究，**Original Medicare**會為您在該研究中接受的承保服務支付大部分費用。若您告知我們您正在進行合格的臨床試驗，則您只需承擔該試驗內服務的網絡內成本分擔。如果您支付了額外的費用，例如，您已經支付了Original Medicare的成本分擔金額，則我們將報銷您所支付費用與網絡內成本分擔的差額。您需要提供文件來說明您已支付了多少費用。

如果您想參加Medicare批准的臨床試驗，則您無需獲得本計劃或您的PCP的批准。在臨床試驗過程中提供醫療護理的醫護人員無需加入本計劃的醫護人員網絡。（這不適用於需要臨床試驗或註冊來評估福利的承保福利，包括需要通過證據開發 (NCDs-CED) 和研究設備豁免 (IDE) 研究來承保的某些福利。這些福利可能還需經過事先授權和其他計劃規定的約束。）

雖然您不需要本計劃的許可即可參與臨床研究，但我們鼓勵您在選擇參與符合Medicare資格的臨床試驗時提前通知我們。

如果您參與未經Medicare批准的研究，您將負責支付參與研究的所有費用。

第 5.2 節 誰負責支付臨床研究服務費用

一旦您參加Medicare批准的臨床研究，在該研究中所接受的例行項目和服務屬於Original Medicare的承保範圍，包括：

- 即使您未參加研究，Medicare也會支付您住院所需的食宿費用。
- 屬於試驗研究一部分的手術或其他醫療程序。
- 新醫護方式的副作用和併發症治療。

在Medicare支付了這些服務的成本分擔之後，本計劃將支付Original Medicare成本分擔與您作為本計劃會員的網絡內成本分擔之間的差額。這意味著您在該研究中接受的服務費用與您通過本計劃接受這些服務的費用相當。然而，您需要提交文件以說明您已支付的成本分擔。若要詳細瞭解如何提交給付申請，請參閱第7章。

臨床試驗成本分擔的範例：假設您在試驗研究中接受了化驗，費用為\$100。根據Original Medicare規定您為此項化驗分攤的費用為\$20，但根據本計劃，理賠費用應為\$10。在這種情況下，Original Medicare將為此化驗支付\$80，而您根據Original Medicare規定需支付\$20共付額。然後，您根據本計劃，告知我們您已接受合格的臨床試驗服務，並依據本計劃向我們提交了諸如醫護人員帳單等文件。本計劃將直接給付您\$10。因此，您為該化驗支付的淨給付為\$10，即，根據本計劃的理賠規定，您需要支付的金額。

當您參加臨床研究時，**Medicare或本計劃均不會為以下任何物品支付費用：**

- Medicare一般不會為該研究所測試的新物品或服務支付費用，即使您沒有參加該研究，Medicare也不會承保該物品或服務。
- 僅為了收集資料而非直接用於您健康護理的物品或服務。例如，如果您的病症通常只需要進行一次電腦斷層掃描，Medicare將不會為該研究每月所進行的CT掃描支付費用。
- 通常由研究贊助者免費為試驗中的任何參與者提供的物品和服務。

獲取有關加入臨床研究的更多資訊

欲瞭解有關加入臨床研究的更多資訊，請參閱Medicare出版物《*Medicare與臨床研究*》(Medicare and Clinical Research Studies)，網址為[Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)。也可致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。

第6節 關於如何在宗教性非醫療健康護理機構獲得護理的規定

第6.1節 宗教性非醫療健康護理機構

宗教性非醫療健康護理機構是為通常在醫院或專業護理院進行治療的患者提供護理的機構。如果在醫院或專業護理院接受護理違反某位會員的宗教信仰，我們將會改為承保宗教性非醫療健康護理機構所提供的健康護理服務。僅為計劃A部分的住院服務（非醫療性的健康護理服務）提供此理賠。

第6.2節 如何接受宗教性非醫療健康護理機構提供的護理

要接受宗教性非醫療健康護理機構提供的護理，您必須簽署法律文件，說明您切實反對接收非豁免醫學治療。

- **非豁免**醫療護理或治療是指任何**自願**、**非**任何聯邦、州或地方法律規定的醫療護理或治療。
- **豁免**醫學治療是指您**非**自願獲得的醫療護理或治療，或指聯邦、州或地方法律規定的醫療護理或治療。

若要納入本計劃的承保範圍，您獲得之由宗教性非醫療健康護理機構提供的護理便必須符合以下條件：

- 提供醫護服務的設施必須經Medicare認證。
- 本計劃僅涵蓋**非**宗教方面的護理。
- 如果您在該機構獲得的服務是由該機構在護理機構提供，則應滿足下列條件：
 - 您的病情必須能讓您可接受承保範圍內的住院醫療護理或專業護理設施醫療護理服務。
 - **– 並且 –**在入住該機構之前，您必須依據本計劃事先獲得我們的批准，否則您的住院將不會獲得承保。

注意：承保服務的限制及費用分擔和第4章和第12章中說明的由網絡醫護人員提供之服務的限制及費用分擔相同。

第7節 耐用醫療器材所有權規則

第7.1節 根據本計劃，您在支付一定數額的付款後，將無法再擁有一些耐用醫療器材的所有權

耐用醫療器材 (DME) 包括以下用品：氧氣器材和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音溝通裝置、靜脈注射泵、噴霧器以及由醫護人員開立醫囑且供居家使用的病床。會員始終擁有一些DME物品，例如義肢。您必須租用的其他類型的DME。

在Original Medicare中，租用某些類型之DME的人士若在為該用品支付13個月的共付額後，其便可享有該器材的所有權。**作為本計劃的會員，在您具備本計劃會員身分期間，不管您為租用的DME支付了多少共付額，您仍無法獲得該用品的所有權。**即使您在加入本計劃之前根據原始Medicare連續支付了12次DME物品費用，您也無法獲得所有權。

如果您轉至Original Medicare，您為耐用醫療器材支付的費用將如何處理？

如果您在參加本計劃期間未獲得DME用品的所有權，則在轉至Original Medicare之後，您將需重新支付連續13期的費用才能享有該用品的所有權。您在參加本計劃期間所支付的費用將不計入上述連續13期的費用中。

範例1：您在Original Medicare中連續支付12期或更少的款項，之後才加入本計劃。您在Original Medicare中所投保的付款款項不計算在內。

範例2：您在Original Medicare中連續支付12期或更少的款項，之後才加入本計劃。在本計劃中，您沒有獲得該物品的所有權。然後您轉至Original Medicare。在您重新加入Original Medicare之後，您必須重新支付連續13期的費用才能享有其所有權。您已經支付的任何款項（無論是支付給本計劃，還是支付給Original Medicare）均不計算在內。

第7.2節 氧氣設備、用品和保養規定

若您符合Medicare氧氣設備承保條件，本計劃會承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧氣輸送和氧氣量供應
- 用於輸送氧氣的管線和相關氧氣配件以及氧氣量供應
- 氧氣設備的保養和修理

如果您退出本計劃或不再需要醫療氧氣設備，則必須將氧氣設備退還。

如果您退出本計劃並重新加入Original Medicare，會發生什麼？

Original Medicare要求氧氣供應商為您提供五年的服務。在最初的36個月中，您需要租用設備。在剩下的24個月，供應商負責提供設備和維護（您仍需負擔與氧氣相關的適用成本分擔）。五年後，您可以選擇同一家氧氣供應商，也可以選擇另一家。此時，五年的週期再度開始，即使您選擇同一家供應商，也會再次要求您支付起初36個月的共付額。如果您加入或退出本計劃，五年週期就會重新開始。

第4章： 醫療福利項目表（承保內容及應付費用）

第1節 瞭解您為承保服務支付的自付費用

醫療福利項目表列出了您作為本計劃的會員可獲得的承保服務，以及您必須為每項承保服務支付多少費用。本節還提供有關未涵蓋的醫療服務資訊並解釋對某些服務的限制。此外，請參閱第3章、第11章及第12章，瞭解額外的承保範圍資訊，包括其限制（如理賠協調、耐用醫療器材、居家健康護理、專業護理院醫療護理和第三方責任）。

第1.1節 您可能需為承保服務支付的自付費用

您可能需為承保服務支付的自付費用類型包括：

- **共付額：**您每次接受特定醫療服務時所支付的固定金額。您需在接受醫療服務時支付共付費，除非我們當時未收取所有費用分擔，而是日後給您發送帳單。（「醫療福利項目表」將進一步說明您的共付額。）
- **共保額：**您支付特定醫療服務總費用的百分比。您需在接受醫療服務時支付共保額，除非我們當時未收取所有費用分擔，而是日後給您發送帳單。（「醫療福利項目表」將進一步說明您的共保額。）

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

注意：由於我們的會員也通過Medicaid獲得幫助，因此極少有會員會達到此自付上限。如果您有資格獲得Medicaid的Medicare成本分擔補助，則大多數情況下，對於承保的A部分和B部分服務的自付上限，您無需支付任何自付費用。

Medicare Advantage計劃對您每年為Medicare A部分和B部分承保的醫療服務自付的金額設有限制。此限制稱為醫療服務「最高自付限額」(MOOP)。對於2027日曆年度，MOOP金額為\$9,850。

您為承保服務支付的共付額和共保額將計入該最高自付限額中。您為計劃D部分處方藥支付的金額不計入最高自付限額中。此外，您為某些服務支付的金額也不計入最高自付限額。這些服務在「醫療福利項目表」中標有星號(*)。如果您達到\$9,850最高自付限額，那麼，您在該年的剩餘時間將無須為計劃A部分和計劃B部分承保服務支付任何自付費用。但您必須繼續支付Medicare B部分保費（B部分保費由Medicaid或其他第三方支付的情形除外）。

第1.3節 不允許醫護人員向您收取差額費用

作為本計劃會員，您將獲得一項重要保障，即您在獲得本計劃承保的服務時，您僅需支付您的成本分擔金額。醫護人員不可額外向您收取其他費用，即**差額收費**。即使我們支付給醫護人員的費用少於其收取的服務費用，並且即使產生爭議而我們不支付某些醫護人員費用，該保護措施也適用。

下面介紹了如何避免差額收費：

- 如果您的成本分擔為共付額（即固定金額，如\$15），則針對由網絡醫護人員提供的任何承保服務，您只需支付該金額。
- 如果您的成本分擔為共保額（即總收費的一定百分比），則您決不會支付多於該百分比的費用。然而，您支付的費用取決於您請哪一類醫護人員為您看診：
 - 如果您從網絡醫護人員處接受承保服務，您需要支付的費用是共保額的百分比乘以本計劃退款費率（該費率在醫護人員和本計劃簽訂的合約中有所規定）。
 - 如果您從參與Medicare的網絡外醫護人員處接受承保服務，您需要支付的費用是共保額百分比乘以參與Medicare之醫護人員的Medicare支付費率。（本計劃只在特定情形下才承保網絡外醫護人員提供的服務，例如當您獲得轉診或需要急診或緊急需求服務時。）
 - 如果您從未參與Medicare的網絡外醫護人員處接受承保服務，您需要支付的費用是共保額的百分比乘以未參與Medicare之醫護人員的Medicare支付費率。（本計劃只在特定情形下才承保網絡外醫護人員提供的服務，例如當您獲得轉診或需要急診服務，或在服務區以外接受緊急需求服務時。）
- 如果您認為醫護人員向您索取差額收費，請致電1-800-805-2739，聯繫會員服務部（TTY使用者請撥打711）。

我們不允許醫護人員向您收取承保服務的費用。我們直接付款給我們的醫護人員，我們保護您免付任何費用。即使我們向醫護人員支付的費用低於醫護人員的服務費用也是如此。如果您收到醫護人員的帳單，請致電1-800-805-2739，聯繫會員服務部（TTY使用者請撥打711）。

第2節 「醫療福利項目表」顯示了您的醫療福利和費用

下一頁的「醫療福利項目表」列出我們承保的服務以及您為每項服務自付的費用（第5章介紹計劃D部分藥物保險）。「醫療福利項目表」中列出的服務僅在滿足下列要求時才會獲得承保：

- 您的Medicare承保服務必須遵循Medicare承保準則。

- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備以及計劃B部分藥物）必須是醫療上必要的。醫療上必要的是指服務、用品或藥物對於您病症的預防、診斷或治療是必要的，且滿足獲得認可的醫療執業規範。
- 對於新入保者，您的MA協調式護理計劃必須提供至少90天的過渡期，在此期間，新的MA計劃可能不需要事先授權即可進行任何主動療程，即使該療程針對的是網絡外護理人員已經開始的服務。
- 您向網絡醫護人員取得醫護服務。在大多數情況下，您從網絡外醫護人員處獲得的醫護服務將無法獲得承保，除非是急診、緊急護理，或者除非本計劃或網絡內醫護人員已經提供轉診服務。這表示您需要向醫護人員全額支付您所獲得的網絡外服務費用。
- 您有初級保健醫生 (PCP)，並由其負責提供和監督您的醫護服務。在大多數情況下，您的PCP必須在您請該計劃的網絡內其他醫護人員看診前，事先批准您的請求。
- 「醫療福利項目表」中的部分服務僅在您的醫生或其他網絡醫護人員事先獲得我們的批准時（有時稱為「事前授權」）才會獲得承保。需要事先核准的承保服務在「醫療福利項目表」中用 (t) 符號標出。此外，請參閱第3章第2.3節，詳細瞭解事前授權，包括其他需要事前授權但未列入「醫療福利項目表」的服務。
- 如果您的協調式護理計劃批准療程的事先授權請求，則根據適用的承保標準、您的病史和診療醫護人員建議，該批准必須在醫學上合理且必要的時間內有效，以避免護理中斷。

與本計劃承保範圍有關的其他重要須知事項：

- 您必須同時參保Medicare和Medicaid。Medicare承保健康護理和處方藥。Medicaid為您承保Medicare服務的成本分擔。Medicaid還承保不屬於Medicare承保範圍的服務。
- 與所有Medicare保健計劃一樣，我們承保Original Medicare承保的所有項目。（若要詳細瞭解Original Medicare的承保範圍和費用，請參閱《Medicare與您2027》(Medicare & You 2027) 手冊。若要線上查看該手冊，請造訪[Medicare.gov](https://www.medicare.gov)，或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。）
- 對於Original Medicare承保的所有免費預防性服務，我們也會免費為您承保這些服務。但是，如果您在接受預防性服務的就診期間還針對現有病情接受治療或監控，那麼對於您針對現有病情所接受的醫護服務，您將需支付共付額。
- 如果聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 在 2027 年將任何新的服務納入承保範圍內，則聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 或本計劃將承保這些服務。
- 本Kaiser Permanente Dual Complete計劃旨在為同時享有Medicare和Medicaid的參保者提供更好的理賠福利和醫護協調，並將協助您滿足所有健康護理需求，包括藥物需求。若要查看Medicaid福利及成本分攤摘要，請參閱「醫療福利項目表」最後的「Medicaid承保福利摘要」。

- 如果您失去完整的Medicaid福利資格，但預計在六個月內可以重新獲得該資格，我們將繼續提供Kaiser Permanente Dual Complete承保的所有Medicare福利。然而，在此期間，您的Medicaid福利將不予承保，您也可能失去由Medicare提供的額外補助（用以協助支付您的Medicare D部分藥物費用）。您在Kaiser Permanente Dual Complete承保的福利和D部分藥物的成本分擔，將會根據本《承保範圍說明書》中的「醫療福利項目表」和第6章所述內容而有所變動。若要詳細瞭解您的Medicaid承保範圍，請聯繫夏威夷州民政服務部Med-QUEST分部 (Medicaid)，電話為 1-800-316-8005 (TTY 711)。

如果您符合Medicaid下的Medicare費用分擔協助資格，只要符合上述的承保要求，您無需為醫療福利表中列出的服務支付任何費用。

 單擊此蘋果圖示，查看「醫療福利項目表」中的預防性服務。

「醫療福利項目表」

下面的「醫療福利項目表」說明了本《承保範圍說明書》中所包含的以下Kaiser Permanente Senior Advantage計劃醫療福利：

- Maui計劃
- Oahu計劃

如果您不確定您入保的是哪個計劃，請致電會員服務部或參閱您的年度變更通知封面（或者，如果您是會員，請查閱您的入保申請表或入保確認函）。

「醫療福利項目表」

承保服務	您支付的費用
 腹主動脈瘤篩檢 為有風險者提供的一次性超音波篩檢。僅在您有某些風險因子而且您的醫生、醫生助理 (PA)、護理師 (NP) 或臨床專科護士 (CNS) 轉介您接受此篩檢時，本計劃才承保該篩檢。	符合此項預防性篩檢資格的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。
通過針灸治療慢性下背痛 承保服務包括： 在下列情況下，90天內最多可享有12次就診： 對於此理賠福利的目的，慢性下背痛的定義為： • 持續12週或更長時間 • 非特異性，因為它沒有可辨明的全身性原因（即與轉移性、發炎性、傳染病等疾病無關） • 與手術無關 • 與懷孕無關 對於表現出改善的患者，還將另外進行八個療程。每年不得施用超過20次針灸治療。 如果病人沒有獲得改善或正在復原，則必須中止治療。 醫護人員要求： 醫生可根據適用的州法律規定提供針灸服務。 醫生助理 (PA)、護理師 (NP)/臨床專科護士 (CNS) 和輔助人員如果符合所有適用的州法律規定並具備以下條件，則可以提供針灸服務： • 獲得針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認可學校的針灸或東方醫學碩士學位；以及，	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$20。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
擁有在美國的州、領地或自治邦（即波多黎各自治邦）或哥倫比亞特區執業的現行、完整、有效且不受限制的針灸執照。 提供針灸的輔助人員，必須依規定，在醫生、護理師 (NP) 或臨床專科護士 (CNS) 的適當監督下提供服務。	
救護車服務 承保的救護車服務，無論是急診或非急診情況，都包括使用固定翼飛機、旋翼飛機和地面救護車服務載送至最近且可提供醫護服務的適當機構，前提是會員的病情若使用其他運輸方式可能會危及會員的健康或者該服務已獲得本計劃的批准。如果承保的救護車服務不是用於急救情況，則應提供文件證明會員的情況可能會危及其健康，且救護車轉送服務是醫療上必要的。	\$0 如果您失去Medicaid保險，則您需要為每次單程行程支付以下費用，具體取決於您入保的計劃： - Maui - \$460 - Oahu - \$450
 年度例行身體檢查 例行身體檢查屬於承保範圍，但條件是該檢查必須屬於具有醫療適當性的預防保健服務且是依據獲得公認的專業執業規範提供。	您無需為本項預防性護理服務支付任何共保額、共付額或免賠額。
 年度保健就診 如果您投保計劃B部分的時間超過12個月，便可獲得年度保健就診，以根據您目前的健康及風險因子制定或更新個人預防計劃。該承保每12個月提供一次。 注意：您的首次年度保健就診不得在接受 <i>Welcome to Medicare</i>（歡迎加入Medicare）預防保健就診後的12個月內進行。但是，在您入保計劃B部分12個月之後，您無需進行 <i>Welcome to Medicare</i> 就診便可獲得年度保健就診承保。	您無需為年度保健就診支付任何共保額、共付額或免賠額。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
 骨質測量 針對符合資格者（通常是指有骨質流失或骨質疏鬆風險者），下列服務每24個月會承保一次，若為醫療上必要的服務則可增加承保次數：骨質鑑定程序、骨質流失檢測或骨質測定，其中包括醫生解讀檢測結果。	您無需為Medicare承保的骨質測量支付任何共保額、共付額或免賠額。
 乳癌篩檢（乳房X光檢查） 承保服務包括： • 35至39歲之間的女性享有一次基線乳房X光檢查 • 年滿40歲及40歲以上的女性每12個月享有一次乳房X光檢查篩檢 • 每24個月一次臨床乳房檢查	您無需為承保的乳房X光檢查篩檢支付任何共保額、共付額或免賠額。
心臟復健服務 為符合特定條件且有醫生醫囑的會員承保心臟復健服務（包括運動、教育和諮詢）綜合計劃。 如果您曾有下列至少一種情況，本計劃將承保這些綜合計劃： • 過去12個月內曾發生心臟病發作 • 冠狀動脈繞道手術 • 穩定型心絞痛（胸痛） • 心臟瓣膜修復或置換 • 冠狀血管造形術（用於疏通阻塞動脈的醫療手術）或冠狀動脈支架植入術（用於保持動脈暢通的手術） • 心臟移植或心肺移植 • 穩定型慢性心臟衰竭	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$30。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
承保範圍限制： 您最多可以接受36次心臟復健療程。您可以每天進行2次療程（每次1小時），整個計劃最多可持續36週。如果您符合條件，您或許可以獲得額外36次療程，這些療程可以安排在更長的時間內進行。	
 心血管疾病風險降低就診（心血管疾病治療） 我們每年承保一次在基本保健醫生處的就診，以幫助降低心血管疾病風險。在這次就診中，您的醫生可能會討論阿斯匹林服用情形（如適用）、檢查您的血壓，並提供有關確保健康飲食的建議。	您無需為加強型行為治療心血管疾病預防理賠項目支付任何共保額、共付額或免賠額。
 心血管疾病篩檢測試 每五年（60個月）進行一次驗血，以檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險增加有關的異常症狀）。	您無需為心血管疾病測試支付任何共保額、共付額或免賠額，該檢查每五年承保一次。
 子宮頸癌和陰道癌篩檢 承保服務包括： ● 所有女性每24個月可接受一次抹片檢查和盆腔檢查 ● 如果您是罹患子宮頸癌或陰道癌的高風險者，或者您正值生育年齡且在過去三年內檢測出抹片檢查異常結果：每12個月一次抹片檢查	您無需為Medicare承保的預防性抹片檢查和骨盆腔檢查支付任何共保額、共付額或免賠額。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
整脊治療服務 承保服務包括： - 我們僅承保徒手矯正椎骨半脫位的服務 - 這些屬於Medicare承保服務範圍內的服務由網絡脊椎神經醫生提供。如需查看網絡脊椎按摩師列表，請造訪 http://www.ashlink.com/ASH/KaiserHIC 並點擊Medicare會員的「Medicare提供者搜尋」連結。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$15。
 結腸直腸癌篩檢 承保以下篩檢測試： - 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險患者每120個月（10年）承保一次，對於非結腸直腸癌高風險患者在之前接受過軟式乙狀結腸鏡檢查後48個月承保，對於之前篩檢結腸鏡檢查的高風險患者每24個月承保一次。 - 針對45歲及超過45歲、罹患大腸直腸癌風險不高的患者進行電腦斷層掃描大腸造影檢查，且在進行最後一次篩檢電腦斷層掃描大腸造影檢查的月份之後至少已過去59個月，或進行最後一次篩檢軟式乙狀結腸鏡檢查或篩檢大腸鏡檢查的月份之後至少已過去47個月時，才可享受有保險。對於罹患結腸直腸癌風險較高的患者，在進行最後一次篩檢電腦斷層掃描大腸造影檢查或最後一次篩檢大腸鏡檢查的月份之後至少已過去23個月時，才可享受有篩檢電腦斷層掃描大腸造影檢查承保。 - 適用於45歲及45歲以上患者的軟式乙狀結腸鏡檢查。對於非高危患者，在接受結腸鏡篩檢後每120個月進行一次。對於上次進行了軟式乙狀結腸鏡檢查或計算機斷層結腸鏡檢查的高危患者，每48個月一次。	您無需為Medicare承保的結腸直腸癌篩檢檢查支付任何共保額、共付額或免賠額。 如果您的醫生在結腸鏡檢查或軟式乙狀結腸鏡檢查期間發現並切除了息肉或其他組織，則篩檢檢查將成為診斷檢查，您需要支付\$0。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
- 對45歲及45歲以上患者進行糞便隱血檢查篩檢。每12個月一次。 - 適用於45至85歲且不符合高風險標準患者的多目標糞便退氧核糖核酸基因檢查。每3年一次。 - 針對45至85歲且不符合高風險標準的患者進行血液生物標誌檢測。每3年一次。 - 結腸直腸癌篩檢測試包括在Medicare承保的非侵入性糞便結直腸癌篩檢測試呈現陽性結果後進行隨訪篩檢結腸鏡檢查。 - 結腸直腸癌篩檢包括計劃內篩檢軟式乙狀結腸鏡檢查或篩檢結腸鏡檢查，涉及切除組織或其他物質，或與篩檢相關、作為篩檢的結果並在同一次臨床就診中提供的其他程序。	
在結腸鏡篩檢中進行的程序（例如：切除息肉）。 注意：所有其他大腸鏡檢查都必須支付此表中適用的其他費用分擔。	\$0
牙科服務 – Medicare 一般而言，預防性牙科服務（如洗牙、例行牙科檢查及牙科X光檢查）不屬於Original Medicare的承保範圍。然而，Medicare會在有限的情況下支付牙科服務費用，特別是當該服務是受益人主要病況之特定治療的組成部分時。一些範例包括骨折或受傷後的顎骨重建、為準備顎骨癌症放射治療而進行的拔牙，或器官移植前的口腔檢查。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$60。
牙科服務 – 預防性和綜合服務 此外，本計劃透過與Hawaii Dental Service (HDS) 的協議，承保特定預防性及綜合牙科護理服務（麻醉、諮詢以及輕微鎮痛）。HDS通過與HDS簽約以提供牙科服務的牙科醫生網絡提供下列預防性及綜合牙科護理。	

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
承保範圍基於「HDS允許額」，即參與牙醫同意接受的屬於承保福利的服務金額。當您在HDS Medicare Advantage網絡牙科醫生處接受服務時，您按HDS允許額的百分比支付（每項承保服務的具體說明如下）。注意：如果您在沒有加入HDS Medicare Advantage網絡的牙科醫生處接受服務，該計畫不為這些服務承保（急診除外），除非州或聯邦法律另有規定，否則您將承擔這些服務的全部費用。本計畫不為夏威夷對任何收費徵收或產生的普通消費稅承保，無論這些稅費是否通過牙科醫生轉嫁給患者，並且這些稅費將由您承擔。 如果所列程序的服務是由HDS Medicare Advantage網絡牙科醫生提供，您將支付指定的費用分攤額，但須遵守HDS處理指南規定的限制和除外項目。索賠則依據在處理索賠時有效的處理準則進行處理。 當一種牙齒疾病有多種經專業認可的治療方法時，HDS將確定成本最低的經專業認可的治療方法為理賠福利，並考慮其他治療方法。這個決定不會否定牙科醫生的治療計畫，也不會推薦應提供哪種治療。這是依據HDS計畫保險條款確定的理賠福利。您和您的牙科醫生應決定具體療程。您的患者的成本分攤費用基於HDS確定成本最低的經專業認可的治療方法，以及HDS關於該治療方法的允許額與牙科醫生收費金額之間的差額。 美國牙科協會可能會定期更新現行牙科術語 (CDT) 程序代碼和圖表所示的術語或描述語。該更新可用於說明這些經承保的診療均符合聯邦法規。 如需更多有關您的牙科福利資訊，或查詢合作牙醫名單，請造訪HDS官方網站： hawaiidental-service.com，或於週一至週五上午7:30至下午4:30致電HDS客戶服務專線：808-529-9248（或撥打免費電話1-844-379-4325）。	

† 您的醫護人員必須獲得本計畫的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分攤額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
州外的承保牙科服務僅在由Delta Dental Medicare Advantage網絡牙科醫生提供時才屬於承保範圍。承保範圍、限制和除外項目均受相同的HDS條款和條件約束。欲找到Delta Dental Medicare Advantage網絡牙科醫生，請聯絡所在州的當地Delta Dental辦公室。	
預防性和診斷服務*	
洗牙 - 每個日曆年度2次：	\$0
• D1110：預防措施（洗牙）。	
• D4355：全口清創以便在隨後的就診中進行全面的牙周評估和診斷（適用於患者的年度洗牙福利）。	\$0
• D4346：在有廣泛性中度或重度牙齦發炎的情況下所進行的刮治 - 全口，在進行口腔評估之後（適用於患者的年度洗牙福利）。	\$0
塗氟	
• D1206：藥劑應用 - 每個日曆年度兩次局部塗抹氟化物（與D1208結合頻次限制）。	\$0
• D1208：藥劑應用 - 每個日曆年度兩次局部塗抹氟化物（與D1206結合頻次限制）。	\$0
• D1354：每12個月期間每顆牙齒施用兩次防齲藥物，每次服務日期限六顆牙齒。	\$0
檢查 - 每個日曆年度兩次（除非另有說明）：	
• D0120：定期口腔評估 - 已有看診記錄的病人。	\$0
• D0140：有限的口腔評估 - 問題導向（不適用於患者的年度口腔檢查福利） - 每位患者每位牙醫/牙科診所，每12個月限一次	\$0

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
• D0150：綜合口腔評估：新病人或已建立病歷的病人。	\$0
• D0160：詳細且完整的口腔評估 - 以解決問題為主，按申報。	\$0**
• D0170：重新評估 — 有限制，以解決問題為主（已有看診記錄的病人；非術後就診）。	\$0**
• D0180：綜合牙周評估 — 新病人或已有看診記錄的病人。	\$0
咬翼片X光檢查 - 每個日曆年度一次：	\$0
• D0270：咬翼片 - 一張放射線影像。	\$0
• D0272：咬翼片 - 兩張放射線影像。	\$0
• D0273：咬翼片 - 三張放射線影像。	\$0
• D0274：咬翼片 - 四張X光造影。	\$0
• D0277：垂直咬翼片 - 7至8張放射線影像。	\$0
其他X光檢查： 由同一名牙科醫生/同一家牙科診所在同一服務日期拍攝的牙尖周、咬合、咬翼片和/或全景影像組合，若總收費等於或超過全組影像的收費 (D0210)，則會按全組影像 (D0210) 進行處理。	\$0
• D0210：口內 - 完整的放射線影像系列（全口腔X光檢查） - 限每五年一次。	\$0
• D0220：口內 - 首張根尖周放射線影像。	\$0
• D0230：口內 - 每額外增加一張根尖周放射線影像。	\$0

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
• D0240：口內 – 咬合放射線影像。	\$0
• D0250：口腔外 – 採用固定輻射源形成的二維投影和檢測儀執行X光造影。	\$0
• D0330：環口放射線影像 - 計入D0210頻率並且限每五年一次。	\$0
• D0372：口內多切面斷層攝影 - 綜合系列放射造影。	\$0**
• D0373：口內多切面斷層攝影 - 根管放射線影像。	\$0**
• D0374：口內多切面斷層攝影 - 根管放射線影像。	\$0**
其他診斷服務：	
• D0419：唾液流速測量評估。	\$0
• D0460：牙髓活力測試。	\$0
• D0472：組織取樣、肉眼檢查、書面報告的準備和傳送。	\$0
• D0473：組織取樣、肉眼和顯微鏡檢查、書面報告的準備和傳送。	\$0
• D0474：組織取樣、肉眼和顯微鏡檢查（包括疾病的手術切緣評估）、書面報告的準備和傳送。	\$0
• D0480：剝脫性細胞學抹片取樣、顯微鏡檢查、書面報告的準備和傳送。	\$0
• D0484：就別處製備的切片進行諮詢。	\$0
• D0485：會診，包括根據轉診來源提供的活檢材料準備幻燈片。	\$0**
• D0601：齲齒風險評估和記錄，評估結果為低風險	\$0

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
• D0602：齲齒風險評估和記錄，評估結果為中等風險	\$0
• D0603：齲齒風險評估和記錄，評估結果為高風險	\$0
一般輔助性服務（麻醉、諮詢以及輕度疼痛緩解）*	\$0
• D2799：臨時牙冠 - 在獲取最終印模前需要進一步治療或完成診斷。	\$0
• D2940：放置臨時直接修復體－每2年限一次。	\$0
• D9110：牙痛緩和治療。	\$0
• D9222：深度鎮靜/全身麻醉－前15分鐘，或其任何部分。	\$0
• D9223：注射深度鎮靜劑/全身麻醉－之後每15分鐘遞增，或其任何部分。	\$0
• D9239：靜脈注射中度鎮靜劑－最初15分鐘增量（或其任何部分）。	\$0
• D9243：靜脈注射中度鎮靜劑－後續15分鐘增量（或其任何部分）。	\$0
• D9310：諮詢－由提出申請之牙科醫生或醫生進行，而非提供診斷服務的牙科醫生或醫生。	\$0
• D9430：診所就診接受觀察（於正常看診時間）：未進行其他服務。	\$0
• D9440：診所就診－於正常看診時間之外。	\$0
• D9930：併發症治療（術後）：異常情況，根據報告。	\$0
• D9944 咬合保護器 - 硬器具，全牙弓 - 每5年限用一次。	\$0

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
• D9945 咬合保護器 - 軟器具，全牙弓 - 每 5 年限用一次。	\$0
• D9946 咬合保護器 - 硬器具，部分牙弓 - 每 5 年限用一次。	\$0
• D9999：未指定的輔助治療程序，按申報。	\$0
 抑鬱症篩檢 我們每年承保一次抑鬱症篩檢。篩檢必須在能夠提供跟進治療和/或轉診的基本護理機構中完成。	您無需為每年一次的抑鬱症篩檢就診支付任何共保額、共付額或免賠額。
 糖尿病篩檢 如果您有下列任何一項風險因子，我們將承保此項篩檢（包括空腹血糖檢查）：高血壓、膽固醇和三酸甘油酯水平異常（血脂異常）病史、肥胖或高血糖（葡萄糖）病史。如果您符合其他要求，如體重超重及糖尿病家族病史，這些測試可能也在承保範圍內。 自您最近一次糖尿病篩檢測試之日起，您可能有資格每12個月進行最多2次糖尿病篩檢。	您無需為Medicare承保的糖尿病篩檢測試支付任何共保額、共付額或免賠額。
糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品 針對所有糖尿病患者（胰島素和非胰島素使用者）提供的承保服務包括： • 用於監測血糖的用品：血糖測試條、採血器具和採血針，以及用於檢查測試條和監測器準確度的血糖控制液。 • †針對嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者，每日曆年度一雙治療用定製的模壓鞋（包括此類鞋配備的鞋墊）和2雙額外的鞋墊，或一雙深口鞋和3雙鞋墊（不包括此類鞋配備的非定製可移除鞋墊），包括穿戴。	\$0 如果您失去Medicaid保險，需支付20%共保額。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
🍏 在某些情形下，糖尿病自我管理訓練。	\$0
†糖尿病監測儀（血糖和持續血糖測量計）	\$0 如果您失去Medicaid保險，您需為持續血糖測量儀 (CGM) 支付20%的共保額，為所有其他糖尿病監測儀支付\$0。
耐用醫療器材 (DME) 和相關用品† （有關耐用醫療器材的定義，請參閱第 12 章和第 3 章） 承保物品包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由醫護人員開立醫囑並供居家使用的病床、靜脈注射泵、語音溝通裝置、氧氣器材、噴霧器和助行器。 我們承保屬於Original Medicare承保範圍且為醫療上必要的所有DME。如果您所在地區的供應商沒有特定品牌或製造商的產品，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。您可在我們的網站kp.org/directory找到最新版的供應商清單。 此外，我們也承保以下Medicare未承保的DME項目： 紫外線光療設備適用於以下情況：皮膚淋巴瘤、扁平苔癬、硬皮症、白斑症、濕疹（異位性皮膚炎、特發性皮膚炎）、搔癢症、結節性癢疹、環狀肉芽腫、淋巴瘤樣丘疹病、苔蘚樣糠疹、移植物抗宿主疾病。	\$0 如果您失去Medicaid保險，您需支付20%共保額，但用於治療牛皮癬的紫外線光療法設備需自付\$0。 氧氣設備 您每次收到Medicare承保的氧氣設備時，需支付的成本分擔為\$0。如果您失去Medicaid保險，需支付20%共保額。 入保36個月後，您的成本分擔將不會改變。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
急診護理 急診護理是指符合以下條件的服務： • 由符合提供急診服務資格的醫護人員提供 • 為評估或穩定急診病症所需 醫療急診是指您或任何其他具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士認為，您出現的醫療症狀需要立即就醫，以防失去生命（以及，如果您懷孕，失去胎兒）、失去四肢或四肢功能。這些醫療症狀可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。 在網絡外獲得必要急診服務的成本分擔與您在網絡內接受這些服務時相同。 您在美國及其領土境內享有急診護理保險。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$115。 如果您在24小時內以住院病人的身份直接入院，則此共付額不適用（如果您以門診病人的身份入院，例如您入院接受觀察，則此共付額適用）。 †如果您從網絡外醫院獲得急診護理，且在急診病情穩定後需要接受住院護理，則您必須轉至網絡醫院才能讓醫護服務繼續獲得承保，或者您在網絡外醫院接受的住院護理必須獲得本計劃的授權，在此情況下，您支付的費用將比照您在網絡醫院時需支付的成本分擔。
健身福利 (One Pass®)* 我們通過One Pass計畫提供健身福利，旨在幫助會員掌控自己的健康並感受最佳狀態。One Pass計畫涵蓋： • 健身房和健身地點：您將獲得會員資格，可以通過核心和高級網絡獲取各種網絡內健身房的權限。健身地點包括國家、地方和社區健身中心和精品工作室。您可以使用任何網絡內地點，並且可以在同一個月內去多個加入網絡的健身地點。 • 線上健身：您可以通過One Pass會員網站或行動應用程式存取即時數位健身課程和隨選鍛鍊。 • 健身和社交活動：您也可以通過One Pass會員網站參加團體、俱樂部和社交活動。	\$0

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
- 居家健身工具包：如果您想在家健身，還可以在每個日曆年度選擇一個居家健身工具包（包括力量訓練、瑜伽或舞蹈）。工具包可能變動，一經選擇便無法更換。 - 大腦健康：查看線上大腦健康認知訓練計劃。 若要詳細瞭解參與計劃的健身房和健身地點、計劃福利或者如何設置您的線上帳戶，請造訪： http://www.YourOnePass.com，或致電1-877-614-0618（TTY使用者請撥打711），週一至週五，夏威夷標準時間凌晨3點至下午4點提供服務。 以下服務不在承保範圍內：附加服務（例如個人訓練、收費團體健身課程、延長使用時間或標準會員資格以外的附加課程）。 One Pass®是One Pass Solutions, Inc.在美國和其他轄區的註冊商標，是一項自願性質的計劃。One Pass計劃和便利設施因計畫、區域和地點而異。本計畫提供的資訊僅供一般性參考，不會也不應被解釋為醫療建議。One Pass不對第三方提供的服務或資訊負責。在開始任何運動計劃和/或確定適合自己的運動之前，應諮詢適當的健康護理專業人員。	
 健康及養生教育計劃 作為「健康生活方式計劃」的一部分，我們的計劃涵蓋許多團體健康教育課程，包括：Aging with Grace、Bone Health for Older Adults、Senior Summit Balance and Fitness Testing、Senior Summit Seminars，以及Senior Wellness團體課。「健康生活方式計劃」由健康教育工作者、生活方式輔導員或其他合格的保健專業人士提供。 若要詳細瞭解健康教育計劃，請致電會員服務部或造訪我們的網站 (kp.org/classes)。	\$0

