

2026 年 《承保證明》

Humana®

感謝您成為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員。我們重視您的會員資格並會致力於協助您達成目標。

此《承保證明》包含與您計劃相關的重要資訊。本手冊是一份非常詳細的文件，內有關於您福利和費用的完整法定說明。您應保留本文件以在計劃年度內作為參考。

Humana (惠安納) 關心您的身體健康。

我們期待成為您長久的健康好夥伴。如果您有任何疑問，我們樂於提供協助。

2026 《承保證明》

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

紐約市
布魯克林區和皇后區

Humana®

2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

2026 年承保證明：

您身為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員所享有的 Medicare (聯邦醫療保險) 健康福利和服務與藥物承保

本文件為您詳細說明從 2026 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，您的 Medicare 健康和藥物承保內容。**這是一份重要的法律文件，請妥善保管。**

本文件會說明您的福利與權益。使用本文件以瞭解：

- 本計劃保費和分攤費用
- 我們的醫療和藥物福利
- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴
- 如何與我們聯絡
- Medicare 法律要求的其他保護

若對於本文件有任何疑問，請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。從 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，辦公時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；從 4 月 1 日至 9 月 30 日，辦公時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。這是一支免費電話。

本計劃，Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 係由 Humana Health Company of New York, Inc. 提供。(本《承保證明》中的「我們」或「我們的」是指 Humana Health Company of New York, Inc.。其中的「計劃」或「本計劃」是指 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。

本文件免費提供中文版和西班牙文版。此資訊有不同的格式可供選擇，包括點字、大字印刷和音訊。如果您需要其他格式的計劃資訊，請撥上述電話號碼致電客戶服務部。

福利、保費、免賠額和/或共付額/共保額可能於 2027 年 1 月 1 日變更。

我們的處方列表、藥房網絡和/或提供者網絡可能隨時變更。您會在至少 30 天前獲得任何可能影響您的變更通知。

H3533_EOC_MAPD_HMO_033000_2026_CH_C

2026 年《承保證明》

目錄

第 1 章：	會員入門指南	9
第 1 節	您是 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的會員	9
第 2 節	計劃資格要求	9
第 3 節	重要會員資料	10
第 4 節	2026 年重要費用摘要	12
第 5 節	進一步瞭解您的每月計劃保費	17
第 6 節	請將本計劃會員的記錄保持在最新狀態	19
第 7 節	其他保險與我們的計劃如何協作	20
第 2 章：	電話號碼與資源	21
第 1 節	Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 聯絡方式	21
第 2 節	取得 Medicare 的幫助	24
第 3 節	州健康保險協助方案 (SHIP)	25
第 4 節	品質改進組織 (QIO)	25
第 5 節	社會安全局	26
第 6 節	州醫療補助	26
第 7 節	處方藥費用援助方案	27
第 8 節	Railroad Retirement Board (RRB)	29
第 9 節	若您有雇主提供的團體保險或其他健康保險	30
第 3 章：	使用本計劃獲得您的醫療服務	31
第 1 節	本計劃會員如何獲得醫療照護	31
第 2 節	使用本計劃網絡內提供者取得醫療照護	32
第 3 節	如何在緊急情況、災難或急需護理時取得服務	35
第 4 節	如果您收到承保服務的全額帳單該怎麼做	36
第 5 節	臨床研究中的醫療服務	37
第 6 節	取得宗教性非醫療保健機構提供承保照護的規定	38
第 7 節	耐用醫療設備的所有權規定	38
第 4 章：	醫療福利表 (承保範圍及費用)	40
第 1 節	理解承保服務的自付費用	40
第 2 節	醫療福利表顯示您的醫療福利和費用	41
第 3 節	本計劃未承保的服務 (排除情況)	75
第 5 章：	使用 D 部分藥物的計劃承保範圍	80
第 1 節	本計劃 D 部分藥物保險的基本規定	80
第 2 節	在網絡內藥房或透過本計劃郵購服務配取處方藥	80
第 3 節	您的藥物需在本計劃《藥物指南》中	83
第 4 節	承保限制的藥物	85
第 5 節	如果您對藥物的承保方式不滿意可怎麼做	86

第 6 節	我們的《藥物指南》在一年之中可能發生變更	89
第 7 節	我們不承保的藥物類型	90
第 8 節	如何配取處方藥	91
第 9 節	特殊情況下的 D 部分藥物承保	92
第 10 節	藥物安全和藥物管理方案	93
第 6 章：	您所需支付的 D 部分藥物費用	95
第 1 節	您所需支付的 D 部分藥物費用	95
第 2 節	Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員的藥物付款階段	97
第 3 節	您的 SmartSummary® 說明您所屬的付款階段	97
第 4 節	免賠額階段	98
第 5 節	初始承保階段	98
第 6 節	重大傷病保險階段	102
第 7 節	額外福利資訊	102
第 8 節	您所需支付的 D 部分疫苗費用	102
第 7 章：	要求我們攤付承保醫療服務或藥物的帳單	105
第 1 節	何時可以要求我們給付承保的服務或藥物的分攤費用	105
第 2 節	如何要求我們償還您或支付您所收到的帳單	106
第 3 節	我們將會考慮並決定是否同意您的給付要求	107
第 8 章：	您的權利與義務	109
第 1 節	本計劃必須尊重您的權利和文化敏感性	109
第 2 節	您身為本計劃會員的義務	118
第 9 章：	如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴)	120
第 1 節	如果您存有疑問或顧慮該怎麼做	120
第 2 節	可於何處獲得更多資訊及個人化的協助	120
第 3 節	您的問題應當使用何種流程來處理？	121
第 4 節	承保決定與上訴指南	121
第 5 節	醫療照護：如何要求做出保險決定或提出上訴	123
第 6 節	D 部分藥物：如何要求做出保險決定或提出上訴	128
第 7 節	如果您認為您的出院時間過早，如何要求我們承保更長的住院治療	135
第 8 節	如果您認為特定醫療服務保險過早結束，如何要求我們繼續承保	139
第 9 節	進行 3 級、4 級、5 級的上訴	141
第 10 節	如何針對照護品質、等候時間、客戶服務或其他事宜進行投訴	144
第 10 章：	終止本計劃會員身份	147
第 1 節	終止您的計劃會員身份	147
第 2 節	您何時可以終止您的計劃會員身份？	147
第 3 節	如何終止您的計劃會員身份	150
第 4 節	在您的會員身份終止前，您必須透過我們的計劃獲得醫療項目、 服務和藥物	150
第 5 節	Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 在特定情況下必須終止計劃會員身份 ...	151

第 11 章： 法律聲明153

第 1 節 適用法律公告 153

第 2 節 無歧視公告 153

第 3 節 關於 Medicare 次要付款方的代位權公告 153

第 4 節 關於代位求償 (向第三方追償) 的額外通知..... 153

第 5 節 協調福利公告 154

第 12 章： 定義157

附錄 A - 州級機構聯絡資訊166

列出您所在州各種有用資源的名稱、地址、電話號碼和其他聯絡資訊。

第 1 章： 會員入門指南

第 1 節 您是 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的會員

第 1.1 節 您已投保屬於 Medicare HMO 的 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃

您享有 Medicare，並且選擇透過我們的 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃獲得 Medicare 健康和您的藥物承保。本計劃承保所有 A 部分和 B 部分服務。然而，我們計劃中的分攤費用和提供者的取得與原有的 Medicare 不同。

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 是獲得 Medicare 核准，並由私人公司運營之 Medicare 優勢 HMO 計劃 (HMO 是 Health Maintenance Organization (健康維護組織) 的縮寫)。

第 1.2 節 《承保證明》的法律資訊

本《承保證明》是我們與您合約的一部分，說明 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 如何為您承保您的照護。合約的其他部分包括您的投保登記表、處方藥指南(處方列表)，以及您所收到會對您的承保產生影響的任何給付或條款變更通知。這些通知有時稱為附加條款或修訂。

本合約在 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期間，您投保 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的月份有效。

Medicare 允許我們變更我們每個日曆年提供的計劃。這表示我們可以在 2026 年 12 月 31 日以後對 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的費用與福利進行變更。我們也可在 2026 年 12 月 31 日以後選擇停止在您的服務區提供本計劃。

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 每年都必須經過 Medicare (Medicare 和州醫療補助服務中心) 核准。只有當我們決定繼續提供本計劃並且獲得 Medicare 的重新核准時，您才可以繼續作為本計劃會員獲得 Medicare。

第 2 節 計劃資格要求

第 2.1 節 資格要求

只要您符合以下所有條件，您就有資格成為本計劃會員：

- 您已投保 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。
- 您住在我們的服務區域內 (於下方第 2.2 節說明)。受監禁人士即使實際位於服務區內，仍無法被視為居住在服務區。

第 1 章 會員入門指南

- 若您是美國公民，或合法居住在美國。

第 2.2 節 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的計劃服務區

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 只提供給住在本計劃服務區域內的人士。您必須一直住在服務區內，才能保有本計劃會員資格。服務區如下所述。

我們的服務區域包括紐約的下列郡縣：紐約，國王郡、皇后郡。

如果您搬到本計劃服務區域以外，您就無法繼續投保本計劃。請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障人士請致電 711)，瞭解我們在您的新地區是否有提供計劃。當您搬家時，您將進入特別投保期，此時您可轉為原有的 Medicare 或登記投保您所在新地區所適用的 Medicare 健康或藥物計劃。

如果您搬家或更改郵寄地址，致電社會安全局也很重要。請致電社會安全局：1-800-772-1213 (聽障專線使用者請撥 1-800-325-0778)。

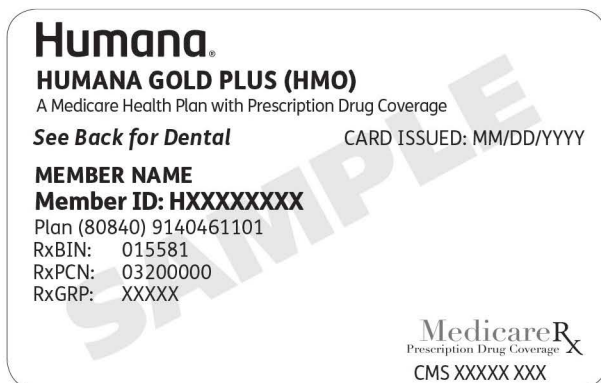
第 2.3 節 美國公民或合法居留身份

您必須是美國公民或合法居住在美國，才能成為 Medicare 健康計劃會員。若您無法具有持續做為本計劃會員的此基本資格，Medicare (Medicare 和州醫療補助服務中心) 將通知 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。若您不符合此要求，則 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 必須讓您退保。

第 3 節 重要會員資料

第 3.1 節 本計劃會員卡

每當您獲得本計劃承保的服務或在網絡內藥房配取處方藥時，都必須使用您的會員卡。也請您向提供者出示您的州醫療補助卡 (如適用)。會員卡範例：



您成為本計劃會員後，「請勿」針對承保的醫療服務使用紅、白、藍 Medicare 卡。如果您使用您的 Medicare 卡而非 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員卡，您可能需自行支付醫療服務的全額費用。請妥善保存您的 Medicare 卡。如果您需要醫院服務、安寧療護服務，或參加 Medicare 核可的臨床研究 (亦稱為臨床試驗)，可能會請您出示。

第 1 章 會員入門指南

如果本計劃會員卡受損、遺失或被竊，請立即致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。我們將為您換發新卡。

第 3.2 節 提供者名錄

《提供者名錄》([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)) 列出我們目前的網絡內提供者、耐用醫療設備供應商與藥房。**網絡內提供者**是與我們簽約的醫生以及其他醫療保健專業人士、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院以及其他醫療保健機構，他們接受我們的付款和任何計劃的分攤費用做為全額付款。

您必須使用網絡內提供者來獲得您的醫療照護和服務。如果您在未經適當授權的情況下從他處取得醫療服務，您將必須支付全額費用。例外通融僅限於急診、無法使用網絡內的急需服務時 (即無法在網絡內取得服務的情況)、區域外的洗腎服務，以及 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 授權使用網絡外提供者的情況。

《提供者名錄》([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)) 列出我們網絡內的藥房。**網絡內藥房**是指同意為本計劃會員提供承保處方的所有藥房。您可以從《提供者名錄》尋找您想要使用的網絡內藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解您何時可以使用計劃網絡外的藥房。

《提供者名錄》也顯示哪些網絡內藥房具有首選分攤費用服務，這類費用可能低於其他網絡內藥房提供的標準分攤費用。

如果您沒有《提供者名錄》，您可以致電：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)，向客戶服務部索取一份電子版或紙本副本。所要求紙本的《提供者名錄》，我們將於 3 個工作天內郵寄給您。您也可以造訪我們的網站以查詢這項資訊：[Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。此網站可為您提供關於網絡內提供者和藥房變動的最新資訊。

第 3.3 節 處方藥指南 (處方列表)

本計劃備有處方藥指南 (也稱為《藥物指南》或處方列表)。其中說明 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 內包含哪些 D 部分福利承保的 D 部分處方藥。此列表上的藥物係由本計劃在醫生與藥劑師的協助下選出。《藥物指南》必須符合 Medicare 的要求。除非已按照第 5 章第 6 節所述內容移除和更換，否則您的《藥物指南》中將包含與 Medicare Drug Price Negotiation Program (Medicare 藥物價格協商方案) 所規定的藥物。Medicare 已核准 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)《藥物指南》。

如果有任何規定限制藥物承保範圍，《藥物指南》也會說明。

我們將寄送《藥物指南》給您。我們提供給您的《藥物指南》包括我們會員最常用的承保藥物資訊。然而，我們也承保不在《藥物指南》中的其他藥物。如果《藥物指南》中未列出您的其中一種藥物，請造訪我們網站或致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 以瞭解我們是否承保該藥物。如需瞭解承保藥物目前最完整的資訊，請造訪本計劃網站 ([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)) 或致電客戶服務部。

第 4 節 2026 年重要費用摘要

	您的 2026 年支出
	網絡內
每月計劃保費* * 您的保費可較這個金額更高。 請繼續檢閱第 4 節以瞭解詳情。	\$0
最大自付費用 這是您將為所承保 A 部分和 B 部分服務所支付的最高自付費用。 (請前往第 4 章第 1 節瞭解詳情)。	\$8,550
初級保健診所就診	每次就診共付額為 \$0
專科醫生診所就診	每次就診共付額為 \$40
住院治療	第 1 – 6 日每天共付額 \$310 第 7 – 90 日每天共付額 \$0
D 部分藥物承保免賠額 (請前往第 6 章第 4 節瞭解詳情)	\$615 ，承保的胰島素產品和大部分的成人 D 部分疫苗除外
D 部分藥物承保 (詳情請前往第 6 章第 4 節，包括年度免賠額、初始保險和重大傷病保險階段)。 並非所有層級都包含胰島素。請參閱您的處方藥指南以確認胰島素承保範圍。	在此免賠額階段，您會為第 1 級藥物支付 \$0 分攤費用，為第 2 級藥物支付 \$5 分攤費用，為第 3 級、第 4 級和第 5 級藥物支付全額費用，直到您達到年度免賠額為止。 初始承保階段期間的共付額/共保額：

	您的 2026 年支出
	網絡內
	由零售藥房提供 30 天供應量： - 第 1 級藥物：\$0 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 0%。 - 第 2 級藥物：\$5 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25%，最多可達 \$5。 - 第 3 級藥物：\$47 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25%，最多可達 \$35。 - 第 4 級藥物：26% 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25%，最多可達 \$35。 - 第 5 級藥物：25% 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付 25%，最多可達 \$35。

您的 2026 年支出	
網絡內	
	由提供首選分攤費用的郵購藥房提供 100 天供應量： - 第 1 級藥物：\$0 您在此等級為每項承保胰島素的每 3 個月供應量支付 0%。 - 第 2 級藥物：\$0 您在此等級為每項承保胰島素的每 3 個月供應量支付 0%。 - 第 3 級藥物：\$131 您在此層級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多 \$95。 - 第 4 級藥物：26% 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$105。 - 第 5 級藥物：不適用
	由提供標準分攤費用的郵購藥房提供 100 天供應量： - 第 1 級藥物：\$30 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$30。 - 第 2 級藥物：\$60 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$60。 - 第 3 級藥物：\$141 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$105。 - 第 4 級藥物：26% 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付 25%，最多可達 \$105。 - 第 5 級藥物：不適用

第 1 章 會員入門指南

	您的 2026 年支出
	網絡內
	重大傷病承保範圍： 在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物以及我們增強福利承保的排除藥物支付任何費用。

您的費用可能包括以下項目：

- 計劃保費 (第 4.1 節)
- Medicare B 部分每月保費 (第 4.2 節)
- D 部分推遲入保罰金 (第 4.3 節)
- 與收入相關的每月調整金額 (IRMAA) (第 4.4 節)
- Medicare 處方支付計劃金額 (第 4.5 節)

第 4.1 節 計劃保費

您不必單獨支付 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的每月本計劃保費。

第 4.2 節 Medicare B 部分每月保費

許多會員需要支付其他 Medicare 保費

您必須持續支付您的 Medicare 保費，才能繼續成為我們的計劃成員。這包括您的 B 部分保費。若您未符合 A 部分免保費資格，您可能也需支付 A 部分保費。

第 4.3 節 D 部分推遲入保罰金

有些會員需要支付 D 部分**推遲入保罰金**。D 部分推遲入保罰金係指在您的初始投保期結束後的任何時間，若連續 63 天以上沒有 D 部分或其他可信的藥物承保，您需要支付的額外保費。可信的藥物承保是指符合 Medicare 最低標準的保險，因為一般而言，它應當給付至少與 Medicare 之標準藥物承保相同的費用。推遲入保罰金的費用取決於您沒有 D 部分或其他可信的藥物承保其時長。只要您享有 D 部分保險，您就必須支付這筆罰金。

當您首次投保 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃時，我們會告知您罰金的金額。如果您未繳納 D 部分推遲入保罰金，您可能無法享有您的處方藥福利。

第 1 章 會員入門指南

您**無須**支付 D 部分推遲入保罰金，如果：

- 您獲得 Medicare 的「額外幫助」為您支付處方藥費用。
- 您沒有可信的承保的天數未連續超過 63 天。
- 您透過其他來源獲得可信的藥物承保，像是前雇主、工會、TRICARE，或退伍軍人健康管理局 (VA)。您的保險公司或人力資源部門每年都會告訴您，您的藥物承保是否為可信的承保。您可以在該計劃信函或電子郵件中取得這些資訊。請妥善保管這些資訊，如果您之後想要參加 Medicare 藥物計劃，可能需要這些資訊。
- **備註：**該信函或通知必須說明您擁有可信的處方藥承保，即應給付至少與 Medicare 的標準處方藥計劃相同金額的保險。
- **備註：**處方藥折扣卡、免費診所和藥物折扣網站都不是可信的處方藥承保。

Medicare 決定 D 部分推遲入保罰金的金額。計算方式如下：

- 如果您在第一次有資格投保 D 部分之後，曾連續 63 天或以上沒有 D 部分或其他可信的處方藥承保，本計劃將計算您沒有保險的完整月份數。在您沒有可信的承保之月份，罰金百分比是每個月 1%。例如，如果您有 14 個月沒有保險，罰金百分比將是 14%。
- 然後 Medicare 會決定前一年全國 Medicare 藥物計劃平均每月保費金額 (全國基準受益人保費)。2026 年的平均保費金額為 **\$38.99**。2026 年這個金額可能會有所改變。
- 要計算您的每月罰金，只需將罰金百分比乘以全國基準受益人保費保費，然後四捨五入至 10 美分位。在這個例子中，14% 乘以 **\$38.99** 等於 **\$5.46**。四捨五入為 **\$5.50**。此金額將計入需要支付 **D 部分推遲入保罰金者**的**每月計劃保費**。

每月 D 部分推遲入保罰金的三點重要注意事項：

- **每年的罰款都可能變動**，因為每年的國家基本受益人保費都會變更。
- 即使您變更計劃，只要您投保一項提供 Medicare D 部分藥物福利的保險計劃，每個月**就必須繼續支付罰款**。
- 如果您年齡在 65 歲以下而目前享有 Medicare，在您年滿 65 歲時，D 部分推遲入保罰金將重設。65 歲以後，您的 D 部分推遲入保罰金將僅基於您在初始投保期過後沒有 Medicare 的月份數來計算。

如果您不同意您的 D 部分推遲入保罰金，您或您的代表可以要求我們進行審查。一般來說，您必須在取得推遲入保罰金通知的 **60 天內**要求審查。然而，如果您在加入本計劃前即支付罰金，您可能就沒有機會要求審查該筆推遲入保罰金。

重要：在等待 D 部分推遲入保罰金決定的審查期間，請勿停止支付推遲入保罰金。如果您這樣做，您可能因為未支付本計劃保費而被退保。

第 4.4 節 與收入相關的每月調整金額 (IRMAA)

部分會員可能需要支付額外的費用，即 D 部分「與收入相關的每月調整金額 (IRMAA)」。

此額外費用是根據您 2 年前 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入計算而得。如果此金額高於一定金額，您必須支付標準保費以及額外的 IRMAA。如欲進一步瞭解您根據收入可能需要支付的額外金額，請造訪 www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs。

第 1 章 會員入門指南

如果您需要支付額外 IRMAA，社會安全局 (而非您的 Medicare 計劃) 將寄給您一封信，說明額外的金額。無論您平常如何支付本計劃保費，除非您的每月福利金不夠補足額外金額，否則會從您的社會安全局保險金、Railroad Retirement Board 計劃福利金或聯邦人事管理局福利金支票中扣繳這筆額外款項。如果您的福利金支票金額不足以支付額外金額，Medicare 會將帳單寄給您。**您必須支付政府這筆額外的 IRMAA。無法用您的每月計劃保費支付。如果您未繳納額外的 IRMAA，您將從本計劃退保，並且喪失處方藥承保。**

如果您不同意支付額外的 IRMAA，您可以要求社會安全局審查此決定。請致電社會安全局專線：1-800-772-1213 (聽障專線使用者請撥打 1-800-325-0778) 以瞭解詳情。

第 4.5 節 Medicare 處方支付計劃金額

如果您參與 Medicare 處方支付計劃，每個月您將支付本計劃保費 (如果您有)，並從您的健康或藥物計劃取得處方藥帳單 (而非支付藥房)。您的每月帳單是根據您所需的任何處方費用，加上您上個月的餘額，除以年剩餘月數。

第 2 章第 7 節進一步說明 Medicare 處方支付計劃。如果您不同意此付款選項中所支付的金額，您可以按照第 9 章中的步驟提出投訴或上訴。

第 5 節 進一步瞭解您的每月計劃保費

第 5.1 節 如果您需要支付 D 部分推遲入保罰金，有以下幾種付款方式

如果您需要支付 D 部分推遲入保罰金，有以下四種支付罰款的方法。

您投保時已要求您選擇一種，但您可隨時變更您的支付方法。以下說明四個選項：

- 支票付款
- 從您的銀行帳戶或信用卡設定自動付款
- 從您的 Railroad Retirement Board 支票設定自動付款
- 設定從您的社會安全局支票自動付款

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

如果您想變更 D 部分推遲入保罰金的付款方法，新的付款方法可能需要最多三個月才能生效。當我們處理您所提出的新付款方法要求時，您必須確保按時支付 D 部分推遲入保罰金。

第 1 種方式：支票付款

您可以使用我們給您的 Humana 抵用券手冊以支票付款。如果您選擇此選項，您的 D 部分推遲入保罰金於每個月第一天支付。

第 1 章 會員入門指南

請確定您遵循這些步驟，以避免在處理您的付款時發生延遲：

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

如果您想支付超過一個月的 D 部分推遲入保罰金，只需一次寄出您想支付的所有抵用券，並在支票上寫上總額。

請記住，請勿簽發支票或將支票寄送至 Medicare 和州醫療補助服務中心，或是美國衛生和公眾服務部，以免造成延遲，可能導致您的 D 部分推遲入保罰金逾期。

如果您需要更換抵用券手冊，請致電客戶服務部：800-457-4708，聽障專線使用者請撥打 711。

第 2 種方式：您可以從支票或儲蓄帳戶，或透過信用卡或簽帳卡設定自動付款

您可以選擇自動從您的支票帳戶或儲蓄帳戶，或直接從您的信用卡或簽帳卡中扣除每個月的 D 部分推遲入保罰金。您可以聯絡客戶服務部以瞭解如何用這種方式支付推遲入保罰金，也可以造訪 [Humana.com/pay](https://www.humana.com/pay)，登入 MyHumana 以設定從您的銀行帳戶或信用卡自動扣款。

如果您選擇此選項，我們會從您的銀行帳戶扣款 D 部分推遲入保罰金，或在每月 2 日至 7 日間向您的信用卡收取費用。

第 3 種方式：您可以從您每月的 Railroad Retirement Board 福利金支票中扣除 D 部分推遲入保罰金

您可以從您每月的 Railroad Retirement Board 福利金支票中扣除 D 部分推遲入保罰金。您可以聯絡客戶服務部以瞭解如何用這種方式支付推遲入保罰金，也可以造訪 [Humana.com/pay](https://www.humana.com/pay)，登入 MyHumana，設定 Railroad Retirement Board (RRB) 福利金支票為支付選項。我們樂意協助您進行設定。

第 4 種方式：從您的每月社會安全局支票中扣除 D 部分推遲入保罰金

您可以從您的每月社會安全局支票中扣除 D 部分推遲入保罰金。請聯絡客戶服務部，進一步瞭解如何用這種方式繳納罰款。我們樂意協助您進行設定。

變更 D 部分推遲入保罰金的付款方法。如果您想變更 D 部分推遲入保罰金的付款方法，新的付款方法可能需要最多三個月才能生效。我們在處理您所提出的新付款方法要求時，您必須確保按時支付 D 部分推遲入保罰金。若要變更您的付款方法，在適用情況下，請聯絡客戶服務部。如果您欲選擇任何一種自動付款選項，也可以前往 [Humana.com/pay](https://www.humana.com/pay)，使用您的使用者名稱和密碼登入。(如果這是您第一次登入，請點按「Register for MyHumana」(註冊 MyHumana)，然後依螢幕上的指示操作。)

如果您無法支付 D 部分推遲入保罰金

本辦事處應於每個月的第一天收訖您的 D 部分推遲入保罰金。如果我們未在當月 15 號前取得您的罰款款項，我們會寄送帳戶餘額通知給您，並告知您的帳戶可能會有進一步的取款活動。如果您積欠 D 部分推遲入保罰金，您必須支付罰金才能繼續保有處方藥承保。

第 1 章 會員入門指南

如果您無法按時支付 D 部分推遲入保罰金，請與客戶服務部聯絡，我們會設法讓您聯繫能夠幫助您支付的方案。

第 5.2 節 我們每月計劃保費在一年內不會變更

我們無法可以在年中開始收取每月本計劃保費。如果明年度每月計劃保費發生變更，我們將於本年度 9 月告訴您，且新保費將於次年的 1 月 1 日生效。

然而，在某些情況下，如果您積欠推遲入保罰金，您可能可以停止支付，或者您可能需要開始支付推遲入保罰金。如果您在一年當中獲得或失去「額外幫助」資格，就會發生這種情況：

- 如果您目前支付 D 部分推遲入保罰金，並在當年度符合「額外幫助」的資格，您可以停止繳納罰款。
- 如果您失去「額外幫助」，然後連續 63 天 (含) 以上沒有 D 部分或其他可信的處方藥承保，則可能需支付 D 部分推遲入保罰金。

請前往第 2 章第 7 節以瞭解「額外幫助」詳情。

第 6 節 請將本計劃會員的記錄保持在最新狀態

您的會員記錄具有投保登記表上的資訊，包括您的住址和電話號碼。其中顯示您的特定計劃保險，包括您的初級保健提供者。

我們計劃網絡中的醫生、醫院、藥劑師和其他提供者會**使用您的會員記錄來了解哪些服務和藥物在承保範圍內以及您的分攤費用金額**。正因如此，請務必協助確保我們擁有您的最新資訊。

如果您有任何這些變更，請告訴我們：

- 姓名、住址或電話號碼變更
- 您所擁有的其他健康承保範圍變更 (例如由您的雇主、配偶或同居伴侶的雇主、工傷賠償或州醫療補助所提供的保險)
- 任何責任索賠，例如汽車事故索賠
- 若您在養老院/療養院接受住院治療
- 若您在服務區外或網絡外的醫院或急診室獲得治療
- 您指定的責任方 (例如照護者) 是否有變更
- 若您參與臨床研究 (**備註：**您無須將您打算參與的臨床研究告訴本計劃，但我們鼓勵您這樣做)

如果此資訊有任何變更，請致電客戶服務部告知我們：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。

如果您搬家或者變更郵寄地址，也請務必與社會安全局聯絡。請致社會安全局：1-800-772-1213 (聽障專線使用者請撥 711)。

第 7 節 其他保險與我們的計劃如何協作

Medicare 要求我們蒐集您擁有的任何其他醫療或藥物保險資訊，以便我們將您在本計劃中的福利與其他保險進行協調。這稱為**福利協調**。

每年，我們都會寄給您一封信，列出我們所知道的其他醫療或藥物給付。請仔細閱讀此資訊。如果正確，則您無需採取任何行動。如果資訊不正確，或您有其他未列出的給付，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。您可能需要將本計劃會員 ID 號碼告知您的其他保險公司 (當您確定應負責給付的保險公司)，以便按時準確地支付帳單。

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

這些規定適用於雇主或工會團體醫療計劃承保：

- 如果您有退休人員保險，則 Medicare 會先給付。
- 如果您的團體醫療計劃承保取決於您或家庭成員目前的就業情況，誰先支付將根據您的年齡、雇主聘用的僱員人數，以及您是否基於年齡、殘障或患有末期腎臟疾病 (ESRD) 而享有 Medicare 而定：
 - 如果您未滿 65 歲且為殘障人士，並且您 (或您的家庭成員) 仍在工作，並且雇主擁有 100 名或更多員工，或者多雇主計劃中至少有一位雇主擁有超過 100 名員工，則您的團體健康計劃將先給付。
 - 如果您年滿 65 歲，並且您 (或您的配偶或同居伴侶) 仍在工作，並且雇主擁有 20 名或更多員工，或者多雇主計劃中至少有一位雇主擁有超過 20 名員工，則您的團體健康計劃將先給付。
- 如果您因為末期腎臟病 (ESRD) 而享有 Medicare，在您符合 Medicare 資格後的前 30 個月，您的團體健康保險計劃先給付。

這類保險通常先給付與以下各類型相關的服務：

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

州醫療補助和 TRICARE 從來不會先給付 Medicare 承保的服務。它們只會在 Medicare、雇主團體健康保險計劃和/或 Medicare 補充保險計劃/差額保險給付之後再行給付。

第 2 章：

電話號碼與資源

第 1 節

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 聯絡方式

如果您需要取得索賠、帳單或會員卡問題方面的協助，請致電或寫信給 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 客戶服務：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。我們非常樂意幫助您。

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

如何要求醫療照護保險決定或上訴

保險決定是我們對您的福利和保險，或針對您的服務或 D 部分藥物我們給付的金額所作的決定。上訴是正式要求我們重新審查並變更承保決定。請前往第 9 章，瞭解如何要求承保決定或上訴關於您的醫療照護或 D 部分藥物的更多資訊。

醫療照護或 D 部分藥物上訴承保決定 – 聯絡資訊	
請致電	800-457-4708 這是一支免費服務電話。您每週七天都可於上午 8 點至晚上 8 點致電給我們。不過請注意，4 月 1 日到 9 月 30 日，週末和假日期間可能會由我們的自動電話系統接聽來電。若您需要快速 (加快) 保險決定，請致電 1-866-737-5113。
聽障專線	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
傳真	888-200-7440，僅供加速保險決定使用
寫信	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
網站	Humana.com/medicare-support/member-guidelines/exceptions-and-appeals 在美國東部標準時間週一至週五，上午 8 點至下午 8 點，您可以透過 Humana.com 即時交談。

方法 關於 D 部分藥物的承保決定 – 聯絡資訊	
請致電	1-800-555-2546 這是一支免費服務電話。您每週七天都可於上午 8 點至晚上 8 點致電給我們。不過請注意，4 月 1 日到 9 月 30 日，週末和假日期間可能會由我們的自動電話系統接聽來電。
聽障專線	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
傳真	877-486-2621，僅供承保決定使用。
寫信	Humana Clinical Pharmacy Review Attn: Medicare Part D Coverage Determinations P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512
網站	Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations 在美國東部標準時間週一至週五，上午 8 點至下午 8 點，您可以透過 Humana.com 即時交談。

醫療護理或D 部分處方藥上訴 - 聯絡資訊	
方法	
請致電	800-457-4708 這是一支免費服務電話。您每週七天都可於上午 8 點至晚上 8 點致電給我們。如需加速處理醫療申訴，請致電：1-800-867-6601。若要求加速處理 D 部分處方藥上訴，請致電 1-800-451-4651。
聽障專線	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
傳真	888-556-2128
寫信	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
網站	Humana.com/denial 在美國東部標準時間週一至週五，上午 8 點至下午 8 點，您可以透過 Humana.com 即時交談。

如何對醫療照護提出投訴

您可以對我們或我們的網絡內提供者或藥房提出投訴，包括對您的保健服務品質的投訴。此類投訴不涉及承保範圍/給付或付款爭議。關於如何對您的醫療照護提出投訴，詳細資訊請前往第 9 章。

醫療照護或 D 部分藥物的投訴 - 聯絡資訊	
請致電	800-457-4708 這是一支免費服務電話。您每週七天都可於上午 8 點至晚上 8 點致電給我們。如需加速申訴，請致電 1-800-867-6601。
聽障專線	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
傳真	877-889-9934
寫信	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
Medicare 網站	若要直接向 Medicare 提交關於 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的投訴，請造訪 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint 。

如何要求我們對您所取得的醫療照護或藥物給付我們的分攤費用

如果您取得您認為應該由我們支付的服務帳單或支付的費用 (像是服務提供者帳單)，您可要求我們償還費用或支付提供者帳單。請參閱第 7 章以瞭解詳情。

如果您向我們提出付款要求，而我們拒絕任何一部分的要求，您可以對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章以瞭解詳情。

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

第 2 節 - 取得 Medicare 的幫助

Medicare 是針對年齡滿 65 歲以上的人士、未滿 65 歲但有身體殘障的人士，以及末期腎臟病的患者 (永久性腎功能衰竭，需要透析 (洗腎) 或腎臟移植) 的聯邦健康保險方案。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 和州醫療補助服務中心 (CMS)。此機構與 Medicare 優勢計劃組織簽有合約，包括我們在內。

Medicare – 聯絡資訊	
請致電	800-MEDICARE (1-800-633-4227) 這是一支免費服務電話。 全年無休。
聽障專線	877-486-2048 此號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。

Medicare - 聯絡資訊	
即時交談	請在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 即時交談。
寫信	寫信給 Medicare: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	www.Medicare.gov - 取得您所在地區的 Medicare 健康和藥物計劃相關資訊, 包括它們的費用和所提供的服務。 - 尋找參與 Medicare 的醫生或其他醫療保健提供者和供應商。 - 瞭解 Medicare 承保的內容, 包括預防服務 (例如篩檢、疫苗, 以及年度「Wellness」(健康) 就診)。 - 取得 Medicare 上訴資訊和表格。 - 取得有關計劃、養老院、療養院、醫院、醫生、家庭保健機構、透析機構、臨終關懷中心、住院復健機構和長期照護醫院所提供照護品質的資訊。 - 查詢實用的網站和電話號碼。 您也可以造訪 Medicare.gov , 反映您對 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的任何投訴。 如需向 Medicare 提交投訴 , 請造訪 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint 。Medicare 會審慎處理您的投訴, 並且會利用此項資訊協助改善 Medicare 方案的品質。

第 3 節 州健康保險協助方案 (SHIP)

州健康保險協助方案 (SHIP) 是一項政府方案, 在各州有受過培訓的顧問。針對 Medicare 的疑問, 免費為您提供協助、資訊和解答。您可在此文件背面的「附錄 A」中, 找到您所在州健康保險協助方案 (SHIP) 的聯絡資訊。

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

SHIP 顧問可以幫助您瞭解您的 Medicare 權利、對醫療照護或治療方法提出投訴、解決 Medicare 帳單的問題。SHIP 顧問也可以在您對 Medicare 的疑問或問題上提供幫助, 幫助您瞭解 Medicare 本計劃選擇, 並解答更換計劃問題。

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 會員提供服務。您可在此文件背面的「附錄 A」中找到您所在州品質改進組織 (QIO) 的聯絡資訊。

品質改進組織 (QIO) 由 Medicare 出資的醫生和其他醫療保健專業人員組成, 負責查核並幫助改善 Medicare 的醫療保健品質。QIO 是一個獨立的組織。與本計劃沒有關聯。

如果有以下情況, 請聯絡您的 QIO:

- 您對所取得的照護品質提出投訴。照護品質考量的範例包括: 配取錯誤的藥物、不必要的檢查或處置, 或是誤診。

第 2 章 電話號碼與資源

- 您認為住院治療的保險過早結束。
- 您認為家庭醫療保健、專業護理機構照護，或綜合門診復健設施 (CORF) 的服務過早結束。

第 5 節 社會安全局

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

如果您搬家或者變更您的郵寄地址，請務必聯絡社會安全局讓其知道。

社會安全局 - 聯絡資訊	
請致電	800-772-1213 這是一支免費服務電話。 服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。 每天 24 小時隨時使用社會安全局的自動電話服務取得錄音資訊並辦理一些業務。
聽障專線	800-325-0778 此號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。 服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 7 點。
網站	www.SSA.gov

第 6 節 州醫療補助

州醫療補助是聯邦政府和州政府的聯合方案，幫助收入及資源有限的特定人士支付醫療費用。某些 Medicare 的會員也有資格獲得州醫療補助。州醫療補助提供方案，幫助 Medicare 會員支付其 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些 **Medicare 節約方案** 包括：

- **符合資格的 Medicare 受益人 (QMB)：**幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費，以及其他分攤費用 (例如免賠額、共保額和共付額)。(某些擁有 QMB 資格的人士也有資格獲得全部州醫療補助福利 (QMB+)。)
- **指定的低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：**幫助支付 B 部分保費。(某些擁有 SLMB 資格的人士也有資格獲得全部州醫療補助福利 (SLMB+)。)
- **符合條件的個人 (QI)：**幫助支付 B 部分保費。
- **符合條件的身體殘障勞動者 (QDWI)：**幫助支付 A 部分保費。

第 2 章 電話號碼與資源

請聯絡您所在州的州醫療補助辦事處，以瞭解關於州醫療補助及 Medicare 節約方案的更多資訊。您可在文件背面的「附錄 A」中，找到您所在州的州醫療補助辦事處的聯絡資訊。

第 7 節 處方藥費用援助方案

Medicare 網站 (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 有降低您處方藥費用的方法資訊。以下方案可幫助收入有限的人士。

Medicare 的「額外幫助」

Medicare 和社會安全局有一個稱為「額外幫助」的方案，可為收入和資源有限的人士支付藥物費用。如果您符合條件，就可以取得幫助支付您的 Medicare 藥物計劃每月保費、年度免賠額，以及共付額。「額外幫助」金額也會計入您的自付費用。

如果您自動符合「額外幫助」資格，Medicare 將寄給您一封紫色信函讓您知道。如果您並未自動符合，您可以隨時申請。如欲瞭解您是否符合取得「額外幫助」的條件，請致電：

- 請造訪 <https://secure.ssa.gov/i1020/start> 在線上申請
- 請致電社會安全局：1-800-772-1213。聽障專線使用者請撥打：1-800-325-0778。

申請「額外幫助」時，您也可以開始申請 Medicare 節約方案 (MSP)。這些州方案提供其他 Medicare 費用的幫助。社會安全局將向您的州發送資訊以啟動 MSP 申請，除非您在「額外幫助」申請中告訴他們不要這樣做。

如果您符合「額外幫助」的資格，而且您認為您在藥房為處方藥支付的金額不正確，本計劃有流程可幫助您取得正確共付額的證明。如果您已經有正確金額的證據，我們可以幫助您向我們分享此證據。

- 如果您已經有證明您符合「額外幫助」資格的文件，您也可以在下一次前往藥房配取處方藥時，出示該文件。您可以使用下列任一文件向我們證明，或在藥房作為證明使用。

您已擁有「額外幫助」資格的證明

- 您的州醫療補助卡影本，上面顯示您的姓名以及您符合「額外幫助」資格的日期。日期必須在去年七月或之後。
- 社會安全局的信件，上面顯示您的「額外幫助」資格。這封信可能稱為「重要資訊」、「酬賓獎勵信函」、「變更通知」或「行動通知」。
- 社會安全局的來函可證明您接受社會安全生活補助金。如果是這種情況，您也符合「額外幫助」的資格。

您享有有效州醫療補助資格的證明

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

第 2 章 電話號碼與資源

享有州醫療補助支付以入住醫療機構的證明

您在醫療機構停留的期間必須至少滿一個月，且必須在去年七月或之後。

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

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

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

- 當我們取得顯示您共付額等級的證明後，我們將更新我們系統內的資訊。下次您在藥房配取處方藥時，即可支付正確的共付額。如果您超額支付共付額，我們會透過支票或未來的共付額償還您。如果藥房並未向您收取共付額，而是讓您積欠這筆費用，我們可能直接付款給藥房。如果您所在的州已經代表您付款，則我們可能會直接付款給該州。如果您有任何問題，請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。

如果您有「額外幫助」和州藥物協助方案 (SPAP) 保險時會怎樣？

多州提供處方費用、藥物計劃保費和/或其他藥物費用的幫助。如果您投保州藥物協助方案 (SPAP)，Medicare 的「額外幫助」將先給付。SHIP 的顧問服務免費。您可以在本文件背面的附錄 A，找到電話號碼和網站 URL。

