您的 2027 《承保證明》

Humana®

感謝您成為 Humana Gold Plus H3533-033（HMO）的會員。我們重視您的會員資格，並致力於幫助您成為您想成為的最好的自己。

此《承保證明》包含有關您計劃的重要資訊。本手冊是一份非常詳細的文件，包含您的福利和費用的完整法律說明。您應保留此文件，以便在整個計劃年度中參考。

Humana 關心您的健康。

我們期待在未來多年成為您健康方面的夥伴。如果您有任何疑問，我們非常樂意為您協助。

2027

《承保證明》

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)

紐約市
布魯克林與皇后區

Humana®

2027年1月1日至12月31日

2027 年的《承保證明》：

您作為 Humana Gold Plus 會員的 Medicare 健康福利與服務及藥物承保 H3533-033 (HMO)

本文件詳細說明您自2027年1月1日至12月31日的 Medicare 醫療及藥物承保內容。**這是一份重要的法律文件。請將其保存在安全的地方。**

本文件會說明您的福利與權益。使用本文件以瞭解：

- 您的計劃保費及分攤費用
- 您的醫療及藥物福利
- 如對服務或治療不滿意，如何提出投訴
- 如何聯絡我們
- Medicare 法律要求的其他保障

如對本文件有任何疑問，請致電 800-457-4708 聯絡客戶服務（聽障專線使用者請撥 711）。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日每週七天上午 8 時至下午 8 時，以及 4 月 1 日至 9 月 30 日週一至週五上午 8 時至下午 8 時。此通話免費。

本計劃，Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)，由 Humana Health Company of New York, Inc. 提供。（當本《承保證明》使用「我們」或「我們的」時，係指 Humana Health Company of New York, Inc.。當使用「計劃」或「我們的計劃」時，係指 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。

福利、保費、免賠額及/或共付額／共保額可能於 2028 年 1 月 1 日變更。

我們的處方集、藥房網絡和/或提供者網絡可能隨時變更。如果有任何變更對您造成影響，您會在至少 30 天前收到通知。

H3533_EOC_MAPD_HMO_033000_2027_CH_C

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

目錄

第 1 章 以會員身分開始使用 8
第 1 節 您是 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的會員 8
第 2 節 計劃資格要求 8
第 3 節 重要的會員資料 9
第 4 節 2027年重要費用摘要 11
第 5 節 進一步瞭解您的每月計劃保費 15
第 6 節 請將本計劃會員的記錄保持在最新狀態 17
第 7 節 其他保險與我們的計劃如何協作 18
第 2 章 電話號碼及相關資源 20
第 1 節 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 聯絡方式 20
第 2 節 取得 Medicare 的幫助 22
第 3 節 州健康保險協助方案 (SHIP) 23
第 4 節 品質改進組織 (QIO) 23
第 5 節 社會安全局 24
第 6 節 州醫療補助 24
第 7 節 處方藥費用援助方案 25
第 8 節 鐵路退休委員會 (RRB) 27
第 9 節 如果您有雇主提供的團體保險或其他健康保險 27
第 3 章 使用我們的計劃享受醫療服務 29
第 1 節 本計劃會員如何獲得醫療照護 29
第 2 節 使用本計劃網絡內提供者取得醫療照護 30
第 3 節 如何在緊急情況、災難或急需護理時取得服務 33
第 4 節 如果您收到承保服務的全額帳單該怎麼做 34
第 5 節 臨床研究中的醫療服務 35
第 6 節 獲得宗教性非醫療保健機構醫療照護的規定 36
第 7 節 耐用醫療設備的所有權規定 37
第 4 章 醫療福利表（承保內容及您的自付費用） 39
第 1 節 瞭解您在承保服務中的自付費用 39
第 2 節 醫療福利表顯示您的醫療福利和費用 40
第 3 節 本計劃未承保的服務 (排除情況) 80
第 5 章 使用 D 部分藥物的計劃承保範圍 87
第 1 節 本計劃 D 部分藥物承保的基本規定 87
第 2 節 在網絡內藥房或透過本計劃的郵購服務購買處方藥 87
第 3 節 您的藥物應在本計劃的《藥物指南》中 91
第 4 節 承保限制的藥物 92
第 5 節 如果您對藥物的承保方式不滿意可怎麼做 93
第 6 節 我們的《藥物指南》在一年之中可能發生變更 96
第 7 節 我們不承保的藥物類型 98
第 8 節 如何配取處方藥 99
第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物承保 99
第 10 節 藥物安全和藥物管理方案 100
第 6 章 您為 D 部分藥物所支付的費用 103
第 1 節 您為 D 部分藥物所支付的費用 103

第 2 節 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員的藥物付款階段 105
第 3 節 您的 SmartSummary® 說明您所屬的付款階段 105
第 4 節 免賠額階段 106
第 5 節 初始承保階段 106
第 6 節 重大傷病保險階段 110
第 7 節 額外福利資訊 110
第 8 節 您為D部分疫苗所支付的費用 111
第 7 章 要求我們支付所承保的醫療服務或藥物帳單的應付部分 113
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 113
第 2 節 如何要求我們償還您或支付您所收到的帳單 115
第 3 節 我們將會考慮並決定是否同意您的給付要求 116
第 8 章 您的權利與責任 117
第 1 節 本計劃必須尊重您的權利和文化敏感性 117
第 2 節 您身為本計劃會員的義務 125
第 9 章 如果您遇到困難或想要投訴 (承保決定、上訴、投訴) 127
第 1 節 如果您存有疑問或顧慮該怎麼做 127
第 2 節 可於何處獲得更多資訊及個人化的協助 127
第 3 節 您的問題應當使用何種流程來處理？ 128
第 4 節 承保決定與上訴指南 128
第 5 節 醫療照護：如何要求做出承保決定或提出上訴 131
第 6 節 D 部分藥物：如何要求做出承保決定或提出上訴 136
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 144
第 8 節 如果您認為特定醫療服務承保過早結束，如何向我們申請繼續承保 147
第 9 節 進行 3 級、4 級、5 級的上訴 150
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 152
第 10 章 終止本計劃會員身分 156
第 1 節 終止您的計劃會員身分 156
第 2 節 您何時可以終止您的計劃會員身分？ 156
第 3 節 如何終止您的計劃會員身分 158
第 4 節 在您的會員身分終止前，您必須透過我們的計劃獲得醫療項目、服務和藥物 159
第 5 節 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 在特定情況下必須終止計劃會員身分 159
第 11 章 法律聲明 161
第 1 節 適用法律公告 161
第 2 節 無歧視公告 161
第 3 節 關於 Medicare 次要付款方的代位權公告 161
第 4 節 關於代位求償 (向第三方追償) 的額外通知 161
第 5 節 Medicare 如何與其他保險協調 162
第 12 章 定義 165
附錄 A - 州級機構聯絡資訊 175
列出您所在州各類實用資源的名稱、地址、電話號碼及其他聯絡資訊。

第 1 章：以會員身分開始使用

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

第 1.1 節　　您已加入 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)，這是一項 Medicare HMO

您受 Medicare 承保，並選擇通過我們的計劃Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)獲得您的 Medicare 醫療和藥物承保。我們的計劃承保所有A部分和B部分的服務。但是，本計劃的分攤費用和醫療服務提供者的使用與原始 Medicare 有所不同。

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 是一項由 Medicare 批准並由私人公司營運的 Medicare Advantage HMO 計劃（HMO 代表健康維護組織）。

第 1.2 節　　《承保證明》的法律資訊

此《承保證明》是我們與您之間關於Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)如何承保您的醫療服務的合約的一部分。本合約的其他部分包括您的投保申請表、《處方藥物指南》(處方集)，以及我們向您發出的任何有關承保範圍變更或影響您承保範圍之條件的通知。這些通知有時稱為附加條款或修正案。

本合約在您參加Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)期間（2027年1月1日至2027年12月31日）的月份內有效。

Medicare 允許我們每個日曆年對我們提供的計劃進行變更。這意味著我們可以在2027年12月31日之後更改Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)的費用及福利。我們也可以選擇在2027年12月31日之後停止在您的服務地區提供該計劃。

Medicare（Medicare 和州醫療補助服務中心）必須每年批准Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。只要我們選擇繼續提供我們的計劃，且 Medicare 續批我們的計劃，您即可繼續作為我們計劃的會員獲得 Medicare 承保。

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，即有資格加入我們的計劃：

- 您同時持有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分。
- 您居住在我們的地理服務區域內（如以下第 2.2 節所述）。遭羈押人員即使實際位於地理服務區內，亦不視為居住於該地理服務區。

- 您是美國公民、美國國民，或符合資格的非公民。

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

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 僅供居住在我們計劃服務區域內的人員加入。要繼續成為我們計劃的會員，您必須繼續居住在我們的服務區域內。服務區域說明如下。

我們的服務區域包括紐約州以下縣份：紐約州國王縣、皇后縣。

如果您遷出我們計劃的服務區域，您將無法繼續成為本計劃的會員。請撥打客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），以瞭解我們是否在您的新區域提供計劃。當您搬遷時，您將有一個特別註冊期，可選擇切換至原始 Medicare，或在您的新居住地加入 Medicare 醫療或藥物計劃。

如果您搬遷或更改郵寄地址，也請務必致電社會安全局。致電 1-800-772-1213（聽障專線：1-800-325-0778）聯絡社會安全局。

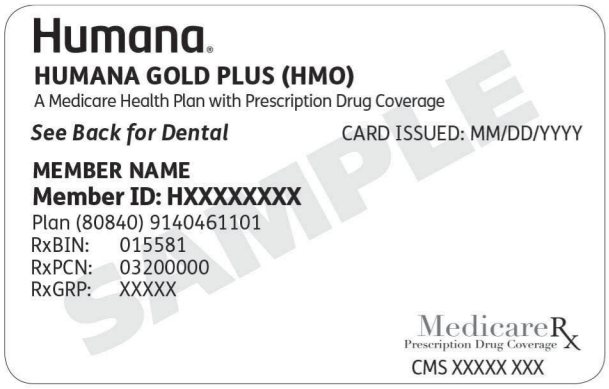
第 2.3 節 美國公民、美國國民或符合資格的非公民

您必須是美國公民或國民，或符合資格的非公民，才能成為 Medicare 健康計劃的會員。如果您不符合繼續成為我們計劃會員的資格，Medicare（Medicare 和州醫療補助服務中心）將通知 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)。如您不符合此項要求，Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 必須為您辦理退保。

第3節 重要的會員資料

第3.1節 我們計劃的會員卡

每當您獲得我們計劃承保的服務，以及在網絡藥房取得處方藥時，請使用您的會員卡。如果您持有州醫療補助卡，您也應該向醫療服務提供者出示該卡。會員卡樣本：





當您是本計劃的會員時，請勿使用您的紅、白、藍色 Medicare 卡來獲取承保的醫療服務。如果您使用 Medicare 卡而非 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員卡，您可能需要自行支付醫療服務的全額費用。請將您的 Medicare 卡保存在安全的地方。您可能會被要求如果您需要住院服務、安寧療護服務，或參與 Medicare 批准的臨床研究（也稱為臨床試驗），您可能會被要求出示該卡。

識別卡背面以六個字元的代碼標示您的牙科福利，例如 DEN000。 Medicare 優勢計劃牙科福利使用僅限網絡內承保的 PPO 牙科網絡。卡片正面僅涉及計劃的醫療福利。有關牙科福利的資訊，請參閱本文件第 4 章中的強制性補充牙科福利說明。

如果我們計劃的會員卡損壞、遺失或被盜，請立即致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），我們將為您補發新卡。

第3.2節 《提供者名錄》

《提供者名錄》 (**Humana.com/FindCare**) 列出我們目前的網絡醫療服務提供者、耐用醫療設備供應商及藥房。**網絡醫療服務提供者**是與我們簽有協議的醫生及其他醫療保健專業人員、醫療團體、耐用醫療設備供應商、醫院及其他醫療保健機構，他們同意以我們的給付金額及任何計劃分攤費用作為全額付款。

您必須使用網絡醫療服務提供者來獲得醫療照護和服務。若您未經適當授權而前往其他地方就醫，您將須自行支付全額費用。唯一的例外情況為緊急事故、網絡不可用時的緊急所需服務（即在網絡內獲得服務不合理或不可能的情況）、服務區域外的洗腎服務，以及Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)授權使用網絡外醫療服務提供者的情況。

《提供者名錄》 (**Humana.com/FindCare**) 列出我們的網絡藥房。**網絡藥房**是同意為我們計劃會員配發承保處方藥的藥房。您可以使用《提供者名錄》來尋找您想使用的網絡藥房。請參閱第5章第2.4節，瞭解何時可以使用不在我們計劃網絡內的藥房。

《提供者名錄》也會顯示我們網絡中哪些藥房享有首選分攤費用，對於某些藥物，這可能低於其他網絡藥房所提供的標準分攤費用。

如果您沒有《提供者名錄》，您可以造訪我們的網站 **Humana.com/FindCare** 索取副本（電子版或紙本）。該網站可為您提供有關我們網絡醫療服務提供者及藥房變更的最新資訊。您也可以致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）索取此資訊。所申請的紙本《提供者名錄》將於3個工作天內郵寄給您。

第3.3節 《處方藥物指南》（處方集）

我們的計劃備有《處方藥物指南》（也稱為《藥物指南》或處方集）。其中說明Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)所含D部分福利承保的處方藥項目。本計劃在醫生以及藥劑師的協助之下選出這份藥物名單。《藥物指南》符合所有 Medicare 的要求。納入 Medicare 藥物價格談判計劃的藥物將列入您的《藥物指南》，除非已依第5章第6節所述予以移除或替換。Medicare 已核准Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)《藥物指南》。

《藥物指南》也會說明是否有任何規定限制某種藥物的給付範圍。

我們將提供您一份《藥物指南》的副本。《藥物指南》包含我們會員最常使用的承保藥物資訊。然而，我們也承保不包含在《藥物指南》中的其他藥物。

若您的藥物未列於《藥物指南》中，請造訪我們的網站或致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），以瞭解我們是否承保該藥物。若要取得最完整且最新的承保藥物資訊，請瀏覽 **Humana.com/DrugList** 或致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。

第4節 2027年重要費用摘要

您在2027年的費用	
	網絡內
月繳計劃保費* * 您的保費可能高於此金額。請繼續閱讀第 5 節以瞭解詳細資訊。	**$0**
自付費用上限 這是您就承保的 A 部分和 B 部分服務所需支付的自付費用最高金額。（詳情請參閱第4章第1.2節。）	**$9,050**
初級保健提供者診所就診	每次就診共付額 **$0**
專科醫生診所就診	每次就診共付額 **$50**
住院治療 包括各種住院情況，例如急症照護、復健及長期照護。住院從您憑醫生指示正式入院當天開始，至出院前一天結束。	第 1 – 6 天，每天 **$400** 共付額 第 7 – 90 天，每天 **$0** 共付額
D 部分藥物承保 （詳情請參閱第 6 章，包括年度免賠額、初始承保及重大傷病保險階段。） 並非所有藥物層級均包含胰島素。請參閱您的《藥物指南》以確認胰島素承保範圍。	**D 部分藥物承保免賠額** **$0**，適用於第 1 級及第 2 級 **$550** 適用於第 3 級、第 4 級和第 5 級； 承保的胰島素產品除外 以及大多數成人D 部分疫苗除外
	初始承保階段期間的共付額/共保額：
	在**零售藥房**取得 30 日份藥量： • **第 1 級藥物： $0** 您每月為此級別每種承保胰島素產品支付 **$0**。 • **第 2 級藥物： $0** 您每月為此級別每種承保胰島素產品支付 **$0**。 • **第 3 級藥物： 17%** 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **17%**，最多可達 **$35**。 • **第 4 級藥物： 33%**

您在2027年的費用	
	網絡內
	您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **25%**，最多可達 **$35**。 • **第 5 級藥物： 27%** 您在此等級為每項承保胰島素產品的每月供應量支付不超過 **25%**，最多可達 **$35**。
	透過郵購藥房以首選分攤費用**取得 100天供應量**： • **第 1 級藥物： $0** 您為此層級每種承保胰島素產品的3個月供應量支付 **$0**。 • **第 2 級藥物： $0** 您為此層級每種承保胰島素產品的3個月供應量支付 **$0**。 • **第 3 級藥物： 14%** 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付不超過 **14%**，最多可達 **$105**。 • **第 4 級藥物： 33%** 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付不超過 **25%**，最多可達 **$105**。 • **第 5 級藥物：**不適用
	透過郵購藥房以標準分攤費用**取得 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 個月供應量支付不超過 **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 個月供應量支付不超過 **16%**，最多可達 **$60**。 • **第 3 級藥物： 17%** 您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付不超過 **17%**，最多可達 **$105**。 • **第 4 級藥物： 33%**

您在2027年的費用	
	網絡內
	您在此等級為每項承保胰島素產品的每 3 個月供應量支付不超過 **25%**，最多可達 **$105**。 • **第 5 級藥物：**不適用
	重大傷病承保： 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）
- 每月 Medicare B 部分保費（第 4.2 節）
- 選擇性補充保險福利保費（第4.3節）
- D部分推遲入保罰金（第4.4節）
- 與收入相關的每月調整金額 (IRMAA)（第4.5節）
- Medicare 處方藥付款計劃金額（第 4.6 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。如果您沒有資格享有免費A部分，您可能還需要繳納A部分保費。

第 4.3 節　選擇性補充保險福利保費

若您已申請額外福利，亦稱為選擇性補充保險福利，您每月須為這些額外福利支付額外的保費。詳情請參閱第 4 章第 2.1 節。

MyOption DEN972：**$55.20** 額外每月保費

第 4.4 節　D 部分推遲入保罰金（LEP）

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 最低標準的承保，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 部分承保，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。

在下列情況，您**不**需支付 D 部分推遲入保罰金：

- 您獲得 Medicare 的額外幫助 (Extra Help)，以幫助支付您的藥物費用。
- 您連續未持有 D 部分或其他可信的承保的時間未滿 63 天。
- 您透過其他來源（例如前僱主、工會、TRICARE或退伍軍人健康管理局（VA））獲得了可信藥物承保。您的承保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。請保留此資訊，因為如果您日後加入 Medicare 藥物計劃，可能需要用到它。
  - **注意：**任何信函或通知均須載明，您曾持有可信的處方藥給付，且該給付預期支付金額不低於 Medicare 標準藥物計劃的支付金額。
  - **注意：**處方藥折扣卡、免費診所及藥物折扣網站均不屬於可信的處方藥給付。