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
聽力服務 醫護人員為了確定您是否需要醫學治療而進行的診斷性聽力和平衡能力評估，將以門診護理方式承保，前提是這些評估服務由醫生、聽覺專家或其他合格醫護人員提供。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$40。
 HIV篩檢 對於要求接受HIV篩檢測試或HIV感染風險較高者，我們承保以下服務： - 每12個月進行一次篩檢 如果您懷孕了，我們將承保： - 懷孕期間最多進行3次篩檢	可進行Medicare承保的預防性愛滋病毒篩檢的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。
居家保健機構的醫療護理 在您獲得居家健康服務之前，醫生必須證實您需要居家健康服務，並安排由居家保健機構提供居家健康服務。您必須患病在家，這意味著離家對您而言很困難。 承保服務包括但不限於： - 非全天或非連續性專業護理和居家健康助理服務（為了使居家健康護理福利獲得承保，您的專業護理和居家健康助理服務的總時間每天不得超過8小時，每週不得超過35小時） - 物理治療、職業病治療及言語治療 - 醫療和社工服務 - 醫療器材和用品	\$0 注意：根據Medicare準則提供的居家健康護理服務和用品無需支付費用分擔。但如果該用品屬於其他理賠項目的承保範圍（例如：非由居家保健機構提供的耐用醫療器材），則列於本「醫療福利項目表」其他部分的適用費用分擔將適用。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
居家靜脈注射治療† 居家靜脈注射治療包括在家中以靜脈注射或是皮下注射的方式對患者施用藥物或生物製劑。實施到府靜脈注射所需要素包括藥物（例如，抗病毒藥、免疫球蛋白）、器械（例如，泵浦）以及用品（例如，軟管和導管）。 承保服務包括但不限於： • 依據護理計劃所提供的專業服務，包括護理服務。 • 不屬於耐用醫療器材理賠福利承保範圍的患者訓練與教育。 • 遠端監測 • 對於由合格的居家靜脈注射治療提供者所進行的居家靜脈注射治療以及居家注射藥物提供監測服務。	專業服務、訓練和監測費用為\$0。 注意：根據用品而定，執行居家靜脈注射所需的組件（例如，Medicare B部分藥物、耐用醫療器材 (DME) 和醫療用品）可能適用本「醫療福利項目表」其他地方列出的適用費用分擔。
如果以下所有情形均屬實，我們將承保居家靜脈注射用品和藥物： • 您的處方藥列在Medicare D部分承付藥物手冊中 • 我們已核准您的居家靜脈注射治療用處方藥 • 您的處方是由網絡醫護人員開立，且您是在網絡居家靜脈注射藥房配藥	\$0 注意：如果承保的居家靜脈注射用品或藥物不是由網絡居家靜脈注射藥房配藥，依據該服務，該用品或藥物可能受限於本文件中所列的適用費用分擔。
安寧護理 如果您的醫生及安寧護理醫務主任告知您臨終預後，證明您患有絕症且根據正常病程發展，您的預期壽命只剩六個月或少於六個月，您便符合安寧護理的理賠資格。您可通過Medicare認證的安寧護理計劃接受醫護服務。本計劃有義務幫助您在您的計劃服務區域內找到經Medicare認證的安寧護理計劃，包括我們擁有、控制或有經濟利益的那些計劃。您的安寧護理醫生可以是網絡醫護人員或網絡外醫護人員。	如果您入保經Medicare認證的安寧服務計劃，Original Medicare（而非本計劃）將會支付您的安寧服務以及與您臨終預後相關的Medicare計劃A部分和Medicare計劃B部分服務。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
承保服務包括： • 症狀控制和鎮痛藥物 • 短期喘息護理 • 居家護理 當您加入安寧護理服務時，您有權持續本計劃；如果您選擇持續本計劃，需要繼續支付計劃保費。 *對於安寧服務以及與您的臨終預後服務相關的Medicare A部分或B部分承保的服務：Original Medicare（而非本計劃）將針對安寧服務，以及與您的臨終預後服務相關的所有計劃A部分和計劃B部分服務，向安寧護理醫護人員支付相關費用。在您入保安寧護理計劃的期間，您的安寧醫護人員會針對需由Original Medicare給付的服務向Original Medicare開具帳單。您將支付Original Medicare的成本分擔額。 對於與您的臨終預後服務無關的Medicare A部分或B部分承保的服務：如果您需要與您的臨終預後無關的非急診、非急需服務，且該服務由Medicare A部分或B部分承保，則您需為這些服務支付的費用取決於您是否使用本計劃網絡內的醫護人員並符合計劃規定（例如事先授權等要求）。 • 如果您從網絡醫護人員處接受承保服務，並符合取得服務的計劃規定，則您僅需為網絡內服務支付本計劃的費用分擔額。 • *如果您從網絡外醫護人員處接受承保服務，則需按照Original Medicare支付成本分擔 對於由本計劃承保但不屬於Medicare A或B部分承保範圍的服務：無論計劃A部分或B部分不承保的計劃承保服務是否與您的臨終預後相關，我們都將繼續承保這些服務。您要為這些服務支付本計劃的費用分擔額。	

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
對於可能屬於本計劃D部分福利承保範圍的藥物： 如果這些藥物與您的臨終安寧服務的病症無關，則您需支付成本分擔。如果這些藥物與您的臨終安寧服務的病症相關，則您需支付Original Medicare的成本分擔。在何藥物不會同時屬於安寧服務和本方案的承保範圍。請參閱第5章第9.3節瞭解詳情。 注意：如果您需要安寧服務以外的醫護服務（與您的臨終預後無關的醫護服務），應聯絡我們以便我們為您安排這些服務。	
本計劃為尚未選用安寧服務理賠的絕症病人承保安寧服務的諮詢服務。	\$0
 免疫接種 Medicare B部分的承保服務包括： - 肺炎疫苗 - 流感預防針注射（或疫苗），每年秋季和冬季的流感季節，以及醫療上必要的額外流感預防注射（或疫苗） - 如果您從未完成過B型肝炎疫苗全程接種，不瞭解自己的疫苗接種史，或有其他任何使您面臨B型肝炎高風險或中度風險的情況，則可接種B型肝炎疫苗 - COVID-19疫苗 - 其他疫苗（如果您有患病風險且符合Medicare B部分承保規定） 我們還承保計劃D部分處方藥物理賠福利所規定的其他大多數成人疫苗。請參閱第6章第7節瞭解詳情。	您無需為肺炎、流行性感、乙型肝炎及COVID-19疫苗支付任何共保額、共付額或免賠額。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
住院醫療護理† 包括住院病人急性醫護、住院病人復健、長期護理院以及其他類型的住院服務。住院醫療護理從您根據醫生醫囑正式入院之日開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。 對於醫療上必要的住院或普通急性治療醫院一般且通常提供的服務沒有天數限制。承保服務包括但不限於： • 雙人含以上病房（如果醫療上必要，則提供單人病房） • 膳食，包含特定飲食 • 定期護理服務 • 專科醫護費用（如重症監護病房，或冠狀動脈病護理科） • 藥物 • 化驗 • X光檢查和其他放射科服務 • 必要的外科手術和醫療用品 • 器材的使用，如輪椅 • 手術室和恢復室費用 • 物理治療、職業病治療及言語語言治療 • 藥物酒精濫用的相關住院服務 • †在特定情形下，下列類型的移植也屬於承保範圍：角膜、腎臟、腎臟-胰腺、心臟、肝臟、肺臟、心臟/肺臟、骨髓、幹細胞，和腸道/多臟器。如果您需要移植，我們會安排由獲得Medicare核准的移植中心審核您的個案以確定您是否適合進行移植。進行器官移植的醫護人員，可以是當地或服務區以外的醫護人員。如果本計劃網絡內的移植服務不屬於社區醫護服務的範圍，您可以選擇在當地接受移植服務，只要當地	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次住院均需分攤費用。在第1-6天，您每天需支付\$405，在第7-30天，每天需支付\$70。在此之後，剩餘的承保住院期間均為\$0。此外，除非您是在同一天入院和出院，否則您在出院當天將無需支付上列共付額。 †如果您在急診病情穩定之後，獲得授權在網絡外醫院接受住院護理服務，則您的費用將為您在網絡醫院所支付的成本分擔。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
的移植醫護人員願意接受Original Medicare的費率。如果我們在您的社區移植醫護服務範圍外提供移植服務，而您也選擇在該較遠地點接受移植，我們將為您和一名陪同人員安排或給付適當的住宿和交通費用。 • 血液，包括儲存和管理 • 醫生服務 注意：如欲成為住院病人，醫護人員必須以書面醫囑安排您以醫院住院病人的身份正式入院。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診病人。如果您不確定自己是住院病人還是門診病人，應詢問醫院工作人員。 • 如需更多資訊，請參閱Medicare情況說明書《Medicare醫院福利》(Medicare Hospital Benefits)，可於Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf查閱，或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。	
精神科醫院的住院病人服務 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次住院均需分攤費用。在第1-6天，您每天需支付\$340，在第7-90天，每天需支付\$15。在此之後，剩餘的承保住院期間均為\$0。此外，除非您是在同一天入院和出院，否則您在出院當天將無需支付上列共付額。 †如果您在急診病情穩定之後，獲得授權在網絡外醫院接受住院護理服務，則您的費用將為您在網絡醫院所支付的成本分擔。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
住院：在非承保住院期間，您在醫院或SNF接受的承保服務 如果您已使用完您的專業護理院 (SNF) 福利，或者如果住院或SNF住院是不合理和非必要的，我們將不會承保您的住院或SNF住院費用。在某些情形下，我們將會承保您在醫院或SNF期間所接受的部分服務。承保服務包括但不限於： • 醫生服務 • 診斷性檢查（如化驗） • X光檢查、鐳和同位素治療，包含技術人員所使用的材料與服務 • 手術敷料 • 夾板、石膏模及其他用於減少骨折和脫位情形的裝置 • †取代所有或部分身體內部器官（包括周邊組織）的假體及矯形裝置（牙科除外），或取代所有或部分已永久失能或功能失常之身體內部器官的假體及矯形裝置，包括此類裝置的置換或維修。 • †腿部、臂部、背部及頸部支架；疝氣帶、人工腿、人工臂及人工眼（包括由於斷裂、磨損、遺失或病人身體情況改變所需的調整、維修和置換） • 物理治療、言語治療和職業病治療	\$0 如果您失去Medicaid保險，並且您的住院或SNF住院不再獲承保，則在網絡醫護人員提供服務時，我們將繼續按列於本「醫療福利項目表」其他部分的適用費用分擔承保Medicare B部分服務。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
 醫療性營養治療 此項理賠福利適用於糖尿病、腎臟病（但未洗腎）或接受過腎臟移植的患者，但需由您的醫生安排。 根據Medicare（其中包括本計劃、任何其他 Medicare Advantage計劃或Original Medicare）規定，我們將會在您接受醫療營養治療服務的第一年承保3小時一對一諮詢服務，並在第一年過後每年承保2小時。如果您的狀況、治療或診斷結果有所改變，您可以依據醫生的醫囑，接受更長時數的治療。醫生必須針對這些服務開立處方，且如果您的治療必須延續至下一個日曆年度，醫生必須每年更新一次其醫囑。	符合Medicare承保醫療營養治療服務的會員無需支付任何共保額、共付額或免賠額。
 Medicare糖尿病預防計劃 (MDPP) 所有Medicare保健計劃中符合資格的人員均可獲得MDPP服務的承保。 Medicare糖尿病預防計劃 (MDPP) 是一項有組織的健康行為改變介入措施，其提供長期飲食改變、增加體能活動以及問體解決策略等方面的實際訓練，以克服困難並進而維持減重和健康生活型態。	MDPP理賠無需共保額、共付額或免賠額。
Medicare B部分藥物 這些藥物屬於Original Medicare B部分的承保範圍。本計劃的會員通過本計劃獲得這些藥物的承保。承保藥物包括： • 通常不是由病人自行施用而是在您接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時通過注射或輸液方式而使用的藥物。 • 通過耐用醫療器材（例如醫療上必要的胰島素幫浦）提供的胰島素。	計劃B部分的施用藥物 \$0 如果您失去Medicaid，您需支付0%或20%共保額，適用於Medicare B部分藥物（當需要由醫護人員施用或觀察，且該藥物由網絡醫護人員為您施用時）。有些藥物如果確定超過通貨膨脹金額，對於這些藥物可能會低於20%。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
• 您使用獲得本計劃授權的耐用醫療器材（如噴霧器）所服用的其他藥物。 • 阿爾茨海默氏病藥物Leqembi®（學名lecanemab），以靜脈注射給藥。除藥物費用外，您可能需要在治療前和/或治療期間進行額外的掃描和測試，這可能會增加您的整體費用。與您的醫生討論治療過程中您可能需要進行哪些掃描和測試 • 您因患有血友病，通過自行注射方式所使用的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：如果Medicare支付您的器官移植費用，則Medicare承保移植藥物治療費用。您在獲得移植承保時必須加入計劃A部分，並且在您獲得免疫抑制藥物時必須加入計劃B部分。如果計劃B部分不承保免疫抑制藥物，則Medicare D部分藥物保險承保這些藥物。 • 骨質疏鬆注射藥物，但條件是您無法離家、有骨折現象且經醫生證實該骨折與更年期骨質疏鬆有關，且您無法自行施用該藥物。 • 某些抗原：如果醫生製備抗原並且由經過適當指導的人（可能是您、患者）在適當的監督下注射抗原，則Medicare為抗原承保。 • 某些口服抗癌藥：Medicare承保某些口腔癌藥物，前提是該藥物有注射劑型或是注射藥物的前藥（藥物的口服形式，攝入後會分解為與注射劑藥物相同的活性成分）。隨著新的口腔癌藥物上市，計劃B部分可能為其承保。如果B部分不承保，則D部分將為其承保 • 口服抗噁心藥物：Medicare為抗癌化療方案中使用的口服抗噁心藥物承保，前提是這些藥物在化療之前、化療時或化療48小時內服用，或用作靜脈注射抗噁心藥物的完全治療替代品	經由網絡藥房取得的計劃B部分藥物 \$0最多30天藥量承付藥物手冊上的Medicare B部分藥物（若在網絡藥房取得）。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
- Medicare B部分承保的某些口服末期腎病 (ESRD) 藥物 - ESRD支付系統下的擬鈣藥物和硫酸鹽結合劑用藥，涵蓋靜脈注射藥物Parsabiv®和口服藥物Sensipar® - 某些用於居家洗腎的藥物，涵蓋肝素、肝素解毒劑（如醫療上必要）以及局部麻醉劑 - 紅血球生成刺激劑：如果您患有末期腎臟病 (ESRD)或需要該藥物來治療與某些其他疾病相關的貧血（例如Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®或Darbepoetin Alfa），Medicare承保紅血球生成刺激劑注射費用 - 原發性免疫缺陷病居家治療用的免疫球蛋白靜脈注射液 - 腸外和腸內營養（靜脈內和管餵）	

注意：我們也會承保計劃B部分規定的某些疫苗，以及計劃D部分藥物福利所規定的大多數成人疫苗。

第5章將會說明計劃D部分處方藥福利，包括為使處方藥獲得承保，您必須遵守的規定。您需為通過本計劃取得計劃D部分處方藥所支付的費用將會在第6章詳加說明。

護理熱線

我們設有護理熱線，會員可以撥打該熱線尋求協助。諮詢護士是經過專門培訓的註冊護士，他們通過電話來協助評估醫療症狀，並在醫療角度而言合適的情形下提供建議。無論您是致電尋求建議還是預約，您都可以與諮詢護士交談。

他們通常能夠回答有關輕微病症的問題、告訴您在網絡內設施關門時該如何做，或是向您建議下一步該做什麼，包括預約當天緊急醫護（從醫療角度考慮合適的情形下）。若要在每週7天，每天24小時中的任何時間和諮詢護士談話或約診，請參閱《醫護人員和藥房名錄》中的約診資訊和諮詢電話號碼。

\$0

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
 促進持續減重的肥胖篩檢和治療 如果您的身體質量指數達到或超過30以上，我們將承保密集諮詢以協助您減重。如果您通過基本護理的形式接受此類諮詢，由於基本護理和綜合預防計劃可互相協調，因此該諮詢將可獲得承保。請向您的基本保健醫生或執業人員洽詢以瞭解詳情。	您無需為預防性肥胖篩檢和治療支付任何共保額、共付額或免賠額。
鴉片類藥物治療服務 有鴉片類藥物使用障礙 (OUD) 的計劃會員可通過鴉片類藥物治療計劃 (OTP) 取得OUD治療服務承保，其中包括下列服務： • 美國食品及藥物管理署 (FDA) 已核准鴉片類致效劑和拮抗劑輔助治療 (MAT) 藥物 • 配發和施用此類MAT藥物（如果適用）	\$0 如果您失去Medicaid，在臨床上施用鴉片類藥物治療計劃所提供的Medicare B部分藥物時，需要支付0%-20%共保額。有些藥物如果確定超過通貨膨脹金額，對於這些藥物可能會低於20%。
• 藥物濫用諮詢 • 個人和團體治療 • 毒理學測試 • 攝取活動 • 定期評估	\$0
門診診斷檢測以及治療服務和用品 承保服務包括但不限於： • X光檢查 • 超音波檢查 • 心電圖 (EKG)、腦電圖 (EEG)、心血管壓力測試和肺功能測試	\$0 如果您失去Medicaid保險，您需為每項X光檢查、超音波或檢查支付\$45。
• 放射（鐳和同位素）治療，包括技師材料和用品	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$85。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
• 外科手術用品，如敷料 • 夾板、石膏模及其他用於減少骨折和脫位情形的裝置 • 血液，包括儲存和管理	\$0
• 化驗	\$0 如果您失去Medicaid保險，您每天需要支付以下費用，具體取決於您入保的計劃： • Maui - \$35 • Oahu - \$45
• 當您的醫生或其他保健業者要求診療醫學問題時所進行的非化驗檢測（例如電腦斷層 (CT) 掃描、磁共振造影 (MRI) 和正子斷層 (PET) 掃描）	\$0 如果您失去Medicaid保險，您需為每次檢查支付\$375。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
門診病人醫院觀察 觀察服務是醫院的門診服務，用於確定您是需入院還是可以出院。 凡是門診醫院的觀察服務符合承保標準，並具有合理性與必要性，皆屬於Medicare承保範圍。經由醫生醫囑，或州執業法授權的其他人指示，並符合醫院工作人員章程，以要求病人住院或安排門診檢查的觀察服務，皆屬於承保範圍。 注意：除非您持有醫護人員開立的醫囑，讓您以住院病人的身份入院，否則您仍屬於門診病人，且需支付門診醫院服務的費用分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診病人。若您不確定自己是否為門診病人，請詢問醫院的工作人員。 如需更多資訊，請參閱Medicare情況說明書《Medicare醫院福利》(Medicare Hospital Benefits)，可於Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf查閱，或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。	\$0
門診病人醫院服務 我們承保您為了診斷或治療疾病或受傷而在醫院門診部所接受之醫療上必要的服務。 承保服務包括但不限於： 在急診部或門診診所提供的服務，如觀察服務或門診手術	\$0 如果您失去Medicaid保險，則每次急診需支付\$115，每次門診手術需支付\$500。 請參閱本《醫療福利項目表》的「門診住院觀察」一節，瞭解適用於觀察服務的費用分擔。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
由醫院收費的化驗檢測	\$0 如果您失去Medicaid保險，您每天需要支付以下費用，具體取決於您入保的計劃： - Maui - \$35 - Oahu - \$45
由醫院收費的診斷檢測	\$0 如果您失去Medicaid保險，您需為每次檢查支付\$45。
精神健康護理，包括部分住院計劃，但條件是醫生必須證實若未參加部分住院計劃將需接受住院治療	\$0 如果您失去Medicaid保險，您每天需為部分住院治療支付\$105。
由醫院收費的X光檢查和其他放射科服務	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次需為X光或超音波檢查支付\$45，每次需為CT、PET或MRI檢查支付\$375。
醫療用品，如夾板和石膏模	\$0
部分您無法自行施用的藥物和生物製劑	\$0 如果您失去Medicaid保險，需支付0%或20%共保額。有些藥物如果確定超過通貨膨脹金額，對於這些藥物可能會低於20%。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
注意：除非您持有醫護人員開立的醫囑，讓您以住院病人的身份入院，否則您仍屬於門診病人，且需支付門診醫院服務的費用分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診病人。若您不確定自己是否為門診病人，請詢問醫院的工作人員。	
門診病人精神健康護理 承保服務包括： 由具有州執業執照的精神科醫生或醫生、臨床心理醫生、臨床社工 (CSW)、臨床專科護士 (CNS)、有執照的專業顧問 (LPC)、有執照的婚姻與家庭治療師 (LMFT)、護理師 (NP)、醫生助理 (PA) 或適用州法律允許的其他符合Medicare資格的精神健康護理專業人員提供的精神健康服務。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次個人就診需支付\$50，每次團體就診需支付\$40。
門診復健服務 承保服務包括物理治療、職業病治療及言語語言治療。 門診復健服務可在各種門診場所提供，例如醫院門診部、獨立治療師診所以及綜合門診復健設施 (CORF)。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$35。
藥物濫用障礙的相關門診服務 我們提供治療和諮詢服務，以便診斷和治療藥物濫用（包括個人和團體治療就診）。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次個人就診需支付\$50，每次團體就診需支付\$40。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
門診手術，包括在醫院門診設施和門診手術中心所提供的服務 注意：如果您在醫院設施接受外科手術，您應與醫護人員確認您屬於住院病人還是門診病人。除非您持有醫護人員開立的醫囑，讓您以住院病人的身份入院，否則您仍屬於門診病人，且需支付門診手術的費用分擔額。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診病人。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$500。
部分住院服務及重症門診服務 部分接收住院是一項有組織並以醫院門診服務形式或由社區精神健康中心所提供的積極精神科治療，此類治療比您在醫生、治療師、持有執照的婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或持有執照的專業顧問診所所接受的醫護服務更加密集且是住院的替代方案。 注意：由於我們的網絡中沒有社區精神健康中心，我們只會依據醫院門診服務的標準來給付部分住院服務。	\$0 如果您失去Medicaid保險，您每天需支付\$105。
強化門診服務是一項有組織並由醫院門診部、社區精神健康中心、符合聯邦標準的健康中心或農村健康診所提供的主動行為（心理）健康治療，此類治療比您在醫院、治療師、有執照的婚姻與家庭治療師 (LMFT) 或有執照的專業顧問診所所接受的護理更加密集，但強度不如部分住院治療。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次個人就診需支付\$50，每次團體就診需支付\$40。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
醫生/執業醫師服務，包括醫生診所就診 承保服務包括： - 您在醫生診所、獲認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他場所接受的醫療上必要的醫療護理或外科手術服務。 - 由專科醫生所提供的諮詢、診斷和治療 - 由網絡醫護人員所進行的基本聽力和平衡感檢查，但條件是您的醫生是為了確認您是否需要接受醫學治療而安排此檢查。 - 由其他網絡醫護人員在進行外科手術之前所提供的另方意見	\$0 如果您失去Medicaid保險，則每次基本護理就診需支付\$40，每次專科護理就診需支付\$60。
- 特定的遠距醫療服務，包括：基本和專科護理、住院醫院服務、專業護理院 (SNF) 服務、心臟復健服務、急診服務、急需服務、強化門診計劃服務、居家保健服務、職業病治療服務、精神健康、足科服務、精神科服務、物理治療和言語語言病理科服務、X光檢查服務、門診醫院服務、觀察服務、門診藥物酒精濫用治療、洗腎服務、腎臟疾病教育、糖尿病自我管理訓練、手術或住院準備，以及住院、手術或急診部就診後的後續診治。唯有在網絡醫護人員認為符合臨床需要時，才會以遠距保健的方式提供服務 - 您可選擇親自就診或通過遠距醫療方式接受這些服務。如果您選擇通過遠距醫療方式接受上述其中一項服務，則您必須使用目前有通過遠距醫療方式提供服務的網絡醫護人員。我們提供下列遠距醫療方式： - 經由網絡醫護人員認定，以互動式視訊就診的方式提供的專業醫護服務 - 經由網絡醫護人員認定，以預定電話預約的方式提供的專業醫護服務	\$0

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
- 遠距保健服務，用於居家洗腎會員在醫院附設或重點醫院附設洗腎中心、腎臟透析設施或會員家中進行每月的末期腎臟病相關的診療 - 遠距保健服務，用於診斷、評估或治療中風症狀，無論您身在何處 - 為患有藥物濫用障礙或同時發生精神健康障礙的會員提供的遠距保健服務，無論其身在何處 - 精神健康障礙診斷、評估和治療的遠距保健服務 - 農村健康診所和符合聯邦標準的健康中心為精神健康門診所提供的遠距保健服務。 - 和您的醫生進行5至10分鐘的虛擬診療（例如，通過電話或視訊），<u>但需符合以下條件</u>： - 您並非新患者而且 - 此虛擬診療和過去7天內至診所就診的情況無關<u>並且</u> - 此虛擬診療並不會導致在24小時內至診所就診，或以最快速度提供約診 - 您傳送給醫生的影片和/或影像評估資料，以及醫生在24小時內的解釋和跟進，<u>但需符合以下條件</u>： - 您並非新患者而且 - 此評估和過去7天內至診所就診的情況無關，<u>並且</u> - 此評估並不會導致在24小時內至診所就診，或以最快速度提供約診 - 您的醫生通過電話、網際網絡或電子化健康記錄諮詢其他醫生的意見	

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
足科服務 承保服務包括： - 足部受傷和疾病（如棒槌趾或足跟骨刺）的診斷以及醫療或外科手術治療 - 針對患有會影響下肢特定病症的會員所提供的例行足護理	\$0 如果您失去Medicaid，每次診所就診需支付\$60，每次門診手術需支付\$500。
 愛滋病毒的暴露前預防措施 (PrEP) 如果您沒有感染愛滋病毒，但您的醫生或其他醫療保健執業人員確定您感染愛滋病毒的風險較高，我們將承保暴露前預防 (PrEP) 藥物和相關服務。 如果您符合資格，承保服務包括： - FDA核准的口服或注射型暴露前預防 (PrEP) 藥物，包括藥物注射費用（如適用） - 每12個月最多進行8次個人諮詢（包括愛滋病毒風險評估、愛滋病毒風險降低和藥物依從性） - 每12個月最多8次愛滋病毒篩檢 - 一次B型肝炎病毒篩檢	PrEP理賠無需支付共保額、共付額或免賠額。
 攝護腺癌篩檢 針對年滿50歲及50歲以上的男性，承保服務包括下列項目，限每12個月一次： - 肛門指診 - 攝護腺特異抗原 (PSA) 檢驗	您無需為年度肛門指診或PSA檢驗支付任何共保額、共付額或免賠額。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
假肢及矯形裝置和相關用品† 取代全部或部分身體部位或身體機能的裝置（牙科除外）。這些裝置包括但不限於義肢和矯形裝置的測試、安裝或使用訓練；以及與結腸造口護理直接相關的用品、起搏器、支架、義肢鞋、義肢和乳房假體（包括全乳房切除手術後的手術胸罩）。包括與假肢及矯形裝置相關的部分用品以及假體裝置的維修和/或置換。也包括摘除白內障或白內障手術後的部分承保 - 請參閱該表格後面的視力保健部分以瞭解詳情。	\$0 如果您失去Medicaid，針對門診就診期間提供的外部假體或義肢裝置和用品（包括傷口護理用品），您需支付20%的共保額；但對於手術植入式內部裝置，您需支付\$0。
肺部復健服務 患有中度至非常嚴重慢性阻塞性肺部疾病 (COPD) 的會員若持有為其治療慢性呼吸疾病的醫生所提供的肺部復健醫囑，則其肺部復健綜合計劃將可獲得承保。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$25。
住院藥物依賴服務 會員可在Medical Group書面核准的專門酒精或藥物依賴治療單位或設施接受住院服務。所有承保藥物依賴服務將在一段特定時間內依據核准的個人治療計劃提供。	\$0 如果您失去Medicaid資格，您需於住院的第1至6天，每天支付\$340。 在此之後，剩餘的承保住院期間均為\$0。
 減少酒精誤用的篩檢與諮詢 我們為有酒精誤用但非酒精依賴的成人（包括孕婦）承保一次酒精誤用篩檢服務。 如果您的酒精誤用篩檢呈陽性，您每年最多可獲得四次由合格基本保健醫生或執業人員通過基本護理形式所提供的簡短面對面諮詢會談（但條件是您有行為能力且在諮詢期間能夠保持清醒）。	您無需為屬於Medicare承保範圍並旨在減少酒精誤用預防性理賠項目的篩檢和諮詢支付任何共保額、共付額或免賠額。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
 肺癌低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 篩檢 針對符合條件的人員，每12個月承保一次低劑量電腦斷層造影 (LDCT)。 符合資格的會員是指年齡介於50-77歲，沒有肺癌徵兆或症狀，曾有每年至少20包的吸菸史，或目前有抽煙，或已在最近15年內戒煙的人員，或者為針對肺癌篩檢諮詢及符合Medicare準則的共同決策就診期間，並取得經由醫生或合格的非醫生執業人員所開立的LDCT醫囑的人員。 對於初次低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 篩檢後的低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 肺癌篩檢：會員必須收到LDCT肺癌篩檢的醫囑，該醫囑可以在醫生或合格的非醫生執業人員的任何適當就醫期間開立。如果醫生或合格的非醫生執業人員選擇為後續的低劑量電腦斷層造影 (LDCT) 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢及共同決策就診，該就診必須符合Medicare對此類就診所設定的標準。	您無需為屬於Medicare承保範圍的LDCT諮詢及共同決策看診支付任何共保額、共付額或免賠額。
 C型肝炎病毒感染篩檢 如果您的初級保健醫生或其他合格的醫護人員要求進行一次丙型肝炎篩檢，並且您符合以下條件之一，我們將承保一次丙型肝炎篩檢： • 由於您使用或曾經使用過非法注射毒品，因此您面臨很高的風險。 • 您在1992年之前曾接受過輸血。 • 您出生於1945-1965之間。 如果您出生於1945-1965之間且不屬於高風險，我們將承保一次篩檢。如果您屬於高風險族群（例如，自上次丙型肝炎篩檢檢測呈陰性以來，您一直使用非法注射藥物），我們將承保年度篩檢。	對於在Medicare承保範圍內的C型肝炎病毒篩檢，無需支付任何共保額、共付額或免賠額。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
 性傳染病感染 (STI) 的篩檢及STI預防諮詢 我們承保披衣菌、淋病、梅毒及乙型肝炎等性接觸傳染 (STI) 篩檢。我們為孕婦以及部分屬於STI高危險群的人士承保這些篩檢，但條件是這些檢驗必須由初級保健醫生開立醫囑。我們每12個月承保一次這些檢驗，或在懷孕期間的特定時間承保這些檢驗。 我們每年還為有性行為且屬於性接觸傳染 (STI) 高風險族群的成人承保最多2次20至30分鐘個人面對面高強度行為諮詢會談。僅在這些諮詢會談是由初級保健醫生通過基本護理形式（如在醫生診所）提供的情況下，我們才會將其作為預防服務進行承保。	您無需為屬於Medicare承保範圍的STI篩檢及STI預防諮詢理賠支付任何共保額、共付額或免賠額。
腎臟疾病治療服務 腎臟疾病和洗腎服務包括： 腎臟病教育服務，該服務的旨在教導腎臟護理並協助會員在充分瞭解資訊的情況下針對自己的醫護服務作出決定。對於由醫生轉介的第四期慢性腎臟病會員，我們會給付終生最多達6次的腎臟病教育服務	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$40。
門診洗腎治療（如第3章所述，包含因暫時在服務區以外而接受的洗腎治療，或者當為您提供此服務的醫護人員暫時無法提供服務時）	\$0 如果您失去Medicaid保險，需支付20%共保額。
- 自我洗腎訓練（包括針對您以及協助您進行居家洗腎治療的任何人所提供的訓練） - 居家洗腎器材和用品 - 部分居家支援服務（例如在必要時，由受過訓練的洗腎工作人員至您府上確認您的居家洗腎狀況，以針對緊急情況提供協助並確認洗腎器材和供水情況）	\$0

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
住院病人洗腎治療（如果您作為住院病人住進醫院接受特殊護理）	在住院期間所接受的服務無需額外費用。如果您失去Medicaid保險，請參閱本《醫療福利項目表》的「住院醫療護理」一節，瞭解住院費用分擔。

某些洗腎藥物依據Medicare B部分獲得承保。有關計劃B部分藥物承保範圍的資訊，請參閱此表中的**Medicare B部分藥物**。

專業護理院 (SNF) 醫療護理

（有關專業護理機構護理的定義，請參閱第12章。專業護理機構有時也稱為SNF。）

根據Medicare的準則，我們每個理賠期最多承保100天在網絡專業護理院所提供的專業住院病人服務（先前無需住院）。承保服務包括但不限於：

- 雙人病房（如果醫療上必要，則提供單人病房）
- 膳食，包含特定飲食
- 專業護理服務
- 物理治療、職業病治療及言語治療
- 按照該護理計劃所施用的藥物（其中包括自然存在於人體內的物質，例如凝血因子）
- 血液，包括儲存和管理
- 通常由SNF提供的醫療和外科手術用品
- 通常由SNF提供的化驗
- 通常由SNF提供的X光檢查和其他放射科服務
- 使用通常由SNF提供的器材，如輪椅
- 醫生/執業人員服務

\$0

如果您失去Medicaid保險，每個理賠期您需支付以下費用：

- 第1-20天：**\$0**
- 第21-40天，每天**\$218**
- 第41-100天：**\$0**

理賠期從您住進專業護理院的第一天開始計算。如果您連續60天未接受任何住院醫療護理或SNF的專業護理，則理賠期結束。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
一般而言，您將通過網絡設施取得SNF醫護服務。在下列某些情況下，如果屬於非網絡醫護人員的設施接受本計劃的給付金額，則您可能可在使用該設施時支付網絡內的成本分擔。 • 護理院或您在入院之前所居住的后續護理退休社區（只要它提供專業護理院醫療護理） • 當您出院時，您的配偶或同居人所居住的SNF	
 戒煙及停止使用煙草製品（戒煙或停止使用煙草製品諮詢） 符合以下條件的門診和住院患者可享有吸菸和戒菸諮詢服務： • 使用菸草，無論是否表現出菸草相關疾病的徵兆或症狀 • 在諮詢過程中有能力且警覺 • 合格的醫生或其他Medicare認可的執業人員提供諮詢 我們每年提供2次戒菸嘗試（每次嘗試最多包含4次中級或密集課程，患者每年最多可進行8次課程。）	您無需為屬於Medicare承保範圍的戒煙和使用煙草製品預防性理賠項目支付任何共保額、共付額或免賠額。
監督式運動治療 (SET) 會員若有周邊動脈疾病 (Peripheral Artery Disease, PAD) 的症狀且經由負責PAD治療的醫生進行PAD轉診，則SET即屬於承保範圍。 如果符合SET計劃的規定，每12週期間最多承保36次治療。 SET計劃必須： • 由持續30-60分鐘不等的治療組成，這些治療包含針對跛行的PAD患者所提供的治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診設施或醫生診所進行	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$20。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
- 由符合資格且受過PAD運動治療訓練的醫療輔助人員提供，以確保益處大於傷害 - 需受醫生、醫生助理 (PA)、或護理師 (NP)/臨床專科護士 (CNS) 的直接監督，這些人員必須接受過基礎和高級生命支持技術培訓 若由醫護人員認定監督運動治療 (SET) 為醫療上必要的服務，則在12週期間承保36次治療之外，還可在延長期限內額外再承保36次治療。	
交通運輸服務 - Medicare未承保的非緊急醫療運輸* 由網絡醫護人員開立時，我們將提供醫療必需的非緊急醫療運輸服務，使用合格的擔架/推車廂式貨車或輪椅廂式貨車，將患者送回家（必須在100英里以內）、專業護理院或在以下情況後立即轉送至其他更高等級的醫護機構： - 住院治療，或 - 某些急診、緊急醫護服務或門診醫院就診。	\$0
緊急需求服務 需要立即就醫的計劃內承保服務是指，當您暫時不在本計劃的服務區內，或者即使您在本計劃的服務區內，但考慮到您從網絡醫護人員處接受此服務的時間、地點和情況不合理時的一項緊急需要服務。本計劃必須承保緊急需求服務，並且僅向您收取網絡內成本分擔。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有狀況的意外突發。即使您不在本計劃的服務區內或本計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的例行醫護人員問診（例如年度體檢）也不被認為是緊急需求服務。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次緊急醫護就診需支付\$40，每次急診就診需支付\$115。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
• 在我們的服務區內：除非由於異常或特殊情況（如重大災難）而暫時無法取得醫護人員網絡服務，您必須經由網絡醫護人員取得緊急治療。 • 在我們的服務區外：當您在旅行時，如果因突發疾病或受傷而需要立即接受治療，並且您有理由認為如果延遲至您返回服務區再接受治療，那麼，您的健康將會嚴重惡化，此時，您將享有美國及其領土境內的緊急醫護承保。 請參閱第3章第3節以瞭解詳情。	
視力保健 承保服務包括： • 診斷和治療眼部疾病和傷害的門診醫生服務，包括老年性黃斑部退化治療。 • 視野檢驗。	\$0 如果您失去Medicaid保險，每次就診需支付\$40。
• 針對糖尿病患者，所進行的糖尿病視網膜病變監測篩檢。 •  針對青光眼的高危險群，我們將會每年承保一次青光眼篩檢。青光眼的高危險群包括有青光眼家族病史的人士、糖尿病患者、50歲和50歲以上的非裔美國人以及65歲或65歲以上的西語系美國人。	\$0
• 包含植入人工晶體的每一次白內障手術後的一副眼鏡或隱形鏡片。如果您分別動了兩次白內障手術，則無法在第一次手術後保留理賠福利並在第二次手術後購買兩付眼鏡。在白內障摘除後，尚未植入晶狀體前所需的矯正鏡片/鏡框（及置換）。	根據Medicare準則提供的矯正鏡的價格為\$0*。如果您失去Medicaid保險，需支付20%共保額*。 *注意：如果您所購買的視力矯正器費用超過Medicare的承保範圍，您將需支付差額。

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

承保服務	您支付的費用
 「歡迎加入Medicare」預防性就診 一次性的歡迎加入Medicare預防性就診，亦屬於計劃承保範圍。此次就診包括檢視您的健康狀況以及有關您所需之預防性服務的教育和諮詢（包括部分篩檢和注射[或疫苗]），還有其他醫護服務的轉介（如有需要）。 重要事項：我們僅會在您享有Medicare B部分的首12個月內承保歡迎加入Medicare預防性就診。當您進行預約時，請告知您醫生的診所您想預約歡迎加入Medicare預防性就診。	您無需為歡迎加入Medicare預防性就診支付任何共保額、共付額或免賠額。 注意：如果您失去Medicaid保險，請參閱本圖表前面的「門診診斷檢測以及治療服務和用品」，以瞭解與EKG檢查相關的成本分擔。
注意：請參閱第1章第7節和第11章，瞭解有關適用於本「醫療福利項目表」中所述之所有承保服務的理賠協調資訊。	

† 您的醫護人員必須獲得本計劃的事前授權。

* 您對於這些服務或項目的費用分擔額不會計入自付金額上限。

** 除了列出的共付額之外，您還需負責支付超出部分的任何金額，即，HDS核准的治療金額與您的牙醫收取的金額之間的差額。

Medicaid承保理賠項目摘要

下述福利項目屬於Medicaid的承保範圍。本表之前所述的理賠福利屬於Medicare的承保範圍。在下列各項福利項目中，您可查看Medicaid的承保範圍及本計劃的承保範圍。您需為承保服務支付的費用可能取決於您的Medicaid入保資格等級。有關Medicaid理賠福利的更多資訊，請參閱您的Kaiser Permanente QUEST會員手冊。