如果您有「額外幫助」和愛滋病藥物協助方案 (ADAP) 的保險時會怎樣？

愛滋病藥物協助方案 (ADAP) 幫助 HIV/AIDS 患者取得拯救生命的 HIV 藥物。Medicare D 部分藥物如果也涵蓋於 ADAP 處方列表中，透過您所在州的 ADAP 方案，可符合處方藥分攤費用的條件。

備註：如要符合您所在州運作的 ADAP 條件，個人必須符合特定標準，包括您居住州的證明和 HIV 狀況、由該州界定為低收入，以及無保險/保險不足的情況。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 登記投保工作人員，以便您能夠繼續取得幫助。如需資格條件、承保藥物或如何投保方案的資訊，請致電您所在州的 ADAP。您可在本文件背面的「附錄 A」中找到愛滋病藥物協助方案 (ADAP) 的聯絡資訊。

州藥物協助方案

許多州都設有州藥物協助方案，根據財務需要、年齡、醫療狀況或殘障來幫助人們支付處方藥費用。每個州對於為其會員提供藥物保險的規定各有不同。

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

Medicare 處方付款計劃

Medicare 處方付款計劃是一種與您目前藥物保險配合使用的付款選項，透過在**日曆年**（一月 - 十二月）之間分攤本計劃承保的藥物，幫助您管理自費費用。任何擁有 Medicare 藥物計劃或有藥物保險的 Medicare 健康計劃（像是具有藥物保險的 Medicare 優勢計劃）者，都可以使用此付款選項。**此付款選項可以幫助您管理花費，但不會為您省下金錢或降低藥物費用。如果您已參加 Medicare 處方付款計劃並繼續投保相同的 D 部分計劃，您的參與將於 2026 年自動續約。**若要進一步瞭解此付款選項，請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 或造訪 www.Medicare.gov。

Medicare 處方藥付款計劃 – 聯絡資訊	
請致電	800-457-4708 這是一支免費服務電話。您每週七天都可於上午 8 點至晚上 8 點致電給我們。不過請注意，4 月 1 日到 9 月 30 日，週末和假期期間可能會由我們的自動電話系統接聽來電。 客戶服務部也為不講英語的人士提供免費的口譯服務。
聽障專線	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
寫信	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	若要詳細瞭解此付款選項，請造訪 Humana.com/RxCostHelp 或造訪 Medicare.gov 。

第 8 節 Railroad Retirement Board (RRB)

Railroad Retirement Board (鐵路退休委員會, RRB) 是獨立的聯邦機構，管理全國鐵路工人及其家人的全面福利方案。如果您透過 Railroad Retirement Board 取得 Medicare，請讓他們知道您已經搬家或變更郵寄地址。如果您對 Railroad Retirement Board 的福利有疑問，請聯絡該機構。

Railroad Retirement Board (RRB) – 聯絡資訊	
請致電	1-877-772-5772 這是一支免費服務電話。 您可以在週一、週二、週四和週五上午 9 點至下午 3 點 30 分，以及週三上午 9 點至中午 12 點，按「0」與 RRB 代表談話。 如果按「1」，則可進入全天 24 小時 (包括週末和假日) 自動 RRB HelpLine，並且聆聽預錄資訊。
聽障專線	1-312-751-4701 此號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 此電話並非免費。
網站	https://RRB.gov

第 9 節 若您有雇主提供的團體保險或其他健康保險

如果您 (或配偶或同居伴侶) 在本計劃中從您 (或配偶或同居伴侶) 的雇主或退休人員團體取得給付福利，若有任何疑問，請致電雇主/工會給付福利管理員或客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。您可以詢問關於您 (或您的配偶或同居伴侶) 的雇主或退休人員健保福利、保費或登記投保期的問題。您也可以致電：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，詢問有關您在本計劃下的 Medicare 承保問題。聽障專線使用者請撥打：1-877-486-2048。

如果您透過您的 (或您的配偶或同居伴侶的) 雇主或退休人員團體獲得其他藥物承保，請聯絡**該團體的福利管理員**。福利管理員可以幫助您了解您目前的藥物承保是否能與本計劃協調配合。

第 3 章： 使用本計劃獲得您的醫療服務

第 1 節 本計劃會員如何獲得醫療照護

本章解釋使用本計劃取得承保之醫療照護的須知。關於本計劃承保的醫療照護項目和您獲得照護服務需支付的費用，請參閱第 4 章的醫療福利表。

第 1.1 節 網絡內提供者和承保的服務

- **提供者**是指提供醫療服務與照護的醫生和其他持有州政府執照的健康照護專業人員。提供者一詞也包括醫院和其他醫療保健機構。
- **網絡內提供者**是指與我們簽訂協議，接受我們付款和任何本計劃分攤費用作為全額付款的醫生和其他專業醫護人員、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。我們為本計劃會員安排了這些提供者來提供承保的服務。我們的網絡內提供者會將為您進行的照護帳單直接寄給我們。當您向網絡內提供者尋求照護服務時，只需要支付您的分攤費用即可。
- **承保的服務**包括本計劃所承保的所有醫療照護、醫療保健服務、必需品、設備和處方藥。您獲得承保的醫療照護服務列在第 4 章的醫療福利表中。第 5 章討論您的處方藥承保服務。

第 1.2 節 本計劃所承保的醫療照護基本規定

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 是一項 Medicare 健康計劃，因此必須承保原有的 Medicare 所承保的所有服務，並且遵循原有的 Medicare 的承保範圍規定。

只要符合以下條件，Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 通常會承保您的醫療照護：

- **您所得到的照護列在本計劃的醫療福利表中**，位於第 4 章。
- **您所得到的照護被認為醫療上必要**。醫療上必要是指為了預防、診斷或治療相關病情所需，並且符合公認的醫療實踐標準的服務、必需品、設備或藥物。
- **將由一名網絡內初級保健提供者 (PCP) 來提供並監督您的照護**。您身為本計劃會員，必須選擇一名網絡內 PCP (詳情請前往第 2.1 節)。
 - 您的網絡內初級保健提供者將協調您從計劃網絡內其他提供者獲得的醫療照護，例如專科醫生、醫院、專業護理機構或家庭健康護理機構。但是，不需要轉診也可以從網絡內提供者獲得承保的服務。詳情請參閱本章第 2.3 節。
- **您必須從網絡內提供者取得照護** (請前往第 2 節)。在大多數情況下，從網絡外提供者 (不屬於本計劃網絡內的提供者) 所取得照護將不獲承保。這表示您必須為所取得提供者的服務支付全部費用。但以下 3 種情況例外：

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

- 本計劃承保由網絡外提供者為您提供的急診/突發護理或緊急服務。如需更多資訊，以及查看哪些是急診或急需服務，請前往第 3 節。
- 如果您需要 Medicare 要求我們的計劃承保的醫療照護，但我們的網絡內沒有提供此項照護的專科醫生，您可使用通常在網絡內支付的分攤費用，從網絡外提供者獲得此項照護。向網絡外提供者尋求照護前，您必須先取得本計劃授權。在這種情況下，您所支付的費用金額與您從網絡內提供者獲得照護所需支付的費用相同。請前往第 2.4 節以瞭解如何取得核准以向網絡外醫生尋求服務。
- 當您暫時離開本計劃服務區域，或當您的提供者暫時無法提供服務或無法聯絡時，本計劃承保在 Medicare 所認證透析機構接受的腎臟透析服務。您付給本計劃透析分攤費用，絕不會超過原有的 Medicare 的分攤費用。如果您在本計劃服務區域之外，並從本計劃網絡外的提供者處取得透析服務，您的分攤費用不會超過您在網絡內支付的分攤費用。然而，如果您平常的網絡內提供者暫時無法提供透析服務，且您選擇在服務區域內從本計劃網絡外的提供者取得服務，則該透析的分攤費用可能會較高。

第 2 節 使用本計劃網絡內提供者取得醫療照護

第 2.1 節 您必須選擇一名初級保健提供者 (PCP) 來為您提供並監督您的醫療照護

初級保健提供者 (PCP) 是指什麼？能為您做什麼？

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

擁有 PCP 是管理整體身心健康的重要步驟。由於 PCP 是最瞭解您病史的醫生，故能為您提供例行醫療保健和持續的預防保健，讓您盡可能保持健康。當您需要至專科醫生處就診或取得其他服務時，您的 PCP 可以透過與其他網絡內提供者確認來協調您的所有照護，例如：

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

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

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

您如何獲得 PCP 的照護？

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

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

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

如何選擇 PCP？

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

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

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

如何更換您的 PCP

您可以隨時以任何理由更換 PCP。此外，您的 PCP 也有可能會退出本計劃提供者網絡，而您必須尋找一名新的 PCP。

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

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

第 2.2 節 無需 PCP 轉診即可取得的醫療照護

您無需經由轉診取得承保的網絡內服務。

第 2.3 節 如何取得專科醫生和其他網絡內提供者的照護

專科醫生是指針對特定疾病或身體某部位問題提供醫療保健的醫生。專科醫生有很多類。例如：

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

轉診

您無需經由轉診取得承保的網絡內服務。

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

當專科醫生或其他網絡內提供者退出本計劃時

年中我們可能會變更本計劃網絡內的醫院、醫生和專科醫生（提供者）。如果您的醫生或專科醫生離開本計劃，您擁有以下特定權利和保障：

- 雖然我們的提供者網絡在年中可能有所變化，但 Medicare 要求我們為您提供不間斷的合格醫生與專科醫生諮詢服務。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

- 我們將通知您，提供者即將離開本計劃，讓您有時間選擇新的提供者。
 - 如果您的初級保健提供者或行為健康服務提供者退出本計劃，而您在過去 3 年內於該提供者處看過診的話，我們將通知您。
 - 如果您的任何其他提供者退出本計劃，而您被指派給該提供者、目前接受其護理服務，或在過去 3 個月內於該提供者處看過診的話，我們將通知您。
- 我們將幫助您選擇新的合格網絡內提供者以持續提供照護。
- 如果您正從提供者接受醫療治療或療法，您有權要求繼續取得醫療上必要的治療或療法。我們將與您合作，讓您可以繼續取得照護。
- 我們會為您提供可用投保期的相關資訊，以及您可能擁有的計劃變更選項。
- 當網絡內提供者或福利無法提供或不足以滿足您的醫療需求時，我們將以網絡內分攤費用安排在我們服務提供者網絡外的任何醫療上必要的承保福利。需要事先授權才能承保服務。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生將離開本計劃，請聯絡我們，以便我們幫助您找到新的服務提供者來管理您的照護。
- 如果您認為我們未能向您提供合格的服務提供者來代替以前的服務提供者，或未能適當管理您的照護，您有權向 QIO 提出照護品質投訴及/或向本計劃提出照護品質申訴 (請前往第 9 章)。

如需協助選擇新的合格提供者以繼續管理您的醫療保健需求，請聯絡客戶服務：800-457-4708，聽障專線 711。

第 2.4 節 如何取得網絡外提供者的照護

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

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

請要求網絡外提供者針對您認為我們應該承保的服務，向本計劃開立帳單。如果服務提供者拒絕向本計劃開立帳單，並向您寄送您認為我們應該支付的帳單，您可以將帳單寄給我們以支付給提供者。如果服務提供者拒絕向本計劃開立帳單，且您向服務提供者支付費用，我們會向您補償我們承保的服務分攤費用。如果您收到帳單或需要申請給付該怎麼做，請參閱第 7 章 (要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單)。

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

第 3 節 如何在緊急情況、災難或急需護理時取得服務

第 3.1 節 在您發生緊急醫療情況時取得照護

緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和藥物知識的外行人認為您需要立即就醫的醫療症狀，以避免您失去生命（而且，如果您是孕婦，則有可能失去未出生的嬰兒）、肢體或肢體功能受損，或身體功能受損或嚴重損害。醫療病症可能是迅速惡化的疾病、損傷、劇痛或醫療狀況。

如果您遇到緊急醫療情況：

- **儘快尋求幫助。**請致電 911 尋求幫助，或前往最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您不需要先取得 PCP 的核准或轉診。您不需要使用網絡內醫生。只要您需要，本計劃承保在美國本土或其領土的任何地方，所發生的所有緊急醫療照護，以及任何具有適當州執照的提供者，即使他們不在我們網絡內。
- **請儘快通知本計劃您遇到緊急情況。**我們需要追蹤您的急診/突發護理情況。您本人或其他人通常應該在 48 小時以內致電我們並告知您的急診治療詳情。請使用印在本文件封底的電話號碼致電客戶服務。

醫療緊急情況下承保的服務

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

提供您急診/突發護理治療的醫生將決定您的狀況是否穩定，醫療急診事件何時結束。

急診結束後，您將可取得後續追蹤治療照護，以確保病症持續穩定。您的醫生將繼續治療您，直到您的醫生與我們聯絡並計劃接受額外的照護。後續追蹤治療照護將由我們的計劃承保。

如果您的急診/突發護理治療是由網絡外提供者提供，那麼當您的病情趨於穩定且情況許可下，我們將會儘快安排改由網絡內提供者為您提供照護。

如果不是緊急醫療情況，會怎麼樣？

有時候很難斷定您是否為緊急醫療情況。例如，您自己認為健康問題十分嚴重而有危險，決定前往急診/突發護理，但您的醫生卻可能說這根本不是緊急醫療情況。即使最終診斷確定並非急診，但只要您合理相信健康問題十分嚴重而有危險，我們也會給付您的照護。

然而，如果醫生說它不屬於急診，只有在您透過以下 2 種方式之一取得其他照護時，我們才會給付額外照護：

- 您接受我們網絡內提供者所提供的額外照護，或者
- 您取得的額外照護被視為急需服務，您遵守以下規定取得緊急護理。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

第 3.2 節 當您需要緊急服務時如何獲得醫療照護

如果您暫時不在我們的計劃服務區內，或考慮到您的時間、地點和情況，無法從網絡內提供者獲得此類服務，則需要立即就醫（但不是緊急情況）的服務即屬於急需服務。急需服務的範例為不可預見的醫療疾病和傷害，或是現有病症意外發作。然而，醫療上必要的例行提供者就診（例如年度檢查），即使您在本計劃服務區域以外，或本計劃網絡暫時無法提供服務，也不被視為急需服務。

計劃的《提供者名錄》將為您說明您所在區域的網絡內緊急治療機構地點。您也可以在线上找到這些資訊：[Humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor)。關於急需服務如果有其他問題，請聯絡客戶服務部。

在以下情況下，我們的計劃承保美國境外的全球緊急情況和緊急護理服務。如果您在美國和其領土之外的地區有急診或緊急護理需求時，您必須提前支付所獲得的服務的費用，並向我們申請補償。我們會針對在美國及其領土以外地區承保的網絡外急診和緊急護理服務提供您補償。然而，補償比例將不超過若您在美國居住地接受此服務，原有的 Medicare 會為此服務所支付的費率。如果我們將支付您，其金額依據任何適用的分攤費用而減少。由於我們補償的費率不會超過原有的 Medicare 會補償的費率，且由於外國提供者收取的服務費用可能比原有的 Medicare 會支付的費用多，因此我們補償的總金額加上適用的分攤費用可能會少於您支付外國提供者的金額。此為選擇性補充保險福利，一般不屬於 Medicare 承保範圍。您必須將付款證明送交 Humana 以獲得補償。詳情請前往第 4 章（醫療福利表（承保範圍及費用））。如果您已支付了承保的服務費用，我們會向您補償我們承保的服務分攤費用。您可以將帳單和病歷寄給我們以供付款參考。如果您收到帳單或需要申請給付該怎麼做，請參閱第 7 章（要求我們攤付您就承保醫療服務或藥物所收到的帳單）。「不」承保從另一國家/地區返回美國的交通。預約、預先規劃的治療（包括治療持續中病症）和/或選擇性程序「不」在承保範圍內。

第 3.3 節 於災難期間取得照護

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

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

如果您在災難期間無法使用網絡內提供者，本計劃允許您以網絡內分攤費用取得網絡外提供者的照護。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您或許可以在網絡外藥房配取處方藥。請前往第 5 章第 2.5 節。

第 4 節 如果您收到承保服務的全額帳單該怎麼做

如果您已為承保服務支付超過本計劃分攤費用，或您取得承保服務的全額帳單，您可要求我們攤付您就我們承保服務所取得的帳單。請前往第 7 章，瞭解該怎麼做。

第 4.1 節 如果服務不在本計劃承保範圍內，您必須支付全額費用

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 承保第 4 章醫療福利表中所列的所有醫療上必要的服務。如果您所取得的服務不在本計劃承保範圍內，或是從網絡外取得服務且未經授權，您必須負責支付服務的全額費用。

在您用盡某類承保的服務其福利限額後，您也需要支付後續使用任何該類承保服務之全額費用。達到福利限額之後所支付的費用，**不會**計入您的自付額上限。您可以致電客戶服務部，以瞭解您目前已經使用的福利限額。

第 5 節 臨床研究中的醫療服務

第 5.1 節 臨床研究是什麼

臨床研究 (也稱為臨床試驗) 是指醫生和科學家試驗新型的醫療照護, 例如試驗新的抗癌藥物效果如何。某些臨床研究已獲得 Medicare 的核准。由 Medicare 核准的臨床研究通常會要求自願者參與研究。在您參與臨床研究時, 您也可以繼續投保本計劃, 接受其他的照護 (與臨床研究無關的照護)。

如果您參與一項 Medicare 批准的臨床研究, 原有的 Medicare 將會給付研究涉及的大部分承保服務費用。如果您告訴我們您正在接受合格的臨床試驗, 您只需為該試驗中的服務支付網絡內分攤費用。例如, 如果您已支付原有的 Medicare 分攤費用金額, 我們會補償您支付的費用與網絡內分攤費用之間的差額。您將需要提供文件, 提供您的支付金額給我們。

如果您想參與任何 Medicare 批准的臨床研究, 您不需要告訴我們, 也不需取得我們或您 PCP 的同意。在臨床研究中提供您照護的提供者不需參與本計劃網絡 (這不適用於需要臨床試驗或登錄才能評估福利的承保福利, 包括需要發展證據 (NCDs-CED) 承保的特定福利以及研究裝置豁免 (IDE) 研究。這些福利也可能受到事先授權和其他計劃規定的約束)。

雖然您不需要取得本計劃同意, 即可參與臨床研究, 我們鼓勵您在選擇參與 Medicare 合格臨床試驗時, 提前通知我們。

如果您參與的研究未經 Medicare 或本計劃批准, 您將必須自行負責支付參與研究的所有費用。

第 5.2 節 誰支付臨床研究中的服務費用

您參加 Medicare 核准的臨床研究之後, 您在試驗中所取得原有的 Medicare 承保例行醫療項目和服務費用將給付, 包括:

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

在 Medicare 給付這些服務的分攤費用之後, 本計劃將給付原有的 Medicare 之分攤費用與您身為本計劃會員的網絡內分攤費用之間的差額。這表示您參與臨床研究將需要支付的服務費用金額, 與您參加本計劃所支付的金額是相同的。然而, 您必須提交文件, 顯示您支付的分攤費用。關於提交給付申請, 請參閱第 7 章以瞭解詳情。

臨床試驗中的分攤費用範例: 比方說, 您為了研究試驗而進行 \$100 的化驗室檢驗。在原有的 Medicare 中, 這項檢驗您需支付 \$20, 但在本計劃中檢驗費用為 \$10。在這種情況下, 原有的 Medicare 為該項檢驗支付 \$80, 而在原有的 Medicare 中您需要支付共付額 \$20。請您通知本計劃, 您取得合格的臨床試驗服務, 並提交文件 (例如提供者帳單) 給本計劃。然後本計劃會直接支付您 \$10。因此, 您的檢驗淨付款為 \$10, 與您在本計劃福利中所需支付的金額相同。

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

- 一般來說, 即使您沒有參與臨床試驗, Medicare 也不會給付測試中的新醫療項目或服務費用, 除非 Medicare 同意承保。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

- 僅為收集資料而非直接用於醫療保健的項目或服務。例如，如果您的健康狀況通常只需要進行一次 CT 掃描，那麼 Medicare 便不會給付為了研究而進行的每月 CT 掃描費用。
- 研究委託者為試驗中的任何人免費提供的項目和服務。

取得有關加入臨床研究的更多資訊

有關參加臨床研究的更多訊息，請參閱 Medicare 出版物 *Medicare and Clinical Research Studies*《Medicare 與臨床研究》，網址：www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf。您也可以致電：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 6 節 取得宗教性非醫療保健機構提供承保照護的規定

第 6.1 節 宗教性非醫療保健機構

宗教性非醫療保健機構是一種醫療機構，能夠提供照護，以治療通常由醫院或專業護理機構進行治療的病症。如果會員因為宗教信仰而無法在醫院或專業護理機構取得治療，我們也會承保您在宗教性非醫療保健機構所接受的服務。這部分福利僅適用於 A 部分的住院服務（非醫療保健照護服務）。

第 6.2 節 如何從宗教性非醫療保健機構獲得照護

要取得宗教性非醫療保健機構的照護，您必須簽署一份法律文件，表明您反對接受**非強制**醫療治療。

- **非強制性**醫療照護或治療是指自願性且非聯邦、州或地方法律要求提供的任何醫療照護或治療。
- **強制**醫療治療是指並非本人自願或是依照聯邦、州或地方法律規定而進行的醫療照護或治療。

您在宗教性非醫療保健機構接受的醫療服務必須符合以下條件，才能獲得我們的計劃承保：

- 該機構必須經由 Medicare 認證。
- 本計劃僅承保非宗教的照護層面。
- 如果您在某機構接受這類機構的服務，將適用以下條件：
 - 您的病症使您符合取得住院護理或專業護理機構照護所提供承保服務的規定。
 - 同時 – 您在入院接受治療前應先取得本計劃批准，否則我們將不給付住院開支。

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

第 7 節 耐用醫療設備的所有權規定

第 7.1 節 您在本計劃中支付一定金額後，並不會擁有耐用醫療設備

耐用醫療設備 (DME) 包括服務提供者訂購在家中使用的氧氣設備和用品、輪椅、助行器、動力床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音合成裝置、IV 輸液幫浦、噴霧器和醫院病床等物品。會員一律擁有一些 DME 項目，例如義肢。其他類型的 DME，您則必須租用。

第 3 章 使用本計劃獲得您的醫療服務

原有的 Medicare 規定，患者租用某種 DME 並連續支付 13 個月的共付額之後，即可擁有特定設備。**身為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 計劃會員，在您投保本計劃期間，無論支付多少共付額，通常您都不會取得所租賃 DME 項目的所有權。**即使在加入本計劃前，您已連續支付原有的 Medicare 下 DME 項目的 12 次付款，您也不會取得所有權。在一些有限情況下，我們會將 DME 項目的所有權轉讓給您。請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 以瞭解詳情。

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

如果您在投保本計劃期間沒有取得 DME 項目的所有權，則在轉入原有的 Medicare 後，仍需再連續支付 13 次共付額才能擁有該項目。您在本計劃中已支付的款項不會計入這連續 13 次支付的款項。

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

範例 2：您在原有的 Medicare 中為該項目連續支付 12 次以下費用，然後加入我們的計劃。您在本計劃中並未取得該項目的所有權。然後您回到原有的 Medicare。再次加入原有的 Medicare 後，您將必須連續支付 13 次新的費用才能擁有該項目。您已支付的任何款項 (無論是給本計劃還是原有的 Medicare) 都不會計入。

第 7.2 節 有關氧氣設備、用品和維護的規定

如果您符合 Medicare 氧氣設備承保資格，Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 將承保：

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

如果您離開 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)，或醫療上不再需要氧氣設備，則氧氣設備必須退還。

如果您離開本計劃，回到原有的 Medicare 會怎麼樣？

原有的 Medicare 要求氧氣供應商提供您五年的服務。您租用設備的前 36 個月期間。對於剩下的 24 個月，供應商會提供設備和維護 (您仍需負責支付氧氣的共付額)。5 年後，您可以選擇留在同一家公司，或去另一家公司。此時，即使您繼續留在同一家公司，5 年週期仍會再次開始，您必須再次支付前 36 個月的共付額。如果您加入或退出本計劃，5 年週期會重新開始。

第 4 章： 醫療福利表 (承保範圍及費用)

第 1 節 理解承保服務的自付費用

醫療福利表列舉了您享有的承保服務，並說明 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員為每項承保服務所支付的費用。本節也針對不承保的醫療服務提供相關資訊，並說明某些服務的限制。另請參閱本章所示醫療福利表中，特定補充福利的排除情況和限制條件。

第 1.1 節 您可能需要為承保服務支付的自付費用

承保服務的自付費用類型包括：

- **共付額：**是指當您每一次獲得特定醫療服務所需支付的固定金額。當您接受醫療服務時，需要即刻支付共付額。(請參閱醫療福利表以瞭解關於共付額的詳情。)
- **共保額：**是指佔醫療服務費用總額一定比例的自付費用。當您接受醫療服務時，需要即刻支付共保額。(請參閱醫療福利表以瞭解關於共保額的詳情。)

大多數符合州醫療補助或符合資格的 Medicare 受益人 (QMB) 方案者都無須支付免賠額、共付額或共保額。如果您參與其中一項計劃，請務必向您的提供者出示您的州醫療補助證明或 QMB 資格證明。

第 1.2 節 Medicare A 部分和 B 部分承保醫療服務的最高自付費用是多少？

Medicare 優勢計劃對您每年必須為 Medicare A 部分和 B 部分承保的網絡內醫療服務所支付的自付費用總金額設有限制，此限制稱為醫療服務的最大自付費用 (MOOP) 金額。**對日曆年 2026 年而言，此 MOOP 金額為 \$8,550。**

您就網絡內承保的服務所支付的共付額和共保額，金額皆計入此最大自付費用。您支付的 D 部分藥物金額不計入您的自付額上限。此外，您為某些服務所支付的金額，並不計入最大自付費用。這些服務在醫療福利表中會以星號標示。如果一年內您達到 **\$8,550** 的最大自付費用，那麼您在本年度結束以前，將不必支付任何 A 部分和 B 部分的網絡內承保服務自付費用。然而，您必須繼續支付 Medicare B 部分保費 (除非您的 B 部分保費由聯邦州醫療補助或其他第三方為您支付)。

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍及費用)**第 1.3 節 醫療提供者不允許向您收取差額**

您身為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的會員可享有一項重要保障，在您符合免賠額的要求之後，接受本計劃承保的服務時只需支付您的分攤費用金額。提供者不得向您收取額外的個別費用，稱為**差額計費**。即使我們支付給提供者的金額少於其所收的服務費用，甚至由於糾紛，而我們未支付特定提供者費用，此項保護措施都適用。

以下是避免差額計費的方式。

- 如果您的分攤費用是共付額 (固定金額，例如 \$15.00)，那麼您只需支付此共付額即可獲得網絡內提供者所提供的任何承保服務。
- 如果您的分攤費用是共保額 (費用總額的一定比例)，那麼您絕對不必支付超過這個比例。然而，您支付的費用視提供者類型而定：
 - 如果您從網絡內提供者獲得承保的服務，您支付的費用為共保額百分比乘以計劃的償還比例 (由提供者與計劃之間簽訂的合約而定)。
 - 如果您獲得參與 Medicare 計劃的網絡外提供者所提供的承保的服務，您支付的費用為共保額百分比乘以 Medicare 給參與提供者的支付比例。(計劃只在特定情況下承保網絡外提供者提供的服務，例如當您獲得轉診時，或緊急情況或急需服務)。
 - 如果您獲得未參與 Medicare 計劃的網絡外提供者所提供的承保的服務，您支付的費用為共保額百分比乘以 Medicare 給非特約提供者的支付比例。(本計劃只在特定情況下承保網絡外提供者提供的服務，例如當您獲得轉診時，或服務區外的緊急情況或急需服務)。
- 如果您認為服務提供者向您收取差額費用，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。

第 2 節 醫療福利表顯示您的醫療福利和費用

以下幾頁的醫療福利表列出了 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 承保的服務，以及您對每一項服務支付的自付費用。第 5 章為 D 部分藥物承保。僅當醫療福利表中所列的服務符合下列規定時才會被承保：

- 您的 Medicare 承保的服務必須依照 Medicare 承保規範提供。
- 您的服務 (包括醫療照護、服務、必需品、設備及 B 部分藥物) 必須是醫療上必要。醫療上必要是指為了預防、診斷或治療相關病情所需，並且符合公認的醫療實踐標準的服務、必需品或藥物。
- 對於新投保人，您的 MA 協調護理計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在這段期間，新的 MA 計劃可能不需要對任何有效的治療過程進行事先授權，即使治療過程是針對網絡外提供者提供的服務。
- 您獲得網絡內提供者的醫療照護。在大多數情況下，除非是急診或緊急護理，或我們的計劃或網絡內提供者已提供轉診，否則由網絡外提供者所提供的照護無法獲得承保。這表示對於您獲得的網絡外服務，您將支付全額費用給服務提供者。
- 您將由一名初級保健提供者 (PCP) 來為您提供並監督您的照護。對於承保的服務，您不需要取得轉診。

- 醫療福利表中所列的某些服務只有當您的醫生或其他網絡內提供者預先獲得我們的核准 (有時也稱為「事先授權」) 才能獲得承保。需要事先批准的承保服務在醫療福利表中以註腳的形式標記。
 - 預授權名單請參閱網站：[Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)
- 如果您的協調照護計劃核准某個治療過程的事先授權要求，核准的有效期為醫療上合理且必要的時間，以避免在照護過程中根據適用的承保標準、您的醫療病史和治療提供者的建議而造成中斷。

關於我們保險的其他重要須知：

- 就像所有 Medicare 健保計劃一樣，我們承保原有的 Medicare 所承保的所有服務項目。其中的一些福利，您在我們的計劃中支付的費用高於原有的 Medicare。而對其他福利，您可能支付更少。(請查閱您的《Medicare 與您 2026》手冊，以瞭解原有的 Medicare 的承保範圍和費用。亦可上網 www.Medicare.gov 查閱該手冊，或撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊副本。聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048)。
- 您無需額外付款即可享有原有的 Medicare 提供的免費預防服務。但是，如果當您接受預防服務的就診期間，同時因為現有的病症接受治療或監控，那麼您就必須支付現有病症照護的共付額。
- 如果 Medicare 在 2026 年期間增加任何新服務承保範圍，這些服務將由 Medicare 或本計劃承保。

如果您確診患有下列任一慢性疾病，即符合「統一彈性非急診醫療交通運送」福利的申請資格。

- 癌症
- 慢性腎臟疾病 (CKD)
- 末期腎臟病 (ESRD)

請參閱下方「醫療福利表」中的「統一彈性非急診醫療交通運送」列以瞭解詳情。

具有「額外幫助」資格的個人重要給付資訊：

- 如果您獲得支付 Medicare 藥物方案費用的「額外幫助」，則您可能符合享有其他目標補充福利及/或目標降低分攤費用的資格。

🍏「醫療福利表」中的預防性服務會以此蘋果表示。

*「醫療福利表」中的補充福利會以此星號表示。

醫療福利表	
承保的服務	您支付的費用
🍏 腹部主動脈瘤篩檢 高危險人群的單次超音波篩檢。您必須有特定風險因素，並且獲得醫生、醫生助理、執業護理師或臨床護理專家的轉診書，我們的計劃才會給付這項篩檢服務。	網絡內： 符合預防性篩檢資格的會員，不需要支付共保額、共付額或免賠額。

承保的服務	您支付的費用
慢性下背部疼痛針灸 承保的服務包括： 在以下情況，每個日曆年最多 20 次就診： 此福利針對慢性下背部疼痛的定義為： • 持續超過 12 週或以上； • 非特異性，無法辨識的全身性原因 (即與轉移性疾病、發炎性疾病、傳染病等疾病無關)； • 與手術無關；且 • 非懷孕相關。 您的計劃也允許您接受可執行針灸的持照提供者或符合原有的 Medicare 提供者要求的提供者之服務。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： \$20 共付額 - 專科醫生診所
*例行針灸服務 針灸是插入並操作針頭於身體上的各個穴位，以緩解疼痛或達到醫療上必要治療目的之程序。 每個日曆年度您可享受有最多 25 次就診。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： 例行針灸 \$20 共付額 - 專科醫生診所
過敏注射和血清 醫療上必要時承保過敏注射和血清。	網絡內： \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所
救護車服務 承保的救護車服務，無論是用於急診或非急診的情況，包括固定翼、旋轉翼和地面救護車服務，把病患送到最近且適合提供醫療照護服務的設施，只有當會員因病症限制不能使用其他交通工具、其他交通工具可能危及到此人的健康狀況，或在我們計劃授權的情況下，才能使用此服務。如果承保的救護車服務非用於緊急情況，應記錄表明該名會員因其病症程度，使用其他交通工具可能危及此人健康，且救護車的交通服務是醫療上必需的。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： 急診救護車 \$335 共付額，每一服務日，不計趟數 - 地面救護車 - 救護機 非急診救護車 \$335 共付額，每一服務日，不計趟數 - 地面救護車 - 救護機

承保的服務	您支付的費用
 年度健康檢查 如果您投保 B 部分超過 12 個月，您可獲得一次年度健康檢查，以根據您目前的健康及危險因素來制定或更新個人化的預防計劃。此承保的服務每 12 個月一次。 備註：在您的 <i>Welcome to Medicare</i> 預防就診 12 個月以內，不能進行第一次年度健康檢查。但是，您投保 B 部分 12 個月之後，不需要進行 <i>Welcome to Medicare</i> 就診，即可獲得年度健康檢查。	網絡內： 年度健康檢查無需支付共保額、共付額或免賠額。
 骨質密度檢測 對於符合條件的患者 (通常指有骨量流失或患骨質疏鬆症風險的人)，以下服務每 24 個月可獲得一次承保，或者如果醫療上必要則可以更加頻繁地獲得承保：鑒定骨質密度、檢測骨質流失或鑒定骨質品質，包括醫生對鑒定結果的解釋。	網絡內： Medicare 承保的骨質密度檢測無需支付任何共保額、共付額或免賠額。
 乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查) 承保的服務包括： • 35 至 39 歲之間，一次基線乳房 X 光檢查 • 40 歲以上女性，每 12 個月一次乳房 X 光篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳房檢查	網絡內： 承保的乳房 X 光篩檢並無共保額、共付額或免賠額。
心臟復健服務 心臟復健服務的綜合方案為符合特定條件並獲得醫囑的會員承保運動訓練、教育及輔導服務。 本計劃也承保比心臟康復治療方案更為嚴格或密集的強化心臟康復治療方案。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： \$30 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院
 心血管疾病風險降低就診 (心血管疾病治療) 每年承保一次初級保健醫生就診，以幫助您降低心血管疾病風險。就診期間，醫生可能跟您討論阿斯匹靈的使用 (如適用)，測量您的血壓，並對您的飲食健康提供建議。	網絡內： 心血管疾病預防性福利的密集行為治療，並無保共保額、共付額或免賠額。
 心血管疾病篩檢 驗血以檢測心血管疾病 (或有關心血管疾病風險升高的異常情況)，每 5 年 (即 60 個月) 一次。	網絡內： 針對所承保每 5 年一次的心血管疾病檢測，沒有共保額、共付額或免賠額。

承保的服務	您支付的費用
 子宮頸癌和陰道癌篩檢 承保的服務包括： • 所有女性：每 24 個月一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 • 如果您是子宮頸癌或陰道癌高風險，或者您已經達到育齡年齡，且在過去 3 年內的抹片檢查結果異常：每 12 個月一次抹片檢查	網絡內： 針對 Medicare 承保的預防性子宮頸抹片檢查和骨盆檢查，沒有任何共保額、共付額或免賠額。
脊椎按摩治療服務 承保的服務包括： • 只承保修正半脫位的人工整脊 (一個或多個脊椎骨異位) • 脊椎按摩師提供的其他服務不在承保範圍之內 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： <u>Medicare 承保的脊椎按摩治療服務</u> 20% 共保額 - 專科醫生診所
慢性疼痛管理與治療服務 慢性疼痛患者 (持續或反覆發作超過 3 個月的疼痛) 每月承保的服務。可能包含疼痛評估、藥物管理及醫療照護協調與規劃等服務。	此服務的分攤費用將依照治療過程中所提供的個別服務而有所不同。 網絡內： <u>提供者和專業服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 \$40 共付額 - 專科醫生診所
 大腸癌篩檢 承保下列篩檢測試： • 結腸鏡檢查沒有最小或最大年齡限制，對於沒有高風險的病患，每 120 個月 (10 年) 承保一次，或針對沒有大腸直腸癌高風險的病患，在過去一次柔性乙狀結腸鏡檢查後每 48 個月承保一次，針對過去一次結腸鏡篩檢後高風險的病患，每 24 個月承保一次。 • 45 歲以上非大腸癌高風險患者，於距離前次篩檢型電腦斷層大腸攝影檢查已間隔至少 59 個月，或距離前次篩檢型柔性乙狀結腸鏡檢查或篩檢型結腸鏡檢查已間隔至少 47 個月時，可享有電腦斷層大腸攝影檢查的給付。對於大腸癌高風險患者，於距離前次篩檢型電腦斷層大腸攝影或前次篩檢型結腸鏡檢查已間隔至少 23 個月，則其篩檢型電腦斷層大腸攝影檢查可享有給付。 • 45 歲以上病患適用的柔性乙狀結腸鏡檢查。非高風險的病患在接受結腸鏡篩檢後，每 120 個月一次。高風險病患自最後一次柔性乙狀結腸鏡檢查或電腦斷層結腸攝影後，每 48 個月一次。 • 45 歲以上的病患適用的篩檢糞便潛血檢測。每 12 個月一次。 • 45 至 85 歲且不符合高風險標準病患適用的多重目標糞便 DNA。每 3 年一次。	網絡內： Medicare 承保的大腸癌篩檢檢測並無共保額、共付額或免賠額。

承保的服務	您支付的費用
45 至 85 歲且不符合高風險標準病患適用的血液生物標記檢測。每 3 年一次。 - 大腸癌篩檢檢查包括，在 Medicare 承保的非侵入性糞便大腸癌篩檢結果為陽性後，進行的後續追蹤結腸鏡篩檢。 - 大腸癌篩檢檢查包括預定的柔性乙狀結腸鏡檢查或結腸鏡篩檢，該檢查涉及組織或其他物質的切除，或與篩檢測試有關、因篩檢測試而進行、並在相同臨床診療過程中提供的其他處置。	
牙科服務 一般來說，原有的 Medicare 不承保預防牙科服務 (如洗牙、例行牙齒檢查和牙科 X 光)。然而，Medicare 在有限的幾種情況下為牙科服務支付費用，特別是當該服務是患者主要醫療病症特定治療的一部分時。範例包括在骨折或受傷後重建下顎、為準備接受涉及下顎之癌症放射治療而拔牙，或在器官移植前進行的口腔檢查。 此外，我們也承保強制性牙科補充保險福利，其中包括預防性和診斷服務。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： Medicare 承保的牙科服務 \$40 共付額 - 專科醫生診所 強制性牙科補充福利 *您享有強制性牙科補充保險福利。詳情請參閱本表末尾的強制性牙科補充保險福利說明。
 憂鬱症篩檢 每年承保一次憂鬱症篩檢服務。篩檢必須在能提供後續治療及/或轉診的初級保健中心進行。	網絡內： 年度憂鬱症篩檢看診無共保額、共付額或免賠額。
 糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們承保這項篩檢 (包括禁食血糖測試)：高血壓、膽固醇異常史和三酸甘油酯水平史 (血脂異常)、肥胖症或高血糖 (葡萄糖) 病史。如果您因為超重或有糖尿病家族史而符合其他條件，也可獲得承保。 您可能資格在最近一次糖尿病篩檢日期後，每 12 個月進行最多 2 次糖尿病篩檢。	網絡內： Medicare 承保的糖尿病篩檢沒有任何共保額、共付額或免賠額。

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍及費用)

承保的服務	您支付的費用
 糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與必需品供應 所有糖尿患者 (胰島素及非胰島素使用者)。承保的服務包括： • 血糖監測必需品：血糖監測器、血糖試紙、採血器和採血針，以及檢查檢驗試紙及監測器準確度的血糖控制解決方案。 - 僅承保這些 (首選) 品牌的血糖監測器和試紙：由 Roche 製造的 ACCU-CHEK® 產品，或是有時會以您使用的藥房名稱包裝的 Trividia 產品。 - Humana 承保上述首選品牌清單中所列出的任何血糖監測器和試紙。一般而言，替代性的非首選品牌和產品不予承保，除非您的醫生提供充分的資訊顯示該替代性品牌的使用對您的特殊情況而言有醫療上必要。如果您是加入 Humana，且使用的血糖監測器和試紙不在首選品牌藥物清單，您可以在登記投保加入計劃後 90 天內與我們聯絡，要求暫時供應替代的非首選品牌。在這段期間，您應該與您的醫生討論，決定上列所有首選的產品品牌是否符合您的醫療狀況。未取得例外通融的事先授權，在保險最初 90 天過後，將不給付非首選品牌產品。 • 針對患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者：每個日曆年一雙訂做的治療鞋 (包括配套鞋墊) 以及 2 雙備用鞋墊，或一雙深鞋和 3 雙鞋墊 (不包含非訂製卸除式配套鞋墊)。試穿也可獲得承保。 • 在特定情況下糖尿病自我管理培訓在承保範圍之內。 • 持續血糖監測，請參閱耐用醫療設備 (DME) 和相關用品。  (預防服務) 僅適用於糖尿病自我管理訓練。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： <u>糖尿病自我管理訓練</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 門診醫院 <u>糖尿病監測用品</u> \$0 共付額 - 首選糖尿病用品供應 20% 共保額 - 糖尿病用品供應 10% 共保額 - 網絡零售藥房 <u>糖尿病治療用鞋和鞋墊</u> \$10 共付額 - 耐用醫療設備提供者 - 義肢提供者
耐用醫療設備 (DME) 及相關用品 (請參閱第 12 章和第 3 章以瞭解耐用醫療設備的定義。) 承保項目包括但不限於輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、由提供者訂購用於您住家的醫用床、IV 輸液泵、語音合成裝置、氧氣設備、噴霧器、連續血糖監測器**及助行器。 我們承保原有的 Medicare 涵蓋的所有醫療上必要的 DME。如果我們在您所在地區的提供者沒有某種品牌或製造商的產品，您可詢問是否可以為您專門訂購。請在我們的網站 Humana.com/findadoctor 查閱最新的供應商名單。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。 **首選連續血糖監測器 (CGM) 可在藥房獲得承保。首選 CGM 為 Dexcom & Freestyle Libre。非首選 CGM 不可透過藥房獲得承保，除非您的醫生提供適當的資訊，說明使用替代品牌是醫療上必要的。所有 CGM 將持續透過耐用醫療設備提供者 (DME) 獲得承保。	網絡內： <u>耐用醫療設備費用</u> 20% 共保額 - 耐用醫療設備提供者 <u>連續血糖監測器</u> \$0 共付額 - 耐用醫療設備提供者 - 藥房