Medicare 決定 D 部分推遲入保罰金的金額。以下是其運作方式：

- 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承保的完整月份數。

- 然後 Medicare 會決定前一年全國 Medicare 藥物計劃的平均每月計劃保費金額 (即全國基準受益人保費)。 2027年，此平均保費金額為**$41.33**。

- 為計算您的每月罰款，Medicare 將未保障月數（罰款百分比）乘以全國基礎受益人保費的1%，然後四捨五入至最接近的10美分。例如，若您有 14 個月未持有 D 部分或其他可信的承保，罰款將為 14% 乘以 **$41.33**，即 **$5.79**。四捨五入後為 **$5.80**。此金額將加入持有 **D 部分推遲入保罰金**人員的**每月**計劃保費中。

每月 D 部分推遲入保罰金的三點重要注意事項：

- **罰款金額每年可能有所變動**，因為全國基本受益人保費每年可能有所變動。

- 只要您參加的計劃包含Medicare D部分藥品福利，即便更換計劃，**通常每月仍須持續繳納罰金**。

- 如果您未滿65歲且已參加 Medicare，D部分推遲入保罰金將在您年滿65歲時重新計算。65歲以後，您的D部分推遲入保罰金將僅根據您在年滿65歲加入 Medicare 的初始加入期後未獲承保的月數計算。

如果您對D部分推遲入保罰金有異議，您或您的代表可要求對該罰款進行重新審議（屬上訴程序之一）。重新審議由與我們無關的獨立審查機構進行。一般來說，您必須在收到的首封推遲入保罰金繳納通知函所載日期起 **60 天內**，提出重新審議申請。但是，如果您在加入我們的計劃之前已在繳納罰款，通常將不會有另一次機會要求對該推遲入保罰金進行重新審議。

重要事項：在等待對您的推遲入保罰金決定進行重新審查期間，請勿停止繳付您的 D 部分推遲入保罰金。如果您這樣做，您可能會因為未支付本計劃保費而被退保。

第 4.5 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)」。額外費用是根據您兩年前向美國國稅局申報的稅表中所載的修正後調整總收入計算的。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。如需進一步瞭解您可能須依收入繳納的額外費用，請前往 Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs。

如果您需要支付額外的 IRMAA，社會安全局 (而不是您的 Medicare 計劃) 將會寄給您一封信，說明需要額外支付的金額。無論您平常如何支付本計劃保費，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、鐵路退休委員會計劃福利金或聯邦人事管理局福利金支票中扣繳這筆額外款項。如果您的福利金支票金額不足以支付額外金額，Medicare 會將帳單寄給您。**您必須支付政府這筆額外的 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對此決定進行審查。如需瞭解如何操作，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 4.6 節 Medicare 處方付款計劃金額

若您參加 Medicare 處方支付計劃，每月須繳納本計劃保費（如適用），並會收到藥物計劃開立的處方藥帳單（而非於藥房支付）。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，平均分攤到該年度剩餘月份。

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，有以下幾種付款方法

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。以下說明的四種選項為：

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

如果您想要變更付款選項，請致電客戶服務：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**，使用您的使用者名稱和密碼登入。（如果這是您第一次登入，請點擊「註冊 MyHumana」並按照螢幕上的指示操作。）

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 (惠安納) 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。
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。

若您需要補領票券冊，請致電客戶服務 800-457-4708，聽障專線 711。

第 2 種方式：您可以設定從您的支票帳戶或儲蓄帳戶，或透過您的信用卡或簽帳金融卡自動付款

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**，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：您可以從您每月的鐵路退休委員會福利金支票中扣除 D 部分推遲入保罰金

您可以從您每月的鐵路退休委員會福利金支票中扣除 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**，登入 MyHumana，設定鐵路退休委員會 (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：從您每月的社會安全支票中扣除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，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。

更改您支付 D 部分推遲入保罰金的方式。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。如果您正在選擇任何自動付款選項，您也可以前往
Humana.com/pay 並使用您的用戶名稱和密碼登入。（如果這是您第一次登入，請點擊「註冊 MyHumana」並按照螢幕上的指示操作。）

如果您無法支付 D 部分推遲入保罰金

您的 D 部分推遲入保罰金須於每月第一天前繳交至我們辦公室。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催收活動。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。

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

第 5.2 節　　您每月的計劃保費在年度內不會變更

我們不允許在年度中變更本計劃的每月計劃保費金額。如果明年度每月計劃保費發生變更，我們將於本年度 9 月告訴您，且新保費將於次年的 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。

- 如果您目前支付 D 部分推遲入保罰金，並在當年度符合「額外幫助 (Extra Help)」的資格，您可以停止繳納罰款。
- 如果您失去「額外幫助 (Extra Help)」，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 (Extra Help)」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承保，包括您的初級保健提供者。

本計劃網絡內的醫生、醫院、藥劑師和其他提供者，**會使用您的會員記錄以瞭解哪些服務和藥物在承保範圍內，以及您的分攤費用金額**。因此，您協助保持您的資訊為最新狀態非常重要。

如果下列資訊有任何變更，請告知我們：

- 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承保)
- 任何責任索賠，例如汽車事故引起的索賠

- 若您入住療養院
- 若您在服務區域外或網絡外的醫院或急診室接受治療
- 若您指定的負責方（例如照護者）有所變更
- 若您參與臨床研究（**注意：**您無需告知我們計劃您打算參與的臨床研究，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，請務必一併與社會安全局聯絡。致電 1-800-772-1213（聽障專線：1-800-325-0778）聯絡社會安全局。

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承保資訊，以便我們將您在本計劃中的福利與其他承保進行協調。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。請仔細閱讀這些資訊。如果資訊正確，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 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）。您可能需要向其他保險公司提供您的計劃會員身分證號碼（在確認其身分後），以確保您的帳單能夠正確且準時地得到支付。

如果您有其他保險 (像是雇主團體健康保險)，Medicare 設有決定本計劃或您的其他保險先給付的相關規定。優先支付的保險（「主要付款方」）在其承保範圍限額內進行支付。次要支付的保險（「次要付款方」）僅當存在主要保險未能承保的費用時才予以支付。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：

- 如果您有退休人員承保，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，則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病 (ESRD) 而享有 Medicare 而定：
  - 如果您未滿65歲且身有殘疾，而您（或您的家庭成員）仍在工作，若雇主擁有100名或以上員工，或聯合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優先給付。
  - 如果您已超過65歲，而您（或您的配偶或同居伴侶）仍在工作，若雇主擁有20名或以上員工，或聯合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優先給付。
- 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。

以下類型的承保通常對各自類型相關的服務優先付款：

- 無過失保險 (包括汽車保險)
- 責任險 (包括汽車保險)

- 黑肺病福利
- 工傷賠償

州醫療補助和 TRICARE 從來不會先給付 Medicare 承保的服務。他們僅在 Medicare、雇主團體健康計劃和／或 Medigap 支付後才予以支付。

第2章：
電話號碼及相關資源

第 1 節 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 聯絡方式

如需協助處理理賠、帳單或會員卡問題，請致電或致函 Humana Gold Plus H3533-033（HMO）客戶服務。我們非常樂意幫助您。

客戶服務- 聯絡資訊	
致電	800-457-4708 撥打以上號碼均免費。您可以每週七天、上午 8 點至下午 8 點致電我們。但是，請注意，我們的自動電話系統可能會在4月1日至9月30日的週末及假日期間接聽您的來電。 客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）亦提供免費語言口譯服務，供不以英語為母語者使用。
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。 撥打以上號碼均免費。營業時間與上述相同。
傳真	877-837-7741
書面	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	**Humana.com/customer-support** 可透過 **Humana.com** 進行即時聊天，服務時間為週一至週五，東部標準時間上午8時至下午8時。

如何對醫療照護申請承保決定或提出上訴

承保決定是我們對您的福利和承保範圍，或是我們會為您的醫療服務或 D 部分藥物支付多少金額所做的決定。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。

醫療照護承保決定 – 聯絡資訊	
致電	800-457-4708 撥打以上號碼均免費。您可以每週七天、上午 8 點至下午 8 點致電我們。但是，請注意，我們的自動電話系統可能會在4月1日至9月30日的週末及假日期間接聽您的來電。如需快速（加急）承保決定，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。 撥打以上號碼均免費。營業時間與上述相同。
傳真	888-200-7440 僅用於加急承保決定

書面	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	**Humana.com/medicare-support/member-guidelines/exceptions-and-appeals** 可透過 **Humana.com** 進行即時聊天，服務時間為週一至週五，東部標準時間上午8時至下午8時。

D部分藥物的承保決定 - 聯絡資訊	
致電	800-555-2546 撥打以上號碼均免費。您可以每週七天、上午 8 點至下午 8 點致電我們。但是，請注意，我們的自動電話系統可能會在4月1日至9月30日的週末及假日期間接聽您的來電。
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。 撥打以上號碼均免費。營業時間與上述相同。
傳真	877-486-2621 僅用於承保範圍認定
書面	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** 可透過 **Humana.com** 進行即時聊天，服務時間為週一至週五，東部標準時間上午8時至下午8時。

醫療照護或 D 部分處方藥的上訴 – 聯絡資訊	
致電	800-457-4708 撥打以上號碼均免費。您可以每週七天、上午 8 點至下午 8 點致電我們。如需緊急醫療上訴，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。 撥打以上號碼均免費。營業時間與上述相同。
傳真	888-556-2128
書面	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
網站	**Humana.com/denial** 可透過 **Humana.com** 進行即時聊天，服務時間為週一至週五，東部標準時間上午8時至下午8時。

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，請參閱第 9 章的詳細資訊。

醫療照護或 D 部分藥物的投訴 – 聯絡資訊	
致電	800-457-4708 撥打以上號碼均免費。您可以每週七天、上午 8 點至下午 8 點致電我們。如需加急申訴，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。 撥打以上號碼均免費。營業時間與上述相同。
傳真	877-889-9934
書面	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
Medicare 網站	如需直接向 Medicare 提交關於 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 的投訴，請前往 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

如果您收到帳單或已支付您認為應由我們支付的服務費用 (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。如需更多資訊，請參閱第 9 章。

付款要求 – 聯絡資訊	
致電	800-457-4708 撥打以上號碼均免費。您可以每週七天、上午 8 點至下午 8 點致電我們。但是，請注意，我們的自動電話系統可能會在4月1日至9月30日的週末及假日期間接聽您的來電。
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。 撥打以上號碼均免費。營業時間與上述相同。
書面	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	**Humana.com** 可透過 **Humana.com** 進行即時聊天，服務時間為週一至週五，東部標準時間上午8時至下午8時。

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，包括本計劃在內。

Medicare - 聯絡資訊	
致電	致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 撥打以上號碼均免費。 每天 24 小時/每週 7 天
聽障專線	1-877-486-2048 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。 撥打以上號碼均免費。
即時線上對話	您可以在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 進行即時線上交談
書面	Write to Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
網站	Medicare.gov • 獲取您所在地區 Medicare 醫療及藥物計劃的相關資訊，包括費用及所提供的服務。 • 尋找參與 Medicare 的醫生或其他醫療服務提供者及供應商。 • 瞭解 Medicare 的承保範圍，包括預防性服務（例如篩檢、注射或疫苗，以及每年的「健康」訪視）。 • 獲取 Medicare 上訴資訊及表格。 • 獲取有關計劃、療養院、醫院、醫生、居家護理保健機構、透析設施、臨終關懷中心、住院復健設施及長期照護醫院所提供護理品質的相關資訊。 • 查詢實用網站及電話號碼。 您也可以造訪 Medicare.gov，向 Medicare 反映您的任何投訴意見，相關內容為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO). **如需向 Medicare 提出申訴，**請前往 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顧問也可協助您處理有關 Medicare 的問題或困難，協助您瞭解 Medicare 計劃選項，並解答有關轉換計劃的問題。

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) 由醫生和其他醫療保健專業人員組成，由 Medicare 出資，負責查核並協助改善 Medicare 會員獲得的照護品質。 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。
- 您認為住院治療的承保過早結束。
- 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

社會安全局判斷 Medicare 資格並處理 Medicare 投保事宜。社會安全局也負責決定哪些高收入者，需要為 D 部分藥物承保範圍支付額外費用。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。

如果您搬家或者郵寄地址變更，請聯絡並知會社會安全局。

社會安全局 - 聯絡資訊	
致電	1-800-772-1213 撥打以上號碼均免費。 服務時間為週一至週五上午8時至下午7時。 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	1-800-325-0778 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。 撥打以上號碼均免費。 服務時間為週一至週五上午8時至下午7時。
網站	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。

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。您所在州的醫療補助辦公室聯絡資訊可在本文件末尾的「附件A」中找到。

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。以下計劃可協助收入有限的人士。

Medicare 的「額外幫助 (Extra Help)」

Medicare 和社會安全局有一個稱為「額外幫助 (Extra Help)」的方案，可為收入和資源有限的人士支付藥物費用。如果您符合資格，您將獲得協助支付您的 Medicare 藥物計劃的每月計劃保費、每年免賠額及共付額。額外幫助 (Extra Help) 也計入您的自付費用。

如果您自動符合「額外幫助 (Extra Help)」的資格，Medicare 將會寄給您一封紫色信函告知。如果您不符合自動資格，您可隨時申請。如欲瞭解您是否符合「額外幫助 (Extra Help)」的資格：

- 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。

您申請「額外幫助 (Extra Help)」時，也可以開始申請 Medicare 節約方案 (MSP) 流程。這些州方案提供其他 Medicare 費用的幫助。除非您在申請「額外幫助 (Extra Help)」時告訴不需要，否則社會安全局會向您的州發送資訊以啟動 MSP 申請。

如果您符合「額外幫助 (Extra Help)」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 (Extra Help)」資格的文件，您也可以在下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 (Extra Help)」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。該日期必須為去年七月當月或之後。
- 社會安全局的信件，上面顯示您的「額外幫助 (Extra Help)」資格。這封信可能稱為「重要資訊」、「酬賓獎勵信函」、「變更通知」或「行動通知」。
- 社會安全局的來函可證明您接受補充保障收入。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。所顯示的生效日期必須為去年七月或之後的月份。

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，我們會透過支票或在未來的共付額償還給您。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：800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）。

如果您有「額外幫助 (Extra Help)」和州藥物協助方案 (SPAP) 承保時會怎樣？

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 (Extra Help)」將先給付。 SPAP 諮詢顧問的服務是免費的。電話號碼與網址可在本文件末尾「附錄 A」查閱。

如果您有「額外幫助 (Extra Help)」和 AIDS 藥物協助方案 (ADAP) 的承保時會怎樣？

AIDS 藥物補助計劃（ADAP）協助感染 HIV/AIDS 的人獲得挽救生命的 HIV 藥物。 Medicare D 部分藥物如果也涵蓋於 ADAP 處方集中，透過您所在州的 ADAP 方案，可符合處方藥分攤費用的條件。

注意：如需符合您所在州的 ADAP 資格，申請人必須符合特定條件，包括提供州居住地及 HIV 狀況證明、符合低收入標準（依各州規定）以及未參加保險或保險不足之情形。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。如需瞭解資格條件、承保的藥物，或是如何投保該方案的資訊，請致電您所在州的 ADAP。您可在本文件背面的「附錄 A」中找到 AIDS 藥物協助方案 (ADAP) 的聯絡資訊。

州藥物協助方案

許多州設有州立藥物補助計劃，根據財務需求、年齡、醫療狀況或殘疾情況，協助民眾支付處方藥費用。每個州對於為其會員提供藥物承保的規定各有不同。

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 處方藥付款計劃

Medicare 處方付款計劃是一種與您目前藥物承保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。擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物承保的 Medicare 健康計劃 (例如包含藥物承保的 Medicare 優勢計劃) 的任何人，都可以使用此付款選項。**此付款選項或許有助於您管理支出，但它不會為您省錢或降低您的藥物費用。如果您正在參與 Medicare 處方付款計劃且繼續留在同一個 D 部分計劃，您的參與將於 2027 年自動續期；您無需提交新的選擇申請即可繼續參與**

2027 年的計劃。如需進一步瞭解此付款選項，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），或造訪 Medicare.gov。

Medicare 處方藥付款計劃 – 聯絡資訊	
致電	800-457-4708 撥打以上號碼均免費。您可以每週七天、上午 8 點至下午 8 點致電我們。但是，請注意，我們的自動電話系統可能會在4月1日至9月30日的週末及假日期間接聽您的來電。 客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）亦提供免費語言口譯服務，供不以英語為母語者使用。
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。 撥打以上號碼均免費。營業時間與上述相同。
書面	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	如需進一步瞭解此付款選項，請造訪 **Humana.com/RxCostHelp** 或致電 Medicare.gov。

第 8 節　鐵路退休委員會 (RRB)

鐵路退休委員會是一個獨立的聯邦機構，負責管理全國鐵路工人及其家屬的綜合福利計劃。如果您透過鐵路退休委員會取得 Medicare，請讓他們知道您已經搬家或變更郵寄地址。如果您對鐵路退休委員會的福利有疑問，請聯絡該機構。

鐵路退休委員會 (RRB) - 聯絡資訊	
致電	1-877-772-5772 撥打以上號碼均免費。 按「0」可在週一、週二、週四及週五上午9時至下午3時30分，以及週三上午9時至中午12時與RRB代表通話。 按「1」可全天候 24 小時使用自動化 RRB 服務熱線，獲取錄音資訊，包括週末及假日。
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。 此電話並非免費服務電話。
網站	https://RRB.gov

第 9 節　如果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福利，若有任何疑問，請致電雇主/工會福利管理員或客戶服務 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）。您可查詢您（或您的配偶或同居伴侶的配偶／伴侶的）雇主或退休人員健康福利、保費或投保期間。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瞭解您目前的藥物承保將如何與我們的計劃配合運作。