理賠項目	Medicaid州政府計劃	Kaiser Permanente Dual Complete
洗腎	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
耐用醫療器材和醫療用品，包括義肢和矯形裝置	Medicaid承保服務共付額\$0。 需要事先批准	Medicare承保用品共付額\$0。
急診服務及病情穩定後護理	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
家庭生育計劃服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
培建服務 （聽力學服務、職業病治療、物理治療、言語語言治療、視力服務、輔助溝通設備、閱讀設備、視覺輔助設備）	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。 不為輔助溝通設備、閱讀設備以及視覺輔助設備承保。
居家健康服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
非急診患者轉送服務	Medicaid承保服務共付額\$0。 需要事先批准。	如「醫療福利項目表」中「交通運輸服務」所述予以承保。
營養諮詢	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保醫療營養治療服務共付額\$0。
門診病人醫院服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
醫生服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
懷孕相關服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
處方藥	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare B部分藥物：\$0 共付額。 Medicare D部分藥物：0-25%

理賠項目	Medicaid州政府計劃	Kaiser Permanente Dual Complete
預防性服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
放射科、化驗和其他診斷服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
復健服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
戒煙服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
遠距保健服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
緊急護理服務	Medicaid承保服務共付額\$0。 對於年齡超過21歲的會員， 不為區外的緊急護理承保。	Medicare承保服務共付額\$0。
視力與聽力服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
急性行為健康住院服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
門診精神健康服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
由合格的專業人員（如精神科醫生、心理醫生、諮詢師、社工、註冊護士等）提供的服務	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
藥物濫用治療計劃	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
處方藥，包括藥物管理和患者諮詢	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
精神科或心理評估	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。
專業護理院	Medicaid承保服務共付額\$0。	Medicare承保服務共付額\$0。

理賠項目	Medicaid州政府計劃	Kaiser Permanente Dual Complete
居家與社區服務，包括*： （家務、成人日間健康、個人護理、成人日間照顧、個人應急回應系統、專業護理、住宿護理〔如Community Care Foster Family Home或Expanded Adult Residential Care Home〕） *個人需要有資格獲得長期服務和支持	Medicaid承保服務共付額\$0。	不承保。
基本牙科福利	由民政服務部 (DHS) Med-QUEST分部承保。 涵蓋口腔疾病的預防和控制，包括清潔和牙科手術，如X光檢查和補牙。承保範圍還包括恢復咀嚼功能，根據具體情況，可能包括根管治療、牙冠及/或假牙。 若要尋找接受Medicaid的牙醫，請撥打社區個案管理公司 (CCMC) 的電話 808-792-1070或免費電話 1-888-792-1070。CCMC可以解釋承保牙科理賠福利，並幫助您找到附近的牙科醫生。	\$0 下列承保的預防性牙科服務由Hawaii Dental Service (HDS) Medicare Advantage網絡提供： • 口腔檢查（每個日曆年度2次） • 預防性措施（洗牙）（每個日曆年度2次） • 咬翼片X光檢查（每個日曆年度1次） • 全口X光檢查（每5年1次） • 氟化物應用（每個日曆年度2次） • 一般輔助性服務：麻醉、諮詢和輕微疼痛緩解（包括每5年1次咬合保護器） 如需HDS Medicare Advantage網絡牙科醫生清單，請造訪 hawaiidental-service.com，或致電HDS客戶服務部，電話1-844-379-4325（服務時間為週一至週五，早上7:30至下午4:30）。 注意：州外的承保牙科服務僅在由Delta Dental

理賠項目	Medicaid州政府計劃	Kaiser Permanente Dual Complete
		Medicare Advantage網絡牙科醫生提供時才屬於承保範圍。承保範圍、限制和除外項目均受相同的HDS條款和條件約束。欲找到Delta Dental Medicare Advantage網絡牙科醫生，請聯絡所在州的當地Delta Dental辦公室。
針對有嚴重精神病 (SMI) 的成年入保人的行為健康服務	Community Care Services (CCS) 為服務承保。	不承保。

第3節 不屬於本計劃承保範圍的服務

以下服務不在本計劃的承保範圍內，但可通過Medicaid獲得：

- 獲得醫療護理的交通服務。
- 視力服務（每24個月一次例行眼科檢查，每24個月配一副眼鏡）。
- 聽力服務。
- 家庭和社區服務（即成人日間保健）。

注意：這不是一份完整清單。請與您所在州的Medicaid機構聯絡，以獲取有關Medicaid計劃承保及不承保服務的完整詳細資訊，包括計劃的類型（例如，按服務收費計劃或管理式保健計劃）。此外，如果您從網絡醫護人員處獲得Medicaid承保的服務，而該服務不在我們的計劃承保範圍內，則在獲得服務時，您需要出示您的Medicaid卡。

第4節 不屬於本計劃承保範圍的服務(除外項目)

本節將會為您說明哪些服務屬於除外項目。

下表列出了本計劃在任何情況下均不會承保的部分服務和用品，或者本計劃僅在特定情況下才會承保的部分服務和用品。

如果您接受了屬於除外（不受保）項目的服務，需自行付費，但在下列特定條件下除外。即使您在急診設施接受屬於除外項目的服務，該屬於除外項目的服務仍無法獲得承保，且本計劃亦不會給付該服務。唯一的例外是，如果該服務被上訴並且已有裁決：經上訴，我們因為您的具體情況應該支付或承保的醫療服務。（如需有關針對我們決定不承保某項醫療服務的決議提出上訴的資訊，請參閱第9章第6.3節。）

不屬於Medicare承保範圍的服務	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
針灸	適用於某些情形的慢性腰痛者
在中級或住宿護理機構、輔助生活機構或成人寄養家庭中接受護理	依據《醫療福利項目表》的「住院藥物依賴治療」所述承保
通過人工方式受孕，例如人工受孕、受精卵人工移入輸卵管、卵子移植和配子受精卵人工移入輸卵管（人工授精和Medicare承保的相關服務除外）	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
美容手術或程序	如為意外受傷所需或為改善身體畸形部位的機能，亦屬於承保範圍 全乳房切除手術後之乳房重建的所有階段，以及為了建立對稱外觀而對非患側乳房所進行的乳房重建均屬於承保範圍
監督護理 監督護理是指不需要由受過訓練的醫療或輔助醫療人員提供持續照顧的個人護理，例如協助您從事沐浴或更衣等日常活動的護理	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
選擇性或自願性改善程序或服務（包括減重、生髮、性功能、體育表現、美容用途、抗老及精神表現）	如為醫療上必要的服務且屬於Original Medicare的承保範圍則可獲得承保。
實驗性醫療和外科手術、設備和藥物 實驗性程序和用品是指經由Original Medicare判定為未獲得醫學界普遍接受的項目和程序	可能由Original Medicare承保，或由本計劃承保，前提是Medicare核准的臨床試驗研究（有關臨床試驗研究的更多資訊，請參閱第3章第5節）
眼鏡和隱形眼鏡	每次植入人工水晶體的白內障手術後，都會提供一副帶標準鏡架的眼鏡（或一副隱形眼鏡）。

不屬於Medicare承保範圍的服務	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
由您近親或家人所收取的醫護費用	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
全職居家護理	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
助聽器或裝配助聽器所需的檢查	此除外項目不適用於屬於Medicare承保範圍的人工電子耳和骨導式外部助聽裝置。
家居送餐服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
家政管理人服務包括基本家務協助，其中又包括簡單保潔或準備簡單餐點。	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
按摩治療	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
自然療法服務（使用自然或替代治療）	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
白內障手術後所需的非傳統型人工晶狀體 (Intraocular Lenses, IOLs)（例如：矯正老花眼的IOL）	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
骨科手術鞋或足部支撐裝置	屬於腿部支架的一部分且包含在支架費用中的鞋子。患有糖尿病足部疾病的患者適用的矯正或治療鞋具
醫院或專業護理設施內的私人用品，如電話或電視	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
(1) 為了就業或保有工作或為了參與僱員計劃所必需；(2) 為了投保或獲得執照所必需；或 (3) 依據法庭命令或者假釋或緩刑所必需的體檢及其他服務	如果網絡醫生判定該服務為醫療上必要的或醫療上適當的預防性護理，則可獲得承保。
私人看護	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
醫院單人病房	僅在醫療上必要的情況下才屬於承保範圍
能力、資質、智力或興趣的心理測驗	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍

不屬於Medicare承保範圍的服務	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
僅提供小幅度外觀改善或是為了改變或重塑身體正常結構以達到改善外觀之目的而進行的重建手術	我們承保為了矯正或修復因先天性缺陷、發育異常、意外受傷、創傷、感染、腫瘤或疾病而導致的身體結構異常所需的重建手術，但條件是網絡醫生必須判定該重建手術是為了在可能的範圍內改善身體機能或建立正常外觀所必須。
絕育復原手術程序及非處方避孕用品	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
例行脊柱神經護理	矯正半脫位的脊柱徒手推拿屬於承保範圍
常規眼科檢查、眼鏡、放射狀角膜切開術、LASIK手術及其他低視力輔助設備	每次植入人工水晶體的白內障手術後，都會提供一副帶標準鏡架的眼鏡（或一副隱形眼鏡）。
常規足部護理	根據Medicare準則提供部分有限承保（例如：如果您患有糖尿病）
例行聽力檢查	Medicare在醫生開立醫囑的前提下，承保診斷性聽力檢查和平衡檢查。
根據Original Medicare標準而經認定為不合理和非必要的服務	除外項目不適用於本計劃承保但Original Medicare不承保的服務或用品。
在退伍軍人事務部 (Veterans Affairs, VA) 所屬設施為退伍軍人所提供的服務	當在VA醫院接受急診服務且VA費用分擔高於本計劃費用分擔時，我們將會為退伍軍人補償該差額。會員仍需負擔本計劃的費用分擔額。
與非承保服務或用品有關的服務	當某項服務或用品不屬於承保範圍時，所有與該非承保服務或用品有關的服務均屬於除外項目，(1) 除非該服務或用品是我們為了治療與非承保服務或用品相關的併發症所會承保的項目；或 (2) 除非是根據 Medicare 準則承保。
指由無執照或無證照人員即可安全有效提供的服務，提供健康護理服務的人員無需持有由政府核發的執照或證照，且會員的病情無需由執照醫護人員提供服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
自願性絕育手術復原服務	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍

不屬於Medicare承保範圍的服務	僅有在特殊情況下屬於承保範圍
使用客車、計程車、公車、可裝載輪床之廂型車、可裝載輪椅之廂型車或任何其他類型的交通工具（執照救護車除外）所提供的交通運輸服務，即使這是前往網絡醫護人員處的唯一方式	不論在任何情況下皆不屬於承保範圍
交通及住宿費用	我們可能會根據本計劃旅行和住宿指南，支付我們預先授權的某些費用。

第5節 夏威夷牙科服務牙科除外項目與限制

不受保項目

以下情況屬於除外情況，不屬於HDS計劃的賠付範圍：

- 醫療福利表中未作為福利包括的服務；
- HDS程序代碼指南中未涵蓋的程序代碼的服務；
- 矯正或緩解先天畸形的服務，包括但不限於顎裂、上下顎畸形、琺瑯質發育不全、氟斑牙和無牙症；
- 矯正咬合的服務，以及為改變、恢復或維持咬合所必需的智齒結構損失的替代服務，包括但不限於增加垂直尺寸、平衡、牙周夾板、正畸夾板、其他夾板、修復因磨損、擦傷、拔牙或顫下頷關節（「TMJ」）造成的牙齒結構損失、修復牙齒錯位、牙齒病理學記錄，以及顫下頷關節紊亂的治療；
- 住院費用（包括急診室就診費用）；
- 糾正或治療工傷賠償或其他雇主責任法所涵蓋的傷害或狀況的服務；
- 美容服務，包括但不限於外科整容、琺瑯質發育不全、氟斑牙、無牙症治療；
- 牙齒美白，除非與牙髓變色和/或臨床確定牙齒已死亡有關的特殊情況；
- 救護車服務和任何其他交通工具；
- 由政府實體、會員的醫療計劃或其他方支付的服務；以及
- 會員收到的服務所徵收的所有稅金。

承保範圍限制

- 服務必須是臨床上必要的、在專業護理標準範圍內提供的、並且屬於HDS計劃支付的承保福利。根據臨床需要，包括在專業護理標準內提供的診斷和預防性服務。如果服務屬於承保福利，但不是臨床上必要的，或不符合專業護理標準的服務，則HDS計劃不會支付該服務的費用。
- 如果HDS計劃設有計劃最高限額，則HDS為會員支付的總HDS份額將不會超過本計劃最高限額。但是，如果HDS計劃具有診斷和預防豁免，則診斷和預防性服務的HDS份額不適用於計劃最高限額。HDS計劃不支付超出計劃最高限額的服務費用。
- 如果HDS計劃設有最高自付額，則當患者分擔金額超過最高自付額時，HDS計劃將按照100%的HDS共付百分比支付承保福利。為了計算最高自付費用，患者分擔金額不包括為非承保服務支付的費用、提交的金額與允許的替代福利金額之間的差額，以及提交的金額與從非參與牙醫處獲得的服務的允許金額之間的差額。
- 若福利類別設有最高限額，則HDS為會員在該福利類別內服務所應支付的HDS總份額將不會超過該最高限額。福利類別中超過最高限額的服務費用將不會由HDS計劃支付。
- 如果HDS計劃對某項服務設有免賠額，則在達到免賠額之前，HDS計劃不會支付該服務的費用。
- 如果HDS計劃對某項服務設有等待期，則會員必須連續註冊等待期後，HDS計劃才會支付該服務的費用。
- 對於不符合年齡限制的會員，如果提供的服務有年齡限制，則HDS計劃不會支付該服務的費用。
- 無論先前的服務是否由其他計劃支付，超出頻率限制的服務均不會由HDS計劃支付。
- 不符合HDS程序代碼指南中所述標準的服務將不會由HDS計劃支付。
- 對於由兩名或兩名以上牙醫在單一治療計劃下提供的服務，HDS計劃僅向一名牙醫支付費用。
- 會員必須通知牙醫他們在HDS計劃下的承保範圍。如果會員未能通知牙醫其在HDS計劃下的承保範圍，則HDS無需承擔支付該服務的義務，而會員有義務支付該服務費用。
- 所有服務索賠必須在服務日期後12個月內以HDS可接受的形式連同所有必需文件一起提交給HDS。索賠表格可在HDS網站上取得。如果某項服務是由HDS參與牙醫或Delta Dental參與牙醫執行的，則如果牙醫未能在服務日期後的12個月內以HDS可接受的格式向HDS提交索賠以及所有必需的文件，則HDS和會員均無義務支付該服務費用。如果服務是由非參與牙醫執行的，則如果牙醫或會員未能在服務日期後12個月內以HDS可接受的格式向HDS提交索賠以及所有必需的文件，則HDS無需承擔支付該服務的義務。

- 福利協調
 - 會員將在服務期間告知其牙醫其所參加的所有牙科計劃。
 - 當會員同時享有多項牙科計劃時，HDS將應用不時修訂的國家保險監督官協會規則來確定每項牙科計劃的賠償順序。
 - 如果會員參加多個牙科計劃，HDS份額和其他牙科計劃付款總額將不會超過HDS計劃所允許的承保福利金額。
 - 當HDS計劃為主要計劃時，會員在HDS計劃下的福利將先於其他牙科計劃的福利確定和支付。
 - 當HDS計劃次於其他牙科計劃時，會員在HDS計劃下的福利將在其他牙科計劃支付後確定並支付。由於主要牙科計劃的付款，HDS計劃下的HDS份額可能會減少或取消。

第5章： 使用D部分藥物的計劃承保範圍

如何獲取藥物費用相關資訊？

由於您符合Medicaid入保條件，因此您有資格且可通過Medicare獲得「額外補助」，以用其支付您的處方藥計劃費用。由於您有參加「額外補助」計劃，本《承保範圍說明書》中一些有關D部分處方藥費用的資訊將不適用於您。我們向您發送了一份單獨的插文，稱為獲得處方藥額外補助的人員的承保附加證明（也稱為低收入補助附加險或LIS附加險），其中會告知您，您的藥物保險範圍。如果您沒有此說明書，請致電會員服務部 1-800-805-2739（TTY使用者請撥打 711）並索取LIS附加險。（會員服務部的電話號碼列印於本文件的封底。）

第1節 本計劃D部分藥物的基本承保規定

請參閱第4章的醫療福利圖表，以瞭解Medicare B部分的藥物福利和安寧服務藥物福利。

除了屬於Medicare承保範圍的藥物之外，某些處方藥屬於Medicaid福利的承保範圍。藥物清單將會為您說明如何查詢Medicaid的藥物承保範圍。

一般而言，只要您遵守下列基本規定，本計劃即會承保您的藥物：

- 您必須讓醫護人員（醫生、牙科醫生，或其他處方醫師）或其他醫護人員為您開具處方，該處方根據適用的州法律必須有效。
- 您的處方醫師必須在Medicare的除外項目或排除名單之外。
- 您通常必須使用網絡藥房來配藥（請參閱第2節），或者您也可以透過所投保計劃的郵購服務來配藥。
- 您的藥品必須在本計劃的《2027年完整承付藥物手冊》中（請參閱第3節）。
- 您的藥物必須用於醫學上公認的適應症。「醫學上公認的適應症」是指使用獲得FDA核准或有特定參考書籍可以提供佐證的藥物。（請參閱第3節以瞭解更多有關醫學上公認的適應症資訊。）
- 您的藥物可能需要根據某些標準獲得本計劃的核准，然後我們才同意承保。（請參閱第4節以瞭解更多資訊）

第2節 在網絡藥房或通過本計劃的郵購服務配藥

大多數情況下，*僅有*在您於我們網絡藥房配藥的情況下，您的處方藥才可獲得承保。
（請參閱第2.4節，瞭解我們何時承保在網絡外藥房配的處方藥。）

網絡藥房是指和本計劃簽有合約以為您提供承保藥物的藥房。「承保藥物」一詞是指屬於本計劃「藥物清單」範圍的所有計劃D部分藥物。

第2.1節 網絡藥房

尋找您所在地區的網絡藥房

如欲尋找網絡藥房，您可查看《醫護人員和藥房名錄》、造訪我們的網站 (kp.org/directory)，和/或致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

您可前往本計劃的任何網絡藥房。

如果您的藥房退出我們的網絡

如果您使用的藥房離開本計劃的網絡，您需要尋找新的網絡藥房。如需尋找您所在地區的其他藥房，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）或使用《醫護人員和藥房名錄》。您也可以在我们的網站上找到相關資訊，網址為kp.org/directory。

專科藥房

有些處方必須在專科藥房配藥。專科藥房包括：

- 提供居家靜脈注射治療藥物的藥房。
- 為長期安養 (Long-Term Care, LTC) 設施的住院者提供藥物的藥房。通常，LTC設施（例如療養院）皆有其自己的藥房。如果您在LTC機構中難以獲得計劃D部分藥物，請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。
- 為印第安人健康服務/部落/城市印第安人健康服務（不波多黎各提供）提供服務的藥房。除非發生緊急情況，否則僅有美國原住民或阿拉斯加原住民才可使用本計劃網絡內的這些藥房。I/T/U藥房必須位於本計劃的服務區內。
- 負責發配FDA限制僅能在特定地點發配藥物或需要特殊處理、醫護人員協調或用藥教學用藥物的藥房。若要尋找專科藥房，請查看《醫護人員和藥房名錄》 (kp.org/directory)，或致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

第2.2節 本計劃的郵購服務

您可使用本計劃的網絡郵購服務獲取某些類型的藥物。通過郵購提供的藥物通常是您因為慢性或長期醫療病症而需定期服用的藥物。這些藥物在我們的「藥物清單」中標示為**郵購藥物**。

本計劃的郵購服務可讓您訂購最多100天的藥量。

如欲瞭解以郵購方式配藥的相關資訊，請造訪您本地的Kaiser Permanente藥房或致電郵購藥房，電話：808-643-7979（TTY使用者請撥打711），服務時間為週一至週五上午8點至下午5點，您可通過下列方式方便地訂購續配處方藥：

- 可在kp.org/refill網站上安全註冊並訂購。
- 致電我們的郵購藥房，電話：808-643-7979（TTY使用者請撥打711）。

當您通過網絡、電話或書面的方式訂購寄送到府的續配藥物時，您必須在訂購時支付費用分擔（一般USPS郵件服務無需運費）。如果您願意的話，您還可指定一家您希望領藥和支付處方費用的網絡藥房。如果您對自己的處方是否可通過郵購配送有疑問，或者您欲查看藥物清單中有關可以通過郵購配送的藥物資訊，請與網絡藥房聯絡。

通常，在郵購藥房訂購的藥物將在5天之內寄送給您。如果您的郵購處方延遲了，請致電上述或您處方藥瓶標籤上所列的電話號碼以尋求協助。此外，如果您不願等待經由我們郵購藥房寄送的處方藥，您可致電《醫護人員和藥房名錄》(kp.org/directory) 中所列的當地網絡零售藥房，獲取緊急藥量。請注意，如果您不是向我們的郵購藥房訂購，而是從網絡零售藥房取得100天藥量，您將要支付較高的費用。

通過郵購續配處方。如欲進行續配，請在您目前的處方藥即將用完至少5天前與藥房聯絡，以確保您下一批訂購的藥物能夠準時送達。

您也可以選擇加入自動續配計劃。根據這項計劃，當我們的記錄顯示您的藥物即將用完時，我們將自動開始處理您的下一次續配。藥局會在每次寄出續配藥物之前與您聯絡，以確認您是否需要更多藥物；如果您已有足夠的藥物或藥物已更換，您可以取消預定的續配。

如果您選擇不使用我們的自動續配計劃，但仍希望郵購藥房寄送您的處方藥，請在您的現有處方藥即將用完前5天聯絡您的藥房。這樣可以確保您訂購的藥物能夠準時送達。

如需取消自動郵寄續配服務，請透過以下方式與我們聯絡：

- 致電我們的郵購藥房尋求幫助，電話：808-643-7979 (TTY 711)，服務時間為週一至週五上午8點至下午5點，或；
- 造訪我們的網站：kp.org/refill，並依照以下步驟操作：

View Pharmacy（查看藥局）→Auto Refill（自動續配）Manage Auto Refill（管理自動續配）→Remove this medication from Auto Refill（從自動續配清單中移除此藥物）

如果您收到郵寄但您不需要的自動續配藥物，您可能符合退款資格。

第2.3節 如何取得藥物的長期藥量

當您領取藥物的長期藥量時，您的成本分擔可能會較低。本計劃提供**2種方式**供您領取本計劃「藥物清單」上所列之維持型藥物的長期藥量（亦稱為延長藥量）。（維持型藥物指您因為慢性或長期病症而需定期服用的藥物。）

1. 本計劃網絡中的部分零售藥房可讓您領取維持型藥物的長期藥量。您的《醫護人員與藥房名錄》(kp.org/directory) 將會為您說明本計劃網絡中，哪些藥房可為您提供維持型藥物的長期藥量。如需瞭解更多資訊，請致電會員服務部**1-800-805-2739**（TTY使用者請撥打**711**）。
2. 您還可以通過我們的郵購計劃獲得維持型藥物。請參閱第2.2節以瞭解更多資訊。

第2.4節 使用不屬於本計劃網絡的藥房

一般而言，我們僅在您無法使用網絡藥房的情況下才會承保您在網絡外藥房所配的藥物。請先致電會員服務部**1-800-805-2739**（TTY使用者請撥打**711**）進行諮詢，看看附近是否有網絡藥房。

我們僅在以下情形下承保您在網絡外藥房配領的處方藥：

- 如果您在美國及其領土境內但在服務區外旅行，且您生病或您的計劃D部分承保處方藥用完了，那麼，我們將會在少數非慣例的情況下，根據Medicare D部分保險承付藥物手冊承保您在網絡外藥房所配領的處方藥。
- 如果您在接受承保網絡外急診護理或區域外緊急醫護的同時需要Medicare計劃D部分處方藥，我們最多將會承保您通過網絡外藥房所取得的**30天藥量**。注意：在美國及其領土境外所開立和提供的處方藥若屬於急診護理或緊急醫護承保範圍的一部分，則在**30天**期間最多可獲得**30天藥量**的承保。這些藥物不屬於Medicare計劃D部分的承保範圍；因而，這些藥物的給付不得計入用於達到災難性承保階段的限額。
- 如果由於在合理的行車距離範圍內沒有提供**24小時**服務的網絡藥房，因而使您無法在服務區內及時取得承保藥物。如果一個人在合理情況下可在正常營業時間於網絡藥房購買藥物，則我們可能不會承保您的處方藥。
- 如果您要配藥的藥物是可使用的網絡藥房通常沒有存貨的藥物或該藥物無法通過郵購藥房取得（包括高價藥物）。
- 如果您在災難期間無法從網絡藥房獲得處方藥。

如果您必須使用網絡外藥房，您通常必須在配藥時支付全部成本（而不是正常分擔成本）。您可針對我們應付的費用分擔額向我們申請費用報銷。（請參閱第7章第2節，以瞭解如何要求本計劃償還您的款項。）您可能必須支付您在網絡外藥房取得該藥物時所支付之費用與您在網絡藥房取得該藥物時我們會承保的費用之間的差額。

第3節 您的藥物必須列於計劃的「藥物清單」中

第3.1節 「藥物清單」將會說明哪些計劃D部分藥物在承保範圍內

本計劃提供《2027年完整承付藥物手冊》（承付藥物手冊）。在本《承保範圍說明書》，我們將其簡稱為「藥物清單」。

本清單中的藥物是由本計劃在醫生和藥劑師的幫助下選擇的。本清單符合Medicare的要求，並且已經過Medicare核准。

藥物清單上包含屬於Medicare D部分承保範圍的藥物。除了屬於Medicare承保範圍的藥物之外，某些處方藥屬於Medicaid理賠的承保範圍。藥物清單將會為您說明如何查詢Medicaid的藥物承保範圍。

只要您遵守本章所述的其他承保規定且藥物是用於醫學上公認的適應症，我們通常都會承保本計劃「藥物清單」上所列的藥物。醫學上公認的適應症是指符合下列任何一種條件的藥物使用方式：

- 經由FDA核准，用於開藥處方所針對的診斷或病症，或
- 受到某些參考書籍的支持，包括American Hospital Formulary Service Drug Information以及Micromedex DRUGDEX Information System。

藥品清單包括品牌藥、學名藥和生物製品（可能包括生物仿製藥）。

品牌藥是一種以藥品製造商擁有的商標名稱銷售的處方藥。生物製品比典型藥物更複雜。在藥物清單上，當我們提到「藥物」時，這可能是指藥物或生物製品。

學名藥是含有與品牌藥相同的活性成分的處方藥。某些生物製品有被稱為生物仿製藥的替代品。一般而言，學名藥和生物仿製藥與品牌藥或原創生物製品具有同等效力，且費用通常較低。許多品牌藥會有學名藥替代品，部分原創生物製品會有生物仿製藥替代品。一些生物仿製藥是可替換的生物仿製藥，根據州法律，可以替代藥房的非處方類原創生物製品，就像學名藥可以替代品牌藥一樣。

有關藥物清單中可能包含的藥物類型的定義，請參閱第12章。

藥品清單上沒有列出的藥品

本計劃並不承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何Medicare計劃涵蓋某些類型的藥物。（有關更多資訊，請參閱第7節。）
- 其他情況則是我們自己決定不將特定藥物納入藥物清單中。在部分情況下，您也許可以獲得不屬於「藥物清單」上的藥物。（如需更多資訊，請參閱第9章。）

請聯絡Medicaid以查詢哪些藥物屬於Medicaid的承保範圍（聯絡資訊請見第2章）。

第3.2節 藥物清單上的藥物共有六個費用分擔層級

本計劃「藥物清單」內的所有藥物分屬六個費用分擔層級中的其中一個層級。一般而言，層級越高，您需要支付的藥費也越高：

- 費用分擔層級1：首選學名藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 費用分擔層級2：學名藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 費用分擔層級3：首選品牌藥（此層級包括學名藥和品牌藥）。
- 費用分擔層級4：非首選品牌藥（此層級包括學名藥和品牌藥）。
- 費用分擔層級5：特殊藥物層級（此層級包括學名藥和品牌藥）。
- 費用分擔層級6：注射用計劃D部分疫苗（此層級僅包括品牌藥）。

如要確定您的藥物屬於哪個費用分擔層級，請查閱本計劃的「藥物清單」。您在每個分攤費用層級中支付的藥物費用顯示在第6章。

第3.3節 如何得知某特定藥物是否列在藥物清單中

若要瞭解您服用的藥物是否列在藥物清單上，可選擇以下選項：

- 查看我們以電子方式提供的最新版藥物清單。
- 造訪本計劃的網站 (kp.org/seniorrx)。網站上的「藥物清單」（《2027年完整承付藥物手冊》）隨時保持最新狀態。
- 致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請致電711）以瞭解某種藥物是否在本計劃的「藥物清單」（《2027年完整承付藥物手冊》）中，或索取該清單的副本。
- 使用本計劃的「即時福利工具」（kp.org/seniorrx）在藥物清單上搜尋藥物，以估算您需要支付的費用，並查看藥物清單上是否有可以治療相同疾病的替代藥物。您也可以致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

第4節 受承保限制的藥物

第4.1節 為何某些藥物有限制

對於部分處方藥，會有特殊規定並限制本計劃承保的方式和時間。醫生和藥劑師團隊制定了這些規定，並建議您以及您的醫護人員通過最有效的方式使用藥物。如欲瞭解這些限制當中是否有任何限制適用於某種您正在服用或欲服用的藥物，請查看藥物清單。

如果安全且費用較低的藥物與費用較高的藥物醫療效用相當時，該計劃的規定旨在鼓勵您及醫護人員使用費用較低的選項。

請注意，有時某項藥物可能會不止一次出現在藥物清單中。這是因為相同的藥物可能因為保健業者所開立的劑量、數量或劑型不同而有所差異，而且不同限制或成本分擔可能適用於不同版本的藥物（例如，10毫克與100毫克；每天服用一次與每天服用2次；藥片與液態藥物）。

第4.2節 限制類型

如果您的藥物有限制，這通常代表您或醫護人員必須採取額外步驟，本計劃才會承保該藥物。請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），瞭解您或您的醫護人員可以採取哪些措施來獲得該藥物的承保。如果您希望我們為您免除該限制，您將需使用承保決定程序並向我們申請進行例外處理。我們可能會也可能不會同意為您免除該限制。（請參閱第9章。）

事先取得計劃核准

針對特定藥物，您或您的醫護人員需要事先取得本計劃的核准，我們才會同意為您承保該藥物。這稱為**事先授權**。這是為了確保藥物安全，並幫助指導部分藥物的適當使用。如果您未取得此核准，您的藥物可能無法獲得本計劃的承保。本計劃的事先授權標準可以透過致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請致電711），或造訪我們的網站：

kp.org/seniorrx。

第5節 如果您的某種藥物沒有以您希望的方式獲得承保，您可以做些什麼

在某些情況下，您服用的處方藥，或您和您的醫護人員認為您應該服用的處方藥不在藥物清單上或者會受到限制。例如：

- 該藥物可能完全無法獲得承保。或者該藥物的學名藥版本屬於承保範圍，但您欲服用的品牌藥版本不屬於承保範圍。
- 該藥物屬於承保範圍，但承保有額外規定或限制。

- 該藥物屬於承保範圍，但其所屬的成本分擔層級使您的成本分擔較您所認為的要高。
- 如果您的藥物所屬的費用分擔層級使您的費用較您認為的要高，請參閱第5.1節以瞭解您可採取的行動。

如果您的藥物不在藥物清單上或受到限制，您可以採取以下措施：

- 您也許可以取得藥物的暫時藥量。
- 您可改用其他藥物。
- 您可申請**例外處理**並要求本計劃承保該藥物或解除對該藥物的限制。

您可能可以取得暫時藥量

在部分情況下，本計劃必須提供您已經服用藥物的暫時藥量。此種暫時藥量可讓您有時間與您的醫護人員討論承保變更事宜。

如需獲得暫時藥量的資格，除非您持續服用的藥物必須不在本計劃的藥物清單上，或者目前有某方面的限制。

- 如果您是**新會員**，您加入計劃的前**90天**內暫時藥量的藥物屬於我們的承保範圍。
- 如果您去年入保本計劃，日曆年度前**90天**內暫時藥量的藥物屬於我們的承保範圍。
- 此暫時藥量的上限將為**30天**。如果您處方開立的天數較短，我們將會允許您多次配藥，直到我們提供的藥量達到**30天**的上限為止。您必須在網絡藥房配藥。（請注意，長期護理藥房為了避免浪費可能每次提供較少的藥量。）
- 對於已加入本計劃超過**90天**且目前已入住於長期照護設施並立即需要供藥的會員：我們將會承保一次**31天**特定藥物的急診供藥，或者如果您處方開立的天數較短，我們將會承保較少藥量。這是上述暫時藥量以外的部分。
- 針對**醫護服務等級變更的現籍會員**：如果您入住醫院、專業護理機構或長期護理設施，或者您從醫院、專業護理院或長期護理設施轉至其他護理場所或出院返家，這稱為醫護服務等級變更。當您的醫護服務等級發生變化時，您可能需要額外配藥。在此醫護服務等級轉換期間，我們通常最多會承保您D部分藥物一個月的藥量，即使該藥物未列於藥物清單上也不例外。

如對臨時供應有疑問，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

在您領取藥物的暫時藥量期間，您應與您的醫護人員洽詢，以決定暫時藥量用完之後應如何處理。您有2個選擇：

選項1：您可改用其他藥物

與您的醫護人員討論，是否我們的計劃承保另一種可能對您有同樣效果的藥物。請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），索取治療相同疾病的承保藥物清單。該清單將可協助您的醫護人員尋找可能適用於您的承保藥物。

選項2：您可申請例外處理

您及您的醫護人員可要求按計劃為您進行例外處理，並通過您希望的方式承保藥物。如果您的醫護人員表示您有向我們申請例外處理的正當醫療理由，您的醫護人員可協助您申請例外處理。例如，即使某項藥物未列在本計劃的「藥物清單」中，您也可要求我們承保該藥物。或者您可要求按照本計劃進行例外處理並在沒有限制的情況下承保該藥物。

如果您及您的醫護人員欲向我們申請例外處理，請參閱第9章第7.4節，瞭解該採取哪些行動。該章節將會說明Medicare所制定的程序和期限，以確保您的申請獲得及時且公平的處理。

第5.1節 如果您認為您的藥物的費用分擔層級過高，該怎麼做？

如果您認為您藥物的費用分擔層級過高，以下是您可採取的行動：

您可改用其他藥物

如果您認為您的藥物的費用分擔層級過高，請向您的醫護人員洽詢。在費用分擔較低的層級中，也許有其他藥物對您有同樣效果。請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），索取治療相同疾病的承保藥物清單。該清單將可協助您的醫護人員尋找可能適用於您的承保藥物。

您可申請例外處理

您及您的醫護人員可要求按計劃對藥物的費用分擔層級進行例外處理，以降低您所需支付的藥物費用。如果您的醫護人員表示您有向我們申請例外處理的正當醫療理由，您的醫護人員可協助您申請承保規定的例外處理。

如果您及您的醫護人員欲向我們申請例外處理，請參閱第9章第7.4節，瞭解該採取哪些行動。該章節將會說明Medicare所制定的程序和期限，以確保您的申請獲得及時且公平的處理。

屬於特殊藥物層級（層級5）的藥物不符合此類例外處理的資格。我們將不會降低屬於該層級藥物的費用分擔額。

第6節 我們的藥物清單可能會在一年當中有所變更

大多數藥物承保範圍的變更都發生於每年的年初（1月1日）。而在本年當中，本計劃可以針對我們的「藥物清單」進行部分變更。例如，本計劃可能：

- 新增或移除「藥物清單」中的藥物
- 將藥物移至較高或較低的費用分擔層級
- 增加或取消對承保藥物的限制
- 以學名藥版本取代品牌藥
- 用可互換的生物相似藥取代原有的生物製劑

在變更藥物清單之前，我們必須遵守Medicare的規定。

藥物承保範圍變更資訊

當「藥物清單」發生變更時，我們會將這些變更資訊公布在我們的網站上。我們還會定期更新我們的線上藥物清單。有時，如果您服用的藥物發生變化，您會直接收到通知。

本計劃年度內對您有影響的藥物承保變更

- 將新藥物添加到我們的藥物清單中，並立即刪除或更改我們的藥物清單上的類似藥物。
 - 我們可能會立即從藥品清單中刪除類似藥物，將類似藥物移至不同的分攤費用層級和/或添加新的限制。新版本的藥物會列於相同或較低的費用分擔層級，同時具有相同或較少的限制。
 - 只有當我們添加品牌藥的新版學名藥或添加已列於藥物清單上的原創生物製品的某些新版生物仿製藥時，我們才會立即進行這些變更。
 - 即使您正在服用我們要移除或變更的藥物，我們也可能會立即進行這些變更並稍後通知您。如果您在我們進行變更時正在服用類似藥物，我們將會為您提供有關具體變更的相關資訊。
- 在事先通知的情況下，將藥物加入我們的藥物清單中，並刪除或變更我們藥物清單上的類似藥物。
 - 將另一版本的藥物加入藥物清單時，我們可能會立即從藥物清單中刪除類似藥物、將類似藥物移至另一個費用分攤層級、添加新的限制，或兩者都進行。我們添加的藥物版本會列於相同或較低的費用分擔層級，同時具有相同或較少的限制。
 - 只有當我們添加品牌藥的新版學名藥或添加已列於藥物清單上的原創生物製品的某些新版生物仿製藥時，我們才會立即進行這些變更。

- 我們將在進行變更之前至少30天通知您，或告知您變更情況並承保您正在服用的藥物版本的30天補充藥量。
- **刪除不安全的藥物以及列於藥物清單上且已從市場上下架的其他藥物。**
 - 有時某種藥物可能被認定為不安全的，或由於其他原因從市場下架。如果發生此類情況，我們可能會立即將該藥物從「藥物清單」中移除。如果您正在服用該藥物，我們會在做出變更後告訴您。
- **對藥物清單上的藥物進行其他變更。**
 - 我們可能會在一個年度開始之後針對您正在服用的藥物進行其他變更。例如，我們也可能會根據FDA的黑框警告或根據獲得Medicare認可的新臨床準則進行變更。
 - 我們將在進行這些變更之前至少30天通知您，或告知您變更情況並額外承保您正在服用的藥物版本的30天補充藥量。

如果我們對您正在服用的任何藥物進行任何這些變更，請與您的處方醫生討論最適合您的方案，包括改用另一種藥物治療您的病症，或請求做出承保決定以滿足對您正在服用的藥物的任何新限制。您或您的處方醫師可以要求我們例外處理，以繼續承保您一直服用的藥物或藥物版本。有關如何請求承保決定（包括例外處理）的更多資訊，請參閱第9章。

在本計劃年度不會對您造成影響的藥物清單變更

我們可以在以上未說明的藥物清單上進行變更。在這些情況下，如果在變更時您正在服用該藥物，則您不適用於該項變更；然而，如果自明年1月1日起的計劃年度內，您在相同的計劃中，則這些變更有可能影響到您。