承保的服務	您支付的費用
 心電圖篩檢 由 <i>Welcome to Medicare</i> 預防就診轉診而作的心電圖 (EKG) 篩檢, 在受益人終身僅給付一次。	網絡內: 心電圖 (EKG) 篩檢無需支付共保額、共付額或免賠額。
急診/突發護理 急診/突發護理是指以下服務: • 由具備急救護理資格的提供者提供的急診服務, 及 • 為評估或穩定急重症所需的服務。 醫療緊急看診是指您或任何其他具有一般健康和藥物知識的外行人認為您需要立即就醫的醫療症狀, 以避免您喪失生命 (如果您是孕婦, 則需要避免失去胎兒)、肢體或肢體功能受損。醫療病症可能是迅速惡化的疾病、損傷、劇痛或醫療狀況。 由網絡外服務提供者進行的必要急診服務, 其分攤費用與由網絡內服務提供者進行者相同。 您在全球各地都可獲得急診/突發護理承保。如果您在國外發生緊急情況, 您必須就所獲得的服務費用提前支付。您必須將付款證明提交給 Humana 以處理給付。如需瞭解更多資訊, 請參閱第 7 章。我們可能不會報銷所有的自付支出。這是因為我們的合約費率可能會低於在美國和其領土之外的提供者之費率。您必須負擔任何超過我們合約費率及任何適用的會員分攤費用。	網絡內: <u>急診服務</u> \$115 共付額 - 急診室 網絡內: <u>提供者和專業服務</u> \$0 共付額 - 急診室 如果您在 24 小時內因同一病症住進同一家醫院, 則您無需支付急診室就診的分攤費用。 如果您在網絡外醫院接受急診/突發護理, 並在急診病況穩定後需要住院護理, 您必須入住網絡內醫院, 或者於本計劃授權的網絡外醫院接受住院護理, 才能讓您的照護繼續獲得承保, 而您需支付的費用為您於網絡內醫院支付的分攤費用。 如果您進入觀察狀態, 您的急診/突發護理治療共付額將免除, 而您將支付觀察或住院共付額。如需深入資訊, 請參閱本圖表的門診觀察或住院護理一節。
聽力服務 由您的提供者進行診斷性聽力與平衡評估, 確定您是否需要接受由醫生、聽力學家或其他合格提供者提供醫療治療, 可作為門診照護獲得承保。 此外, 我們還承保強制性聽力補充保險福利, 其中包括例行聽力檢查和助聽器給付。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單:Humana.com/PAL。	網絡內: <u>Medicare 承保的聽力服務</u> \$40 共付額 - 專科醫生診所 強制性聽力補充保險福利 *您享有強制性聽力補充保險福利。詳情請參閱本表末尾的強制性聽力補充保險福利說明。

承保的服務	您支付的費用
 愛滋病篩檢 要求進行 HIV 篩檢或 HIV 感染風險較高的人享有的承保服務包括： • 每 12 個月一次篩檢 如果您懷孕，我們承保： • 孕期最多 3 次篩檢	網絡內： 符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員，不需要支付共保額、共付額或免賠額。
居家護理保健機構 接受家庭保健服務之前，醫生必須證明您需要家庭保健服務，並會安排居家護理保健機構提供此服務。您必須因故不能出門，即離家對您來說是非常困難的。 承保的服務包括但不限於： • 鐘點或間歇性專業護理和家庭健康助手服務 (專業護理及家庭健康助手服務總時間必須少於每天 8 小時或每週 35 小時，否則家庭醫療保健福利不予承保) • 物理治療、職業治療及言語治療 • 醫療及社會服務 • 醫療設備及用品 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： <u>家庭健康護理</u> \$0 共付額 – 會員的住家 <u>耐用醫療設備費用</u> 20% 共保額 – 耐用醫療設備提供者
居家注射治療 居家注射治療涉及在家中對個人施用靜脈或皮下的藥物或生物製品。執行居家注射需要的要素包括藥物 (例如，抗病毒藥、免疫球蛋白)、設備 (例如幫浦) 和用品 (例如配管及導管)。 承保的服務包括但不限於： • 依我們的護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 耐用醫療設備福利未承保的患者訓練與教育 • 遠端監測 • 由合格家庭輸注治療提供者所提供家庭輸注治療和家庭輸注藥物的監測服務 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： <u>醫療用品</u> 20% 共保額 – 醫療用品提供者 <u>其他 Medicare B 部分藥物</u> 20% 共保額 – PCP 診所 – 專科醫生診所 – 門診醫院 – 藥房 <u>提供者和專業服務</u> \$0 共付額 – PCP 診所

承保的服務	您支付的費用
安寧療護服務 當您的醫生和安寧療護醫學主任開立末期預後，證明您病情嚴重，若病情持續發展，您將剩 6 個月或更短的存活時間，您便符合安寧療護福利。您可參與任何 Medicare 認證的安寧療護方案。我們的計劃有義務幫助您在計劃的服務區域尋找 Medicare 認證的安寧療護服務方案，包括我們擁有、控制或具有財務利益的方案。您的安寧療護醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。 承保的服務包括： • 症狀控制和緩解疼痛的藥物 • 短期喘息護理 • 家居護理 當您入住安寧療護機構時，您有權繼續留在本計劃；如果您選擇繼續留在本計劃，必須繼續支付計劃保費。 對於安寧療護服務及 Medicare A 部分或 B 部分所承保之末期預後相關服務：原有的 Medicare (而非本計劃) 會向您的安寧療護提供者支付您的安寧療護，以及與您的末期預後相關的 A 部分和 B 部分服務費用。在您參與安寧療護方案期間，您的安寧療護提供者會要求原有的 Medicare 給付其負責的服務費用。您將會被收取原有的 Medicare 的分攤費用。 Medicare A 部分和 B 部分所承保且無關末期預後的服務：如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保的非急診、非急需服務且與末期預後無關，此服務的費用依您是否使用計劃的網絡內提供者而定，並遵守計劃規則 (例如是否需要獲得事先授權)。 • 如果您獲得網路內提供者承保的服務，並遵循獲得服務的計劃規定，您只需支付網路內服務的計劃分攤費用金額 • 如果您從網路外提供者獲得承保的服務，您將按原有的 Medicare 支付分攤費用 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 承保但 Medicare A 部分和 B 部分未承保的服務：Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 將繼續承保計劃承保但 A 部分和 B 部分未承保的服務，無論該服務是否與您的末期預後相關。您支付這些服務的計劃分攤費用。 對於本計劃 D 部分福利可能涵蓋的藥物：如果這些藥物與您的末期安寧療護病症無關，您需要支付分攤費用。如果與您的末期安寧療護病症相關，您將支付原有的 Medicare 分攤費用。藥物絕不會由安寧療護和我們的計劃同時承保。詳情請參閱第 5 章第 9.4 節。 備註：如您需要非安寧療護照護 (與您的末期預後無關)，請聯繫我們以便為您安排相關服務。	當您參與由 Medicare 認證的安寧療護服務方案時，您獲得的安寧療護服務費用及 A 部分和 B 部分與末期預後相關的服務費用皆由原有的 Medicare 給付，而非 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 給付。 我們的計劃為沒有獲得安寧療護福利的絕症病人提供安寧療護諮詢服務 (僅有一次)。門診諮詢可能適用提供者分攤費用。

承保的服務	您支付的費用
* Humana Well Dine® 膳食方案 當您在醫院或護理中心住院時間結束後，您有資格 7 天獲得每天 2 餐，而無需支付額外費用。我們會將 14 份營養餐點送到府上。每個日曆年限用膳食方案 4 次。膳食必須在住院時間出院後 30 天內要求。 如需其他資訊，請撥打 Humana 會員卡背面的客戶服務部電話號碼。	網絡內： 參與本計劃無需支付共保額、共付額或免賠額。
 免疫接種 承保的 Medicare B 部分服務包括： - 肺炎疫苗 - 流感/流行性感疫苗，秋冬每個流感/流行性感冒季一次，若醫療上有其必要則另增流感/流行性感冒疫苗數量 - 如果您是 B 型肝炎高危險或中危險人群，將承保 B 型肝炎疫苗 - COVID-19 疫苗 - 其他疫苗 (如果您是该疾病的高危險群並符合 Medicare B 部分規定) 我們也承保 D 部分藥物福利的大多數成人疫苗。請參閱第 6 章第 8 節以瞭解詳情。	網絡內： 肺炎、流感/流行性感、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗無共保額、共付額或免賠額。
住院照護 包括住院急性就診、住院復健、長期照護醫院以及其他類型的住院醫院服務。住院護理始於您根據醫生醫囑正式入院的當天。您出院的前一天是住院日的最後一天。 您在醫療上必要的住院日數沒有承保的限制。承保的服務包括但不限於： - 半私人病房 (或醫療上必要的單人病房) - 膳食 (包括特殊飲食) - 定期護理服務 - 特殊照護病房費用 (例如重症加護病房或冠心病監護病房) - 藥物及用藥 - 化驗室檢驗 - X 光及其他放射科(學) 服務	您每次入住或轉入特定設施 (包括住院康復設施、長期急症照護 (LTAC) 設施、住院急症照護設施及精神科住院設施) 的第一天便會開始計算住院分攤費用。 網絡內： <u>住院護理</u> <u>住院醫院</u> - 第 1 到 6 天，每天共付額為 \$310 - 第 7 到 90 天，每天共付額為 \$0

承保的服務	您支付的費用
- 必要的手術及醫療用品 - 器具使用 (如輪椅) - 手術室及康復室費用 - 物理、職能及語言治療 - 住院藥物濫用服務 - 在特定情況下,承保以下各類器官移植:角膜、腎臟、腎臟-胰腺、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸道/多器官聯合移植。如果您需要移植,我們將安排 Medicare 認可的移植中心評估您的病情並確定您是否適合移植。移植器官提供者可能是在本地或服務區之外。如果我們網絡中的移植服務在社區照護模式外,只要當地移植服務提供者願意接受原有的 Medicare 費率,您就可以選擇在當地進行。如果 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 提供的移植服務在您社區的社區照護模式之外,但您仍選擇至上述外地提供者處接受移植服務,我們會為您和一位同伴安排住宿及交通或支付適當的費用。只有當您距移植中心的單程距離至少 100 英里時,才可補償差旅和住宿費,且每次移植手術的差旅和住宿費補償上限為 \$10,000。 - 如果您需要實體器官或骨髓/幹細胞移植,請致電 1-866-421-5663,聽障專線 711,與我們的移植科聯絡,以獲得有關您移植護理的重要資訊。有關移植的差旅和住宿的其他詳細資料可在 https://provider.humana.com/patient-care/transplant-resources/transplant-services-questions 找到。 - 血液 - 包括血液儲存和管理。全血和濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。 - 醫生服務	如果緊急情況穩定後,您在網絡外醫院接受經授權住院護理,您要支付的費用等同在網絡內醫院的分攤費用。 網絡內: 提供者和專業服務 \$0 共付額 - 住院醫院
備註:您必須獲得提供者出具的正式書面住院證明之後才算住院。即使您在醫院中過夜,也可能算作門診。如果您不確定自己是住院患者還是門診患者,請諮詢醫院工作人員。	
如需更多資訊,請參閱 Medicare 線上說明書 <i>Medicare 醫院福利</i>。這份說明書可在 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 取得,或可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。聽障專線使用者請撥打:1-877-486-2048。	
住院護理需要事先授權。	
移植服務需要事先授權。	

承保的服務	您支付的費用
精神科醫院的住院服務 承保的服務包括需要住院治療的心理醫療保健。 - 精神病醫院住院服務上限為終身 190 天。 190 天的限制不適用於在綜合醫院的精神科所提供的住院心理健康服務 - 當您投保 Medicare 優勢計劃時，原有的 Medicare 方案下的福利天數將計入 190 天終身儲備日 住院心理醫療保健服務需要事先授權。	您每次入住或轉入特定設施 (包括住院康復設施、長期急症照護 (LTAC) 設施、住院急症照護設施及精神科住院設施) 的第一天便會開始計算住院分攤費用。 網絡內： <u>住院心理醫療保健</u> <u>住院醫院</u> - 第 1 到 6 天，每天共付額為 \$310 - 第 7 到 90 天，每天共付額為 \$0 <u>住院精神機構</u> - 第 1 到 6 天，每天共付額為 \$305 - 第 7 到 90 天，每天共付額為 \$0 網絡內 <u>提供者和專業服務</u> \$0 共付額 - 住院醫院 - 住院精神機構
住院時間：於非給付住院期間，您在醫院或專業護理機構獲得的給付服務 如果您的住院福利已使用完畢或住院是不合理或不必要的，我們將不承保住院時間。在某些情況下，我們將承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 所獲得的部分服務。承保的服務包括但不限於： - 醫生服務 - 診斷檢驗 (如化驗室檢驗) - X 光、鏽和同位素治療，包括技術人員材料及服務 - 外科敷料 - 用於減少骨折及脫位風險的夾板、石膏及其他裝置 - 義肢與矯形器 (牙科類除外)，用於替代全部或部分體內器官 (包括相鄰組織)，或替代永久失效或失常之體內器官的全部或部分功能。此服務承保以上設備的更換或修理 腿、手臂、背部、頸部等支架；桁架、假腿、假臂及假眼。此服務涵蓋以上器官的調整、修理以及因破損、磨損、遺失或患者身體狀況改變引起的必要更換 - 物理治療、言語治療及職業治療	如果您的住院時間未承保，您將按照福利表中所述，支付您所接受之服務的費用。

承保的服務	您支付的費用
 醫學營養治療 福利受益人為糖尿病患者、腎病(但不接受透析治療)或經醫師囑咐進行腎臟移植之後的患者。 您身為 Medicare (包含本計劃、任何 Medicare 優勢計劃及原有的 Medicare) 會員接受醫學營養治療的第一年內,將享有 3 個小時的一對一諮詢輔導,之後為每年 2 個小時一對一諮詢輔導。如果您的病情、治療或診斷發生改變,您可以在醫生的囑咐下接受更多時間的治療。如果您的治療需要延續到下一個日曆年,則醫生必須開出服務處方並每年更新醫囑。	網絡內: 有資格使用 Medicare 承保的醫學營養治療服務的會員,並無共保額、共付額或免賠額。
 Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP) 所有 Medicare 健康計劃都承保符合資格之人群的 Medicare 糖尿病預防方案 (MDPP) 服務。 MDPP 是一項結構健康行為變化干預措施,為長期的飲食習慣變化,身體活動的增加和解決問題的策略提供確實的訓練,以克服挑戰來維持減肥和健康的生活方式。	網絡內: MDPP 福利並無共保額、共付額或免賠額。
Medicare B 部分藥物 下列藥物在原有的 Medicare B 部分的承保範圍之內。本計劃會員會透過我們的計劃獲得這些藥物給付。承保的藥物包括: • 通常不是由患者自行使用,而是在您接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸注的藥物 • 由耐用醫療設備項目(如醫療上必要的胰島素幫浦)提供的胰島素 • 透過本計劃授權的耐用醫療設備(如噴霧器)服用的其他藥物 • 阿茲海默症藥物 Leqembi® (通用名 lecanemab),是透過靜脈注射施打。除了藥物費用外,您可能需要在治療前和/或治療期間進行額外的掃描和檢測,這可能會增加你的整體費用。請與您的醫生討論您在治療中可能需要進行哪些掃描和檢測 • 血友病患者自己注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物:如果 Medicare 支付了您的器官移植費用,Medicare 也會支付移植藥物治療費用。在承保的移植手術時,您必須有 A 部分,並且在獲得免疫抑制藥物時,您必須有 B 部分。如果 B 部分不承保免疫抑制藥物,Medicare D 部分會承保 • 因骨折不能離家的患者使用的可注射骨質疏鬆症藥物(經醫生證明骨折與絕經後的骨質疏鬆症相關,且不能自我給藥) • 某些抗原類:如果醫生準備好抗原類並由適當指示的人(可以是您,即患者本人)在適當監督下施予,Medicare 將承保這些抗原類 • 某些口服抗癌藥物:如果同樣的藥物有注射劑型,或者該藥物是注射劑型藥物的前藥(即口服後分解成注射劑型藥物中的有效成分),Medicare 將承擔部分口服抗癌藥物的費用。隨著新型口服抗癌藥物的上市,B 部分可能會承保。如果 B 部分不承保,D 部分會承保 • 口服抗噁心藥物:如果您在抗癌化療方案中使用的口服抗噁心藥物是在化療前、化療時或化療後 48 小時內給藥,或用作靜脈注射抗噁心藥物的完全治療替代,Medicare 將承保這些費用	網絡內: <u>化療藥物</u> 20% 共保額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 <u>Medicare B 部分胰島素藥物</u> 20% 共保額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 藥房 <u>其他 Medicare B 部分藥物</u> 20% 共保額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 藥房 部分可退款的 B 部分藥物可能適用較低共保額。除了藥物本身的費用外,B 部分藥物的給藥也可能產生費用。

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍及費用)

承保的服務	您支付的費用
- Medicare B 部分承保的某些口服末期腎臟病 (ESRD) 藥物 - 在 ESRD 付款系統下的擬鈣劑和磷結合劑藥物, 包括靜脈注射藥物 Parsabiv® 及口服藥物 Sensipar® - 某些家庭透析使用的藥物, 包括肝素、肝素解毒劑 (醫療上必要時) 和局部麻醉劑 - 紅血球生成刺激劑: 如果您有末期腎臟病 (ESRD) 或需要該藥物治療某些其他疾病 (例如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、Mircera® 或 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) 引起的貧血, Medicare 將承保注射紅血球生成素的費用 - 用於原發性免疫缺陷疾病居家治療的靜脈注射免疫球蛋白 - 腸內和腸外營養 (靜脈和管道餵食) 以下連結中的 B 部分藥物清單, 可能受階梯療法限制: Humana.com/PAL 我們也承保 B 部分的某些疫苗和 D 部分藥物福利的大多數成人疫苗。 第 5 章將介紹 D 部分藥物福利, 包括處方藥承保需要遵循的規則。有關本計劃會員所需支付的 D 部分藥物費用, 詳見第 6 章。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單:Humana.com/PAL。	在我們同意承保您要求的藥物之前, 您可能需要先試用別的藥物。此舉有時稱為「階梯療法」。 對於本計劃承保的所有 B 部分胰島素, 您為一個月 (最多 30 天) 的供應量支付的金額不會超過 \$35, 如果您的計劃有免賠額, 則不適用於 B 部分胰島素。
 肥胖篩檢和促進持續減重治療 如果您的身體質量指數達到 30 或以上, 我們將為您承保密集輔導, 幫您減肥。您需前去可以配合您的綜合防治計劃的初級保健中心以便獲得輔導承保。請諮詢您的初級保健醫生或執業者以瞭解詳情。	網絡內: 針對預防性肥胖篩檢與治療, 我們不提供共保額、共付額或免賠額。
鴉片類治療方案服務 具有鴉片使用疾患 (OUD) 的計劃會員若透過包含以下服務的鴉片治療方案 (OTP) 治療 OUD, 則服務可獲得給付: - 美國 Food and Drug Administration (FDA) 核准的鴉片致效劑及拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。 - MAT 藥物的配藥和施用 (如適用) - 藥物使用輔導 - 個人療法與團體療法 - 毒性測試 - 初步處置活動 - 定期評估 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單:Humana.com/PAL。	網絡內: \$35 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院

承保的服務	您支付的費用
門診診斷檢驗和治療服務及用品 承保的服務包括但不限於： • X 光 • 放射 (鐳和同位素) 治療，包括技術人員材料和用品 • 手術用品 (如敷料) • 用於減少骨折及脫位風險的夾板、石膏及其他裝置 • 化驗室檢驗 • 血液 - 包括血液儲存和管理。全血和濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。 • 診斷性非化驗室檢驗，例如 CT 掃描、MRI、心電圖和 PET 掃描 (當您的醫生或其他醫療保健提供者為治療醫療問題而開立這些檢查時)。 • 其他門診診斷檢驗 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單： Humana.com/PAL 。	網絡內： 提供者和專業服務 \$0 共付額 - PCP 診所 \$40 共付額 - 專科醫生診所 <u>診斷程序和檢驗</u> \$0 共付額 - PCP 診所 \$40 共付額 - 專科醫生診所 - 緊急護理中心 \$95 共付額 - 門診醫院 <u>高級成像服務</u> \$200 共付額 - PCP 診所 - 獨立放射設施 \$280 共付額 - 專科醫生診所 \$335 共付額 - 門診醫院 <u>基本放射服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 \$45 共付額 - 專科醫生診所 \$40 共付額 - 緊急護理中心 \$130 共付額 - 門診醫院 \$50 共付額 - 獨立放射設施

承保的服務	您支付的費用
	<u>診斷性乳房 X 光檢查</u> \$0 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 獨立放射設施
	<u>放射治療</u> 20% 共保額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 獨立放射設施
	<u>核子醫學服務</u> \$780 共付額 - 門診醫院
	\$200 共付額 - 獨立放射設施
	<u>設施型睡眠研究</u> \$45 共付額 - 專科醫生診所
	\$95 共付額 - 門診醫院
	<u>居家型睡眠研究</u> \$0 共付額 - 會員的住家
	<u>醫療用品</u> 20% 共保額 - 醫療用品提供者
	<u>結腸鏡診斷檢查</u> \$0 共付額 - 門診手術中心 - 門診醫院
	<u>化驗室服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所

承保的服務	您支付的費用
	\$40 共付額 - 緊急護理中心 \$50 共付額 - 門診醫院 \$30 共付額 - 獨立化驗室
門診醫院觀察 醫院門診服務提供的觀察服務，以判定您是否需要住院或可出院。 如要承保門診醫院觀察服務，則必須符合 Medicare 標準，並且視為合理且必要。僅在醫生指示下，或其他州執照法規授權之人員指示下且醫院人員依法讓患者住院或進行門診檢驗時，才能提供觀察服務。 備註：除非提供者出具正式書面住院證明，否則您不算住院，並需支付門診醫院服務的分攤費用金額。即使您在醫院中過夜，也可能算作門診。如果您不確定自己是否為門診患者，請諮詢醫院工作人員。 如需更多資訊，請參閱 Medicare 線上說明書 <i>Medicare 醫院福利</i>。這份說明書可在網站查閱： www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請撥打：1-877-486-2048。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： \$310 共付額 - 門診醫院
門診醫院服務 我們承保您在醫院門診部門因疾病或傷害的診斷或治療所需要之醫療上必要的服務。 承保的服務包括但不限於： • 急診室或門診診所提供的服務，如觀察服務或門診手術 • 醫院收費的化驗室和診斷檢驗 • 心理醫療保健，包括部份住院治療方案護理 (需醫生證明，否則就需住院治療) • 醫院收費的 X 光和其他放射科(學) 服務 • 醫療用品，如夾板和石膏 • 不能自己服用的特定藥物和生物製劑	網絡內： <u>診斷程序和檢驗</u> \$95 共付額 - 門診醫院 <u>高級成像服務</u> \$335 共付額 - 門診醫院 <u>核子醫學服務</u> \$780 共付額 - 門診醫院

承保的服務	您支付的費用
備註：除非提供者出具正式書面住院證明，否則您不算住院，並需支付門診醫院服務的分攤費用金額。即使您在醫院中過夜，也可能算作門診。如果您不確定自己是否為門診患者，請諮詢醫院工作人員。	<u>基本放射服務</u> \$130 共付額 - 門診醫院
本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	<u>診斷性乳房 X 光檢查</u> \$0 共付額 - 門診醫院
	<u>放射治療</u> 20% 共保額 - 門診醫院
	<u>化驗室服務</u> \$50 共付額 - 門診醫院
	<u>手術服務</u> \$850 共付額 - 門診醫院
	<u>心理健康服務</u> \$35 共付額 - 門診醫院
	<u>傷口照護</u> \$45 共付額 - 門診醫院
	<u>設施型睡眠研究</u> \$95 共付額 - 門診醫院
	<u>急診服務</u> \$115 共付額 - 急診室
	<u>結腸鏡診斷檢查</u> \$0 共付額 - 門診醫院
門診心理醫療保健 承保的服務包括： 由擁有州政府執照的精神科醫師或醫師、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、持照專業諮詢師 (LPC)、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT)、執業護理師 (NP)、醫師助理 (PA) 或其他 Medicare 計劃認定的心理醫療保健專業人士，於州法允許的情況下提供的精神健康服務。	網絡內： <u>心理健康服務</u> \$35 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院

承保的服務	您支付的費用
本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	
門診復健服務 承保的服務包括物理治療、職業治療及言語治療。 門診復健服務由各種門診設施提供，例如醫院門診部、獨立治療診所以及綜合門診復健設施 (CORF)。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： <u>物理治療</u> \$35 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 綜合門診復健設施 <u>言語治療</u> \$35 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 綜合門診復健設施 <u>職業治療</u> \$35 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院 - 綜合門診復健設施
門診藥物使用疾病服務 本計劃和原有的 Medicare 一樣承保藥物濫用治療。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： <u>門診藥物使用疾病</u> \$35 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院
門診手術 (包括醫院門診部及門診手術中心提供的服務) 備註：如果您在醫院機構接受手術，您應與提供者確認自己是住院患者還是門診患者。除非提供者有開立住院醫囑，否則您會被視為門診患者且需支付門診手術的分攤費用。即使您在醫院中過夜，也可能算作門診。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： <u>手術服務</u> \$850 共付額 - 門診醫院 \$500 共付額 - 門診手術中心 <u>結腸鏡診斷檢查</u> \$0 共付額 - 門診手術中心 - 門診醫院

承保的服務	您支付的費用
* Over-the-Counter (OTC) Allowance 您有一張每月津貼 \$25 的有限用途金融卡，可用於從參與的零售地點或透過計劃的 OTC 郵購服務提供者購買合格的 Over-the-counter 健康和保健產品。使用您的 OTC Allowance 購買下列類別的產品： • 感冒、流感和過敏 • 牙科及假牙護理 • 消化健康 • 急救和醫療用品 • 膀胱控制產品和失禁用品 • Over-the-counter 助聽器 • 舒緩酸痛 • 護膚產品 • 助眠器 • 戒菸產品 • 維他命和飲食補充品等 您將收到一張新的 Humana Spending Account Card (支出帳戶卡) 以使用這項福利。這張卡是您用來支出本津貼的卡。收到卡片後，請立即啟用您的卡片。 • 津貼會在每個月的第一天自動匯入。 • 任何未使用的津貼會延續至下一個月，並於計劃年度結束時或從本計劃退保時到期 (以先到者為準)。 • 對於因為卡片遺失或遭竊而產生的未授權使用津貼，本計劃概不負責。 • 可能存在限制和約束。 • 如任何簽帳卡，請妥善保管此卡片。 • 津貼使用完後仍請保留此卡片，因為如果您繼續參加計劃，未來津貼金額會儲值至此卡片。 下載免費的 MyHumana® 行動應用程式，可於 App Store® 或 Google Play® 取得，或造訪 MyHumana.com 以尋找商店或查看您的餘額。您也可以參閱 Spending Account Card (支出帳戶卡) 的背面以取得更多資訊。	網絡內： \$0 共付額
部分住院服務和密集門診服務 部分住院是一種積極精神治療的結構化方案，由社區心理健康中心作為醫院門診服務提供。它的強度大於您在醫生、治療師、有執照的婚姻和家庭治療師 (LMFT)，或有執照的專業諮詢師診所得到的照護，是住院治療的替代方案。	網絡內： 部分住院 \$35 共付額 - 門診醫院

承保的服務	您支付的費用
密集型門診服務是一種結構化的積極行為 (心理) 健康治療計劃, 在醫院門診部、社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或郊區衛生診所提供, 其強度超過您在醫生、治療師、有執照的婚姻和家庭治療師 (LMFT) 或有執照的專業諮詢師辦公室得到的照護, 但強度低於部分住院治療。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單: Humana.com/PAL。	密集型門診 \$35 共付額 - 門診醫院
* 體檢 (例行) 除了年度健康檢查和 <i>Welcome to Medicare</i> 體檢之外, 您也享有以下一年一度的檢查: 綜合預防醫學評估和管理, 包括與年齡、性別相稱的病史、檢查、輔導/預期指導/風險因素減少干預措施 備註: 此保險福利不承保任何醫囑的化驗室或診斷程序, 且您需要單獨支付這些服務的計劃分攤費用金額。	網絡內: \$0 共付額 - PCP 診所
醫生/執業者服務, 包括醫生診所就診 承保的服務包括: - 您在醫生診所、註冊門診手術中心、醫院門診部等其他任何地方獲得的醫療上必要的醫療照護或手術服務 - 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 - 您的初級保健醫生或專科醫生進行的基本聽力平衡檢查 (如果有醫囑指示要確知您是否需要治療) - 特定遠程醫療服務, 包括由初級保健提供者 (PCP) 和專科醫生提供的服務; 心理健康專科服務的個人療程和精神科服務的個人療程; 門診藥物濫用的個人療程; 以及住院護理 - 您可以選擇親自就診或透過遠程醫療接受這些服務。如果您選擇透過遠程醫療獲得其中一項服務, 您必須使用透過遠程醫療提供服務的網絡內提供者 - 您可以使用手機、電腦、平板電腦或其他視訊技術 - 有些遠程醫療服務, 包括專科醫生或執業者為特定鄉村地區或其他 Medicare 認可地區之患者所提供的諮詢、診斷和治療 - 於醫院內或偏遠地區特約醫院內的腎臟透析中心、腎臟透析機構或居家進行透析的會員, 每月提供末期腎臟疾病相關的遠程醫療服務 - 用於診斷、評估或治療中風症狀的遠程醫療服務, 不論您所在地點 - 為具有物質使用疾病或併發心理健康疾病會員提供的遠程醫療服務, 無論其身 anywhere - 在下列情況下, 針對心理健康疾病的診斷、評估和治療提供遠程醫療服務: - 您在第一次遠程醫療就診前的 6 個月內親自就診 - 您每 12 個月就診一次, 同時接受這些遠程醫療服務 - 在某些情況下, 上述情況可能會有例外通融 - 由郊區衛生診所和聯邦合格健康中心提供的心理健康就診遠程醫療服務	網絡內: 提供者和專業服務 \$0 共付額 - PCP 診所 \$40 共付額 - 專科醫生診所 遠程醫療服務 \$0 共付額 - 線上初級保健提供者 \$40 共付額 - 線上專科醫生 - 線上緊急護理 \$35 共付額 - 線上心理醫療保健和藥物濫用治療 高級成像服務 \$200 共付額 - PCP 診所 \$280 共付額 - 專科醫生診所

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍及費用)

承保的服務	您支付的費用
• 若為以下情況，讓醫師進行 5 到 10 分鐘的虛擬問診 (例如透過電話或視訊): - 您不是新患者而且 - 此檢查與過去 7 天的診所就診無關而且 - 此檢查沒有導致在 24 小時內或最快可約診時間內前往診所就診 • 如果您傳送給醫生的影片和/或影像的評估，以及醫生在 24 小時內的解釋和追蹤符合以下條件： - 您不是新患者而且 - 此評估與過去 7 天的診所就診無關而且 - 此評估沒有導致在 24 小時內或最快可約診時間內前往診所就診 • 您的醫生與其他醫生透過電話、網際網路或電子健康紀錄所做的諮詢 • 術前其他網絡內提供者的第二意見 • 非例行牙科照護 (承保服務限於顎部及相關結構手術、顎部或面部骨折復位、拔牙以備顎骨腫瘤癌症的放射治療以及醫生提供的承保服務) • 在診所中提供的醫生/執業者急需服務 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	<u>手術服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 \$40 共付額 - 專科醫生診所 <u>放射治療</u> 20% 共保額 - 專科醫生診所 <u>急需服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 \$40 共付額 - 專科醫生診所
足病診療服務 承保的服務包括： • 足部 (錘狀趾或足跟骨刺) 受傷或疾病的診斷及藥物或手術治療 • 所患病症會影響下肢的會員例行足部護理 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	<u>網絡內：</u> Medicare 承保的足病學服務 \$40 共付額 - 專科醫生診所
 用於預防 HIV 的暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 若您未感染 HIV，但您的醫生或其他醫療保健執業者認定您的感染風險較高，我們將承保暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 和相關服務。如果您符合資格，承保的服務包括： • FDA 核准的口腔或注射 PrEP 藥物。如果您使用注射藥物，我們也承保注射藥物的費用。 • 每 12 個月最多 8 次個別輔導 (包括 HIV 風險評估、HIV 風險降低和用藥順從)。 • 每 12 個月最多 8 次 HIV 篩檢。 一次 B 型肝炎病毒篩檢。	<u>網絡內：</u> Medicare 承保的用於預防 HIV 的暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP)，合格會員無需支付共保額、共付額或免賠額。
 前列腺癌篩檢 50 歲以上男性享有以下承保的服務 - 每 12 個月一次： • 數位直腸檢查 • 前列腺特异性抗原 (PSA) 檢測	<u>網絡內：</u> 年度 PSA 檢查無共保額、共付額或免賠額。

承保的服務	您支付的費用
義肢和矯形器裝置及相關用品 用以替代部分或全部肢體或肢體功能的裝置 (假牙除外)。包括但不限於義肢和矯形器裝置的檢測、試穿或訓練：人工肛門袋以及與結腸造口護理直接相關的醫療用品、心臟節律器、支架、假肢鞋、義肢及乳房假體 (包括乳房切除後胸罩)。包括特定義肢和矯形器裝置必需品，以及義肢和矯形器裝置的維修和/或更換。此外也包括某些白內障摘除術或白內障手術後的服務 - 詳見本表格稍後的視力保健。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： 20% 共保額 - 義肢提供者
肺復健服務 為患有中等至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 的保戶提供承保的肺康復綜合性方案，須獲得治療慢性呼吸性疾病的醫生開具的肺康復處方。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： \$15 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院
 減少酒精濫用篩檢和輔導 我們為濫用酒精但沒有酒癮的成年人 (包括孕婦在內) 承保一次酒精濫用篩檢。 如果您的酒精濫用篩檢呈陽性，您可獲得由合格的初級保健醫生或初級保健中心執業者所提供的每年最多 4 次簡短的面對面輔導 (您在輔導期間必須能保持清醒)。	網絡內： Medicare 承保的減少酒精濫用篩檢和輔導的預防性福利，並無共保額、共付額或免賠額。
 低放射劑量電腦斷層肺癌篩檢 (LDCT) 對於符合資格的人士，每 12 個月進行一次 LDCT。 符合條件的會員為：年齡在 50 - 77 歲之間，沒有肺癌徵兆或症狀，但吸菸一天要吸一包至少維持 20 年或仍在吸菸者，或過去 15 年已戒菸者，在肺癌篩檢輔導和共同決策就診期間獲得 LDCT 的指示單，該就診不僅符合 Medicare 為該類就診制定的條件，且由醫生或合格的非醫生執業者所提供。 針對初次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：會員必須取得 LDCT 肺癌篩檢的書面指示單，該指示單可在與醫生或合格的非醫生執業者的任何適當就診期間提供。如果醫生或合格的非醫生型執業者選擇就後續 LDCT 肺癌篩檢，提供肺癌篩檢諮詢和共同決策門診，則該門診必須符合 Medicare 為該類門診制定的條件。	網絡內： Medicare 承保的輔導和共同決策就診或 LDCT，無共保額、共付額或免賠額。

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍及費用)

承保的服務	您支付的費用
🍷 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療保健提供者，要求進行一次 C 型肝炎篩檢，且您符合下列條件之一，我們會承保一次 C 型肝炎篩檢： • 您是使用或曾經非法注射毒品的高風險族群。 • 您曾在 1992 年之前進行輸血。 • 您出生於 1945-1965 年之間。 如果您出生於 1945-1965 年間且未被認定為高風險族群，我們將給付一次篩檢費用。如果您屬於高風險族群 (例如，在前次 C 型肝炎篩檢結果為陰性後，仍持續使用非法注射藥物)，我們將承保年度篩檢。	網絡內： 符合 Medicare 承保的 C 型肝炎病毒篩檢，合格會員無需支付共保額、共付額或免賠額。
🍷 性傳播感染 (STI) 篩檢及 STI 預防輔導 我們承保的性傳播感染 (STI) 篩檢包括衣原體、淋病、梅毒及 B 型肝炎。孕婦以及經初級保健提供者醫囑檢測 STI 感染風險較高的特定人群進行這些篩檢可獲得承保。這些承保檢測每 12 個月一次或在孕期的特定時間進行。 我們也為 STI 感染風險較高的性活躍成年人承保每年最多 2 次 20-30 分鐘的單獨面對面高強度行為輔導。承保服務必須是由初級保健提供者所提供且在初級保健場所 (如醫生診所) 進行的輔導服務。	網絡內： Medicare 承保的 STI 篩檢和輔導預防福利，無共保額、共付額或免賠額。
腎臟病治療服務 承保的服務包括： • 教導腎臟保健並幫助會員對其照護作出明智決定的腎臟病教育服務。經醫生轉診的第四期慢性腎臟病會員終身可享 6 次腎臟病教育服務 • 門診透析治療 (包括暫時離開服務區時的透析治療，如第 3 章所述，或者當您的服務提供者暫時不可用或無法存取時) • 住院透析治療 (如果您因特殊治療情況而住院) • 自我透析訓練 (包括對您和幫您進行家中透析治療之任何人的訓練) • 家中透析設備及用品 • 某些家庭支援服務 (例如必要時請訓練有素的透析工作者到您家中檢查家中透析情況，提供急救幫助並檢查您的透析設備和供水) 某些透析用藥是由 Medicare B 部分承保。有關 B 部分藥物承保的相關資訊，請參閱本表格中的 Medicare B 部分藥物。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： <u>腎臟疾病教育服務</u> \$0 共付額 - PCP 診所 - 專科醫生診所 <u>透析 (洗腎) 服務</u> 20% 共保額 - 透析中心 - 門診醫院 <u>耐用醫療設備費用</u> 20% 共保額 - 耐用醫療設備提供者 <u>家庭健康護理</u> \$0 共付額 - 會員的住家

承保的服務	您支付的費用
* SilverSneakers® 健身方案 SilverSneakers® 是專為年長者設計的健身方案，包含合格的 Medicare 健康計劃，無需額外費用。會員可使用全國各地加盟的健身據點，可能包括重訓和設備，以及由受過訓練的教練於特定地點帶領的團體運動課程。您可以利用線上教育 SilverSneakers.com，觀看 SilverSneakers On-Demand™ 的健身影片，或是下載 SilverSneakers GO™ 健身應用程式，獲得更多的健身建議。 任何通常會收取額外費用的健身中心不包括在您的會員資格內。	網絡內： \$0 共付額
專業護理機構 (SNF) 照護 (請參閱第 12 章以瞭解專業護理機構照護的定義。專業護理機構有時候稱為 SNF。) 您在每個福利期享有的醫療上必要天數上限為 100 天。不需要提前住院治療。承保的服務包括但不限於： • 半私人病房 (或醫療上必要的單人病房) • 膳食 (包括特殊飲食) • 專業護理服務 • 物理治療、職業治療及言語治療 • 治療計劃中為您施予的藥物 (包括體內自然存在的物質，如凝血因子)。 • 血液 - 包括血液儲存和管理。全血和濃縮紅血球從您需要的第一品脫血液開始承保。 • SNF 日常提供的醫療及手術用品 • SNF 日常提供的化驗室檢驗 • SNF 日常提供的 X 光及其他放射科(學) 服務 • SNF 日常提供的器具使用，如輪椅 • 醫生/執業者服務 通常您可以獲得網絡內機構提供 SNF 護理。在下列情況，如果網絡外服務機構接受本計劃的給付金額，那麼您或許可以支付網絡內提供者的計劃分攤費用。 • 您入院之前居住的養老院/療養院或連續照護型退休社區 (只要它提供專業護理機構照護) • 當您出院時配偶或同居伴侶所在的 SNF 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	新的福利期始於您投保 Medicare 優勢計劃的第一天，或停止接受專業護理機構的專業照護達連續 60 天。 於每個福利期，您需支付： 網絡內： 第 1 到 20 天，每天共付額為 \$0 - 專業護理機構 第 21 到 100 天，每天共付額為 \$218 - 專業護理機構