第 3 章：使用我們的計劃享受醫療服務

第 1 節　本計劃會員如何獲得醫療照護

本章詳細說明如何使用我們的計劃獲得醫療照護的承保。有關我們計劃承保哪些醫療保健服務以及您獲得護理時需支付多少費用的詳細資訊，請參閱第4章中的醫療福利表。

第 1.1 節　網絡醫療服務提供者及承保服務

- **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醫療保健專業醫護人員。「醫療服務提供者」一詞亦包括醫院及其他醫療保健機構。
- 網絡內提供者是指與我們簽訂協議，接受我們的付款和您的計劃分攤費用作為全額付款的醫生和其他醫療保健專業醫護人員、醫療集團、醫院和其他醫療保健設施。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。您的醫療保健承保服務列於第4章的醫療福利表中。您的處方藥承保服務於第5章中討論。

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，因此必須承保原始 Medicare 所承保的所有服務，並且遵循原始 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)。
  - 您的網絡基層醫療服務提供者將協調您從計畫網絡內其他醫療提供者處所接受的照護，例如專科醫師、醫院、專業護理機構或居家照護機構。但是，不需要轉診也可以從網絡內提供者獲得承保的服務。有關此事的更多資訊，請參閱第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。以下是3種例外情況：
  - 我們的計劃承保您從網絡外提供者處獲得的急需護理服務或緊迫所需服務。如需更多資訊，以及瞭解緊急或急需服務的定義，請參閱第 3 節。

- 如果您需要 Medicare 規定本計畫應給付的醫療照護，但本計畫網絡內無專科醫師提供此類照護，您可向網絡外醫療提供者就醫，並按照您通常在網絡內所支付的相同費用分攤金額計費。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。有關獲得批准就診網絡外醫生的資訊，請參閱第2.4節。

- 本計畫給付您在 Medicare 認證洗腎設施接受腎臟透析服務的費用，適用情形為您暫時離開本計畫服務區域，或提供此服務的醫療提供者暫時無法提供服務或無法前往就診。您付給本計劃透析分攤費用，絕不會超過原始 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是管理您整體健康的重要步驟。作為最瞭解您病史的醫生，您的PCP可以為您提供常規醫療保健和持續的預防性護理，以盡可能保持您的健康。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
- 實驗室檢查
- 物理治療
- 專科醫生照護
- 住院
- 後續照護

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需要申請事先授權（事先批准）。 第4章提供了有關哪些服務需要事先授權的更多資訊。

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。

如何選擇 PCP？
當您加入時，您收到了一份《提供者名錄》，其中列有您所在地區許多PCP的名單。如果您需要幫助尋找或選擇一位，請致電客戶服務，或您隨時可以在 **Humana.com/FindCare** 網上查看最新名單。

要選擇一位適合您的PCP，請致電詢問通常需要多長時間才能預約到，並確保診所的上班時間對您方便。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，您的PCP的姓名和電話號碼將印在卡上，方便您隨時查閱。

如果您希望選擇與您有相同文化、族裔或種族背景的PCP，請致電客戶服務詢問網絡內是否有相關人員。

如何變更您的 PCP

您可以隨時以任何理由變更 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。

要變更您的 PCP，請致電客戶服務。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。此變更通常在您致電後的下個月第一天生效。

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。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。專科醫生有許多種類。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

轉介

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節，以獲取哪些服務需要事先授權的相關資訊。

當專科醫生或其他網絡內提供者退出本計劃時

我們可能會在一年內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：

- 儘管我們的醫療服務提供者網絡可能在年內發生變動，Medicare 要求您能持續不間斷地獲得合格醫生和專科醫生的服務。
- 我們會通知您，您的提供者即將退出本計劃，讓您有時間選擇新的提供者。
  - 如果您的初級照護或行為健康醫療提供者退出本計劃，且您在過去3年內曾就診於該提供者，我們將通知您。
  - 如果您的其他任何醫療提供者退出本計劃，且您被指定由該提供者負責、目前正在接受其照護，或在過去3個月內曾就診於該提供者，我們將通知您。
- 我們將協助您選擇新的合格網絡內提供者，以持續獲得照護。
- 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。服務須有事先授權方可獲得給付。
- 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。此稱為給予您「轉介」。如需進一步瞭解此事項及您可在無需轉介的情況下就診網絡外醫療服務提供者的情形（例如緊急情況），請參閱本章第2.2節及第2.3節。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」)。有關哪些服務需要事先授權的更多資訊，請參閱第4章第2節。

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)。

注意：您有權在緊急或急需服務的情況下，接受網絡外醫療服務提供者的服務。此外，計劃必須為已旅行至計劃服務範圍以外且無法使用合約腎臟透析醫療服務提供者的末期腎臟病會員承保透析服務。

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有需要立即就醫的醫療症狀，以避免您喪失生命（若您為孕婦，避免胎兒喪失）、肢體或肢體功能受損，或身體功能受損或嚴重損害。醫療病症可能是疾病、創傷、劇烈疼痛或快速惡化的醫療狀況。

如果您遇到緊急醫療情況：

- **盡快尋求幫助。**請致電 911 尋求幫助，或前往最近的急診室或醫院。如有需要，請呼叫救護車。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。只要您有需要，本計劃承保在美國或其領土的任何地方，以及來自任何具有適當州執照的提供者 (即使不在我們的網絡內) 所發生的所有緊急醫療照護。

- **請盡快確保我們的計劃已獲悉您的緊急情況。**我們需要對您的緊急護理進行後續跟進。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。

醫療緊急情況下的承保服務

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。

為您提供緊急照護的醫生將決定您的狀況何時穩定以及醫療緊急情況何時結束。

緊急情況結束後，您有權獲得後續護理，以確保您的狀況持續穩定。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，您可能因認為健康狀況非常危急而前往就診緊急護理，但醫生可能表示這實際上並非醫療緊急情況。如果事後證明並非緊急情況，只要您合理地認為您的健康處於嚴重危險之中，我們將承擔您的醫療費用。

然而，在醫生確認這並非緊急情況後，我們只有在您以以下2種方式之一獲得額外照護的情況下，才會承保額外的照護費用：

- 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急需護理。

第 3.2 節 當您需要緊急服務時如何獲得醫療照護

需要立即獲得醫療關注（但並非緊急情況）的服務，若您暫時在我們計劃的服務區域之外，或考量您當時的時間、地點及情況，從網絡內提供者處獲得此服務並不合理，則該服務屬於緊急需要的服務。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。然而，醫療上必要的例行提供者就診，例如年度健康檢查，即使您在我們計劃的服務區域之外或我們計劃的網絡暫時無法使用，也不被視為緊急需要的服務。

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。此資訊也可在線上 **Humana.com/FindCare** 找到。關於急需服務如果有其他問題，請聯絡客戶服務。

在以下情況下，我們的計劃承保美國境外的全球緊急情況和急需護理服務。

- 如果您在美國及其領地以外發生緊急情況或有緊急醫療需求，您須自行先行支付相關服務費用，並向我們申請報銷。
- 我們將就您在美國及其屬地以外所接受的給付範圍內網絡外緊急及急需護理服務費用予以報銷。但是，報銷率不得超過原始 Medicare（Original Medicare）在美國境內您居住地區支付此類服務的費率。
- 我們向您支付的金額（如有）將扣除任何適用的分攤費用金額。由於我們補償的費率不會超過原始 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始 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。您必須將付款證明提交給 Humana 以處理給付。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)。從其他國家返回美國的交通費用不在承保範圍之內。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、美國衛生和公眾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**，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 2.4 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章醫療福利表中列出的所有醫療必要服務。如果您獲得的服務不在我們計劃的承保範圍內，或者您在未經授權的情況下從網絡外獲得非緊急或非緊迫需要的服務，您需負責支付全額服務費用。

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。達到福利限額後所支付的費用將**不**計入您的自付費用上限。您可以致電客戶服務，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，原始 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。如果您支付了較高的金額，例如您已支付原始 Medicare 分攤費用金額，我們將補償您所支付金額與網絡內分攤費用之間的差額。您需要提供相關文件，向我們說明您所支付的金額。

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，但我們鼓勵您在選擇參與 Medicare 合格臨床試驗時，提前通知我們。

如果您參與的研究未經 Medicare 或本計劃批准，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，您在試驗中接受原始 Medicare 承保的例行醫療項目和服務費用將獲得給付，包括：

- 住院期間的食宿費用，即使您不參加研究，Medicare 也會予以支付。
- 手術或其他醫療程序 (如果是研究的一部分)。
- 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，本計劃將給付原始 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。請參閱第7章，瞭解更多有關提交付款申請的資訊。

臨床試驗分攤費用範例：假設您在研究項目中進行了一項費用為 $100 的實驗室檢測。在原始 Medicare 下，您需自行承擔該檢測費用的 $20，但在我們計劃下，該檢測費用為 $10。在這種情況下，原始 Medicare 為該項檢驗支付 $80，而在原始 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。我們的計劃將直接向您支付 $10。這使您為該檢測的實際支付金額為 $10，與您在我們計劃福利下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。
- 僅用於收集數據而非用於您直接醫療護理的項目或服務。例如，如果您的醫療狀況通常只需要進行一次電腦斷層掃描（CT），Medicare 將不會支付作為研究項目一部分每月進行的CT掃描費用。
- 由研究贊助商免費提供給試驗參與者的項目和服務。

取得有關加入臨床研究的更多資訊

如需進一步瞭解參加臨床研究的相關資訊，請參閱 Medicare 出版品 Medicare and Clinical Research Studies，網址為：Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies。您也可以致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

第 6 節 獲得宗教性非醫療保健機構醫療照護的規定

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，**表明您反對接受非豁免醫療治療**。

- **非豁免醫療照護或治療是指本人出於自願且並非依照任何聯邦**、州和地方法律規定而進行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。

- 我們的計劃僅承保照護中非宗教性的部分。
- 如果您在某個設施接受這類機構提供的醫療服務，將適用以下條件：
  - 您必須具有符合住院醫療照護或專業護理機構照護給付服務條件的醫療狀況。
  - 及
  - 您必須事先取得本計畫的核准，方可入住該設施，否則您的住院費用將不予給付。

適用 Medicare 住院醫院福利範圍限制 (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給會員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。會員始終擁有某些DME物品的所有權，例如義肢。其他類型的 DME，您則必須租用。

原始 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。**作為 Humana Gold Plus H3533-033（HMO）的會員，無論您在加入我們計劃期間為該項目支付了多少次共付額，您通常不會獲得租用耐用醫療設備（DME）項目的所有權。**即使在加入本計劃前，您已連續支付原始 Medicare 下 DME 項目的 12 次付款，您也不會取得所有權。在某些有限的情況下，我們會將耐用醫療設備項目的所有權轉讓給您。請致電客戶服務 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）以瞭解詳情。

如果您轉換到原始 Medicare，您應如何處理所支付的耐用醫療設備費用？

如果您在參加我們計劃期間未獲得耐用醫療設備項目的所有權，則在您轉回原始 Medicare 後，您必須再連續支付13次新的費用，才能擁有該耐用醫療設備項目。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：您在原始 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。您在原始 Medicare 中支付的款項不會計入。您必須向我們的計劃支付13次費用，才能擁有該項目。

範例 2：您在原始 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。您在參加我們計劃期間未獲得該項目的所有權。然後您回到原始 Medicare。再次加入原始 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始 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，回到原始 Medicare 會怎麼樣？

原始 Medicare 會要求氧氣供應商提供您 5 年的服務。您租用設備的前 36 個月期間。在剩餘的24個月內，供應商負責提供設備及維護服務（您仍須負擔適用的氧氣分攤費用）。 5 年後，您可以選擇留在同一家公司，或去另一家公司。此時，即使您繼續使用同一家公司，5年週期也會重新開始，您需要再次支付前36個月的共付額。如果您加入或離開我們的計劃，5年週期將重新開始。

第 4 章：
醫療福利表
（承保內容及您的自付費用）

第 1 節　瞭解您在承保服務中的自付費用

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　您在承保服務中可能須支付的自付費用

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。（醫療福利表提供有關您的共付額的更多資訊。）
- **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。（醫療福利表提供有關您的共保額的更多資訊。）

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 Advantage 計劃對您每年需要自付的網絡內醫療服務（承保於 Medicare A部分和B部分）總金額設有上限。此上限稱為醫療服務的最高自付額（MOOP）。 **2027日曆年度的MOOP金額為 $9,050**。

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。若您達到**$9,050** 的最高自付額，您在當年剩餘時間內無需為網絡內承保的A部分和B部分服務支付任何自付費用。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 1.3 節　醫療服務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，接受本計劃承保的服務時只需支付您的分攤費用金額。醫療服務提供者不得向您收取額外的單獨費用，此類費用稱為**差額收費**。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。

差額帳單保護的運作方式如下：

- 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。但是，您的費用取決於您所就診的醫療服務提供者類型：
  - 若您從網絡內提供者處取得承保服務，您須支付共保額比例乘以本計劃的償付率（該償付率載於提供者與本計劃簽訂的合約）。
  - 若您從參加 Medicare 的網絡外提供者處取得承保服務，您須支付共保額比例乘以 Medicare 給參與提供者的給付率。（本計劃僅於特定情形給付網絡外提供者的服務，例如取得轉診、緊急救護或急需服務時。）
  - 若您從未參加 Medicare 的網絡外提供者處取得承保服務，您須支付共保額比例乘以 Medicare 給非參與提供者的給付率。（本計劃僅於特定情形給付網絡外提供者的服務，例如取得轉診，或是在服務區域外發生緊急救護或急需服務時。）
- 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 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

以下頁面的醫療福利表列出了Humana Gold Plus H3533-033（HMO）所承保的服務及您為每項服務所需支付的自付費用（D部分藥物承保範圍載於第5章）。醫療福利表中所列服務僅在符合以下條件時方予承保：

- 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 計劃不得要求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，除非是急診或急需護理，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。
- 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。醫療福利表並未列出所有需要事先授權的服務。
  - 預授權清單可於此處查閱：**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，在符合適用承保規範、您的病歷以及治療提供者建議的前提下，該核准於醫療上合理且必要的期間內持續有效，避免照護中斷。

關於我們承保的其他重要須知：

- 就像所有 Medicare 健保計劃一樣，我們承保原始 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始 Medicare。而對其他福利，您可能支付更少。（如需進一步瞭解原始 Medicare 的承保範圍及費用，請參閱您的 Medicare & You 2027手冊。請前往 Medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

- 您無需額外付款即可享有原始 Medicare 提供的免費預防服務。但是，如果您在接受預防性服務的就診期間，同時針對現有病症接受治療或監測，則針對現有病症所接受的照護將適用共付額。

- 如果 Medicare 在 2027 年期間增加任何新服務的承保範圍，Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。

統一靈活性資格人士的重要福利資訊

如果您被診斷出患有以下一種或多種健康狀況，您可能有資格享有一項或多項統一靈活性補充福利。

- 心臟衰竭（包括射血分數降低型心臟衰竭（HFrEF）及符合資格附加條件的非HFrEF心臟衰竭）
- 冠狀動脈疾病（CAD）
- 高血壓
- 慢性腎臟病（CKD）
- 慢性呼吸系統疾病
- 充血性心臟衰竭（CHF）

如果您符合適用條件，您可能有資格享有以下統一靈活性福利：

- 線上心臟復健計劃——適用於近期因心臟衰竭相關原因住院的會員

  - **關於我們承保範圍的其他重要事項：**對於您的費用分擔為共保額百分比的給付項目，您所支付的金額取決於您向哪種類型的醫療提供者獲取服務。如果您從網絡內醫療服務提供者處獲得承保服務，您將根據計劃的報銷費率支付費用。如果您從參與 Medicare 的網絡外醫療服務提供者處獲得承保服務，您將根據 Medicare 針對參與醫療服務提供者的付款費率支付費用。如果您從未參與 Medicare 的網絡外醫療服務提供者處獲得承保服務，您將根據 Medicare 針對非參與醫療服務提供者的付款費率支付費用。與所有 Medicare 健康計劃一樣，我們承保原始 Medicare 所承保的所有項目。其中的一些福利，您在我們的計劃中支付的費用高於原始 Medicare。而對其他福利，您可能支付更少。您無需額外付款即可享有原始 Medicare 提供的免費預防服務。但是，如果您在同一次就診期間接受現有病症的治療或監測，則可能適用分攤費用。如果 Medicare 在計劃年度內新增任何服務的承保範圍，Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。

請參閱醫療福利表中適用的福利欄，以獲取有關承保範圍、限制及分攤費用的詳細資訊。

「醫療福利表」中的預防性服務會以此蘋果圖標表示。

*** 醫療福利表中的補充保險福利會以這個星號標示。**

醫療福利表

承保服務	您的自付金額
注意：當您同時接受多項相關服務時，每項服務均可能須自行負擔費用。	
腹主動脈瘤篩檢 針對高風險人群的一次性篩檢超音波。我們的計劃僅在您具有某些風險因素，且獲得您的醫師、醫師助理（PA）、執業護理師（NP）或臨床護理專科師（CNS）的轉介時，才承保此篩檢。	**網絡內：** 符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共保額、共付額或免賠額。
慢性下背痛針灸治療 承保的服務包括： 在以下情況下，每個日曆年最多可享有 20 次就診： 就本福利而言，慢性下背痛的定義為： • 持續12週或更長時間 • 非特異性，即沒有可識別的全身性病因（例如，與轉移性、炎症性、感染性疾病等無關） • 與手術無關 • 與懷孕無關 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始 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：** **$50** 共付額 – 專科醫生診所
過敏注射及血清 醫療上必要時承保過敏注射和血清。	**網絡內：** **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 – 專科醫生診所
救護車服務 承保救護車服務，不論屬緊急或非緊急狀況，包含固定翼、旋翼及地面救護車服務。當會員的健康狀況若採用其他運輸方式會危及自身健康，或是經本計劃核准時，救護車須送往可提供照護的最近適合機構。若承保救護車服務非屬緊急狀況，必須備有文件證明，會員的狀況採用其他運輸方式會危及健康，且救護車運送具醫療必要性。若承保的救護車服務並非用於緊急情況，則應記錄在案，說明該會員的狀況使得其他交通方式可能危及其健康，且以救護車運送在醫療上是必要的。 您享有全球緊急救護車運送的保障。若您在美國及其領地以外發生緊急情況，您將需要自行預先支付所提供服務的費用。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低於美國及其領土以外的醫療服務提供者費率。您需自行負擔超出我們合約費率的任何費用，以及任何適用的會員自付費用。 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**。	**網絡內：** 緊急救護車 每次服務日期的共付額 **$325**，無論行程次數多寡 – 地面救護車 **20%** 共保額，不論出勤趟數 – 空中救護車 非緊急救護車 每次服務日期的共付額 **$325**，無論行程次數多寡 – 地面救護車 **20%** 共保額，不論出勤趟數 – 空中救護車