一般而言，在當前計劃年度中不會對您產生影響的變更包括：

- 我們將您的藥物移至較高的費用分擔層級。
- 我們針對您的藥物使用設定了新的限制。
- 我們將您的藥物從藥物清單中移除。

如果您正在服用的藥物發生這些變更（藥物從市場上下架、學名藥取代品牌藥或上一節所述的其他變更），該變更將不會對您所服用的藥物造成影響，或者該變更在明年的1月1日之前將不會對您需支付的費用分擔造成影響。

我們不會在當前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清單（在開放入保期間提供的清單），以瞭解您正在服用的藥物是否有任何變更，在下一個計劃年度會對您產生影響。

第7節 我們不承保的藥物類型

某些處方藥不包含在內。這表示Medicare不給付這些藥物。

如果您進行上訴，且請求承保的藥物沒有被排除在計劃D部分之外，我們將會對其給付或承保。（有關針對決定進行上訴的資訊，請參閱第9章。）

以下是有關根據計劃D部分規定Medicare藥物計劃不會承保藥物的3項一般性規定：

- 該計劃的D部分藥物承保範圍無法承保Medicare A部分或B部分承保的藥物。
- 本計劃無法承保在美國或其境外所購買的藥物。
- 在藥物使用無特定參考資料（例如American Hospital Formulary Service Drug Information與DRUGDEX Information System）可以提供佐證的情況下，不能獲得藥品標籤核准適應症以外使用的承保。藥品標籤核准適應症以外使用是指通過獲得FDA核准之藥品標籤上所示以外的任何方式使用藥物。

而根據法律規定，下列類別的藥物不屬於Medicare的承保範圍。但是，這些藥物當中的某些藥物可能屬於您的Medicaid藥物保險的承保範圍（請與Medicaid機構聯絡瞭解詳細資訊）：

- 無需處方即可取得的藥物（又稱為非處方藥）
- 用於提升生育力的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容用途或用於促進頭髮生長的藥物
- 處方維他命和礦物質產品，但孕婦用維他命和氟製劑除外
- 用於治療性功能障礙或勃起障礙的藥物
- 用於治療神經性厭食症、減重或增重的藥物
- 作為販售條件，門診藥物的製藥商要求僅能購買該製藥商獨家提供的相關檢驗或監測服務

如果您接受「額外補助」來支付處方費用，則「額外補助」計劃將不會支付通常不承保的藥物。但是，如果您通過Medicaid獲得藥物承保，您所在州的Medicaid計劃可能會承保Medicare藥物計劃通常不承保的一些處方藥。請與您的州政府Medicaid計劃部門聯絡以確認您可獲得哪些藥物承保。（您可在第2章第6節找到Medicaid部門的電話號碼和聯絡資訊。）

第8節 如何配藥

如果您要為您的處方配藥，請在您選擇的網絡藥房提供您的計劃會員資訊（該資訊可以在您的會員卡上找到）。網絡藥房會針對您藥物的費用分擔額自動向本計劃請款。您將需在領取處方藥時向藥房支付您的費用分擔費用。請注意，當您領取屬於Medicare D部分除外項目但Medicaid予以承保的藥物時，將需出示您的Medicaid會員卡。

如果您在配藥時無法提供計劃會員資格資訊，您或藥房可以致電本計劃以取得必要資訊，您也可以要求藥房查找您的計劃入保資訊。

如果藥房無法取得必要資訊，您可能必須在領取藥物時支付處方藥的全額費用。您可在之後針對我們應付的分擔費用向我們申請費用報銷。請參閱第7章第2節以瞭解有關申請費用報銷的資訊。

第9節 在特殊情況下的計劃D部分藥物承保範圍

第9.1節 在醫院或專業護理院住院且該住院屬於本計劃的承保範圍

如果您入住醫院或專業護理院且該住院屬於本計劃的承保範圍，我們通常會承保您在住院期間的處方藥費用。在您從醫院或專業護理院出院之後，只要您的處方藥符合我們在本章中所說明的所有承保規定，本計劃即會承保您的藥物。

第9.2節 如果您是長期護理 (LTC) 設施的住民

通常，長期護理 (LTC) 設施（如護理院）都有其自己的藥房，或為使用某藥房為所有住院者提供藥物。如果您是長期護理設施的住院者，您可通過該設施的藥房或所使用的藥房取得您的處方藥，但條件是該藥房已加入我們的網絡。

請查看《醫護人員和藥房名錄》(kp.org/directory)，瞭解您長期護理設施的藥房或其所使用的藥房是否有加入我們的網絡。如果沒有，或您需要更多資訊或協助，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。如果您住在LTC設施內，我們必須確保您平常能夠通過我們的LTC藥房網絡，取得計劃D部分的福利。

如果您是LTC設施的住戶，並且需要一種不在我們的藥品清單上或受到某種限制的藥物，請參閱第5節，瞭解有關獲取臨時或緊急供應的資訊。

第9.3節 如果您入住Medicare認證的安寧護理機構

安寧護理和本計劃不會同時承保同一種藥物。如果您參加Medicare的安寧護理服務，並且需要因與您末期疾病和相關病症無關而不屬於安寧護理服務承保範圍的藥物（例如抗噁心藥物、瀉劑、鎮痛藥物或抗焦慮藥物），本計劃將必須收到處方醫師或您的安寧護理醫護人員的通知，表示該藥物與您的末期疾病和相關病症無關之後，本計劃才能承保該藥物。

為了預防您延遲取得本計劃承保範圍的藥物，請要求安寧護理醫護人員或處方醫師，在處方請款前提供通知。

如果您選擇退出安寧護理服務或您從安寧護理服務機構出院，則本計劃應承保您的藥物，如本文中所述。為了避免您的Medicare安寧護理服務理賠結束時藥房有任何延遲，請向藥房出示相關文件以證明您已退出服務或出院。

第10節 藥物安全及藥物管理計劃

我們為會員進行藥物使用審查以協助確保會員取得安全且適當的醫護服務。

我們會在您每次配藥時進行審查。我們也會定期審查我們的記錄。在進行審查期間，我們將會注意諸如以下的潛在問題：

- 可能的藥物錯誤
- 由於您正在服用另一種類似藥物來治療相同的病症，因而可能不需要的藥物
- 由於您的年齡或性別等因素而使藥物可能不安全或不適當
- 當您同時服用時可能會對您有害的特定藥物組合
- 含有會使您過敏之成分的藥物處方
- 您正在服用之藥物可能出現藥量（劑量）錯誤
- 不安全的阿片類止痛藥用量

如果我們發現您在用藥上可能存在問題，我們將會與您的醫護人員合作以改正問題。

第10.1節 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們有一項計劃可以協助確保會員安全使用鴉片類處方藥，和其他經常遭到濫用的藥物。此計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您使用阿片類藥物且您通過多名處方醫師或多家藥房取得該藥物，或者如果您近期曾發生阿片類藥物使用過量的情況，我們可能會向您的處方醫師洽詢，以確認您對阿片類藥物的使用是否適當且在醫療上是否必要。如果我們和您的處方醫生共同判定您使用鴉片類處方藥或苯二氮平類 (benzodiazepine) 藥物可能並不安全，我們可能會限制您取得這些藥物的方式。如果我們將您列入DMP中，限制可能包括：

- 要求您通過特定藥房取得您的所有鴉片類處方藥或苯二氮平類處方藥
- 要求您透過某一處方醫師取得您所有的阿片類處方藥或苯二氮平類處方藥
- 限制我們將會為您承保的阿片類藥物或苯二氮平類藥物的藥量

如果我們計劃限制您如何取得這些藥物，或您能得到的藥量，我們會提前向您發出信函。該信函將告知您我們是否會限制對這些藥物的承保，或者您是否需要僅從特定處方醫師或藥房取得這些藥物的處方。您將有機會可以告訴我們您希望使用哪位處方醫師或哪家藥房，以及您認為我們需要瞭解的任何其他資訊。在您有機會做出回應後，如果我們決定限制您使用這些藥物的承保範圍，我們將向您發送另一封確認限制的信函。如果您認為我們的決定有誤或者您不同意我們判定或限制，您和您的處方醫師有權上訴。如果您上訴，我們將審查您的案件並作出新決定。如果我們繼續拒絕您的要求中與限制您獲取藥品有關的任何部分，我們將自動將您的個案寄送給一位未參與本計劃的獨立審查者。請參閱第9章以瞭解如何進行上訴的資訊。

如果您患有癌症相關疼痛或鐮形細胞貧血症等特定病況，或者您正在接受安寧護理服務、緩和療護或臨終護理，或者您正居住在長期護理設施中，您將不會被列入我們的DMP中。

第10.2節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃

我們有一項計劃可協助有複雜健康需求的會員。本計劃稱為Medication Therapy Management (MTM) 計劃。本計劃屬於自願性質且免費。一個由藥劑師和醫生所組成的團隊為我們制訂本計劃，以協助會員確保通過其所服用的藥物獲得最大益處。

部分因某些慢性疾病而服用藥物且藥物成本超過特定金額的會員，或已參藥房管理計劃 (DMP) 協助會員安全使用鴉片類藥物者，可能可以通過藥物治療計劃 (MTM) 獲得服務。如果您符合本計劃的條件，藥劑師或其他健康專業人員會針對您所有的藥物進行全面審查。在審查期間，您可談論您的藥物、成本以及您對處方藥和非處方藥有關的任何問題或疑問。您將取得一份書面概要，其中含有待辦事項清單，包括您應該採取哪些步驟而從藥物中獲得最佳效果。您還會獲得一份藥物清單，其中包含您正在服用的所有藥物、所服的藥量，以及服藥的時間和原因。此外，參加藥物治療管理 (MTM) 計劃的會員將會收到有關安全棄置管制處方藥的資訊。

有關建議您的待辦事項清單和藥物清單，您最好與您的醫生討論。在您前去就診或每當您與醫生、藥劑師及其他醫護人員談話時，請攜帶此份概要。請隨身攜帶最新藥物清單（例如：與您的保險卡存放在一起），以防您需前往醫院或急診室。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動為您加入本計劃並發送相關資訊給您。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會讓您退出本計劃。如對此計劃有任何疑問，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

第6章： 您需為D部分藥物支付的費用

第1節 您需為計劃D部分藥物支付的費用

我們在本章中用「藥物」一詞來代表計劃D部分處方藥。並非所有藥物都是計劃D部分藥物。根據法律規定，某些藥物不屬於計劃D部分承保範圍。部分屬於計劃D部分承保除外項目的藥物屬於Medicare A部分或B部分或Medicaid的承保範圍。

如欲瞭解給付資訊，您需瞭解哪些藥物屬於承保範圍、應至何處配藥，以及在取得承保藥物時應遵守哪些規定。第5章解釋了這些規定。當您使用該計劃的「即時福利工具」(kp.org/seniorrx) 查詢藥物承保範圍時，您看到的費用顯示的是您預計支付的自付費用的估算值。您也可以致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）以獲取「即時福利工具」提供的資訊。

如何獲取藥物費用相關資訊？

由於您符合Medicaid入保條件，因此您有資格且可通過Medicare獲得「額外補助」，以用其支付您的處方藥計劃費用。由於您參加了「額外補助」計劃，因此本《承保範圍說明書》中一些有關計劃D部分處方藥費用的資訊將不適用於您。我們將另外寄給您一份插文，名為「獲得額外補助支付處方藥費用之人士的承保範圍說明書附約」（也稱為「低收入戶補助附約」或「LIS附約」），其中會說明您的藥物承保範圍。如果您未收到此份插文，請致電會員服務部 (1-800-805-2739)（TTY使用者請撥打711）並索取《LIS附約》。

本《承保範圍說明書》說明了下列Dual Complete計劃，這些計劃均包括Medicare Part D的處方藥承保：

- Maui計劃
- Oahu計劃

如果您不確定您入保的是哪個計劃，請致電會員服務部或參閱您的《年度變更通知》封面（或者，如果您是會員，請查閱您的入保申請表或入保確認函）。

第1.1節 承保藥物的自付費用類型

您可能需要支付3種不同類型的計劃D部分承保藥物的自付費用：

- **免賠額**是本計劃開始支付其分擔費用之前，您應支付的藥物費用金額。
- **共付額**是您每次配藥時，應支付的一筆固定金額。
- **共保額**是您每次配藥時，所支付藥物總費用的百分比。

第1.2節 Medicare如何計算您的自付費用

Medicare規定了那些屬於，以及那些不屬於您的自付費用。以下是我們在追蹤自付費用時必須遵循的Medicare規定。

這些費用計入您的自付費用中

您的自付費用**包括**如下所列費用（條件是這些費用用於支付計劃D部分承保藥物，並且您遵守第5章所述的藥物承保規定）：

- 在以下任何藥物付款階段支付的藥費：
 - 免賠額階段
 - 初始保險階段
- 本日曆年度內，您在入保本計劃之前作為另一個Medicare藥物計劃會員所支付的任何費用
- 由家人或朋友為您的藥物所支付的任何費用
- Medicare額外補助、雇主或工會保健計劃、印第安人健康服務、愛滋病藥物援助計劃和大多數慈善機構為您的藥物支付的任何費用

進入災難性承保階段：

您（或代您付費的其他人）在本日曆年度內支付的自付費用合計達到\$2,400之後，您將從初始承保階段進入災難性承保階段。

這些費用不得計入您的自付費用中

您的自付費用**不包括**以下任何類型的費用：

- 您在美國及其領土境外購買的藥物
- 本計劃不承保的藥物
- 在不符合本計劃網絡外承保要求的網絡藥房配發的藥物。
- 非計劃D部分藥物，包括計劃A部分或計劃B部分承保的處方藥和不在Medicare承保範圍內的其他藥物。

- 由某些保險計劃和政府出資設立的保健計劃（例如TRICARE和退伍軍人健康管理部 (VA) 設立的保健計劃）代您支付的藥費
- 依法有義務支付處方藥費用的第三方代您支付的藥費（例如工傷補償）
- 藥廠根據藥廠折扣計劃支付的費用

提醒：若任何其他組織（例如上述的任何組織）代您支付部分或全部自付藥費，您必須依據本計劃致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）告知我們。

追蹤您的總自付費用

- 《D部分理賠說明 (EOB)》包括目前自付費用的總額。當該金額達到\$2,400後，《計劃D部分理賠說明》將會告訴您，您已結束初始承保階段並進入災難性承保階段。
- **確保我們擁有所需資訊。**請參閱第3.1節，瞭解您可以如何幫助確保我們所記錄和您有關的藥費開支為完整且最新狀態。

第2節 Dual Complete會員的藥物付款階段

根據本計劃，您的藥物承保有**3個藥物給付階段**。您支付各處方的金額會依據您領取處方藥配藥或續配時所屬階段而定。本章將解釋每個階段的詳細資訊。階段為：

- **第1階段：年度免賠額階段**
- **第2階段：初始承保階段**
- **第3階段：災難性承保階段**

第3節 您的計劃D部分理賠說明解釋了您處於哪個付款階段

我們的計劃會追蹤您的處方藥費用以及您在藥局取得處方時支付的費用。這樣，我們就可以告訴您何時從一個藥物付款階段進入下一個階段。我們追蹤2種類型的費用：

- **自付費用：**這是您需要支付的金額。其中包括您在獲得計劃D部分承保藥物時支付的費用、家人或朋友為您的藥物支付的任何費用，以及通過Medicare的「額外補助」、雇主或工會保健計劃、印第安人健康服務、愛滋病藥物補助計劃、慈善機構和大多數州政府藥物輔助計劃 (SPAP) 為您的藥物支付的任何費用。
- **藥物總費用：**這是指為您的計劃D部分承保藥物所支付的所有費用總額。其中包括計劃支付的費用、您支付的費用以及其他計劃或組織為您的計劃D部分承保藥物支付的費用。

如果您在前一個月內曾通過本計劃配領一種或多種處方藥，我們將寄給您一份《計劃D部分理賠說明》。《計劃D部分理賠說明》包括：

- **當月資訊。**該報告將向您提供上一個月配藥的付款細節。其中顯示藥物總費用、計劃支付的藥物費用以及您本人支付和他人代您支付的藥物費用。
- **今年1月1日迄今合計。**這顯示了自年初以來的藥物總費用和藥物總付款。
- **藥價資訊。**其中顯示藥物總價，以及每份相同數量的處方理賠與首次配藥相比的價格調漲資訊。
- **可用的低費用替代處方。**其中包含關於每個處方索賠的成本分擔較低的其他可用藥物的資訊（如適用）

第3.1節 協助我們持有最新藥物付款資訊

為了追蹤統計您的藥費和您支付的藥費，我們利用從藥房取得的記錄。以下說明您可以如何協助我們確保您的資訊是正確且是最新的：

- **請在每次配藥時出示會員卡。**這可以幫助我們確認您配取的處方藥和您支付的費用。
- **確保我們擁有所需資訊。**有時您可能需支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會自動取得我們追蹤您的自付費用的所需資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，請向我們提供收據副本。**何時向我們提供購藥收據副本的示例：**
 - 當您以特殊價格或使用不屬於本計劃福利的折扣卡在網絡藥房購買承保藥物時。
 - 當您為根據藥廠病人補助計劃而提供的藥物支付共付額時。
 - 當您在任何時候在網絡外藥房購買承保藥物，或在其他特殊情形下支付全額費用購買承保藥物時。
 - 如果您收到承保藥物的帳單，可要求我們依據本計劃支付我們應分擔的費用。如欲瞭解應如何處理此情況，請參閱第7章第2節。
- **向我們提供關於他人代您支付藥費的資訊。**有些其他人和組織支付的費用也計入您的自付費用。例如，愛滋病藥物協助計劃 (ADAP)、印第安人健康服務和慈善機構代付的藥費均計入您的自付費用。請保存這些付款記錄並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **查核我們寄給您的書面報告。**在您收到我們的《計劃D部分理賠說明》後，請詳細閱讀以確保其中資訊完整且正確無誤。如果您認為缺少某些內容或有任何疑問，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。您也可選擇在線上查看《計劃D部分理賠說明》，而無需通過郵件。請造訪kp.org/goinggreen並登入，瞭解有關在線上安全查看《計劃D部分理賠說明》的詳細資訊。務必保留這些報告。

第4節 免賠額階段

由於本計劃的大多數會員均通過「額外補助」支付其處方藥費用，因此免賠額階段不適用於大多數會員。如果您有獲得「額外補助」，此付款階段不適用於您。

如果您沒有獲得「額外補助」，免賠額階段將是您藥物保險的第一個付款階段。免賠額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人計劃D部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。

針對**Maui計劃**，您每年需為層級3、4和5藥物支付**\$700**的免賠額。在達到本計劃的免賠額前，您必須支付層級3-5藥物的全部費用。對於其他所有藥物，您將無須給付任何免賠額。

對於**Oahu計劃**，您每年將為層級3、層級4和層級5藥物支付的免賠額為**\$700**。您必須支付層級3-5藥物的全額費用，直至您達到本計劃的免賠額。對於其他所有藥物，您將無須給付任何免賠額。

由於本計劃已為大多數藥物向網絡藥房中議定了較低的費用，因此**全額費用**通常會比藥物正常的全額費用低。全額費用不能超過「Medicare藥品價格談判計劃」下協商價格的藥品最高公平價格加上配藥費。

當您為**Maui計劃**或**Oahu計劃**層級3-5藥物支付滿**\$700**時，您將結束免賠額階段，進入初始承保階段。

第5節 初始承保階段

第5.1節 您支付的藥物費用取決於您的藥物和配領處方藥的地點

在初始承保階段，我們依據本計劃為您的承保藥物支付本計劃的分擔費用，而您則支付您的分擔費用（您的共付額或共保額）。您的分擔費用將依您的藥物和配藥地點而異。

本計劃有六個費用分擔層級

本計劃藥物清單內的所有藥物分為六個費用分擔層級中的其中一個層級。一般而言，費用分擔層級越高，您需要支付的藥費也越高：

- 費用分擔**層級1**：首選學名藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 費用分擔**層級2**：學名藥（此層級包括部分品牌藥）。
- 費用分擔**層級3**：首選品牌藥（此層級包括學名藥和品牌藥）。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付**\$0**。
- 費用分擔**層級4**：非首選品牌藥（此層級包括學名藥和品牌藥）。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付**\$0**。
- 費用分擔**層級5**：特殊藥物層級（此層級包括學名藥和品牌藥）。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付**\$0**。
- 費用分擔**層級6**：注射用計劃D部分疫苗（此層級僅包括品牌藥）。

如要確定您的藥物屬於哪個費用分擔層級，請查閱本計劃的藥物清單。

您的藥房選擇

您需為藥物支付的藥費會依您取得藥物的管道而定：

- 網絡零售藥房。
- 不屬於本計劃網絡的藥房。僅在有限的情形下，我們才會承保在網絡外藥房配取的處方藥。有關我們在何種情形下會承保在網絡外藥房配藥的處方，請參閱第5章第2.4節。
- 該計劃的郵購藥房。

欲瞭解更多關於上述藥房選擇和配藥的資訊，請參閱第5章和本計劃的《醫護人員與藥房名錄》(kp.org/directory)。

第 5.2 節 您購買一個月承保藥物藥量的費用

在初始保險階段，您為承保藥物支付的分擔費用是共付額或共保額。

如下表所示，共付額或共保額的金額取決於費用分擔層級。

有時藥物的費用比您的共付額低。在這些情況下，您支付藥物較低的價格，而不是共付額。

您購買一個月承保的計劃D部分藥物的費用

層級	零售成本 分擔（網絡 內） （最多30天 藥量）	郵購成 本分擔 （最多30天 藥量）	長期護理 (LTC) 成本 分擔 （最多31天 藥量）	網絡外成本 分擔 （僅限在特 定情形下承 保；詳情請 參閱第5 章。） （最多30天 藥量）
層級1 - 首選學名藥 （所有計劃）	\$0			
層級2 - 學名藥 （所有計劃）	\$0			
層級3 - 首選品牌藥* （所有計劃）	16%共保額			

層級	零售成本 分擔（網絡 內） （最多30天 藥量）	郵購成 本分擔 （最多30天 藥量）	長期護理 (LTC) 成本 分擔 （最多31天 藥量）	網絡外成本 分擔 （僅限在特 定情形下承 保；詳情請 參閱第5 章。） （最多30天 藥量）
層級4 - 非首選藥物* （所有計劃）	25%共保額			
層級5 - 特殊層級藥物* （所有計劃）	25%共保額			
層級6 - D部分疫苗 （所有計劃）	\$0	層級6中的 藥物無法以 郵購取得。		\$0

無論費用分擔層級如何，即使您尚未支付您的免賠額，您為每種承保胰島素產品的一個月藥量支付的費用不會超過**\$0**。

有關D部分疫苗成本分擔的更多資訊，請參閱第7節。

第5.3節 如果您的醫生開立少於一個月的藥量，您可能無需支付整個月的藥物費用

一般而言，您為藥物支付的金額會涵蓋一整個月。有時您或您的醫生可能想要開立少於一個月的藥量（例如，您第一次嘗試藥物時）。您也可以請您的醫生開立處方，並請藥劑師配發少於一個月的藥量，前提是這樣做有助於您更妥善地規劃續配日期。

如果您收到的某些藥物不足一個月的藥量，您將無需支付整個月的藥量。

- 如果您需支付共保額，您將支付藥物總費用的一定百分比。由於共保額是以藥物的總費用為基礎，而因為藥物的總費用較低，所以您的費用會較低。
- 如果您需支付藥物的共付額，僅需按您所收到藥物的服用天數支付，而不是一整個月。我們會針對您使用的藥物計算您每天的支付額（每日費用分擔費率），然後乘以您取得藥物的天數。

第5.4節 您購買承保的計劃D部分藥物長期（最多100天）藥量的費用

針對某些藥物，您可以取得長期藥量（也稱延長藥量）。此長期藥量最多為100天藥量。

您購買承保的計劃D部分藥物長期（最多100天）藥量的費用

層級	零售成本分擔 (網絡內)		郵購成本分擔	
	31至60 天的藥量	61至100 天的藥量	31至60 天的藥量	61至100 天的藥量
層級1 - 首選學名藥 (所有計劃)	\$0			
層級2 - 學名藥 (所有計劃)	\$0			
層級3 - 首選品牌藥* (所有計劃)	16%共保額			
層級4 - 非首選藥物* (所有計劃)	25%共保額			
層級5 - 特殊層級藥物* (所有計劃)	25%共保額			
層級6 - D部分疫苗 (所有計劃)	層級6中的藥物不提供長期藥量。			

*無論費用分擔層級如何，即使您未支付免賠額，您為每種承保胰島素產品最多2個月藥量支付的費用不會超過\$0，最多3個月藥量支付的費用不會超過\$0。

第5.5節 在本年度自付費用達到\$2,400之前，您將留在初始承保階段

在自付費用達到\$2,400之前，您將留在初始承保階段。然後您會進入災難性承保階段。

您所收到的《計劃D部分理賠說明》可協助您追蹤統計在本年度內，您本人和本計劃以及任何第三方為您支付了多少費用。並非所有會員都能一年內達到\$2,400的自付費用限額。

如果您達到此金額，我們將告知您。關於Medicare如何計算自付費用，請參閱第1.2節瞭解詳情。

第6節 災難性承保階段

在災難性承保階段，您無需為計劃D部分承保藥物支付任何費用。當您的自付費用達到本日曆年度\$2,400的限額之後，您即進入災難性承保階段。一旦進入災難性承保階段，您在本日曆年度結束前將會留在此付款階段。

在此付款階段，您無需為計劃D部分承保藥物支付任何費用。

第7節 您要為計劃D部分疫苗接種支付多少費用

有關疫苗費用的重要資訊 - 部分疫苗被視為醫療福利項目並屬於計劃B部分的承保範圍。其他疫苗被視為計劃D部分藥物。您可在本計劃的《2027年完整承付藥物手冊》找到這些疫苗。本計劃為大多數成人計劃D部分疫苗承保，即使您無免賠額，也無需支付任何費用。請參閱本計劃的《2027年完整承付藥物手冊》，或致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），瞭解特定疫苗的承保範圍和費用分擔詳情。

我們承保的計劃D部分疫苗接種分2個部分：

- 第一部分是**疫苗本身**的費用。
- 第二部分則是**疫苗接種的費用**。（這有時稱為疫苗注射。）

計劃D部分疫苗接種的費用依據以下3項：

1. **免疫接種實務諮詢委員會 (ACIP) 組織是否建議成人接種該疫苗。**
 - ACIP建議大多數成人接種計劃D部分疫苗，並且無需付費。
2. **您在哪裡獲得疫苗。**
 - 疫苗可以直接經由藥房配藥，也可以經由醫生診間提供。
3. **誰能夠為您接種疫苗。**
 - 藥劑師或其他醫護人員可以在藥房提供疫苗。或者，醫護人員也可以在醫生診所提供疫苗。

您在接受計劃D部分疫苗接種時所需支付的費用，可能因情況和您所處的**藥物付款階段**不同而異。

- 有時在接種疫苗時，您必須支付疫苗本身和醫護人員為您接種疫苗的全部費用。您可要求我們依據本計劃償還我們應分擔的費用。對於大多數成人計劃D部分疫苗，您將獲得所支付全部費用的報銷。
- 在其他情形下，當您接種疫苗時，僅需依據計劃D部分福利，支付您應負擔的費用。對於大多數成人計劃D部分疫苗，您無需支付任何費用。

以下舉了三個例子，說明您可以如何接種計劃D部分疫苗。

情形1：您可以在網絡藥房接種計劃D部分疫苗。（您是否可以選擇此方式取決於您的居住地點。有些州禁止在藥房接種特定疫苗。）

- 對於大多數成人計劃D部分疫苗，您無需支付任何費用。
- 對於其他計劃D部分疫苗，您可以向藥房支付疫苗本身的共付額，其中包括為您接種疫苗的費用。
- 本計劃將會支付其餘的費用。

情形2：您在醫生診所接種計劃D部分疫苗。

- 接種疫苗時，您可能必須支付疫苗本身和接種疫苗的全部費用。
- 您可以利用第7章中所描述的程序，要求我們依據本計劃支付應分擔的費用。
- 對於大多數成人計劃D部分疫苗，您將獲得全額報銷。對於其他Medicare計劃D部分疫苗，您將就您所支付的費用獲得報銷，但需扣除疫苗（包括施打）的共付額。

情形3：您在網絡藥房購買計劃D部分疫苗，然後將疫苗攜帶至醫生診所並接種。

- 對於大多數成人計劃D部分疫苗，您無需為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他計劃D部分疫苗，您將向藥房支付疫苗本身的共付額。
- 醫生為您接種疫苗時，您可能必須支付接種服務的全額費用。
- 您可以利用第7章中所描述的程序，要求我們依據本計劃支付應分擔的費用。
- 對於大多數成人計劃D部分疫苗，您將獲得全額報銷。對於其他Medicare計劃D部分疫苗，您將就您所支付的費用獲得報銷，但需扣除施打疫苗的共付額。

重要注意事項：屬於承保範圍的D部分疫苗及疫苗施用不收費。然而，如果您是在醫護人員診所施用疫苗，您可能需支付醫護人員診所就診費用。

第7章： 要求我們對承保醫療服務或藥物帳單支付我們應分擔的費用

第1節 您應要求我們支付我們應分擔的承保服務或藥物之情形

我們的網絡醫護人員會直接向本計劃收取承保的服務和藥品費用 – 您不應該收到承保服務或藥品的帳單。如果您收到您所接受之醫療護理或藥物的全額費用帳單，您應將帳單寄給我們以便我們可以支付帳單。當您寄帳單給我們時，我們將會查看帳單並決定我們是否應承保這些服務和藥物。若我們認定服務應獲得承保，我們會直接給付醫護人員。

如果您已經為屬於計劃承保範圍的Medicare服務或項目付費，您可要求我們將費用償還給您（這通常稱為為您提供補償）。只要您為本計劃承保的醫療服務或藥物支付的費用超過您應分擔的費用，您都有權要求我們依據本計劃向您償還費用。您可能必須符合期限才能償還費用。請參閱本章第2節。當您寄送您已支付的帳單給我們時，我們將會查看帳單並決定我們是否應承保該服務或藥物。如果我們決定該服務或藥物應屬於承保範圍，我們將會償還您該服務或藥物的費用。

有時您可能還會收到醫護人員開立的帳單，其中顯示您所接受的醫療護理的全部成本，或超過您應承擔成本的費用。請先嘗試與醫護人員解決帳單問題。如果無法處理，請將帳單轉交給我們，而不是支付帳單。我們會分析帳單，確定是否應承保相關服務。若我們認定服務應獲得承保，我們會直接給付醫護人員。若我們認定無需付款，我們會通知醫護人員。您不應支付超過計劃所允許的費用分擔。如果此為簽約的醫護人員，您仍有權進行治療。

以下舉例說明何時您可能需要請求我們依據本計劃償還您的費用或支付您收到的帳單：

1. 當您從網絡外醫護人員處獲得急診或緊急需求的醫療護理時

- 您可經由任何醫護人員取得急診或緊急需求服務，無論該醫護人員是否屬於本計劃的網絡。在這些情況下，請要求醫護人員為計劃開具帳單。
- 如果您在接受醫護服務時自行支付全部金額，請要求我們償還我們應負擔的費用。請將帳單連同您的任何付款憑證寄給我們。
- 您可能會收到醫護人員寄給您要求支付您認為不應該由您支付的帳單。請將帳單連同您的任何付款憑證寄給我們。
 - 若應向該醫護人員付費，我們會直接給付給該醫護人員。

- 如果您已支付的費用超過服務的費用分擔，我們將會確認您應支付多少費用，並將我們的費用分擔償付給您。

2. 當網絡醫護人員寄給您帳單但是您認為自己不應支付時

網絡醫護人員應直接依據本計劃請款。但是有時候他們會出錯，而要求您支付超過您應分擔的費用。

- 您僅需支付您享受承保服務的費用分擔金額。我們不允許醫護人員額外向您收取其他費用，這稱為**差額收費**。這一保障（即您決不會支付高於本計劃費用分擔額的費用）即使該本計劃支付給醫護人員的費用少於其收取的服務費用、即使產生爭議並且即使在我們不支付某些醫護人員費用的情形下依然適用。我們不允許醫護人員向您收取承保服務的費用。我們直接付款給我們的醫護人員，我們保護您免付任何費用。即使我們向醫護人員支付的費用低於醫護人員的服務費用也是如此。
- 每當您收到網絡醫護人員寄給您的帳單，而您認為金額超過您應支付的金額，請將帳單寄給我們。我們會直接與醫護人員聯絡來解決帳單問題。
- 如果您已向網絡醫護人員支付帳單，但您認為您支付過多費用，請將帳單連同您的任何付款憑證寄給我們。我們將向您償還您已支付的費用和根據本計劃您應支付的費用之間的差額。

3. 如果您可以回溯入保本計劃

有時候，入保本計劃是有追溯效力的。（這是指入保第一天已經過去。入保日期甚至可能發生在去年。）

如果您回溯入保本計劃，且您在入保日期後為任何承保服務或藥物支付了自付費用，那麼您可要求我們償付我們本應分擔的費用。您需要提交例如收據與帳單等書面資料給我們，以處理補償事宜。

4. 當您使用網絡外藥房配藥時

若您前往網絡外藥房，該藥房可能無法直接向我們提出索賠。如果遇到這種情形，您需要支付處方藥的全額費用。

請保留收據，並在您要求我們向您償還我們應分擔的費用時向我們提交收據副本。請謹記我們僅在有限情況下承保網絡外藥房。請參閱第5章第2.4節以瞭解這些情況。我們可能無法償付您在網絡外藥房取得該藥物時所支付之費用，以及您在網絡內藥房取得該藥物時我們支付的費用之間的差額。

5. 當您因未攜帶計劃會員卡而需支付處方藥的全額費用時

若您未攜帶計劃會員卡，您可要求藥房致電給我們或查詢您的計劃入保資訊。如果藥房無法立即取得其所需的人保資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。

請保留收據，並在您要求我們向您償還我們應分擔的費用時向我們提交收據副本。如果您支付的現金價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會償付您所支付的全部費用。

6. 其他全額支付處方藥費用的情形

您可能會因為發現藥物因某些原因不屬於承保範圍，而可能需要支付處方藥的全額費用。

- 例如，該藥物可能未列入我們的計劃藥物清單；或者，該藥物可能有您不知道或您認為不應適用於您的規定或限制。如果您決定要立即配取該藥物，則您可能需要支付全額費用。
- 請保留收據，並在您要求我們向您償還費用時向我們提交收據副本。在某些情形下，我們可能需要從您的醫生處獲取更多資訊，以便向您退還我們應分擔的藥費。如果您支付的現金價格高於我們協商的處方價格，我們可能不會償付您所支付的全部費用。

當您寄送給付申請給我們時，我們將會檢視您的申請並決定該服務或藥物是否應屬於承保範圍。這稱為**承保決定**。如果我們決定該服務或藥物應屬於承保範圍，我們將會支付我們應為該服務或藥物支付的分擔費用。如果我們拒絕您的給付申請，您可針對我們的決定提出上訴。第9章包含如何提出上訴的資訊。

第2節 如何要求我們向您償付費用或支付您收到的帳單

您可以寄書面申請給我們來要求我們償還您的費用。如果您要寄書面申請，請將您已付款的任何帳單和憑證寄過來。您最好將影印帳單和收據作為記錄。您必須在取得服務之日起**12個月內**（適用於計劃C部分醫療索賠）和**36個月內**（適用於計劃D部分藥物索賠）向我們提交索賠。

為確保您向我們提交我們作決定所需的所有資訊，您可填寫我們的索賠申請表來提出您的給付申請。您不一定要使用索賠申請表，但是如果您使用該表格，將有助於我們加快處理資訊。您可以通過以下方式提出索賠要求付款：

- 造訪kp.org，填寫並提交電子化表格，並上傳佐證文件。
- 您可從我們的網站 (kp.org) 下載表格，或致電會員服務部 1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），請他們寄送表格給您。請將填妥的表格郵寄到我們下面列出的索賠部門地址。
- 如果您無法取得該表格，您可以將以下資訊寄送至我們的索賠部門地址來提交您的給付申請。
 - 包含以下資訊的聲明：
 - 您的姓名（會員/患者姓名）和醫療/健康記錄編號。
 - 您接受服務的日期。

- 您在何處獲得服務。
- 由誰提供服務。
- 為什麼您認為我們應該支付服務的費用。
- 您的簽名和簽名日期。（如果您希望由本人以外的其他人提出要求，我們另外需要一份填妥的「代表委任」表格，該表格可在kp.org上取得。）
- 帳單副本、服務的醫療記錄以及您支付服務費用的收據。

請將您的給付申請連同任何帳單或付款收據，按下列地址寄給我們：

Kaiser Permanente
Claims Department
Hawaii Region
P.O.Box 378021
Denver, CO 80237

第3節 我們會審核您的給付申請並告知您我們是否核准

在我們收到您的給付申請之後，我們會告知您我們是否需要您提供任何額外資訊。否則，我們會審核您的申請，並作出承保決定。

- 如果我們認定醫療護理或藥物屬於承保範圍，或您已符合全部規定，我們會支付我們應分擔的護理或藥物費用。如果您已經為服務或藥物付費，我們會將我們應分擔的費用寄給您。如果您支付了藥物的全額費用，您可能不會獲得所支付的全部金額之補償（例如，您在網絡外藥房取得藥物，或者您為藥物支付的現金價格高於我們的協商價格）。如果您尚未為護理或藥物付費，則我們會將款項直接寄給醫護人員。
- 如果我們認定醫療護理或藥物不屬於承保範圍，或者您沒有遵守所有規定，我們將不會支付我們應分擔的醫療護理或藥物費用。我們會寄信給您，說明我們不會發給您所申請給付的原因，以及您對該決定提出上訴的權利。

第3.1節 如果我們告訴您，我們不會支付醫療護理或藥物的部分或全部費用，您可提出上訴

如果您認為我們駁回您的給付申請或者您對我們所給付的金額有異議，您可提出上訴。如果您提出上訴，即表示您要求我們改變駁回您的給付申請的決定。上訴程序是正式程序，有詳細的程序規定和重要的期限規定。有關如何提出該上訴的詳情，請參閱第9章。

第8章： 您的權利與責任

第1節 我們必須尊重您的權利和文化敏感性

第1.1節 我們必須以便於您使用且符合您的文化敏感度（採用英文以外的其他語言、大字版、點字版、音訊檔案或資料檔案形式提供）的方式提供資訊

本計劃需要確保所有服務（無論是臨床還是非臨床服務）都是以尊重文化的形式提供給所有入保者，包括英語能力有限、閱讀能力有限、具有聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人保者。例如，本計劃如何能符合這些便利性要求，包括但不僅限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或TTY（文字電話或電傳打字機電話）的聯繫。

本計劃提供免費口譯服務，為非英語的會員解答疑問。如有需要，我們也可免費為您提供英文以外的語言（包括中文、伊洛卡諾語、韓語和越南語）、大字版、點字版、音訊檔案或資料檔案的資訊。我們必須以您能夠使用且適用於您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。若要經由我們取得您能夠使用的資訊，請致電會員服務部，電話為1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

本計劃需要在婦女常規及預防健康護理服務方面，向女性參保人提供直接於網絡內婦女健康專科醫生處就診的選項。

如果我們網絡中的醫護人員無法提供某專科服務，我們有責任在網絡外尋找專科醫護人員，並為您提供所需的醫護服務。在此情況下，您僅需支付網絡內成本分擔。如果您發現，在本計劃網絡內沒有專科醫生能夠提供您所需的服務，請致電我們，瞭解何處能按照網絡內成本分擔獲取服務的相關資訊。

如果您在通過本計劃獲取您能夠使用且適用於您的行駛的資訊、於婦女健康專科醫生處就診，或在尋找網絡內專科醫生時遭遇任何困難，請致電會員服務部提交投訴，電話為1-800-805-2739（TTY使用請撥打711）。您也可致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向Medicare提出投訴，或者致電1-800-368-1019（TTY使用者請撥打1-800-537-7697），向民權辦公室直接投訴。

Seksion 1.1 Kasapulan nga maipa-aymi ti impormasion iti wagas nga mayat para kenka ken nga makatunos kadagiti kultural a sensibilidadmo (kadagiti pagsasao malaksid iti Ingles, large font, braille, audio file, wenno data file)

Kasapulan ti planomi tapno maisigurado nga amin a serbisio, ti klinikal ken saan a klinikal, ket maipaay iti wagas a maiyannatop ti kultura ken magun-od dagiti amin a nagpalista, agraman dagiti nabeddengan ti panagsao da iti Ingles, nabeddengan ti kabaellan da iti panagbasa, disabilidad ti panagdengngeg, wenno dagitay addaan kadagiti agduduma a nagappuan a kultura ken etnisidad. Dagiti ehemplo nu kasatno nga mapnekan daytoy plano mi dagiti accessibility requirements ket agraman ngem haan nga limitado iti panangited iti serbisyo nga panagtranslate, panaginterpret, teletypewriters wenno koneksyon iti TTY (text telephone or teletypewriter phone).