承保的服務	您支付的費用
 戒菸和戒除使用菸草 (戒菸輔導) 符合以下條件的門診和住院病患享有計劃承保的戒菸和戒除使用菸草輔導： • 使用菸草，無論是否出現菸害相關疾病的表徵或症狀 • 在輔導期間必須能保持清醒 • 由合格醫生或 Medicare 認可的其他執業者提供輔導 我們每年承保 2 次戒菸療程 (每個療程最多包含 4 次中度或強度諮詢，每位患者每年最多可獲得 8 次諮詢服務)。	網絡內： Medicare 承保的戒菸和戒除使用菸草預防福利，無共保額、共付額或免賠額。
監督運動治療 (SET) 有症狀性周邊動脈疾病 (PAD) 的會員可享有 SET 承保。 若達 SET 方案要求，則有為期 12 週最多 36 節課程。 SET 方案必須： • 包括持續 30-60 分鐘的療程，包含針對跛行患者的 PAD 治療性運動訓練方案 • 在醫院門診環境或醫生診所進行 • 需由經 PAD 運動治療培訓的合格輔助人員提供服務，確保利大於弊 • 在醫生、醫生助理或務必接受過基本及高級生命支持技術培訓的護理師或臨床執業護理師的直接監督下進行 如果醫療保健服務提供者認為是醫療上必要，則 SET 可承保 12 週 36 次療程之後，延伸時間內的額外 36 次療程。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： \$20 共付額 - 專科醫生診所 - 門診醫院
* 交通 您每個日曆年可以享有 24 次單程非急診交通接送服務，前往計劃服務區域內計劃批准的地點。每趟允許的行程距離上限為 50 英里。 關於交通安排相關資訊，請聯繫客戶服務。客戶服務將確認您的福利並引導您至交通提供者來規劃您的行程。 會員必須在預約前至少 72 小時 (3 個工作天) 與交通提供者預約接送服務。	網絡內： \$0 共付額

承保的服務	您支付的費用
統一彈性非急診醫療交通運送 如果您確診患有下列任一慢性疾病，即符合「統一彈性非急診醫療交通運送」福利的申請資格。 • 癌症 • 慢性腎臟疾病 (CKD) • 末期腎臟病 (ESRD) 本計劃每個日曆年提供不限次數單程交通服務，前往所有與健康相關且經計劃批准的地點，每次交通服務最遠可達 50 英里。 關於交通安排相關資訊，請聯繫客戶服務。客戶服務將確認您的福利並引導您至交通提供者來規劃您的行程。 會員必須在預約前至少 72 小時 (3 個工作天) 與交通提供者預約接送服務。	網絡內： \$0 共付額
急需服務 計劃承保的服務，如果需要立即就醫但不構成緊急情況，則被視為急需服務，前提是您暫時離開我們計劃的服務區域，或即使您在我們計劃的服務區域內，由於時間、地點和情況的原因，無法從網絡內提供者處獲得此服務。本計劃必須承保急需服務，並僅向您收取網絡內分攤費用。急需服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症的意外發作。醫療上必要的例行提供者就診 (例如年度檢查)，即使您在我們計劃的服務區域以外，或計劃網絡暫時無法提供服務，也不被視為急需服務。 您在全球各地都可獲得急需服務承保。如果您在美國及其領土外需要緊急照護，您必須就所獲得的服務提前支付費用。您必須將付款證明提交給客戶服務部以獲得補償。如需瞭解更多資訊，請參閱第 7 章。我們不一定能補償您所有的自付支出。這是因為我們的合約費率可能會低於在美國和其領土之外的提供者之費率。您應負責超出我們合約費率的任何費用，以及適用的會員分攤費用。 請參閱醫生/執業者服務，包括醫生診所就診，以瞭解診所中所提供急需服務的其他資訊。	網絡內： 急需服務 \$40 共付額 - 緊急護理中心

承保的服務	您支付的費用
 視力保健 承保的服務包括： - 門診醫生提供的眼部疾病或傷害的診斷和治療服務，包括增齡性黃斑部病變治療。原有的 Medicare 不承保普通眼鏡/隱形眼鏡配戴者的例行眼睛檢查 (眼球屈光檢查) - 對於青光眼風險較高的人，我們給付每年一次青光眼篩檢的費用。青光眼高風險族群包括：有青光眼家族病史、糖尿病患者、年齡 50 歲 (含) 以上的非裔美國人，以及 65 歲以上的西語裔美國人 - 對於糖尿病患者，糖尿病視網膜病變篩檢每年承保一次 - 每次白內障手術 (人工晶狀體植入手術) 後需要的普通眼鏡或隱形眼鏡一副。如果您分別做了 2 次白內障手術，您不能把第一次手術後的普通眼鏡保留到第二次手術後購買 2 副。 白內障手術後承保的普通眼鏡包括 Medicare 規定的標準框和鏡片，不承保任何升級版 (包括但不限於高級鏡框、有色、漸進鏡片或抗反射鍍膜)。 此外，我們也承保強制性視力補充保險福利，其中包括常規視力檢查和眼鏡津貼。  (預防服務) 僅適用於青光眼篩檢。 本計劃要求對特定項目和服務需要事先授權。以下連結是可能需要取得事先授權的項目和服務清單：Humana.com/PAL。	網絡內： Medicare 承保的視力服務 \$40 共付額 - 專科醫生診所 青光眼篩檢 \$0 共付額 - 專科醫生診所 糖尿病眼睛檢查 \$0 共付額 - 所有治療地點 眼鏡 (白內障手術後) \$0 共付額 - 所有治療地點 強制性視力補充福利 *您享有強制性視力補充保險福利。詳情請參閱本表末尾的強制性視力補充保險福利說明。 請注意：視力補充保險福利提供者網絡，可能與前文所列的原有的 Medicare 視力保健福利的提供者網絡不同。
 Welcome to Medicare 預防就診 本計劃承保一次 Welcome to Medicare 預防就診。就診包括您的健康評估、有關您需要的預防服務 (包括一些篩檢和注射) 之教育和輔導，以及其他需要的醫療保健轉診。 重要：您只能在投保 Medicare B 部分的前 12 個月內享有 Welcome to Medicare 預防就診。當您預約此項服務時，請告知醫生診所您想要安排 Welcome to Medicare 預防就診。	網絡內： Welcome to Medicare 預防就診 無需支付共保額、共付額或免賠額。

強制性牙科補充福利 DENA66

承保範圍說明

您可能獲得以下非 Medicare 承保的例行牙科相關服務：

免賠額	\$0
年度上限	\$1,000

福利說明	網絡內您須 支付*	網絡外您須 支付
預防服務		
檢查 – 次數/限制 – 每個日曆年 2 個處置碼		
定期口腔檢查 - D0120	0%	100%
檢查 – 次數/限制 – 每個日曆年 1 個處置碼		
緊急診斷檢查 - D0140	0%	100%
診斷服務 – 次數/限制 – 每 3 個日曆年 1 個處置碼		
牙周檢查 - D0180	0%	100%
綜合檢查 - D0150	0%	100%
咬翼片 X 光 – 次數/限制 – 每個日曆年 1 組		
咬翼片 X 光 - D0270、D0272、D0273、D0274	0%	100%
口內 X 光 (口腔內) – 次數/限制 – 每個日曆年 1 組		
牙根尖 X 光 - D0220、D0230	0%	100%
全口或環口 X 光 – 次數/限制 – 每 5 個日曆年 1 個處置碼		
完整系列 - D0210	0%	100%
環口 X 光 - D0330	0%	100%
預防性治療 (洗牙) – 次數/限制 – 每個日曆年 2 個處置碼		
預防性治療 (洗牙) - D1110	0%	100%
牙周維護 – 次數/限制 – 每個日曆年 4 個處置碼		
牙周治療後的牙周維護 - D4910	0%	100%
全方位服務		
修復 (補牙) – 汞合金及/複合材料 – 次數/限制 – 每個日曆年無限制的處置碼		
汞合金 (銀色) – 乳齒或恆齒 – D2140, D2150, D2160, D2161	0%	100%
複合樹脂 (白色) – 前牙 (前) 或後牙 (後) – D2330、D2331、D2332、D2335、D2391、D2392、D2393、D2394	0%	100%
拔牙 (脫牙) – 次數/限制 – 每個日曆年無限制的處置碼		
拔牙、突出牙齒或暴露牙根 – D7140、D7210	0%	100%
修復 (其他服務) – 牙心修補缺損或預成型牙柱和牙心 – 次數/限制 – 終身每顆牙 1 個處置碼		
牙心修補缺損 – D2950	30%	100%
預成型牙柱和牙心 – D2952, D2953, D2954, D2957	30%	100%
洗牙 – 廣泛性發炎 – 次數/限制 – 每 3 個日曆年 1 個處置碼		
洗牙 – 中度或嚴重牙齦發炎 - D4346	0%	100%
洗牙和牙根整平 – 次數/限制 – 每 3 個日曆年每個四分區 1 個處置碼		
牙周洗牙及牙根整平 – D4341、D4342	0%	100%
根管治療服務 – 次數/限制 – 終身每顆牙 1 個處置碼		
根管治療 – D3310, D3320, D3330	0%	100%

福利說明	網絡內您須 支付*	網絡外您須 支付
根管治療再治療 – 次數/限制 – 終身每顆牙 1 個處置碼		
重新治療先前的根管治療 – D3346、D3347、D3348	0%	100%
牙冠 – 次數/限制 – 終身每顆牙 1 個處置碼		
牙冠 (非固定冠) – D2710、D2712、D2720、D2721、D2722、D2740、D2750、 D2751、D2752、D2753、D2780、D2781、D2782、D2783、D2790、D2791、 D2792、D2794	30-40%	100%
冠蓋體 – D2542、D2543、D2544、D2642、D2643、D2644、D2662、D2663、D2664	30-40%	100%
牙冠 – 瓷/陶瓷 – D2740	40%	100%
牙冠 – 高含量貴金屬燒付瓷牙 – D2750	35%	100%
牙冠 – 貴金屬燒付瓷牙 – D2752	30%	100%
牙橋 – 橋體 – 次數/限制 – 每 5 個日曆年 1 個處置碼		
橋體牙冠 – D6210、D6211、D6212、D6214、D6240、D6241、D6242、D6243 、D6245	30%	100%
牙橋 – 牙冠 – 次數/限制 – 每 5 個日曆年 2 個處置碼		
固定冠 – D6740、D6750、D6751、D6752、D6753、D6790、D6791、D6792、D6794	30-40%	100%
牙橋 – 牙冠 – 瓷/陶瓷 – D6740	40%	100%
牙橋 – 牙冠 – 高含量貴金屬燒付瓷牙 – D6750	35%	100%
牙橋 – 牙冠 – 貴金屬燒付瓷牙 – D6752	30%	100%
口腔手術 – 次數/限制 – 每個日曆年 2 個處置碼		
口腔手術 - D7220、D7230、D7240、D7250、D7284、D7285、D7286、D7287、 D7288、D7310、D7311、D7320、D7321、D7412、D7450、D7451、D7460、 D7461、D7509、D7510、D7961、D7962、D7963、D7970、D7971、D7972	0%	100%
咬合調整 (初次裝戴後六個月內不承保) – 次數/限制 – 每 3 個日曆年 1 個處置碼		
咬合調整 – 局部 – D9951	0%	100%
疼痛管理 – 次數/限制 – 每個日曆年 2 個處置碼		
牙痛緩和治療 – D9110	0%	100%
麻醉 – 次數/限制 – 每個日曆年視需要接受承保的項目 (配合大量及/或複雜程序，需符合計劃限制與排除規定，並需經臨床審查)		
施用鎮痛、抗焦慮、吸入型氧化亞氮 – D9230	0%	100%
施用深度鎮靜/全身麻醉 – D9222、D9223	0%	100%
施用靜脈注射中效 (有意識) 鎮靜/止痛劑 – D9239、D9243	0%	100%
施用非靜脈注射中效 (有意識) 鎮靜/止痛劑 – D9246、D9247	0%	100%
重鑲牙冠 – 次數/限制 – 每 5 個日曆年 1 個處置碼		
修復嵌體、冠蓋體或局部覆蓋修復 - D2910	0%	100%
修復間接成型或預成型牙柱和牙心 - D2915	0%	100%
修復牙冠 - D2920	0%	100%
牙橋重鑲 – 次數/限制 – 每 5 個日曆年 1 個處置碼		
修復固定局部假牙 (牙橋) – D6390	0%	100%

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍及費用)

可能存在限制和排除情況。已提交的索賠須接受審查程序，其中可能包括臨床審查和牙科病史以核准承保。此計劃的牙科福利 不一定承保所有的 ADA 處置碼。所接收的任何未列出服務都不在計劃承保範圍內，並將由會員負責支付。會員需負擔超出年度福利給付金額上限的任何金額。福利的提供以日曆年為基礎。任何未使用的金額都會在年底到期。關於每個計劃的資訊，請造訪 [Humana.com/sb](https://www.humana.com/sb)。

*網絡內牙醫已同意按合約費率 (依據網絡內收費表，亦作 INFS) 提供承保服務。如果一名會員前往特約網絡內牙醫處就診，將不必支付超過承保服務議定收費表的費用 (任何適用的共保額給付仍然適用)。

強制性牙科補充保險福利是透過 Humana Dental Medicare Network 所提供。我們全國網絡的提供者查詢器可在 [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare) 找到。

如何計算您或您牙科的給付額

對於承保的牙科服務，我們將支付以下：

- 我們將確定合計承保費用。
- 我們將審查承保費用是否超出允許的最高福利。
- 我們會在減去您積欠的共保額後，將剩餘的費用支付給您或您的牙科醫生 (您可能需要為所接受的療程支付一定比例費用)。

就牙科索賠請款而言，「服務日期」(DOS) 的定義如下：

- 固定牙橋、牙冠、嵌體或冠蓋體之牙齒製備日
- 全口或局部假齒進行印模或數位掃描的日期
- 植入牙冠的支台齒/植入物進行印模或數位掃描的日期
- 打開牙齒牙髓腔以進行根管治療的日期
- 執行牙周病手術的日期
- 上述未列出之服務的執行日期

對於可能具備兩次或更多次療程的牙科病症，只要有證實可提供令人滿意的效果，Humana 就會承保最低成本的治療。如果您選擇接受較高費用的治療，您必須負責支付差額。

提交預先治療計劃

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

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

強制性聽力補充保險福利 HER967

承保範圍說明

若要使用您的福利，您必須撥打 1-844-255-7144 致電 TruHearing 以預約時間。

福利說明	您支付的金額
例行聽力檢查 (每年 1 次)	\$0
每年最多 2 個 TruHearing 品牌處方助聽器 (每年每耳 1 個)。福利僅限於提供各種風格和顏色的 TruHearing 標準、高級和優質處方助聽器 處方助聽器及優質助聽器。進階及優質處方助聽器提供充電式選項，每個助聽器需額外支付 \$50。您必須去看 TruHearing 提供者才能使用本福利。請致電 1-844-255-7144 預約時間 (聽障專線：711)。 網絡內助聽器購買包括： - 購買 TruHearing 助聽器後第一年，不限次數的提供者追蹤就診 - 60 天試用期 - 3 年延長保固 - 非充電式機型，每個助聽器 80 顆電池 福利不包含或涵蓋下列任何項目： - OTC 助聽器 - 自選助聽器充電能力的額外費用 - 耳模 - 助聽器配件 - 額外提供者造訪 - 額外電池 (或購買可充電助聽器時的電池) - 非 TruHearing 品牌助聽器的助聽器 - 與損失和損害保固索賠相關的費用 與排除項目相關的費用為會員的責任，不在承保範圍內。	每個標準助聽器 \$299 或者 每個高級助聽器 \$599 或者 每個優質助聽器 \$899

為補充保險福利支付的共付額、共保額和免賠額不會計入您的最大自付費用。

福利的提供以日曆年為基礎。任何未使用的金額都會在年底到期。

強制性視力補充福利 VIS735

承保範圍說明

透過 Humana Medicare Insight 網絡獲得視力福利

您可能獲得以下非 Medicare 承保的例行視力相關服務：

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

福利說明	網絡內 您支付的金額
- Humana Medicare Insight 網絡光學提供者的眼鏡福利 (每個日曆年 1 次) 您可以選擇： - 購買鏡框和一對鏡片 或 購買隱形眼鏡 (傳統式或拋棄式)，可享有 \$150 津貼 或者 - 從 PLUS** 提供者處 購買鏡框和一對鏡片 或 購買隱形眼鏡 (傳統式或拋棄式)，可享有 \$250 津貼 福利不包括隱形眼鏡驗配。 眼鏡津貼福利適用紫外線防護、防刮塗層和其他鏡片選項。 福利津貼適用於零售價格。會員必須負擔超出計劃核准金額的費用。 此福利僅可使用一次。剩餘福利金額不可「延到」日後消費。	任何超過 \$150 的零售金額 或者 從 PLUS** 提供者處， 花費超過 \$250 的任何零售金額

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

PLUS 提供者屬於 **Humana Medicare Insight 網絡 成員，並且會在 **Humana.com/FindCare** 提供者查詢器搜尋結果中，顯示 PLUS 提供者指標。

為補充保險福利支付的共付額、共保額和免賠額不會計入您的最大自付費用。

福利的提供以日曆年為基礎。任何未使用的金額都會在年底到期。

第 2.2 節 使用我們計劃的選擇性訪客 / 旅客福利獲得醫療照護

您身為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員即享有 HMO 旅遊福利。您已經能在服務區之外獲得急診和急需治療。然而，當您在美國境內旅遊時，HMO 旅遊保險福利能夠讓您獲得計劃承保的服務，包括預防保健。承保的服務必須由全國 Medicare HMO/SNP 網絡內的服務提供者提供。使用 HMO 旅遊保險福利時，請聯絡客戶服務部以協助尋找網絡內提供者，或是造訪 **Humana.com/FindCare**。您可以在使用 HMO 旅遊保險福利時，造訪 **Humana.com/FindCare** 或聯絡客戶服務部，以協助尋找網絡內提供者。如果您從全國 Medicare HMO/SNP 網絡內的提供者處獲得醫療照護，您所支付的費用，與您在原服務區接受照護時所支付的網絡內共付額或共保額相同。

如果您計劃前往服務區之外旅遊，而且預計會需要使用 HMO 旅遊保險福利，建議您通知您的初級保健提供者。此外，我們也建議您使用 **Humana.com/FindCare** 或聯絡客戶服務部來取得協助，確認在全國 Medicare HMO/SNP 網絡中是否有您想要在旅遊期間造訪的提供者。

第 3 節 本計劃未承保的服務 (排除情況)

本節說明哪些服務被排除在 Medicare 承保範圍外，因此本計劃不予承保。

下表列出在任何情況下皆不承保，或是僅在特定情況下承保的服務和項目。

如果您獲得排除在外 (不承保) 的服務，就必須自付費用，但必須符合下列特定條件。即使您在急診設施接受排除在外的服務，我們的計劃仍不承保排除在外的服務，也不會給付。唯一例外是，如果您對服務提出上訴，並且上訴的結果決定該項服務屬於我們因為您的特定情況而本應付費或承保的醫療服務。(關於對我們不承保一項醫療服務的決定提出上訴，請參閱第 9 章第 5.3 節。)

Medicare 未承保的服務	僅在特定條件下承保
針對初級且習慣使用於非醫療目的設備收取的費用，即使項目具有部分少量醫療相關用途	任何情況皆不承保
整形手術或處置	在會員意外受傷而需要改善畸形身體功能的情況下提供承保 承保乳房切除手術之後，乳房重新恢復中的所有階段，包括未受影響的乳房，以形成對稱的外觀
看護 看護是不需要經訓練的醫療或急救人員的持續照護的個人護理，比如幫助您日常起居活動的護理，如洗澡或穿衣	任何情況皆不承保

Medicare 未承保的服務	僅在特定條件下承保
實驗性醫療和手術程序、設備和用藥 實驗性程序和項目是經原有的 Medicare 決定、一般情況下不為醫學界接受的項目和程序	在 Medicare 所批准的臨床研究或進行我們計劃的情況下，由原有的 Medicare 承保 (前往第 3 章第 5 節，瞭解臨床研究的更多資訊)。
由您的直系親屬或家庭成員提供照護的應付費用。	任何情況皆不承保
家中的全職護理照護。	任何情況皆不承保
家事服務包括基礎的家庭協助，包括輕量的內務或便餐準備。	任何情況皆不承保
自然療法服務 (使用自然或替代療法)	任何情況皆不承保
白內障手術後的非傳統人工晶狀體 (IOL)，包括： • 具有矯正散光功能的人工晶狀體 • 具有矯正老花眼功能的人工晶狀體	任何情況皆不承保
非例行牙科保健	治療疾病或損傷所需的牙科照護，可能視為住院或門診照護而獲得承保
骨科鞋子或足部支撐裝置	屬於腿部支架一部分的鞋款，並包含在支架的成本中。糖尿病足病患者的矯形鞋或治療鞋
醫院或專業護理機構的房間中的個人用品，如電話或電視	任何情況皆不承保
醫院中的私人病房	僅在醫療上必要時才承保。
絕育復通手術及/或非處方避孕用品	任何情況皆不承保
例行脊椎矯正照護	承保修正半脫位的人工整脊
例行足部護理	某些有限承保範圍會根據 Medicare 規範提供 (例如若您罹患糖尿病)
根據原有的 Medicare 標準，被視為不合理且不必要的服務	任何情況皆不承保
購買而非租用原有的 Medicare 不允許直接購買的耐用醫療設備	任何情況皆不承保

除了「醫療福利表」或《承保證明》其他部分中所示的排除情況或限制之外，**原有的 Medicare 或我們的計劃也都不承保下列項目和服務：**

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

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

- 網絡內牙醫已同意按合約費率 (網絡內收費表, 亦作 INFS) 提供服務。如果一名會員前往特約網絡內牙醫處就診, 將不必支付超過承保服務議定收費表的費用 (共保額給付仍然適用)。
- 從網絡外牙醫處獲得的服務不屬於承保福利。
- 無論您是否適用其承保範圍, 當您滿足工傷賠償或職業病法規或法律資格時, 所發生的任何費用。
- 符合下述條件的服務:
 - 免費或您如果無此保險無需支付費用, 除非是美國政府或其任何機構依照法律收取的費用或補償款。
 - 按照計劃或法律, 由任何政府或政治組織提供或給付 (不包括 Medicare 或州醫療補助)。
 - 由任何美國政府擁有或經營的醫院/機構/代理提供與疾病或身體受傷相關的服務。
- 損失肇因於或可歸責於戰爭或戰爭行為, 無論是否宣戰; 國際武裝衝突行為; 涉及到國際政權武裝力量的任何衝突。
- 填寫表格產生的費用。
- 您未能在約定時間前往牙醫處赴診。
- 我們認定為美容牙科的服務, 除非是在保單的承保期間內, 因意外事故受傷而有必要的服務。我們認為下述內容是美容牙科流程, 包括但不限於:
 - 牙冠或橋體的鑲邊 - 基牙之間固定牙橋的部分 - 第二小臼齒之後;
 - 矯正先天性畸形的任何服務;
 - 任何主要為了改善外觀而執行的服務;
 - 義肢裝置的特色化和個人化; 或
 - 任何改變齒間空隙及/或牙齒形狀的處置;
- 下述各項的費用:
 - 任何類型的植入和所有相關服務, 包括牙冠或與其相連的義齒裝置;
 - 精密或半精密附屬物;
 - 其他訂製附屬物;
 - 臨時或期中牙科服務;
 - 與提供牙科護理時所使用的材料或設備相關的額外費用;
 - 移除任何植入物, 除非是所承保服務。
- 與下列內容相關的服務:
 - 改變牙齒的垂直尺寸。
 - 咬合修復或維護。
 - 夾板固定的牙齒, 包括多基牙, 或加固週期性鬆動牙齒的服務。
 - 更換因磨損或消耗而導致的牙齒結構損失、侵蝕或牙本質暴露。
 - 咬合記錄或咬合分析。
- 感染控制, 包括但不限於滅菌技術。
- 牙醫之外的人員所進行的治療費用, 除非是可以由持照牙科衛生員進行的洗牙、洗牙和局部塗抹氟化物。必須按照普遍接受的牙科標準, 在牙醫的監督之下進行這類治療。
- 任何醫院、外科手術或治療設施, 或麻醉師的服務。
- 不論是否配藥或開立處方, 任何處方藥或前置用藥。
- 「保險資訊」中未明確列出的任何服務。
- 依據臨床審查不適用福利的任何服務; 未提供較佳的預後; 沒有專業人士的一致認同; 或認定為實驗性或研究性的服務。
- 牙齒矯正服務。
- 福利不包括牙橋承保範圍時的固定冠服務。
- 補充保險福利生效日期之前或終止日期之後產生的任何費用。
- 通常在您的家中居住, 或是家庭成員的人士所提供的服務。
- 超過服務償還限額的費用。
- 故意自殘而導致受傷或疾病的治療。

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍及費用)

- 局部麻醉劑、沖洗、基型、蓋髓劑、臨時牙科服務、研究模型/診斷石膏、治療計劃、咬合(臼齒和二頭齒的咬合或表面研磨)調整,或作為獨立服務收費、與修復的印模或置入相關的組織準備。這些服務被視為整體牙科服務中的一部分。
- 任何檢測、術中、X 光、實驗室、移除現有的牙柱、補牙材料、Thermafill 填充載體,以及任何其他後續追蹤治療照護視為是根管治療中的一部分。這些服務的個別費用不視為承保費用。
- 矯治器的維護和更換。
- 針對任何顎關節問題的外科或非外科治療,包括任何顫下頷關節障礙、顫頷、顫顎障礙症,或其他關節連接顎骨和頭骨的情況;或表情和咀嚼功能中使用的臉部肌肉的治療,其症狀包括但不限於頭痛。
- 本計劃的口腔手術福利不包括:
 - 任何正顎手術服務;
 - 以任何方法破壞病灶的任何服務;
 - 牙齒移植的任何服務;
 - 從口腔組織或骨骼移除異物的任何服務;
 - 用於重建面部骨骼的外科、創傷或先天性缺陷的任何服務;
 - 手術前及術後護理的任何獨立費用。
- 全身麻醉或意識仍清醒的鎮靜不屬於承保的服務範圍,除非根據牙醫或醫療保健執業者提供的文件記錄進行臨床審查,並在進行承保服務範圍內的口腔外科手術、牙周和骨骼的外科手術或牙根尖周圍外科處置的同時,也進行全身麻醉或意識仍清醒的鎮靜。
- 由於下列原因,但不限於下列原因,施予全身麻醉或清醒鎮靜劑不受承保:
 - 疼痛控制,除非有提供對局部麻醉劑過敏的記錄;
 - 焦慮;
 - 害怕疼痛;
 - 疼痛處置;
 - 情緒控制不佳無法進行手術。
- 預防性控制方案,包括但不限於口腔衛生指示、牙菌斑控制、帶回家的物品、處方和膳食規劃。
- 更換任何遺失、遭竊、受損、錯置或重複的重大修復、假體或器具。
- 任何齲齒/蛀牙敏感性檢測、實驗室檢測、唾液檢體、無氧培養、敏感性檢測或口腔病理學程序的費用。
- 手術前和手術後護理以及 12 個月內重新評估的單獨費用,不視為本計劃牙周手術服務的承保服務。
- 我們不承保一般認為是醫療服務的服務,但承保資訊中特別註明的服務除外。
- 為補充保險福利支付的共付額、共保額和免賠額不會計入您的最大自付費用。

強制性聽力補充保險福利排除情況包括但不限於下列項目：

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

視力強制性補充福利排除情況,包括但不限於以下：

- 在網絡外光學服務提供者獲得的任何福利。
- 首次試戴後,再次試戴或變更鏡片設計。
- 填寫表格產生的費用。

第 4 章 醫療福利表 (承保範圍及費用)

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

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

第 5 章： 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

第 1 節 本計劃 D 部分藥物保險的基本規定

請前往第 4 章前往醫療福利表，以瞭解 Medicare B 部分藥物福利和安寧療護藥物福利。

只要您遵守下列基本規定，本計劃一般都會承保您的藥物：

- 您必須有提供者（醫生、牙醫或其他處方開立者）為您開立處方，該處方在適用的州法律下必須有效。
- 您的處方開立者不得參加 Medicare 排除條款或預先排除清單。
- 一般來說，您必須使用網絡內藥房配取處方藥（請前往第 2 節），或者您可以透過本計劃郵購服務配取處方藥。
- 您的藥物必須在本計劃《藥物指南》中（請前往本章第 3 節）。
- 您必須根據醫療指示許可用途使用藥物。「醫療指示許可用途」是指透過 FDA 核准或特定參考資料所支持的藥物使用。（關於醫療指示許可用途詳情，請前往第 3 節）。
- 在我們同意承保前，您的藥物可能需要根據特定標準取得本計劃核准。（請前往本章第 4 節瞭解更多資訊）。

第 2 節 在網絡內藥房或透過本計劃郵購服務配取處方藥

在大多數情況下，我們只承保向本計劃網絡內藥房配取的處方藥。（請前往第 2.5 節，以瞭解向網絡外藥房配取處方藥的承保規定）。

網絡內藥房是指與本計劃簽有合約能為您提供承保藥物的藥房。「承保藥物」一詞是指本計劃《藥物指南》中所有 D 部分藥物。

第 2.1 節 網絡內藥房

在您所在地區找到網絡內藥房

若要尋找網絡內藥房，您可以查閱《提供者名錄》，造訪我們的網站 ([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))，和/或致電客戶服務部 800-457-4708（聽障人士請致電 711）。

您可以去任何一家網絡內藥房。一些網絡內藥房提供首選分攤費用，可能比提供標準分攤費用的藥房的分攤費用更低。《提供者名錄》會說明哪家網絡內藥房提供您首選分攤費用。請聯絡我們，進一步瞭解不同藥物不同的自付費用。

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

如果您的藥房離開網絡

如果您使用的藥房離開本計劃網絡，您需要在網絡中找一家新藥房。若您使用的藥房留在我們網絡內，但不再提供首選分攤費用，您也許會想換到無法同網絡或首選藥房（如果有）。如需查詢您所在地區的另一家藥房，請致電客戶服務部：800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）或使用《提供者名錄》。您也可以造訪我們的網站以查詢資訊：[Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)。

專科藥房

有些處方藥必須在專科藥房購買。專科藥房包括：

- 提供居家注射治療所需藥物的藥房。
- 為居住在長期照護 (LTC) 機構的患者提供所需藥物的藥房。LTC 機構（例養老院/療養院）通常有自己的藥房。如果您在 LTC 機構中取得 D 部分藥物遇到困難，請致電客戶服務部：800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。
- 為 Indian Health Service/部落/市區印第安健康方案服務的藥房（不適用於 Puerto Rico 波多黎各）。只有美國原住民或 Alaska 州原住民可以使用我們這些網絡內的藥房；緊急情況除外。
- 配銷 FDA 限制在特定地點的藥物的藥房，或在使用時需要特別處理、提供者協調或教育之藥物的藥房。若要尋找專科藥房，請前往您的《提供者名錄》（[Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)），或致電客戶服務部：800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。

第 2.2 節 本計劃郵購服務

有些特定種類的藥物，您可以使用本計劃網絡郵購服務。通常，透過郵寄服務提供的藥物是您定期服用以治療慢性或長期醫療病症的藥物。這些藥物在我們《藥物指南》中被標記為**郵購藥物**。

我們計劃的郵購服務允許您訂購**最多 100 天的供應量**。

在藥房網絡內，有提供首選分攤費用的郵購藥房。您在其他郵購藥房可能得支付更高的費用。

請與客戶服務部聯絡以獲取透過郵購方式購買處方藥的訂購表格和資訊。

郵購藥房訂單通常會在收到您的處方後 10 個營業日之內寄給您。當您計劃使用郵購藥房時，最保險的做法是要求您的醫生為您的藥物開立兩份處方：一份用於訂購郵寄，另一份則是當您的郵購沒有及時抵達時，您可以在網絡內藥房親自領藥。如此一來，如果您的郵購有所延誤，用藥就不會有空窗期。如果您在等待郵購時，在網絡內藥房購買處方藥時遇到困難，請聯絡您的處方開立者辦公室。

藥房會直接從您的醫生診所取得的新處方。

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

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

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

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

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

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

如需退出自動寄送直接從您的醫療保健服務提供者辦公室所接收的新處方，請致電客戶服務部聯絡我們。

郵購處方的續藥。對於續藥，您可以選擇參加自動續藥方案。根據本方案，當我們記錄顯示您的藥物即將用完時，我們會自動處理您的下一份續藥。藥房將在每次寄送補充藥物前與您聯絡，以確保您需要更多藥物；如果您有足夠的藥物或您的藥物有變更，您可以取消預定補充藥物。

如果您選擇不使用我們自動續藥方案，但仍希望郵購藥房寄送您的處方，請在目前的處方用完前 14 個工作天聯絡您的藥房。這可確保您的訂單能及時寄送給您。

若要退出自動準備郵購補充藥物的方案，請致電客戶服務部聯絡我們：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。

如果您取得不想要的郵寄自動續藥，您可能符合退款資格。

第 2.3 節 如何獲得長期藥物供應

如果您獲得長期藥物供應，您的分攤費用可能會較低。本計劃提供 2 種方法獲得本計劃《藥物指南》中維持藥物的長期供應 (也稱為「延長供應」)。(維持藥物是指針對慢性或長期病症需要定期使用的藥物。)

1. 我們的網絡內一些零售藥房允許您購買維持藥物長期用量。您的《提供者名錄》([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)) 為您說明我們網絡中有哪些藥房可以為您長期供應維持藥物。您也可以致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 以瞭解詳情。
2. 您也可以透過我們郵購方案取得維持藥物。詳細資訊請前往第 2.2 節。

第 2.4 節 使用不屬於本計劃網絡的藥房

通常只有當您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保向網絡外藥房配取的藥物。我們在服務區域之外也有網絡內藥房，您身為本計劃會員也可以在這裡配取處方藥。**請先致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)**，查詢附近是否有網絡內藥房。

我們只有在少數特殊情況下才會承保在網絡外藥房配處方藥。

• 您在醫療急診情況下需要處方藥

- 如果處方藥與醫療急診護理有關，我們將承保在網絡外藥房配取的處方藥 (最多 30 天的供應量)。在這種情況下，當您配取處方藥時，您需要支付全額費用 (而不僅是支付您的共付額或共保額)。您可以提交處方藥索賠表格 (請到此網址下載索賠表格：<https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms/>)，要求我們補償分攤費用。如果您向網絡外藥房購買，您可能需要自行支付我們為在網絡內藥房購買的處方藥所給付的費用與網絡外藥房收取的處方藥費用之間的差額。(第 7 章第 2 節說明您如何要求計劃補償費用。)

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

• 當您離開本計劃服務區域時，如果需要保險

- 如果您定期使用處方藥，請在出行前檢查您的藥物用量是否足夠。在可能的情況下，攜帶您需要的所有藥物。您可以事先透過我們的處方郵購服務訂購您的處方藥，或透過提供延長供應的網絡零售藥房訂購。如果您仍在美國與領地，但是離開本計劃服務區域時患病或處方藥用完，請致電客戶服務部查詢您所在地區的網絡內藥房以配取處方藥。如果沒有可以使用的網絡內藥房，但您遵守本文指出的所有其他保險規定，我們將承保向網絡外藥房配取的處方藥（最多 30 天供應量）。在這種情況下，當您配取處方藥時，您需要支付全額費用（而不僅是支付您的共付額或共保額）。
- **如果處方獲承保，會以網絡外費率來承保。**您有責任支付我們為在網絡內藥房購買的處方藥所給付的費用與網絡外藥房收取的處方藥費用之間的差額。您可以提交紙本的索賠表格，要求我們補償計劃的分攤費用。（第 7 章第 2 節說明您如何要求計劃補償費用。）
- **不過請您理解，如果有多次在發生非急診情況時使用網絡外藥房索賠的記錄，可能會導致拒絕賠償。**此外，我們無法給付在美國與其領地之外（例如：在美國境外的郵輪上）配取但是被偷竊的藥物或處方藥，即使是在醫療急診情況下也不例外。

您向網絡外藥房購買的處方藥可獲得承保的其他情況。

這些情況將以網絡外費率給付。在這些情況下，您將必須為配取的處方藥支付全額費用（而不僅支付共付額或共保額）。您可以提交紙本的索賠表格，要求我們補償計劃的分攤費用。如果您向網絡外藥房或提供者配取，您可能需要自行支付我們為在網絡內藥房配取的處方藥所給付的費用與網絡外藥房收取的處方藥費用之間的差額。（第 7 章第 2 節說明您如何要求計劃補償費用。）如果至少符合以下一項條件，我們將承保您向網絡外藥房購買的處方藥：

- 在合理的開車距離內沒有任何營業中的網絡內藥房，您無法立即取得您需要的承保藥物。
- 您的處方是一種特殊藥物，網絡內藥房通常沒有存貨。
- 您取得處方時曾具備聯邦州醫療補助資格（即使您尚未投保）。這稱為追溯登記投保。
- 由於州、聯邦或公共衛生緊急狀況導致您從家中撤離，且無法前往網絡內藥房。
- 若您在患者於急診室、診所內提供者、門診外科診所或其他門診場所時，從機構內的藥房取得承保處方藥。

如果您必須使用網絡外藥房，在配取處方藥物時，您通常將必須支付全部費用（而非支付您的正常分攤費用）。您可以要求我們補償計劃的分攤費用。（請前往第 7 章第 2 節，了解您如何要求本計劃補償費用。）您可能必須支付您在網絡外藥房所支付藥物費用與我們所承保網絡內藥房藥物費用之間的差額。

第 3 節 您的藥物需在本計劃《藥物指南》中

第 3.1 節 《藥物指南》告訴您哪些 D 部分藥物可獲得承保

本計劃備有處方藥指南（處方列表）。在本《承保證明》中，我們將其稱為《藥物指南》。

本計劃在醫生以及藥劑師的協助之下選出這份藥物名單。此清單符合 Medicare 的規定，並已獲得 Medicare 的核准。《藥物指南》中包含 Medicare D 部分承保的藥物。

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

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

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

《藥物指南》包括品牌藥物、非品牌藥物和生物製品 (可能包括生物相似藥)。

品牌藥物是一種處方藥，以製藥商擁有的商標名稱出售。生物製品是比典型藥物更複雜的藥物。在《藥物指南》中，當我們指稱藥物時，通常為某種用藥或生物製品。

非品牌藥物是指與品牌藥物之活性成分相同的處方藥物。生物製品具有稱為生物相似藥的替代品。非品牌藥物與生物相似藥的功效通常與品牌藥物或原廠生物製品相同，但費用較低。許多品牌藥物都有非品牌藥物替代品，部分原廠牌的生物製品有替代的生物相似藥。有些生物相似藥是可互換的生物相似藥，根據州法律，其可於藥房以不使用新處方的方式代替原廠牌的生物製品，就像用非品牌藥物替代品牌藥物。

請前往第 12 章以瞭解《藥物指南》中可能包含的藥物類型定義。

Over-the-counter 藥物

我們的計劃也承保特定的 Over-the-counter 藥物。某些 Over-the-counter 藥物比處方藥便宜，但功效相同。請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。

《藥物指南》中沒有的藥物？

本計劃並未承保全部的處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保特定類型的藥物。(詳情請前往第 7 節)。
- 在其他情況下，我們決定不在《藥物指南》中納入某種特定藥物。
- 在某些情況下，您可能會獲得非列屬在《藥物指南》中的藥物。(如需瞭解更多資訊，請前往第 9 章)。

第 3.2 節 《藥物指南》中的藥物有五 (5) 種分攤費用等級

在本計劃《藥物指南》中，每種藥物都屬於五 (5) 種分攤費用等級中的一級。通常等級愈高，您所支付的藥物費用愈高。

- **第 1 級分攤費用 - 首選非品牌：**本計劃中分攤費用最低的非品牌藥物或品牌藥物
- **第 2 級分攤費用 - 非品牌藥物：**本計劃提供費用高於第 1 級首選非品牌藥物的非品牌或品牌藥物
- **第 3 級分攤費用 - 首選品牌：**本計劃提供費用低於第 4 級非首選藥物
- **第 4 級分攤費用 - 非首選藥物：**本計劃提供費用高於第 3 級首選品牌藥物的非品牌或品牌藥物
- **第 5 級分攤費用 - 特殊等級：**某些注射劑和其他昂貴藥物

請查閱本計劃《藥物指南》以瞭解藥物所屬的分攤費用等級。第 6 章中包含您為每個分攤費用等級中的藥物所支付的金額。

第 3.3 節 如何瞭解《藥物指南》是否包括某種特定藥物

要瞭解藥物是否在我們的《藥物指南》中，您有以下選擇：

- 請查閱我們以電子方式提供的最近一期《藥物指南》。《藥物指南》包括我們會員最常用的承保藥物資訊。我們承保不包含在《藥物指南》中的其他藥物。如果您的其中一種藥物未列出，請造訪我們的網站或聯絡客戶服務：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 以瞭解我們是否承保。
- 請造訪本計劃網站 (Humana.com/PlanDocuments)。網站上的《藥物指南》包含最新資訊。
- 請致電客戶服務：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 以瞭解某種特定藥物是否在本計劃《藥物指南》中，並索取一份清單。
- 請使用本計劃「即時福利工具」(造訪 Humana.com 並登入 MyHumana)，在《藥物指南》上搜尋藥物，以取得您將支付的費用估計值，並查看《藥物指南》上是否有可治療相同病症的替代藥物。

第 4 節 承保限制的藥物

第 4.1 節 為什麼某些藥物有限制

對於特定處方藥，特殊規定限制了本計劃承保方式和時間。由醫生和藥劑師組成的團隊制定了這些規定，以幫助您和您的提供者最有效地使用藥物。請參閱《藥物指南》以瞭解您所使用或想要使用的藥物是否適用這些限制。

如果有某種安全且費用更低的藥物與費用較高的藥物具備相同的療效，本計劃規定旨在鼓勵您和您的提供者使用費用更低的藥物。

請注意，有時候一種藥物可能會在我們的《藥物指南》中出現多次。這是因為相同的藥物可能會因您的醫療保健服務提供者處方的藥物強度、數量或劑型不同而有所差異，而不同的限制或分攤費用可能適用於不同版本的藥物 (例如，10 毫克對 100 毫克；每天一片對每天 2 片；錠劑對液體)。