承保服務	您的自付金額
	網絡外： 全球承保 每次服務日期的共付額 **$325**，無論行程次數多寡 – 緊急救護車
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。**注意：**您的第一次年度健康檢查，不得在您的「*Welcome to Medicare*」預防就診後 12 個月內進行。但是，您無需曾進行「*Welcome to Medicare*」就診，即可在擁有B部分12個月後獲得年度健康訪視的承保。	**網絡內：** 年度健康檢查無需支付共保額、共付額或免賠額。
骨質密度測量 對於符合資格的人士（一般而言，指有骨質流失風險或有骨質疏鬆症風險的人士），以下服務每24個月承保一次，若有醫療必要則可更頻繁：用於識別骨質量、檢測骨質流失或確定骨骼品質的程序，包括醫師對結果的判讀。	**網絡內：** Medicare 承保的骨質密度測量無需支付共保額、共付額或免賠額。
乳癌篩檢（乳房X光攝影） 承保的服務包括： • 一次基線乳房攝影，適用於35至39歲之間 • 40歲及以上女性每12個月進行一次乳房篩檢攝影 • 每24個月進行一次臨床乳房檢查	**網絡內：** 承保的乳房X光攝影篩檢無需支付共保額、共付額或免賠額。
心臟復健服務 包含運動、教育及諮詢的全面性心臟復健服務計劃，在符合特定條件且持有醫師處方的情況下，會員可獲得給付。 如果您曾患有以下至少一種疾病，我們的計劃將承保這些綜合性計劃： • 過去12個月內發生過心臟病發作 • 冠狀動脈繞道手術 • 穩定型心絞痛（胸痛） • 心臟瓣膜修復或置換 • 冠狀動脈血管成形術（用於開通阻塞動脈的醫療程序）或冠狀動脈支架置入術（用於保持動脈暢通的程序） • 心臟或心肺移植 • 穩定型慢性心臟衰竭 給付限制： 您最多可以獲得36次心臟復健療程。您每天最多可進行2次療程（每次持續1小時），整個計劃最長可達36週。如果您符合資格，您可能能夠獲得額外36次療程，可在較長的時間內分散進行。 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

承保服務	您的自付金額
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：** 心血管疾病預防性強化行為治療福利不設共保額、共付額或免賠額。
心血管疾病篩檢檢測 用於偵測心血管疾病（或與心血管疾病風險升高相關之異常）的血液檢查，每5年（60個月）一次。	**網絡內：** 每5年承保一次的心血管疾病檢測不設共保額、共付額或免賠額。
子宮頸癌及陰道癌篩檢 承保的服務包括： • 子宮頸抹片檢查及骨盆腔檢查，所有女性每24個月一次 • 若屬子宮頸癌或陰道癌高風險族群，或為育齡女性且過去3年內曾有異常抹片檢查結果，則每12個月進行一次抹片檢查	**網絡內：** Medicare 承保的預防性子宮頸抹片及骨盆檢查不設共保額、共付額或免賠額。
脊椎按摩治療服務 承保的服務包括： • 我們僅給付脊椎徒手矯正，以矯正椎骨半脫位（脊椎中一節或多節骨骼移位） • 脊椎指壓治療師所提供的其他服務不在給付範圍內 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：** Medicare 承保的脊椎指壓治療服務 **$15** 共付額 – 專科醫生診所
大腸直腸癌篩檢 以下篩檢項目在承保範圍內： • 大腸鏡檢查無最低或最高年齡限制，非高風險患者每120個月（10年）給付一次，或在非大腸直腸癌高風險患者上次接受乙狀結腸鏡檢查後48個月給付一次，高風險患者在上次篩檢性大腸鏡檢查後每24個月給付一次。 • 針對45歲及以上且非結直腸癌高風險患者的電腦斷層結腸造影檢查，在最近一次篩檢性電腦斷層結腸造影檢查執行當月後至少過了59個月，或最近一次篩檢性軟式乙狀結腸鏡檢查或篩檢性結腸鏡檢查執行當月後至少過了47個月時，方可獲得承保。對於罹患大腸直腸癌高風險的患者，承保在上次篩檢電腦斷層結腸造影或上次篩檢結腸鏡檢查執行當月後至少已過去23個月所進行的篩檢電腦斷層結腸造影。 • 適用於45歲及以上患者的軟式乙狀結腸鏡檢查。對於非高風險患者，在接受篩檢結腸鏡檢查後每120個月一次。對於高風險患者，自上次軟式乙狀結腸鏡或電腦斷層結腸造影起每48個月一次。 • 適用於45歲及以上患者的篩檢性糞便潛血檢查。每12個月一次。 • 適用於45至85歲且不符合高風險標準之患者的多目標糞便DNA檢查。每3年一次。 • 適用於45至85歲且不符合高風險標準之患者的血液生物標記檢測。每3年一次。	**網絡內：** Medicare 承保的大腸癌篩檢檢查不設共保額、共付額或免賠額。

承保服務	您的自付金額
• 大腸直腸癌篩檢項目包含：在 Medicare 給付的非侵入性糞便檢測大腸直腸癌篩檢結果呈陽性後，進行後續的篩檢性大腸鏡檢查。 • 大腸直腸癌篩檢項目包括計劃性篩檢軟式乙狀結腸鏡檢查或篩檢結腸鏡檢查，其中涉及切除組織或其他物質，或在篩檢檢驗過程中、因篩檢檢驗而進行且與篩檢檢驗屬同一臨床就診的其他手術。	
牙科服務 通常情況下，預防性牙科服務（如潔牙、常規牙科檢查和牙科X光檢查）不在「原始聯邦醫療保險」（Original Medicare）的承保範圍內。然而，Medicare 僅在有限情況下給付牙科服務，具體而言，是當該服務為治療患者主要病症之特定療程不可或缺的一部分時。例如，骨折或受傷後的下顎重建手術、為接受涉及下顎之癌症放射治療而進行的拔牙，或器官移植前的口腔檢查。 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 **$50** 共付額 – 專科醫生診所 **強制補充牙科福利** *您已承保於強制補充牙科福利。詳情請參閱本表格末尾的**強制補充牙科福利**說明。
憂鬱症篩檢 我們每年承保一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在能夠提供後續治療及/或轉介的初級醫療場所進行。	**網絡內：** 每年抑鬱症篩檢門診不設共保額、共付額或免賠額。
糖尿病篩檢 若您具有下列任何風險因素，我們將承保此篩檢（包括空腹血糖檢測）：高血壓、異常膽固醇及三酸甘油酯濃度病史（血脂異常）、肥胖，或高血糖（葡萄糖）病史。若您符合其他條件，例如體重過重且有糖尿病家族病史，相關檢測亦可能獲得給付。 自您最近一次糖尿病篩檢日期起，您每12個月最多可享有2次糖尿病篩檢。	**網絡內：** Medicare 承保的糖尿病篩檢檢測不設共保額、共付額或免賠額。
糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務及用品 適用於所有糖尿病患者（胰島素使用者及非胰島素使用者）。承保的服務包括： • 血糖監測用品：血糖儀、血糖試紙、採血針裝置及採血針，以及用於檢查試紙和血糖儀準確性的葡萄糖控制液 – 以下為唯一承保的（首選）血糖儀及試紙品牌：由Roche生產的ACCU-CHEK®，或有時以您藥房名稱包裝的Trividia產品。 – Humana給付上述首選品牌清單中指定的任何血糖監測儀及試紙。一般而言，替代的非首選品牌產品不在承保範圍內，除非您的醫師提供充分資訊，證明在您的特定情況下使用替代品牌具有醫療必要性。如果您是Humana的新會員，且正在使用不在首選品牌名單上的血糖監測儀及試紙品牌，您可在加入計劃後的前90天內聯絡我們，申請臨時供應該替代非首選品牌產品。在此期間，您應與您的醫師討論，以決定上述首選產品品牌中是否有適合您的醫療選擇。在承保初始90天後，非首選品牌產品將不在承保範圍內，除非已獲批准的事先授權承保例外。	**網絡內：** 糖尿病自我管理訓練 **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 – 專科醫生診所 – 門診醫院 糖尿病監測用品 **$0** 共付額 – 首選糖尿病用品供應商 **20%** 共保額 – 糖尿病用品供應商 **10%** 共保額 – 網絡零售藥房

承保服務	您的自付金額
• 如需確認您的首選糖尿病用品供應商，請查閱您的《提供者名錄》中的耐用醫療設備部分。 • 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者，每日曆年可獲得一雙治療性訂製鞋（包括隨附之鞋墊）及2雙額外鞋墊，或一雙深腳趾鞋及3雙鞋墊（不包括隨附之非訂製可拆式鞋墊），含裝配服務。 • 在特定條件下的糖尿病自我管理培訓 • 有關連續血糖監測儀，請參閱耐用醫療設備（DME）及相關耗材。 （預防服務）僅適用於糖尿病自我管理培訓。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**。	糖尿病鞋具及鞋墊 **$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 （有關耐用醫療設備的定義，請參閱第12章及第3章。） 給付項目包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病耗材、由醫療服務提供者開立供居家使用的病床、靜脈輸液泵、語音產生裝置、氧氣設備、噴霧器、連續血糖監測儀**及助行器。 我們承保原始 Medicare 承保的所有醫療上必要的 DME。若我們在您所在地區的供應商未備有特定品牌或製造商的產品，您可詢問他們是否能為您特別訂購。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 CGMs 為 Dexcom 及 Freestyle Libre。除非您的醫生提供充分資訊證明使用替代品牌在醫療上是必要的，否則非首選連續血糖監測儀（CGM）不在藥房保障範圍內。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：** 耐用醫療設備費用 **20%** 共保額 – 耐用醫療設備提供者 連續血糖監測儀 **$0** 共付額 – 首選藥房 – 耐用醫療設備提供者 **20%** 共保額 – 藥房
心電圖篩檢 篩檢性心電圖（EKG）在作為「*Welcome to Medicare*」預防就診轉介時進行，在受益人一生中僅承保一次。	**網絡內：** 心電圖篩檢就診無需支付共保額、共付額或免賠額。
緊急照護 緊急照護係指以下服務： • 由具備提供緊急服務資格的醫療服務提供者提供 • 需要對緊急醫療狀況進行評估或穩定處理 醫療緊急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有需要立即就醫的醫療症狀，以避免您喪失生命（若您為孕婦，避免胎兒喪失）、肢體或肢體功能受損。醫療病症可能是疾病、創傷、劇烈疼痛或快速惡化的醫療狀況。 您在網絡外獲得必要緊急服務的分攤費用，與您在網絡內獲得這些服務時相同。 您在全球範圍內均享有緊急護理保障。若您在美國及其領地以外發生緊急情況，您將需要自行預先支付所提供服務的費用。您必須將付款證明提交給 Humana 以處理給付。如需更多資訊，請參閱第7章。我們	**網絡內：** 緊急服務 **$115** 共付額 – 急診室 **網絡外：** 全球承保 **$115** 共付額 – 急診室 **網絡內：** 提供者和專業服務 **$0** 共付額 – 急診室

承保服務	您的自付金額
可能不會為您報銷所有自付費用。這是因為我們的合約費率可能低於美國及其領土以外的醫療服務提供者費率。您需自行負擔超出我們合約費率的任何費用，以及任何適用的會員自付費用。	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在網絡內醫院支付的分攤費用。 若您轉為觀察狀態，您的急診共付額將予以豁免，您將支付觀察或住院共付額。如需進一步資訊，請參閱本表格的**門診醫院觀察或住院醫院照護**部分。
聽力服務 由您的醫療服務提供者進行的診斷性聽力及平衡評估，用以確定您是否需要醫療治療，當您從醫師、聽力師或其他具備資格的醫療服務提供者處獲得時，將作為門診護理納入保障範圍。 此外，我們承保**強制性補充聽力福利**，其中包括常規聽力檢查和助聽器承保。 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 承保的聽力服務 **$50** 共付額 – 專科醫生診所 **強制性補充聽力福利** *您已承保強制補充聽力福利。請參閱本表格末尾的**強制補充聽力福利**說明以瞭解詳情。
HIV 篩檢 對於要求進行 HIV 篩檢測試或感染 HIV 風險較高的人士，我們承保： • 每12個月進行一次篩檢檢查 如果您懷孕，我們承保： • 懷孕期間最多 3 次篩檢檢查	**網絡內：** 符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共保額、共付額或免賠額。
居家護理保健機構照護 在您獲得居家健康服務之前，醫生必須證明您需要居家健康服務，並將下令由居家護理保健機構提供居家健康服務。您必須是居家受限者，這意味著外出是一項重大努力。 承保的服務包括但不限於： • 兼職或間歇性專業護理及居家健康助理服務（若要納入居家健康護理福利保障，您的專業護理及居家健康助理服務合計每天必須少於8小時，每週少於35小時） • 物理治療、職能治療及言語治療 • 醫療及社會服務	**網絡內：** 居家健康護理 **$0** 共付額 – 會員住所 耐用醫療設備費用 **20%** 共保額 – 耐用醫療設備提供者

承保服務	您的自付金額
• 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**。	
家庭輸注治療 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。執行居家輸注所需的組成部分包括藥物（例如抗病毒藥物、免疫球蛋白）、設備（例如幫浦）以及耗材（例如導管和導尿管）。 承保的服務包括但不限於： • 依照我們的護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 未在耐用醫療設備福利下另行承保的患者培訓及教育 • 遠程監測 • 由具備資格的居家輸注治療供應商提供的居家輸注治療及居家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：** 醫療用品 **20%** 共保額 – 醫療用品提供者 其他 Medicare B 部分藥物 **20%** 共保額 – 初級保健醫生辦公室 – 專科醫生診所 – 門診醫院 – 藥房 提供者和專業服務 **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室
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的資格。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： • 用於症狀控制和疼痛緩解的藥物 • 短期喘息照護 • 居家照護 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。 對於安寧療護服務以及與您的末期預後相關的 Medicare A部分或B部分承保服務：原始 Medicare（而非我們的計劃）將為您的安寧療護服務以及任何與您末期預後相關的A部分和B部分服務向您的安寧療護提供者付款。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始 Medicare 給付其負責的服務費用。您將收到原始 Medicare 分攤費用的帳單。 **對於與您的末期預後無關、由 Medicare A部分或B部分承保的服務：**若您需要非緊急、非緊迫的屬於 Medicare A部分或B部分承保、但與您的末期預後無關的服務，您的費用負擔取決於您是否使用本計劃網絡內的醫療服務提供者並遵循計劃規定（例如是否有需要取得事先授權的要求）。	當您加入 Medicare 認證的安寧療護計劃後，您的安寧療護服務以及與您末期預後相關的 A部分和B部分服務均由原始 Medicare 支付，而非由Humana Gold Plus H3533-033（HMO）支付。 我們的計劃為尚未選擇安寧療護福利的末期疾病患者提供安寧療護諮詢服務（僅限一次）。門診諮詢可能適用提供者分攤費用。

承保服務	您的自付金額
• 若您從網絡內提供者獲得承保服務，並遵循計劃的服務規則，您僅需支付我們計劃針對網絡內服務的分攤費用金額 • 若您從網絡外提供者獲得承保服務，您需依照原始 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 部分福利可能承保的藥物：**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，您將支付原始 Medicare 分攤費用。安寧療護機構和我們的計劃絕不會同時給付藥物。詳情請參閱第 5 章第 9.4 節。 **注意：**若您需要非安寧療護照護（即與您的末期預後無關的照護），請聯絡我們以安排相關服務。	
*** Humana Well Dine® 餐點計劃** 在您於醫院或護理機構住院後，您有資格在無需額外費用的情況下，連續 7 天每天獲得 2 餐。 14 份營養餐點將送達您的住所。餐點計劃每個日曆年度最多限 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電話號碼。	**網絡內：** **$0** 共付額
免疫接種 Medicare B 部分承保服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗（或流感注射），每個秋冬流感季節接種一次，若有醫療必要，可額外接種流感疫苗（或注射） • 若您從未接受過完整系列的 B 型肝炎疫苗、不清楚自己的疫苗接種史，或有任何其他使您面臨感染 B 型肝炎高度或中度風險的狀況，則可接種 B 型肝炎疫苗 • COVID-19 疫苗 • 若您面臨風險且符合 Medicare B 部分承保規定，可接種其他疫苗 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/流行性感冒、B型肝炎及COVID-19疫苗無需支付共保額、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。住院照護自您依醫囑正式辦理入院手續當日起算。您出院前一天為最後一個住院日。 您在醫療上必要的住院日數沒有承保的限制。承保服務包括但不限於： • 半私人病房（若有醫療必要則為私人病房） • 餐點，包括特殊飲食 • 常規護理服務 • 特殊照護病房費用（例如加護病房或心臟冠狀動脈照護病房）	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：** 住院照護 住院醫院

承保服務	您的自付金額
• 藥物及藥物 • 實驗室檢查 • X光及其他放射科服務 • 必要的外科及醫療耗材 • 使用輔具，例如輪椅 • 手術室及恢復室費用 • 物理治療、職能治療及言語治療 • 住院物質濫用服務 • 在特定條件下，以下類型的器官移植均在承保範圍內：角膜、腎臟、腎臟－胰臟、心臟、肝臟、肺臟、心臟／肺臟、骨髓、幹細胞及腸道／多臟器移植。如果您需要進行器官移植，我們將安排由一家經 Medicare 認可的移植中心審查您的案例，以決定您是否為移植的適合人選。移植醫療服務提供者可能位於本地或服務區域以外。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始 Medicare 費率，您就可以選擇在當地進行。如果Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)在您社區移植照護模式以外的地點提供移植服務，而您選擇前往該偏遠地點接受移植，我們將安排或支付您及一名同伴的適當住宿及交通費用。差旅及住宿報銷要求單程至移植中心至少100英里，且報銷金額上限為每次移植 **$10,000**。 • 如果您需要進行實體器官或骨髓／幹細胞移植，請聯絡我們的移植部門，電話：866-421-5663，聽障專線：711，以獲取有關您移植照護的重要資訊。有關移植旅行及住宿的其他詳細資訊，請參閱 **https://provider.humana.com/patient-care/transplant-resources/transplant-services-questions**。 • 血液－包括儲存及輸注。全血及濃縮紅血球的承保範圍從您所需的第一品脫血液開始計算。 • 醫師服務 **注意：**如需成為住院病人，您的醫療服務提供者必須書面下令，正式將您以住院病人身分收治入院。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診病人。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 資訊說明書《Medicare 住院福利》，可於 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 取得，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。 住院醫療照護及移植服務須取得事先授權。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**。	– 第 1 至 6 天，每天 **$400** 共付額 – 第 7 至 90 天，每天 **$0** 共付額 如果您在緊急狀況穩定後，獲得授權於非網絡醫院接受住院照護，您的費用為您在網絡醫院所需支付的分攤費用金額。 **網絡內：** 提供者和專業服務 **$0** 共付額 – 住院醫院
精神科醫院的住院服務 承保服務包括需要住院的心理健康照護服務。 • 精神病院住院服務終身上限為190天 • 190 天的限制不適用於在綜合醫院精神科病房提供的住院心理健康服務	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。