Daytoy plano mi ket ada iti libre nga serbisyo nga panaginterpret nga mangsumbat kadagiti damag yu magapo iti miyembro nga haan nga makabalikas iti Ingles. Mabalín mi met laeng nga agited impormasyon iti dadduma nga lenggwaha haan laeng nga iti Ingles nu di pay pati iti Espanyol ken dadakel nga surat, braille, audio file, wenno data file iti awan bayad na nu kasapulan yu. Dakami ket namandoan nga agited kanyayo iti impormasyon gapo dagiti benepisyo iti plano mi iti porma nga nalaka yo nga magun-od ken maiyannatop kanyayo. Tapno makagun-od iti impormasion manipud kadakami iti wagas nga agtrabaho para kenka, tawagan dagiti serbisio ti miembro iti 1-800-805-2739 (TTY users call 711).

Maikasapulan iti planomi a mangiyawat kadagiti babбай a nagpalista ti pagpilian iti tarus nga access ti espesialista iti salun-at dagiti babбай iti uneg ti network para kadagiti serbisio ti rutina ken manglapped a panangtaripato ti salun-at kadagiti babбай.

Tapno maala yo iti impormasyon magapo kanya mi iti dalan nga umannatop para kanyayo, tawagan yo ti Member Services iti daytoy nga numero, 1-800-805-2739 (TTY users call 711). Iti daytoy nga sitwasyon, iti bayadam laeng ket diyay in-network cost-sharing. Nu mabirukan yo iti bagi yo iti sitwasyon nga awan iti espesyalista iti network ti plano nga mangited iti serbisyo nga kasapulan yo, tawagan yo iti plano para iti impormasyon nu sadino ti pangsapulan yo iti dayta nga serbisyo babaen iti in-network cost-sharing.

Nu adda iti parikut yo iti panangala yo iti impormasyon magapo ti plano mi iti porma nga nalaka nga magun-od ken maiyanatop kanyayo, akas iti panangsapol iti espesyalista ti salun-at ti babбай wenno iti panangsapol ti network nga espesyalista, tawagan yo iti daytoy nga numero tapno mangifile kayo iti maysa a grievance idjay Member Services at 1-800-805-2739 (TTY users call 711) Mabalín yo met laeng nga mangisubmitar iti maysa a reklamo idjay Medicare babaen iti panagtawag yo ti 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) wenno direkta yo nga tawagan ti Office for Civil Rights iti daytoy nga numero 1-800-368-1019 wenno TTY 1-800-537-7697.

Mục 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và phù hợp với các yếu tố nhạy cảm về văn hóa của quý vị (bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, phông chữ lớn, chữ nổi Braille, tệp âm thanh hoặc file dữ liệu)

Chương trình của chúng tôi phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận với tất cả những người ghi danh tham gia, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ thông dịch, máy chữ điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại tin nhắn hoặc điện thoại máy đánh chữ).

Chương trình chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp những thắc mắc từ hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh bao gồm Tiếng Tây Ban Nha và phông chữ lớn, chữ nổi Braille, tệp âm thanh hoặc đĩa file dữ liệu miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi đến Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-805-2739 (người dùng TTY hãy gọi số 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho những người ghi danh tham gia là nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với một bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới của chúng tôi về một chuyên khoa không có sẵn, chúng tôi có trách nhiệm tìm các nhà cung cấp chuyên khoa bên ngoài mạng lưới có thể cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải trả phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị gặp phải tình huống không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chúng tôi cung cấp dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho chúng tôi để biết thông tin về nơi cần đến để có được dịch vụ này với phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, khám bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, hãy gọi để nộp đơn phản nàn tới Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-805-2739 (người dùng TTY hãy gọi số 711). Quý vị có thể nộp đơn than phiền với Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp tới Văn Phòng Dân Quyền 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

섹션 1.1 가입자의 문화적 민감성에 부합하는 방식으로 정보를 제공합니다(영어가 아닌 언어, 큰 활자, 점자, 음성 파일 또는 데이터 CD)

저희 플랜은 영어 유창성, 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자 모두가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 임상 및 비임상 서비스를 제공해야 합니다. 저희 플랜이 이 같은 접근성 요건을 충족하는 방법으로는 번역 서비스, 통역 서비스, 텔레타이프라이터, TTY(문자 전화 또는 텔레타이프라이터 전화) 연결 등이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

저희 플랜은 영어를 사용하지 않는 가입자 여러분의 문의에 답변을 드리기 위해 무료 통역 서비스가 있습니다. 스페인어를 포함한 영어 이외의 언어로 된 자료, 큰 글씨체 자료, 점자 자료, 오디오 파일, 데이터 CD 등이 필요하신 경우 무료로 제공해 드립니다. 저희는 이용 가능하고 적절한 형식으로 준비된 저희 플랜의 보험 혜택에 관한 정보를 가입자에게 제공해드릴 의무가 있습니다. 귀하에게 맞는 방식으로 정보를 얻으려면 1-800-805-2739(TTY 사용자는 711로 전화)로 가입자 서비스에 전화하십시오.

저희 플랜은 여성 가입자에게 네트워크 내에서 여성 건강 전문의에게 여성의 일상적 및 예방적 건강 관리 서비스를 받을 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

저희 네트워크 내에 의료 서비스 제공자가 없을 경우 네트워크 밖에서 필요한 진료를 제공할 수 있는 전문 의료 서비스 제공자를 찾아 드립니다. 이 경우 가입자께서는 네트워크 분담 비용만 부담하시면 됩니다. 저희 네트워크에 필요한 서비스를 담당하는 전문가가 없는 상황이라면 네트워크 분담 비용으로 해당 서비스를 받을 수 있는 곳을 안내해드립니다.

귀하에게 접근 가능하고 적합한 형식으로 당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 어려움이 있거나, 여성 건강 전문의를 만나거나, 네트워크 전문가를 찾는 데 어려움이 있는 경우, 1-800-805-2739(TTY 사용자는 711로 전화)로 전화하여 가입자 서비스에 불만을 제기하십시오. 또한 Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 불만을 제기하시거나 민권 사무소(1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697)로 직접 연락하실 수 있습니다.

第1.2節 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

您有權在我們的計劃網絡中選擇一名初級保健醫生 (PCP) 來提供和安排您的承保服務。您也有權在沒有轉診的情況下去看婦女健康專家（如婦科醫生），以及前往第3章第2.2節中描述的其他醫護人員處就診。

您有權在合理的時間範圍內獲得約診以及計劃內網絡醫護人員提供的承保服務。這包括在您需要醫護服務時，及時獲得專科醫生服務的權利。您也有權在任何網絡藥房配領或加配處方藥，而不受到長時間的延誤。

如果您認為您沒有在合理時間範圍內獲得醫療護理或計劃D部分藥物，第9章會為您說明該如何處理。

第1.3節 我們必須保護您的個人健康資訊的隱私

聯邦和州法律會保護您醫療紀錄和個人健康資訊的隱私。我們按照此類法律的規定保護您的個人健康資訊。

- 您的個人健康資訊包括您在入保本計劃時提供給我們的個人資訊、您的醫療記錄及其他醫療和健康資訊。
- 您擁有與您的資訊和控制您的健康資訊如何使用的相關權利。我們會向您發出「保護私隱通知」的書面通知，以說明這些權利以及我們如何保護您的健康資訊的私隱。

我們如何保護您健康資訊的私隱？

- 我們會確保未獲授權的人士無法看到或變更您的紀錄。
- 除下列所註明的情況外，如果我們要向沒有為您提供醫護服務或沒有為您支付您醫護費用的任何人士提供您的健康資訊，*我們必須先獲得您的書面許可，或經由您的法律授權者所做的決定。*
- 有一些例外情形不需要我們先獲得您的書面許可。這些例外情形是法律所允許或法律所要求。
 - 我們必須向檢查醫護品質的政府機構公開健康資訊。
 - 因為您是通過Medicare成為本計劃的會員，因此我們必須向Medicare提供您的健康資訊，其中包括您的計劃D部分處方藥資訊。如果Medicare為了研究或其他目的公開您的資訊，將會按照聯邦法規及規定行事。通常，法規要求不可分享唯一標識您的資訊。

您可查閱您記錄中的資訊並瞭解我們如何與他人分享該資訊

您有權查看由本計劃保存並與您有關的醫療紀錄，並獲得紀錄的副本。我們可以為影印副本向您收費。您也有權要求我們增補或修改您的醫療記錄。如果您請求我們進行此類變更，我們會與您的醫護人員合作，以決定是否應當進行此類變更。

您有權瞭解自己的健康資訊如何為了非常規目的而與他人分享。

如果您對個人健康資訊的私隱有任何疑問或擔憂，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

第1.4節 我們必須向您提供有關本計劃、我們的醫護人員網絡和承保服務的資訊

身為本計劃的會員，您有權從本計劃獲得數種類型的資訊。

如果您需要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）：

- **有關本計劃的資訊。**例如，包括有關本計劃財務狀況的資訊。
- **有關我們的網絡醫護人員和藥房的資訊。**您有權獲得關於網絡內醫護人員資格及藥房的資訊，以及我們如何向網絡內醫護人員支付費用。
- **有關您的保險及您在使用保險時必須遵守之規定的資訊。**第3章和第4章提供有關醫療服務的資訊。第5章和第6章提供有關計劃D部分藥物承保範圍的資訊。
- **有關為何某些項目不予承保以及您可以採取哪些措施的資訊。**第9章提供如何要求書面解釋為何某項醫療服務或計劃D部分藥物不予承保或您的承保範圍受到限制的資訊。第9章還提供要求我們變更決定（也稱為上訴）的資訊。

第1.5節 您有權瞭解您的治療方案，並參與和您護理有關的決策

您有權從醫生和其他醫護人員處獲取完整資訊。您的醫護人員必須以*您能瞭解的方式*解釋您的病情和治療選擇。

您也有權充分參與有關您健康護理的決定。為了協助您與醫生共同決定何種治療最適合您，您享有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇。**您有權得知適用於您病情的所有建議的治療方案，無論其費用如何，也無論其是否屬於本計劃的承保範圍。這也包括獲悉本計劃為幫助會員管理其服藥和安全使用藥物而提供的不同計劃。
- **瞭解風險。**您有權得知與您醫護服務有關的任何風險。如有任何建議的醫療護理或治療屬於研究實驗的一部分，您必須事先被告知。您在任何時候都可以選擇拒絕接受任何實驗治療。
- **說「不」的權利。**您有權拒絕任何建議的治療。這包括出院或使用其他醫療設施的權利，即使您的醫生建議您不要出院亦然。您也有權停止服藥。如果您拒絕接受治療或停止服藥，您必須對您自己身體因此發生的後果全權負責。

在您無法為自己作醫療決定時，您有權給予處理指示

有時，人們可能由於遭遇意外事故或重病而無法為自己作出健康護理決定。您有權說明如果您遇到這種情形，您想要怎麼做。這意味著*如果您願意*，您可以：

- 填寫一份書面表格**授予他人法律權力**，以在您無法為自己作醫療決定時為您作決定。

- **給您的醫生留下書面指示**，告訴醫生在您無法為自己作決定時，您希望醫生如何處理您的醫療護理。

在此類情形下，您可用於事先給予指示的法律文件稱為**預立醫囑**。預立醫囑的例子包括生前遺囑及健康護理授權書。

如何預立醫囑以作出指示：

- **取得表格**。您可以通過律師、社工或某些辦公用品商店取得預立醫囑表格。您有時也可從向人們提供Medicare資訊的機構獲得預立醫囑表格。您也可以致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）索取該表格。
- **填寫該表格並在上面簽名**。無論您從哪裡獲得該表格，它都是一份法律文件。應該考慮請律師來協助您填寫該表格。
- **將表格的副本交給合適的人員**。您應將一份表格交給醫生，並將另一份表格交給您在表格上指定的在您無法作決定時可以替您作決定的人士。您可能希望將副本交由好友或家人儲存。保留一份副本在家中。

如果您預先知道將要住院，而且您已經簽署預立醫囑，**去醫院時應該攜帶一份該表格**。

- 醫院會詢問您是否曾簽署預立醫囑表格，並且是否隨身攜帶。
- 如果您尚未簽署預立醫囑表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

是否要填寫預立醫囑表格由您自己決定（包括您住院時是否願意簽署該表格）。根據法律，任何人不得因為您是否有簽署預立醫囑表格而拒絕向您提供醫護服務或歧視您。

如果您的指示沒有受到遵循

如果您簽署了預立醫囑，但您認為醫生或醫院沒有遵循其中的指示，您可以向夏威夷州衛生部醫療保險保障辦公室提出投訴，致電 (808) 692-7420或寫信至Department of Health, Medicare Section, 601 Kamokila Boulevard, Room 395, Kapolei, HI 96707。

第1.6節 您有權提出投訴，並要求我們重新考慮我們的決定

如果您有任何問題、疑慮或投訴，並提出承保要求或上訴，第9章會為您說明該如何操作。無論您是要求作出承保決定、提出上訴，還是投訴，**我們都必須公平地對待您**。

第1.7節 如果您認為自己受到不公平待遇或者您的權利未得到尊重

如果您認為您受到不公平的待遇，您的尊嚴沒有獲得承認，或者您的權利由於人種、殘障、宗教、性別、健康、族裔、信條（信仰）、年齡、性取向或國籍而沒有受到尊重，請致電1-800-368-1019（TTY使用者請撥打1-800-537-7697），聯絡美國健康與民眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。

如果您認為自己受到不公平待遇或您的權利沒有受到尊重而該情況不涉及歧視，您可透過下列方法針對您的問題獲得協助：

- 致電計劃會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）
- 致電您當地的SHIP：1-888-875-9229（TTY使用者請撥打1-866-810-4379）
- 致電Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY使用者請撥打1-877-486-2048）
- 您可以致電民政服務部Med-QUEST分部。詳情請參閱第2章第6節。
- 或者，您可以致電夏威夷州健康護理部投訴處理專員辦公室。欲瞭解詳細資訊，請轉至第2章第6節。

第1.8節 如何獲得與您的權利有關的更多資訊

可從以下這些地方獲取有關您的權利的更多資訊：

- 請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）
- 致電您當地的SHIP：1-888-875-9229（TTY使用者請撥打1-866-810-4379）
- 聯絡Medicare
 - 造訪[Medicare.gov](https://www.medicare.gov)以閱讀出版物《Medicare權利與保障》(Medicare Rights & Protections)（網址：[Medicare權利與保障](https://www.medicare.gov)）
 - 撥打1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY使用者請撥打1-877-486-2048）

第1.9節 有關新技術評估的資訊

快速更新的技術對健康護理和醫學的影響程度如同對其他任何行業的影響程度。為了確定某新藥物或其他醫學發展是否有長遠效益，本計劃仔細監測並評估新技術，以便將其納入承保理賠。這些技術包括醫療程序、醫療器材和新藥物。

第1.10節 您可提出有關權利和責任的建議

身為本計劃的會員，您有權對本章內包含的權利和責任提出建議。如有任何建議，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

第2節 作為本計劃的會員，您有一些責任

以下列出您身為本計劃會員需要做的事情。如有任何問題，請致電會員服務部：
1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

- **瞭解您的承保服務和獲得這些承保服務時必須遵守的規定。**請閱讀該《承保範圍說明書》，瞭解哪些項目屬於承保範圍以及您在獲得承保服務時需遵守的規定。
 - 第3章和第4章提供了有關醫療服務的詳細資訊。
 - 第5章和第6章詳細介紹了計劃D部分藥物保險。
- **如果您除了本計劃之外還有任何其他健康保險或藥物保險，必須告知我們。**第1章介紹了有關理賠福利的協調事宜。
- **告訴您的醫生和其他醫護人員您入保了本計劃。**在獲得醫療護理或計劃D部分藥物時出示您的計劃會員卡。
- **向醫生和其他醫護人員提供資訊、提出問題並追蹤您的醫護以協助醫生和其他醫護人員為您提供幫助。**
 - 為協助取得最好的醫護服務，請將您的健康問題告訴您的醫生和其他醫護人員。遵守您和您的醫生商定的治療計劃和指示。
 - 盡可能瞭解自己的健康問題並與您的醫護人員共同擬定雙方均同意的治療目標。
 - 確保您的醫生瞭解您服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命和補充劑。
 - 如果您有任何問題，請務必詢問並獲取您能理解的答案。
- **體諒他人。**我們希望所有會員都尊重其他患者的權利。我們也希望您的行事方式有助於醫生診所、醫院和其他辦公室順利運作。
- **支付應付的費用。**身為計劃會員，您有責任支付下列款項：
 - 您必須持續支付Medicare保費，才能保持本計劃的會員身份。
 - 針對本計劃為您承保的大多數醫療服務或藥物，您在獲得服務或藥物時必須支付您應分擔的費用。
- **如果您在我們計劃的服務區之內搬家，我們需要知道相關資訊，**以便我們能更新您的會員記錄，並知道您的連絡方式。
- **如果您搬到本計劃的服務區以外，您將不能繼續作為本計劃的會員。**
- **如果您搬家，請告知社會安全局（或鐵路退休委員會）。**

第9章： 如果您遇到問題或不滿（承保決定、 上訴及不滿）

第1節 如果您遇到問題或有疑慮該怎麼辦

本章說明處理問題和疑慮的流程。您處理問題的流程取決於您遇到的問題類型：

- 針對部分問題，您需要採用**承保決定和上訴流程**。
- 針對其他問題，您需要利用**投訴流程**。

每個流程皆有一套您和我們皆必須遵守的規定、程序和期限。

第3節將可協助您判別要使用的正確流程和應採取的行動。

第1.1節 法律術語

本章解釋了某些規定、程序和期限類型的法律術語。其中許多術語對於大多數人來說都是陌生的。為了方便起見，本章使用更熟悉的詞彙來代替一些法律術語。

然而，瞭解正確的法律術語有時很重要。為了幫助您瞭解可使用哪些術語獲得正確協助或資訊，我們在詳細說明特定類型情況的處理方式時附上了法律術語。

第2節 在何處可獲得更多資訊和個人化協助

我們隨時準備為您提供協助。即使您對我們與您的治療有抱怨，我們也有義務尊重您的投訴權。您可隨時撥打會員服務電話**1-800-805-2739**（TTY使用者請撥打**711**）尋求協助。在某些情況下，您可能希望通過與本計劃無關的人士獲得協助或指導。可以提供幫助的兩個組織是：

州健康保險補助計劃 (SHIP)

每一個州都有由訓練有素的顧問提供諮詢服務的政府計劃。本計劃與我們的計劃或任何保險公司或保健計劃均無關聯。本計劃的顧問可協助您瞭解您應使用何種程序來處理您所面臨的問題。他們也可以解答您的問題，向您提供更多資訊，並告訴您應當怎麼做。

SHIP顧問的服務是免費的。請撥打**1-888-875-9229**（TTY使用者請撥打**1-866-810-4379**）聯絡Hawaii SHIP。

Medicare

您也可聯絡Medicare以獲得幫助：

- 撥打1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天，每天24小時提供服務。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。
- 造訪[Medicare.gov](https://www.medicare.gov)

您也可通過Medicaid獲得幫助和資訊

如欲獲得有關處理問題的更多資訊和協助，也可與民政服務部Med-QUEST分部（夏威夷Medicaid計劃）聯絡。

以下是通過Medicaid直接獲得資訊的兩種方法：

- 您也可致電808-524-3370或1-800-316-8005。TTY使用者請撥打711。
- 您可以造訪民政服務部Med-QUEST分部網站 (www.medquest.hawaii.gov)。

第3節 瞭解Medicare和Medicaid投訴及上訴

您享有Medicare，並通過Medicaid獲得協助。本章資訊適用於您**所有**的Medicare和Medicaid理賠福利。這有時稱為「整合流程」，因其結合或整合了Medicare和Medicaid流程。

有時，Medicare和Medicaid流程無法結合。在這些情況下，您通過Medicare流程來獲得Medicare承保福利，通過Medicaid流程來獲得Medicaid承保福利。這些情況在**第6.4節**中進行瞭解釋。

第4節 針對您的問題使用哪種流程

如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用於您情況的部分。以下資訊將會協助您在本章找到適用於**Medicare或Medicaid**的**承保理賠項目**相關問題或投訴的適當章節。

您的問題或疑慮是否涉及理賠或承保？

這包括有關醫療護理（醫療項目、服務和/或計劃B部分藥物）是否屬於承保範圍和其承保方式的問題，以及與醫療護理付款相關的問題。

是。

請參閱**第5節：承保決定和上訴指南**。

否。

請參閱第11節：如何提出有關護理品質、候診時間、客戶服務或其他疑慮的投訴。

承保決定和上訴

第5節 承保決定和上訴指南

承保決定及上訴流程旨在處理與您的理賠福利及醫療護理（服務、項目和計劃B部分藥物，包括付款）承保的相關問題。為簡單起見，我們通常將Medicare B部分藥物稱為**醫療護理**。您可以使用承保決定和上訴流程來處理諸如某項目是否屬於承保範圍和承保方式等問題。

在獲得服務之前詢問我們是否決定承保

如果您希望在獲得醫療護理之前先瞭解我們是否承保該服務，可要求我們為您作出承保決定。承保決定是指我們針對您的理賠福利和承保範圍，或者為您的醫療護理給付金額而作出的決定。例如，如果本計劃網絡醫生將您轉診給網絡外的專科醫生，則該轉診將被視為有利的承保決定，除非您的網絡醫生能夠證明您收到了針對該專科醫生的標準拒絕通知，或者《承保範圍說明書》明確指出該轉診服務在任何情況下都不在承保範圍內。如果您的醫生不確定我們是否承保某項醫療服務，或拒絕提供您認為自己需要的醫療護理，您或您的醫生也可與我們聯絡並要求我們作出承保決定。

在有限的情況下，針對承保決定的要求將會駁回，也就是說，我們不會審查該要求。駁回請求的範例包括請求不完整、由未取得合法授權者代您提出請求，或者您主動要求撤回請求。如果我們駁回做出承保決定的請求，我們會寄送通知解釋駁回請求的原因，以及如何要求對駁回進行審查。

當我們決定您的承保範圍及我們需給付的金額時，我們即是在作出承保決定。在某些情形下，我們可能會決定醫療護理不屬於承保範圍，或者不再為您提供承保。如果您不同意該承保決定，您可提出上訴。

提出上訴

當我們做出承保決定時，無論是在接受理賠福利之前還是之後，如果您對該決定感到不滿，可針對該決定提出**上訴**。上訴是指正式要求我們審核或更改我們已經作出的承保決定。在某些情況下，您可以要求對承保決定進行加急或**快速上訴**。您的上訴將由與作出原始決定以外的審查人員進行處理。

當您對一項決定提出首次上訴時，稱為**1級上訴**。在此上訴期間，我們會對承保決定進行審查，以核查並瞭解我們是否正確地遵守規定。審查完成後，我們會向您告知我們的決定。

在有限的情況下，1級上訴的要求將會駁回，也就是說，我們不會審查該要求。駁回請求的範例包括請求不完整、由未取得合法授權者代您提出請求，或者您主動要求撤回請求。如果我們駁回1級上訴的要求，我們會發送通知，說明駁回要求的原因，以及對該駁回如何要求進行審查。

如果我們駁回您的全部或部分1級醫療護理上訴，您的上訴將自動進入2級上訴。2級上訴由與我們沒有關係的獨立審查組織進行。

- 您無需做任何事來提起2級上訴。按Medicare的規定，如果我們不完全同意您的1級上訴，我們自動將您的醫療護理上訴提交至2級上訴。
- 有關針對醫療護理之2級上訴的更多資訊，請參閱本章第6.4節。
- 計劃D部分上訴在本章第7節中有更詳細的討論。

如果您對2級上訴的決定不滿，可以繼續進行更高級別的上訴（本章介紹3、4、5級上訴程序）。

第5.1節 在您要求作出承保決定或提出上訴時獲得幫助

如果您決意要求作出任何類型的承保決定，或對決定提出上訴，請利用以下資源：

- **請致電會員服務部：**1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）
- 您可以依據州政府健康保險協助計劃 (SHIP) **免費尋求協助**
- **您的醫生或其他醫護人員可以為您提出請求。**如果您的醫生幫助您進行2級以上的上訴，他們需要被指定為您的代表。致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）並索取**代表任命表格**。（也可在[CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)，或我們的網站[kp.org](https://www.kp.org)獲取該表格。）
 - 對於醫療護理，您的醫生或其他醫護人員可以代表您請求做出承保決定或提出1級上訴。如果您的上訴在第1級被拒絕，它將自動轉交到第2級。
 - 如果您的醫生或其他醫護人員要求繼續使用您在上訴期間已經獲得的服務或用品，您**可能**需要將您的醫生或其他處方醫師指定為您的代表，以代表您行事。
 - 對於計劃D部分藥物，您的醫生或其他處方醫師可以代表您要求作出承保決定或提出1級上訴。如果您的1級上訴被駁回，您的醫生或處方醫師可要求提出2級上訴。
- 您可以指定其他人擔任您的代表，替您申請承保決定或提出上訴。

如果您希望朋友、親戚或其他人作為您的代表，請致電會員服務部 1-800-805-2739（TTY 使用者請撥打711）並索取**代表任命**表格。（也可在[CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)，或我們的網站kp.org獲取該表格。）該表格可以用來授予他人代表您的權限。該表格必須由您本人以及您希望代表您的人士簽名。您必須將已簽署的表格副本交給我們。

我們可以在沒有該表格的情況下，受理代表提出的上訴請求，但在收到該表格之前，我們無法開始進行或完成審查。如果我們在對您的上訴作出決定的截止日期之前沒有收到該表格，您的上訴要求將被駁回。如發生此類情況，我們將會寄書面通知給您，說明您有權要求獨立審查組織對我們駁回您上訴的決定進行審查。

- **您也有權聘請律師。**您可以聯絡您自己的律師，或從當地律師協會或其他轉診服務機構取得律師的姓名。如果您符合資格，也有其他團體會為您提供免費法律服務。但是，您在要求作出任何類型的承保決定或對決定提出上訴時，並不一定要雇用律師。

第5.2節 不同情況下的規定和期限

有4種不同情況涉及承保決定和上訴。每種情況皆有不同的規定和期限，我們會提供每種情況的詳細資訊：

- **第6節：**「醫療護理：如何請求作出承保決定或提出上訴」
- **第7節：**「計劃D部分藥物：如何請求作出承保決定或提出上訴」
- **第8節：**「如果您認為醫生過早讓您出院，如何請求我們承保更長的住院時間」
- **第9節：**「如果您認為您的保險太早終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務」（僅適用於以下這些服務：居家健康護理、專業護理院護理和綜合門診復健設施 (CORF) 服務）

如果您不確定哪些資訊適用於您，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。您也可以從SHIP獲得幫助或資訊。

第6節 醫療護理：如何請求作出承保決定或提出上訴

第6.1節 如果您在獲得醫療護理承保時遇到困難，或者如果您希望我們針對您的護理服務向您償還我們應分擔的費用，應採取什麼行動

承保的醫療護理福利列在第4章的「醫療福利項目表」中。在某些情況下，計劃B部分藥物的申請將適用不同的規定。如發生此類情況，我們將會說明計劃B部分藥物的規定和醫療用品及服務的規定有何差異。

本節說明當您處於以下5種情形時應如何處理：

1. 您未能獲得您希望得到的某些醫療護理，而您認為該醫療護理屬於本計劃的承保範圍。**要求作出承保決定。第6.2節。**
2. 我們依據本計劃沒有核准您的醫生或其他醫護人員希望向您提供的醫療護理，而您認為該醫療護理屬於本計劃的承保範圍。**要求作出承保決定。第6.2節。**
3. 您接受了本計劃應該承保的醫療護理，但我們表示不會支付這筆費用。**提出上訴。第6.3節。**
4. 您接受了您認為應屬於本計劃承保範圍的醫療護理或服務且您已為其付費，因而您想要求我們向您補償該醫療護理的費用。**寄給我們帳單。第6.5節。**
5. 您被告知，我們先前核准且您一直以來所接受的某些醫療護理承保即將縮減或終止，而您認為縮減或終止該醫療護理可能會損害您的健康。**提出上訴。第6.3節。**

注意： 如果即將終止的承保範圍涉及醫院護理、居家健康護理、專業護理機構護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，您需要參閱第8節和第9節：適用於該類型護理的特別規定。

第6.2節 如何請求作出承保決定

法律術語：

當承保決定與您的醫療護理有關時，該承保決定稱為**組織判定**。

快速承保決定稱為**加急判定**。

步驟1： 決定您是**需要標準承保決定**還是**需要快速承保決定**。

當醫療物品或服務符合我們的事先授權規定時，標準承保決定通常在7個日曆日內做出，對於所有其他醫療物品和服務則為14個日曆日做出決定，對於計劃B部分藥物則為72小時內做出決定。對於醫療服務，一般在72小時內做出快速承保決定，對於計劃B部分藥物，則為24小時內做出決定。

- 僅在採用標準期限可能會嚴重損害您的健康或損害您的身體機能時，您才能獲得快速承保決定。
- 如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要作出快速承保決定，我們將會自動同意為您作出快速承保決定。
- 如果您在沒有醫生支援的情況下自行要求快速做出承保決定，我們將決定您的健康狀況是否需要我們給您快速承保決定。如果我們不批准快速承保決定，我們將向您發送一封信，其中：
 - 說明我們將採用標準期限。

- 說明如果您的醫生要求快速承保決定，我們將自動為您提供快速承保決定。
- 說明您可以針對我們決議為您所作的標準承保決定，非您所請求的快速承保決定，如何提出快速投訴。

步驟2：要求我們依據本計劃做出承保決定，或快速承保決定。

- 首先依據本計劃致電、寫信或發傳真給我們，要求我們授權或為您希望獲得的醫療護理提供承保。您本人、您的醫生或您的代表都可以提出申請。第2章提供了聯絡資訊。

步驟3：我們將會審查您的醫療護理保險申請並給您答覆。

對於標準承保決定，我們採用標準期限。

這意味著，我們將依據事先授權規定，在收到您對醫療項目或服務的請求後的7個日曆日內給您答覆。如果您請求的醫療項目或服務不受我們事先授權規定的約束，我們將在收到您的請求後14個日曆日內給您答覆。如果您是針對計劃B部分藥物提出請求，我們將在收到您的請求後的72小時內給您答覆。

- 但是，如果您的請求針對醫療項目或服務，或您要求延長時間，或者如果我們需要更多對您有利的資訊，則我們最長可能額外花費14個日曆日。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您是針對計劃B部分藥物提出請求，我們不會花費額外時間來做出決定。
- 如果您認為我們不應花費額外的天數，您可提交快速投訴。我們一旦對您的投訴做出決定即會給您答覆。（提出投訴的流程與承保決定和上訴流程不同。有關投訴的資訊請參閱第11節。）

針對快速承保決定，我們採用加急時限。

如果您是針對醫療項目或服務提出請求，快速承保決定意味著我們將在72小時內給您答覆。如果您是針對計劃B部分藥物提出請求，我們將在24小時內答覆。

- 然而，如果您要求延長時間，或者如果我們需要更多對您有利的資訊，則我們最長可能額外花費14個日曆日。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您是針對計劃B部分藥物提出請求，我們不會花費額外時間來做出決定。
- 如果您認為我們不應花費額外的天數，您可提交快速投訴。（有關投訴的資訊請參閱第11節。）一旦作出決定，我們會立即致電通知您。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部請求，我們將會寄給您書面聲明，解釋我們拒絕的理由。

步驟4：如果我們拒絕您的醫護承保要求，您可以上訴。

- 如果我們拒絕，則您有權提出上訴來要求我們重審該項決定。這表示可以再次請求以取得您想要的醫護承保。如果您提出上訴，這表示您將進入1級上訴流程。

第6.3節 如何提出1級上訴

法律術語：

針對醫療護理承保決定，依據本計劃向我們提出的上訴稱為計劃**重新審查**。

快速上訴也稱為**加急重新審查**。

步驟1：決定您是需要標準上訴還是快速上訴。

標準上訴通常在**30個日曆日**內提出，對於計劃B部分藥物，則通常在**7個日曆日**內提出。快速上訴一般在**72小時**內提出。

- 如果您對我們就您未獲得的護理承保做出的決定提出上訴，您和/或您的醫生將決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們，您的健康狀況需要進行快速上訴，我們將會為您進行快速上訴。
- 獲得快速上訴的規定與獲得快速承保決定的規定相同，詳見第6.2節。

步驟2：要求我們依據本計劃進行上訴或快速上訴

- 如果您請求進行標準上訴，請提交書面標準上訴資料。第2章提供了相關聯絡資訊。
- 如果您要求進行快速上訴，請提交書面上訴或給我們致電。第2章提供了相關聯絡資訊。
- 您必須在我們為告知您承保決定的答覆，而寄送的書面通知日期起**65個日曆日**內提出上訴請求。如果您錯過此期限，但您有錯過期限的正當理由，請在提出上訴時說明您延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。正當理由的例子可能包括：因重病而無法與我們聯絡，或者如果我們對您上訴請求所提供的截止日期資訊錯誤或不完整。
- 您可以索取有關您的醫療決定的免費副本。您和您的醫生可以提供更多資訊作為您上訴的佐證。

如果我們告訴您我們正在停止或減少您已經獲得的服務或項目，您可以在上訴期間繼續保留這些服務或項目。

- 如果我們決定更改或停止您獲得服務或項目的承保，我們會在採取建議行動之前向您發出通知。

- 如果您對我們的行動有異議，可以提出**1級上訴**。如果您在我們通知日期起的**10個日曆日內**，或在該行動的預定生效日期前（以較晚者為準）要求提出**1級上訴**，我們將繼續承保該服務或項目。
- 如果您滿足此期限，那麼在您等待**1級上訴**答復期間，可以繼續獲得服務或項目，而不會發生任何變化。您還將獲得所有其他服務或項目（不是您上訴的事由），不會有任何變化。

步驟3：我們會審查您的上訴並給您答覆。

- 當我們在審查您的上訴時，我們會仔細審核所有資訊。我們會查看以確認在拒絕您的申請時，我們是否有遵守所有規定。
- 我們將視需要收集更多資訊，並可能聯絡您或您的醫生。

快速上訴的期限

- 針對快速上訴，我們必須在收到您的上訴後**72小時內給您答覆**。如果您因健康狀況所需，我們將提前答覆。
 - 如果您的請求針對醫療項目或服務，或您要求延長時間，或者如果我們需要更多對您有利的資訊，則我們**最長可能額外花費14個日曆日**。通過我們需要更多天數，我們將以書面形式通知您。如果您請求我們承保計劃B部分藥物，我們不會花費額外的時間。
 - 如果我們不能在**72個小時內**（或者如果我們在延長期間結束前）沒有給您答覆，我們必須自動將您的要求轉到**2級上訴**流程，在此層級，您的上訴將由獨立審查組織進行審查。獨立審查組織在收到您的上訴時，將會書面通知您。第6.4節介紹了**2級上訴**流程。
- 如果我們的答覆是核准您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後的**72小時內**授權或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部請求，我們會將決定以書面形式寄送給您，並自動將您的上訴轉交給獨立審查組織進行**2級上訴**。獨立審查組織在收到您的上訴時，將會書面通知您。

標準上訴的期限

- 針對標準上訴，我們必須在收到您的上訴後的**30個日曆日內**給您答覆。如果您是針對您尚未獲得的計劃B部分藥物提出承保請求，我們將會在收到您是上訴後的**7個日曆日內**給您答覆。如果您的健康狀況使我們必須更快作出決定，我們會提前給您答覆。

- 但是，如果您的請求針對醫療項目或服務，或您要求延長時間，或者如果我們需要更多對您有利的資訊，則我們最長可能額外花費14個日曆日。如果我們花費更多的天數，我們會以書面方式告知您。如果您是針對計劃B部分藥物提出請求，我們不會花費額外時間來做出決定。
 - 如果您認為我們不應花費額外的天數，您可提交快速投訴。如果您提出快速投訴，我們會在24小時內針對您的投訴給您答覆。（如欲瞭解有關提出投訴[包括快速投訴]流程的詳情，請參閱第11節。）
 - 如果我們未能在截止日期（或在延長期限結束前）前給您答覆，我們將把您的要求送交2級上訴組織，將會由獨立審查組織審查上訴。獨立審查組織在收到您的上訴時，將會書面通知您。第6.4節介紹了2級上訴流程。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部請求，則我們必須在30個日曆日內授權或提供承保，或者如果您的請求針對計劃B部分藥物，則需在7個日曆日內。
 - 如果我們依據本計劃拒絕您的部分或全部請求，您將擁有額外的上訴權。
 - 如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們會向您發送一封信函。
 - 如果您的問題與Medicare服務或項目承保有關，信中將告訴您，我們已將您的個案送交獨立審查組織進行2級上訴。
 - 如果您的問題是關於Medicaid服務或項目承保，信中會告訴您如何自行提出2級上訴。

第6.4節 2級上訴流程

法律術語：

獨立審查組織的正式名稱是獨立審查機構。有時稱為IRE。

獨立審查組織是由Medicare聘請的獨立組織。該組織與我們沒有關聯，也不是政府機構。該組織判定我們所做的決定是否正確或應變更。其工作由Medicare監督。

- 如果您的問題與Medicare通常承保的某項服務或項目有關，1級上訴完成後，我們就會自動將您的個案提交至2級上訴流程。
- 如果您的問題與Medicaid通常會承保的某項服務或項目有關，您可以自行提出2級上訴。這封信會告訴您怎麼做。另請參閱以下資訊。
- 如果您的問題與Medicare和Medicaid可能承保的某項服務或項目有關，將自動向獨立審查組織提出2級上訴。您也可以向州政府要求舉行公平聽證會。