第 4.2 節 限制類型

如果您的藥物有限制，通常代表您或您的提供者必須採取額外的步驟，我們才會承保藥物。請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 以瞭解您或您的提供者可以如何獲得藥物承保。**如果您希望我們為您豁免這些限制，您需要透過保險決定流程要求我們例外通融。**我們可能同意、也可能不同意為您豁免這些限制。(前往第 9 章)

事先取得計劃核准

針對特定藥物，在我們同意為您承保藥物前，您或您的提供者需要根據特定條件獲得本計劃核准。這稱為**事先授權**。這是為了確保藥物安全，並協助引導適當使用特定藥物。如果您未取得這項核准，本計劃可能無法承保您的藥物。請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障人士請致電 711)，或在我們的網站 <https://assets.humana.com/is/content/humana/2026%20Super%20National%20MAPD-Prior%20Authorization.pdf> 上取得本計劃的事先授權標準。

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

首先試用不同的藥物

此項規定鼓勵您在本計劃承保另一種藥物前，先試用費用更低、但是通常功效相同的藥物。例如，如果 A 藥物和 B 藥物治療同樣病症，本計劃可能要求您先試用 A 藥物。如果 A 藥物不適用於您，則本計劃將承保 B 藥物。先試用另一種藥物的規定稱為**階梯療法**。請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 或前往我們的網站：<https://assets.humana.com/is/content/humana/2026%20Super%20National%205%20MAPD-Step%20Therapy.pdf>，以獲得本計劃階梯療法標準。

數量限制

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

第 5 節 如果您對藥物的承保方式不滿意可怎麼做

在某些情況下，您服用的處方藥，或您和您的提供者認為您應服用的藥物，《藥物指南》或是受限。例如：

- 藥物可能根本不予承保。或者，您想要使用的品牌藥物不被承保，只承保相應的非品牌藥物。
- 藥物雖予承保，但有額外的規定或限制。
- 藥物雖予承保，但分攤費用等級使您的分攤費用高於預期。
- **如果您藥物所屬的分攤費用等級需要您支付比預期更高的費用，請參閱第 5.1 節以瞭解您可以採取哪些行動。**

如果您的藥物不在《藥物指南》中或受到限制，您有以下行動可以採取：

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

您或許能得到藥物的臨時供應

在某些情況下，本計劃必須為已在服用的藥物提供臨時承保。此臨時供應量可以讓您有時間與提供者討論變更事宜。

若要符合獲得臨時供應的資格，您使用的藥物**必須已不在本計劃的《藥物指南》上或目前有某方面的限制。**

- **如果您是新會員**，我們會在您成為本計劃會員前 **90 天**期間承保藥物的臨時供應。
- **如果您是去年參加本計劃**，我們將在日曆年的前 **90 天**承保您的臨時藥物供應。
- 該藥物的暫時供應將提供最多 30 天的供應量。如果您處方規定的用藥天數較少，我們將允許您多次取藥，保證最高提供 30 天的供應量。處方藥必須在網絡內藥房購買。(請注意，長期照護藥房可能一次只提供較少量的藥物以防止浪費)。

- **對於投保本計劃已超過 90 天而且住在長期照護機構、馬上需要藥物供應的會員：**

我們將對特定藥物承保一次 31 天緊急供應量，如果您處方規定的用藥天數較少，則供應的量也較少。這是除上述規定的暫時供藥以外的福利。

- **目前會員的治療環境發生改變時的過渡供應：**

若計劃年中您接受治療的環境改變，在過渡期您可能需要您藥物的短期供應。例如：

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

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

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

過渡期的臨時藥物供應政策

如果您是會員、您計劃有變，或您的藥物保險有變，我們以 2026 計劃年的頭 90 天視為過渡期。如上述，我們確保您可以在過渡期視情況需要，透過幾種方式取得臨時藥物供應量。

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

零售或郵購藥房的單次過渡供應

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

處於長期照護機構的過渡供應

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

若您在計劃年度稍後 (90 天過渡期之後) 無法取得處方藥物，我們將承保由 Medicare D 部分承保的 31 天的緊急藥物供應量。緊急藥物將讓您在與醫師進行例外通融或事先授權的同時，得以繼續藥物治療。

過渡期延期

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

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

臨時供應費用

您的臨時藥物供應共付額或共保額，將依本計劃中核准的藥品分攤費用等級而定。如果您在 2026 年獲得「額外幫助」，您的共付額或共保額將不會超過您的低收入補助金額。

如有臨時供應方面的問題，請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。

在您使用藥物的臨時供應這段期間，應與您的提供者商討，以決定在臨時供應用完之後該怎么做。您有 2 個選項：

第 1 種方式：您可以改用另一種藥物

與您的提供者討論本計劃是否承保了可能對您同樣有效的不同藥物。請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)，以索取治療相同病症的《承保藥物清單》。這份名單可以幫助提供者找到可能適合您的承保藥物。

第 2 種方式：您可以要求例外通融

您和您的提供者可以要求本計劃例外通融，依照您希望的方式承保藥物。如果您的提供者認為您有正當的醫療理由要求例外通融，您的提供者可以幫助您要求例外通融。例如，即使藥物不在本計劃《藥物指南》中，您也可以要求本計劃承保該藥物。或者您可以要求本計劃例外通融無限制地承保藥物。

如果您目前是會員，而使用的藥物在下一年將從處方列表中移除或有某方面的限制，我們將在新年前告訴您任何變化。您可以在明年以前要求例外通融，我們將在取得您要求 (或是您的處方開立者支持聲明) 後 72 小時內答覆您。如果我們核准您的要求，將在變更生效前授權承保。

如果您和您的提供者希望要求例外通融，請前往第 9 章第 6.4 節以了解該做什麼。其說明 Medicare 所制定的流程和截止時間，以確保您的要求得到及時而公正處理

第 5.1 節 如果您認為您的藥物分攤費用等級過高該怎么做

如果您認為藥物的分攤費用等級過高，您可以採取以下行動：

您可以改用另一種藥物

如果您認為藥物的分攤費用等級過高，請先與提供者商討。可能某種分攤費用等級較低的藥物對您亦具有相同的療效。請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)，以索取治療相同病症的《承保藥物清單》。這份名單可以幫助提供者找到可能適合您的承保藥物。

您可以要求例外通融

您和您的提供者可以向本計劃申請例外通融，變更藥物的分攤費用等級，減低您支付的費用。如果您的提供者認為您有正當的醫療理由要求例外通融，您的提供者可以幫助您要求規定例外通融。

如果您和您的提供者希望要求例外通融，請前往第 9 章第 6.4 節以了解該做什麼。其說明 Medicare 所制定的流程和截止時間，以確保您的要求得到及時而公正處理。

屬於第 5 級分攤費用 - 特殊等級的藥物並不符合這類例外通融的條件。我們不會調降此等級藥物的分攤費用金額。

第 6 節 我們的《藥物指南》在一年之中可能發生變更

藥物保險的變更多半發生在每年年初 (1 月 1 日)。然而，本計劃可能在一年當中對《藥物指南》作出變更。例如，本計劃可能：

- 新增或移除《藥物指南》中的藥物
- 提高或降低藥物的分攤費用等級
- 新增或移除藥物承保限制
- 用非品牌藥物取代品牌藥物
- 用與原生物製品可互換的生物相似藥取代該生物製品

在變更本計劃《藥物指南》前，我們必須遵守 Medicare 規定。

藥物保險改變的資訊

當《藥物指南》有所變更時，我們會在網站上公佈這些變更的相關資訊。我們也會定期更新我們的線上《藥物指南》。如果您服用的藥物出現變更，有時您會取得直接通知。

在本計劃年度中，對影響您的藥物保險之變更

- 將新藥物加入《藥物指南》中，並立即移除或變更《藥物指南》中的類似藥物。
 - 在《藥物指南》中新增藥物類型時，我們可能會立即從《藥物指南》中移除類似藥物，將相似的藥物移至不同的分攤費用等級、增加新的限制，或兩者併行。新類型的藥物將放在相同或較低的分攤費用等級，並具有相同或較少的限制。
 - 我們只會在《藥物指南》新增某品牌名稱的非品牌藥物或新增某原有生物藥品的生物相似藥時，才會立即進行這些變更。
 - 我們可能會立即進行這些變更，並在之後通知您，即使您服用我們移除或變更的藥物。若我們變更時您正使用類似藥物，我們會通知您具體變更資訊。
- 將新藥物加入《藥物指南》中，並立即移除或變更《藥物指南》中的類似藥物。
 - 在《藥物指南》中新增其他藥物類型時，我們可能會從《藥物指南》中移除類似藥物，將類似藥物移至不同的分攤費用等級、增加新的限制，或兩者併行。新類型的藥物將放在相同或較低的分攤費用等級，並具有相同或較少的限制。
 - 我們只會在新增品牌藥物的非品牌藥物，或新增《藥物指南》上已有的某個原廠牌生物產品的生物相似藥時，才會進行這些變更。
 - 我們將在變更前至少 30 天通知您，或告知您變更內容，並承保您正使用的 30 天藥量。
- 刪除不安全的藥物和《藥物指南》中從市場召回的其他藥物。
 - 有時藥物可被視為不安全，或是因為其他原因從市場撤除。如果發生這類情況，我們會立即將該藥物從《藥物指南》中刪除。如果您服用該藥物，我們會在變更後通知您。

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

• 對《藥物指南》內藥物進行其他變更。

- 年度開始時，我們可能進行影響您使用藥物的其他變更。例如，我們可騰會基於 FDA 盒裝警告或 Medicare 認定的新臨床準則進行變更。
- 我們將在進行這些變更至少 30 天前通知您，或告知您變更，並承保您正使用的額外 30 天藥量。

如果我們對您服用的任何藥物進行任何變更，請向處方開立者諮詢最適合您的選項，包括變更為不同藥物以治療您的病症，或要求承保決定，以滿足您所使用藥物的任何新限制。您或您的處方開立者可以向我們要求例外通融，繼續承保您使用的藥物或類型。關於如何要求承保決定 (包含例外通融) 的詳情，請前往第 9 章。

本計劃年度對《藥物指南》的變更不會對您造成影響

我們可能會對上述未說明的《藥物指南》進行某些變更。在這些情況下，如果您在變更時正使用藥物，這些變更將不適用於您；然而，如果您持續使用相同的計劃，這些變更可能會在下一個計劃年度的 1 月 1 日起開始造成影響。

一般而言，不會影響您目前計劃年度的變更包括：

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

如果您使用的藥物發生上述任何一種變更 (除非市場下架、非品牌藥物取代品牌藥物，或以上幾節所提到的其他變更)，在下一年度 1 月 1 日前，這些變更不會影響您的使用或您支付的分攤費用。

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

第 7 節 我們不承保的藥物類型

不包括某些類型的處方藥。這代表 Medicare 不給付這些藥物費用。

如果您獲得不在承保範圍內的藥物，您必須自行支付 (除了我們增強藥物承保的某些排除藥物之外)。如果您提出上訴，且 D 部分未排除所要求的藥物，我們將支付或承保該藥物。(請參閱第 9 章以瞭解對決定提出上訴的相關資訊。)

關於 Medicare 藥物計劃 D 部分不會承保的藥物，有下列 3 項一般規定：

- 本計劃 D 部分藥物保險無法承保 Medicare A 部分或 B 部分所承保的藥物。
- 本計劃無法承保在美國或其領土境外購買的藥物。
- 本計劃無法承保未受特定參考資料支持的標示以外用途的藥物用法，特定參考資料如美國醫院處方列表目錄服務藥品資訊和 DRUGDEX 資訊系統。標示以外用途是指 FDA 所批准藥物標示上所示使用方法以外的任何藥物用法。

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

此外，按照法律規定，Medicare 藥物計劃並未承保以下各類藥物：(本計劃透過增強藥物承保，涵蓋了下列的特定藥物，這些藥物您可能需支付額外的保費。更多資訊請見下方。)

- 非處方藥物 (也稱為 Over-the-counter 藥物)
- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
- 處方維他命和礦物質，惟產前維他命和氟化物製劑除外
- 用於治療性功能或勃起障礙的藥物
- 用於治療食欲不振、減重或增重的藥物
- 製造商要求僅從製造商購買相關測試或監測服務的門診藥品作為銷售條件

針對 Medicare 處方藥計劃通常不給付的部分處方藥 (增強藥物保險)，我們提供額外給付。

- 勃起障礙藥物
- 處方維他命

這些藥物及其使用管理編輯 (如果有的話) 都列在《藥物指南》中。您購買這些藥物時支付的金額不計入使您符合重大傷病保險階段的資格。(重大傷病保險階段於第 6 章第 6 節說明)。

如果您**從 Medicare 獲得「額外幫助」**以支付您的處方藥費用，「額外幫助」將不會給付通常不予承保的藥物。(請前往本計劃《藥物指南》或致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 以取得更多資訊。若您透過州醫療補助享有藥物保險，您的州醫療補助方案可能會承保 Medicare 藥物計劃通常不承保的一些處方藥。請與您所在州的州醫療補助方案聯絡，以判斷您有哪些可用的藥物保險。(可在第 2 章第 6 節找到州醫療補助的電話號碼和聯絡資訊)。

第 8 節 如何配取處方藥

若要配取您的處方，請在您選擇的網絡內藥房，提供本計劃會員資訊 (可在您的會員卡上找到)。網絡內藥房將自動向本計劃開立 *我們的藥物分攤費用帳單*。當您領取您的處方時，您需要向藥房支付您的分攤費用。

如果您沒有攜帶本計劃會員資訊，您或藥房可致電本計劃以取得資訊，或者您可以要求藥房查閱本計劃投保資訊。

如果藥房無法取得必要資訊，**當您領取處方時，您可能必須支付全額費用**。(然後您可以**要求我們補償**計劃的分攤費用。請前往第 7 章第 2 節以瞭解如何要求本計劃補償費用的有關詳情。

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保

第 9.1 節 在本計劃承保的住院或專業護理機構住院期間

如果您在本計劃所承保醫院或專業護理機構住院，我們通常會承保您住院期間的處方藥費用。一旦您離開醫院或專業護理機構，只要您的處方藥符合本章所述我們的所有承保規則，本計劃就會承保您的處方藥。

第 9.2 節 身為居住在長期照護 (LTC) 機構內的住民

長期照護 (LTC) 機構 (如養老院/療養院) 通常有自己的藥房，或有為其全部住民供應藥物的藥房。如果您是居住在 LTC 機構內的住民，您可以透過機構的藥房或其使用的藥房獲取您的處方藥，只要它是我們網絡的一部分。

請查閱您的《提供者名錄》([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))，以瞭解您的 LTC 機構內藥房，或其使用的藥房是否屬於我們的網絡。若它不是，或您需要更多資訊或協助，請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。若您在 LTC 機構，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡定期獲得您的 D 部分福利。

如果您是 LTC 機構的住民，並且需要不在我們《藥物指南》中或有某方面限制的藥物，請前往第 5 節以瞭解如何獲得臨時或緊急藥物供應。

第 9.3 節 如果您也有雇主或退休人員團體計劃保險藥物承保

如果您透過您的 (或您的配偶或同居伴侶的) 雇主或退休人員團體獲得其他藥物承保，請聯絡**該團體的福利管理員**。他們可以幫助您了解您目前的藥物承保是否能與本計劃協調配合。

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

關於可信的承保之特別註釋：

您的雇主或退休人員團體每年都應寄送通知給您，告知您下一個曆年您的藥物承保是否可信。

如果團體計劃承保是可信的，意思是按照平均水準，則本計劃藥物承保應當給付至少與 Medicare 的標準藥物承保相同的藥物費用。

請保留任何關於可信承保的通知，因為您可能稍後需要這些通知以證明您維持可信的承保。如果您沒有收到可信的承保通知，請向您的雇主或退休人員計劃福利管理員、雇主或工會要求副本。

第 9.4 節 如果您住在 Medicare 認證的安寧療護機構

安寧療護和本計劃不會同時承保相同的藥物。如果您參加了 Medicare 安寧療護，並且需要某些藥物 (例如，止吐藥、瀉藥、止痛藥或抗焦慮藥物)，而它們由於與您的絕症和相關病症無關，因此不在安寧療護的承保範圍內，則本計劃必須從處方開立者或安寧療護提供者取得通知，說明該藥物與您的絕症和相關病症無關。為避免延遲收到本計劃應承保的這些藥物，請在配取處方藥前，要求您的安寧療護提供者或處方開立者提供通知。

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

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

第 10 節 藥物安全和藥物管理方案

我們對藥物使用進行審核，有助於確保我們的會員獲得安全且妥適的照護。

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

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

如果我們發現您的用藥可能存在問題，我們將與您的提供者共同合作以糾正問題。

第 10.1 節 協助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理方案 (DMP)

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

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

如果本計劃限制您取得這些藥物的方式，或您可以獲得的藥量，我們會事先寄送信件給您。這封信將告訴您，我們是否將限制為您承保這些藥物，或者您是否必須從特定處方開立者或藥房取得這些藥物的處方。您將可藉此機會告訴我們您的首選處方開立者或藥房，以及您認為我們必須知道的任何其他重要資訊。在您有回應的機會後，如果我們決定限制對這些藥物的承保，我們將發出另一封信函給您，以確認此限制。如果您認為我們犯了錯誤，或您不同意我們的決定或限制，您和您的處方開立者有權上訴。如果您提出上訴，我們將審查您的案例並做出新決定。如果我們繼續拒絕您與該適用藥物使用限制有關要求的任何部分，我們將自動將您的個案送至本計劃外的獨立審查組織。關於如何提出上訴的資訊，請前往第 9 章。

第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

如果您有某些健康狀況，您將無法列入我們的 DMP，像是癌症相關病痛或鐮刀型紅血球疾病、您獲得安寧療護、緩和服務、臨終照護，或待在長期照護機構。

第 10.2 節 用藥治療管理 (MTM) 及其他幫助會員管理藥物使用的方案

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

某些會員因患有特定慢性病症而需服用的藥物超過特定費用金額，或參與 DMP 以協助他們安全地使用鴉片類藥物時，可透過 MTM 方案接受服務。如果您符合方案，藥劑師或其他健康專業人士會與您全面檢討您的所有用藥。在審查期間，您可以討論您的藥物、處理您的費用，以及您對您的處方和 Over-the-counter 藥物的任何問題或疑問。您會取得一份內含建議待辦事項清單的書面摘要，其中包含您應採取的步驟，以從您的藥物獲得最佳結果。您也將獲得一份藥物清單，其中包括您目前使用的所有藥物、服用方式和使用原因。此外，MTM 方案成員也會獲得有關管制物質處方藥物的安全棄置資訊。

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

如果我們有一項方案符合您的需求，我們將自動將您納入方案中，並發送資訊給您。如果您決定不參加，請告知我們，我們將讓您退出。有關這些方案的問題，請致電客戶服務部：800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。

第 6 章： 您所需支付的 D 部分藥物費用

第 1 節 您所需支付的 D 部分藥物費用

如果您已經參與了幫助您支付藥物費用的方案，本《承保證明》中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可能**不適用於您**。我們會另外寄給您一份插頁，稱為針對獲得額外幫助支付處方藥者的《承保證明》附加條款（也稱為「低收入補貼附加條款」或「LIS 附加條款」），其中包括您的藥物保險資訊。如果您沒有此插頁，請致電客戶服務部 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）並索取 LIS 附加條款。

本章使用「藥物」一詞表示 D 部分處方藥。並非所有藥物都是 D 部分藥物。有些藥物由 Medicare A 部分或 B 部分承保，而有些藥物依法律規定不在 Medicare 的承保範圍之內。我們的計劃可能承保一些排除的藥物。

要瞭解支付資訊，您需要知道哪些是承保的藥物、應到何處購買處方藥，以及要遵守哪些規定以獲得承保的藥物。第 5 章說明了這些規則。當您使用計劃的「即時福利工具」查詢藥物承保範圍（造訪 [Humana.com](https://www.humana.com) 並登入 MyHumana）時，您所看到的費用顯示您預期將支付的自付費用估計值。您也可以致電客戶服務部 800-457-4708（聽障人士請致電 711），取得「即時福利工具」提供的資訊。

第 1.1 節 承保藥物的自付費用類型

承保的 D 部分藥物有不同類型的自付費用需要支付：

- **免賠額**是指在我們的計劃開始給付其部分費用之前，您必須支付的藥物金額。
- **共付額**是您每一次配處方藥時所支付的一筆固定金額。
- **共保額**是指您每一次配處方藥時所支付的藥物費用總額的某一比例。

第 1.2 節 Medicare 如何計算您的自付費用

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

這些款項會計入您的自付費用

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

- 當您處於以下藥物付款階段時所支付的藥物費用：
 - 免賠額階段

第 6 章 您所需支付的 D 部分藥物費用

- 初始承保階段
- 您在本日曆年度內，在加入我們的計劃前，身為另一項 Medicare 藥物計劃會員時所支付的任何款項。
- 由家人或朋友為您的藥物支付的任何費用
- 由 Medicare、雇主或工會健康計劃、Indian Health Service、愛滋病藥物協助方案的「額外幫助」，或由州藥物協助方案 (SPAP) 及大多數慈善機構為您的藥物支付的任何費用

進入重大傷病保險階段：

當您 (或他人以您的名義) 支付的自付費用在一個日曆年內達到 **\$2,100** 之後，您將從初始承保階段進入重大傷病保險階段。

這些款項不會計入您的自付費用

您的自付費用**不包括**以下任何類型的款項：

- 在美國或其領土以外地區購買的藥物
- 我們的計劃並未承保的藥物
- 在網絡外藥房購買且不符合計劃網絡外藥房保險規定的藥物
- A 部分或 B 部分承保的處方藥物和疫苗
- 針對我們的額外保險有承保，但通常不受 Medicare 藥物計劃承保的藥物，您所支付的費用
- 購買 Medicare 藥物計劃通常不承保的藥物所支付的款項
- 如軍隊醫療系統 (TRICARE) 和退伍軍人健康管理局 (VA) 等特定保險計劃或政府資助的保健方案所給付的費用
- 第三方因法律責任所給付的處方藥費用 (例如工傷賠償)
- 由製藥商依據製造商優惠方案支付的款項

提醒：如果有任何組織 (例如上方所列) 支付您的部分或全部藥物自付費用，您需要致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 告知我們的計劃。

追蹤您的總自付費用

- 您收到的 *SmartSummary*® 包含您目前的總自付費用。當此金額達到 **\$2,100**，*SmartSummary*® 會告知您已離開初始承保階段，並已進入重大傷病保險階段。
- **確保我們取得所需的資訊。**請參閱第 3.1 節，瞭解您如何協助確保我們擁有您支付的費用完整且最新的記錄。

第 2 節 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員的藥物付款階段

在 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 中，您的藥物承保有 3 個**藥物付款階段**。您為每個處方支付的金額，取決於您在獲得處方配藥或續藥時所處的階段。本章說明每個階段的詳細內容。這些階段包括：

- **第一階段：年度免賠額階段**
- **第二階段：初始承保階段**
- **第三階段：重大傷病保險階段**

第 3 節 您的 SmartSummary® 說明您所屬的付款階段

我們的計劃會記錄您的處方藥費用以及您在藥房取得處方藥時所支付的費用。這樣一來，我們便能告訴您何時從一個藥物付款階段進入到下一個階段。我們會追蹤 2 種類型的費用：

- **自付費用：**這是您支付的金額。其中包括您獲得承保的 D 部分藥物時支付的費用，由家人或朋友支付的任何藥物費用，以及 Medicare、雇主或工會健康計劃、Indian Health Service、愛滋病藥物協助方案、慈善機構及大多數州藥物協助方案 (SPAP) 的「額外幫助」為您的藥物支付的任何費用。
- **總藥物費用：**這是您為承保的 D 部分藥物支付的所有款項總額。其中包括本計劃支付的費用、您支付的費用，以及其他計劃或組織為您的承保 D 部分藥物支付的費用。

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

- **該月資訊。**這份報告提供您上個月購買處方藥的支付細節。其中包括藥物費用總額、我們的計劃給付的金額，以及您和他人代您支付的金額。
- **自 1 月 1 日起的一年總計。**這份報告顯示今年以來您的藥物費用總額和支付總額。
- **藥物價格資訊。**此資訊顯示總藥物價格，以及相同數量的各處方索賠的首次配藥價格變動資訊。
- **適用於您較低費用的替代處方。**這包括其他藥物相關資訊，與可取得之各處方索賠的較低分攤費用（如適用）。

第 3.1 節 幫助我們更新您的藥物付款資訊

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

- **每次購買處方藥時，請出示您的會員卡。**這有助於確保我們知道您正在購買的處方藥以及您支付的費用。
- **確保我們取得所需的資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這些情況下，我們不會自動取得所需資訊，以追蹤您的自付費用。為了幫助我們追蹤您的自付費用，請提供您的收據副本。**您應向我們提供藥物收據副本的範例：**
 - 當您在網絡內藥房以特價或使用本計劃福利以外的折扣卡購買承保的藥物。

第 6 章 您所需支付的 D 部分藥物費用

- 當您支付共付額購買製藥商患者協助方案所提供的藥物。
- 當您在任何時候向網絡外藥房購買承保藥物，或在特殊情況下支付承保藥物的全額費用。
- 如果您已支付承保的藥物費用，您可以要求我們給付計劃的分攤費用。相關程序的說明請參閱第 7 章第 2 節。
- **請將他人為您支付費用的資訊告知我們。**其他特定人群和組織支付的款項也會計入您的自付費用。例如，州藥物協助方案、愛滋病藥物協助方案 (ADAP)、Indian Health Service 和慈善機構的支付款項，都可計入您的自付費用。請記錄這些款項然後寄給我們，以便我們追蹤記錄您的支出費用。
- **查看我們寄給您的書面報告。**當您收到 *SmartSummary* 之後，請仔細閱讀以確保資訊是完整且正確的。如果您認為有缺漏或有任何問題，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。請務必妥善保存這些報告。

第 4 節 免賠額階段

免賠額階段是您的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部分成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。您的第 3 級分攤費用等級、第 4 級分攤費用等級和第 5 級分攤費用等級藥物，須支付年度免賠額 **\$615**。在達到本計劃免賠額之前，**您必須支付第 3 級分攤費用等級、第 4 級分攤費用等級和第 5 級分攤費用等級藥物的全額費用**。對於所有其他藥物，您無需支付任何免賠額。由於本計劃已經為網絡內藥房的大多數藥物協商了較低費用，因此您的**全額費用**通常會比一般的藥物價格低。對於根據 Medicare Drug Price Negotiation Program (Medicare 藥物價格協商方案) 訂有協商價格的藥物，其總費用不得超過最高公平價格加上配藥費。

一旦您為第 3 級分攤費用、第 4 級分攤費用和第 5 級分攤費用的藥物支付 **\$615** 之後，您便脫離免賠額階段，繼而進入初始承保階段。

第 5 節 初始承保階段

第 5.1 節 您支付的藥物費用依藥物種類和購買處方的藥房而定

在初始承保階段，本計劃給付您的承保藥物一部分費用，您也需支付一部分費用 (您的共付額或共保額金額)。您的分攤費用根據藥物類型和配處方藥地點而有所不同。

我們的計劃有五 (5) 種分攤費用等級

在本計劃《藥物指南》中，每種藥物都屬於五 (5) 種分攤費用等級中的一級。一般來說，分攤費用等級愈高，您的藥物費用愈高：

- **第 1 級分攤費用 (首選非品牌)：**本計劃中分攤費用最低的非品牌或品牌藥物。
- **第 2 級分攤費用 (非品牌藥物)：**本計劃提供費用高於第 1 級首選非品牌藥物的非品牌或品牌藥物。
- **第 3 級分攤費用 (首選品牌)：**本計劃所提供費用低於第 4 級非首選藥物的非品牌或品牌藥物。
- **第 4 級分攤費用 (非首選藥物)：**本計劃提供費用高於第 3 級首選品牌藥物的非品牌或品牌藥物。
- **第 5 級分攤費用 (特殊等級)：**某些注射劑和其他昂貴藥物。

第 6 章 您所需支付的 D 部分藥物費用

請查閱本計劃《藥物指南》以瞭解藥物所屬的分攤費用等級。若要查看您在初始承保階段所支付的藥物 (包括胰島素) 費用, 請參閱下方第 5.2 節。

您的藥房選擇

您配藥的地點也會影響到您支付的藥物費用：

- 網絡內零售藥房。
- 計劃網絡外的藥房。我們只在有限的情況下為您給付在網絡外藥房配處方藥的費用。請前往第 5 章第 2.5 節以瞭解在網絡外藥房購買處方藥的承保規定。
- 我們計劃的郵購藥房。

請前往第 5 章以及我們計劃的《提供者名錄》([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)), 以瞭解與藥房選擇和購買處方藥相關的詳細資訊。

第 5.2 節 承保藥物一個月供應量的費用

在初始承保階段, 您將以共付額或共保額的方式支付承保藥物分攤費用。

共付額或共保額的多寡取決於您所屬的分攤費用等級。

有時藥物費用低於您的共付額。在這些情況下, 您支付藥物的較低價格, 而非共付額。

當您購買承保的 D 部分藥物一個月供應量時所支付的費用：

等級	零售分攤費用 (網絡內) (最多 30 天供應量)	標準郵購 分攤費用 (網絡內) (最多 30 天供應量)	首選郵購分攤 費用 (網絡內) (最多 30 天供應量)	長期護理 (LTC) 分攤費用 (網絡內) (最多 31 天供應量)	*網絡外分攤費用 (承保僅限於特定 情況; 請參閱 第 5 章以瞭解詳 情。)(最多至 30 天供應量)
分攤費用 第 1 級 首選非品牌 藥物	\$0	\$10	\$0	\$0	\$0
分攤費用 第 1 級 胰島素	0%	25%, 最高 \$10	0%	0%	0%
分攤費用 第 2 級 非品牌藥物	\$5	\$20	\$5	\$5	\$5
分攤費用 第 2 級 胰島素	25%, 最高 \$5	25%, 最高 \$20	25%, 最高 \$5	25%, 最高 \$5	25%, 最高 \$5

等級	零售分攤費用 (網絡內) (最多 30 天供應量)	標準郵購分攤費用 (網絡內) (最多 30 天供應量)	首選郵購分攤費用 (網絡內) (最多 30 天供應量)	長期護理 (LTC) 分攤費用 (網絡內) (最多 31 天供應量)	*網絡外分攤費用 (承保僅限於特定情況；請參閱第 5 章以瞭解詳情。)(最多至 30 天供應量)
分攤費用 第 3 級 首選品牌	\$47	\$47	\$47	\$47	\$47
分攤費用 第 3 級 胰島素	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35
分攤費用 第 4 級 非首選藥物	26%	26%	26%	26%	26%
分攤費用 第 4 級 胰島素	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35
分攤費用 第 5 級 特殊等級	25%	25%	25%	25%	25%
分攤費用 第 5 級 胰島素	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35	25%，最高 \$35
* 當您向網絡外藥房購買承保的處方藥時，您需要支付網絡內分攤費用 (列示於網絡外分攤費用欄中)，加上網絡內費用和網絡外費用之間的差額。					

並非所有層級都包含胰島素。請參閱您的處方藥指南以確認胰島素承保範圍。

請參閱本章第 8 節以瞭解更多有關 D 部分疫苗分攤費用的資訊。

第 5.3 節 如果醫生處方的藥量不足一整個月，您可能無需支付整個月的藥物費用

一般來說，您為藥物支付的金額包括一整個月供應量。可能有時您或您的醫生會希望您的藥物供應量少於一個月 (例如：當您首次嘗試服用某一種藥物時)。若這對您安排計劃續藥日期有幫助，您也可以請您的醫生開立處方，並由藥劑師配給您不足一整個月的供應量。

如果您收到的特定藥物不滿一整個月的供應量，就不必支付一整個月供應量的費用。

- 如果您需負責支付共保額，則會支付藥物總費用的一定百分比。由於共保額是根據藥物的總費用而定，因此您的費用將會較低，因為藥物的總費用會較低。

- 如果您需負責支付藥物的共付額，您只需支付您所獲得供應量的實際天數 (而非整個月) 的費用。我們將會計算您每天所支付的藥物費用金額 (日常費用分攤率)，再乘以您所獲得的供應量實際天數。

第 5.4 節

您的承保 D 部分藥物長期供應量 (最多 100 天) 費用

某些藥物可以獲得長期供應 (也稱為延長供應)。長期供應最多提供 100 日供應量。

計劃認為不符合條件的特殊藥物或其他藥物不符合延長供應的條件。請參閱您的《藥物指南》，以瞭解有哪些藥物受到限制。

下表顯示您應為長期藥物供應量所支付的費用。

- 有時藥物費用低於您的共付額。在這些情況下，您支付藥物的較低價格，而非共付額。

當您購買承保的 D 部分藥物長期供應量時所支付的費用：

等級	零售分攤費用 (網絡內) (最多 100 天供應量)	標準郵購分攤 費用 (網絡內) (最多 100 天供應量)	首選郵購分攤費用 (網絡內) (最多 100 天供應量)
第 1 級分攤費用等級 首選非品牌	\$0	\$30	\$0
第 1 級分攤費用等級 胰島素	0%	25%，最高 \$30	0%
第 2 級分攤費用等級 非品牌藥物	\$15	\$60	\$0
第 2 級分攤費用等級 胰島素	25%，最高 \$15	25%，最高 \$60	0%
第 3 級分攤費用等級 首選品牌	\$141	\$141	\$131
第 3 級分攤費用等級 胰島素	25%，最高 \$105	25%，最高 \$105	25%，最高 \$95
第 4 級分攤費用等級 非首選藥物	26%	26%	26%
第 4 級分攤費用等級 胰島素	25%，最高 \$105	25%，最高 \$105	25%，最高 \$105
第 5 級分攤費用等級 特殊等級	第 5 級的藥物不適用於長期供應。		

並非所有層級都包含胰島素。請參閱您的處方藥指南以確認胰島素承保範圍。

第 5.5 節 您一直留在初始承保階段，直到您的年度自付費用達到 \$2,100

您會一直處於初始承保階段，直到您的總自付費用達到 **\$2,100**。接著您會進入重大傷病保險階段。

針對 Medicare 處方藥計劃通常不給付的部分處方藥，我們提供額外給付。為這些藥物支付的費用不會計入您的總自付費用。

我們寄給您的 *SmartSummary* 會幫助您追蹤年度內您與我們的計劃，以及任何第三方為您支付了多少費用。並非所有會員在一年內都會達到 **\$2,100** 的自付費用上限。

如果您達到此限額，我們會告知您。關於 Medicare 如何計算自付費用，詳情請參閱第 1.3 節。

第 6 節 重大傷病保險階段

在重大傷病保險階段，您無需為承保的 D 部分藥物支付任何費用。當您在一個日曆年的自付費用達到 **\$2,100** 的限額之後，您就有資格進入重大傷病保險階段。一旦您進入重大傷病保險階段，您會一直處於這個付款階段，直到本日曆年度結束。

- 在此付款階段，您無需為承保的 D 部分藥物以及我們增強福利承保的排除藥物支付任何費用。

第 7 節 額外福利資訊

我們的計劃提供以下額外的福利：

- 特定勃起障礙藥物會根據地點涵蓋在第 1 等級分攤費用內
- 特定處方維他命會根據地點涵蓋在第 1 等級分攤費用內

一旦您進入重大傷病保險階段，您無需為這些藥物支付任何費用。

請參閱您的《藥物指南》，瞭解我們提供額外保險的處方藥資訊，如有任何問題請致電客戶服務部。可能適用配藥限制。

第 8 節 您所需支付的 D 部分疫苗費用

關於您為疫苗支付費用的重要訊息 - 有些疫苗被視為醫療福利，並在 B 部分承保。其他疫苗則視為 D 部分藥物。這些疫苗列在我們計劃的《藥物指南》中。我們的計劃會免費承保大多數的 D 部分成人疫苗，即使您尚未支付免賠額亦是如此。如需特定疫苗承保範圍及分攤費用詳細資訊，請參閱計劃的《藥物指南》或聯絡客戶服務部。

我們的 D 部分疫苗保險分為 2 個部分：

- 第一部分是**疫苗本身**的費用。
- 第二部分是**為您注射疫苗**的費用。(有時稱為疫苗注射費。)

第 6 章 您所需支付的 D 部分藥物費用

您為 D 部分疫苗支付的費用取決於 3 個因素：

1. 該疫苗是否由名為 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 的組織建議用於成人。

- 大多數成人 D 部分疫苗皆是由 ACIP 所建議，您無需支付任何費用。

2. 您在何處接種疫苗。

- 疫苗本身可由藥房或醫生診所提供。

3. 誰為您注射疫苗。

- 藥劑師或其他服務提供者可在藥房給予疫苗，或服務提供者可在醫生診所施打。

您接種 D 部分疫苗時所需支付的費用，可能會因情況和您所處的**藥物付款階段**而異。

- 當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身以及服務提供者為您接種疫苗的全額費用。您可以要求我們的計劃給付分攤費用。對於大多數的成人 D 部分疫苗，這表示您支付的費用將獲得全額補償。
- 其他時候，當您接種疫苗時，您只需支付 D 部分福利的分攤費用。對於大多數的成人 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。

以下是您可能如何接種 D 部分疫苗的三个範例。

第 1 種情況：您在網絡內藥房接種 D 部分疫苗。(您是否可以這麼做視您的居住地區而定。有些州不允許藥房施打特定疫苗。)

- 對於大多數的成人 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您將向藥房支付疫苗本身的共保額或共付額，其中包括為您接種疫苗的費用。
- 我們的計劃將會給付剩下的費用。

第 2 種情況：您在醫生診所接種 D 部分疫苗。

- 當您接種疫苗時，您可能須要支付疫苗本身以及提供者為您接種疫苗的全額費用。
- 然後，您可以使用第 7 章中描述的程序要求本計劃給付分攤費用。
- 對於大多數的成人 D 部分疫苗，將會補償您所支付的全部金額。對於其他 D 部分疫苗，您所獲得的補償金額是您所支付的金額扣除疫苗 (包括施打) 之任何共保額或共付額，再扣除醫生診療費與計劃一般給付費用的差額。(如果您獲得「額外幫助」，我們將補償差額。)

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

- 對於大多數的 D 部分成人疫苗，您無需為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您將向藥房支付疫苗本身的共保額或共付額。

第 6 章 您所需支付的 D 部分藥物費用

- 若由醫生為您接種疫苗，您可能需要支付這項服務的全部費用。
- 然後，您可以使用第 7 章中描述的程序要求本計劃給付分攤費用。
- 對於大多數的成人 D 部分疫苗，將會補償您所支付的全部金額。對於其他 D 部分疫苗，您所獲得的補償金額是您所支付的金額扣除疫苗施打之任何共保額，再扣除醫生診療費與計劃一般給付費用的差額。(如果您獲得「額外幫助」，我們將補償差額。)

第 7 章： 要求我們攤付承保醫療服務或藥物的帳單

第 1 節 何時可以要求我們給付承保的服務或藥物的分攤費用

當您接受醫療照護或領取處方藥時，有時您可能需要支付全額費用。還有些時候，您可能會發現根據我們計劃的保險規定，您支付的金額超出預期，或者您可能會收到來自提供者的帳單。在這些情況下，您都可以要求本計劃將費用補償給您（「償還」）。每當您為計劃承保的醫療服務或藥物所支付的費用高於您應該支付的分攤費用時，您都有權要求我們償還您。您可能必須符合期限才能獲得償還費用。請前往本章第 2 節。

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

您可能需要要求我們償還您或為您支付帳單的情況範例：

1. 您獲得計劃網絡外提供者提供的急診或緊急醫療照護

您在服務區之外，無論服務提供者是否在我們的計劃網絡內，您都可以接受他們提供的急診或急需服務。在這些情況下，

- 您僅需負責支付您的急診或急需服務分攤費用。急診提供者依法必須提供急診/突發護理。如果您在接受治療時支付了全額費用，要求我們償還我們的分攤費用。請將帳單連同您所支付的費用證明文件一起寄給我們。
- 您可能會收到提供者寄給您的帳單，要求您支付您認為不應該支付的費用。請將帳單連同您已支付費用的證明文件一起寄給我們。
 - 如果還欠提供者一些費用，我們會直接給付。
 - 如果您已經支付超過您的分攤費用，我們會決定您積欠的金額，並將我們的分攤費用償還給您。

2. 當網絡內提供者寄給您帳單，要求您支付您認為不應該支付的費用時

網絡內提供者應該直接將帳單寄給本計劃，只要求您支付您的分攤費用。但是有時他們可能出錯而要求您支付多於您的分攤費用。

- 當您接受我們的承保服務時，您只需要支付您的分攤費用。我們不允許提供者另行增收額外費用，稱為**差額計費**。即使我們支付給提供者的金額少於他們所收的服務費用，以及由於我們未支付特定的提供者費用而產生糾紛，此項保護措施（您不需支付超過您分攤費用的金額）都適用。
- 每當您收到計劃網絡內提供者的帳單，要求您支付超過您應該支付的金額時，請將帳單寄給我們。我們將與提供者直接聯繫並解決帳單問題。

第 7 章 要求我們攤付承保醫療服務或藥物的帳單

- 如果您已經支付網絡內提供者帳單金額，但認為支付過多，請將帳單連同您支付金額的證明文件一起寄給我們，要求我們償還您已支付的金額與您按計劃規定應付金額的差額。

3. 如果您追溯投保我們的計劃

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

如果您追溯投保我們的計劃，並且在投保之後支付了任何承保服務或藥物的自付費用，您可以要求我們償還計劃的分攤費用。您需要提交收據和帳單等書面文件，以便我們處理償還。

4. 當您向網絡外藥房購買處方藥時

如果您至網絡外藥房，藥房可能無法直接向我們提出索賠。這時，您必須支付處方藥的全額費用。

請妥善保存您的收據，並在向我們申請退款以要求我們支付應付分攤費用時，將收據影本寄給我們。請記住，我們只在有限的情況下承保網絡外藥房。請前往第 5 章第 2.5 節瞭解有關這些情況的更多資訊。我們可能不會退還您在網絡外藥房支付藥物的費用與我們承保的網絡內藥房的藥物費用之間的差額。

5. 由於您沒有攜帶本計劃會員卡而支付了處方藥的全額費用

如果您沒有隨身攜帶計劃會員卡，您可以要求藥房致電我們，或查閱我們的計劃投保資訊。如果藥房無法立即取得所需的投保資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用。

請妥善保存您的收據，並在向我們申請退款以要求我們支付應付分攤費用時，將收據影本寄給我們。如果您支付的現金價格高於我們為處方所協商的價格，我們可能不會退還您支付的全額費用。

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用

如果處方藥由於某種原因並未獲得承保，您可能需要支付藥物的全額費用。

- 例如，藥物不在我們計劃的《藥物指南》中；或者可能有一些您不清楚或認為不適用於您的規定或限制。如果您想立即購買藥物，您可能需要支付全額費用。
- 申請費用補償時，請保存您的收據，然後將影本寄給我們。有些情況下，我們需要向您的醫生要求更多資訊，以便償還您計劃的分攤費用。如果您支付的現金價格高於我們為處方所協商的價格，我們可能不會退還您支付的全額費用。

當我們收到您的付款要求時，會審查您的要求並裁定該服務或藥物是否應該給付。這稱為做出**承保決定**。如果我們裁定該服務或藥物應該受到給付，我們會支付該服務或藥物費用中我們應該分攤的部分。如果我們否決您的付款要求，您可以對這項決定提出上訴。關於如何提出上訴，請參閱第 9 章。

第 2 節 如何要求我們償還您或支付您所收到的帳單

您可以透過向我們發送書面請求以要求我們償還給您。如果您以書面方式寄送要求，請將您支付的任何帳單與文件寄出。最好將您的帳單和支付費用的收據複印一份留底。您必須在接受服務、物品或 B 部分藥物之日起 **12 個月內向我們提交您的 C 部分 (醫療和牙科) 索賠申請**。您必須在收到藥物之日起 **36 個月內向我們提交 D 部分 (處方藥) 索賠申請**。

第 7 章 要求我們攤付承保醫療服務或藥物的帳單

為確保您提供我們做出決定所需的一切資訊，您可以填寫我們的索賠表格以提出付款要求。

- 您不一定要使用此表格，但這有助於我們更快處理資訊。我們做決定時所需要的資料如下所列。由於在某些情況下，我們可能需要其他資訊來做出補償決定，因此強烈建議您提供其他可支援您的要求的資訊。
 - 您的姓名和 Humana 會員卡的會員 ID
 - 您的收據或其他付款證明
 - 服務提供者提供的明細帳單，顯示所提供的服務並包含以下資訊。如果資訊未包含在服務提供者的明細帳單中，您需要與服務提供者聯絡以索取該資訊。
 - > 所提供服務的服務日期
 - > 服務提供者或供應商的名稱、地址、國家提供者識別碼 (NPI) 和稅籍編號 (TIN)
 - > 如果服務是由其他服務提供者開立或將您轉介至執行服務的提供者，則需提供該開立/轉介提供者的名稱、地址、NPI 及 TIN
 - > 所提供每項服務或供應的說明，以及下列服務代碼：
 - ~ 營收代碼 (如適用)
 - ~ 相關的 CPT 和 HCPCS 代碼
 - > 所提供每項服務的費用
 - > 疾病或傷害說明與診斷代碼
 - > 治療地點
 - 您或您的法定代表簽名
- 您可以從我們的網站 (<https://www.humana.com/member/documents-and-forms>) 下載表單副本，或致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 索取表格。

請將您的支付要求連同帳單或者已付收據寄到以下地址：

申請醫療和牙科服務款項：

Humana
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

要求支付 D 部分藥物：

Humana
P.O. Box 14140
Lexington, KY 40512-4140

第 3 節 我們將會考慮並決定是否同意您的給付要求

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

- 如果我們決定醫療照護或藥物可獲得承保，或者您已遵守所有的規定，我們將會給付計劃的分攤費用。我們的分攤費用可能不是您支付的全部金額 (例如，如果您在網絡外藥房購買藥物，或您為某種藥物支付的現金價格高於我們協商的價格)。如果您已經支付醫療照護或藥物的費用，我們會將計劃的分攤費用寄還給您。如果您還未支付這些費用，我們會將費用直接寄給服務提供者。

- 如果我們決定醫療照護或藥物不能獲得承保，或者您並未遵守所有的規定，我們將不會給付計劃的分攤費用。我們會寄一封信給您，說明我們為什麼不償還費用，以及您對我們的決定提出上訴的權利。

第 3.1 節	如果我們拒絕給付醫療照護或藥物的全額或部分費用，您有權提出上訴
----------------	--

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

第 8 章： 您的權利與義務

第 1 節 本計劃必須尊重您的權利和文化敏感性

第 1.1 節 我們必須以適合您且與您的文化敏銳度一致的方式提供資訊 (英語以外的其他語言、點字、大字印刷本或其他替代格式等)

本計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化能力的方式提供給所有投保人，並可讓所有投保人利用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足，或是文化和種族背景多樣化的人士。我們的計劃如何符合這些無障礙要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或聽障專線 (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

我們的計劃提供免費口譯服務，為不會講英語的會員回答問題。如果您有需要，我們也可以免費提供盲文、大字印刷本或其他替代格式。我們必須以方便且適合您的方式為您提供關於我們計劃的福利資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。

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

如果我們計劃網絡內提供者無法提供專科服務，我們計劃有責任在網絡外找到可提供您必要照護的專科服務提供者。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現自己處於本計劃網絡中沒有涵蓋您所需服務的專科醫生的情況，請致電本計劃，瞭解何處可以網絡內分攤費用取得此服務。

如果您無法以方便且適合您的方式從我們的計劃獲取資訊、與婦女健康專科醫生會面或尋找網絡內專科醫生，請致電向 Humana Grievances and Appeals Dept. 提出申訴，請撥打 800-457-4708，聽障專線：711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 投訴，或者直接向民權辦公室 1-800-368-1019 或聽障專線 1-800-537-7697 投訴。

Sección 1.1 Debemos proveer la información de una manera que a usted le resulte útil y en conformidad con su sensibilidad cultural (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos

第 8 章 您的權利與義務

sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Atención al cliente.