承保服務	您的自付金額
• 在原始 Medicare 計劃下已使用的福利天數，於加入 Medicare Advantage 計劃時將計入 190 天終身儲備天數 住院心理健康照護需要事先授權。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：** 住院精神健康照護 住院醫院 – 第 1 至 6 天，每天 **$400** 共付額 – 第 7 至 90 天，每天 **$0** 共付額 住院精神機構 – 第 1 至 6 天，每天 **$305** 共付額 – 第 7 至 90 天，每天 **$0** 共付額 **網絡內：** 提供者和專業服務 **$0** 共付額 – 住院醫院 – 住院精神科設施
住院時間：於非給付住院期間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，或住院是不合理且不必要的，我們不會承保您的住院時間。在特定情況下，我們將承保您在醫院或專業護理機構 (SNF) 獲得的部分服務。承保的服務包括但不限於： • 醫師服務 • 診斷檢查（如實驗室檢驗） • X光、鐳及同位素治療，包括技術人員材料及服務 • 外科敷料 • 夾板、石膏及其他用於復位骨折和脫臼的裝置 • 義肢及矯形裝置（牙科除外），用於替代全部或部分內部身體器官（包括相鄰組織），或替代永久性失能或功能障礙的內部身體器官的全部或部分功能，包括此類裝置的更換或修理 • 腿部、手臂、背部及頸部支架；疝氣帶，以及人工腿、人工臂及人工眼，包括因破損、磨損、遺失或患者身體狀況變化所需的調整、修理及更換 • 物理治療、言語治療及職能治療	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。
醫療營養治療 此福利適用於患有糖尿病、腎臟疾病（但未進行透析）或在您的醫生開立醫囑後接受腎臟移植的人。 我們在您首次於 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或原始 Medicare）享有醫療營養治療服務的第一年內，承保3小時的一對一諮詢服務，此後每年承保2小時。如果您的病情、治療或診斷發生變化，您可能可以在醫生的醫囑下獲得更多小時的治療。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：** 符合 Medicare 承保醫療營養治療服務資格的會員，無需支付共保額、共付額或免賠額。

承保服務	您的自付金額
Medicare 糖尿病預防計劃（MDPP） **所有 Medicare 健康計劃都承保符合資格之人群的 Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 服務**。 MDPP是一項結構化的健康行為改變干預計劃，提供長期飲食改變、增加體能活動的實務訓練，以及解決克服挑戰、維持體重減輕和健康生活方式的問題策略。	**網絡內：** MDPP 福利不設共保額、共付額或免賠額。
Medicare B 部分藥物	**網絡內：** 化療藥物 **20%** 共保額 – 專科醫生診所 – 門診醫院 Medicare B 部分胰島素藥物 **20%** 共保額 – 初級保健醫生辦公室 – 專科醫生診所 – 門診醫院 – 藥房 其他 Medicare B 部分藥物 **20%** 共保額 – 初級保健醫生辦公室 – 專科醫生診所 – 門診醫院 – 藥房
下列藥物在原始 Medicare B 部分的承保範圍之內。本計劃會員會透過本計劃獲得這些藥物給付。承保藥物包括： • 通常不由患者自行施用、而是在您接受醫師、醫院門診或門診外科中心服務時注射或輸注的藥物 • 透過耐用醫療設備項目提供的胰島素（例如醫療必要的胰島素泵） • 您使用耐用醫療設備（例如霧化器）服用且已獲得我們計劃授權的其他藥物 • 阿茲海默症藥物Leqembi®（學名lecanemab）以靜脈注射方式給藥。除了藥物費用外，你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過程中可能需要進行哪些掃描和檢查。 • 若您患有血友病，您自行注射的凝血因子 • 移植／免疫抑制藥物：若 Medicare 已支付您的器官移植費用，Medicare 承保移植藥物治療。您接受承保的器官移植手術時，必須已投保 Medicare A 部分；領取免疫抑制藥物時，則必須已投保 Medicare B 部分。若B部分未承保免疫抑制藥物，MedicareD部分藥物承保將予以承保。 • 可注射的骨質疏鬆症藥物，若您居家行動不便、有醫生證明與停經後骨質疏鬆症相關的骨折，且無法自行施用該藥物 • 某些抗原：若由醫生準備並由受過適當訓練的人員（可以是您本人，即患者）在適當監督下施用，Medicare 承保抗原費用 • 某些口服抗癌藥物：如果同一種藥物有注射劑型，或該藥物是注射藥物的前驅藥（一種口服藥物形式，攝入後會分解為與注射藥物相同的活性成分），則 Medicare 會承保您口服的某些口服癌症藥物。隨著新口服抗癌藥物上市，B部分可能會將其納入承保。若B部分未承保，D部分將予以承保。 • 口服止吐藥：若口服止吐藥作為抗癌化學治療方案的一部分，且在化療前、化療時或化療後48小時內施用，或作為靜脈注射止吐藥的完整治療替代品，Medicare 予以承保 • 某些在 Medicare B部分承保範圍內的口服末期腎臟病（ESRD）藥物 • ESRD支付系統下的擬鈣劑及磷酸鹽結合劑藥物，包括靜脈注射藥物Parsabiv®及口服藥物Sensipar®	部分可返款的B部分藥品可適用較低的共保額。除藥物本身的費用外，B部分藥物的給藥可能需要額外費用。 在我們同意承保您所申請的藥物之前，您可能需要先嘗試其他藥物。這稱為「階梯療法」。 您為我們計劃承保的所有 B 部分胰島素，每月（最多 30 天）供應量的自付費用不超過 $35，如果您的計劃有免賠額，則不適用於 B 部分胰島素。

承保服務	您的自付金額
• 用於居家透析的某些藥物，包括肝素、醫療必要時肝素的解毒劑及表面麻醉劑 • 促紅血球生成劑：若您患有末期腎臟病（ESRD），或需要此藥物治療與某些其他疾病相關的貧血（例如 Epogen®、Procrit®、Retacrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa、 Mircera®或Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta），Medicare 承保注射用紅血球生成素 • 用於居家治療原發性免疫缺乏疾病的靜脈注射免疫球蛋白 • 腸外及腸內營養（靜脈注射及管餵） 以下連結將帶您前往可能受階梯療法影響的B部分藥物清單： **Humana.com/PAL** 我們亦在B部分承保某些疫苗，並在我們的D部分藥物福利下承保大多數成人疫苗。 第5章說明我們的D部分藥物福利，包括您必須遵循以使處方獲得承保的規定。您透過我們的計劃支付D部分藥物的費用說明於第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**。	
肥胖篩檢及促進持續體重減輕之治療 如果您的身體質量指數為 30 或以上，我們承保密集諮詢服務，以協助您減輕體重。如果您在初級保健環境中接受此諮詢，且可與您的綜合預防計劃協調配合，則此諮詢在承保範圍內。請與您的初級照護醫生或執業者聯絡以瞭解更多資訊。	**網絡內：** 預防性肥胖篩檢和治療不設共保額、共付額或免賠額。
阿片類藥物治療計劃服務 我們計劃中患有阿片類藥物使用障礙（OUD）的會員，可透過阿片類藥物治療計劃（OTP）獲得 OUD 治療服務的承保，包括以下服務： • 美國食品藥物管理局 (FDA) 批准的阿片類藥物促效劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。 • MAT藥物的配藥和給藥（如適用） • 藥物使用諮詢 • 個人及團體治療 • 毒理學檢測 • 接案活動 • 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
門診診斷檢查、治療服務及用品 承保服務包括但不限於： • X 光 • 放射線（鐳和同位素）治療，包括技術人員材料和耗材 • 外科耗材，例如敷料 • 夾板、石膏及其他用於復位骨折和脫臼的裝置 • 實驗室檢驗	**網絡內：** 提供者和專業服務 **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 **$50** 共付額 – 專科醫生診所

承保服務	您的自付金額
• 血液——包括儲存和給血。全血及濃縮紅血球的承保範圍從您所需的第一品脫血液開始計算。 • 非實驗室診斷檢查，例如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的CT掃描、MRI、心電圖和PET掃描。 • 其他門診診斷檢查 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**。	診斷程序及檢查 **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 **$50** 共付額 – 專科醫生診所 **$40** 共付額 – 急需護理中心 **$120** 共付額 – 門診醫院 進階影像服務 **$330** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 – 專科醫生診所 **$345** 共付額 – 門診醫院 **$205** 共付額 – 獨立放射科設施 基本放射線檢查服務 **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 **$50** 共付額 – 專科醫生診所 **$40** 共付額 – 急需護理中心 – 獨立放射科設施 **$145** 共付額 – 門診醫院 診斷性乳房攝影 **$0** 共付額 – 專科醫生診所 – 門診醫院 – 獨立放射科設施

承保服務	您的自付金額
	放射治療 **$50** 共付額 – 專科醫生診所 **20%** 共保額 – 門診醫院 – 獨立放射科設施 核醫學服務 **$780** 共付額 – 門診醫院 **$325** 共付額 – 獨立放射科設施 設施內睡眠研究 **$100** 共付額 – 專科醫生診所 **$175** 共付額 – 門診醫院 居家睡眠研究 **$0** 共付額 – 會員住所 醫療用品 **20%** 共保額 – 醫療用品提供者 診斷性結腸鏡檢查 **$0** 共付額 – 門診手術中心 – 門診醫院 化驗室服務 **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 – 專科醫生診所 – 急需護理中心 – 門診醫院 – 獨立實驗室

承保服務	您的自付金額
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。門診醫院觀察服務若要獲得承保，必須符合 Medicare 標準，並被視為合理且必要。觀察服務僅在由醫師或依州執照法及醫院員工章程授權可收治患者或開立門診檢查的其他人員下令時方可獲得承保。 **注意：**除非醫療服務提供者已出具書面醫囑將您以住院病人身分收治入院，否則您屬於門診病人，須支付門診醫院服務的分攤費用金額。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診病人。如果您不確定自己是否為門診病人，請詢問醫院工作人員。 如需更多資訊，請參閱 Medicare 資訊說明書《Medicare 住院福利》，可於 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 取得，或致電 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：** **$400** 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： • 急診室或門診診所的服務，例如觀察服務或門診手術 • 醫院收費的實驗室及診斷檢查 • 心理健康照護，包括部分住院計劃中的照護，如果醫生證明若無此照護則需要住院治療 • 由醫院收費的X光及其他放射科服務 • 醫療用品，例如夾板和石膏 • 某些您無法自行施用的藥物和生物製劑 **注意：**除非醫療服務提供者已出具書面醫囑將您以住院病人身分收治入院，否則您屬於門診病人，須支付門診醫院服務的分攤費用金額。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診病人。如果您不確定自己是否為門診病人，請詢問醫院工作人員。 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：** 診斷程序與檢查 **$120** 共付額 – 門診醫院 進階影像服務 **$345** 共付額 – 門診醫院 核醫學服務 **$780** 共付額 – 門診醫院 基本放射線檢查服務 **$145** 共付額 – 門診醫院 診斷性乳房攝影 **$0** 共付額 – 門診醫院 放射治療 **20%** 共保額 – 門診醫院 化驗室服務 **$0** 共付額 – 門診醫院

承保服務	您的自付金額
	外科手術服務 **$1,550** 共付額 – 門診醫院 心理健康服務 **$35** 共付額 – 門診醫院 傷口護理 **$50** 共付額 – 門診醫院 設施內睡眠研究 **$175** 共付額 – 門診醫院 緊急服務 **$115** 共付額 – 急診室 診斷性結腸鏡檢查 **$0** 共付額 – 門診醫院 密集型門診服務 **$35** 共付額 – 門診醫院 部分住院 **$35** 共付額 – 門診醫院
門診心理健康照護 承保的服務包括： 由州立執照精神科醫師或醫生、臨床心理學家、臨床社工師（CSW）、臨床護理專家（CNS）、持照專業諮詢師（LPC）、持照婚姻與家庭治療師（LMFT）、執業護理師（NP）、醫師助理（PA）或其他符合 Medicare 資格的心理健康照護專業人員，依據適用州法律所提供的心理健康服務。 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：** 心理健康服務 **$35** 共付額 – 專科醫生診所 – 門診醫院
門診復健服務 承保的服務包括物理治療、職能治療，以及言語治療。 門診復健服務在各種門診環境中提供，例如醫院門診部、獨立治療師	**網絡內：** 物理治療 **$35** 共付額

承保服務	您的自付金額
診所，以及綜合門診復健機構（CORFs）。 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**。	– 專科醫生診所 – 門診醫院 – 綜合門診復健機構 言語治療 **$35** 共付額 – 專科醫生診所 – 門診醫院 – 綜合門診復健機構 職能治療 **$35** 共付額 – 專科醫生診所 – 門診醫院 – 綜合門診復健機構
門診物質使用障礙服務 您享有與原始 Medicare 相同的物質濫用治療承保。 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：** 門診物質使用障礙服務 **$35** 共付額 – 專科醫生診所 – 門診醫院
門診手術，包括在醫院門診設施及門診手術中心提供的服務 **注意：**若您將在醫院設施接受手術，應事先向您的醫療服務提供者確認您將以住院或門診病人身分接受治療。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。 即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診病人。 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：** 外科手術服務 **$1,550** 共付額 – 門診醫院 **$900** 共付額 – 門診手術中心 診斷性結腸鏡檢查 **$0** 共付額 – 門診手術中心 – 門診醫院
部分住院服務及密集門診服務 部分住院是一種積極精神科治療的結構性計劃，以醫院門診服務或社區心理健康中心的形式提供，其治療強度高於您在醫師、治療師、持照婚姻與家庭治療師（LMFT）或持照專業諮商師辦公室所接受的照護，並作為住院治療的替代方案。 密集門診服務是一種積極行為（心理）健康治療的結構性計劃，於醫院門診部、社區心理健康中心、聯邦合格健康中心或農村健康診所提供，其治療強度高於您在醫師、治療師、持照婚姻與家庭治療師（LMFT）或持照專業諮商師辦公室所接受的照護，但低於部分住院的強度。	**網絡內：** 部分住院 **$35** 共付額 – 門診醫院 密集型門診服務 **$35** 共付額 – 門診醫院

承保服務	您的自付金額
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**。	
*** 身體檢查（例行）** 除年度健康訪視或「*Welcome to Medicare*」身體檢查外，您每個日曆年可享有以下一次檢查的承保： • 全面性預防醫學評估與處置， 包括適合年齡及性別之病史詢問、身體檢查， 及諮詢／預期性指導／危險因子降低介入措施 **注意：**所開立之任何實驗室或診斷檢查項目不在本給付範圍內，您需另行支付該等服務的計劃分攤費用。	**網絡內：** **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室
醫生/執業者服務，包括醫生診所就診 承保的服務包括： • 您在醫師診所、經認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他地點所獲得的醫療必要性醫療照護或外科手術服務 • 由專科醫生進行的會診、診斷及治療 • 由您的初級保健醫生或專科醫生進行的基本聽力和平衡檢查，如果您的醫生要求進行以確定您是否需要醫療治療 • 某些遠距醫療服務，包括初級保健提供者（PCP）及專科醫生提供的服務；心理健康專科服務及精神科服務；門診物質濫用服務；以及緊急所需服務 – 您可以選擇透過親自就診或遠距醫療方式獲得這些服務。若您選擇透過遠距醫療方式獲取上述任一服務，您必須使用提供遠距醫療服務的網絡醫療服務提供者。 – 您可以使用電話、電腦、平板電腦或其他視訊技術 • 部分遠距醫療服務，包括由醫師或執業人員對某些農村地區或其他經 Medicare 核准地點的患者進行諮詢、診斷及治療 • 針對在醫院附設或偏鄉醫院附設腎臟透析中心、腎臟透析機構或會員住所接受居家透析的末期腎臟病會員，提供每月相關就診的遠距醫療服務 • 無論您所在地點為何，用於診斷、評估或治療中風症狀的遠距醫療服務 • 無論會員所在地點為何，針對患有藥物使用障礙或同時患有精神健康障礙的會員提供的遠距醫療服務 • 用於診斷、評估及治療精神健康障礙的遠距醫療服務 • 由農村健康診所及聯邦合格健康中心提供精神健康就診的遠距醫療服務 • 與您的醫生進行 5-10 分鐘的線上問診（例如，透過電話或視訊聊天），如果： – 您不是新病患**，且** – 此次報到與過去 7 天內的診所就診無關**，且** – 此次報到未在 24 小時內或最早可預約的時間導致診所就診 • 您發送給醫師的影片及／或影像的評估，以及醫師在24小時內的解讀與後續追蹤，前提是：	**網絡內：** 提供者和專業服務 **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 **$50** 共付額 – 專科醫生診所 <u>遠距醫療服務</u> **$0** 共付額 – 初級保健醫生線上診療 **$50** 共付額 – 專科線上 **$35** 共付額 – 心理健康護理及 物質濫用治療線上診療 **$40** 共付額 – 急需護理線上診療 <u>進階影像服務</u> **$330** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 – 專科醫生診所 <u>外科手術服務</u> **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 **$50** 共付額 – 專科醫生診所