如果您在提出1級上訴時符合繼續享合理賠福利的條件，則對於提出上訴的服務、項目或藥物的理賠福利，您在2級上訴期間或許可以繼續享有。請參與第135-137頁，瞭解有關在1級上訴期間繼續享合理賠福利的資訊。

- 如果您的問題與通常僅由Medicare承保的服務有關，則在獨立審查組織審查2級上訴期間，您不會繼續享有該服務的理賠福利。
- 如果您的問題與通常由Medicaid承保的服務有關，那麼，如果您在收到我們的決定信函後10個日曆日內提交2級上訴，則可以繼續享有該服務的理賠福利。

您的問題與Medicare通常承保的服務或項目有關：

步驟1：獨立審查組織審查您的上訴。

- 我們會將有關您的上訴的資訊發送給該組織。這些資訊稱為您的**個案檔案**。您有權利向我們索取您的個案檔案的副本。
- 您有權向獨立審查組織提供更多資訊，來為您的上訴提供佐證。
- 獨立審查組織的審查人員將會仔細審核與您的上訴相關的所有資訊。

如果您曾提出1級快速上訴，您的2級上訴也將以快速上訴的方式進行。

- 針對快速上訴，獨立審查組織必須在收到您的上訴後的**72小時內**，對您的2級上訴給予答覆。
- 如果您的請求針對醫療項目或服務，且獨立審查組織需要收集更多對您有利的資訊，則其**最長可能額外花費14個日曆日**。如果他們需要花費更多天數，則會以書面方式通知您。如果您的請求針對計劃B部分藥物，則獨立審查組織不會花費額外的時間來作出決定。

如果您曾提出1級標準上訴，您的2級上訴也將以標準上訴的方式進行。

- 針對標準上訴，如果您的請求針對醫療項目或服務，獨立審查組織必須在收到您的上訴後的**30個日曆日內**，對您的2級上訴做出答覆。如果您的請求針對計劃B部分藥物，則獨立審查組織必須在收到您的上訴後的**7個日曆日內**，對您的2級上訴做出答覆。
- 如果您的請求針對醫療項目或服務，且獨立審查組織需要收集更多對您有利的資訊，則其**最長可能額外花費14個日曆日**。如果他們需要花費更多天數，則會以書面方式通知您。如果您的請求針對計劃B部分藥物，則獨立審查組織不會花費額外的時間來作出決定。

步驟2：獨立審查組織給您他們的答覆。

獨立審查組織將以書面形式告知您他們的決定，並說明理由。

- 如果獨立審查組織對部分或全部醫療項目或服務請求表示同意，我們必須在收到獨立審查組織關於**標準請求**的決定後，於**72小時內**授權醫療護理承保，或在**14個日曆日內**提供服務。針對**加速請求**，我們必須在收到獨立審查組織的決定之日起**72小時內**授權或提供服務。

- 如果獨立審查組織對部分或全部計劃B部分藥物承保請求表示同意，我們必須在收到獨立審查組織關於標準請求的決定後，於**72小時**內授權或提供計劃B部分藥物。針對**加速請求**，我們必須在收到獨立審查組織的決定之日起**24小時**內授權或提供服務。
- 如果獨立審查組織拒絕您的部分或全部上訴，這表示該組織同意本計劃，認為您的醫療護理承保請求（或您的部分請求）不應獲得核准。（這稱為**維持決定或駁回上訴**。）在此情況下，獨立審查組織將會向您寄送包含以下內容的信函：
 - 解釋該決定。
 - 如果醫護保險的價值達到最低限度，則會通知您具有**3級**上訴權利。您從獨立審查組織處收到的書面通知，將會告訴您繼續上訴所需達到的金額。
 - 告訴您如何提交**3級**上訴。
- 如果您的**2級**上訴被駁回，而您達到了繼續進行上訴的要求，您必須決定是否繼續進行**3級**上訴並提出第三次上訴。您在**2級**上訴之後所收到的書面通知中會詳細說明如何提出第三次上訴。
 - **3級**上訴將由行政法官或律師裁判官進行處理。本章**第10節**解釋了**3級**、**4級**和**5級**上訴流程。

如果您的問題與Medicaid通常承保的服務或項目有關：

步驟1：您可以向州政府要求舉行公平聽證會。

- 通常由Medicaid承包的服務的**2級**上訴程流程是向州政府要求舉行公平聽證會。您必須在我們發出您的**1級**上訴決定書之日起的**120個日曆日**內，以書面或電話形式要求舉行公平聽證會。我們發給您的這封決定書將會說明向哪裡提交您的聽證請求。

步驟2：公平聽證會辦公室會給您答復。

公平聽證會辦公室將以書面形式告知您他們的決定，並說明理由。

- 如果公平聽證會辦公室同意針對醫療項目或服務的部分或全部請求，我們必須在收到公平聽證會辦公室決定後**72小時**內授權或提供該服務或項目。
- 如果公平聽證會辦公室拒絕您的部分或全部上訴，表明他們同意我們的決定，認為不應核准您的醫療護理承保要求（或您的部分要求）。（這稱為**維持決定或駁回上訴**。）

如果我們決定拒絕您的全部或部分請求，您可以再次上訴。

如果獨立審查組織或公平聽證會辦公室的決定是拒絕您的全部或部分請求，您擁有額外上訴權利。

您從公平聽證會辦公室收到的信函中會描述下一個上訴選項。

請參閱**第10節**，瞭解有關您在2級上訴後的上訴權利的更多資訊。

第6.5節 如果您請求我們支付您收到的醫療護理帳單中我們應分擔的費用

如果您已經支付了本計劃所涵蓋的**Medicaid**服務或項目，可要求我們依據本計劃向您償還（報銷）相關費用。只要您為本計劃承保的醫療服務或藥物支付的費用超過您應分擔的費用，您都有權要求我們依據本計劃向您償還相關費用。當您寄送您已支付的帳單給我們時，我們將會查看帳單並決定是否應承保該服務或藥物。如果我們決定該服務或藥物應屬於承保範圍，我們將會償還您該服務或藥物的費用。

申請費用報銷就是要求我們作出承保決定

如果您將申請報銷的文件寄給我們，表明您要求我們做出承保決定。為了做出此決定，我們將會審查您所支付的醫療護理是否獲得承保。我們還將核查您是否遵守所有規定來在承保範圍內使用醫護服務。

如果您希望我們為您報銷**Medicare**服務或藥物，或者您要求我們為您向醫護人員支付**Medicaid**服務或藥物費用，您可要求我們做出承保決定。我們將會核查您所支付的醫療護理是否為承保服務。我們還將核查您是否遵守所有規定來使用承保範圍內的醫護服務。

- **如果我們同意您的請求：**如果醫療護理屬於承保範圍，並且您遵守所有規定，我們通常將在收到您的請求後**30**個日曆日內，但不遲於**60**個日曆日內，向您支付我們的費用分擔額。

如果您支付給醫護人員的費用屬於**Medicaid**承保範圍，並且您認為我們應該代替您向醫護人員支付費用，我們將在收到您的請求後**60**個日曆日內向您的醫護人員支付我們應承擔的費用。

然後您需要聯絡醫護人員，要求其償還您已支付的費用。如果您尚未支付醫療護理費用，我們將直接付款給醫護人員。

- **如果我們拒絕您的請求：**如果醫療護理未得到承保，或者您未遵守所有規定，我們將不會付款。反之，我們將會寄信給您，告知您我們將不會給付該醫療護理費用，並說明理由。

如果您對我們的拒絕決定有異議，**您可提出上訴**。如果您提出上訴，這意味著您請求我們改變在拒絕您的付款請求時作出的承保決定。

如欲提出此上訴，請遵守我們在第6.3節中描述的上訴流程。針對有關補償的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您上訴後的30個日曆日內給您答覆。
- 如果獨立審查組織判定我們應該給付，我們必須在30個日曆日內向您或醫護人員付款。如果我們在您的2級上訴後的上訴流程中的任何階段同意您的上訴，我們必須在60個日曆日內將請款寄給您或醫護人員。

第7節 計劃D部分藥物：如何請求作出承保決定或提出上訴

第7.1節 如果您在取得計劃D部分藥物時遇到問題，或者您希望我們向您償還計劃D部分藥物的費用，本節將會告訴您該怎麼做

您的理賠福利包括許多處方藥的承保。如欲取得承保，藥物必須用於醫學上公認的適應症。（請參閱第5章以瞭解更多有關醫學上公認的適應症的資訊。）有關計劃D部分的藥物、規定、限制和費用，請參閱第5章和第6章。本節僅涉及計劃D部分藥物。為了簡單起見，我們一般在本節的其他部分使用藥物一詞，而不是每次重複承保門診處方藥或計劃D部分藥物。我們也使用「藥物清單」一詞代替承保藥物清單，或《2027年完整承付藥物手冊》。

- 如果您不知道某藥物是否承保，或您是否符合規定，請向我們洽詢。部分藥物需要得到我們的批准後，我們才會為您承保這些藥物。
- 如果藥房告知您，您的處方藥無法按醫生要求配領，您會收到藥房發出的書面通知，說明如何與我們聯絡以尋求承保決定。

計劃D部分承保決定及上訴

法律術語：

有關您的計劃D部分藥物的初步承保決定稱為**承保判定**。

承保決定是我們針對您的理賠福利和承保範圍，或者為您給付的金額所作的決定。本節說明當您處於以下情形時應如何處理：

- 請求承保不在本計劃藥物清單上的計劃D部分藥物。**請求例外處理。第7.2節。**
- 請求放棄我們依據本計劃對某種藥物的承保範圍的限制（例如事先授權標準）。**請求例外處理。第7.2節。**
- 請求對處於較高費用分擔層級的承保藥物支付較低的費用分擔額。**請求例外處理。第7.2節。**
- 請求取得藥物的事先批准。**要求作出承保決定。第7.4節。**
- 給付您已購買的處方藥。**請求我們向您償還藥費。第7.4節。**

如果您對我們所作的承保決定有異議，您可對我們的決定進行上訴。

本節將告訴您如何請求作出承保決定以及如何申請上訴。

第7.2節 要求例外處理

法律術語：

請求承保未列在藥物清單上的藥物稱為**承付藥物手冊例外處理**。

請求取消某項藥物的承保限制稱為**承付藥物手冊例外處理**。

請求以較低的價格支付非首選承保藥物是一種**分級例外**。

如果藥物沒有按照您希望的方式獲得承保，您可請求我們進行**例外處理**。例外處理是一種承保決定。

為了讓我們審核您的例外要求，您的醫生或其他處方醫師需要說明您需要例外批准的醫療理由。以下是三個您或醫生或其他處方醫師可要求我們做出例外處理的範例：

1. **承保不在「藥物清單」上的計劃D部分藥物**。如果我們同意承保不在「藥物清單」上的藥物，您將需要支付層級5（專科層級，品牌藥）或層級2（學名藥）所適用的費用分擔金額。當我們同意承保不在「藥物清單」上的藥物時，您不能對您所支付藥物的成本分擔額要求例外處理。
2. **取消對承保藥物的限制**。第5章描述了適用於藥物清單上藥物的額外規定或限制。如果我們同意做出例外處理，並為您免除限制，您可要求針對我們要求您為藥物支付的共付額或共保額進行例外處理。
3. **將藥物承保更改為較低的費用分擔層級**。藥物清單上的每種藥物均屬於六個費用分擔層級中的其中一個層級。一般情形下，費用分擔層級越低，您所需支付的藥物分擔費用越少。
 - 如果藥物清單中可治療您疾病的替代藥物，且與您的藥物相比，該替代藥物屬於較低費用分擔層級，則您可要求我們以適用於該替代藥物的費用分擔額來承保您的藥物。
 - 如果您服用的藥物是生物製品，則可以請求我們以較低的費用分擔金額承保您的藥物。這將是包含用於治療您病情之生物製品替代品的最低層級。
 - 如果您正在服用的藥物是品牌藥，可請求我們以適用於包含可治療您疾病之替代品牌藥的最低層級費用分擔額來承保您的藥物。
 - 如果您正在服用的藥物是學名藥，可請求我們以適用於包含可治療您疾病之替代品牌藥或學名藥的最低層級費用分擔額來承保您的藥物。

- 您不能要求我們更改層級5（特殊藥物層級）內任何藥物的費用分擔層級。
- 如果我們批准您層級例外處理的要求，且您不能服用的替代藥物有一個以上較低的費用分擔層級，則您通常僅支付最低金額。

第7.3節 有關要求例外處理的重要須知

您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫師必須向我們提供聲明，以解釋請求例外處理的醫療理由。如欲更快地得知決定，在申請例外處理時，請附上由您醫生或其他處方醫師所提供的上述醫療資訊。

我們的藥物清單通常包括一種以上治療特定病症的藥物。這些不同的可能性稱為**替代藥物**。如果替代藥物與您請求的藥物一樣有效，並且不會引起更多副作用或其他健康問題，我們通常不會核准您的例外處理請求。如果您向我們提出層級例外處理請求，除非所有較低費用分擔層級的替代藥物對您皆無效或可能導致不良反應或其他傷害，否則我們一般不會核准您提出的例外處理請求。

我們可能會核准也可能會拒絕您的申請

- 如果我們核准您提出的例外處理請求，我們的核准通常在計劃年度的年底之前均有效。只要您的醫生繼續為您開立該藥物，而且該藥物對治療您的病症仍然安全有效，核准在年底之前皆會維持有效。
- 如果我們拒絕您的請求，您可提出上訴，請求再次審查。

第7.4節 如何請求作出承保決定，包括例外處理

法律術語：

「快速承保決定」稱為**加急承保判定**。

步驟1：決定您是**需要標準承保決定**還是**需要快速承保決定**。

標準承保決定將在我們收到您的醫生聲明後**72小時**內做出。**快速承保決定**將在我們收到您的醫生聲明後**24小時**內做出。

如果您的健康狀況需要，可請求我們快速為您提供承保決定。要獲得快速核保決定，您必須滿足2個要求：

- 您必須請求**您尚未取得的藥物**。（針對您已購買的藥物，您不能要求快速承保決定以獲得費用償還。）
- 使用標準期限可能**對您的健康造成嚴重危害，或損害您的身體機能**。
- 如果您的醫生或其他處方醫師告訴我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們將自動為您提供快速承保決定。

- 如果您在沒有醫生或處方醫師支援的情況下自行要求做出快速承保決定，我們將決定您的健康狀況是否需要我們給您快速承保決定。如果我們不批准快速承保決定，我們將向您發送一封信，其中：
 - 說明我們將採用標準期限。
 - 說明如果您的醫生或其他處方醫師要求做出快速承保決定，則我們將自動為您提供快速承保決定。
 - 告訴您關於我們給您標準承保決定，而非您要求的快速承保決定的決定，您如何提交快速投訴。我們會在收到您的投訴的24小時內給予答覆。

步驟2：請求標準承保決定或快速承保決定。

首先致電、寫信或發傳真給我們，請求我們授權或為您希望獲得的醫療護理提供承保。您也可以通過我們的網站進行承保決定流程。我們必須接受所有書面請求，包括透過 *CMS Model Coverage Determination Request* 表格提交的請求，您可在我們的網站 kp.org 上獲得該表格。第2章提供了聯絡資訊。為了幫助我們處理您的請求，請提供您的姓名、聯絡資訊以及顯示正在上訴的被拒絕索賠的資訊。

您本人、您的醫生(或其他處方醫師) 或您的代表均可對此處理。您也可由律師擔任您的代表。有關您如何以書面形式授權他人擔任您的代表，請參閱本章的第4節。

- 如果您要申請例外處理，請提供佐證聲明，作為例外處理的醫療理由。您的醫生或其他處方醫師可用傳真或信函方式，提供給我們該聲明。或者您的醫生或其他處方醫師也可先打電話給我們，然後如有必要，再將書面聲明傳真或郵寄給我們。

步驟3：我們審核您的要求並給您答覆。

快速承保決定的期限

- 我們一般必須在收到您的請求後24小時內給您答覆。
 - 針對例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後24小時內給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前答覆。
 - 如果我們未能符合該期限，我們必須將您的請求提交至2級上訴流程，由獨立審查組織進行審查。您的請求已提交給獨立審查組織時，我們會以書面形式通知您。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求，或您的醫生為您的請求所提供的佐證聲明後24小時內，提供我們已同意的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部請求，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您可以如何提出上訴。

關於針對您並未獲得的藥物作出標準承保決定的期限

- 我們必須在收到您的請求後**72小時內**給您答覆。
 - 針對例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後**72小時內**給您答覆。如果您因健康狀況所需，我們將提前答覆。
 - 如果我們未能在期限內完成，我們就必須將您的請求提交至上訴流程的第2級，由獨立審查組織進行審查。您的請求已提交給獨立審查組織時，我們會以書面形式通知您。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的請求，或您的醫生為您的請求所提供的佐證聲明後**72小時內**，提供我們已同意的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部請求，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您可以如何提出上訴。

與您已購藥物之給付有關的標準承保決定期限

- 我們必須在收到您的請求後的**14個日曆日內**給您答覆。
 - 如果我們未能在期限內完成，我們就必須將您的請求提交至上訴流程的第2級，由獨立審查組織進行審查。您的請求已提交給獨立審查組織時，我們會以書面形式通知您。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部請求，我們同樣必須在收到您的請求後的**14個日曆日內**向您提供給付。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部請求，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您可以如何提出上訴。

步驟4：如果我們拒絕您的承保請求，您可提出上訴。

- 如果我們拒絕，則您有權提出上訴來要求我們重審該項決定。這表示可以再次請求，以取得您想要的藥物承保。如果您提出上訴，表示您將進入**1級上訴**流程。

第7.5節 如何提出1級上訴

法律術語：

針對計劃D部分藥物承保決定提出的上訴稱為**計劃重新判定**。

「快速上訴」也稱為**加快重新判定**。

步驟1：決定您是需要標準上訴還是快速上訴。

標準上訴一般在7個日曆日內提出。快速上訴一般在72小時內提出。如果您因健康狀況所需，可請求進行「快速上訴」。

- 如果我們針對您尚未獲得的藥物作出決定，而您欲針對我們的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫師將需要決定您是否需要進行「快速上訴」。
- 獲得快速上訴的規定與獲得快速承保決定的規定相同，詳見**第7.4節**。

步驟2：您本人、您的代表、醫生，或其他的處方醫師必須連絡我們並提出您的1級上訴。如果您的健康狀況需要我們作出快速回應，您必須請求進行快速上訴。

- 要進行標準上訴，請提交書面請求。第2章提供了聯絡資訊。
- 如需快速上訴，請以書面形式提交上訴或致電1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。第2章提供了聯絡資訊。
- 我們必須接受所有書面請求，包括通過 *CMS Model Redetermination Request Form* 提交的請求，您可在我們的網站 (kp.org) 上獲取該表格。請提供您的姓名、聯絡資訊以及有關您的索賠的資訊，以幫助我們處理您的請求。
- 您必須在我們為告知您承保決定的答覆，而寄送的書面通知日期起**65個日曆日**內提出上訴請求。如果您錯過此期限，但您有錯過期限的正當理由，請在提出上訴時說明您延遲上訴的理由。我們可能會給您更多時間讓您提出上訴。正當理由的例子可能包括：因重病而無法與我們聯絡，或者如果我們對您上訴請求所提供的截止日期資訊錯誤或不完整。
- 您可以索取上訴中資訊的副本並添加更多資訊。您和您的醫生可以添加更多資訊來支持您的上訴。

步驟3：我們會審查您的上訴並給您答覆。

- 當我們審查您的上訴時，我們會再次仔細查看有關您的承保請求的所有資訊。我們會查看以確認在拒絕您的申請時，我們是否有遵守所有規定。
- 我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方醫師，以獲得更多資訊。

快速上訴的期限

- 針對快速上訴，我們必須在收到您的上訴後**72小時內給您答覆**。如果您因健康狀況所需，我們將提前答覆。
 - 如果我們在72小時內沒有給您答覆，我們必須將您的請求提交至2級上訴流程，由獨立審查組織進行審查。您的請求已提交給獨立審查組織時，我們會以書面形式通知您。第7.6節介紹了2級上訴流程。

- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴後72小時內提供我們已同意的承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部請求，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由以及您可以如何針對我們的決定提出上訴。

針對您尚未收到藥物的標準上訴期限

- 針對標準上訴，我們必須在收到您的上訴後的7個日曆日內給您答覆。如果您尚未收到藥物，而且您因健康狀況所需，我們將盡快告知您我們的決定。
 - 如果我們沒有在7個日曆日內為您作出決定，我們必須將您的請求提交至2級上訴流程，由獨立審查組織進行審查。您的請求已提交給獨立審查組織時，我們會以書面形式通知您。第7.6節介紹了2級上訴流程。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部請求，我們必須在收到您的上訴的7個日曆日內，為您的健康所需儘速提供承保。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部請求，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由以及您可以如何針對我們的決定提出上訴。

針對您已購買藥物的付款的標準上訴期限

- 我們必須在收到您的請求後的14個日曆日內給您答覆。
 - 如果我們未能在期限內完成，我們就必須將您的請求提交至上訴流程的第2級，由獨立審查組織進行審查。您的請求已提交給獨立審查組織時，我們會以書面形式通知您。
- 如果我們的答覆是同意您的部分或全部請求，我們同樣必須在收到您的請求後的30個日曆日內向您提供給付。
- 如果我們的答覆是拒絕您的部分或全部請求，我們將會寄書面聲明給您，解釋我們拒絕的理由。我們也會告訴您可以如何提出上訴。

步驟4：如果我們拒絕您的上訴，您可決定是否要繼續進行上訴流程以再次提出上訴。

- 如果您決定再次提出上訴，這表示您的上訴將進入2級上訴流程。

第7.6節 如何提出2級上訴

法律術語

獨立審查組織的正式名稱是**獨立審查機構**。有時稱為**IRE**。

獨立審查組織是由Medicare聘請的獨立組織。該組織與我們沒有關聯，也不是政府機構。該組織判定我們所做的決定是否正確或應變更。其工作由Medicare監督。

步驟1：您本人（或您的代表、醫生或其他處方醫師）必須與獨立審查組織聯絡，並要求審查您的個案。

- 如果我們拒絕您的1級上訴，我們寄給您的書面通知將包括有關如何向獨立審查組織提出2級上訴的說明。這些說明會告訴您誰能提出此2級上訴、您必須遵守的期限，以及如何與獨立審查組織聯絡。
- 您必須在書面通知日期起的**65個日曆日內**提出上訴請求。
- 如果我們未能在適當期限內完成審查，或者未能就藥物管理計劃下的**風險**判定作出不利決定，我們會自動向獨立審查機構 (IRE) 提交您的請求。您的請求已提交給獨立審查組織時，我們會以書面形式通知您。
- 我們會將有關您的上訴的資訊發送給該組織。這些資訊稱為您的**個案檔案**。您有權利向我們索取您的個案檔案的副本。
- 您有權向獨立審查組織提供更多資訊，來為您的上訴提供佐證。

步驟2：獨立審查組織審查您的上訴。

獨立審查組織的審查人員將會仔細審核與您的上訴相關的所有資訊。

快速上訴期限

- 如果您因健康狀況所需，可請求獨立審查組織作出快速上訴。
- 如果獨立審查組織同意為您提供快速上訴，獨立審查組織必須在收到您的上訴請求後**72小時內**，針對您的2級上訴給予答覆。

標準上訴期限

- 如果您針對尚未取得的藥物提出標準上訴，獨立審查組織必須在收到您的上訴後**7個日曆日內**，針對您的2級上訴給予答覆。如果您請求我們償還您已購買的藥物費用，獨立審查組織必須在收到您的請求後的**14個日曆日內**，針對您的2級上訴給您答覆。

步驟3：獨立審查組織給您他們的答覆。

針對快速上訴：

- 如果獨立審查組織同意您的部分或全部請求，我們必須在收到獨立審查組織決定後**24小時內**，提供獨立審查組織所核准的藥物承保。

針對標準上訴：

- 如果獨立審查組織同意您的部分或全部請求，我們必須在收到獨立審查組織決定後72小時內，提供審查組織所核准的藥物承保。
- 如果獨立審查組織同意您的部分或全部請求，以向您償還您已購買藥物的費用，我們必須在收到獨立審查組織決定後30個日曆日內，將向您支付款項。

如果獨立審查組織拒絕您的上訴該怎麼辦？

如果獨立審查組織拒絕您的部分或全部上訴，這表示他們同意我們針對您的請求（或部分請求）所做的決定。（這稱為**維持決定**或**駁回上訴**。）在此情況下，獨立審查組織將會向您寄送包含以下內容的信函：

- 解釋該決定。
- 如果您所要求藥物承保的價值達到最低限度，則會通知您具有3級上訴的權利。如果您請求藥物承保的價值過低，您不能再次提出上訴，這意味著2級上訴的決定是最終決定。
- 我們會告知您爭議金額必須達到多少才能繼續上訴。

步驟4：如果您的個案符合規定，您可選擇是否要提出進一步上訴。

- 在2級上訴之後，上訴流程還有3個級別（共有5級上訴）。
- 如果您要繼續進行3級上訴，在您決定進行2級上訴後所收到的書面通知中，提供了如何進行3級上訴的詳細說明。

3級上訴將由行政法官或律師裁判官進行處理。第10節詳細介紹了3級、4級和5級上訴流程。

第8節 如果您認為醫生過早讓您出院，如何請求我們承保更長的住院時間

在您入住醫院時，您有權獲得傷病診斷和治療所需的所有承保醫院服務。

在您承保住院期間，您的醫生和醫院工作人員會與您合作，為您的出院日做好準備。他們會幫助安排您出院後可能需要的醫護服務。

- 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會告訴您。
- 如果您認為被要求過早出院，可請求延長住院時間，您的請求會獲得考慮。

第8.1節 您在住院期間將會收到Medicare告知您相關權利的書面通知

在入住醫院2個日曆日內，您將會收到一份書面通知，稱為**有關您權利的Medicare重要訊息**。所有Medicare會員都會收到一份該通知的副本。如果您未從醫院的相關人員（例如社工或護士）那裡得到通知，請向醫院員工索取。如果您需要協助，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY使用者請撥打1-877-486-2048）。

1. 請仔細閱讀該通知，如果您有不懂之處，請提出問題。通知會告知您：

- 您在住院期間和出院之後，按照醫生醫囑獲得Medicare承保服務的權利。這包括瞭解服務內容、誰為服務付費以及您在何處可以獲得服務的權利。
- 您有權參與有關您住院的任何決定。
- 向何處通報您對醫院護理品質的任何疑慮。
- 如果您認為自己過早出院，則有權對此出院決定**請求立即進行審查**。此為正式且合法的方式來要求延遲您的出院時間，使我們承保您所延長的醫院護理服務。

2. 您必須簽署該書面通知，表示您已收到通知並瞭解您的權利。

- 您或您的代表必須簽署該通知。
- 簽署通知**僅**表示您有獲得與您權利有關的資訊。通知並不指明您的出院日期。簽署通知**並不表示**您同意出院日期。

3. 請隨手存儲通知的副本，以便在您需要時具有提出上訴（或提出醫護品質相關疑慮）的資訊。

- 如果您在出院之前兩個日曆日以上簽署該通知，您將在預定出院日期前收到另一份副本。
- 如果要事先查閱該通知的副本，可致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），或致電1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。您也可以透過[CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im)在線查看該通知。

第8.2節 如何提出1級上訴以變更您的出院日期

若要請求我們更長時間地承保住院服務，請使用上訴流程提出此請求。在您開始之前，請瞭解您需要採取的行動及相關期限。

- 遵守流程
- 符合期限

- 如有需要，請尋求協助。如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。或致電您所在州的健康保險援助計劃 (SHIP) 部門，以獲得個人化幫助。請撥打1-888-875-9229（TTY使用者請撥打1-866-810-4379）聯絡Hawaii SHIP。SHIP聯絡資訊可在第2章第3節中找到。

品質改進組織會審查1級上訴，以確定您的預定出院日期在醫療上對您是否適當。

品質改進組織是一個由聯邦政府支付薪酬的醫生和其他健康護理專業人員團體，負責核查和幫助改善Medicare會員的醫護品質。這包括審查Medicare入保者的出院日期。這些專家不屬於本計劃的一部分。

步驟1：請聯絡您所在州的品質改進組織，並要求立即審查您的出院情況。您必須快速行動。

您如何與該組織聯絡？

- 您收到的書面通知（有關您的權利的**Medicare重要訊息**）會告訴您如何與該組織連絡。或在第2章找到您所在州的品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。

迅速行動：

- 如欲提出上訴，您必須在出院之前與品質改進組織聯絡，最遲不得晚於您出院那天的午夜。
 - 如果您符合該期限，在您等候品質改進組織對您上訴作出決定的期間，您可在出院日期之後留在醫院，而無需為此付費。
 - 如果您錯過此期限，而您決定在預定出院日期之後繼續住院，您可能必須支付您在預定出院日期之後獲得的醫院醫療護理的所有費用。

在您請求立即審查您的出院情況後，品質改進組織將會與我們連絡。在聯絡我們後的第二天中午之前，我們會給您發送**詳細出院通知**。該通知提供您的預定出院日期，並詳細說明為何您的醫生、醫院或我們認為您在該日期出院是正確的（在醫學上是合理的）。

您可以致電會員服務部 1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，取得**詳細出院通知**樣本。（TTY使用者請撥打1-877-486-2048。）或者，您也可以透過[CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im)在線查看通知樣本。

步驟2：品質改進組織對您的個案進行獨立審查。

- 品質改進組織的健康專業人員（審查人員）將會詢問您或您的代表，瞭解為何您認為我們應繼續承保該服務。您無需準備任何書面資料，但如果您願意，您也可以準備。
- 審查人員還將審查您的醫療資訊，與您的醫生討論，並審查由醫院和本計劃提供的資訊。
- 在審查人員告知我們您的上訴后的當天中午之前，您將收到我們的書面通知，告知您的預定出院日期。該通知還詳細說明了為何您的醫生、醫院或我們認為您在該日期出院是正確的（在醫學上是合理的）。

步驟3：在收到所有必要資訊後的一天內，品質改進組織將針對您的上訴給您答覆。

如果答覆是核准將會如何？

- 如果獨立審查組織同意您的請求，只要這些服務是醫療上必要的，則我們必須繼續為您提供住院服務的承保。
- 您將必須繼續支付應分擔的費用（例如適用的免賠額或共付額）。此外，您的承保住院服務可能會有限制。

如果答覆是拒絕將會如何？

- 如果獨立審查組織拒絕您的請求，表示他們認為您的預定出院日期在醫學上是適當的。如果發生這種情況，我們為您提供的住院服務承保將在品質改進組織針對您的上訴給您答覆後的次日中午結束。
- 如果獨立審查組織拒絕您的上訴，而您決定繼續住院，您可能必須為您在品質改進組織針對您的上訴給您答覆後的次日中午之後所接受的醫院護理服務支付全額費用。

步驟4：如果您的1級上訴的結果為拒絕，您可決定是否要再次提出上訴。

- 如果品質改進組織對拒絕您的上訴，並且您在預定出院日期後仍繼續住院，您可再次提出上訴。再次提出上訴意味著您將進入2級上訴流程。

第8.3節 如何提出2級上訴以變更您的出院日期

在2級上訴期間，您要求品質改進組織再次審查對您第一次上訴所做的決定。如果品質改進組織駁回您的2級上訴，您可能必須在預定出院日期之後，支付全額住院費用。

步驟1：請與品質改進組織聯絡，並要求再次進行審查。

- 您必須在品質改進組織對您的1級上訴表示拒絕的當天起，於60個日曆日內要求進行此審核。只有在您於醫護承保結束日期後還繼續住院的情形下，您才能夠申請此項審查。

步驟2：品質改進組織將會針對您的情況進行第二次審查。

- 品質改進組織的審查人員會再次仔細查看有關您上訴的所有資訊。

步驟3：在收到您2級上訴要求後14個日曆日內，審議人將會針對您的上訴作出決定，並且告訴您該決定。

如果獨立審查組織同意您的上訴請求：

- 我們必須向您償還您在品質改進組織駁回您第一次上訴的次日中午起，所接受的醫院護理費用中我們應分擔的費用。只要您的承保住院醫療護理在醫療上是必要的，我們必須繼續為您提供該護理的承保。
- 您必須繼續支付您應分擔的費用，而且可能有承保限制。

如果獨立審查組織拒絕您的上訴請求：

- 這說明他們同意在您進行1級上訴時自己所作的決定。
- 您收到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續進行審查流程，您該採取什麼行動。

步驟4：如果上訴請求遭到拒絕，您將需決定是否要進一步進入3級上訴流程。

- 在2級上訴之後，上訴流程還有3個級別（共有5級上訴）。如果您要進行3級上訴，在我們針對您的2級上訴做出決定後您所收到的書面通知中，提供了如何進行3級上訴的詳細說明。
- 3級上訴將由行政法官或律師裁判官進行處理。第10節詳細介紹了第3、4和5級上訴流程。

第9節 如果您認為您的承保過早終止，如何請求我們繼續承保某些醫療服務

當您獲承保居家健康服務、專業護理或復健護理（綜合門診復健設施）時，只要該護理是診斷和治療您的疾病或受傷所需，您就有權利持續獲得此類護理服務。

當我們決定停止為您承保這三類醫護中的任何一項醫護服務時，我們必須事先告訴您。當您的醫療護理服務承保結束時，我們將停止支付我們在您的醫療護理費用中我們應分擔的費用。

如果您認為我們過早終止您的護理承保，您可針對我們的決定提出上訴。本節將會告訴您如何提出上訴。

第9.1節 當您的承保即將結束時，我們會事先通知您

法律術語：

Medicare不承保通知。該通知將告知您如何請求進行**快速上訴**。請求進行快速上訴是以一種正式合法的方式，請求我們依據本計劃改變何時結束您的醫護承保決定。

1. 您會在我們依據本計劃停止承保您的醫療護理的至少2天前，**收到書面通知**。該通知將告知您：
 - 我們將停止您的醫護承保的日期。
 - 如何請求進行快速上訴，以請求我們延長您醫護的承保時間。
2. 您或代表您行事的人員將被要求**簽署書面通知**，以表明您已收到該通知。簽署通知**僅**表示您已獲得有關您的保險何時終止的資訊。**簽署該通知並不表示您同意我們依據本計劃停止您的醫療護理承保的決定。**

第9.2節 如何提出1級上訴以延長本計劃對您的醫護承保

如果您想請求我們延長醫護承保，則需要透過採用上訴流程來提出該請求。在您開始之前，請瞭解您需要採取的行動及相關期限。

- **遵守流程**
- **符合期限**
- **如有需要，請尋求協助。**如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。或致電您所在州的健康保險援助計劃（SHIP）部門，以獲得個人化幫助。請撥打1-888-875-9229（TTY使用者請撥打1-866-810-4379）聯絡Hawaii SHIP。SHIP聯絡資訊可在第2章第3節中找到。

在進行1級上訴期間，品質改進組織會審查您的上訴。該組織會決定您的護理終止日期是否符合醫學規定。**品質改進組織**是一個由聯邦政府支付薪酬的醫生和其他健康護理專業人員團體，負責核查和幫助改善Medicare會員的醫護品質。這包括審查我們依據本計劃何時停止特定類型醫護承保的決定。這些專家不屬於本計劃的一部分。

步驟1：提出您的1級上訴：請連絡品質改進組織並請求進行**快速上訴**。您必須快速行動。

您如何與該組織聯絡？

- 您收到的書面通知（**Medicare不承保通知**）會說明應如何與該組織連絡。或在第2章找到您所在州的品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。

迅速行動：

- 您必須與品質改進組織聯絡，以在**Medicare不承保通知生效日期**的前一天中午之前啟動您的上訴。
- 如果您錯過截止日期，而您想要提出上訴，則您還有上訴權。請聯絡您的品質改進組織。

步驟2：品質改進組織對您的個案進行獨立審查。

法律術語：

有關不承保的詳細說明。提供有關終止承保之原因詳細說明的通知。

該審查的步驟如何？

- 品質改進組織的健康專業人員（審查人員）將會詢問您或您的代表，瞭解為何您認為我們應繼續承保該服務。您無需準備任何書面資料，但如果您願意，您也可以準備。
- 獨立審查組織還將查看您的醫療資訊，與您的醫生討論，並審查本計劃為其提供的資訊。
- 在審查人員於當天告知我們您的上訴後，您將收到**不承保詳細說明**，其中詳細解釋我們停止為您的服務承保的理由。

步驟3：在收到所有必要資訊後的一天內，審議人將針對您的上訴作出決定，並且將決定告訴您。

如果審查人員同意您的上訴請求，將會如何？

- 如果審查人員批准了您的上訴，則只要您的承保服務在醫療上是必要的，我們就必須繼續為您提供該承保服務。
- 您將必須繼續支付應分擔的費用（例如適用的免賠額或共付額）。您的承保服務可能會有限制。

如果審查人員拒絕您的上訴請求，將會如何？

- 如果審查人員拒絕您的上訴請求，則您的承保將在我們告知您的日期結束。
- 如果您決定在承保結束日期之後繼續接受居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務，則必須自行支付此護理的全額費用。

步驟4：如果您的1級上訴的結果為拒絕，您可決定是否要再次提出上訴。

- 如果審查人員拒絕您的1級上訴，並且您選擇在醫療護理服務承保結束之後仍繼續接受該醫護服務，您可提出2級上訴。

第9.3節 如何提出2級上訴以延長本計劃對您的醫護承保

在2級上訴期間，您請求品質改進組織再次審查我們對您第一次上訴所做的決定。如果品質改進組織駁回您的2級上訴，您可能必須支付在我們告訴您承保將結束的日期之後所接受的居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (CORF) 服務的全額費用。

步驟1：請與品質改進組織聯絡，並要求再次進行審查。

- 您必須在品質改進組織拒絕您的1級上訴的當天起，於**60個日曆日**內請求進行此審核。僅在您在醫護承保結束日期後繼續接受醫護的情形下，才能請求進行此審查。

步驟2：品質改進組織將會針對您的情況進行第二次審查。

- 品質改進組織的審查人員會再次仔細查看有關您上訴的所有資訊。

步驟3：在收到您上訴要求後的**14個日曆日**內，審議人將針對您的上訴作出決定，並且將決定告訴您。

如果獨立審查組織同意您的上訴請求，將會如何？

- 我們必須向您償還從我們告訴您承保將結束的日期起，我們對於您所接受之醫療護理費用的分擔額。只要您的醫療護理服務在醫療上是必要的，我們就必須繼續為您提供承保。
- 您必須繼續支付您應分擔的費用，而且可能有承保限制適用。

如果獨立審查組織拒絕您的上訴請求，將會如何？

- 這說明他們同意在您進行1級上訴時自己所作的決定。
- 您收到的書面通知將告訴您，如果您希望繼續進行審查流程，您該採取什麼行動。該通知將會提供如何繼續進行下一級上訴的詳細資訊，並由行政法官或律師裁判官處理。

步驟4：如果您的上訴請求遭到拒絕，您將需決定是否要進行進一步上訴。

- 在2級上訴之後，上訴流程還有3個級別（共有5級上訴）。如果您要進行3級上訴，在我們針對您的2級上訴做出決定後您所收到的書面通知中，提供了如何進行3級上訴的詳細說明。