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

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

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

第 8 章 您的權利與義務

第 1.1 節 我們必須以適合您且與您的文化敏銳度一致的方式提供資訊 (英語以外的其他語言、點字、大字印刷本或其他替代格式等)

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化能力的方式提供給所有投保人，並可讓所有投保人利用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足，或是文化和種族背景多樣化的人士。計劃如何符合這些利用要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或聽障人士 (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

我們的計劃提供免費口譯服務，為不會講英語的會員回答問題。如果您有需要，我們也可以免費提供盲文、大字印刷本或其他替代格式。我們必須以方便且適合您的方式為您提供關於計劃的福利資訊。若要以適合您的方式向我們取得資訊，請致電客戶服務部。

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

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

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

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保的服務和藥物

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

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

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

第 1.3 節 我們必須保護您的個人健康資訊隱私

聯邦和州法律保護您的病歷和個人健康資訊的隱私。我們按照這些法律規定保護您的個人健康資訊。受到尊重，認可其**尊嚴**，並享有隱私權的權利。

- 您的個人健康資訊包括當您投保本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的病歷和其他醫療健康資訊。

第 8 章 您的權利與義務

- 您擁有與您的資訊相關的權利，並可控制您的健康資訊的使用方式。我們給您一份稱為隱私慣例通知的書面通知，告知您這些權利並說明我們如何保護您的健康資訊隱私。

我們如何保護您的健康資訊隱私？

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

您可以查看您的記錄資訊並瞭解這些資訊如何與他人分享

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

您有權知道您的健康資訊如何基於任何非例行目的而與他人分享。

如果您對您的個人健康資訊隱私有任何疑問或疑慮，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障人士請致電 711)。

保險 ACE 隱私慣例通知

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

您的個人及健康資訊的隱私至關重要。除非您提出要求或投訴，否則您不需要做任何事。

本隱私慣例通知適用於所有隸屬於保險 ACE 的實體，所謂保險 ACE 是指 HIPAA 規範下的關聯涵蓋實體 (Affiliated Covered Entity)。ACE 是一組法律上彼此獨立而相互關聯的涵蓋實體，且基於遵守 HIPAA 之目的而自行指定為單一涵蓋實體。如需完整的 ACE 成員名單，請造訪 <https://humana.com/insuranceace>

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

什麼是非公開個人或健康資訊？

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

我們如何收集您的資訊？

我們會在您填寫申請表和表格時，收集您與家人的相關資訊。我們也會從您與我們、我們的關係機構或其他實體的往來活動中收集資訊。例如，我們接收的資訊可能來自各種醫療保健體系參與者，例如您的醫生或醫院、雇主或計劃管理員、徵信機構以及醫療資訊局。

第 8 章 您的權利與義務

我們會接收哪些關於您的資訊？

我們收到的資訊可能包括您的姓名、地址、電話號碼、出生日期、社會安全號碼、保費付款紀錄，以及您在我們網站上的活動。其中也包括您的醫療福利計劃、您的健康福利以及健康風險評估的相關資訊。

我們如何保護您的資訊？

我們有責任保護您的資訊隱私，無論是以電子和口頭資訊等任何形式。我們在行政、技術及實體方面均已制定預防措施，以各種方式保護您的資訊，包括：

- 對可獲得您資訊的人設限
- 對使用或公開您資訊的方式設限
- 告知涉及您資訊的我方法律職責
- 讓我們的員工接受隱私政策和方案的培訓

我們如何使用和公開您的資訊？

在以下情況下我們使用和公開您的資訊：

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

我們有權在下列情況使用和公開您的資訊：

- 對醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者提供和公開您的資訊，以便您能夠接受醫療照護。
- 用於付款交易，包括針對醫療保健服務提供者提供給您的承保的服務支付索賠款項，以及支付健康計劃的保費。
- 用於醫療保健營運活動，包括處理您的登記投保、回應您的查詢、協調您的照護、提高品質以及決定保費。
- 用於進行承保活動。不過，我們不會使用基因測試的任何結果，或詢問關於家族病史的問題。
- 給您的計劃贊助商，允許他們履行計劃管理職能，例如資格認定、登記投保和退保。在特定情況下，我們會與您的計劃贊助商分享您的健康資訊概要。例如，讓您的計劃贊助商取得其他健保計劃的投標。您的詳細健康資訊不會提供給計劃保險商。我們會要求您的許可，或您的計劃贊助商必須證明其同意維護您資訊的隱私。
- 我們會就您可能感興趣的健康相關福利及服務、預約提醒或治療替代方法與您聯絡。如果您已選擇退出，我們將不會聯絡您。
- 如果我們無法與您溝通，例如在急診時，我們會與您的家人和朋友聯絡。
- 提供給您的親友，或其他任何您認識的人。如果該資訊直接涉及您的醫療保健或該照護付款相關者，則適用此規定。例如，如果一個家庭成員或看護者來電諮詢索賠問題，我們會確認索賠是否已經收到以及給付。
- 提供付款資訊給會員做為提交給 Internal Revenue Service 的證據。
- 如果我們認為會員的健康或安全存在嚴重威脅，我們將與公共衛生機構聯絡。
- 對於虐待、忽視或家庭暴力等問題，我們會與相關部門聯絡。
- 為了回應法院或行政命令、傳票、檢查要求或其他合法程序。
- 為了遵循法律執行、軍事規定和其他法律規定。
- 為了協助災難救助工作。
- 為了合規方案和健康監督活動。
- 為了履行我們根據工傷賠償法律或合約條款的義務。
- 為了避免對您和他人的健康或安全造成嚴重或即將發生的威脅。
- 在有限情況下作為研究用途，且前提為他們已採取適當措施保護您的隱私。
- 涉及器官、眼睛或組織的取得、儲存或移植事宜。
- 涉及驗屍官、法醫或葬禮主管。

第 8 章 您的權利與義務

特定資訊類型在使用和揭露方面的其他限制：

- 某些聯邦和州法律可能會限制特定敏感健康資訊的使用和揭露，例如：藥物濫用疾患、生物辨識資訊、兒童或成人虐待或疏忽 (包括性侵害)、傳染性疾病、基因資訊、愛滋病、心理健康、生殖健康，以及性傳染病。
- 生殖健康資訊：我們不會使用或揭露任何資訊，來對尋求、獲取、提供或協助合法生殖醫療保健行為的相關人士進行調查 (或試圖追究其法律責任)。當政府機關 (或其他人) 要求提供可能涉及生殖醫療保健的相關資訊時，請求方必須出具經簽署的聲明書，確認該請求之目的並未違反生殖醫療保健資訊揭露之禁止規定。

我們是否會將您的資訊用於本公告描述用途以外的目的？

未經您的書面許可，我們不會基於本聲明所述原因以外的目的使用或揭露您的資訊。您可以隨時以書面形式通知我們取消您的許可。

以下用途和揭露需要您的書面許可：

- 大多數心理治療筆記的使用和公開
- 行銷目的
- 出售受保護的健康資訊

當您不再是我們的會員，我們如何處理您的資訊？

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

我對我的資訊擁有哪些權利？

我們致力於對您的權利請求作出及時的回覆

- 存取 - 若您的資訊可能被用來做出與您相關的決定，則您有權檢視並獲得此類資訊的副本。您也會收到此項健康資訊的摘要。依據適用法律要求，我們會將此個人資訊提供給您或您的指定代表。
- 不利承保決定 - 如果我們拒絕您的保險申請，您有權得知拒絕理由。
- 替代通訊 - 為了避免危及生命的情況，您有權以不同的形式或在其他地點接收資訊。如果您的要求合情合理，我們就會滿足您的要求。
- 修訂 - 您有權透過修改或刪除要求更正此個人資訊。在收到您的書面要求後 60 個營業日內，我們會通知您有爭議的資訊之修改或刪除，或是我們在進一步調查後拒絕進行該類修正。
- 如果我們拒絕修改或刪除爭議中的資訊，您有權向我們提交書面聲明，說明您不同意我們對爭議資訊的評估，以及您所認為的正確資訊。我們應讓任何及所有審查爭議資訊的對象都能存取此類聲明。*
- 揭露 - 您有權收到我們或我們業務夥伴公開您資訊的場合和具體實例清單。這不適用於治療、付款、健保計劃營運及特定其他活動。我們將保存資訊並為您提供資訊六年。如果您在 12 個月以內不只一次要求這份清單，我們可能會按成本向您收取合理的費用。
- 公告 - 您有權在任何時間要求並獲得本公告的書面副本。
- 限制 - 您有權要求限制資訊的使用或揭露方式。我們沒有義務同意限制，但如果我們同意限制，我們將遵守我們的協議。您也有權同意或終止先前提交的限制。

如果我認為我的隱私受到侵犯，我該怎麼辦？

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

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

我們支持您保護您個人健康資訊隱私的權利。

第 8 章 您的權利與義務

我們的責任

- 我們依法維護您受保護健康資訊的隱私與安全。
- 如果發生外洩情事，可能危及您的資訊隱私或安全，我們會立即告知您。
- 我們必須遵循本公告中所陳述的職責與隱私條例，並提供您一份副本。
- 未經您書面同意，我們不會依本文所述以外方式使用或分享您的資訊。向我們表示同意後，您仍可隨時改變心意。若您改變心意，請以書面告知我們。

我們有權變更此通知的條款，且此等變更適用於我們所持有關於您的一切資訊。

新版通知將應要求於我們的辦事處及我們的網站提供。

我如何行使自己的權利，或取得本公告的副本？

您可以透過取得適用的申請表行使您所有的隱私權。您可以透過以下方式取得表格：

- 致電 866-861-2762 聯絡我們
- 造訪我們的網站 **Humana.com**，點選「Privacy Practices」(隱私慣例) 連結
- 將填妥的申請表寄到：
Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

* 此權利根據 Massachusetts 麻薩諸塞州相關規定僅適用於麻州居民。

第 1.4 節 我們必須為您提供關於本計劃、其提供者網絡和承保服務等資訊

身為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的會員，您有權向我們取得幾種資訊。

如果您想要以下任何類型的資訊，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)：

- **關於本計劃的資訊。**舉例來說，這些資訊包括關於計劃財務狀況的資訊。
- **有關我們網絡內提供者和藥房的資訊。**您有權獲取我們網絡內提供者和藥房的資格，以及我們如何給付網絡內提供者的資訊。
- **關於承保範圍的資訊以及您在使用保險時必須遵守的規定。**第 3 章和第 4 章提供醫療服務的相關資訊。第 5 章和第 6 章提供關於 D 部分藥物承保的資訊。
- 我們提供專門方案，著重健康維持、健康風險的初期確認偵測、在各照護階段皆能以安全且有效的方式取得照護的保障，以及慢性病症管理。我們的醫護管理方案為醫療情況複雜或是已住院的會員提供支援服務。Humana 照護管理團隊可以協助您理解醫療保健系統並協調您的照護。我們備有方案以幫助人們管理如糖尿病、充血性心臟衰竭、慢性阻塞性肺病 (COPD) 和其他疾病等病症。此外，Humana 照護管理團隊也能協助協調照護和福利。這些方案皆屬自願性質。如果您符合資格且獲得這些方案的通知，我們鼓勵您參與方案，因為大多數的會員都認為照護管理很有助益。您可通知您的醫療保險經理以隨時選擇終止。如果您想深入瞭解這些健康方案，請致電護理師諮詢專線 1-800-491-4164，或聽障專線 711。

第 8 章 您的權利與義務

- **關於某些項目未獲得承保的原因及您可以怎麼做的資訊。**第 9 章提供要求書面解釋為何不承保醫療服務或 D 部分藥物，或您的保險受到限制的相關資訊。第 9 章也提供有關要求我們改變決定，也稱為上訴的資訊。

第 1.5 節 您有權瞭解您的治療選擇並參與決定您的照護

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

您也有權充分參與決定您的醫療保健。為了幫助您與您的醫生做出最適合您的治療決定，您享有以下權利：

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

如果您無法為自己作出醫療決定，您有權指示該怎麼做

有時候人們會因為意外或重病而無法為自己作出醫療保健的決定。若發生此情況，您有權表明您想要怎麼做。這代表如果您想，您可以：

- 填寫書面表格，指定**他人成為您的合法代表，一旦您無法為自己做決定時，代替您做醫療決定。**
- **提供給醫生的書面指示**，說明如果您無法自己做決定時，希望醫生如何處理您的醫療照護。

在發生這些情況之前，用來提前下達您指示的法律文件稱為**預先醫療指示**。如**生前遺囑**和**醫療保健委任授權書**等文件都是預先醫療指示的例子。

如何制定預先醫療指示以下達指示：

- **取得表格。**您可以向您的律師、社會工作者或一些辦公用品商店取得表格，準備一份預先醫療指示。有時候您可以從提供 Medicare 資訊的機構取得預先醫療指示表格。您也可以致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711) 索取表格。
- **填寫表格並且簽名。**無論您從何處取得表格，這都是一份法律文件。考慮請一名律師幫您準備。
- **將表格副本提供給適當的人員。**給您的醫生以及您在表格上指名為您無法作決定時替您作決定的人一份副本。您可能會想給好友或家人一份副本。在家中保留副本。

第 8 章 您的權利與義務

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

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

您可以選擇填寫預先醫療指示 (包括如果您在醫院，是否要簽署一份)。按照法律規定，任何人都不能因為您是否簽署預先醫療指示而拒絕為您提供照護或歧視您。

如果您的指示未被遵循

如果您簽署了預先醫療指示，但您認為醫生或醫院沒有遵循其中的指示，您可以向您所在州的品質改進組織 (QIO) 提出投訴。您可在此文件背面的「附錄 A」中找到聯絡資訊。

第 1.6 節 您有權提出投訴，並要求我們重新考慮我們所作的決定

Humana 採用一種「資源使用管理」(UM) 流程，以確認服務或治療是否根據您的保險福利計劃獲得承保及適當給付。Humana 不獎勵或提供金錢激勵給醫生、其他人或 Humana 員工以拒絕接受承保或鼓勵減少服務。事實上，Humana 與您的醫生和其他提供者共同合作，以確保您的病症得到最適當的照護。關於資源使用管理如果您有疑問或顧慮，在正常營業時間每天至少八小時，工作人員都可提供服務。Humana 為英語非母語的會員免費提供語言翻譯服務，以回答與「使用管理」有關的問題。會員請致電 800-457-4708 (聽障專線：711)。

Humana 會持續決定是否承保新的醫療處置和器材。方法是檢閱同儕評論的醫學文獻並諮詢醫學專家，以瞭解新技術是否安全有效。Humana 也依賴 Medicare 和州醫療補助服務中心 (CMS) 的指導，該中心通常就新的醫療程序或設備提出全國性的保險決定。

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

第 1.7 節 如果您認為自己受到不公平對待或您的權利沒有得到尊重

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

如果您認為您受到不公平對待或您的權利沒有得到尊重，**而且並非關於歧視**，對於所遇到的問題您可以從下列地點取得協助：

- **致電客戶服務部** 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。
- **致電您當地的 SHIP。**您可以在本文件背面的「附錄 A」中找到電話號碼和網站 URL。
- **致電 Medicare：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048)。

第 8 章 您的權利與義務

第 1.8 節 如何深入瞭解您的權利

從這些地方取得有關您的權利的詳細資訊：

- **致電我們計劃的客戶服務部：**800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。
- **致電您當地的 SHIP。**您可以在本文件背面的「附錄 A」中找到電話號碼和網站 URL。
- **聯絡 Medicare。**
 - 造訪 www.Medicare.gov 閱讀出版物《Medicare 權利和保護》(可在以下網址取得：www.Medicare.gov/Medicare-Rights-and-Protections)
 - 撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048)。

第 2 節 您身為本計劃會員的義務

下面列出您身為本計劃會員所需要做的事。若有任何疑問，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障人士請致電 711)。

- **熟悉您的承保服務和您獲得這些承保服務必須遵守的規定。**使用本《承保證明》，瞭解承保項目為何，以及必須遵守哪些規則才能獲得承保的服務。
 - 第 3 章和第 4 章詳細說明醫療服務。
 - 第 5 章和第 6 章詳細說明 D 部分處方藥承保。
- **如果您除了我們的計劃之外還有任何其他醫療保險或藥物承保，您必須告訴我們。**第 1 章說明協調這些福利的相關事項。
- **告訴您的醫生和其他醫療保健服務提供者，您投保我們的計劃。**每次獲得醫療照護或 D 部分藥物時，請出示本計劃會員卡。
- **提供資訊給您的醫生和其他提供者、提出問題並堅持您的治療，協助他們來幫助您。**
 - 為幫助獲得最佳照護，請向您的醫生和其他醫療保健服務提供者告知您的健康問題。遵守您和醫生一起同意的治療計劃和指示。
 - 確保您的醫生知道您正在服用的所有藥物，包括 Over-the-counter 藥物、維他命和補充劑。
 - 如果您有任何問題，請務必詢問並取得您可以理解的答案。
- **為他人著想。**我們希望我們的會員尊重其他患者的權利。我們也希望您的行為舉止有助於您的醫生診所、醫院和其他辦公室平穩運作。
- **支付您的欠款。**身為計劃會員，您有責任支付這些款項：
 - 您必須繼續支付 Medicare B 部分的保費，才能保有計劃會員的資格。

第 8 章 您的權利與義務

- 對於您獲得我們計劃承保的大多數醫療服務或藥物，您必須支付您的分攤費用。
- 如果您被要求支付推遲入保罰金，您必須支付罰款才能繼續享有藥物承保。
- 如果您由於年收入而需要支付額外的 D 部分金額，您必須持續將額外的金額直接支付給政府，以保有計劃的會員身份。
- **如果您是在我們的服務區以內搬遷，我們還是需要知道**，這樣才能保持您的會員記錄並知道如何與您聯絡。
- **如果您搬到我們的計劃服務區域以外，您就不能繼續投保我們的計劃。**
- **如果您搬家了，請您告知社會安全局 (或 Railroad Retirement Board)。**
- **有權對組織的會員權利和責任政策提出建議。**

第 9 章： 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴)

第 1 節 如果您存有疑問或顧慮該怎麼做

本章說明處理疑問和顧慮的 2 種流程：

- 對於某些問題，您需要使用**申請給付裁定和提出上訴的流程**。
- 對於其他問題，您需要使用**投訴程序** (也稱為申訴)。

這兩種流程都已經獲得 Medicare 的核准。我們和您都必須遵守各項流程中的一系列規定、程序和期限要求。

本章資訊可協助您判斷應使用的正確程序，以及該怎麼做。

第 1.1 節 法律術語

本章說明一些規定、程序和各類型時限要求的法律術語。多數人對許多這些術語都不熟悉。為了讓事情更簡單，本章使用大家更熟悉的詞彙來取代部分法律術語。

然而，有時瞭解正確的法律術語還是很重要的。為了幫助您瞭解應使用哪些術語來取得適當的協助或資訊，我們在詳細說明處理特定類型的情況時，納入了這些法律術語。

第 2 節 可於何處獲得更多資訊及個人化的協助

我們隨時為您提供幫助。即使您對我們的對待方式有投訴，我們仍有義務實踐您的投訴權利。請務必聯絡客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 尋求協助。有些情況下，您可能也希望從與我們無關聯的組織處獲得幫助或指導。有兩個組織可以協助您：

州健康保險協助方案 (SHIP)

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

SHIP 的顧問服務免費。您可以在本文件背面的附錄 A，找到電話號碼和網站 URL。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求幫助。

- 請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線使用者請撥打：1-877-486-2048。
- 請造訪 www.Medicare.gov。

第 3 節 您的問題應當使用何種流程來處理？

您的困難或顧慮是否與福利或承保範圍相關？

包括醫療照護 (醫療項目、服務和/或 B 部分藥物) 是否承保、以何種方式承保, 以及與醫療照護付款相關的問題。

是。

請參閱第 4 節「承保決定和上訴指南」。

否。

前往第 10 節「如何針對照護品質、等候時間、客戶服務或其他事宜進行投訴」。

承保決定和上訴

第 4 節 承保決定與上訴指南

承保決定和提出上訴處理與您的福利及您的醫療照護保險 (服務、項目及 B 部分藥物, 包括付款) 相關問題。為了簡單起見, 我們一般會將醫療項目、服務和「Medicare B 部分藥物」視為**醫療照護**。針對某個項目是否承保, 以及其承保方式的問題, 您可以使用保險決定和上訴程序。

在取得服務之前, 要求給付裁定

取得醫療照護之前, 如果您希望瞭解我們是否承保, 您可以要求我們為您作出承保決定。承保決定是我們就您的福利和保險, 或我們為您的醫療照護給付之金額所作決定。例如, 如果我們計劃網絡內的醫生將您轉介給網絡外醫療專科醫生, 此轉診被視為有利於您的承保決定, 除非您或您的網絡內醫生可以證明您已收到此醫療專科醫生的標準拒絕通知, 或《承保證明》明確表示所轉介的服務在任何情況下都不承保。如果您的醫生不確定我們是否承保特定的醫療服務, 或拒絕提供您認為必要的醫療照護, 您或您的醫生可以聯絡我們, 要求承保決定。

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

每當我們決定承保內容及我們所給付的金額時, 即是作出承保決定。某些情況下, 我們可能決定不承保醫療照護, 或您不再受到承保。如果您對保險決定有異議, 可以提出上訴。

提出上訴

如果我們作出承保決定, 無論是在您獲得福利之前或之後, 但是您不滿意, 您可以對決定提出**上訴**。上訴是正式要求我們重新審查並變更已作出的承保決定。在某些情況下, 您可以請求加速或**快速上訴**給付裁定。由未參與原本給付裁定的其他審查員處理您的上訴。

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

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

如果我們拒絕您醫療照護的全部或部分 1 級上訴，您的上訴將自動進入獨立審查組織執行的 2 級上訴，而該組織與我們無關。

- 您不需要做任何事就能開始 2 級上訴。如果我們不完全同意您的 1 級上訴，Medicare 規定要求我們將您的醫療照護上訴自動送至 2 級上訴。
- 請前往**第 5.4 節**瞭解更多醫療照護的 2 級上訴相關資訊。
- 第 6 節將進一步討論 D 部分上訴。

如果您對 2 級上訴的決定不滿意，您可能可以繼續進行更高級的上訴 (本章解釋了 3 級、4 級和 5 級上訴程序)。

第 4.1 節 獲得申請承保決定或提出上訴方面的幫助

如果您決定要求任一種給付裁定，或對裁定提出上訴，以下是一些資源：

- **致電客戶服務部** 800-457-4708 (聽障專線使用者請撥 711)。
- 您可以從 State Health Insurance Assistance Program **獲得免費幫助**。
- **您的醫生可以為您提出要求**。如果您的醫生幫助您進行超過 2 級上訴，將需要指定他們擔任您的代表。請致電客戶服務部，號碼為 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 並索取任命代表表格。(該表格也可在 Medicare 的網站 www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 <https://www.humana.com/member/documents-and-forms> 上取得)。
 - 對於醫療照護或 B 部分藥物，您的醫生可代表您申請承保決定或提出 1 級上訴。若您的上訴在 1 級時遭到駁回，上訴會自動轉送至 2 級。
 - 對於 D 部分藥物，您的醫生或其他處方者可以代表您要求承保決定或提出第 1 級上訴。如果您的 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方開立者可以提出 2 級上訴。
- **您可以請他人代表您採取行動**。您可以指定他人作為您的代表採取行動，要求承保決定或提出上訴。
 - 如果您希望朋友、親戚或其他人擔任您的代表，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 並索取任命代表表格。(該表格也可在 Medicare 的網站：www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站：<https://www.humana.com/member/documents-and-forms> 上取得)。此表賦予此人代表您採取行動的許可權。您和您希望代表您採取行動的人必須都在表格上簽字。您必須給我們一份已簽字的表格副本。
 - 雖然我們可以在沒有上訴表的情況下接受上訴請求，但在我們收到上訴表前，我們無法完成審查。如果我們在對您的上訴作出決定的截止日期內未收到該表，您的上訴請求將被撤銷。如果發生這種情況，我們會寄送書面通知給您，說明您有權要求獨立審查組織審查我們駁回您的上訴的決定。

- **您也有權聘請律師。**您可以聯絡您的律師，或從當地的律師協會或其他諮詢服務處獲得律師資訊。如果您符合條件，也可以獲得團體的免費法律服務。然而，**您並不一定要聘請律師**才能要求任何種類的承保決定或對決定提出上訴。

第 4.2 節 不同情況的規定和時限

有 4 種不同情況涉及給付裁定和上訴。每種情況都有不同的規定和時限。我們會詳細說明各種情況：

- **第 5 節：醫療照護：**如何要求做出保險決定或提出上訴
- **第 6 節：D 部分藥物：**如何要求做出保險決定或提出上訴
- **第 7 節：**如果您認為您的出院時間過早，如何要求我們承保更長的住院治療
- **第 8 節：**如果您認為您的給付過早終止，如何請求本項計劃繼續給付特定的醫療服務 (僅適用於以下服務：家庭醫療保健、專業護理機構照護和綜合門診復健設施 (CORF) 服務)

如果您不確定適用於您的資訊，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711)。您也可以從您的 SHIP 取得協助或資訊。

第 5 節 醫療照護：如何要求做出保險決定或提出上訴

第 5.1 節 當您獲得醫療保險時遇到困難，或您希望我們償還分攤費用時該怎麼做

醫療福利表的第 4 章說明了您的醫療照護福利。在某些情況下，B 部分藥物的要求適用不同的規定。在這些情況下，我們將解釋 B 部分藥物的規定與醫療項目和服務的規定有何不同。

本節說明當您處於下述 5 種情況中時該怎麼做：

1. 您沒有獲得您希望得到的特定醫療照護，而且您認為我們的計劃應承保這項照護。**要求給付裁定。第 5.2 節。**
2. 我們的計劃未批准您的醫生或其他醫療提供者希望給您的醫療照護，而且您認為我們的計劃應承保這項照護。**要求給付裁定。第 5.2 節。**
3. 您接受您認為應該在我們計劃承保範圍內的醫療照護，但是我們已經表示不支付該項照護的費用。**提出上訴。第 5.3 節。**
4. 您接受了您認為應該在我們計劃承保範圍內的醫療照護並已付費，您想要求本項計劃向您償付該項照護的費用。**請將帳單寄給我們。第 5.5 節。**
5. 您接到通知，我們先前核准且您目前接受的特定醫療照護保險將減少或終止，而且您認為減少或終止這項照護將傷害您的健康。**提出上訴。第 5.3 節。**

備註：如果遭到終止的給付包括醫院照護、家庭健康護理、專業護理機構照護或綜合門診復健設施 (CORF) 的服務，請參閱第 7 節和第 8 節。這些類型的照護適用特殊規定。

第 5.2 節 如何要求承保決定

法律術語：

當承保決定涉及您的醫療照護時，稱為**組織決定**。

快速保險決定稱為**加快決定**。

步驟 1: 決定您需要的是標準承保決定還是快速承保決定。

當醫療項目或服務需要事先授權時，標準承保決定通常是在 7 個曆日內做出，所有其他醫療項目和服務為 14 個曆日，B 部分藥物則為 72 小時。快速保險決定通常是在 72 小時內針對醫療服務做出的決定，或是為 B 部分藥物於 24 小時內作出的決定。您必須符合 2 項規定，才可以獲得快速承保決定：

- 您只能要求承保醫療項目和/或服務 (而非要求支付已經接受的項目和/或服務)。
- 只有當標準時限可能會對您的健康造成嚴重傷害，或傷害您重獲身體功能時，您才可以獲得快速承保決定。
- 如果您的醫生告知我們，您的健康狀況需要快速承保決定，我們將自動同意給您快速承保決定。
- 如果您個人要求快速承保決定而沒有醫生的支持，我們將判斷您的健康狀況是否需要我們做出快速承保決定。如果我們不核准快速給付裁定，我們會寄信給您，告知：
 - 說明我們將使用標準時限。
 - 說明如果您的醫生要求快速承保決定，我們將自動給您快速承保決定。
 - 說明您可以對我們作出的標準承保決定 (而不是您請求的快速承保決定) 提出快速投訴。

步驟 2: 要求我們的計劃作出給付裁定或快速給付裁定。

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

步驟 3: 我們考慮您的醫療照護保險要求，並給您答覆。

對於標準承保決定，我們使用標準時限。

這表示我們會在收到您針對需要事先授權的醫療項目或服務的請求後 7 個曆日內答覆您。如果您請求的醫療項目或服務不需要事先授權，我們會在收到您的請求後 14 個曆日內答覆您。如果您的要求是關於 B 部分藥物，我們將在收到要求後 72 小時內答覆您。

- **然而**，如果您請求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求是針對醫療物品或服務，**我們最多會再需要 14 個曆日**。如果我們要花更多天，我們將以書面方式告知您。如果您的要求是針對 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間來做決定。
- 如果您認為我們不應該花額外的時間，您可以提出快速投訴。我們會在做出決定後，盡快回覆您的投訴。(提出投訴的流程與承保決定和上訴的流程不同。請前往第 10 節以瞭解投訴相關資訊。)

對於快速給付裁定，我們使用快捷時限。

若您要求的是醫療項目或服務，快速承保決定代表我們將在 72 小時內答覆。若您要求的是 B 部分藥物，我們將在 24 小時內答覆您。

- **然而**，如果您請求更多時間，或者我們需要更多可能對您有利的資訊，如果您的請求是針對醫療物品或服務，**我們最多會再需要 14 個曆日**。如果我們要花更多天，我們將以書面方式告知您。如果您的要求是針對 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間來做決定。
- 如果您認為我們不應該花額外的時間，您可以提出快速投訴。(請前往第 10 節以瞭解投訴相關資訊。)一旦我們作出決定，將打電話通知您。
- 如果我們拒絕您的部分或全部要求，我們會寄一封信給您，以書面形式詳細說明我們拒絕的原因。

步驟 4: 如果我們拒絕您的醫療照護給付要求，您可以提出上訴。

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

第 5.3 節 如何提出 1 級上訴

法律術語：

向我們的計劃提出關於醫療照護承保決定的上訴稱為計劃**重新考慮**。

快速上訴也稱為**加速重新考慮**。

步驟 1: 決定您需要的是「標準上訴」或「快速上訴」。

對於 B 部分藥物標準上訴通常在 30 個曆日或 7 個曆日內提出。快速上訴通常會在 72 小時內提出。

- 如果您的上訴內容是關於我們針對護理所作的承保決定，您及/或您的醫生將需要決定您是否需要「快速上訴」。如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要「快速上訴」，我們將允許您快速上訴。
- 獲得快速上訴的條件與第 5.2 節中獲得快速承保決定的條件相同。

步驟 2: 要求我們的計劃提出上訴或快速上訴

- **如果您要提出標準上訴，請透過書面方式提出。**第 2 章有聯絡資訊。
- **如果您要提出快速上訴，請透過書面或致電方式提出。**第 2 章有聯絡資訊。
- 我們寄給您的承保決定書面通知上載有日期，**您必須在該日起 65 個曆日內提出上訴要求**。如果您錯過這個截止日期，但有正當的理由，提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括：您患有重大疾病而不能與我們聯絡，或我們提供您不正確或不完整的限期或要求上訴的資訊。
- **您可以索取與您的醫療決定相關的資訊副本。**您和您的醫生可以新增更多資訊以支持您的上訴。我們有權收取複印和郵寄費用。

步驟 3: 我們考慮您的上訴要求, 並給您答覆。

- 當我們的計劃審查您的上訴要求時, 我們會仔細審查您的所有資訊。我們透過審查以判斷在拒絕您的要求時, 是否遵守了所有規定。
- 如果需要, 我們將收集更多資訊, 可能會與您或您的醫生聯絡。

快速上訴的時限

- 針對快速上訴, 我們將在**接獲您的上訴後 72 小時內**答覆您。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆, 我們將會加快答覆。
 - 如果您請求更多時間, 或者我們需要更多可能對您有利的資訊, 如果您的請求是針對醫療項目或服務, **我們最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們要花更多天, 我們將以書面方式告知您。如果您的請求是針對 B 部分藥物, 我們不會花費額外的時間。
 - 如果在 72 小時內 (或如果我們花更多時間, 則在延長期結束之前) 我們沒有答覆您, 我們必須自動將您的要求送至 2 級上訴程序, 由獨立審查組織審查。第 5.4 節解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求**, 我們必須在收到您上訴後的 72 小時內, 授權或提供我們已經同意的保險。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**, 我們會自動將您的上訴送到獨立審查組織進行 2 級上訴。獨立審查組織收到您的上訴時, 將以書面方式通知您。

標準上訴的時限

- 若為標準上訴, 我們必須在收到您的上訴之後的 **30 個曆日**以內答覆您。如果您的請求是針對您尚未取得的 B 部分藥物, 我們將會在收到上訴的 **7 個曆日**內答覆您。如果因為您的健康狀況, 而需要我們快速答覆您, 我們將會加快回覆。
 - 如果您請求更多時間, 或者我們需要更多可能對您有利的資訊, 如果您的請求是針對醫療物品或服務, **我們最多會再需要 14 個日曆日**。如果我們要花更多天, 我們將以書面方式告知您。如果您的要求是針對 B 部分藥物, 我們不會花費額外的時間來做決定。
 - 如果您認為我們不應該花額外的時間, 您可以提出快速投訴。當您提交快速投訴時, 我們將在 24 小時內回覆您的投訴。(前往本章第 10 節瞭解更多投訴相關資訊。)
 - 如果我們沒有在截止日期 (或延長期間截止時) 內答覆您, 我們會將您的要求送至 2 級上訴, 由獨立審查組織審查上訴。第 5.4 節解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求**, 關於醫療項目或服務的請求, 我們必須在 30 個曆日內授權或提供我們已同意的保險, 關於 B 部分藥物的請求, 則必須在 **7 個日曆日**內授權或提供。
- **如果我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴**, 我們會自動將您的上訴送到獨立審查組織進行 2 級上訴。

第 5.4 節 2 級上訴程序

法律術語:

獨立審查組織的正式名稱為**獨立審查實體**。有時也稱為 **IRE**。

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

步驟 1: 獨立審查組織會審查您的上訴。

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

如果您已有 1 級快速上訴，那麼您也會有 2 級快速上訴。

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

如果您已有 1 級標準上訴，那麼您也會有 2 級標準上訴。

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

步驟 2: 獨立審查組織會答覆您。

獨立審查組織將會以書面告知您其決定及原因。

- **如果獨立審查組織同意您的部分或全部有關醫療項目或服務的要求**，我們必須在收到獨立審查組織對**標準要求**的決定後 **72 小時內** 授權醫療保險，或在 14 個曆日以內提供服務。若為**加速請求**，我們自獨立審查組織收到決定之日起有 **72 小時** 的時間。
- **如果獨立審查組織同意您的部分或全部 B 部分藥物的要求**，我們必須在收到審查組織對**標準要求**的決定後 **72 小時內**，授權或提供 B 部分處方藥。若為**加速請求**，我們自獨立審查組織收到決定之日起有 **24 小時** 的時間。
- **如果該組織拒絕了您的部分或全部上訴**，意味著其認同我們不應批准您的醫療照護保險要求 (或部分要求)。(這稱為**維持原判**或**駁回上訴**。)在這種情況下，獨立審查組織會寄信給您：
 - 解釋其決定。
 - 如果您醫療照護金額價值達到特定的最低值，會告知您有權提出 3 級上訴。您從獨立審查組織獲得的書面通知，將告訴您繼續上訴程序必須達到的金額。
 - 告訴您如何提出 3 級上訴。

步驟 3: 如果您的條件符合規定, 您可選擇是否繼續上訴。

- 2 級之後還有 3 個等級的上訴程序 (共有 5 個上訴等級)。如果您決定提出 3 級上訴, 在 2 級上訴後您收到的書面通知中包括如何採取行動的詳細資訊。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。第 9 節會說明 3 級、4 級、5 級上訴的程序。