承保服務	您的自付金額
– 您不是新病患，**且** – 此次評估與過去 7 天內的診所就診無關，**且** – 此次評估未在 24 小時內或最早可預約的時間導致診所就診 • 您的醫師透過電話、網絡或電子健康紀錄與其他醫師進行的諮詢 • 手術前由另一位網絡內提供者提供的第二意見 • 非例行性牙科照護（承保服務僅限於顎部或相關結構的手術、顎部或顏面骨骨折的復位、為顎部放射治療腫瘤癌症疾病而進行的拔牙，或由醫師提供時可獲承保的服務） • 在診所環境中提供的醫師／執業人員緊急所需服務 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**。	放射治療 **$50** 共付額 – 專科醫生診所 急需服務 **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 **$50** 共付額 – 專科醫生診所
足部醫療服務 承保的服務包括： • 足部損傷及疾病（如槌狀趾或足跟骨刺）的診斷及內科或外科治療 • 針對患有某些影響下肢之醫療狀況的會員提供例行性足部照護 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 承保之足病醫療服務 **$50** 共付額 – 專科醫生診所
用於預防 HIV 的暴露前預防用藥（PrEP） 如果您沒有感染 HIV，但您的醫生或其他醫療保健從業者判斷您感染 HIV 的風險較高，我們承保暴露前預防（PrEP）藥物及相關服務。 若您符合資格，承保服務包括： • FDA 核准的口服或注射型 PrEP 藥物，包括注射藥物的費用（如適用） • 每 12 個月最多 8 次個別諮詢（包括 HIV 風險評估、HIV 風險降低及藥物依從性）。 • 每 12 個月最多 8 次 HIV 篩檢。 • 一次性B型肝炎病毒篩檢	**網絡內：** PrEP福利沒有共保額、共付額或免賠額。
攝護腺癌篩檢檢查 對於50歲及以上的男性，承保服務包括以下每12個月一次： • 直腸指診 • 攝護腺特異抗原（PSA）檢測	**網絡內：** 年度PSA檢測沒有共保額、共付額或免賠額。
假肢及矯形裝置及相關用品 取代身體部位或功能（全部或部分）的裝置（牙科除外）。這些包括但不限於義肢和矯形裝置使用的測試、安裝或訓練；以及結腸造口袋和與結腸造口護理直接相關的用品、心律調節器、支架、義肢鞋、人工義肢，以及乳房義肢（包括乳房切除術後的手術型胸罩）。包括特定義肢和矯形器裝置耗材，以及義肢和矯形器裝置的維修和/或更換。亦包括白內障摘除或白內障手術後的部分給付——詳情請參閱本表格後段的視力護理章節。 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

承保服務	您的自付金額
肺部復健服務 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，須由治療該慢性呼吸道疾病的醫師開立肺部復健醫囑。 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：** **$25** 共付額 – 專科醫生診所 – 門診醫院
篩檢及諮詢以減少酒精濫用 我們為誤用酒精但未達酒精依賴程度的成年人（包括孕婦）承保一次酒精誤用篩檢。 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 承保的篩檢及輔導以減少酒精濫用預防福利沒有共保額、共付額或免賠額。
以低劑量電腦斷層掃描進行肺癌篩檢（LDCT） 對於符合資格的人士，每 12 個月進行一次 LDCT。 **符合資格的會員為：**年齡介於 50 至 77 歲、無肺癌徵兆或症狀，但有至少 20 包年菸草吸菸史，且目前仍在吸菸或已在過去 15 年內戒菸者，並在符合 Medicare 標準的肺癌篩檢諮詢及共同決策就診期間由醫師或合格非醫師從業者開立 LDCT 檢查醫令。 對於初次 *LDCT* 篩檢後的 *LDCT* 肺癌篩檢：會員必須取得 LDCT 肺癌篩檢的醫囑，該醫囑可在與醫師或合格非醫師執業者進行任何適當就診期間開立。若醫師或具資格的非醫師從業人員選擇為後續使用LDCT進行肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢及共同決策就診，該就診必須符合 Medicare 對此類就診的標準。	**網絡內：** Medicare 承保的輔導及共同決策就診或LDCT沒有共保額、共付額或免賠額。
丙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： • 您因使用或曾使用非法注射藥物而屬於高風險族群。 • 您曾於 1992 年以前接受輸血。 • 您出生於 1945 年至 1965 年之間。 如果您出生於 1945 年至 1965 年之間，且未被視為高風險族群，我們提供一次篩檢給付。如果您屬於高風險族群（例如，自上次丙型肝炎篩檢結果為陰性後仍持續使用非法注射藥物），我們承保每年的篩檢。	**網絡內：** Medicare 承保的丙型肝炎病毒篩檢沒有共保額、共付額或免賠額。
性傳播感染（STI）篩檢及預防性傳播感染的諮詢 我們承保衣原體、淋病、梅毒及乙型肝炎的性傳播感染（STI）篩檢。這些篩檢適用於孕婦，以及當檢查由初級保健提供者開立時，某些 STI 感染風險較高的人士。這些承保檢測每 12 個月一次或在孕期的特定時間進行。 我們亦承保每年最多 2 次、每次 20 至 30 分鐘的面對面高強度行為諮詢，對象為 STI 感染風險較高的性活躍成年人。我們僅在以下情況下	**網絡內：** Medicare 承保的性傳播感染篩檢及性傳播感染輔導預防福利沒有共保額、共付額或免賠額。

承保服務	您的自付金額
將這些諮詢療程作為預防性服務承保：由初級保健提供者提供，且在初級保健環境中進行，例如醫生診所。	
腎臟病治療服務 腎臟疾病及透析服務包括： • 腎臟疾病教育服務，旨在教導腎臟照護知識，並協助會員就其照護做出知情決定。對於由醫生轉介的第四期慢性腎臟病會員，我們承保終身最多6次的腎臟病教育服務療程 • 門診透析治療（包括暫時離開服務區域時的透析治療，如第3章所述，或當您此項服務的提供者暫時無法提供或無法聯絡時） • 住院透析治療（如果您因特殊照護需求以住院病人身分入住醫院） • 自我透析訓練（包括為您及任何協助您進行居家透析治療的人員提供的訓練） • 居家透析設備及耗材 • 特定居家支援服務（例如，必要時由受過訓練的透析工作人員前往訪視，以確認您的居家透析狀況、協助緊急情況處理，並檢查您的透析設備及水源供應）部分透析用藥屬 Medicare B 部分給付範圍。有關 B 部分藥物承保之相關資訊，請參閱本表中的 **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：** 腎臟病教育服務 **$0** 共付額 – 初級保健醫生辦公室 – 專科醫生診所 腎臟透析服務 **20%** 共保額 – 透析中心 – 門診醫院 耐用醫療設備費用 **20%** 共保額 – 耐用醫療設備提供者
*** SilverSneakers® 健身計劃** SilverSneakers® 是一項專為老年人設計的健身計劃，隨附於符合資格的 Medicare 健康計劃中，無需額外費用。會員可在全國各地參與合作的健身場所，這些場所可能包含重量訓練器材及器械，部分特定場所亦提供由受訓講師帶領的團體運動課程。在 **SilverSneakers.com** 上瀏覽線上教育內容，在 SilverSneakers 上觀看鍛鍊影片 On-Demand™ 或下載 SilverSneakers GO™ 健身應用程式，以獲取更多鍛鍊靈感。 本計劃提供健身福利，包括在全國各地合作健身房及健身中心享有最低費用等級的會員資格，以及專為老年人設計的現場講師帶領團體健身課程。任何通常需要額外收費的健身中心服務均不包含在您的會員資格內。	**網絡內：** **$0** 共付額
專業護理機構 (SNF) 照護 （有關專業護理機構照護的定義，請參閱第12章。專業護理機構有時簡稱為 SNF。） 每個福利期間，您最多可獲得 100 天的醫療必要日數福利。無需事先住院。承保服務包括但不限於： • 半私人病房（若有醫療必要，則提供私人病房） • 餐飲，包括特殊飲食 • 專業護理服務 • 物理治療、職能治療及言語治療	當您首次加入 Medicare Advantage 計劃時，或當您從專業護理機構的專業護理服務出院滿**連續60天**後，將開始新的福利期。 每個給付期間，您支付： **網絡內：** 第 1 至 20 天，每天 **$0** 共付額 – 專業護理機構

承保服務	您的自付金額
• 作為我們照護計劃一部分而對您施用的藥物（包括體內天然存在的物質，例如血液凝固因子。） • 血液——包括儲存及施用。全血及濃縮紅血球的給付從您所需的第一品脫血液開始計算。 • 專業護理機構通常提供的醫療及外科耗材 • 專業護理機構通常提供的實驗室檢測 • 專業護理機構通常提供的X光及其他放射科服務 • 專業護理機構通常提供的輔具使用，例如輪椅 • 醫師／執業醫療人員服務 通常您可以獲得網絡內機構提供 SNF 護理。在以下列出的特定條件下，若該機構接受本計劃的付款金額，您或許能夠以網絡內自付費用標準支付非網絡提供者的機構費用。 • 您入院前居住的護理之家或持續照護退休社區（只要其提供專業護理機構照護） • 您出院時您的配偶或同居伴侶所居住的專業護理機構 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**。	第 21 至 100 天，每天 **$221** 共付額 – 專業護理機構
戒菸及戒除菸草使用（戒菸或戒除菸草使用之諮詢） 門診及住院患者若符合以下條件，可獲得戒菸及戒除菸草使用諮詢的給付： • 使用菸草，無論是否出現菸草相關疾病的症狀或體徵 • 在諮詢期間具有行為能力且保持清醒 • 由合格醫師或其他 Medicare 認可的從業人員提供諮詢 我們每年給付 2 次戒除嘗試（每次嘗試最多可包含 4 次中等強度或密集式療程，患者每年最多可獲得 8 次療程。）	**網絡內：** Medicare 承保的戒菸及戒除菸草使用預防福利沒有共保額、共付額或免賠額。
監督式運動治療 (SET) SET 適用於患有症狀性周邊動脈疾病（PAD）的會員。 若符合 SET 計劃要求，在 12 週期間內最多承保 36 次療程。 SET計劃必須： • 由持續 30-60 分鐘的療程組成，包含針對間歇性跛行患者周邊動脈疾病（PAD）的治療性運動訓練計劃 • 須於醫院門診環境或醫師診所進行 • 須由合格輔助人員提供，以確保效益大於風險，且該人員須受過針對周邊動脈疾病（PAD）之運動治療訓練 • 須在醫師、醫師助理（PA）或執業護理師（NP）／臨床護理專科師（CNS）的直接監督下進行，且該監督人員必須同時接受過基本及高級生命支持技術訓練 若醫療保健提供者認定有醫療必要性，SET 可在 12 週 36 次療程之外，於延長期間額外給付 36 次療程。	**網絡內：** **$20** 共付額 – 專科醫生診所 – 門診醫院

承保服務	您的自付金額
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**。	
急需服務 需要立即就醫但非緊急情況的計劃承保服務，若符合以下任一情形，則屬於緊急需要的服務：您暫時身處本計劃服務區域以外，或即使您身處本計劃服務區域內，考量您當時的時間、地點及情況，向網絡提供者取得此服務並不合理。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。醫療必要的例行性就診（如每年健康檢查）即使您身處我們計劃服務範圍之外，或我們的計劃網絡暫時無法使用，亦不視為緊急所需服務。 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急需護理，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以獲得補償。如需更多資訊請參閱第 7 章。我們可能無法為您報銷全部自付費用。這是因為我們的合約費率可能低於美國及其領土以外的醫療服務提供者費率。您須自行負擔超出我們合約費率的任何費用，以及任何適用的會員分攤費用。 請參閱**醫師／醫療執業者服務，包括診所就診**，以獲取有關在診所環境中提供的緊急所需服務的額外資訊。	**網絡內：** 急需服務 **$40** 共付額 – 急需護理中心 **網絡外：** 全球承保 **$40** 共付額 – 急需護理中心
線上心臟康復計劃 **（統一靈活性福利）** **資格與說明** 符合資格的會員必須在過去30天內因心臟衰竭診斷而有過住院或觀察性住院記錄，依據計劃所訂定的ICD-10編碼標準。會員還必須符合以下其中一項： (a) 射出分率降低之心臟衰竭（HFrEF），或(b) 心臟衰竭合併至少一項其他病症（伴有併發症之高血壓、排除肺結核之肺炎，或呼吸系統之徵象與症狀）。額外病症必須在相同的回顧期間內處於活躍狀態。若射血分數無法直接取得，則採用經臨床驗證的替代標準。所有符合資格的會員均享有相同的使用權限。 **福利說明** 本計劃透過監督式運動、營養及藥物追蹤，以及透過遠距醫療提供個人化照護計劃進行的功能性評估，提供協調性照護。符合資格住院後，每療程最多可享有 36 次服務，共付額為 $0。可能包括遠端監測、行為指導、衛教及提供者就診。此福利為補充性質，不會取代 Medicare 承保的心臟復健。 **範圍與限制** • 服務須具有醫療必要性，且與符合資格之病況相關。 • 每次符合資格之住院給付一個療程；若符合條件，每次住院均可觸發新療程。 • 事先授權可能須根據資格確認及醫療必要性而定。 • 服務須由計劃核准之供應商提供。	**網絡內：** **$0** 共付額

承保服務	您的自付金額
承保範圍決定與上訴 申請將作為 Medicare Advantage 組織決定處理。會員可申請承保決定並提出上訴。	
視力照護 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。原始 Medicare 不承保例行性眼科檢查（視力屈光檢查）用於配眼鏡／隱形眼鏡 • 對於青光眼高風險人群，我們每年提供一次青光眼篩檢保障。青光眼高風險人群包括有青光眼家族史的人、糖尿病患者、50歲及以上的非裔美國人，以及65歲及以上的西班牙裔美國人 • 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（包括植入人工晶體）後，可獲一副眼鏡或隱形眼鏡。若您進行兩次分開的白內障手術，不能在第一次手術後保留該項福利，然後於第二次手術後購買兩副眼鏡。白內障手術後承保的眼鏡包括 Medicare 所定義的標準鏡框和鏡片；任何升級均不在承保範圍內（包括但不限於豪華鏡框、染色、漸進式鏡片或抗反射鍍膜）。此外，**我們承保強制性補充視力福利**，內容包括例行視力檢查及眼鏡津貼。 （預防性服務）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 承保之視力服務 **$50** 共付額 – 專科醫生診所 青光眼篩檢 **$0** 共付額 – 專科醫生診所 糖尿病眼科檢查 **$0** 共付額 – 所有治療地點 眼鏡（白內障術後） **$0** 共付額 – 所有治療場所 **強制補充視力福利** *您已承保在強制性補充視力福利之內。請參閱此表末尾的**強制性補充視力福利**說明以瞭解詳情。 **請注意：**您的補充視力福利的提供者網絡可能與上述原始 Medicare 視力福利的提供者網絡不同。
「Welcome to Medicare」預防就診 我們的計劃承保一次性「*Welcome to Medicare*」預防就診。此次就診包括對您健康狀況的審查，以及關於您所需預防性服務（包括某些篩檢和注射（或疫苗））的教育和諮詢，並在需要時提供其他護理的轉介。 **重要事項：**我們僅在您取得 Medicare B 部分資格後首 12 個月內給付「*Welcome to Medicare*」預防就診。預約時，請告知您的醫師診所，您希望安排「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。

強制補充牙科福利 DEN310

承保說明
您可獲得以下非 Medicare 承保的常規牙科相關服務：

計劃資訊
以下資訊包含網絡內及網絡外提供者之福利限制與費用詳情的重要資訊。有關您計劃的更多資訊，請參閱承保詳情部分下方。**網絡內提供者** • 強制性補充牙科福利透過 HumanaDental Medicare 網絡提供。我們的全國網絡提供者查詢器位於 **Humana.com/FindCare**。 • 網絡內牙醫已同意按合約費率（依據網絡內費用表，即INFS）提供承保服務。 • 若會員前往參與網絡的牙醫就診，會員不得被收取超過議定費用表的費用（但任何適用的共保額付款仍須支付）。

福利說明	網絡內您的自付費用	網絡外您的自付費用
預防性服務		
檢查 頻率/限制 – 每個日曆年2個程序代碼		
定期口腔檢查 – D0120	**0%**	**100%**
檢查 頻率/限制 – 每個日曆年2個程序代碼		
緊急診斷檢查 – D0140	**0%**	**100%**
預防性潔牙（清潔） 頻率/限制 – 每個日曆年2個程序代碼		
預防性洗牙（清潔）– D1110	**0%**	**100%**
咬翼X光片 頻率/限制 – 每日曆年1個程序代碼		
翼片X光 – D0270, D0272, D0273, D0274	**0%**	**100%**
全口或全景X光片 頻率/限制 – 每5個日曆年1個程序代碼		
全口X光系列 – D0210	**0%**	**100%**
全景X光片 – D0330	**0%**	**100%**
診斷服務 頻率/限制 – 每3個日曆年1個程序代碼		
牙周檢查 – D0180	**0%**	**100%**
綜合檢查 – D0150	**0%**	**100%**
綜合服務		
牙周維護 頻率/限制 – 每日曆年4個程序代碼		
牙周治療後的牙周維護 – D4910	**0%**	**100%**

福利說明	網絡內您的自付費用	網絡外您的自付費用
麻醉 – 笑氣／鎮痛 頻率/限制 – 每次就診1個單位，僅在主要程序受保時方可給付（須與大範圍及／或複雜性程序合併使用，須符合計劃限制與除外規定，並須經臨床審查）		
施行笑氣 – D9230	**0%**	**100%**

福利限額

- 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。任何未列出的所接受服務將不在計劃給付範圍內，須由會員自行負責。
- 會員需負擔超出年度福利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**。

估算牙科費用

如果您所需的牙科治療費用預計將超過 **$300**，我們建議您或您的牙醫提前將牙科治療計劃送交我們審查，以便我們能為您提供服務費用估算。預先治療計劃應包括：

1. 您將接受的服務清單，須使用美國牙科協會的術語及代碼。
2. 您的牙醫對擬議治療的書面說明。
3. 顯示您牙科需求的X光片。
4. 擬議治療的逐項費用。
5. 我們要求的任何其他診斷材料。

給付計算方式

對於承保的牙科服務，我們將支付以下：

- 我們將確定承保費用總額。
- 我們將對照允許的最高福利金額審核承保費用。
- 我們將向您或您的牙醫支付剩餘費用，扣除您應付的任何共保額（您所接受的治療程序可能要求您支付一定比例的費用）。