- 3級上訴將由行政法官或律師裁判官進行處理。本章第10節向您詳細介紹了第3、4、5級上訴流程。

第10節 將您的上訴提升至第3、4和5級

第10.1節 針對醫療服務提出的3級、4級和5級上訴

如果您已提出1級上訴和2級上訴，而且兩個上訴均被駁回，本節可能適用於您。

如果您上訴之項目或醫療服務的金額達到特定最低限額，您可繼續提出更高級別的上訴。如果金額沒有達到最低限額，您將不能進一步上訴。您在2級上訴中所收到的書面答覆將說明如何提出3級上訴。

在涉及上訴的大多數情形下，最後3級上訴的運作方式與前2級大致相同。以下介紹了在每個級別的上訴中將由誰審查您的上訴。

3級上訴

為聯邦政府工作的行政法官或律師裁判官將會審查您的上訴並給您答覆。

- 如果行政法官或律師裁判官同意您的上訴，則上訴程序 *可能或可能不會結束*。與2級上訴的裁決不同，我們有權針對對您有利的3級裁決提出上訴。如果我們決定上訴，則將進入4級上訴。
- 如果我們決定不提出上訴，我們必須在收到行政法官或律師裁判官決定後的60個日曆日內授權，或向您提供醫療護理服務。
- 如果我們決定對該決定提出上訴，我們會連同任何隨附文件，寄給您一份4級上訴請求。在授權或提供具有爭議的醫療護理前，我們可能會等候4級上訴的決定。
- 如果行政法官或律師裁判官拒絕您的上訴，上訴流程 *可能會，也可能不會結束*。
- 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
- 如果您不想接受該決定，可繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您如何提出4級上訴。

4級上訴

Medicare上訴理事會（委員會）將審查您的上訴並給您答覆。該理事會是屬於聯邦政府的一部分。

- 如果答案是肯定的，或者如果委員會拒絕我們審查有利3級上訴決定的請求，則上訴流程 *可能或可能不會結束*。與2級決定不同，我們有權針對對您有利的4級決定提出上訴。我們將決定是否對此決定提出5級上訴。

- 如果我們決定不針對該決定提出上訴，我們必須在收到理事會決定後的60個日曆日內授權或為您提供醫療護理。
- 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將會以書面方式告訴您。
- 如果他們的答覆是拒絕該上訴，或者如果理事會拒絕審查請求，上訴流程 **可能或可能不會結束**。
- 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
- 如果您不接受該決定，則可以繼續進入下一級審查流程。如果理事會拒絕您的上訴請求，您收到的通知將會告訴您規定是否允許您繼續提出5級上訴，以及如何繼續提出5級上訴。

5級上訴

聯邦地方法院的法官將會審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定 **同意** 還是 **拒絕** 您的請求。這是最終答覆。在聯邦地方法院之後沒有更高的上訴級別。

第10.2節 額外的Medicaid上訴

如果您的上訴是關於Medicaid通常承保的服務或用品，您還有其他上訴權。您從公平聽證辦公室收到的信函將告訴您，如果您想繼續上訴流程該怎麼做。

DHS行政聽證會：

如果您已完成Kaiser Permanente上訴流程，並且對我們針對您的上訴所做的決定不滿意，您可以要求民政服務部 (DHS) 召開行政聽證會。寫信給DHS的行政上訴辦公室 (AAO)。AAO必須在收到Kaiser Permanente關於拒絕您的上訴的處理通知後的120個日曆日內收到您的來信。包括以下資訊：關於佐證您的請求的任何事實或法律陳述。請將您的上訴寄至：

State of Hawaii Department of Human Services
Administrative Appeals Office
P.O.Box 339
Honolulu, HI 96809-0339

將免費提供上訴文件副本。您有權指定某人為您提出上訴。您必須書面指定該人士何時寄送您的上訴書。您可以在聽證會上為自己發言，也可以請律師、親屬、朋友或其他人為您發言。您將在他們收到您的請求之日起90個日曆日內收到相關決定。我們必須服從DHS行政聽證會的決定。在請求舉行DHS行政聽證會之前，您必須先完成Kaiser Permanente上訴流程。

如果Kaiser Permanente未遵從DHS Med-QUEST分部規定的通知和時間要求，則您或您的核准代表將被視為已用盡Kaiser Permanente的投訴和上訴流程。當發生這種情況時，您有權請求舉行州行政聽證會。會員在進入州行政聽證系統之前必須先用盡Kaiser Permanente的內部投訴和上訴系統。

加急DHS行政聽證會

如果我們對您的上訴進行了加急審查，結果卻沒有如您所願，您可以請求DHS舉行加急行政聽證會。您必須在收到Kaiser Permanente關於您的上訴的答覆後120個日曆日內將您的信函提交給AAO。針對加急行政聽證會，需要在您提出請求後的三個工作日內進行審查並作出決定。我們將與州政府合作，確保您獲得最佳結果，並確保程序符合州和聯邦法規。當請求舉行加急州行政聽證會時，我們將在做出駁回加急上訴的決定後24小時內向DHS提交輔助做出決定的資訊，例如，醫療記錄、您收到或提供的書面文件、醫護人員說明等。

請將您關於加急州行政聽證流程的請求寄送至：

State of Hawaii Department of Human Services
Administrative Appeals Office
P.O.Box 339
Honolulu, HI 96809-0339

第10.3節 針對計劃D部分藥物提出的3級、4級和5級上訴

如果您已提出1級上訴和2級上訴，而且兩個上訴均被駁回，本節可能適用於您。

如果您上訴的藥物金額達到一定金額，您或許可以繼續提出更高級別的上訴。如果金額沒有達到一定的金額，您不能進一步上訴。您所收到的2級上訴書面答覆中，將說明可與誰聯絡，以及應如何提出3級上訴。

在涉及上訴的大多數情形下，最後3級上訴的運作方式與前2級大致相同。以下介紹了在每個級別的上訴中將由誰審查您的上訴。

3級上訴

為聯邦政府工作的行政法官或律師裁判官將會審查您的上訴並給您答覆。

- 如果他們同意您的上訴請求，上訴流程將結束。我們必須在72小時內（加急上訴則為24小時），授權或提供獲得行政法官或律師裁判官核准的藥物承保，或在收到決定後30個日曆日內提供給付。
- 如果行政法官或律師裁判官拒絕您的上訴，上訴流程可能會，也可能不會結束。
 - 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。

- 如果您不想接受該決定，可繼續進入下一級審查流程。您收到的通知將告訴您如何提出4級上訴。

4級上訴

Medicare上訴理事會（委員會）將審查您的上訴並給您答覆。該理事會是屬於聯邦政府的一部分。

- 如果他們同意您的上訴請求，上訴流程將結束。我們必須在72小時內（加急上訴則為24小時），授權或提供獲得行政法官或律師裁判官核准的藥物承保，或在收到決定後30個日曆日內提供給付。
- 如果他們的答覆是拒絕該上訴，或者如果理事會拒絕審查請求，上訴流程 *可能或可能不會* 結束。
 - 如果您決定接受拒絕您上訴的這個決定，上訴流程即結束。
 - 如果您不接受該決定，則可以繼續進入下一級審查流程。如果理事會拒絕您的上訴請求，您收到的通知將會告訴您規定是否允許您繼續提出5級上訴，以及如何繼續提出5級上訴。

5級上訴

聯邦地方法院的法官將會審查您的上訴。

- 法官將審查所有資訊，並決定 *同意* 還是 *拒絕* 您的請求。這是最終答覆。在聯邦地方法院之後沒有更高的上訴級別。

提出投訴

第11節 如何提出有關醫護品質、候診時間、客戶服務或其他疑慮方面的投訴

第11.1節 投訴流程處理何種類型的問題

投訴流程 *僅* 用於處理某些類型的問題。其中包括與醫護品質、候診時間，以及客戶服務有關的問題。以下是投訴流程處理的問題類型範例。

投訴	範例
您的醫療護理品質	• 您對獲得的醫護品質（包括在醫院獲得的醫療護理）不滿意？

投訴	範例
尊重您的隱私	• 是否有人不尊重您的私隱或共享機密資訊？
不尊重、惡劣的客戶服務或其他負面行為	• 是否有人對您粗魯無禮？ • 您對我們的會員服務部是否感到不滿意？ • 您是否感到您被鼓勵退出本計劃？
候診時間	• 您是否很難獲得預約，或是等太久才能取得預約？ • 醫生、藥劑師或其他健康專業人員是否讓您等候太久？或者，我們的會員服務部或本計劃的其他工作人員是否讓您等候太久？ ◦ 舉例包括在打電話、候診室、檢查室，或者配取處方藥時等候太久。
清潔	• 您是否對診所、醫院或醫生診所的清潔或狀況感到不滿？
您從我們這裡獲得的資訊	• 我們未能為您提供必要的通知？ • 我們為您提供的書面資訊難以理解？
及時性 （此類投訴均涉及我們對關於承保決定和上訴所採取的行動是否及時）	如果您已請求承保決定或提出上訴，並且您認為我們的回應不夠迅速，您可對我們的遲緩提出投訴。以下是一些範例： • 您請求我們做出<i>快速承保決定</i>或進行<i>快速上訴</i>，且我們表示拒絕，則您可以提出投訴。 • 您認為我們不符合承保決定或上訴的期限；您可以提出投訴。 • 針對承保或償還我們所批准的特定醫療項目或服務，當您認為我們不符合期限時，您可以提出投訴。 • 您認為在將您的個案轉交給獨立審查組織時，我們未能符合規定期限，您可以提出投訴。

第11.2節 如何提出投訴

法律術語：

抱怨/不滿又稱為投訴。

表達抱怨/不滿又稱為提出投訴。

採用投訴流程稱為採用提出投訴流程。

快速投訴稱為加急投訴。

步驟1：透過電話或以書面方式及時與我們聯絡。

- 首先致電會員服務部**1-800-805-2739**（TTY使用者請撥打**711**）。如果您還需要採取任何其他行動，會員服務部將會告知您。
- 如果您不想打電話（或者您打過電話但不滿意），則可以書面方式進行投訴並將投訴信函寄給我們。如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式回應您的投訴。當您透過電話投訴時，如果您請求書面回覆或您的投訴與醫護品質有關，我們也將提供書面回覆。
- 如果您提出投訴，我們將嘗試透過電話解決您的投訴。如果我們無法在電話上解決您的投訴，我們有審核您投訴的正式程序。您的抱怨必須說明您的疑慮，例如您為什麼對您獲得的服務感到不滿。請查閱第2章，瞭解如果您有投訴，應當與誰聯絡。
 - 您必須以口頭或書面向我們提出您的申訴。我們必須根據您的健康所需儘快處理您的申訴，但不得遲於收到您投訴後的**30個日曆日**。如果您要求延期，或者我們有理由需要更多資訊，而且延遲符合您的最佳利益，則我們可以將作決定的期限最多延長**14個曆日**。
 - 如果我們做出不加速承保或者不加速醫療護理或項目上訴的決定，或者如果我們延長作出承保決定或醫療護理或項目上訴所需的時間，您可以提出快速申訴。我們必須在**24小時內**回覆您的快速申訴。
- 無論您是打電話還是寫信，您都應立即撥打會員服務部電話**1-800-805-2739**（TTY使用者請撥打**711**）。您可以在您要投訴的問題發生後的任何時間提出投訴。

步驟2：我們審查您的投訴並給您答覆。

- 如果可能，我們將立即給您答覆。如果您致電向我們投訴，我們可能會在同一通電話中給您答覆。
- 大多數投訴都會在**30個日曆日內**獲得答覆。如果我們需要更多資訊，而且延遲符合您的最佳利益，或者如果您要求更多時間，我們可能最多需要額外**14個日曆日**的時間（共計**44個日曆日**）答覆您的投訴。如果我們決定需要更長的時間，我們會以書面形式告知您。

- 如果您因為我們駁回您的快速承保決定或快速上訴請求而提出投訴，我們將自動允許您進行快速投訴。如果您提出快速投訴，這意味著我們將在**24小時內**給您答覆。
- 如果我們不同意您的部分或全部投訴，或者不對您所投訴的問題負責，我們將在給您的答復中提供我們的理由。

第11.3節 您也可向品質改進組織提出醫護品質投訴

如果您的投訴涉及**醫護品質**，您還有2個額外選擇：

- 您可直接向**品質改進組織**提出投訴。品質改進組織是一個由執業醫生和其他健康護理專業人員組成的團體，並由聯邦政府付費，負責確認和改善提供給Medicare患者的護理服務。第2章提供了聯絡資訊。

或

- 您也可同時向品質改進組織和我們提出投訴。

第11.4節 您也可以向Medicare和Medicaid提出投訴

您可將計劃相關投訴直接提交給Medicare。若要向Medicare提交投訴，請造訪 [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint)。也可致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD使用者請撥打1-877-486-2048。

您還可以請求夏威夷州民政服務部Med-QUEST分部進行州投訴審查。您必須在收到保健計劃的投訴處置後30天內致電或寫信給Med-QUEST。如果您不這麼做，我們會盡快解決您的投訴。

如欲請求進行州投訴審查，請致電DHS，電話為808-692-8094。或將請求郵寄至：

Med-QUEST分部
Health Care Services Branch
PO Box 700190
Kapolei, HI 96709-0190

DHS將審查您的投訴。他們將在收到投訴審查請求之日起90個日曆日內作出決定。DHS的決定將為最終決定。

第10章： 終止本計劃的會員資格

第1節 終止您在本計劃的會員資格

終止您在本計劃的會員資格可以是**自願**（您自己的選擇）或**非自願**（並非您自己的選擇）性質：

- 您可能會因為自己**想要離開**而退出本計劃。第2節和第3節提供有關自願終止會員資格的資訊。
- 此外，還有一些很有限的情況，我們必須終止您的會員資格。第5節告訴您在什麼情形下，我們必須終止您的會員資格。

如果您打算退出本計劃，我們必須繼續為您提供醫療護理和處方藥，您也需要繼續支付您的成本分擔，直到您的會員資格結束。

第2節 您可在何時終止您在本計劃中的會員資格？

第2.1節 您可能可以因為享有Medicare和Medicaid而終止您的會員資格

大多數享有Medicare的人士僅可在一年當中的特定時間終止其會員資格。由於您擁有Medicaid資格，您可以在每年的任何月份，選擇以下其中一種Medicare選項來終止本計劃的會員資格：

- Original Medicare與獨立的Medicare處方藥計劃
- 如果符合資格，您可以入保一項綜合D-SNP計劃，該計劃可為您提供Medicare服務和大部分或全部Medicaid福利和服務

注意：如果您退保Medicare處方藥的保險，不再接受額外補助，並且沒有可抵免的處方藥保險連續達63天以上，則您之後加入Medicare藥物計劃時，可能需要繳納計劃D部分的延遲入保罰款。如果您獲得額外補助，Medicare可能會安排您入保藥物計劃，除非您已選擇退出自動入保。

- 請致電您所在州的Medicaid辦公室，電話：808-524-3370或1-800-316-8005（TTY使用者請撥打711），以瞭解您的Medicaid計劃選項。
- 在**開放入保期**，您可以選擇其他Medicare保健計劃。第2.2節將詳細介紹開放入保期。
- 您的會員資格通常會在我們收到您變更計劃之請求的次月第一天終止。您入保的新計劃亦將從該日開始生效。

第2.2節 您可在開放入保期終止您的會員資格

您可在每年的**開放入保期**終止您的會員資格。在此期間，請查看您的健康和藥物承保，並決定下一年的承保範圍。

- **開放入保期為10月15日至12月7日。**
- **您可選擇保留您目前的承保範圍，或變更下一年的承保範圍。**如果您決定更換至一項新計劃，您可選擇以下任何類型的保險：
 - 其他不一定有藥物承保的Medicare保健計劃。
 - 包含獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare。
 - 不含獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare。
 - 如果符合資格，您可以入保一項綜合D-SNP計劃，該計劃可為您提供Medicare服務和大部分或全部Medicaid福利和服務。

如果您獲得Medicare額外補助來支付您的處方藥費用：如果您轉至Original Medicare，而且未入保獨立的Medicare處方藥計劃，Medicare可讓您入保一項藥物計劃，除非您已選擇退出自動入保。

注意：如果您退保Medicare藥物保險，不再接受額外補助，並且沒有可抵免的藥物保險連續達63天以上，則您之後加入Medicare藥物計劃時，可能需要繳納計劃D部分的逾期入保罰金。

- 當您的新計劃承保範圍自1月1日開始後，**您的會員資格將在本計劃中終止。**

第2.3節 您可在Medicare Advantage開放入保期終止您的會員資格

您每年可在**Medicare Advantage開放入保期**對您的健康承保範圍作一次變更。

- **Medicare Advantage開放入保期為1月1日至3月31日期間**，而對於加入MA計劃的新Medicare受益人，則為從有權獲得計劃A部分和B部分的月份至獲得該權利第3個月的最後一天為止。
- **在Medicare Advantage開放入保期**，您可以：
 - 轉至其他不一定有藥物承保的Medicare Advantage計劃。
 - 從本計劃退保並透過Original Medicare獲得承保。如果您在此期間轉至Original Medicare，也可以在當時選擇加入獨立的Medicare藥物計劃。
- 在您入保其他Medicare Advantage計劃後第一個月的第一天起，**您的會員資格將終止**，或我們將收到您的請求，改為入保Original Medicare。如果您還選擇入保一項Medicare藥物計劃，您在該藥物計劃中的會員資格將從我們收到您的入保請求後的次月第一天開始。

第2.4節 在某些情形下，您可在特殊入保期終止您的會員資格

在某些情形下，您可能在一年當中的其他時候終止您的會員資格。這稱為特殊入保期。

如果以下任何情形適用於您，則您可能符合在特殊入保期終止會員資格的條件。這些只是例子。如需完整清單，您可以聯絡本計劃負責部門、致電Medicare或造訪[Medicare.gov](https://www.medicare.gov)。

- 當您搬家時
- 如果您投保了Medicaid
- 如果您有資格獲得額外補助來支付您的Medicare藥物費用
- 如果我們違反與您簽訂的合約
- 如果您正在某機構（如護理院或長期護理 (LTC) 醫院）接受醫護服務。
- **注意：**如果您參加藥物管理計劃，您可能只有資格在某些特殊入保期終止會員資格。第5章的第10節詳細介紹了藥物管理計劃。
- **注意：**第2.1節詳細介紹了適用於享有Medicaid之人士的特殊入保期。

根據您的情況，入保期限會有所不同。

若要瞭解您是否有資格享有特殊入保期，請撥打Medicare電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。如果您因特殊情形而有資格終止您的會員資格，您可選擇同時變更您的Medicare健康保險和藥物保險。您可選擇：

- 其他不一定有藥物承保的Medicare保健計劃，
- 包含獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare。
- 不含獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare。
- 如果符合資格，您可以入保一項綜合D-SNP計劃，該計劃可為您提供Medicare服務和大部分或全部Medicaid福利和服務。

注意：如果您退保Medicare藥物保險，不再接受額外補助，並且沒有可抵免的藥物保險連續達63天以上，則您之後加入Medicare藥物計劃時，可能需要繳納計劃D部分的逾期入保罰金。

如果您獲得Medicare額外補助來支付您的藥物保險費用：如果您轉至Original Medicare，而且未入保獨立的Medicare藥物計劃，Medicare可讓您入保一項藥物計劃，除非您已選擇退出自動入保。

您的會員資格通常會終止於您提出變更計劃請求後的次月第一天。

注意：第2.1節和第2.2節詳細介紹了適用於享有Medicaid和額外補助之人士的特殊入保期。

第2.5節 詳細瞭解何時可以終止會員資格

如果您對於終止會員資格有任何疑問，您可以：

- 請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）
- 您可在《Medicare & You 2027》手冊中查閱相關資訊。
- 致電Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（TTY使用者請撥打1-877-486-2048）

第3節 如何終止您在本計劃中的會員資格

下表解釋了您應當如何終止您在本計劃中的會員資格。

從本計劃切換到：	以下是應採取的行動：
另一項Medicare保健計劃	• 入保新的Medicare保健計劃。 • 當您的新計劃的承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。
包含獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare	• 入保新的Medicare藥物計劃。 • 當您的新藥物計劃的承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。
不含獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare	• 以書面方式向我們提出退保申請。請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），獲取有關如何執行此操作的更多資訊。 • 您也可以撥打Medicare電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 並請求退保。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。 • 您的Original Medicare承保開始生效時，您將從本計劃退保。

注意：如果您退保Medicare藥物保險，不再接受額外補助，並且沒有可抵免的藥物保險連續達63天以上，則您之後加入Medicare藥物計劃時，可能需要繳納計劃D部分的逾期入保罰金。

如有關於您的Kaiser Permanente QUEST計劃福利的問題，請撥打Kaiser Permanente 的QUEST客戶服務電話：808-432-5330，或免費電話1-800-651-2237（TTY使用者請撥打711），服務時間為每週7天，上午7:45至晚上8:00。詢問加入另一項計劃或返回Original Medicare，將會對您取得QUEST保險的方式造成何種影響。

第4節 在您的會員資格終止之前，您必須繼續透過本計劃獲得您的醫療項目、服務和藥物

在您的會員資格終止以及您的新Medicare承保開始前，您必須繼續透過本計劃獲得醫療項目、服務和處方藥。

- 繼續使用我們的網絡醫護人員來獲得醫療護理。
- 繼續使用我們的網絡藥房或透過郵購來配取處方藥。
- 如果您在會員資格終止的當日住院，您的住院時間將由本計劃承保至您出院為止（即使您在新的健康保險開始生效後出院）。

第5節 在某些情形下，我們必須終止您在本計劃中的會員資格

如果發生以下任何情形，我們必須終止您在本計劃的會員資格：

- 如果您不再享有Medicare A部分和計劃B部分。
- 如果您不再符合Medicaid入保資格。如第1章第2.1節所述，本計劃是針對同時符合Medicare和Medicaid資格的人士所提供。注意：如果您不再符合獲得完整Medicaid福利資格，我們將會透過書面方式告知您，在您被要求退出Kaiser Permanente Dual Complete計劃之前，您有六個月的寬限期可以重新取得完整Medicaid福利資格。從完整Medicaid福利變更為部分Medicaid福利，或從KP QUEST轉換至其他QUEST計劃，均不會觸發六個月的寬限期（在此情況下，我們必須終止您在本計劃的會員資格）。在終止您的Kaiser Permanente Dual Complete計劃之前，我們將會與您聯絡，讓您有機會可以入保我們其他的Medicare Advantage計劃之一。這些計劃的福利和自付費用可能與Kaiser Permanente Dual Complete計劃有所不同。
 - 如果您失去完整Medicaid福利資格，但預計能在六個月的寬限期內恢復資格，我們將繼續為您提供Kaiser Permanente Dual Complete所承保的所有Medicare福利。然而，在此期間，您的Medicaid福利將不予承保，您也可能失去由Medicare提供的額外補助（用以協助支付您的Medicare D部分藥物費用）。您在Kaiser Permanente Dual Complete承保的福利和D部分藥物的成本分擔，將會根據本《承保範圍說明書》中的「醫療福利項目表」和第6章所述內容而有所變動。若要詳細瞭解您的Medicaid承保範圍，請聯繫夏威夷州民政服務部Med-QUEST分部 (Medicaid)，電話為 1-800-316-8005 (TTY 711)。
- 如果您搬離我們的服務區

- 如果您搬離我們的服務區超過6個月。
 - 如果您搬家或長期旅行，請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711），瞭解搬家或旅行之目的地是否位於本計劃服務區內。
- 如果您被監禁（坐牢）
- 如果您不再是美國公民、國民或符合資格的非公民
- 如果您所述不實或不提供有關向您提供藥物承保的其他保險資訊
- 若您在入保本計劃時給我們蓄意提供不正確的資訊，且該資訊會影響您的本計劃入保資格。（除非我們事先得到Medicare的許可，否則我們不能根據此理由要求您退出本計劃。）
- 如果您持續發生破壞性行為，導致我們很難為您和本計劃的其他會員提供醫療護理。（除非我們事先得到Medicare的許可，否則我們不能根據此理由要求您退出本計劃。）
- 如果您讓他人使用您的會員卡來獲得醫療護理。（除非我們事先得到Medicare的許可，否則我們不能根據此理由要求您退出本計劃。）
 - 如果我們為了此理由終止您的會員資格，Medicare可能會將您的個案交給總檢察長調查。

如果您有任何疑問或想瞭解我們何時可以終止您的會員資格，請致電會員服務部：1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。

第5.1節 我們不得以與健康相關的任何理由要求您退出本計劃

我們不得以與健康相關的任何理由，要求您退出本計劃。

如果發生這種情況，您應當怎麼辦？

如果您認為您是因為健康相關理由而被要求退出本計劃，您應致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與Medicare聯絡。TTY使用者請撥打1-877-486-2048。

第5.2節 如果我們終止您在本計劃中的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計劃的會員資格，我們必須以書面形式告訴您我們終止您會員資格的理由。我們必須向您解釋如何對我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。

第11章： 法律聲明

第1節 有關管轄法律的聲明

適用此《承保範圍說明書》文件的主要法律是《社會安全法》加州Medicaid第XVIII條，和Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 依據《社會安全法》制定的法規。此外，其他聯邦法律可能適用，在某些情況下，您所居住的州的法律也可能適用。這可能會影響您的權利和責任，即使本文件中未包含或解釋這些法律。

第2節 有關反歧視的聲明

我們不會因人種、族裔、原國籍、膚色、宗教、性別、社年齡、精神或身體殘障、健康狀況、索賠經驗、病史、遺傳資訊、保險資格證明或服務區內的地理位置等理由而歧視他人。提供Medicare Advantage計劃（如本計劃）的所有組織均必須遵守反歧視的聯邦法律，包括《1964年民權法》第VI章、《1973年復健法》、《1975年反年齡歧視法》、《美國殘障人士法》、《平價醫療法案》(ACA)第1557節，以及接受聯邦資助的組織適用的所有其他法律和因任何其他原因而適用的任何其他法律及規定。

如果您希望瞭解詳情，或對歧視或不公平待遇有疑慮，請致電美國衛生與公眾服務部民權辦公室，電話號碼1-800-368-1019（TTY使用者請撥打1-800-537-7697），或致電您當地的民權辦公室。您也可查看美國衛生與公眾服務部民權辦公室的資訊：
[HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html)。

如果您有殘障並需要獲得護理上的幫助，請致電會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者請撥打711）。如果您要提出諸如與輪椅出入問題有關的投訴，會員服務可提供協助。

第3節 關於Medicare次要付款方代位求償權的聲明

對於Medicare並非首要付款方的Medicare承保服務，我們有權利和義務收取這些服務的費用。根據42 CFR第422.108和423.462節CMS條例，Kaiser Permanente Dual Complete作為一個Medicare Advantage組織，將行使與Secretary根據42 CFR第411節B至D條中CMS條例所行使的相同追索權，而且此節中所確定的規定將取代任何州法律。

第4節 對本《承保範圍說明書》的管理

我們可採用合理的政策、程序和解釋，透過井然有序及有效率的方式實施本《承保範圍說明書》。

第5節 申請和聲明

您必須按照我們正常的業務流程，或本《承保範圍說明書》的規定，填寫任何申請表、表格或聲明。

第6節 轉讓

未經我們事先書面同意，您不得轉讓本《承保範圍說明書》，或本文件所規定的任何權利、福利、金錢索賠權、理賠或義務。

第7節 律師及代表費用和開支

如果會員與Health Plan、Medical Group或Kaiser Foundation Hospitals發生任何爭議，除非法律另有規定，否則各方需自行負擔費用和其他支出，包括律師費、代表費和其他費用。

第8節 福利協調

如第1章第7節「其他保險如何與本計劃協調運作」中所述，如果您享有其他保險，您必須將其他保險與Kaiser Permanente Dual Complete會員保險結合使用，以就您所獲得的醫護服務支付費用。這稱為「福利協調」，因為這包括協調您可使用的所有健康福利。您將照例從網絡醫護人員獲得承保醫護，而您的其他保險只需用來幫助支付您獲得的醫護費用。

如果您的其他保險是首要付款方，則該方通常需要直接與我們商定其付款份額，無需您的介入。但是，如果首要付款方本應付給我們的款項直接寄給您，則根據Medicare法律規定，您應將這筆首要付款交給我們。如需瞭解第三方需承擔責任之情形下的首要付款詳細資訊，請參閱本章中的第16節，若要瞭解工傷賠償案件中首要付款的詳細資訊，請參閱本章第18節。

如果您有其他健康護理保險，請務必告訴我們。其他保險如有任何變更，請隨時讓我們知道。

第9節 僱主的責任

若為僱主依法必須提供的任何服務，我們不會向僱主付款；如果我們承保任何此類服務，則可向僱主追索該等服務的費用。

第10節 《承保範圍說明書》對會員的約束力

根據本《承保範圍說明書》選擇保險或接受理賠，即表示所有依法有立約能力的會員，以及所有無立約能力之會員的法定代表，均同意接受本《承保範圍說明書》的所有條款。

第11節 政府機構的責任

若為法律規定僅可由政府機構提供或僅可從政府機構獲得的任何服務，我們不會向政府機構付款；如果我們承保任何此類服務，則可向政府機構追索該等服務的費用。

第12節 會員免責

根據我們與網絡醫護人員簽訂的合約，您無需為我們所欠的任何款項負責。但是，您從網絡醫護人員或網絡外醫護人員處獲得的不承保服務費用應由您自行承擔。

第13節 不棄權

我們不執行本《承保範圍說明書》的任何條款，並不表示我們放棄該條款或任何其他條款，也不影響我們今後要求您嚴格執行任何條款的權利。

第14節 通知

我們給您的通知將寄至我們紀錄中的最新地址。如果您的地址有任何變更，您有責任通知我們。如果您搬家，請盡快致電會員服務部（電話號碼列印於本文件封底），並儘快致電1-800-772-1213（TTY使用者請撥打1-800-325-0778）與社會安全局聯絡，報告地址變更事項。

第15節 追討超額付款

我們可向任何收到服務超額付款者或任何有義務支付服務費用者或組織，追討該超額付款。

第16節 第三方責任

如第1章第7節所述，導致您受傷或生病的第三方（和/或其保險公司）通常必須在Medicare或本計劃之前先行付款。因此，我們有權催繳這些首要付款款項。如果您獲得來自第三方或第三方代表針對您所受的傷害或疾病而支付的判決金或和解金，且您之前已為該傷害或疾病接受了承保服務，則您必須確保我們獲得這些服務的費用補償。

注意：這節「第三方責任」的規定並不影響您為上述服務支付費用分擔額的責任。

在法律允許或規定的範圍內，我們應針對第三方或保險公司、政府計劃或其他保險服務提供者行使代位權，以提出所有索賠、訴訟並行使您可能享有的其他權利，從而對第三方涉嫌造成的傷害或疾病，獲得經濟賠償、補償或保障。我們將在向您或您的律師郵寄或送達行使此選擇權的書面通知之日起，行使此代位權。

第11章 法律聲明

為了保障我們的權利，如果您或我們對第三方提出的訴訟有任何判決金或和解金，則我們將對您或我們透過其他類型之保險所獲得的任何判決金或和解金享有留置權或補償權，其中包括但不限於：責任險、無保險駕駛人保險、保險不足駕駛人保險、個人責任保護傘、工傷賠償、個人傷害險、醫療給付及其他所有第一方保險類型。您或我們收到的任何判決金或和解金應先用於履行我們的留置權，無論您是否有獲得全額賠償，也無論判決金或和解金總額是否低於您所遭受的實際損失和損害。對於您為了提出損害索賠所雇用的任何律師，我們將無需支付律師酬勞或費用。如果您在不需要採取法律行動的情況下直接將費用償還給我們，我們將允許採購成本折扣。如果我們必須採取法律行動以維護利益，則不提供採購折扣。

在針對第三方提交或呈交索賠或法律訴訟後30日內，您必須向寄送索賠或法律訴訟的書面通知至以下地址：

Kaiser Permanente
Patient Financial Services Department
Insurance Follow-up Manager
711 Kapiolani Blvd.
Honolulu, HI 96813

為確定我們享有的權利是否存在及為我們履行這些權利，您必須完整填寫所有同意書、披露書、授權書、轉讓書及其他文件，包括留置權表格，並郵寄給我們，以指示您的律師、第三方及第三方的責任險承保人直接向我們付款。若未事先經過我們的書面同意，您不得同意放棄、免除或縮減此條款所賦予我們的權利。

如果您的遺產管理人、父母、監護人或保護人根據您的傷害或疾病向第三方提出索賠，則對於您的遺產管理人、父母、監護人或保護人以及您遺產管理人、父母、監護人或保護人所追討的任何和解賠償金或判決金，我們均享有留置權及其他權利，範圍就比照您向第三方提出索賠時的情況。為行使留置權及其他權利，我們可轉讓享有之權利。

第17節 美國退伍軍人事務部

針對退伍軍人事務部依法必須為從軍所致傷病提供的任何服務，我們不會向退伍軍人事務部付款；如果我們承保任何此類服務，則可向退伍軍人事務部追討該等服務的費用。

第18節 工傷賠償或雇主責任福利

如第1章第7節所述，工傷賠償保險通常必須在Medicare或本計劃之前先行付款。因此，我們有權催繳工傷補償或雇主責任法律所規定的首要付款款項。依據工傷補償或僱主責任的法律規定，您可能資格獲得償付或其他理賠，包括以和解形式收到的款項（統稱為「財務理賠」）。即使無法確定您是否有權獲得財務理賠，我們也會提供承保服務，但我們可從下列來源追討任何承保服務的費用：

- 任何提供財務福利者或應提供財務福利者。

- 向您本人追討，前提是您已獲得或可獲得財務福利，或者在您積極行使任何工傷賠償或雇主責任法律所賦予您的權利後，必須向您提供或向您給付的財務福利。

第19節 代孕

在會員獲得金錢補償擔任代理孕母的情況下，本計劃將針對與受孕、懷孕和/或分娩相關的所有承保服務劃費用尋求補償。代孕安排是指一名女性同意受孕，而後將所誕下的嬰兒交予意欲撫養此孩子的另一名（或多名）當事人。

第20節 具約束力的仲裁

以下對具約束力的仲裁的描述適用於以下會員：

- 所有入保Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan且生效日期早於2008年1月1日的會員；以及
- 所有入保Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual計劃且生效日期為2008年1月1日或之後，且未在入保生效日期後60個日曆日內明確選擇不參加具約束力的仲裁流程的會員。

除本章或適用法律規定外，因本《承保範圍說明書》的執行或違約指控，或因當事方的關係或行為而產生或與此有關的任何及所有索賠、爭議或訴因，均應透過具約束力的仲裁解決，其中包括但不限於因合約、侵權、成文法或衡平法訴訟而產生的任何及所有索賠、爭議或訴因。

透過入保Kaiser Permanente Medicare Advantage計畫，您豁免所有在法庭上決定這些索賠類型的權利。仲裁人的裁決將具有約束力。

其中包括但不限於下述任何索賠：

1. 由會員、患者、會員或患者的繼承人、處理會員或患者遺產的個人代表，或是在提出索賠時有權在適用的聯邦法律或夏威夷州法律許可範圍內針對會員或患者所受到的損壞傷害提起訴訟的任何其他人士（「會員當事方」）所提出的索賠，或者由他人針對您或上述該等人士所提出的索賠。在本協議中，會員或患者的所有家庭成員或是因該等傷害而提出索賠之會員的所有家庭成員也應被視為是「會員當事方」，並受到這些仲裁條款的約束；
2. 由於死亡、人身傷害、生理疾病、精神困擾或經濟損失是由於提供或未提供醫療服務或提供或未提供本協議中的福利，無論主張該索賠所依據的法律理論如何，除非適用法律明確不允許具約束力的仲裁、場地責任或由任何性質的任何其他的索賠；以及

3. 索賠人或索賠對象為下列一個或多個實體或其員工、高級職員或主管（「Kaiser Permanente當事方」）：
- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.，
 - Kaiser Foundation Hospitals，
 - Hawaii Permanente Medical Group, Inc.，
 - The Permanente Federation, LLC，
 - 與上述所列的組織簽有合約以向Health Plan會員提供醫療服務的任何個人或組織，且該等合約有包含條款規定提出的索賠必須透過仲裁解決。

即便本協議有任何相反規定，都不應將下列索賠交付強制仲裁：

- 在夏威夷州之地方法院小額索賠部門的司法管轄限制範圍內因金錢損失所提出的索賠；
- 為了替某人或替需受遺產認證相關法律約束之財產指定法定監護人而提起的訴訟；
- 為了讓Kaiser Permanente有能力安全地提供本《承保範圍說明書》中的醫療服務而合理必要的單純禁制令（例如臨時限制令及緊急法院命令）；
- 依據適用的聯邦或州法律規定，可能不受具約束力的仲裁的索賠；
- 對於Medicare會員，需交付Medicare上訴流程解決的索賠。

啟動仲裁

首先應發出仲裁要求，方法為寄送特種掛號信或普通掛號信給在索賠中被列為被告的各當事方，告知索賠的發生和性質、索賠金額以及仲裁要求。任何Kaiser Permanente當事方均應透過郵資已付的特種掛號信或普通掛號信收到仲裁要求，仲裁要求應寄送至Health Plan並由其轉交給Kaiser Permanente當事方，地址為Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Member Services, 711 Kapiolani Boulevard, Honolulu, HI 96813。仲裁人應只對有確實收到仲裁要求的個人和實體具有裁判權。

仲裁訴訟程序

在仲裁要求送達後的30天內，當事方應共同選定一個仲裁小組以從該仲裁小組中挑選仲裁人，或者應共同選定特定仲裁人來裁決該案件。如果當事方無法在30天內共同選定任何仲裁小組或特定仲裁人，應由Dispute Prevention and Resolution, Inc.（「DPR」）的仲裁人組成仲裁小組。除非當事方同意使用任何其他仲裁服務和規定，否則應由DPR主持仲裁且仲裁應按照其仲裁規定（包括從仲裁小組挑選仲裁人的規定，前提是當事方尚未共同選定負責裁決案件的特定仲裁人）進行。Kaiser Permanente應在上述30天期限到期後的15天內通知DPR（或可能由當事方所選擇的該等其他仲裁服務）有關仲裁之事。

在通知DPR後的30個日曆日內，當事方應從仲裁服務提交給他們的名單中挑選三名仲裁人組成一個仲裁小組。針對追討總金額低於\$25,000.00的所有索賠，以及在當事方雙方均同意的任何其他情況下，當事方雙方可從仲裁服務提交給他們的名單中各選一名仲裁人組成仲裁小組。仲裁人應在仲裁小組成立後的合理時間範圍內安排於Honolulu（或由當事方同意的該等其他地點）舉行聽證會。

有限民事舉證僅允許出示相關且重要的文件向診療醫生、專家證人和當事方（當事方若為公司，應委任個人代表公司接受取證）以及各當事方（例如：被告或索賠人）最多三名其他重要證人進行簡短取證；以及獨立的醫療評估。

仲裁人將會解決由任何當事方所提出的任何證據開示爭議，包括為了保護本段落所述的當事方權利，而在適當情況下實施保護令或其他證據開示命令。

若有任何仲裁服務和仲裁人的費用及開支需要支付，應由會員當事方負擔三分之一並由Kaiser Permanente當事方負擔三分之二。各當事方應負擔其自己的律師費、證人費及證據開示費用。

若訴訟的其中一方當事方提出要求，仲裁人可應要求決定針對索賠或特定問題進行簡易取證，但需通知其他所有當事方並讓其他當事方有合理的機會可以進行回覆。此類要求所適用的標準應和依據聯邦民事訴訟程序法提出簡易判決或駁回判決等類似要求時所適用的標準相同。