第 5.5 節 若您是要我們給付您已接受的醫療照護的分攤費用

第 7 章說明您可能需要申請給付或需要支付提供者帳單的時候。其中也包括如何寄給我們要求我們付款的文件。

要求補償是向我們要求保險決定

如果您寄只本文件給我們請求補償, 您則是要求作出承保決定。為了作出決定, 我們將查看您付費的醫療照護是否在承保範圍內。我們也將檢查您是否遵守使用醫療照護給付的規定。

- **如果我們同意您的要求:** 如果醫療照護為承保服務, 且您遵守了所有規定, 我們在收到您要求後通常 30 個曆日 (不晚於 60 個曆日) 內, 會給付您我們的分攤費用。如果您尚未支付醫療照護款項, 我們將直接支付給提供者。
- **如果我們拒絕您的要求:** 如果醫療照護不受承保, 或您沒有遵守所有規定, 則我們不給付費用。我們將寄一封信函給您, 說明我們不給付醫療照護的費用和原因。

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

請遵守第 5.3 節的上訴流程以提出上訴。關於償還的申訴, 請注意:

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

第 6 節 D 部分藥物: 如何要求做出保險決定或提出上訴

第 6.1 節 當您在取得 D 部分藥物上遇到困難或希望我們給付您 D 部分藥物費用時該怎麼做

您的福利包括給付許多處方藥。藥物必須按照醫療指示許可用途使用, 才能獲承保。(關於醫療指示許可用途, 詳情請參閱第 5 章。)有關 D 部分藥物、規定、限制和費用的詳情, 請參閱第 5 章和第 6 章。**本節只與您的 D 部分藥物相關。**為了簡單起見, 我們在本節其餘段落中一般將承保門診處方藥或 D 部分藥物稱為藥物。我們也會使用《藥物指南》一詞, 而非《承保藥物清單》或處方列表。

- 如果您不知道藥物是否有給付或您是否符合規定, 您可以詢問我們。有些藥物需要您先獲得我們的核准才能承保。

- 如果您的藥房告知您，您的處方無法依照處方箋內容進行配藥，您將會收到藥房的書面通知，說明如何聯絡我們以要求承保決定。

D 部分保險決定與上訴

法律術語：

您的 D 部分藥物的最初承保決定稱為**承保裁定**。

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

- 要求我們承保不在計劃藥物清單中的 D 部分藥物。**要求例外通融。第 6.2 節**
- 要求放棄計劃對藥物給付的限制條件 (比如對您能夠獲得藥量的限制、事先授權標準或要求先嘗試其他藥物)。**要求例外通融。第 6.2 節**
- 要求對位於較高分攤費用等級的承保藥物，支付較低金額的分攤費用。**要求例外通融。第 6.2 節**
- 要求取得藥物的事先核准。**要求給付裁定。第 6.4 節**
- 支付您已購買的處方藥。**要求我們補償。第 6.4 節**

如果您不同意我們的承保決定，您可以提出上訴。

本節講述如何要求承保決定及如何要求上訴。

第 6.2 節 要求例外通融

法律術語：

對不在《藥物指南》中的藥物要求給付稱為**處方列表例外通融**。

要求解除對藥物保險的限制，稱為**處方列表例外通融**。

對承保的非首選藥物支付更低價格的要求，稱為**等級例外通融**。

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

當您要求例外通融時，您的醫生或其他處方開立者將需要說明您需要例外通融獲批准的醫學原因。以下是您、您的醫生或其他處方開立者可以要求我們例外通融的 3 項範例：

1. **為您承保不在《藥物指南》中的 D 部分藥物。**如果我們同意承保不在《藥物指南》中的藥物，您將需要支付適用於第 4 級 (非首選藥物) 的分攤費用。您不可以針對我們要求您為藥物支付的分攤費用要求例外通融。
2. **取消承保藥物的限制條件。**第 5 章說明適用於我們的《藥物指南》中，針對特定藥物的額外規定或限制。如果我們同意例外通融，為您放棄限制，您可以就我們要求您為藥物支付的分攤費用金額要求例外通融。

3. 將藥物保險變為更低的分攤費用等級。《藥物指南》上的每一種藥物，都屬於五 (5) 種分攤費用等級的其中一種。通常情況下，分攤費用等級愈低，您的藥物費用愈低。

- 如果我們的《藥物指南》中含有可治療您醫療狀況的替代藥物，且其分攤費用等級低於您的藥物，您可以要求我們以適用於替代藥物的分攤費用金額承保您的藥物。
- 如果您所服用的藥物屬於生物製品，您可以要求我們以較低的分攤費用金額承保您的藥物。這是包含生物製品替代產品以治療您的病症的最低層級。
- 如果您使用的藥物屬於品牌藥物，您可以要求我們以品牌藥物替代藥物所適用之較低等級分攤費用金額，承保您的藥物以治療您的病症。
- 如果您使用的藥物屬於非品牌藥物，您可以要求我們以品牌或非品牌藥物替代藥物所適用之較低等級分攤費用金額，承保您的藥物以治療您的病症。
- 您不可要求我們更改第 5 級 (特殊等級) 中任何藥物的分攤費用等級。
- 如果我們核准您的等級例外通融要求，而且包括您無法使用之替代藥物的較低分攤費用等級不只一個，一般來說您將支付最低的金額。

第 6.3 節 關於要求例外通融的重要事項

您的醫生必須將醫學原因告知我們

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

針對特定病症，《藥物指南》中通常包括一種以上的藥物。這些不同的可能性稱為**替代藥物**。如果某種替代藥物與您要求的藥物同樣有效，且不會造成更多副作用或其他健康問題，則我們通常不會核准您的例外通融要求。如果您要求我們提供等級例外通融，我們通常不會批准您的例外申請，除非所有較低分攤費用等級中的替代藥物都無法對您提供一樣好的效果，或可能造成負面反應或其他傷害。

我們可以同意或拒絕您的要求

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

第 6.4 節 如何要求包括例外通融在內的承保決定。

法律

快速承保決定稱為**加速承保裁定**。

步驟 1: 決定您需要的是標準承保決定還是快速承保決定。

標準承保決定代表我們會在收到醫生所提供聲明之後的 **72 小時** 以內作出決定。**快速承保決定**代表我們會在收到醫生所提供聲明之後的 **24 小時** 以內作出決定。

如果您因為健康狀況而需要我們作出快速保險決定，請提出要求。您必須符合 2 項規定，才可以獲得快速承保決定：

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

步驟 2：要求「標準承保決定」或「快速承保決定」。

首先，透過打電話、寫信或傳真與我們的計劃聯絡，向我們提出對您想要的醫療照護提供給付的要求。您也可以透過我們的網站查閱保險決定流程。我們必須接受任何書面要求，包括利用我們網站上提供之 CMS 模型承保決定申請表或本計劃的表格所提出的要求。第 2 章有聯絡資訊。為了協助我們處理您的要求，請附上您的姓名、聯絡資訊，以及出示所要求藥物的資訊。

您、您的醫生 (或其他處方開立者) 或代表都可以提出此要求。您也可以請律師代表您採取行動。第 4 節說明您如何給予他人書面許可，允許他人代表您採取行動。

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

步驟 3：我們考慮您的要求並答覆您。

快速保險決定的期限

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

有關您尚未取得之藥物的標準承保決定時限

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

關於您已購買藥物之費用的標準保險決定期限

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

步驟 4: 如果我們拒絕您的保險要求，您可提出上訴。

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

第 6.5 節 如何提出 1 級上訴

法律術語：

向計劃提出關於 D 部分藥物承保決定的上訴稱為計劃**重新決定**。

快速上訴稱為**加快重新決定**。

步驟 1: 決定您需要的是「標準上訴」或「快速上訴」。

標準上訴通常會在 7 個曆日內提出。快速上訴通常會在 72 小時內提出。如果您有健康狀況上的需求，可以要求快速上訴。

- 如果您對我們關於您尚未收到的藥物所作的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方開立者將需要決定您是否需要快速上訴。
- 獲得快速上訴與本章第 6.4 節中獲得快速保險決定的規定相同。

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

- **對於標準上訴, 請提交書面要求。**第 2 章有聯絡資訊。
- **如需快速上訴, 請寫信或致電我們以提出上訴, 電話是 800-451-4651 (聽障專線: 711)。**第 2 章有聯絡資訊。
- **我們必須接受任何書面要求, 包括利用我們的網站上提供的 CMS 模型重新決定申請表所提出的要求, [Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations](https://www.humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations)。**請附上您的姓名、聯絡資訊及索賠相關資訊, 以協助我們處理您的要求。
- 我們寄給您的承保決定書面通知上載有日期, **您必須在該日起 65 個曆日內提出上訴要求。**如果您錯過這個截止日期, 但有正當的理由, 提出上訴時請說明延遲上訴的原因。我們可能會給您更多的時間提出上訴。正當理由可能包括: 您患有重大疾病而不能與我們聯絡, 或我們提供您不正確或不完整的限期或要求上訴的資訊。
- **您可以索取上訴的資訊副本, 並增加更多資訊。**您和您的醫生可以新增更多資訊以支持您的上訴。我們有權收取複印和郵寄費用。

步驟 3: 我們考慮您的上訴要求, 並給您答覆。

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

快速上訴的時限

- 針對快速上訴, 我們將在**接獲您的上訴後 72 小時內**答覆您。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆, 我們將會加快答覆。
 - 如果我們沒有在 72 小時以內答覆您, 我們必須將您的要求送至 2 級上訴程序, 由獨立審查組織審查。第 6.6 節解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求, 我們必須在收到您的上訴之後 72 小時內, 提供我們已同意的承保。**
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求, 我們需要寄給您書面通知, 解釋我們拒絕的原因, 以及您如何對我們的決定提出上訴。**

您尚未取得之藥物的標準上訴時限

- 若為標準上訴, 我們必須在收到您的上訴之後的**7 個曆日以內**答覆您。如果您尚未收到藥物, 並且您的健康狀況需要我們加快決定, 我們將更快做出決定。
 - 如果我們沒有在 7 個曆日內向您作出答覆, 我們必須將您的請求送到 2 級上訴程序, 由獨立審查組織對您的請求進行審查。第 6.6 節解釋 2 級上訴程序。
- **如果我們同意您的部分或全部要求, 我們必須依您的健康需求盡快提供我們已經同意承保的保險, 最晚不遲於收到您上訴後 7 個曆日以內。**

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

關於您已購買藥物之費用的標準上訴期限

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

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

- 如果您決定提出另一次上訴，這代表您的上訴將進入 2 級上訴程序。

第 6.6 節 如何提出 2 級上訴

法律術語：

獨立審查組織的正式名稱為獨立審查實體。有時也稱為 **IRE**。

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

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

- 如果我們拒絕您的 1 級上訴，寄給您的書面通知中將包括**如何向獨立審查組織提出 2 級上訴的指示**。這些指示將說明誰可以提出第 2 級上訴、您應遵守的限期，以及如何聯絡獨立審查組織。
- 您必須在書面通知上載有日期的 **65 個曆日以內提出上訴要求**。
- 如果我們沒有在適用的期限內完成審查，或根據我們的藥物管理方案針對**風險**做出不利的決定，我們會自動將您的要求轉送至 IRE。
- 我們將把您的上訴資訊發送至獨立審查組織。此資訊稱為您的**訴訟檔**。**您有權要求我們提供您的訴訟檔副本**。我們會將資訊複印並寄送給您，並有權為此收取費用。
- 您有權向獨立審查組織提供額外資訊，支持您的上訴。

步驟 2: 獨立審查組織會審查您的上訴。

獨立審查組織的審查員將仔細查看與您的上訴相關的所有資訊。

快速上訴的時限

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

標準上訴的時限

- 針對標準上訴，在您尚未收到您的藥物的情況，獨立審查組織必須在收到您上訴後的 **7 個日曆日內** 答覆您的 2 級上訴。如果您要求我們補償您已購買藥物的費用，獨立審查組織必須在收到您要求後的 **14 個日曆日內**，就第 2 級上訴答覆您。

步驟 3: 獨立審查組織會答覆您。

如果是快速上訴：

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

針對標準上訴：

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

如果獨立審查組織拒絕您的上訴，應該怎麼做？

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

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

步驟 4: 如果您的條件符合規定，您可選擇是否繼續上訴。

- 2 級之後還有 3 個等級的上訴程序 (共有 5 個上訴等級)。
- 如果您想要提出 3 級上訴，在 2 級上訴後您收到的書面通知中，會說明包括如何採取行動的詳細資訊。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第 9 節包括 3 級、4 級、5 級上訴程序的有關詳情。

第 7 節 如果您認為您的出院時間過早，如何要求我們承保更長的住院治療

如果您被醫院收治，您有權獲得診斷及治療疾病和損傷之所有承保的醫院服務。

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

- 您離開醫院的日期稱為**出院日期**。

- 當您的出院日期確定後，您的醫生或醫院工作人員將告知您。
- 如果您認為醫院過早要您出院，您可以要求延長住院治療時間，您的要求將被考慮。

第 7.1 節 在您住院治療期間，將收到 Medicare 的書面通知，告知您的權利

在您住院後 2 個曆日內，您將收到名為關於您 Medicare 權利的重要資訊書面通知。Medicare 的每個人都會收到此通知的副本。如果您沒有從醫院中的某人獲得本通知 (例如：社工或護士)，請詢問任何一位醫院員工。如果您需要幫助，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線人士請致電 711) 或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048)。

1. 請仔細閱讀此通知，如果不理解，請提問。它告訴您：

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

2. 您必須在書面通知上簽名，表示您已經收到通知並理解您的權利。

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

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

- 如果您的通知簽字時間早於出院日期 2 個曆日以上，那麼您在計劃出院之前將收到另一份副本。
- 若要提前檢閱本通知的副本，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 或 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請撥打：1-877-486-2048。您也可以線上取得本通知：www.cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

第 7.2 節 如何提出 1 級上訴以變更您的出院日期

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

- **遵守程序**
- **符合時限要求**
- **如有需要，請尋求協助。**如果您有疑問或需要幫助，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障人士請致電 711)。您也可以致電州健康保險協助方案 (SHIP)，其可提供個人化協助。SHIP 的顧問服務免費。您可以在本文件背面的附錄 A，找到電話號碼和網站 URL。

在 1 級上訴期間，品質改進組織將審查您的上訴。它將審查並判斷您的出院日期是否在醫療上合適。品質改進組織由執業醫師和其他醫事專業人員團隊組成，由聯邦政府出資，對 Medicare 患者所接受的照護品質進行查核和幫助改進。這包括審查 Medicare 中患者的出院日期。這些專家不屬於我們的計劃。

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

如何聯絡該組織？

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

快速行動：

- 若要提出上訴，您必須在出院之前且**最晚不超過您出院當日的午夜**，與品質改進組織聯絡。
 - **如果您符合時限要求**，則可在出院日期之後仍留在醫院，無需支付費用，並等待品質改進組織所作決定。
 - **如果您未滿足時限要求**，請聯絡我們。如果在計劃出院日期之後您仍然決定留院，您可能需要為計劃出院日期之後接受的所有住院醫療照護支付全額費用。
- 一旦您要求立即審查您的出院情況，品質改進組織將與我們聯絡。在聯絡我們之後的次日中午前，我們將為您提供**詳細出院通知**。本通知提供您的計劃出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院和我們認為您在該日期出院是正確的 (醫療上合適) 的原因。
- 您可以致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) 或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，獲得**詳細出院通知**的樣本。(聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048) 或者，您可以在線上取得通知範本，網址為：www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im。

步驟 2: 品質改進組織對您的情況進行獨立審查。

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

步驟 3: 品質改進組織獲得全部所需資訊後一整天內，將會就您的上訴給您答覆。

如果答覆同意，會如何？

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

如果答覆拒絕，會如何？

- 如果獨立審查組織**拒絕**，代表他們認為您的計劃出院日期在醫療上是合適的。若有此情況，在品質改進組織對您的上訴提出答覆之後次日中午，**我們提供的住院醫院服務保險將終止**。
- 如果獨立審查組織**拒絕**您的上訴，且您決定留在醫院，則在品質改進組織對您的上訴提出答覆後次日的中午以後，**您可能必須全額支付醫院照護的費用**。

步驟 4: 如果您的 1 級上訴被拒絕，您決定是否提出另一次上訴。

- 如果品質改進組織**拒絕**了您的上訴，**而且**您在計劃出院日期之後仍留在醫院，您可以提出另一次上訴。提出新的上訴表示您將進入 2 級上訴程序。

第 7.3 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仔細審查他們對您的第一次上訴所作決定。如果品質改進組織拒絕您的 2 級上訴，您可能需要支付計劃出院日期後的全額住院費用。

步驟 1: 再次聯絡品質改進組織，要求重新審查。

- 您必須在品質改進組織**拒絕**您的 1 級上訴後 **60 個曆日內**提出重新審查的要求。只有當您在醫療保險終止後仍留在醫院，您才可以要求這項審查。

步驟 2: 品質改進組織再次審查您的情況。

- 品質改進組織的審查員再次仔細審查與您上訴相關的所有資訊。

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

如果獨立審查組織同意：

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

如果獨立審查組織拒絕：

- 這代表他們同意對您的 1 級上訴所作決定。這稱為維持原判。
- 您收到的書面通知中將告知您，如果希望繼續審查流程該怎麼做的資訊。

步驟 4: 如果答覆是拒絕，您需要決定是否繼續 3 級上訴。

- 2 級之後還有 3 個等級的上訴程序 (共有 5 個上訴等級)。如果您想要提出 3 級上訴，在 2 級上訴後您收到的書面通知中，會說明包括如何採取行動的詳細資訊。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。本章第 9 節包括 3 級、4 級、5 級上訴程序的有關詳情。

第 8 節 如果您認為特定醫療服務保險過早結束，如何要求我們繼續承保

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

如果我們決定停止為您承保這 3 種類型保險的其中一種，我們必須提前告知您。如果該項醫療照護的保險終止，我們將停止為您的醫療照護給付分攤費用。

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

第 8.1 節 我們將提前告知您保險將結束

法律術語：

Medicare 不承保範圍通知。它告訴您如何提出**快速上訴**。要求快速上訴是以正式、合法的方式要求改變我們對何時停止您的照護所作出的承保決定。

1. 您至少會在本計劃將停止承保您的照護前 2 個曆日**收到書面通知**。該通知會告訴您：
 - 我們將停止為您承保照護的日期。
 - 如何要求快速上訴，以要求我們繼續承保較長的照護時間。
2. 您或您的代表必須在通知上簽名，證明您已經收到通知。在通知上簽名僅代表您已收到告知您保險何時終止的資訊。**簽名並不表示您同意**本計劃得終止給付您獲得的照護。

第 8.2 節 逐步說明：如何提出 1 級上訴，使我們的計劃承保您的照護更長時間

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

- **遵守程序。**
- **符合時限要求。**
- **如有需要，請尋求協助。**如果您有疑問或需要幫助，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障人士請致電 711)。您也可以致電州健康保險協助方案 (SHIP)，其可提供個人化協助。SHIP 的顧問服務免費。您可以在本文件背面的附錄 A，找到電話號碼和網站 URL。

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

品質改進組織由醫師和其他醫療保健專家團隊組成，由聯邦政府出資，協助對 Medicare 的人員所接受的照護品質進行查核和改進。這包括審查計劃決定何時停止承保特定種類的醫療照護。這些專家不屬於我們的計劃。

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

如何聯絡該組織？

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

快速行動：

- 您必須在 *Medicare 不承保通知* 的**生效日期前一天中午之前**聯絡品質改進組織，開始上訴程序。
- 如果您錯過了時限，而您想提出上訴，您仍有上訴的權利。請使用 *Medicare 不承保範圍通知* 中的聯絡資訊，聯絡品質改進組織。您也可以在第 2 章中找到所在州品質改進組織的名稱、地址和電話號碼。

步驟 2: 品質改進組織對您的情況進行獨立審查。

法律術語：

不承保的詳細解釋。該通知提供終止承保的原因詳細資料。

此審查中將發生什麼情況？

- 品質改進組織中的專業醫事人員 (審查員) 將會詢問您或您的代表，您認為服務保險應持續的原因。您無需準備任何書面資料，但是如果您希望，您也可以這樣做。
- 獨立審查組織將查閱您的醫療資訊，與您的醫生交流，並審查我們計劃提供給他們的資訊。
- 審查員將您的上訴告知本計劃的當日結束之前，您會收到我們 *不承保的詳細說明*，說明我們終止您服務承保的原因。

步驟 3: 在審查員獲得全部所需資料後一整日以內，將告知您他們的決定。

如果審查員同意，會如何？

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

如果審查員拒絕，會如何？

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

步驟 4: 如果您的 1 級上訴被拒絕，您決定是否提出另一次上訴。

- 如果審查員拒絕您的 1 級上訴 – 而且您決定在護理保險結束後繼續獲得護理 – 您可以提出 2 級上訴。

第 8.3 節 如何提出 2 級上訴,使我們的計劃承保您的照護更長時間

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

步驟 1:再次聯絡品質改進組織,要求重新審查。

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

步驟 2:品質改進組織再次審查您的情況。

- 品質改進組織的審查員再次仔細審查與您上訴相關的所有資訊。

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

如果獨立審查組織同意,會如何?

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

如果獨立審查組織拒絕,會如何?

- 這代表他們同意對您的 1 級上訴所作決定。
- 您收到的書面通知中將告知您,如果希望繼續審查流程該怎麼做的資訊。其中將說明如何提出下一級上訴的詳細資訊,屆時將由行政法官或律師仲裁員處理。

步驟 4:如果答覆是拒絕,您將需要決定是否繼續上訴。

- 2 級之後還有另外 3 個等級的上訴程序 (共有 5 個上訴等級)。如果您想要提出 3 級上訴,在 2 級上訴後您收到的書面通知中,會說明包括如何採取行動的詳細資訊。
- 3 級上訴由行政法官或律師仲裁人處理。第 9 節包括 3 級、4 級、5 級上訴程序的有關詳情。

第 9 節 進行 3 級、4 級、5 級的上訴

第 9.1 節 提出 3 級、4 級和 5 級醫療服務請求上訴

如果您已提出 1 級和 2 級上訴,且都被拒絕,那麼本節或許適用於您的情況。

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

涉及上訴的大多數情形中,最後 3 個等級的上訴程序幾乎與前 2 個等級相同。以下是在這些等級中,您的上訴審查處理人的資訊。

3 級上訴

行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審查您的上訴並向您作出答覆。

- **如果行政法官或律師仲裁人同意您的上訴，上訴程序可能會終止，但也可能不會終止。**與 2 級上訴的決定不同，我們有權針對對您有利的 3 級決策提出上訴。如果我們決定上訴，將進入 4 級上訴。
 - 如果我們決定不進行上訴，必須在我們接獲行政法官或律師仲裁人決定後 60 個曆日內，向您授權或提供該醫療照護。
 - 如果我們決定對該判決提出上訴，我們將把 4 級上訴要求的副本隨同其他文件一起寄送給您。在授權或提供有爭議的醫療照護之前，我們可能會等待 4 級上訴的判決。
- **如果行政法官或律師仲裁人拒絕您的上訴，上訴程序可能會終止但也可能不會終止。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的判決，則上訴程序結束。
 - 如果您不希望接受判決，您可以繼續進行下一級審查程序。您收到的通知將告訴您如何處理第 4 級上訴。

4 級上訴

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

- **如果獲得核准，或委員會否決了我們對有利於您的 3 級上訴裁決提出的審查請求，上訴程序可能終止，但也可能不會終止。**與 2 級的決定不同，我們有權針對有利於您的 4 級決策提出上訴。我們將決定是否將此決定上訴至 5 級。
 - 如果我們決定不對判決提出上訴，必須在接獲委員會判決後 60 個曆日內，向您授權或提供該項醫療照護。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將以書面形式通知您。
- **如果您的上訴遭拒或委員會否決審查請求，上訴程序可能終止，但也可能不會終止。**
 - 如果您決定接受駁回您上訴的判決，則上訴程序結束。
 - 如果您不希望接受決定，您可以在下一級繼續審查流程。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知中將告知您規定是否允許您進行 5 級上訴，以及如何執行 5 級上訴。

5 級上訴

聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

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

第 9.2 節 提出 3 級、4 級和 5 級 D 部分藥物請求上訴

如果您已提出 1 級和 2 級上訴，且都被拒絕，那麼本節或許適用於您的情況。

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

涉及上訴的大多數情形中，最後 3 個等級的上訴程序幾乎與前 2 個等級相同。以下是在這些等級中，您的上訴審查處理人的資訊。

3 級上訴

行政法官或為聯邦政府工作的律師仲裁人將審查您的上訴並向您作出答覆。

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

4 級上訴

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

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

5 級上訴

聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

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

提出投訴

第 10 節 如何針對照護品質、等候時間、客戶服務或其他事宜進行投訴

第 10.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

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

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

第 10.2 節 如何提出投訴

法律術語：

- **投訴**也稱為**申訴**。
- **提出投訴**稱為**提出申訴**。
- **使用投訴程序**的另一個說法是**使用申訴程序**。
- **快速投訴**也稱為**加速申訴**。

步驟 1:及時聯絡我們 – 透過電話或寫信

- **致電客戶服務部** 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711) **通常是第一步**。如果您需要採取其他行動，客戶服務部將告知您。
- **如果您不想致電 (或您已致電但不滿意)，您可以寫信給我們，提出投訴**。如果您寫信提出投訴，我們也將回信答覆您的投訴。
- **提出申訴指示**
致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線：711)，口頭提出申訴。

請將書面申訴寄送至：

Humana Grievances and Appeals Dept.

P.O. Box 14165

Lexington, KY 40512-4165

提交申訴時，請提供：

☐

姓名

☐

地址

☐

電話號碼

☐

會員身分編號

☐

投訴摘要，以及先前與投訴相關的聯絡內容

☐

您要求我們採取的行動

☐

您或您的授權代表的簽名，並註明日期。如果您希望朋友、親戚、您的醫生或其他提供者，或者其他代表您的代表，請致電客戶服務部並索取**任命代表表格**。(也可以在 Medicare 的網站：<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> 或在我們的網站：<https://www.humana.com/member/documents-and-forms> 上獲得此表格) 此表格授權他人代表您採取行動。您和您希望代表您採取行動的人必須都在表格上簽字。您必須給我們一份已簽字的表格副本。

- **選擇快速審查您的申訴**

若您的申訴與以下情況相關，您可以要求快速審查，我們會在收到您的申訴的 24 小時內回覆：

- 我們延長了進行組織決定/重新考慮的時間範圍，而您相信您需要更快收到決定。
- 我們拒絕您所要求的 72 小時快速審查組織/保險決定。
- 我們拒絕您所要求的 72 小時快速審查上訴。

如果您想申請快速審查您的申訴，最好致電客戶服務部。若您以郵件寄送申請，我們會致電給您，讓您知道我們已經收到。

- **無論打電話還是寫信，您都應立即聯絡客戶服務部。**您可以在遇到您想投訴的問題後，隨時提出投訴。
- 投訴**期限**為您遇到想投訴問題的 60 個曆日內。

步驟 2: 我們審查您的投訴並答覆您。

- **如果可能，我們將立即答覆您。**如果您致電我們提出投訴，我們可能在該通話中答覆您。
- **大部分投訴會在 30 個曆日內獲得答覆。**如果我們需要更多資訊，而且延長時間符合您的最佳利益，或者您要求更多時間，**我們可能延後最多 14 (含) 個曆日** (總計 44 個曆日) 答覆您的投訴。如果我們決定花費更多時間做出決定，我們將以書面方式告知您。
- **如果我們拒絕您的快速承保決定或快速上訴要求，在您對此提出投訴後，我們將自動為您提供快速投訴。**如果您提出快速投訴，我們將在 24 小時內向您提出答覆。
- 如果我們對您的部分或全部投訴**有異議**，或者不就您所投訴的問題負責，我們將在答覆中告知您原因。

第 10.3 節 您可以向品質改進組織提出醫療保健品質相關的投訴

當您的投訴與**照護品質**相關時，您有另外 2 種選擇：

- **您可以直接向品質改進組織提出投訴。**品質改進組織由執業醫生和其他醫療保健專家團隊組成，受僱於聯邦政府，對 Medicare 患者所接受的醫療照護進行查核和改進。第 2 章有聯絡資訊。

或者

- **您可以同時向品質改進組織和我們提出投訴。**

第 10.4 節 您也可以向 Medicare 提出投訴

您可以直接向 Medicare 提交關於 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的投訴。如需向 Medicare 提交投訴，請造訪 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

第 10 章： 終止本計劃會員身份

第 1 節 終止您的計劃會員身份

終止您的 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員身份可以是**自願的** (您自己的選擇) 或是**非自願的** (非您自己的選擇)：

- 您可以因為您決定希望退出而離開我們的計劃。第 2 和第 3 節提供有關自願終止您的會員身份的資訊。
- 我們也會在有限的情況下，必須終止您的會員身份。第 5 節說明我們在何種情況下必須終止您的會員身份。

如果您要退出我們的計劃，我們的計劃必須繼續提供您的醫療照護和處方藥，在您的會員身份終止前，您將繼續支付分攤費用。

第 2 節 您何時可以終止您的計劃會員身份？

第 2.1 節 您可以在開放投保期間終止會員身份

您可以在每年的**開放投保期**間終止您在本計劃的會員身份。在此期間，請檢視您的健康和藥物保險，並決定來年的保險。

- **開放投保期**在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間。
- **選擇保留您目前的保險或在來年變更您的保險。**如果您決定更換為一項新計劃，您可以選擇以下任何一種計劃類型：
 - 另一項有或無藥物承保的 Medicare 健康計劃，
 - 附帶獨立的 Medicare 藥物計劃的原有的 Medicare，
 - 沒有獨立 Medicare 藥物計劃的原有的 Medicare。
 - 如果您選擇此選項且有獲得額外幫助，Medicare 可能會為您投保一項藥物計劃，除非您已經退出自動投保。

備註：如果您從 Medicare 處方藥承保退保而沒有可信的處方藥承保連續超過 63 天 (含) 以上，在以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付 D 部分推遲入保罰金。

- 當您的新計劃保險於 1 月 1 日開始承保時，**您的會員身份將於我們的計劃中終止。**

第 10 章 終止本計劃會員身份**第 2.2 節 您可以在 Medicare 優勢計劃開放投保期間終止您的會員身份**

您可以在每年的 **Medicare 優勢計劃開放投保期** 針對您的醫療健康保險進行一項變更。

- **Medicare 優勢計劃開放投保期** 為 1 月 1 日至 3 月 31 日，以及對於加入 MA 計劃的新 Medicare 受益人來說，是從符合 A 部分和 B 部分資格的月份起，直到符合資格後的第 3 個月的最後一天。
- **在年度 Medicare 優勢計劃開放投保期**，您可以：
 - 轉換至其他有或無藥物保險的 Medicare 優勢計劃。
 - 從我們的計劃中退保，並透過原有的 Medicare 取得保險。如果您在此期間轉換到原有的 Medicare，您也可以同時加入另外的 Medicare 藥物計劃。
- **您的會員身份將於** 您登記投保不同的 Medicare 優勢計劃或我們收到您變更為原有的 Medicare 的要求之後的下個月第一天起終止。如果您也選擇投保 Medicare 藥物計劃，您的藥物計劃會員身份將於藥物計劃收到您的投保申請後下個月第一天起生效。

第 2.3 節 在某些情況下，您可以在特別投保期終止您的會員身份

在特定情況下，Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的會員也可能符合在年中其他時間終止會員身份的資格。這稱為 **特別投保期**。

如果以下任何情況適用於您，**您就符合在特別投保期終止會員身份的資格**。這些只是範例。如需完整清單，您可以聯絡我們的計劃、致電 Medicare，或造訪 www.Medicare.gov。

- 通常在您搬家時
- 如果您享有州醫療補助
- 您符合獲得「額外幫助」來支付您的 Medicare 藥物承保的資格
- 如果我們違反與您的合約
- 如果您從養老院/療養院或長期照護機構 (LTC) 等機構獲得照護
- 如果您投保老人全面護理方案 (PACE)
- **備註：**如果您投保了一項藥物管理方案，則可能無法更換計劃。第 5 章第 10 節更詳細地說明藥物管理方案的內容。

投保期視您的情況而定。

若要瞭解您是否符合特別投保期的資格，請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。如果您因為特別情況符合終止會員身份的資格，您可以選擇同時更換您 Medicare 的健康保險和處方藥承保。您可以選擇：

- 另一項有或無藥物承保的 Medicare 健康計劃，

第 10 章 終止本計劃會員身份

- 附帶獨立的 Medicare 藥物計劃的原有的 Medicare，
- - 或者 - 沒有獨立 Medicare 藥物計劃的原有的 Medicare。

備註：如果您從 Medicare 藥物保險退保而沒有可信的處方藥承保連續超過 63 天以上，在以後加入 Medicare 藥物計劃時可能需要支付 D 部分推遲入保罰金。

您的會員身份通常將於我們收到您要求變更本計劃之後的下個月第一天起終止。

如果您獲得 Medicare 的「額外幫助」為您支付藥物費用，則：如果您更換為原有的 Medicare，而且沒有投保一項獨立的 Medicare 藥物計劃，Medicare 可以為您投保一項藥物計劃，除非您已經決定退出自動投保程序。

第 2.4 節 您可以在何處查詢何時可以終止會員身份的詳細資訊？

如果您對於終止會員身份有任何疑問，您可以：

- **請致電客戶服務部** 800-457-4708，查詢更多詳情。(聽障人士請致電 711)。
- 您可以在《**Medicare 與您 2026**》手冊中找到相關詳情。
- 請致電 **Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

第 3 節 如何終止您的計劃會員身份

下表說明您應該如何終止您的計劃會員身份。

從我們的計劃更換為：	請執行以下步驟：
另一項 Medicare 健康計劃	- 投保新的 Medicare 健康計劃。 - 當您的新計劃保險開始時，您將自動退保 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。
附帶獨立 Medicare 藥物計劃的原有的 Medicare	- 投保新的 Medicare 藥物計劃。 - 當您的新藥物計劃保險生效時，您將自動退保 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。
沒有獨立 Medicare 藥物計劃的原有的 Medicare	寄一份書面退保要求給我們。請致電客戶服務部 800-457-4708，查詢更多詳情。(聽障專線使用者請致電 711。)如果您需要更多有關如何進行這項作業的資訊。 - 您也可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，要求退保。聽障專線使用者請撥打：1-877-486-2048。 - 當您原有的 Medicare 的保險生效時，您將退保 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。

第 4 節 在您的會員身份終止前，您必須透過我們的計劃獲得醫療項目、服務和藥物

在您的會員身份終止，新的 Medicare 承保開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療服務、項目和處方藥。

- 繼續使用我們的網絡內提供者獲得醫療照護。
- 繼續使用我們的網絡內藥房或郵購配取您的處方藥。
- 如果您在會員身份終止之日住院，住院期間通常仍可獲得本計劃的承保，直到您出院 (即使您是在新的健康保險生效之後才出院)。

第 10 章 終止本計劃會員身份

第 5 節 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 在特定情況下必須終止計劃會員身份

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 必須在以下任何一種情況發生時終止您的計劃會員身份：

- 若您不再享有 Medicare A 部分和 B 部分。
- 若您搬離了我們的服務區。
- 若您離開我們的服務區超過 6 個月以上。您的 Humana Medicare HMO 計劃擁有訪客/旅客福利，因此您在服務區外可符合資格的期間最多為 12 個月。
 - 如果您有搬家或長時間旅行的情況，請致電客戶服務部 800-457-4708，以瞭解詳情。(聽障專線使用者請致電 711) 查詢您搬入的地方或旅行的地區是否在我們的計劃服務區域中。
- 若您受到監禁 (坐牢)。
- 若您不再是美國公民，或非法居住在美國。
- 若您說謊或隱瞞您擁有其他提供處方藥保險的保險資訊。
- 若您在投保我們的計劃時故意提供錯誤的資訊，而且此資訊影響到您是否符合我們計劃的資格。(除非我們先得到 Medicare 的許可，否則不能由於這個原因要求您退出本計劃。)
- 若您持續從事破壞行為，並且使我們無法為您或計劃中的其他會員提供醫療照護服務。(除非我們先得到 Medicare 的許可，否則不能由於這個原因要求您退出本計劃。)
- 若您讓其他人使用您的會員卡以獲得醫療照護服務。(除非我們先得到 Medicare 的許可，否則不能由於這個原因要求您退出本計劃。)
 - 如果我們因這個原因終止您的會員身份，Medicare 可能會派出監察長來調查您的案件。
- 根據您的收入水準，您需要支付額外的 D 部分費用而您沒有支付，Medicare 將會讓您退保本計劃，您也將喪失藥物承保。

如果您存有任何疑問或想瞭解關於我們何時可以終止您會員身份的有關詳情，請致電客戶服務部 800-457-4708。(聽障專線使用者請致電 711。)

第 5.1 節 我們不得以<u>任何</u>健康相關理由要求您退出我們的計劃
--

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 不得因與您健康相關的任何原因要求您退出我們的計劃。

如果發生這種情況該怎么做？

如果您認為您因為涉及健康的理由被要求退出我們的計劃，請致電 Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。(聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048)。

第 10 章 終止本計劃會員身份

第 5.2 節 如果我們終止您的計劃會員身份，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員身份，我們必須以書面方式通知您，我們終止您會員身份的理由。我們也必須說明您可以如何對我們終止您會員身份的決定提出申訴或投訴。

第 11 章： 法律聲明

第 1 節 適用法律公告

適用此《承保證明》文件的主要法律是《社會安全法》第十八條，以及由 Medicare 和州醫療補助服務中心 (即 CMS) 根據《社會安全法》制定的規章。此外，其他聯邦法律可能適用，在某些情況下，您居住州的法律也可能適用。這可能會影響您的權利和責任，即使本文件並未包含或說明這些法律。

第 2 節 無歧視公告

我們不會因為人種、族裔、原國籍、膚色、宗教、性別、年齡、心理或身體殘疾、健康狀況、理賠經驗、病史、遺傳資訊、可保險證據或在服務區內的地理位置而**歧視**任何人。所有提供 Medicare 優勢計劃的組織，如我們的計劃，都必須遵守反歧視的聯邦法律，包括 1964 年民權法第六條、1973 年康復法、1975 年年齡歧視法、美國殘障人士法、平價醫療法第 1557 條、所有其他適用於獲取聯邦資金的組織的法律，以及其他適用於任何原因的法律和法規。

如果您想瞭解更多資訊，或對歧視或不公平待遇有疑慮，請致電 1-800-368-1019 (聽障專線 1-800-537-7697) 聯絡美國衛生和公眾服務部的**民權辦公室**，或您當地的民權辦公室。您也可以至美國衛生和公眾服務部民權辦公室檢閱資訊，網站為 www.HHS.gov/ocr/index.html。

如果您有殘障並且需要幫助獲得護理，請致電客戶服務部 800-457-4708 (聽障專線使用者請致電 711)。如果您希望投訴，例如遇到輪椅通道的問題，客戶服務部可以提供協助。

第 3 節 關於 Medicare 次要付款方的代位權公告

我們有責任和義務收取 Medicare 並非主要付款方的 Medicare 承保服務費用。根據 Medicare 和州醫療補助服務中心在聯邦管理法規 42 章 422.108 節和 423.462 節中的規定，Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 作為一個 Medicare 優勢計劃組織，將行使與秘書長根據 CMS 在聯邦管理法規 42 章 411 節 B 至 D 子節中的規定下所行使的相同權利，而且本節中確立的法規效力凌駕於任何州法律之上。

第 4 節 關於代位求償 (向第三方追償) 的額外通知

我們有權追償付款

如果我們為您支付索賠，即有代位求償權。這是十分常見的保險條款，旨在說明我們有權向應對您的受傷、疾病或病況相關之醫療花費或福利負起責任的任何第三方，追償我們為您支付的索賠。您授權予我們向任何有責第三方採取法律行動，您也同意：

1. 提供我們要求的任何相關資訊；以及
2. 視需要參與任何法律行動階段，例如蒐證程序、訊問證人和審判證詞。

第 11 章 法律聲明

如果您不配合我們或我們的代表，或是您的行動干預我們的權利，我們可能對您採取法律行動。您也同意在未取得我們書面同意的情況下，不授權其他人採取法律行動。

我們有權受到補償

若有責第三方直接付款給您，我們也有權受到補償。如果您因裁決、和解收到任何款項，或其他來自第三方的款項，您必須立即補償我們，不超過我們為您支付的索賠款項。

我們有權優先

我們的追償和補償的權利較其他索賠有優先權，且不受平衡原則影響。這代表我們經授權追償所付金額，即使您並未從有責第三方就您的受傷和疾病相關的任何費用取得賠償。如果您不同意我們追償付款，您有權上訴 (如第 9 章所述)。

無論是為我們本身的利益或是代表您的利益，我們沒有義務向第三方提出求償或採取法律行動。我們在 Medicare 法和這份《承保證明》中的權利，不會因為我們不介入任何您採取關於您的受傷、疾病或病況之法律行動而被影響。

第 5 節 協調福利公告

為什麼我們需要知道您是否有其他保險？

我們根據 Medicare 作為次要付款方法規協調福利，因此當其他付款方負責給付為您提供的服務時，我們可以向其他承保人、保險計劃、政策、雇員或其他實體收費，或授權一位服務提供者收費。我們也有權向您收取其他付款方已經為這些服務支付給您的費用。根據 Medicare 作為次要付款方法規，我們應該對 Medicare 方案享有一切權利。