服務日期定義

就牙科理賠申報而言，「服務日期」（DOS）定義如下：

- 牙齒為固定橋、牙冠、嵌體或高嵌體進行準備的日期
- 為假牙或局部假牙進行印模或數位掃描的日期
- 為種植牙冠拍攝基台/植體印模或數位掃描的日期
- 為進行根管治療而開放牙齒牙髓腔的日期
- 進行牙周手術的日期

- 對於上述未列出的服務，執行服務的日期

治療選項

- 對於有兩種或兩種以上可能治療方式的牙科狀況，Humana 將給付費用最低的治療方式，前提是該方式經證實能提供令人滿意的治療結果。
- 若您選擇接受費用較高的治療方式，您須自行負擔差額。

強制補充聽力福利 HER108

承保說明

如需使用您的福利，請致電 NationsHearing 888-742-8015 預約。

福利說明	網絡內 您需支付
例行聽力檢查（每年1次）	**$0**
每年最多2個處方助聽器（每耳每年1個）。網絡內福利僅限於NationsHearing第 1 級和第 2 級處方助聽器，提供多種品牌和選項。部分第 1 級和第 2 級處方助聽器提供充電式款式選項。**如需使用您的網絡內福利，您必須致電 NationsHearing，電話： 888-742-8015（聽障專線：711）以預約看診。** 網絡內助聽器購買包含： – 在向原始提供者購買助聽器後第一年內的1次驗配調整預約 – 在向原始提供者購買助聽器後第一年內的3次後續提供者訪診 – 60天試用期 – 3年延長保固 – 每個非充電式助聽器3年的電池供應（每耳每年最多60顆） 福利不包含或承保以下任何項目： – 非處方（OTC）助聽器 – 助聽器配件 – 額外的提供者訪診 – 額外的電池（或購買充電式助聽器時的電池） – 與遺失及損壞保固申請相關的費用 與排除項目相關的費用由會員自行負責，不在計劃的承保範圍內。	**$575** 每個第 1 級助聽器 **或** **$750** 每個第 2 級助聽器

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。

強制補充視力福利 VIS693

承保說明
透過 Humana Medicare Insight Network 提供的視力保障
您可享有以下非 Medicare 給付的常規視力相關服務：

福利說明	網絡內您的自付費用
• 由 Humana Medicare Insight Network 視光提供者提供的常規眼部檢查（含驗光）（每個日曆年度1次） **或** • 驗光檢查（每個日曆年 1 次），以取代常規眼科檢查，須在同一次就診中，由 Humana 網絡醫療眼科服務提供者完成 Medicare 承保的全面眼科檢查時一併進行。	**$0*** **或** **$0** 為驗光檢查費用，須另加醫療專科醫生就醫分攤費用額
• 於Humana Medicare Insight Network視光提供者處享有的眼鏡福利（每個日曆年度1次） 您須負責： – 購買鏡框及一副鏡片或購買隱形眼鏡（傳統型或拋棄型）時，超過**$100**的任何零售金額 **或** – 超過 **$200** 的任何零售金額，用於購買鏡框及一副鏡片**或**用於購買隱形眼鏡（長戴型或拋棄型）**（向 PLUS** 特約醫療提供者購買）** 福利不包括隱形眼鏡驗配。 紫外線防護、防刮塗層及其他鏡片選項可計入眼鏡福利。 福利依零售價格計算。會員須自行負擔超過計劃核准金額以上的任何費用。 **該福利僅能使用一次。任何剩餘的福利金額不會「結轉」至未來的購買。**	超出 **$100** 的任何零售金額 **或** 零售價超過**從PLUS**提供者處購買**，超出 **$200** 的任何零售金額

*您的例行檢查費用在 Humana Medicare Insight Network 視光提供者處將不超過 $0。請告知網絡提供者您是 Humana Medicare Insight Network 的成員。**注意**：透過 Humana Medicare Insight Network 提供的補充視力福利之醫療服務提供者網絡，可能與 Medicare 承保的視力福利之醫療服務提供者網絡有所不同。

PLUS 提供者是 **Humana Medicare Insight Network 的成員，並將在 **Humana.com/FindCare** 的提供者定位搜尋結果中顯示 PLUS 提供者標示。

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 2.1 節 您可購買的額外選擇性補充保險福利

我們的計劃提供部分額外福利，該等福利不在原始 Medicare 的承保範圍內，亦未納入您的福利套餐。此類額外福利稱為**選擇性補充保險福利（OSB）**。如果您希望享有此項自選補充給付，您必須主動申請加入，並須另行支付額外保費。本節所述之選擇性補充保險福利與其他任何福利項目適用相同的上訴程序。

牙科 OSB 所提供的承保內容，與您強制性補充牙科福利（MSB）套餐中所述的牙科福利有所不同。如果您需要更完善的牙科承保，應考慮選擇牙科 OSB。您可以在下方查閱適用於您的牙科 OSB 選項。圖表列出了您將獲得的福利，以取代作為您的強制補充牙科福利（MSB）套餐一部分所提供的福利。例如，OSB 福利可能降低分攤費用，或承保額外福利，或可適用網絡外承保。計劃最高福利額（例如，計劃在保障年度內為牙科照護支付的最高金額）及／或承保服務的頻率可能有所更改。請注意，適用於您的計劃最高福利額為 **$1,500**。

如果您購買此選擇性補充保險福利（OSB），本《承保證明》（EOC）合約亦將適用於該福利。 OSB 的付款方式必須與 Medicare Advantage 的付款方式相同。如需有關付款選項的更多資訊，請致電本節末尾或您的 Humana 會員卡背面所列電話號碼聯絡客戶服務。

選擇性補充保險福利（OSBs）

加入選擇性補充保險福利

選擇性補充保險福利是不屬於您的 Medicare Advantage 計劃的牙科福利。您必須另行購買。適用於您的選擇性補充保險福利因計劃而異。

您可透過兩種方式加入 OSBs：

1. 在加入您的 Medicare Advantage 計劃的同時辦理加入，或在年度投保期（AEP）期間辦理加入。在大多數情況下，您的 OSB 將於您的 Medicare Advantage 計劃生效之日起同步生效。
2. 在加入您的 Medicare Advantage 計劃後 3 個月內，透過填寫申請表辦理加入。您也可以致電 **800-645-7322 （聽障專線：711）**，服務時間為週一至週五，上午8時至下午8時（當地時間）。您的承保將於 Humana 收到您的申請後次月第一天起生效。

OSB 以年度為基礎提供。如果您在下一個年度選擇期間未更改您的 Medicare Advantage 計劃，且您的 OSB 仍可使用，您將自動續保 OSB。如果您的 OSB 在下一個計劃年度被終止或以任何方式更改，我們將在年度選擇期前透過年度變更通知（ANOC）郵件通知您。未使用的福利不會「累積」至下一個承保年度。

如需更多資訊，請撥打本節末尾或您的 Humana 會員卡背面所列的電話號碼聯絡客戶服務。

尋找醫療服務提供者

我們將在您加入選擇性補充保險福利後 10 天內寄送 OSB 《提供者名錄》給您。但是，如果您需要瞭解醫療服務提供者的名稱，可致電客戶服務查詢。

Humana 對任何醫療服務提供者的服務可用性或持續參與情況概不負責。醫療服務提供者的供應情況可能會有所變動。在接受醫療服務之前，請務必確認您的醫療服務提供者屬於網絡內。

選擇性補充保險福利退出

如果您想取消 OSB 承保範圍，請聯絡客戶服務（電話號碼在識別卡背面），以傳真方式發送至 800-633-8188 或以郵寄方式寄至：

Humana
PO Box 14168
Lexington, KY 40512-4168

您的信函應包含：

- 請明確告知我們，您希望退出 OSB（s），僅限退出 OSB（s）——而非 Medicare Advantage 計劃。
- 請附上您的姓名、會員編號及簽名。

終止日期將為收到申請當月的最後一天。

如果您未繳納 OSB 的保費，您將失去 OSB 的承保資格。我們將以書面通知您，您有 60 天的時間繳納 OSB 保費。如果您在寬限期結束時仍未繳清所有欠款，您的 OSB 承保將終止。

如果您取消這些福利，或因未繳清欠款而失去這些福利，您將無法重新申請，直至下一個年度投保期為止。您將恢復適用任何適用的 MSB 承保。在當年度 OSB 項下已給付的任何理賠，將計入年度 MSB 計劃福利及定期給付限額。

保費退款

如果您取消 OSB 且已多繳保費，我們將在 45 個工作天內辦理退款。

選擇性補充保險福利供您使用

OSB 計劃名稱	**您每月的額外費用**
MyOption DEN972	**$ 55.20**

計劃選項詳述如下。

MyOption DEN972

MyOption DEN972 是一項選擇性補充保險福利（OSB）套餐，可支付額外的每月保費購買，以**取代**您的 Medicare Advantage 計劃中提供的任何強制補充牙科福利（MSB）。如已購買，OSB 將完全**取代**您福利套餐中所定義的牙科承保。這意味著，您應忽略 EOC 第 4 章中強制補充牙科福利部分所載的任何相關條款。加入後，您將收到一張新的識別卡，背面將顯示您的新 DEN972。在當年度 MSB 項下已給付的任何理賠，將計入年度 OSB 最高計劃福利金額。

每月費用

每月保費 **$55.20**

給付資訊

計劃最高福利金額
（網絡內及網絡外合併計算）

$1,500

每保險年度免賠額 **$0**
每保險年度

您可獲得以下牙科服務：

福利說明	網絡內* 您支付	網絡外** 您支付
預防性服務		
檢查 – 頻率／限制 – 每日曆年 2 個處置代碼		
定期口腔檢查 – D0120	**0%**	**0%**
檢查 – 頻率／限制 – 每日曆年 2 個處置代碼		
緊急診斷檢查 – D0140	**0%**	**0%**
診斷服務 – 頻率／限制 – 每 3 個日曆年 1 個處置代碼		
牙周檢查 – D0180	**0%**	**0%**
全口綜合評估 - D0150	**0%**	**0%**
翼狀片 X 光 – 頻率／限制 – 每日曆年 1 個處置代碼		
翼片X光 – D0270, D0272, D0273, D0274	**0%**	**0%**
口內 X 光（口腔內部）– 頻率／限制 – 每日曆年 6 個處置代碼		
根尖周X光 – D0220, D0230	**0%**	**0%**
全口或全景 X 光 – 頻率／限制 – 每 5 個日曆年 1 個處置代碼		
全口X光系列 – D0210	**0%**	**0%**
全景X光片 – D0330	**0%**	**0%**
預防性潔牙（洗牙）– 頻率／限制 – 每日曆年 2 個處置代碼		
預防性洗牙（清潔）– D1110	**0%**	**0%**
綜合服務		
修復（補牙）– 銀粉及／或複合樹脂 – 頻率／限制 – 每顆牙齒每個牙面每 2 個日曆年 1 個處置代碼		
銀汞合金（銀色）– 乳牙或恆牙 – D2140, D2150, D2160, D2161	**0%**	**0%**
樹脂複合材料（白色）– 前牙（正面）或後牙（背面）– D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394	**0%**	**0%**
拔牙 – 頻率／限制 – 每顆牙齒終身 1 個處置代碼		
拔除已萌出牙齒或外露牙根 – D7140, D7210	**0%**	**0%**
拔除阻生齒 – D7220, D7230, D7240	**0%**	**0%**

福利說明	網絡內* 您支付	網絡外** 您支付
殘餘牙根的外科拔除 – D7250	**0%**	**0%**
牙周維護治療 – 頻率／限制 – 每日曆年 4 個處置代碼		
牙周治療後的牙周維護 – D4910	**0%**	**0%**
修復（其他服務）– 核心基底建構或預製根管樁及核心 – 頻率／限制 – 每顆牙齒每 5 年 1 個處置代碼		
牙核重建 – D2950	**50%**	**50%**
預製樁核 – D2952, D2953, D2954, D2957	**50%**	**50%**
牙結石刮除 – 廣泛性發炎 – 頻率／限制 – 每日曆年 1 個處置代碼		
洗牙 – 中度或重度牙齦發炎 - D4346	**0%**	**0%**
牙結石刮除及根面整平 – 頻率／限制 – 每象限每 3 個日曆年 1 個處置代碼		
牙周洗牙及根面平整術 – D4341, D4342	**0%**	**0%**
根管治療（牙髓病學）– 頻率／限制 – 每顆牙齒終身 1 個處置代碼		
根管治療 – D3310, D3320, D3330	**50%**	**50%**
根管再治療（牙髓病學）– 頻率／限制 – 每顆牙齒終身 1 個處置代碼		
根管治療再治療 – D3346, D3347, D3348	**50%**	**50%**
牙冠 – 頻率／限制 – 每顆牙齒每 5 年 1 個處置代碼		
牙冠（非固定義齒支台冠）- D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2793, D2794	**50%**	**50%**
嵌體覆蓋冠 – D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2662, D2663, D2664	**50%**	**50%**
牙冠重新黏固 – 頻率／限制 – 每 2 個日曆年 1 個處置代碼		
重新黏合嵌體、嵌體覆蓋冠、陶瓷貼片或局部覆蓋修復體 – D2910	**50%**	**50%**
重新黏合間接製作或預製的樁核 – D2915	**50%**	**50%**
重新黏固或再黏合牙冠 - D2920	**50%**	**50%**
固定橋 – 橋體 – 頻率／限制 – 每 5 個日曆年 1 個處置代碼		
橋體牙冠 – D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245	**50%**	**50%**
固定橋 – 牙冠 – 頻率／限制 – 每 5 個日曆年 2 個處置代碼		
固位體牙冠 – D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792, D6794	**50%**	**50%**
固定橋重新黏固 – 頻率／限制 – 每日曆年 1 個處置代碼		
重新黏固或再黏合固定局部義齒 - D6930	**50%**	**50%**
全口義齒 – 頻率／限制 – 每 5 個日曆年 1 副上下全口義齒或 1 副上下即時義齒，包含裝戴後例行照護		
全口義齒 – 上顎（上）或下顎（下）- D5110, D5120	**50%**	**50%**

福利說明	網絡內* 您支付	網絡外** 您支付
即時義齒 – 上顎（上）或下顎（下）- D5130, D5140	**50%**	**50%**
可摘局部義齒（包含裝戴後例行照護）– 頻率／限制 – 每 5 個日曆年 1 副上下局部義齒		
局部義齒 – 樹脂或金屬，上顎（上）或下顎（下）- D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224	**50%**	**50%**
單側局部義齒 - D5282, D5283, D5284, D5286	**50%**	**50%**
單側局部義齒（每象限）– D5284, D5286	**50%**	**50%**
局部義齒 – 彈性基托，上顎（上）或下顎（下）- D5225, D5226, D5227, D5228	**50%**	**50%**
口腔外科 – 頻率／限制 – 每日曆年 2 個處置代碼		
口腔外科手術 - D7284, D7285, D7286, D7287, D7288, D7310, D7311, D7320, D7321, D7450, D7451, D7509, D7510, D7961, D7962, D7963	**50%**	**50%**
義齒調整（初次裝戴後六個月內不予給付）– 頻率／限制 – 每日曆年 2 個處置代碼		
全口義齒調整 – 上顎（上）或下顎（下）- D5410, D5411	**50%**	**50%**
局部假牙調整－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5421, D5422	**50%**	**50%**
假牙重襯（不適用於備用假牙，或於初次裝置後六個月內）－ 頻率／限制－ 每日曆年 1 個處置代碼		
完整假牙重襯（直接法）－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5730, D5731	**50%**	**50%**
局部假牙重襯（直接法）－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5740, D5741	**50%**	**50%**
完整假牙重襯（間接法）－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5750, D5751	**50%**	**50%**
局部假牙重襯（間接法）－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5760, D5761	**50%**	**50%**
假牙修復－頻率／限制－ 每日曆年上顎 1 個處置代碼及下顎 1 個處置代碼		
修復完整假牙基托－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5511, D5512	**50%**	**50%**
修復局部假牙基托－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5611, D5612	**50%**	**50%**
修復局部牙科支架－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5621, D5622	**50%**	**50%**
更換所有牙齒／壓克力材料－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5521, D5522, D5670, D5671	**50%**	**50%**
假牙修復－頻率／限制－ 每日曆年 2 個處置代碼		
更換缺失或損壞牙齒－完整假牙－每顆牙齒－ D5520	**50%**	**50%**
修復或更換損壞之固位／卡環材料－每顆牙齒－ D5630	**50%**	**50%**
更換缺失或損壞牙齒－局部假牙－每顆牙齒－ D5640	**50%**	**50%**

福利說明	網絡內* 您支付	網絡外** 您支付
假牙修復－頻率／限制－ 每 5 日曆年 1 個處置代碼		
於現有局部假牙加裝牙齒或卡環－每顆牙齒－ D5650, D5660	**50%**	**50%**
假牙重基（若於初次裝置後六個月內則不給付）－頻率／限制－ 每日曆年 1 個處置代碼		
完整假牙重基－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5710, D5711	**50%**	**50%**
局部假牙重基－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5720, D5721	**50%**	**50%**
組織調理（若於初次裝置後六個月內則不給付）－頻率／限制－ 每日曆年 1 個處置代碼		
組織調理－上顎（上方）或下顎（下方）－ D5850, D5851	**50%**	**50%**
咬合調整（若於初次裝置後六個月內則不給付）－頻率／限制－ 每 3 日曆年 1 個處置代碼		
咬合調整 – 局部 – D9951	**50%**	**50%**
疼痛處置－頻率／限制－ 每日曆年 2 個處置代碼		
牙齒疼痛的緩和性（緊急）治療 – 每次就診 - D9110	**50%**	**50%**
麻醉 – 漸進式 – 頻率／限制 – 每個日曆年度視需要與承保代碼搭配使用（與大範圍及／或複雜程序合併使用，須符合計劃限制與除外規定，並須經臨床審查）		
深度鎮靜／全身麻醉施行 – D9223	**0%**	**0%**
施行中度鎮靜 – D9243、D9247	**0%**	**0%**
麻醉 – 全身麻醉 – 頻率／限制 – 每個日曆年度 2 個程序代碼（與大範圍及／或複雜程序合併使用，須符合計劃限制與除外規定，並須經臨床審查）		
施行深度鎮靜／全身麻醉 – D9222	**0%**	**0%**
施行中度鎮靜 – D9239、D9246	**0%**	**0%**
麻醉 – 笑氣／鎮痛 – 頻率／限制 – 每次就診 1 單位，僅於主要程序在承保範圍內時方予承保（與大範圍及／或複雜程序合併使用，須符合計劃限制與除外規定，並須經臨床審查）		
施行笑氣 – D9230	**0%**	**0%**