若索賠涉及根據本協議應提供的福利和承保範圍，或者爭議涉及計劃營運、Health Plan的裁決和解釋以及Health Plan針對這些事宜所作的決定，則該索賠或爭議需接受重新審理。仲裁判決應不可更改且具有約束力。會員當事方及Kaiser Permanente當事方放棄其要求陪審團或法院審判的權利。有關本協議沒有明確規定的任何事宜，仲裁將根據美國法典第9篇第1章《聯邦仲裁法》的規定進行。

一般性規定

與同一會員或同一患者有關的同一事件、交易或相關情況而提出的所有索賠應在同一次訴訟中進行仲裁（例如：所有會員當事方針對某項傷害向相同Health Plan會員所提出的索賠應在同一次訴訟中進行仲裁）。

如果該索賠接著要進行民事訴訟，但在收到相關仲裁通知的當日，適用的夏威夷訴訟時效法禁止提出索賠，則交付仲裁的索賠應遭到撤回和永久禁止。在首封仲裁通知送達之後，按規定必須送達或者為了方便仲裁訴訟程序進行所需的所有通知或其他文件皆應透過郵資已付的郵件寄送至各當事方針對仲裁所提供的該等收件地址。如果聯邦仲裁法或適用於這些仲裁條款的其他法律在任何特定情況下被認定為是要禁止本協議中任何條款的執行，則該等條款在該情況下應可分割，且本協議的其餘條款不應因此受到影響。禁止提起集體訴訟，也禁止聯合主張針對多名會員或患者提出索賠的當事方。本協議中的仲裁條款應取代任何先前協議中的仲裁條款。

仲裁機密性

本《承保範圍說明書》涉及個人醫療資訊，這些資訊的機密性受到法律保護。當事方和仲裁人均不得披露仲裁訴訟程序或判決的主要內容，除非是按照法律規定，或者是為了依據聯邦仲裁法在夏威夷州內任何具有適當司法管轄權的聯邦法院或州法院針對判決提出動議所需；在該等情況下，當事方應採取所有適當行動，要求以密封方式處理提交給法院的仲裁記錄。

特殊索賠

醫療失當索賠：

在開始針對醫療失當指控進行任何仲裁訴訟程序之前，會員當事方應先依據夏威夷州修正條例第671章第11-19節的規定向醫療調查與調解小組提出索賠。在醫療調查與調解小組作出諮詢決定之後，若是索賠沒有遭到撤銷或達成和解，會員當事方應按照「啟動仲裁」章節所述將仲裁要求送達給Kaiser Permanente當事方。

福利索賠：

如果會員當事方的福利索賠遭到拒絕或忽視（全部或部分），在會員當事方用盡索賠和上訴程序以及外部審查程序（如適用）之後，會員當事方可依據情況在聯邦或州法院採取法律行動。法院將會裁定應由誰支付法院費用和法律費用。如果會員當事方勝訴，法院可能會命令會員當事方所控告的人士或實體支付這些費用和收費。如果會員當事方敗訴，例如法院判定會員當事方的索賠不具有意義，法院可能會命令會員當事方支付這些費用和收費。如果會員當事方對其計劃有任何疑問，會員當事方可撥打1-800-966-5955聯絡Health Plan。雖然福利相關索賠不一定要依據本節規定透過具約束力的仲裁解決，但會員當事方仍可自願選擇使用具約束力的仲裁來解決這些索賠，而不要訴諸法院審判，方法為依據「啟動仲裁」章節的條款向Kaiser Permanente當事方提出仲裁請求。如果會員當事方自願選擇使用具約束力的仲裁，仲裁應依據第20節和第9章的規定進行。

對內部審查決定的外部上訴：

如果您不同意Kaiser Permanente的最終內部理賠決定，您可以依據本協議中的程序請求自主具約束力的仲裁。除了本協議中規定的可由會員選擇（但非強制性）的仲裁程序外，《夏威夷州修訂條例》第432E章還為會員保留了某些外部審查權利，可自Kaiser最終內部決定之日起130天內向州保險監理委員辦公室提交外部審查請求。這些權利受下一段所述的限制約束，並受《夏威夷州修訂條例》第432E章中的要求和限制的約束（包括在請求外部審查之前用盡Kaiser Permanente的所有內部投訴和上訴程序，第432E章中指定的情況除外 - 當適用於允許同時進行外部審查或Kaiser Permanente未能遵守有關其索賠和上訴程序的聯邦規定的情況）。第9章載明了Kaiser Permanente索賠和上訴流程的完整說明。

第432E章外部審查僅限於以下情況：(a) 投訴並非針對醫護人員的醫療失當、專業疏忽或其他專業過失的指控，並且 (b) 投訴與《夏威夷州修訂條例》第432E章中定義的不利行為有關。Health Plan可能會根據第432E章反對不符合適用聯邦和州法律規定的外部審查標準的外部審查，並且Health Plan保留在這方面的全部權利和補救措施。州法律的條款陳述不應被視為構成對此類反對意見的豁免。

Kaiser Permanente Medicare Advantage會員索賠：

有關投訴與上訴程序，請參閱本文件的第9章「如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴及投訴）該怎麼辦」。本協議的仲裁條款僅適用於Kaiser Permanente Medicare Advantage會員針對醫療失當或違反本協議的法律責任所提出的索賠，不論提出索賠的法理基礎為何。

第 12 章： 定義

承保額 – 根據規定您在購買某用品或服務時可以抵扣的特定金額。如果您所選擇的用品或服務的費用超過該承保額，您將需支付超出承保額的金額，且該金額不會計入您的自付額上限中。

門診手術中心 – 門診手術中心是一個專門機構，此機構旨在為無需住院且預計在中心停留時間不超過24小時的病人提供門診手術服務。

上訴 – 上訴係指，如果我們拒絕健康護理服務或處方藥的承保申請，或拒絕給付您已獲得的服務或藥物，而您對我們的拒絕決定有異議時所採取的行動。如果您不同意我們停止您正在接受之服務的決定，您也可以提出上訴。

差額收費 – 醫護人員（如醫生或醫院）給病人開具的帳單金額高於本計劃允許的費用分擔額之情形。身為本計劃會員，您在獲得本計劃承保的服務時，您僅需支付本計劃的費用分擔額。我們不允許醫護人員向您收取**差額收費**或向您收取超過本計劃規定您必須支付的成本分擔額。

理賠期 – 本計劃和Original Medicare衡量您使用專業護理院 (SNF) 服務的方式。理賠期從您住進專業護理院的第一天開始計算。如果您連續60天未接受任何SNF的專業護理，則理賠期即結束。如果您在理賠期結束後住進專業護理院，則新的理賠期即開始。理賠期無數量限制。

生物製品 – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然活體來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物仿製藥（請參閱「**原創生物製品**」和「**生物仿製藥**」）。

生物仿製藥 – 一般視為與原創生物製品非常相似但不相同的處方藥。生物仿製藥與原創生物製品一樣安全有效。有些生物仿製藥可替代藥房的原創生物製品，而無需新處方（請參閱「**可替換的生物仿製藥**」）。

品牌藥 – 最初研發藥物的製藥公司製造和銷售的處方藥。品牌藥與學名藥具有相同的活性成份藥方。但是，學名藥是由其他藥廠製造和銷售，通常會在品牌藥專利到期之後才會提供。

護理計劃 – 您將獲得哪些服務以及如何獲得這些服務的計劃。您的計劃可能包括醫療服務、行為健康服務及長期服務與支援 (LTSS)。

醫護團隊 – 醫護團隊可能包括醫生、護士、顧問或其他保健專業人員，他們會協助您取得所需醫護服務。您的醫護團隊也可協助您制定護理計劃。

災難性承保階段 – 在您（或其他代表您的合格方）於承保年度期間為計劃D部分承保藥物累計支出\$2,400時，該階段即開始。在此付款階段，您無需為計劃D部分承保藥物支付任何費用。

Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) – 管理Medicare的聯邦機構。

慢性病照護特殊需求計畫 (C-SNP) – C-SNP是SNP，將入保資格限制在符合MA資格且患有特定嚴重慢性疾病者。

共保額 – 在您支付免賠額後，針對服務或處方藥的成本分擔，您可能需支付的金額，以計劃收費的百分比（例如20%）表示。

抱怨 – 表達抱怨/不滿的正式名稱是**提出投訴**。投訴流程僅用於某些類型的問題。這包括與您獲得的醫護品質、候診時間，以及客戶服務有關的問題。這包括本計劃在上訴過程中如果未遵守期限，也可以投訴。

《完整承付藥物手冊》（《承付藥物手冊》或「藥物清單」） – 本計劃所承保的處方藥清單。

綜合門診復健設施 (CORF) – 主要為病人或傷患在病後提供復健服務的設施，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業病治療、言語和語言的病理學服務，以及居家環境評估服務。

理賠協調 (COB) – 理賠協調是一項規定，用於在您享有其他保險的情形下確定索賠的支付順序。如果您同時享有Medicare和其他健康保險或承保，每個類型的保險就稱為付款方。如果有一個以上的付款方，則由理賠協調規則決定由哪一方先行支付。首要付款方先支付在您帳單上其應支付的部分，然後將剩餘部分交給次要付款方支付。如果本應交給我們的付款直接寄給您，則根據Medicare法律規定，您需要將該付款交給我們。在某些情形下，可能還有第三個付款方。有關詳細資訊，請參閱第1章第7節和第11章第8節。

共付額 – 作為您對醫療服務或用品的費用分擔而可能需要支付的金額，例如醫生看診、醫院門診就診或處方藥。共付額是一個固定金額（例如：\$10），而不是百分比。

成本分擔 – 成本分擔係指會員在獲得服務或藥物時必須支付的金額。成本分擔包括以下三類款項的任何組合：(1) 在服務或藥物獲得承保之前，計劃可能收取的任何免賠額；(2) 在收到特定服務或藥物時，計劃要求的任何定額共付額；或 (3) 在收到特定服務或藥物時，計劃要求的任何共保額，該金額占服務或藥物支付總額的一定比例。**注意：**在某些情況下，您在接受服務時可能無需支付所有適用的費用分擔，而我們會在日後將費用分擔的帳單寄給您。例如，如果您在排定的預防醫護就診期間接受非預防醫護，我們在日後可將適用於非預防醫護的費用分額帳單寄給您。對於預先訂購的用品，您將需支付在訂購當日現行有效的費用分擔（除非您在收到用品當日仍享有保險，否則我們將不會承保該用品），且您可能在訂購該用品時便必須支付費用分擔。針對門診處方藥，訂購日是藥房在收到配藥所需的全部資訊後處理訂單的日期。

費用分擔層級 – 承保藥物清單上的每種藥物都屬於六個費用分擔層級中的其中一個層級。一般而言，費用分擔層級越高，您需要支付的藥費也越高。

承保判定 – 有關您的處方藥是否屬於本計劃承保範圍以及您需要為該處方藥支付之金額（如有）的決定。一般而言，如果您將處方帶到藥房，而藥房告訴您該處方不屬於本計劃的承保範圍，這並不是承保判定。您需要致電或致函我們，要求對承保範圍作出正式決定。承保判定在本文件中稱為**承保決定**。

承保藥物 – 我們使用這個術語來表示屬於本計劃承保範圍的所有藥物。

承保服務 – 我們使用這個術語來表示屬於本計劃承保範圍的所有健康護理服務和用品。

可抵免處方藥保險 – 平均預期給付額至少與Medicare標準處方藥保險相當的處方藥保險（例如，透過雇主或工會獲得的保險）。擁有這種保險的參保人在符合入保Medicare資格時如果決定之後才入保Medicare處方藥保險，一般可以保留該保險而無需支付罰金。

監督護理 – 監督護理是指當您無需專業醫療護理或專業技能護士護理時，由護理院、安寧服務或其他設施提供的個人護理。沒有專業技能或未經培訓的人員所提供的監督護理，包括協助日常生活的活動，例如沐浴、穿衣、進食、上下床、坐下或起身、行走和使用浴室等。它也可能包括大部分人可自己完成的健康相關護理，例如點眼藥水。Medicare不支付監督護理費用。

每日費用分擔費率 – 如果醫生為您開立不到一個月藥量的特定藥物，而您必須支付共付額，則可能適用每日費用分擔費率。每日費用分擔費率是共付額除以該月的用藥天數。示例如下：如果您一個月的藥物共付額為\$30，而您計劃一個月的藥量為30天，那麼您的每日費用分擔費率為一天\$1。

免賠額 – 在本計劃開始給付之前，您必須為健康護理或處方藥所支付的金額。

退保 – 終止您在本計劃中會員資格的程序。

配藥費 – 每次配領承保藥物時均要收取的處方配藥費用，例如藥劑師準備和包裝處方藥的時間。

雙重合格特殊需求計劃 (D-SNP) – D-SNP為同時擁有Medicare（社會安全法的加州Medicaid第XVIII條），以及Medicaid（加州Medicaid第XIX條）州計劃醫療援助的個人提供入保。各州依據州與個人的入保資格，承擔部分或全部Medicare費用。

符合雙重資格的人士 – 同時符合Medicare和Medicaid承保資格的人士。

耐用醫療器材 (DME) – 由您的醫生基於醫療原因而開立的特定醫療器材。例子包括助行器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈注射泵、語音溝通裝置、氧氣器材、噴霧器或由醫護人員開立醫囑並供居家使用的病床。

急診 – 是指您或任何其他具備一般健康和醫學常識的審慎而非專業的人士認為，您出現醫療症狀所需要的立即就醫，以防失去生命（以及如果您懷孕，失去胎兒）、失去四肢或四肢功能，失去身體功能，或造成嚴重的身體機能障礙。這些醫療症狀可能是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的病情。

急診護理 – 符合下列條件的承保服務：1) 由具有提供急診服務資格的醫護人員提供；以及 2) 需要治療、評估或穩定的急診病症。

急診病症 – 是指伴隨嚴重急性症狀（包括劇痛）的醫療或精神健康疾病，其嚴重程度足以使具備一般健康和醫學常識的審慎非專業人士可以合理預期，如果不立即就醫可能會導致以下後果：

- 嚴重威脅到個人的健康，或如果是孕婦，將嚴重威脅到孕婦和胎兒的健康；
- 嚴重損害身體機能；或
- 嚴重損害任何身體器官或肢體功能。

《承保範圍說明書 (EOC)》和揭露資訊 – 本文件連同您的入保登記表和任何其他附件、附約或其他您所選擇的可選保險，這些文件旨在說明您的承保範圍、我們的義務、您的權利以及您身為本計劃會員的義務。

例外處理 – 一種承保決定，如經核准，您可獲得不在《承付藥物手冊》的藥物（《承付藥物手冊》例外處理），或者您可按照較低費用分擔層級的規定獲得非首選藥物（層級例外處理）。如果本計劃要求您在獲得所要求的藥物之前嘗試另一種藥物，如果本計劃要求對藥物進行事先授權，並且您希望我們放棄標準限制（《承付藥物手冊》例外處理），您也可以要求例外處理。

除外藥物 – 不屬於42 U.S.C.條款1395w-102(e)所定義之計劃D部分所承保藥物的藥物。

額外補助 – 幫助收入和資源有限者支付Medicare處方藥計劃費用的一項Medicare計劃，例如保費、免賠額和共保額。

學名藥 – 美國食品及藥物管理署 (FDA) 核准的處方藥，具有與品牌藥相同的活性成分。一般而言，學名藥具有和品牌藥同等的效力且費用通常較低。

綜合投訴 – 您針對本計劃、醫護人員或藥房提出的投訴，包括有關醫護品質的投訴。這不涉及承保範圍或給付爭議。

健康風險評估 – 評估您的病史和目前狀況。其會用來瞭解您的健康狀況以及未來可能發生的變化。

居家健康助理 – 提供不需要執照護士或治療師的技能服務的人員，如個人照料協助（例如沐浴、如廁、更衣或從事有醫囑的鍛煉）。

居家健康護理 – 為了治療疾病或傷害而在家中進行的專業技能護士護理和其他特定健康護理服務。承保服務均列於第4章第2節的「醫療福利表」中。我們根據Medicare準則承保居家健康護理。居家健康護理可能包括居家健康助理的服務，條件是該服務是屬於針對疾病或受傷而提供之居家保健計劃的一部分。除非您同時接受承保的專業服務，否則居家健康護理服務不屬於承保範圍。居家健康服務不包括家務、餐飲服務安排或家中的全職護理服務。

安寧護理 – 為經醫學鑑定而患有絕症，即預期壽命為6個月以下的會員提供特殊治療的福利。本計劃必須為您提供所在地理區域的安寧護理清單。如果您選擇安寧護理並繼續支付保費，您仍然是本計劃的會員。您仍然可以獲得所有醫療上必要的服務以及我們提供的補充福利。

住院 – 您已正式入住醫院接受專業醫療服務的情況即屬於住院。即使您在醫院過夜，您仍可能會被視為是門診病人。

與收入相關的每月調整金額 (IRMAA) – 如果您2年前在IRS納稅申報單上的經修改調整總收入超過一定金額，則您需支付標準保費金額以及與收入相關的每月調整金額，又稱為IRMAA。IRMAA是您保費的額外費用。不到5%的Medicare入保會員會受到影響，因此大多數人無需支付更高的保費。

初始承保階段 – 這是您支付免賠額（如果有的話）之後，且在您本年度的自付費用尚未達到自付費用閾值之前的階段。

初始入保期 – 您在首次獲得Medicare資格時，可註冊Medicare A部分和Medicare B部分的時間。如果您在滿65歲時獲得Medicare資格，則您的初始入保期為7個月，即從您年滿65歲前的3個月開始（包括您65歲生日的月份），到您年滿65歲後的3個月結束。

住院醫療護理 – 在普通急性治療醫院住院期間獲得的健康護理。

整合D-SNP – 針對同時符合Medicare和Medicaid資格的某些個人群體，D-SNP為單一保健計劃下Medicare和大部分或全部Medicaid服務承保。這些個人稱為「全額福利雙重資格個人」。

綜合組織判定 – 本計劃針對有關用品或服務是否屬於承保範圍，或您需要為承保用品或服務支付多少費用所做的決定。組織判定在本文件中稱為「承保決定」。

可替換的生物仿製藥 – 可在藥房用作原創生物仿製產品替代品的生物仿製藥，無需新處方，因為其滿足與自動替代潛力相關的附加要求。藥房的自動替換須遵守州法律。

Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan) – 夏威夷區Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 是一家非營利法人及Medicare Advantage組織。本《承保範圍說明書》有時會以「Health Plan」代替「我們」。

Kaiser Foundation Hospital – 由Kaiser Foundation Hospitals持有和經營的網絡醫院。

Kaiser Permanente – Health Plan、Medical Group和Kaiser Foundation Hospitals。

Kaiser Permanente Region（簡稱Region） – Kaiser Foundation Health Plan組織，負責執行提供直接服務的健康護理計劃。如果您在我們的服務區外，您可以透過其他Kaiser Permanente Region服務區的指定醫護人員，獲得並持續獲得醫療上必要的慢性疾病健康護理。請參閱第3章第2.4節，以獲取詳情。

長期護理醫院 – Medicare認證的急性治療醫院，通常提供Medicare承保服務，例如綜合復健、呼吸治療、頭部創傷治療以及疼痛管理。這類醫院不是長期安養設施，例如康復或生活輔助設施。

低收入補助 (LIS) – 請參閱「額外補助」。

藥廠折扣計劃 – 藥廠為承保的D部分品牌藥品和生物製劑支付計劃全部費用的一部分的計劃。折扣基於聯邦政府與藥廠之間的協議。

最高公平價格 – Medicare為選定藥品協商的價格。

自付上限 – 在日曆年度期間，您為承保的計劃A部分和B部分服務自付的最高金額。您為Medicare A部分和B部分保費以及處方藥支付的金額不會計入自付上限。（**注意：**由於我們的會員也通過Medicaid獲得幫助，因此極少有會員會達到此自付上限。）

Medicaid（或醫療輔助） – 幫助部分低收入和資源有限的人士支付醫療費用的聯邦和州政府聯合計劃。Medicaid計劃因州而異，但如果您同時具有Medicare和Medicaid資格，本計劃會承保多數健康護理費用。

醫療護理或服務 – 健康護理服務或用品。部分健康護理用品的範例包括Medicare A部分或B部分承保的耐用醫療器材、眼鏡和藥物，但不包括Medicare D部分承保的藥物。

Medical Group – 依據本計劃與我們簽訂合約的計劃內醫護人員網絡，可為您提供承保服務。我們的專業醫療服務集團名為Hawaii Permanente Medical Group, Inc.，是一家營利性專業公司。

醫學上公認的適應症 – 是指使用獲得食品及藥物管理署核准或有特定參考資料可以提供佐證的藥物，例如American Hospital Formulary Service Drug Information和Micromedex DRUGDEX Information system。

醫療上必要的 – 為了預防、診斷或治療您的疾病所需且符合獲得認可之醫療執業規範的服務、用品或藥物。

Medicare – 為65歲以上者、部分未滿65歲的特定殘障人士和末期腎臟病患者（通常是指需要接受洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭患者）所提供的聯邦政府健康保險計劃。

Medicare Advantage開放入保期 – 每年的1月1日至3月31日，Medicare Advantage計劃的會員可以取消其計劃入保並換至另一項Medicare Advantage計劃，或者透過Original Medicare獲得承保。如果您在此期間轉至Original Medicare，您也可以在此時選擇加入獨立的Medicare處方藥計劃。Medicare Advantage開放入保期是在個人首次獲得Medicare之後的三個月為期限。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時稱為「Medicare C部分」，是由與Medicare簽訂合約的私營公司提供的計劃，為您提供所有Medicare A部分和B部分福利。Medicare Advantage計劃可以是 (i) 健康維護組織 (HMO)、(ii) 優先醫療機構組織 (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，Medicare Advantage HMO或PPO計劃也可以是Special Needs計劃 (SNP)。大多數情形下，Medicare Advantage計劃也提供Medicare計劃D部分（處方藥保險）。這些計劃稱為包含處方藥承保的Medicare Advantage計劃。

Medicare承保服務 – Medicare A部分和Medicare B部分的承保服務。Medicare所有保健計劃，都必須承保屬於Medicare A部分和Medicare B部分的所有保險服務。「Medicare承保服務」這個術語不包括Medicare Advantage計劃可能提供的額外理賠福利，包括視力、牙齒或聽力。

Medicare Health Plan – 由與Medicare簽約的私人公司提供的Medicare保健計劃，旨在為入保本計劃的人士提供計劃A部分和計劃B部分福利。該術語包含所有Medicare Advantage計劃、Medicare Cost計劃、Special Needs計劃、Demonstration/Pilot計劃，以及Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)。

Medicare藥物保險（Medicare D部分） – 協助支付不屬於Medicare A部分或B部分承保範圍的門診處方藥、疫苗、生物製品和部分用品的保險。

Medication Therapy Management (MTM) 計劃 – 一項Medicare D部分計劃，面向符合特定需求或藥物管理計劃的人士，以滿足其複雜的健康需求。MTM服務通常包括與藥劑師或醫護人員進行討論以審查藥物。

Medigap (Medicare 補充保險) 保單 – 由私人保險公司銷售，用以填補Original Medicare間斷的Medicare補充保險。Medigap保單僅對Original Medicare有效。(Medicare Advantage計劃不屬於聯邦醫療補充計劃。)

會員 (本計劃的會員或計劃會員) – 享有Medicare且有資格獲得承保服務、已經入保本計劃且其入保已由Medicare與Medicaid服務中心 (CMS) 確認的個人。

會員服務部 – 本計劃中負責回答您的有關會員資格、福利、投訴和上訴等問題的部門。

網絡藥房 – 是指與我們的計劃簽訂合約，讓本計劃會員可獲得處方藥福利的藥房。大多數情況下，只有當您的處方在網絡藥房配取時才能獲得承保。

網絡醫生 – 任何受雇於Medical Group的持照醫生，或是有簽訂合約為會員提供服務的任何持照醫生（但是不包括只提供轉診服務的簽約醫生）。

網絡醫護人員 – 醫護人員是通用術語，用以代表由Medicare和州政府授予執照或認證，能夠提供健康護理服務的醫生、其他健康護理專業人員、醫院及其他健康護理設施。**網絡醫護人員**與本計劃簽訂協議，接受我們的給付作為全額付款，且在某些情形下為本計劃會員協調並提供承保服務。網絡醫護人員也稱為**計劃內醫護人員**。

開放入保期 – 在每年10月15日至12月7日的固定期間，會員可以更改其保健或藥物計劃，或改用Original Medicare。

原創生物製品 – 已獲得美國食品及藥物管理署 (FDA) 核准的生物製品，可作為生產生物仿製藥製造商的對照產品。也稱為參考產品。

Original Medicare (傳統Medicare或收費服務的Medicare) – Original Medicare由政府提供，不像Medicare Advantage計劃和處方藥計劃是私人保健計劃。在Original Medicare中，透過按國會規定的給付額度向醫生、醫院及其他醫護人員支付報酬來承保Medicare服務。您可以去看接受Medicare的任何醫生、醫院或其他醫護人員。您必須支付免賠額。Medicare支付Medicare核准的分擔費用，而您支付自己的分擔費用。Original Medicare由2部分構成：A部分（醫院保險）和B部分（醫療保險），適用於美國任何地方。

網絡外藥房 – 未與本計劃簽訂合約，因此並不會為本計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。本計劃未承保從網絡外藥房獲得的大多數藥物，除非有適用的特定條件（詳情請參閱第5章第2.4節）。

網絡外醫護人員或網絡外設施 – 與本計劃未簽訂合約，因而無法為本計劃的會員協調或提供承保服務的醫護人員或設施。網絡外醫護人員是指不受本計劃僱用、擁有或運營的醫護人員。

自付費用 - 請參閱上述成本分擔的定義。會員為所接受的服務或藥物支付一部分費用的費用分擔要求，也稱為會員的自付費用要求。

自付費用閾值 – 您為計劃D部分藥物自付費用的最高金額。

計劃C部分 – 請參閱Medicare Advantage (MA) 計劃。

計劃D部分 – 自願性Medicare處方藥福利計劃。

計劃D部分藥物 – 計劃D部分承保的藥物。我們可能會也可能不會提供所有計劃D部分藥物。某些類別的藥物已被國會排除在計劃D部分承保範圍之外。某些類別的計劃D部分藥物必須由每個計劃承保。

計劃D部分逾期入保罰金 – 在您首次有資格加入計劃D部分之後，當您未享有可抵免保險（平均預期給付額至少與Medicare標準處方藥保險相當的保險）的時間連續達63天或63天以上時，您的Medicare藥物保險月度保費會增加的金額。如果您失去額外補助，並且您連續63天或更長時間沒有計劃D部分或可抵免藥物保險，則您可能要支付逾期入保罰金。

計劃 – Kaiser Permanente Dual Complete。

計劃收費 – 計劃收費是指以下各項：

- 針對Medical Group或Kaiser Foundation Hospitals提供的服務，Medical Group和Kaiser Foundation Hospitals將按Health Plan費用表中的費用針對為會員提供的服務收費。
- 針對按人頭收費的醫護人員（Medical Group或Kaiser Foundation Hospitals除外）提供的服務，Kaiser Permanente與按人頭收費的醫護人員協商之費用表中的費用。
- 針對在Kaiser Permanente擁有並營運的藥房所取得的用品，如果會員的福利計劃不承保該項目，藥房對該物品向會員的收費（此金額是下列的預估：取得、儲存與發配藥物的費用，以及直接或間接向會員提供Kaiser Permanente藥房服務的費用，並包括藥房計劃針對Health Plan淨利所規定的會費）。
- 對於所有其他服務，則費用指Kaiser Permanente為服務所支付的費用，或者，如果Kaiser Permanente要扣除付款中的費用分擔額，則費用指在未扣除費用分擔額的情況下Kaiser Permanente可能要支付的費用。

病情穩定後護理 – 在診療醫生判斷該病情在臨床上已經穩定後所接受的與該急診病症有關且在醫療上必要的服務。當您的診療醫生認為，根據合理的醫療可能性和公認的醫療標準，您已經可以安全出院或轉院，而且預期您的病情不會在出院或轉院過程中惡化，或因為出院或轉院而惡化時，即視為臨床穩定。

優先醫療機構組織 (PPO) 計劃 – 這是一項Medicare Advantage計劃，擁有合約醫護人員網絡，這些醫護人員均同意以議定的給付額為計劃會員提供治療。PPO計劃必須涵蓋所有計劃福利，無論是從網絡內還是網絡外醫護人員處獲得。如果從網絡外醫護人員處獲得計劃福利，會員的成本分擔一般較高。對於您從網絡（首選）醫護人員處獲得的服務，PPO計劃對自付費用有年度上限；而從網絡內（首選）和網絡外（非首選）醫護人員處獲得的服務，自付費用年度總限額會更高。

保費 – 針對健康護理或處方藥保險定期支付給Medicare、保險公司或健康護理計劃的費用。

預防性服務 – 協助您保持健康、及早發現健康問題、確定最有效的治療方法，並預防某些疾病的保健服務。預防性服務包括檢查、注射、實驗室檢查和篩檢。它們還包括健康監測計劃，以及諮詢和教育，以幫助您照顧自己的健康。

初級保健醫生 (PCP) – 針對大多數健康問題，首先求診的醫生或其他醫護人員。在許多Medicare保健計劃中，您必須先看初級保健醫生，然後才能看任何其他其他的醫護人員。

事先授權 – 根據特定標準提前批准獲得服務和/或某些藥物。需要事前授權書的承保服務列於第4章的「醫療福利項目表」中並說明於第3章第2.3節中。需要事先授權的承保藥物列於承付藥物手冊中，我們的標準也發佈在我們的網站上。

假體及矯形裝置 – 醫療器材，包括但不限於手臂、背部和頸部支架、義肢、義眼，以及取代不可或缺之身體部位或功能的裝置，包括造口術與泌尿用品和腸胃內外的營養治療。

品質改進組織 (QIO) – 由執業醫生和其他健康護理專家組成的團體，由聯邦政府向其付款，負責檢查並改進向Medicare患者提供的護理。

即時福利工具 – 一個入口網站或電腦應用程式，參保人可以在其中查詢完整、準確、及時、臨床適當、參保人特定的承付藥物手冊和福利資訊。這包括費用分擔金額、可用於與給定藥物相同的適應症的替代承付藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、階段治療、數量限制）。

轉診 – 您的基本護理醫生開具的讓您去看專科醫生或獲得某些醫療服務的書面醫囑。如果沒有轉診，本計劃可能不會支付專科醫生的服務費用。

復健服務 – 此類服務包括住院康復護理、物理治療（門診）、言語和語言治療以及職業病治療。

選定藥物 – 計劃D部分藥物承保的，並且是Medicare已協商的具有最高公平價格的藥物。

第12章 定義

服務區 – 您為加入特定保健計劃而必須居住的地理區域。如果計劃限制您可使用哪位醫生和哪些醫院，服務區通常是您可獲得例行（非緊急）服務的地區。如果您永久搬出本計劃的服務區，我們必須讓您退保。

夏威夷地區的服務區在第1章第2.2節中說明。就保費、費用分擔、入保和退保而言，該地區的服務區有多種Kaiser Permanente Dual Complete計劃。不過，就獲得承保服務而言，您可以在本地區服務區內任何地方接受網絡醫護人員的醫護服務。

服務 – 健康護理服務或用品。

專業護理院 (SNF) 醫療護理 – 由專業護理院每天連續提供的專業技能護士護理和復健服務。護理示例包括僅可由註冊護士或醫生進行的物理治療或靜脈注射等。

Special Needs計劃 – 一項特殊的Medicare Advantage計劃，為特定族群提供更集中的健康護理服務，例如同時擁有Medicare和Medicaid者、住在護理院者或患有某些慢性病者。

專科層級藥物 – 是指我們的承付藥物手冊中經FDA核准且費用極高的藥物。

聯邦社保補助金 (SSI) – 由社會安全局向收入和資源有限且有殘障、失明或年滿65歲及65歲以上的人士支付的每月福利。SSI福利與社會安全福利不同。

緊急需求服務 – 需要立即就醫的非緊急計劃承保服務是指，當您暫時不在本計劃的服務區內，或者考慮到您從與我們簽訂計劃合同的網絡醫護人員獲得此服務的時間、地點和情況不合理時的一項緊急需要的服務。緊急需求服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害或現有狀況的意外突發。即使您不在本計劃的服務區內或本計劃網絡暫時不可用，醫療上必要的例行醫護人員問診（例如年度體檢）也不被認為是緊急需求服務。

反歧視聲明

Kaiser Permanente遵守適用的聯邦民權法，不因以下因素而歧視、排斥、區別對待或不公平對待任何人：

- 種族
- 膚色
- 原國籍（包括英語水平有限和主要語言）
- 年齡
- 殘障
- 性別

Kaiser Permanente為殘障人士免費提供援助和服務，以便可以有效地與我們溝通，例如：

- 合格的手語譯員
- 其他格式的書面資訊（大字體、音頻、點字、通用電子格式、其他格式）

Kaiser Permanente為主要非英語的人士提供免費語言服務，例如：

- 合格的口譯員
- 以其他語言編寫的資訊

如果您需要上述服務，請撥打**808-432-5330**、免費熱線**1-800-651-2237**或TTY **711**

如果您認為Kaiser Permanente未能提供上述服務，或以其他方式進行歧視，您可以將投訴提交至：Kaiser Civil Rights Coordinator, 711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813。電話：**808-432-5330**或免費熱線**1-800-651-2237**；TTY：**711**；傳真：**808-432-5300**；電子郵件：civil-rights-coordinator@kp.org。

您可以親自提交投訴，或者透過郵寄或傳真方式提出投訴。如果您需要協助提交投訴，Kaiser Permanente民權事務協調員可以為您提供幫助。

您可在以下網址取得本聲明：<https://healthy.kaiserpermanente.org/hawaii/language-assistance/nondiscrimination-notice/medicaid>。

您還可以使用民權辦公室投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，向美國健康與民眾服務部的民權辦公室提出投訴，或者寫信寄至以下地址或撥打下列電話號碼，以提出投訴：

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue,
SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201；電話：**1-800-368-1019**、**1-800-537-7697** (TDD)。可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表格。

HELP IN YOUR LANGUAGE

(English) Do you need help in another language? Language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1-800-651-2237 to tell us which language you speak. (TTY: 711).
(Cantonese) 您需要其他语言帮助吗？我们免费为您提供语言援助服务，包括适当的辅助工具和服务。请致电1-800-651-2237告知我们您说什么语言。(TTY: 711).
(Chuukese) En mi nit aninis non pwan och fosun fonu? Mi kawor aninisin fosun fonu me ekoch pisekin aninis, ese kamo, mi kawor ngonuk. Kekeru 1-800-651-2237 ka ereni kich meni fosun fonu ke kan fos non. (TTY: 711).
(French) Avez-vous besoin d'aide dans une autre langue ? Des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le 1-800-651-2237 pour nous dire quelle langue vous parlez. (TTY: 711).
(German) Benötigen Sie Hilfe in einer anderen Sprache? Die Sprachassistenten mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen steht Ihnen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-651-2237 an, um uns mitzuteilen, welche Sprache Sie sprechen. (TTY: 711).
(Hawaiian) Loa'a iā 'oe nā lawelawe kōkua 'ōlelo me nā kōkua kōkua a me nā lawelawe me ka uku 'ole. Kāhea 1-800-651-2237 oe ia la kaua a e ha'ina 'oe ia la maua mea 'olelo o na 'aina 'e. (TTY: 711).
(Ilocano) Kasapulam kadi ti tulong iti sabali a pagsasao? Dagiti serbisio a tulong iti pagsasao agraman dagiti maitutop a kanayonan a tulong ken serbisio, a libre, ket mabalin a mausar para kenka. Tawagan ti 1-800-651-2237 tapno maibagam kadakami no ania a pagsasao ti pagsasaom. (TTY: 711).
(Japanese) 他の言語でのサポートが必要ですか？適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。1-800-651-2237にお電話いただき、使用される言語をお知らせください。(TTY: 711)。
(Korean) 다른 언어로 도움이 필요하신가요? 언어 지원 서비스는 필요에 따라 보조 기기 및 서비스를 포함하여 무료로 제공됩니다. 도움이 필요한 언어를 알려주시려면1-800-651-2237로 전화해 주세요. (TTY: 711) .
(Mandarin) 您需要其他語言的幫助嗎？您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 1-800-651-2237 告訴我們您說哪種語言。(TTY:711).
(Marshallese) Kwōj ke aikuj jipañ ilo kajin ko jet? Ro rej ropajikin jipañ eok ikijien kajin im jermal ko jet repojakin jermal ippam ilo ejjelok oñaer. Kūr tok 1-800-651-2237 ñan kaaroñ tok kōm kōn kajin eo am. (TTY: 711).
(Samoan) O lo'o e mana'omia se fesoasoani i se isi gagana? O auaunaga fesoasoani i le gagana, e aofia ai meafaigaluega talafeagai ma auaunaga, e leai ni totogi, o lo'o avanoa mo oe. Fa'amalie atu i le 1-800-651-2237 ma ta'u mai i matou le gagana e te tautala ai. (TTY: 711).
(Spanish) ¿Necesita ayuda en otro idioma? Tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al 1-800-651-2237 para que nos indique el idioma que habla. (TTY: 711).
(Tagalog) Kailangan mo ba ng tulong sa ibang wika? Available sa iyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-651-2237 para sabihin sa amin kung aling wika ang sinasalita mo. (TTY: 711).
(Tongan) 'Oku ke toe fiema'u ha tokoni 'i ha lea kehe? 'Oku 'i ai ha sevesi tokoni fakatonu lea pea mo ha naunau me'a fanongo, 'oku ta'etotongi, mo faingamalie kiate koe. Taa 1-800-651-2237 pea talamai 'a e lea 'oku ke faka'aonga'i. (TTY:711).

(Vietnamese) Bạn có cần trợ giúp bằng ngôn ngữ khác không? Bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-651-2237** để cho chúng tôi biết ngôn ngữ bạn nói. (TTY: **711**).

(Visayan) Nanginahanglan ka ba og tabang sa lainng pinulongan? Ang mga serbisyo sa tabang sa pinulongan lakip ang ngay nga mga auxiliary nga mga himan ug serbisyo, libre, anaa kanimo. Tawag sa **1-800-651-2237** aron isulti kanamo kung unsang pinulongan ang imong ginasulti. (TTY: **711**).



Kaiser Permanente Dual Complete會員服務

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
致電	1-800-805-2739 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。 會員服務部1-800-805-2739（TTY使用者致電711）還為母語並非英語的人士提供免費語言口譯服務。
TTY	711 此電話為免費電話。服務時間為每週7天，每天上午7:45至晚上8:00。
寫信	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
網站	kp.org

州健康保險協助計劃。

州健康保險協助計劃 (SHIP) 是由聯邦政府提供資金的州政府計劃，為享有Medicare的人士免費提供當地的健康保險諮詢。詳情請參閱第2章第3節，以取得SHIP的聯絡資訊。

PRA 披露聲明根據 1995 年《文書減省法令》(Paperwork Reduction Act, PRA)，除非顯示有效的管理與預算局 (Office of Management and Budget, OMB) 控制編號，否則不得要求任何人員收集資訊。此項資訊蒐集的有效OMB管制編號為0938-1051。如果您有可以改善本文件的意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。