如果您有其他保險，哪項計劃先給付？

當您有其他保險時，我們如何協調您的保險視您的情況而定。協調福利時，您往往像平常一樣透過我們的計劃提供者獲得您的承保服務，而您擁有的其他計劃將只是幫助給付您所接受的服務費用。如果您有團體健康保險，您可以使用參與您的團體計劃和我們的計劃提供者，以便享有最大的保險福利。其他情況下，例如我們的計劃不承保的福利，您可以從計劃外獲得您的醫療保健服務。

雇主及雇員組織團體健康保險計劃

有時候，團體健康保險計劃必須在我們之前為您提供醫療福利。以下情況適用：

- 您享有團體健康保險計劃的保險 (包括雇員和雇主組織計劃)，無論是直接還是透過您的配偶，並且
- 雇主有二十 (20) 名或更多雇員 (由 Medicare 法規決定)，並且
- 您由於殘障或末期腎臟病 (ESRD) 而無法獲得 Medicare 承保。

如果雇主的雇員人數不到二十 (20) 人，我們一般會為您提供初級醫療福利。如果您有團體健康保險計劃下的退休人員保險，無論是直接還是透過您的配偶，我們一般會為您提供初級醫療福利。如果您有或將有末期腎臟病，則適用特殊規定。

第 11 章 法律聲明

殘障人士適用的雇主及雇員組織團體健康保險計劃

如果您享有團體健康保險計劃，而且您因為殘障而擁有 Medicare，我們一般會為您提供初級醫療福利。以下情況適用：

- 您未滿 65 歲，並且
- 您未患有末期腎臟病，並且
- 您未直接擁有或透過您的配偶擁有大型團體健康保險計劃中的保險。

大型團體健康保險計劃指由擁有 100 名以上雇員的雇主，或參與多雇主保險計劃（在此類計劃中，每位參與的雇主都擁有 100 名以上雇員）的雇主提供的保險計劃。如果您擁有大型團體健康保險計劃中的保險，無論是直接還是透過您的配偶，您的大型團體健康保險計劃必須在我們之前為您提供醫療福利。以下情況適用：

- 您未患有末期腎臟病，並且
- 未滿 65 歲，且由於殘障而擁有 Medicare。

這種情況下，我們僅會為您提供那些不在您的大型雇主團體計劃保險範圍內的福利。如果您有或將有末期腎臟病，則適用特殊規定。

末期腎臟病 (ESRD) 患者適用的雇主及雇員組織團體健康保險計劃

如果您因末期腎臟病而有資格或將有資格獲得 Medicare，並且擁有雇主及雇員組織團體健康保險計劃中的保險，無論是直接還是透過您的配偶，您的團體健康保險計劃都會負責在您因末期腎臟病而有資格獲得 Medicare 後最初三十 (30) 個月為您提供初級醫療福利。我們會在此期間為您提供輔助保險，之後我們會為您提供主要保險。如果您在發展為末期腎臟病的過程中，已經由於年齡或者殘障身份而獲得 Medicare，我們會為您提供主要保險。

工傷賠償及類似方案

如果您有工作相關疾病或負傷，並且可以獲得工傷賠償福利，那麼在我們根據這份《承保證明》因您的工作相關疾病或負傷所導致的醫療服務為您提供任何保險福利之前，工傷賠償必須先為任何與工作相關的疾病或負傷造成的醫療保健費用提供保險福利。

意外和受傷

如果您遭遇意外或受傷，則適用 Medicare 作為次要付款方法規。如果您符合「Med Pay」、不追究過失、汽車、意外或者責任保險中有關福利的賠償條件，則「Med Pay」、不追究過失、汽車、意外或者責任保險必須在我們之前為任何與您與意外或受傷有關的醫療保健費用提供福利。

責任保險索賠通常無法迅速解決。在責任索賠待決期間，我們可能有條件地付款。我們也可能收到索賠要求，但不知道是否有待決的責任保險或其他索賠。在這些情況下，我們的付款是有條件的。有條件的付款必須在收到保險賠償金或責任付款後退還給我們。

如果您向第三方追償醫療費用，我們有資格向您追償我們的付款，不考慮任何和解協議規定。和解不包括醫療費用賠償金的規定將被忽視。只有當付款是基於法院根據實際情況作出的命令時，我們才會承認並分配責任付款給非醫療損失。我們不會從法院合理指定為非醫療服務損失（例如：財產損失）的付款的任何部分中尋求追償。

第 11 章 法律聲明

當我們以服務形式提供福利時，我們有資格根據所提供的福利之合理價值尋求補償。

福利不重複

我們將不會重複您在任何汽車、意外、責任或其他保險下獲得的福利或付款。您同意當您獲得此類保險時通知我們，並且您有責任採取任何必要措施來獲得這些汽車、意外、責任或其他保險下的福利或付款。如果我們重複給付您在此類保險下有資格獲得的福利，我們可能尋求補償我們所提供的任何福利的合理價值。您有義務在從任何汽車、意外、責任保險中或其他承保人獲得付款時與我們合作。

如果我們確實在您可能擁有的任何其他類型的健康保險之前為您提供福利，我們可能根據 Medicare 作為次要付款方法規，尋求追償福利。也請參閱本章節的第 4 節**關於代位求償 (向第三方追償) 的額外通知**，以瞭解關於我們的追償權利的更多資訊。

詳情

這只是一份簡明摘要。我們是主要付款人還是次要付款人 - 或不付款 - 視您所擁有的附加保險以及適用於您情況的 Medicare 法規而定。詳細資訊請參閱政府出版的手冊「*Medicare & Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First*」。CMS 出版物編號 02179。請務必參閱最新版本。其他細節在 Medicare 作為次要付款方的法規中有所說明，例如決定雇主為協調福利目的而雇用的人員數量。這些法規刊在美國聯邦法規中。

上訴權

如果您不同意我們的計劃關於上述協調福利和付款規定之任何決定或行動，您必須按照本《承保證明》第 9 章「如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 該怎麼做」所說明的程序採取行動。

第 12 章： 定義

Advanced Imaging Services (高級成像服務) – 可拍攝比標準 X 光更清晰影像的專業成像方法。包括數種成像服務：電腦斷層成像 (CT/CAT) 掃描、磁共振血管造影 (MRA)、核磁共振成像 (MRI) 和正電子發射斷層 (PET) 掃描或其他類似技術。

Allowed Amount (補貼金額) – 計劃中可為醫療保健福利所支付的最高金額。

Ambulatory Surgical Center (門診手術中心) – 門診手術中心是專門為不需要住院的患者提供門診手術服務的實體，患者在此不會停留超過 24 小時。

Appeal (上訴) – 如果您對我們所作拒絕醫療保健服務或處方藥承保，或拒絕您已接受的服務或藥物費用的決定有異議，您可以採取的行動。如果您對我們作出停止您正在接受的服務之決定有異議，您也可以提起上訴。

Balance Billing (差額計費) – 提供者 (如醫生或醫院) 開給患者的帳單金額超過本計劃允許的分攤費用金額的情況。身為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的會員，當您接受計劃承保服務時，您僅需支付計劃的分攤費用金額。我們不允許提供者向您收取**差額**或是超過計劃表示您必須支付的分攤費用。

Benefit Period (福利期) – 原有的 Medicare 衡量您的專業護理機構 (SNF) 服務使用情況的方式。您投保我們的計劃時，將享有專業護理機構福利的福利期。SNF 福利期始於您進入專業護理機構照護的當日。您在 SNF 住院的每一天都將作為福利期的一天計算。福利期會在您連續 60 天不在 SNF 中接受任何專業照護時結束。如果您在一個福利期結束後進入專業護理機構，則開始新的福利期。福利期沒有次數的限制。

Biological Product (生物製品) – 由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母菌等自然與生活來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更為複雜，因此無法確切複製，所以替代形式稱為生物相似藥。(另請參閱「**Original Biological Product (原廠生物製品)**」和「**Biosimilar (生物相似藥)**」)。

Biosimilar (生物相似藥) – 被認為與原廠生物製品非常相似但不完全相同的生物製品。生物相似藥和原廠生物製品一樣安全有效。某些生物相似藥在藥房可替代原廠生物製品，不需要新處方 (請參閱「**Interchangeable Biosimilar (可互換的生物相似藥)**」)。

Brand Name Drug (品牌藥物) – 由原先研發該藥物的製藥公司生產並出售的處方藥。品牌藥物與相應的非品牌藥物有同樣的活性成分配方。然而，由其他的製藥商生產和出售的非品牌藥物一直要等到品牌藥物的專利期結束之後才可上市。

Catastrophic Coverage Stage (重大傷病保險階段) – D 部分藥物福利中的階段，在承保年度中，從您 (或其他符合資格的當事人以您的名義) 已支付 **\$2,100** D 部分承保藥物時開始。在這個付款階段，計劃將為我們增強福利承保的 D 部分藥物和排除藥物支付全額費用。

Centers for Medicare & Medicaid Services (Medicare 和州醫療補助服務中心，CMS) – 負責經營 Medicare 的聯邦機構。

Chronic Care Special Needs Plan (慢性護理特殊需求計劃，C-SNP) – C-SNP 限制具有嚴重慢性病症的 MA 資格個人才能投保的 SNP。

第 12 章 定義

Coinsurance (共保額) – 您支付任何免賠額之後，可能必須支付的服務或處方藥費用的分擔金額，以百分比 (例如：20%) 表示。

Complaint (投訴) – 提出投訴的正式名稱為**提出申訴**。投訴程序僅適用於特定種類的問題。這包括與照護品質、等候時間、客戶服務相關的問題。如果計劃沒有遵守上訴程序中的時限，也包括投訴。

Comprehensive Oral Exam/Evaluation (綜合口腔檢查/評估) – 此代碼適用於一般牙醫和/或牙科專科醫生檢查患者的情況。適用對象：新患者、既有患者的健康狀況根據報告發生重大改變或其他異常情況，或已有三年以上未接受有效治療的既有患者。

Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (綜合門診復健設施, CORF) – 主要提供疾病或受傷後的復健服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、言語病理學服務和家庭環境影響評估服務的設施。

Computed Tomography Imaging (CT/CAT) Scan (電腦斷層成像 (CT/CAT) 掃描) – 數位電腦與旋轉 X 光透視設備的結合使用，形成不同器官及身體部分詳細的橫截面影像。

Contracted Rate (合約費率) – 健康計劃支付給網絡內提供者或藥房的承保服務或處方藥費率。

Copayment (或「Copay」) (共付額) – 您可能必須支付的醫療服務或用品的分攤費用，例如醫生診所就診、醫院門診或處方藥的費用。共付額是固定的金額 (例如 \$10)，不是百分比。

Cost Sharing (分攤費用) – 分攤費用是指會員接受服務或藥物時必須支付的金額。分攤費用包括以下 3 類費用的任何組合：1) 在服務或藥物獲得承保前，計劃所要求的免賠額；2) 接受特定服務或藥物時，計劃要求的固定「共付額」；或 3) 接受特定服務或藥物時，計劃要求的佔服務或藥物支付總金額一定比例的「共保額」。

Cost Sharing Tier (分攤費用等級) – 《承保藥物清單》中的每種藥物都屬於五 (5) 個分攤費用等級的其中一種。通常分攤費用等級愈高，您所支付的藥物費用愈高。

Coverage Determination (承保決定) – 關於計劃是否為您承保某種處方藥，以及如果承保，您必須支付的處方藥費用的決定。一般來說，如果您向藥房出示處方籤，而藥房告知您該處方藥不在計劃承保範圍內，這並非承保決定。您需要致電計劃或寫信要求正式的承保決定。在本文件中，承保裁定稱為**承保決定**。

Covered Drugs (承保的藥物) – 此術語指本計劃所承保的所有處方藥。

Covered Services (承保服務) – 此術語指本計劃所承保的所有醫療保健服務和用品。

Creditable Prescription Drug Coverage (可信的處方藥承保) – 按照平均水準，至少應支付與 Medicare 標準處方藥承保同樣費用的處方藥承保 (例如由雇主或工會提供的保險)。擁有此類保險的人士獲得 Medicare 的資格後，如果以後決定加入 Medicare 處方藥承保，通常可以保留原有保險而無需支付罰金。

Custodial Care (看護) – 當您不需要專業醫療照護或專業護理時，在養老院/療養院、安寧療護或其他設施環境中所提供的個人護理。看護是由沒有醫療專業技能或訓練之人員提供，如洗澡、穿衣、吃飯、上下床、坐進椅子、起身、四處走動、如廁等日常活動。也可能包括大多數人可自行完成的與健康相關的照護，如使用眼藥水。Medicare 不給付看護費用。

Customer Care (客戶服務部) – 本計劃中負責答覆您的會員身份、福利、申訴和上訴問題的部門。

第 12 章 定義

Daily cost sharing rate (日常費用分攤率) – 如果醫生開給您的特定藥物供應量不到一整個月，而且您必須支付共付額，則可能適用日常費用分攤率。日常費用分攤率是指共付額除以一個月的供應量天數。以下舉例說明：如果您一個月的藥物供應量共付額為 \$30，而計劃規定的一個月供應量為 30 天，則您的「日常費用分攤率」即為每天 \$1。

Deductible (免賠額) – 在本計劃開始給付之前，您必須支付的健康照護或處方藥費用。

Diagnostic Mammogram (診斷性乳房 X 光檢查) – 針對顯示乳房疾病徵兆或症狀的患者所進行的特殊 X 光檢查。

Diagnostic Procedure (診斷程序) – 用於識別患者優弱點特定領域之檢查，以判定病症、病變或疾病。

Disenroll 或 Disenrollment (退保) – 終止您的計劃會員身份的流程。

Dispensing Fee (配藥費) – 每次購買處方藥時，配給承保的藥物所收取的費用，例如藥劑師準備、包裝處方藥花費時間的費用。

Dual Eligible Special Needs Plans (雙重資格特殊需求計劃, D-SNP) – 投保 D-SNP 的個人有資格獲得 Medicare (《社會安全法》第 XVIII 條) 和州醫療補助 (第 XIX 條) 提供的州計劃醫療協助。各州承保某些 Medicare 費用，取決於各州以及個人資格。

Dually Eligible Individuals (符合雙重資格的個人) – 符合 Medicare 和州醫療補助保障範圍的人士。

Durable Medical Equipment (耐用醫療設備, DME) – 您的醫生因醫療原因開具的特定醫療設備。範例包括：助行器、輪椅、拐杖、動力床墊系統、糖尿病用品、IV 輸液幫浦、言語發聲裝置、氧氣設備、噴霧器，或供居家提供者訂購的病床。

Emergency (急診) – 醫療緊急看診是指當您或任何其他具備一般健康與藥物常識的外行人謹慎判斷，認為您需要立即就醫的醫療症狀，以避免您喪失生命 (喪失胎兒 (若為孕婦))、肢體或肢體功能受損，或是喪失或嚴重損害身體功能的情形。病症可能是迅速惡化的疾病、損傷、劇痛或醫療狀況。

Emergency Care (急診治療) – 承保下列服務：1) 由合格的提供者所提供的急診服務；以及 2) 評估或穩定緊急醫療情況所需的服務。

Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Information (《承保證明》(EOC) 和揭露資訊) – 本文件和您的投保登記表，以及解釋保險內容、我們的義務、您的權利或您身為本計劃會員之義務的其他附件和附加條款。

Exception (例外通融) – 一種承保決定，如果獲得核准，會允許您獲得不在我們的處方列表內的藥物 (處方列表例外通融)，或以較低的分攤費用等級獲得非首選藥物 (等級例外通融)。如果我們的計劃要求您在獲得所要求藥物之前試用其他藥物，或我們的計劃要求藥物事先授權，而您希望我們豁免這些限制，或我們的計劃限制您所要求藥物的數量或劑量，您也可以要求例外通融 (處方列表例外通融)。

“Extra Help” (「額外幫助」) – Medicare 或州提供的方案，幫助收入和資源有限的人們支付 Medicare 處方藥方案費用，如保費、免賠額和共保額。

Formulary (處方列表) – 列出計劃承保的所有處方藥之文件。

Freestanding Dialysis Center (獨立透析中心) – 持照的醫療設施 (除醫院外)，提供無需過夜的透析治療。

Freestanding Lab (獨立化驗室) – 持照的醫療設施 (除醫院外)，提供化驗室檢驗以預防、辨識或治療受傷或疾病且無需過夜。

第 12 章 定義

Freestanding Radiology (Imaging) Center (獨立放射學 (成像) 中心) – 持照的醫療設施 (除醫院外)，提供以下一項或多項服務以預防、辨識或治療受傷或疾病且無需過夜：X 光；核子醫學；放射腫瘤學 (包括 MRIs、CT 掃描和 PET 掃描)。

Generic Drug (非品牌藥物) – 經食品和藥物管理局 (FDA) 核准，與品牌藥物擁有同樣活性成分的處方藥。一般來說，非品牌藥物與品牌藥物療效相同，但費用較低。

Grievance (申訴) – 您針對本計劃、提供者或藥房所提出的投訴，包括對您的照護品質的投訴。這不涉及承保範圍/給付或付款爭議。

Health Maintenance Organization (健康維護組織，HMO) – 一種健康保險計劃，其會員必須接受計劃網絡內的醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者所提供的照護。

Home Health Aide (家庭健康助理) – 不需要由有執業資格的護士或治療師提供的服務，可以由家庭健康助手提供，例如個人護理幫助 (例如洗澡、如廁、穿衣或按指示運動)。

Home Health Care (家庭醫療保健) – 為患者在自己家中治療疾病或受傷而提供的專業護理和其他特定的醫療保健服務。第 4 章醫療福利表中標題為「居家護理保健機構」的部分列出了承保服務。如果您需要家庭醫療保健服務，只要您符合 Medicare 的保險條件，我們的計劃就能為您獲承保這些服務。如果家庭健康助手的服務屬於針對您的疾病或損傷之家庭醫療保健護理計劃的一部分，則家庭健康護理包括這些服務。除非您也獲得承保的專業服務，否則這些服務將不予承保。家庭健康服務不包括管家服務、食品服務管理或家中全職護理。

Hospice (安寧療護) – 為經醫療認證為患有末期疾病的會員提供特殊治療的福利，這表示預期壽命為 6 個月或更短。我們的計劃必須向您提供您所在地區內的安寧療護機構名單。如果您選擇安寧療護並繼續支付保費，您仍是我們計劃的會員。您仍可取得所有醫療上必要的服務，和我們提供的補充福利。

Hospice Care (安寧療護) – 為疾病末期的人士提供專業醫護，旨在讓患者過得舒服，而非治療。這也包括提供患者家人輔導。視情況此照護可能在家中、安寧療護設施中、醫院中或養老院/療養院中進行，並由持照健康照護專業人士所提供。

Hospital Inpatient Stay (住院治療) – 當醫院正式收治您以提供專業醫療服務時，即為住院治療。即使您在醫院中過夜，也可能算作門診。

Humana's National Transplant Network (Humana 全國移植網絡，NTN) – Humana 核准的機構網絡，其中所有機構也已經過 Medicare 核准。

Income Related Monthly Adjustment Amount (與收入相關的每月調整金額，IRMAA) – 如果您 2 年前的 IRS 納稅申報單顯示的修改調整後總收入高於一定金額，您將支付標準保費以及與收入相關的每月調整金額，也稱為 IRMAA。IRMAA 是加至您保費的額外收費。不到 5% 的 Medicare 會員會受到影響，多數人不需繳納較高保費。

Initial Coverage Stage (初始承保階段) – 這是您當年的自付費用達到自付費用門檻金額之前的階段。

Initial Enrollment Period (初始投保期) – 您首次獲得 Medicare 的資格之後，可以登記投保 Medicare A 部分 and B 部分的時期。例如，如果當您年滿 65 歲時獲得 Medicare 的資格，則您的初始投保期長達 7 個月，包括您年滿 65 歲之前的 3 個月、您達到 65 歲的當月以及您年滿 65 歲之後的 3 個月。

Inpatient Care (住院護理) – 當您被醫院收治後，您可以獲得的醫療保健。

第 12 章 定義

Interchangeable Biosimilar (可互換的生物相似藥) – 在不需要新處方的情況下，可取代藥房原廠生物製品的生物相似藥，此類藥物符合自動替代可能性相關的額外要求。藥局的自動替代受州法律規範。

List of Covered Drugs (formulary or Drug Guide) (《承保藥物清單》(處方列表或《藥物指南》)) – 計劃承保的處方藥名單。

Low Income Subsidy (低收入補助, LIS) – 請參閱「額外幫助」。

Magnetic Resonance Angiography (磁共振血管造影, MRA) – 以非侵入方法和核磁共振成像 (MRI) 測量流經血管的血液的方法。

Magnetic Resonance Imaging (核磁共振成像, MRI) – 使用磁場和感應無線電頻率信號電腦分析，對人體組織進行無創成像的診斷成像方法。

Mail-Order Pharmacy (郵購藥房) – 透過郵寄方式將配好的處方藥寄至會員家中的藥房。

Manufacturer Discount Program (製造商優惠計畫) – 藥物製造商為承保的 D 部分品牌藥物和生物製品支付計劃全額費用的方案。優惠基於聯邦政府和製藥商之間的協議。

Maximum Fair Price (最高公平性價) – Medicare 為所選藥物協商的價格。

Maximum Out-of-Pocket Amount (最大自付費用) – 您在日曆年度內為網絡內承保的 A 部分和 B 部分服務支付之最大自付費用。您為 Medicare A 部分及 B 部分保費及處方藥所支付的金額不計入最大自付費用。

Medicaid (or Medical Assistance) (州醫療補助, 又稱「醫療協助」) – 聯邦和州聯合方案，幫助低收入及資源有限的特定人士支付醫療費用。各州的州醫療補助不同，但是如果您符合 Medicare 和州醫療補助的要求，大部分的醫療保健費用可獲承保。

Medically Accepted Indication (醫療指示許可用途) – 使用由食品和藥物管理局核准或由特定參考資料支援的藥物，例如美國醫院處方列表目錄服務藥品資訊和 Micromedex DRUGDEX 資訊系統。

Medically Necessary (醫療上必要) – 用於預防、診斷或治療病症並符合醫療習慣可接受標準的服務、用品或藥物。

Medicare (聯邦醫療保險) – 是針對年齡滿 65 歲以上的人士、未滿 65 歲但有身體殘障的人士，以及末期腎臟病的患者 (通常是指永久腎功能衰竭，需要透析 (洗腎) 或腎臟移植) 的聯邦健康保險方案。

Medicare Advantage Open Enrollment Period (Medicare 優勢計劃開放投保期) – 在每年的 1 月 1 日到 3 月 31 日這段期間中，允許 Medicare 優勢計劃會員取消其計劃投保並轉到其他 Medicare 優勢計劃，或透過原有的 Medicare 獲得承保。如果在此期間，您選擇轉換到原有的 Medicare，您也可以同時參加另外的 Medicare 處方藥計劃。Medicare 優勢計劃開放投保期也包含個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月期間。

Medicare Advantage Organization (Medicare 優勢計劃組織) – 一家經營 Medicare 優勢計劃的私人公司，提供會員更多選擇，有時會有額外福利。Medicare 優勢計劃也被稱為「C 部分」。可提供所有關於您的 A 部分 (醫院) 與 B 部分 (醫療) 保險，以及有時提供 D 部分 (處方藥) 保險。

Medicare Advantage (MA) Plan (Medicare 優勢 (MA) 計劃) – 有時稱為 Medicare C 部分。計劃由私營公司提供，與 Medicare 有合約，為您提供 Medicare A 部分與 B 部分的所有福利。Medicare 優勢計劃可以是 i) HMO、ii) PPO、iii) 私人付費服務計劃 (PFFS)，或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。除了從這些類型的計劃中選擇之外，Medicare 優勢 HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。大多數情況下，Medicare 優勢計劃也提供 Medicare D 部分 (處方藥承保)。這些計劃稱為**附帶處方藥保險的 Medicare 優勢計劃**。

第 12 章 定義

Medicare Allowable Charge (Medicare 允許收費) – Medicare 承保的特定醫療服務可收取的最高金額。這是由 Medicare 決定的固定金額。

Medicare-Covered Services (Medicare 承保的服務) – Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 健康計劃都必須承保 Medicare A 部分和 B 部分承保的所有服務。Medicare 承保的服務一詞不包括 Medicare 優勢計劃可能提供的額外福利如視力、牙科或聽力。

Medicare Health Plan (Medicare 健康計劃) – 由與 Medicare 簽約的私營公司提供的 Medicare 健康計劃，為 Medicare 計劃中的投保人提供 A 部分和 B 部分的福利。此條款包括所有的 Medicare 優勢計劃、Medicare 費用計劃、特殊需求計劃、展示/前導專案以及老人全面護理計劃 (PACE)。

Medicare Limiting Charge (Medicare 限制收費) – 在原有的 Medicare 計劃中，可以就未接受任務的醫生或其他醫療保健提供者提供的承保服務而向您收取的最高費用。收費限額較 Medicare 所核准的金額高百分之 15。收費限額只適用於特定的服務，不適用於用品或設備。

Medicare Prescription Drug Coverage (Medicare Part D) (Medicare 處方藥承保 (Medicare D 部分)) – 幫助支付 Medicare A 部分或 B 部分不承保的門診處方藥、疫苗、生物製品和一些用品的費用的保險。

Medication Therapy Management (MTM) program (藥物治療管理 (MTM) 計劃) – 針對複雜健康需求，提供給符合特定要求或參與藥物管理計劃人士的 Medicare D 部分方案。MTM 服務通常包括與藥劑師或醫療保健服務提供者討論及檢討用藥。

Medigap (Medicare Supplement Insurance) Policy (Medicare 補充保險計劃/差額保險 (Medicare 補充保險) 政策) – 私營保險公司出售的 Medicare 補充保險，可填補原有的 Medicare 中的缺口。Medicare 補充保險計劃/差額保險政策與原有的 Medicare 共同使用時才有效。(Medicare 優勢計劃並不是 Medicare 補充保險計劃/差額保險政策。)

Member (Member of our Plan, or Plan Member) (會員 (本計劃會員或計劃會員)) – Medicare 中，符合條件可獲得承保的服務的人士，已投保本計劃，且其投保已經由 Medicare 和州醫療補助服務中心 (CMS) 證實。

Network (網絡) – 請參閱「網絡內藥房」或「網絡內提供者」。

Network Pharmacy (網絡內藥房) – 網絡內藥房是本計劃會員可以取得處方藥福利的藥房。在大多數情況下，只有當您向網絡內藥房購買處方藥時才可獲得承保。

Network Provider (網絡內提供者) – 提供者是指經 Medicare 和州認證或向其取得執照，並提供醫療保健服務的醫生、其他專業醫護人士、醫院和其他醫療保健設施的一般術語。網絡內提供者與我們的計劃有協議，接受我們的付款作為全額付款，而且在一些情況中協調並為計劃中的會員提供承保的服務。網絡內提供者也稱為計劃提供者。

Nuclear Medicine (核子醫學) – 放射學，其中放射性同位素 (含放射性原子的化合物) 被引入體內以成像、評估器官功能，或局部觀察疾病或腫瘤。

Observation Services (觀察服務) – 是醫院門診服務，用於協助醫生判斷患者是否需要住院或可出院。急診部門或另一個醫院區域可提供觀察服務。即使您在普通醫院病床上過夜，也可能算作門診。

Open Enrollment Period (開放投保期) – 會員可以變更其健康或藥物計劃，或轉換到原有的 Medicare 時，每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的期間。

第 12 章 定義

Organization Determination (組織決定) – 本計劃對承保項目或服務，或您需要為承保項目或服務所支付的費用所做的決定。本文件中，組織決定稱為承保決定。

Original Biological Product (原廠生物製品) – 經食品和藥物管理局 (FDA) 核准的生物製品，作為生產生物相似藥的製造商的比較製品。它也稱為參考製品。

Original Medicare (Traditional Medicare or Fee-for-service Medicare) (原有的 Medicare (傳統 Medicare 或有償服務 Medicare)) – 原有的 Medicare 由政府提供，而非如 Medicare 優勢計劃和處方藥計劃等的私營健康計劃。在原有的 Medicare 中，Medicare 服務由所付費的醫生、醫院以及國會所設立的其他醫療保健服務提供者支付金額所承保。您可以利用接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他的醫療保健服務提供者。您必須支付免賠額。Medicare 給付其核准的金額，您支付您的分攤費用。原有的 Medicare 有 2 個部分：A 部分 (醫院保險) 與 B 部分 (醫療保險) 在美國各地皆可供使用。

Our Plan (我們的計劃) – 您所投保的計劃，即 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。

Out-of-Network Pharmacy (網絡外藥房) – 與我們的計劃沒有合約約定為計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。除非有特定情況，否則您在網絡外藥房所獲得的大部分藥物，計劃都不予承保。

Out-of-Network Provider or Out-of-Network Facility (網絡外提供者或網絡外設施) – 與我們的計劃沒有合約約定，為計劃會員協調或提供承保服務的提供者或設施。網絡外提供者是我們的計劃沒有僱用，擁有或營運的服務提供者。

Out-of-Pocket Costs (自付費用) – 請參閱上文分攤費用的定義。會員為已接受的部分服務或藥物支付分攤費用的規定，也稱為會員的自付費用規定。

Out-of-Pocket Threshold (自付費用臨界值) – 您為 D 部分藥物支付的自付費用上限。

PACE Plan (PACE 計劃) – PACE (老人全面護理方案) 計劃結合醫療、社交和長期服務與支援 (LTSS)，幫助身體虛弱者儘可能保持獨立並生活在自己的社區裡 (而不是住進養老院/療養院)。加入 PACE 計劃的人士透過我們的計劃獲得 Medicare 和州醫療補助福利。

Part C (C 部分) – 請參閱 Medicare 優勢 (MA) 計劃。

Part D (D 部分) – 自願的 Medicare 處方藥福利方案。

Part D Drugs (D 部分藥物) – 可由 D 部分承保的藥物。我們可能提供或不提供所有 D 部分藥物。國會將特定種類藥物做為 D 部分藥物，排除在承保範圍之外。每個計劃都必須承保特定類別的 D 部分藥物。

Part D Late Enrollment Penalty (D 部分推遲入保罰金) – 在您一開始有資格加入 D 部分計劃後，如果您連續 63 天以上沒有可信的承保 (指按照平均水準，應當給付至少與標準 Medicare 藥物承保相同的保險)，則除了 Medicare 藥物保險的每月保費之外，您需要繳納的其他費用。

Periodic Oral Exam (定期口腔檢查) – 對既有患者進行的檢查，以確定自先前定期或綜合評估後的牙齒和健康狀態變化。

Periodontal Scaling and Root Planing (牙周洗牙及牙根整平) – 牙周病患者通常需要進行牙周潔治。此類洗牙範圍至牙齦下方，可清除累積的牙菌斑、斑塊。牙齒洗牙及牙根整平的過程通常稱為深層洗牙。

Plan Provider (計劃提供者) – 參見「網絡內提供者」。

第 12 章 定義

Positron Emission Tomography (PET) Scan (正電子發射斷層 (PET) 掃描) – 一種醫學成像技術，包括為患者注射同位素，並使用 PET 掃描儀檢測發出的輻射。

Preferred Cost Sharing (首選分攤費用) – 首選分攤費用是指特定網絡內藥房對某些承保的 D 部分藥物提供的較低分攤費用。

Preferred Provider Organization (PPO) Plan (首選提供者組織 (PPO) 計劃) – 首選提供者組織計劃是 Medicare 優勢計劃簽約的提供者網絡，同意以特定費用金額治療計劃會員。PPO 計劃必須承保所有的計劃福利，包括從網絡內以及網絡外提供者獲得的福利。一般來說，從網絡外提供者獲得計劃福利時，會員的分攤費用較高。PPO 計劃對您從網絡內 (首選) 提供者獲得的服務所支付的自付費用有年度限額，對您從網絡內 (首選) 與網絡外 (非首選) 提供者獲得的服務所支付的合計自付費用的限額更高。

Premium (保費) – 支付給 Medicare、保險公司或醫療保健計劃 (健康或藥物承保) 的週期性費用。

Prescription Drug Guide (Formulary) (處方藥指南 (處方列表)) – 計劃提供的承保藥物清單。本計劃在醫生以及藥劑師的協助之下選出這份藥物名單。名單包括品牌藥物與非品牌藥物。

Preventive services (預防服務) – 在可能有最好的治療效果下，儘早預防疾病或偵測疾病的醫療保健 (例如預防服務包括子宮頸抹片檢查、流感疫苗和篩檢乳房 X 光攝影)。

Primary Care Provider (初級保健提供者, PCP) – 您的初級保健提供者是您因大多數健康問題首先去看的醫生或其他服務提供者。在許多 Medicare 健康計劃中，您必須先到初級保健提供者看診，之後後才能看其他醫療保健服務提供者。

Prior Authorization (事先授權) – 根據特定條件事先核准以獲得服務。在第 4 章醫療福利表中標示出需要我們的計劃事先授權之承保服務。處方列表中標記出需要事先授權的承保藥物，我們的標準也會張貼在我們的網站上。

Prophylaxis (cleaning) (預防性治療 (洗牙)) – 在恆牙與乳牙期間，從牙齒結構和植體部位刮除牙菌斑、牙結石及牙漬。預防性治療僅適用於沒有出現牙周病徵兆和症狀的人，包括骨質流失、出血、搖動、滲出液及萎縮。因此，預防性治療是針對尚未有牙周病的患者所進行的預防性手術，且應僅用於牙周健康的患者。

Prosthetics and Orthotics (義肢和矯形器) – 醫療器材包括但不限於手臂、背部和頸部支架；義肢；義眼；以及取代內部身體部位或機能所需的器材包括造口用品以及腸內和腸外營養治療。

Quality Improvement Organization (QIO, 品質改進組織) – 由執業醫生與其他醫療保健專家所組成的團隊，受僱於聯邦政府，旨在審核並提高為 Medicare 的患者所提供的護理品質。

Quantity Limits (數量限制) – 因品質、安全或使用原因對所選藥物的使用進行限制的管理工具。可能會對每個處方中或界定時段中我們所承保的藥量進行限制。

Radiology (放射科(學)) – X 光和其他使用高能輻射來辨識和治療疾病的專門程序。

“Real-Time Benefit Tool” (「即時福利工具」) – 可供投保者查詢完整、準確、及時、臨床上合適且投保人專用處方列表與福利資訊的入口網站或電腦應用程式。這包括分攤費用金額、可能用於與給定藥物相同健康狀況的替代處方藥物，以及適用於替代藥物的承保限制 (事先授權、階梯療法、數量限制)。

Referral (轉診) – 由您的初級保健醫生開立的書面指示單，讓您就診專科醫生或獲得某些醫療服務。未經轉診的情況下，計劃可能不會支付專科醫生的服務費用。

第 12 章 定義

Rehabilitation Services (復健服務) – 這些服務包括住院復健照護、物理治療 (門診)、言語和語言治療以及職業治療。

Screening Mammogram (乳房 X 光篩檢) – 一種專門的 X 光檢查程序，以及早發現患者是否患有乳癌。

Selected Drug (選定藥物) – D 部分承保的藥物，由 Medicare 為其協商最高公平價格。

Service Area (服務區) – 您加入特定健康計劃時須居住的地理區域。對於限制可使用的醫生與醫院的計劃，一般指您可獲得例行 (非緊急情況) 服務的地區。如果您永久搬出計劃的服務區，計劃則需將您退保。

Skilled Nursing Facility (SNF) Care (專業護理機構 (SNF) 照護) – 專業護理機構中持續提供的日常專業護理照護和復健服務。照護的例子包括僅由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。

Special Enrollment Period (特別投保期) – 會員可以更換健康或藥物計劃或重返原有的 Medicare 的一段時間。您可能符合特別投保期資格的情況包括：您搬出服務區、您獲得處方藥費用的「額外幫助」、您進入養老院/療養院或我們違反了與您簽署的合約。

Special Needs Plan (特殊需求計劃) – 這項特別的 Medicare 優勢計劃針對待在養老院/療養院或有特定慢性病症，且同時享有 Medicare 和州醫療補助等特定族群，提供更為專注的醫療保健。

Standard Cost Sharing (標準分攤費用) – 標準分攤費用是網絡內藥房提供的首選分攤費用以外的分攤費用。

Step Therapy (階梯療法) – 在我們承保醫生最初所開的處方藥之前，要求您先使用可治療您病症的另一種藥物的使用工具。

Supplemental Security Income (社會安全生活補助金, SSI) – 社會安全局每月支付給收入和資源有限、身體有殘障、盲人或年滿 65 歲者的福利金。SSI 福利與社會安全局福利不同。

Urgent Care Center (緊急護理中心) – 取得執照的醫療設施，其醫生和護士可提供無需停留過夜的服務以識別和治療突發受傷或疾病。

Urgently Needed Services (急需服務) – 計劃承保的急需服務是需要立即就醫的非急診情況，像是如果您暫時在計劃的服務區域之外；或考慮您的時間、地點和情況，要立即從網絡內提供者獲得醫療照護是不合理的。急需服務的例子包括不可預見的醫療疾病和傷害，或現有病症的意外發作。醫療上必要的例行服務提供者就診，例如年度檢查，即使您在計劃的服務區域以外，或是計劃網絡暫時無法提供服務，不被視為急需服務。

附錄 A - 州級機構聯絡資訊

本節提供第 2 章和此《承保證明》內其他章節提及的州機構聯絡資訊。如果您找不到所需的資訊，請致電本手冊封底所印的電話號碼與客戶服務部聯絡。

紐約	
SHIP 名稱和聯絡資訊	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 800-701-0501 (免付費) https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance
品質改進組織	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701 866-815-5440 711 (聽障專線) 855-236-2423 (傳真) https://livantaqio.com/
州醫療補助辦事處	New York State Department of Health (SDOH) (Medicaid) Office of Medicaid Management 800 North Pearl Street Albany, NY 12204 800-541-2831 (免付費專線) 518-473-3782 (當地電話) https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/
州立藥物協助方案	New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 800-332-3742 (免付費專線) 聽障專線：800-290-9138 (免付費專線) https://www.health.ny.gov/health_care/epic/
愛滋病藥物協助方案	New York AIDS Drug Assistance Program HIV Uninsured Care Programs, Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220 800-542-2437 http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap

無歧視公告

Humana Inc. 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法，不因個人種族、膚色、宗教、性別、性別認同、生理性別、性傾向、年齡、殘障、國籍、軍籍、退伍身分、遺傳資訊、血統、族裔、婚姻狀態、語言、健康狀態或對健康服務的需求而歧視或排除任何人。

Humana Inc.：

- 為殘障人士提供合理的修改及免費的適當輔助工具和服務，以有效與我們溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊 (大字印刷、語音、無障礙格式、其他格式)。
- 為主要語言不是英語的人士提供免費語言協助服務，其中可能包括：
 - 合格的口譯員
 - 其他語言的書面資訊。

如果您需要合理的修改，適當的輔助工具或語言協助服務，請聯絡 **877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：東部時間上午 8 時至晚間 8 時。如果您認為 Humana Inc. 並未提供這些服務，或基於種族、膚色、宗教、社會性別、性別認同、性別、性傾向、年齡、殘障、國籍、兵役狀況、退役狀況、遺傳資訊、血統、族裔、婚姻狀態、語言、健康狀態，或需要醫療服務而有歧視行為，您可以親自提出申訴，或透過郵寄或傳送電子郵件至 Humana Inc. 無差別待遇協調員。Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (聽障專線：711)**，或 **accessibility@humana.com**。如果您在提出申訴時需要幫助，Humana Inc. 的無差別待遇協調員可以幫助您。

您也可以透過「民權辦公室投訴入口網站」：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以電子方式向美國衛生和公眾服務部民權辦公室提出投訴，或者寄送郵件或撥電話至：

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, **800-368-1019、800-537-7697 (聽障專線)**。

加州會員：

您也可以向加州醫療保健服務部民權辦公室提出民權投訴，方法為致電 **916-440-7370 (聽障專線：711)**，發送電子郵件至 **Civilrights@dhcs.ca.gov**，或寄送郵件至：醫療保健服務部民權辦公室副主任，P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413。您可在 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得投訴表格。

此通知可在 www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure 取得。

GHHNDN2026HUM

可用服務通知 - 輔助工具和服務通知

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Հանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર ફોન કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**.

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

此通知可在 <https://www.humana.com/legal/multi-language-support> 取得。

GHHNOA2025HUM_0425

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយប្រភេទផ្សេងៗដល់សហគមន៍។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
877-320-1235 (TTY: 711)번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ຊ່ວຍກ່ອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພຣິ.
ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahji' bee adahodooníílgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohji' hodíilnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyon pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

877-320-1235 (TTY: 711) اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fàṅá-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bě bé nyuεε se wídí pèè-pèè dǒ ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ àtìlẹhìn ìrànlowọ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọwọ́tọ. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

備註

備註

[illegible]

[illegible]

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 客戶服務部

方法	客戶服務部 - 聯絡資訊
請致電	800-457-4708 這是一支免費服務電話。您可以每週七天，每天上午 8 時至晚上 8 時致電我們。 客戶服務部也為不講英語的人士提供免費的口譯服務。
聽障專線	711 此號碼需要特殊的電話設備，僅供聽障或語言障礙人士使用。 這是一支免費服務電話。辦公時間同上所述。
傳真	877-889-9934
寫信	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	Humana.com/customer-support

州健康保險協助方案

州健康保險協助方案 (SHIP) 是由聯邦政府撥款的一項州方案，為 Medicare 會員提供免費的當地健康保險輔導。

您可在此文件的「附錄 A」中找到 SHIP 的聯絡資訊。

PRA 揭露聲明根據 1995 年文書削減法案 (Paperwork Reduction Act)，除非出示有效的 OMB 控制編號，否則任何人都無須對以資訊收集為目的之系統作出回應。本資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1051。如果您對於改善此表單有任何意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

Humana Inc.

P.O. Box 14168

Lexington, KY 40512-4168



重要計劃資訊

H3533033000EOCCH26

Humana[®]

[Humana.com](https://www.humana.com)