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。任何未列出的所接受服務將不在計劃給付範圍內，須由會員自行負責。會員需負擔超出年度福利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**。

*網絡內牙醫已同意按合約費率（依據網絡內費用表，即INFS）提供承保服務。如果會員前往參與網絡的牙科醫生就診，則不得向會員收取超過議定收費標準的費用（但任何適用的共保額付款仍須支付）。就診網絡內提供者可能可節省大量費用。自選補充牙科福利由 HumanaDental Medicare Network 提供。我們的全國網絡提供者查詢器位於 **Humana.com/FindCare**。

網絡外牙醫未同意按合約費率提供服務。網絡外提供者可能會向會員收取超過計劃給付的費用，即使是列為無會員分攤費用的服務亦然。會員須自行負擔 Humana 的給付金額與網絡外服務提供者收費之間的差額。這稱為差額收費。**從網絡外獲得的福利受網絡內福利的上限、限制及/或排除情況所規範。網

絡外提供者可能會向會員收取任何超出 Humana 所支付給提供者的金額。請參閱上文瞭解尋找醫療服務提供者的操作說明。網絡內提供者同意直接向我們收費。如果不在我們網絡內的提供者不願意直接向我們收費，您可能需要預付費用並提出報銷申請。共保額水平將依據您所在地區的平均議定網絡內費率表（INFS）計算。請參閱第 2 章「付款要求聯絡資訊」或造訪 Humana.com 以取得有關申請補償的資訊。

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：

- 我們將確定承保費用總額。
- 我們將對照允許的最高福利金額審核承保費用。
- 我們將核查您是否已達到免賠額（如適用）。如果尚未達到，您將須自行支付承保費用，直至免賠額的金額為止。

- 我們將向您或您的牙醫支付剩餘費用，扣除您應繳納的共保額（您所接受的治療項目可能要求您自行負擔一定比例的費用）。

對於有兩種或兩種以上可能治療方案的牙科狀況，Humana 將承保費用最低的治療方案，前提是該方案已被證明能提供令人滿意的效果。如果您選擇接受費用較高的治療方案，您將須負責支付差額。

提交治療前計劃

如果您所需的牙科治療費用預計將超過 **$300**，我們建議您或您的牙醫提前將牙科治療計劃送交我們審查，以便我們能為您提供服務費用估算。預先治療計劃應包括：

1. 您將接受的服務清單，須使用美國牙科協會的術語及代碼。
2. 您的牙醫對擬議治療的書面說明。
3. 顯示您牙科需求的X光片。
4. 擬議治療的逐項費用。
5. 我們要求的任何其他診斷材料。

服務估價並非我們給付金額的保證。它提前告知您及您的牙醫，治療計劃中承保費用的應付福利金額。

服務估價自我們通知您及您的牙醫擬議治療計劃應付福利之日起 90 天內有效。此項以您接受治療時的承保資格為準。如果治療在該日期後超過 90 天仍未開始，我們建議您重新提交治療計劃。

其他條款

您有責任瞭解您的牙科承保內容，包括其限制與除外規定。

所有牙科服務均須由持牌牙醫提供。

我們可能會查閱您的牙科及治療記錄，以確定福利項目、處理理賠、進行財務審計及其他用途。

如果您或您的牙醫未向我們提交所需文件，我們可決定不為您的治療付款。

此選擇性補充保險福利的福利項目，適用與其他計劃福利相同的上訴程序。

網絡內牙醫已同意按合約費率（即您所在地區的網絡內費率表（INFS））提供服務。如會員就診於參與網絡的牙醫，會員就承保服務所收到的帳單將不會超過議定費用表所列金額（共保額仍須適用）。

限制與除外規定

以下限制與除外規定適用於：

- MyOption DEN972

牙科選擇性補充保險福利除外規定
牙科除外責任包括但**不限於**以下內容：

- 網絡牙醫已同意按合約費用（網絡內費用表，即 INFS）提供服務。如會員就診於參與網絡的牙醫，會員就承保服務所收到的帳單將不會超過議定費用表所列金額（共保額仍須適用）。

- 初次裝配義齒，或更換已無法使用且無法修復的舊義齒。

備用義齒不在給付範圍內。

- 假牙重襯在假牙初次裝置後六個月內，或針對備用假牙，可能不在給付範圍內。
- 假牙調整在假牙初次裝置後六個月內，或針對備用假牙，可能不在給付範圍內。

- 在您符合任何工傷賠償或職業病法案或法律資格期間所產生的費用，無論您是否已申請承保。

- 屬於以下情況的服務：

  - 免費提供的，或若您未持有本保險則無需支付費用的服務，除非費用係由美國政府或其任何機構收取且依法須向其報銷。
  - 由任何政府或任何政治分區透過任何計劃或法律提供或承付的服務 – ；此項不包括聯邦醫療保險（Medicare）或州醫療補助計劃（Medicaid）。
  - 由任何美國政府擁有或運營的醫院／機構／機關為任何與疾病或身體傷害相關的服務所提供的服務。

- 任何因填寫表格而產生的費用。
- 您未能依約前往牙醫就診。

限制與除外規定

- 我們認定屬美容牙科的任何服務，除非該服務係因您在本保單承保期間遭受意外傷害所必需。我們認定以下程序屬於美容牙科，包括但不限於：
  - 牙冠或橋體上的貼面–固定橋位於基牙之間的部分–位於第二前臼齒後方；
  - 任何用於矯正先天性畸形的服務；
  - 任何主要以改善外觀為目的的服務；
  - 義齒修復裝置的特徵化及個性化；或
  - 任何用於改變牙齒間距和／或形狀的程序；

- 以下項目的費用：

  - 任何類型的植體及所有相關服務，包括牙冠或附著於其上的義齒裝置；
  - 精密或半精密附著體；
  - 其他客製化附著體；
  - 暫時性或過渡性牙科服務；
  - 與牙科照護提供過程中所用材料或設備相關的額外費用；
  - 除非屬於承保服務，否則任何植體的取除。

- 任何與以下事項相關的服務：
  - 改變牙齒垂直距離。
  - 咬合的恢復或維持。
  - 牙齒固定，包括多個基牙，或任何用於穩固因牙周病而鬆動之牙齒的服務。
  - 替換因磨損、磨耗、侵蝕或楔狀缺損所造成的牙齒結構缺失。
  - 咬合記錄或咬合分析。
  - 在文件記錄不支持未來修復的部位進行骨移植。
- 感染控制，包括但不限於滅菌技術。
- 由牙醫以外人員進行治療的費用，但潔治、潔牙及局部塗氟除外，上述項目可由持牌牙科衛生師執行。治療必須在牙醫的監督下，按照普遍認可的牙科標準進行。
- 任何醫院、外科或治療機構，或麻醉科醫師或麻醉師的服務費用。
- 處方藥或預防性用藥，無論是已配發或已開立處方者。
- 任何未在承保資訊中明確列出的服務。
- 任何經臨床審查後不符合福利資格的服務；或預後評估結果不佳的服務；

未獲得統一的專業認可；或被視為具有實驗性或研究性質。

- 牙齒矯正服務。
- 當福利項目不包含牙橋承保時，基牙牙冠的服務。
- 在您的生效日期之前或本附加福利終止日期之後所發生的任何費用。
- 由通常與您同住的人或家庭成員所提供的服務。
- 超過該服務給付上限的費用。
- 因任何故意自我傷害或身體疾病所導致的治療。
- 局部麻醉、沖洗、墊底、牙髓蓋帽、臨時牙科服務、研究模型／診斷模型、治療計劃、咬合（臼齒及前臼齒的咬合或磨耗面）調整，或與修復體印模或放置相關的組織準備，若作為單獨服務收費時。這些服務被視為整體牙科服務不可分割的一部分。

- 當主要服務遭拒付時，所有與其相關之附帶服務亦一併拒付。

- 任何檢查、術中操作、X光、實驗室檢查、拆除現有樁核、填充材料、Thermafill載體及其他任何後續照護，均視為根管治療的組成部分。上述服務的單獨收費不視為承保費用。

- 矯正裝置之修復及更換。

限制與除外規定

- 針對任何顎關節問題的外科或非外科治療，包括顳顎關節障礙、顱上頜、顱下頜障礙，或連接下頜骨與顱骨關節的其他病症；或針對面部表情及咀嚼功能相關肌肉的治療，症狀包括但不限於頭痛。

- 本計劃的口腔外科福利不包括：

  - 任何正顎手術的服務；
  - 任何以任何方法破壞病灶的服務；
  - 任何牙齒移植的服務；
  - 任何從口腔組織或骨骼中取出異物的服務；
  - 任何重建顏面骨骼手術性、創傷性或先天性缺損的服務；
  - 任何術前及術後照護的個別收費。

- 全身麻醉或清醒鎮靜不屬於給付服務，除非是根據對所提供文件的臨床審查，並由牙醫師或醫療從業人員在進行有給付的口腔外科手術、牙周及骨外科手術或根尖周外科手術時聯合施行。

- 因以下原因（包括但不限於）施行的全身麻醉或清醒鎮靜不在給付範圍內：
  - 疼痛控制，除非提供有關局部麻醉藥過敏的書面記錄；
  - 焦慮；
  - 對疼痛的恐懼；
  - 疼痛管理；
  - 情緒上無法接受手術。

- 預防控制計劃，包括但不限於口腔衛生指導、牙菌斑控制、帶回家使用的用品、處方藥及飲食規劃。

- 任何遺失、失竊、損壞、放錯位置或重複配製的主要修復體、假體或矯正裝置之更換費用。

- 任何齲齒易感性測試、實驗室檢查、唾液樣本、厭氧培養、敏感性測試或口腔病理程序相關費用。

- 在本計畫的外科牙周治療服務項下，術前及術後照護以及12個月內的再評估所產生的個別費用，不屬於給付服務範圍。

- 我們不承保一般被視為醫療服務的項目，但「承保資訊」中明確列為承保項目者除外。

- 補充福利所支付的共付額、共保額及免賠額，不計入您的最高自付金額。

超額承保

如有其他保險將提供給付或費用承保，無論該其他保險被描述為主要保險、超額保險或附帶保險，我們均不就任何意外傷害支付給付。

若您向其他保險公司提出的理賠申請遭到拒絕或僅獲部分給付，我們將依據本牙科計劃的條款與條件處理您的申請。若我們進行給付，您同意將您對其他保險公司就我們所支付牙科費用所擁有的任何求償權轉讓給我們。其他保險公司所支付的款項，將計入適用的共保額或日曆年免賠額。

對此有疑問？

如需更多資訊

MyOption DEN972 請致電 HumanaDental 客戶服務 **800-669-6614（聽障專線：711）**
週一至週五，當地時間上午 8 時至下午 6 時

詳情請瀏覽 **Humana.com**。

第 2.3 節　使用我們計劃的可選訪客／旅客福利獲取醫療服務

您身為 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 會員即享有 HMO 旅遊福利。您在服務區域外時，已可獲得緊急及緊迫所需的醫療服務。然而，在美國境內旅行時，HMO 旅行福利使您能夠獲得計劃承保的服務，包括預防性照護和選擇性補充保險福利。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，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。

如果您計劃前往您的服務區域以外旅行，並預計需要使用 HMO 旅遊福利，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。

以下圖表列出在任何情況下均不承保，或僅在特定條件下承保的服務與項目。

如果您獲得了被排除（不在承保範圍內）的服務，除下列特定情況外，您必須自行支付費用。即使您在緊急醫療設施獲得了被排除的服務，這些被排除的服務仍不在承保範圍內，我們的計劃將不予支付。唯一的例外情況是，若該服務經上訴後被裁定為我們本應根據您的具體情況支付或承保的醫療服務。（有關就我們決定不承保某項醫療服務提出上訴的資訊，請參閱第 9 章第 5.3 節。）

Medicare 不承保的服務	僅在特定條件下承保
針灸	在特定情況下，適用於患有慢性下背痛的人士
主要且通常用於非醫療目的之設備費用，即使該項目具有某些與醫療相關的間接用途	在任何情況下均不承保
整容手術或整容程序	意外傷害或改善畸形身體部位功能的情況下可予承保 乳房切除術後所有階段的乳房重建均可承保，以及對未受影響的乳房進行手術以達到對稱外觀亦可承保
看護 看護是指不需要受過訓練的醫療或輔助醫療人員持續關注的個人護理，例如協助您進行日常生活活動的護理，如沐浴或更衣	在任何情況下均不承保
實驗性醫療及外科程序、設備及藥物 實驗性程序及項目係指由原始 Medicare 認定為未獲醫療界普遍認可的項目及程序	可由原始 Medicare 在 Medicare 批准的臨床研究項目下承保，或由我們的計劃承保 （請參閱第 3 章第 5 節，以獲取有關臨床研究項目的更多資訊。）
您的直系親屬或同住家庭成員提供照護所收取的費用。	在任何情況下均不承保
在您家中提供的全天候護理服務。	在任何情況下均不承保

Medicare 不承保的服務	僅在特定條件下承保
未能成功完成分子診斷服務計劃（MoIDX®）技術評估的基因／分子檢測 基因／分子檢測分析體內的 DNA、RNA、蛋白質或其他生物標記等物質。如果您的醫生向您談及其中一項檢測，請確保您瞭解該檢測是否在您的計劃承保範圍內。未獲 FDA 批准的基因／分子檢測必須由 Palmetto GBA 作為 MolDX 計劃的一部分進行評估，並獲得技術評估（TA）批准，方可由 Humana 及 Medicare 和州醫療補助服務中心（CMS）承保。 CMS 要求技術評估必須證明該檢測的臨床實用性，即它能改善患者預後或改變醫生的治療決策，同時也是一項具有經過驗證的臨床有效性及分析有效性的有效檢測。 只有已成功完成技術評估的基因／分子檢測才會被納入承保範圍考量。完整清單可在 DEX® 診斷交換登記冊上查閱。 您可以在 CMS.gov 和 Humana.com/coveragepolicies 瞭解更多有關可承保基因／分子檢測的醫療必要性要求。 請向您的醫療服務提供者確認所討論的基因／分子檢測是否已列入 DEX® 診斷交換登記冊。	在任何情況下均不承保
居家健康服務	Medicare 承保醫療必要的兼職或間歇性專業護理服務。
家務協助服務包括基本的家庭幫助，包括輕度家務清潔或簡單餐點準備。	在任何情況下均不承保
自然療法服務（使用自然或替代療法）	在任何情況下均不承保
非傳統型人工水晶體（IOLs）白內障手術後，**包括：** • **人工水晶體的散光矯正功能** • **人工水晶體的老花矯正功能**	在任何情況下均不承保
非常規牙科護理	因疾病或受傷所需的牙科護理可能以住院或門診護理的形式承保
矯形鞋或足部支撐裝置	作為腿部支架一部分且已納入支架費用的鞋子。為患有糖尿病足病的人士提供的矯形鞋或治療性鞋
您在醫院或專業護理機構房間內的個人物品，例如電話或電視	在任何情況下均不承保
醫院的單人病房	僅在醫療必要時承保。

Medicare 不承保的服務	僅在特定條件下承保
購買而非租用原始 Medicare 不允許直接購買的 耐用醫療設備	在任何情況下均不承保
絕育手術的逆轉及/或非處方避孕用品	在任何情況下均不承保
常規脊椎指壓治療	承保對脊椎進行手動矯正以糾正半脫位的治療
常規足部護理	根據 Medicare 指引提供部分有限承保（例如，若您患有糖尿病）
根據原始 Medicare 標準被認為不合理且不必要的服務	在任何情況下均不承保

除本醫療福利表或本《承保證明》其他任何地方所述的任何除外責任或限制之外，**以下項目和服務不在原始 Medicare 或我們計劃的承保範圍內：**

- 放射狀角膜切開術、雷射近視手術及其他低視力輔助器具和服務。
- 在退伍軍人事務（VA）機構向退伍軍人提供的服務。
- 在您符合任何工傷賠償或職業病法案或法律資格期間所產生的費用，無論您是否已申請承保。
- 屬於以下情況的服務：
  - 免費提供的，或若您未持有本保險則無需支付費用的服務，除非費用係由美國政府或其任何機構收取且依法須向其報銷。
  - 由任何政府或任何政治分區透過任何計劃或法律提供或承付的服務
  - ；此項不包括聯邦醫療保險（Medicare）或州醫療補助計劃（Medicaid）。
  - 由任何美國政府擁有或運營的醫院／機構／機關為任何與疾病或身體傷害相關的服務所提供的服務。
- 由戰爭或任何戰爭行為（無論是否經過宣戰）、任何國際武裝衝突行為，或涉及任何國際機構武裝部隊的衝突所引起或促成的任何損失。
- 填寫表格所產生的任何費用。

牙科強制補充福利除外責任
牙科除外責任包括但**不限於**以下內容：

- 網絡牙醫已同意按合約費用（網絡內費用表，即 INFS）提供服務。

如會員就診於參與網絡的牙醫，會員就承保服務所收到的帳單將不會超過議定費用表所列金額（共保額仍須適用）。

- 從網絡外牙醫處取得的服務不屬於承保福利。
- 在您符合任何工傷賠償或職業病法令或法律資格期間所產生的費用，無論您是否已申請承保。

- 屬於以下情況的服務：
  - 免費提供的，或若您未持有本保險則無需支付費用的服務，除非費用係由美國政府或其任何機構收取且依法須向其報銷。
  - 由任何政府或任何政治分區透過任何計劃或法律提供或承付的服務 - ；此項不包括聯邦醫療保險（Medicare）或州醫療補助計劃（Medicaid）。
  - 由任何美國政府擁有或運營的醫院／機構／機關為任何與疾病或身體傷害相關的服務所提供的服務。
  - 任何因填寫表格而產生的費用。
  - 您未能依約前往牙醫就診。
  - 我們認定屬美容牙科的任何服務，除非該服務係因您在本保單承保期間遭受意外傷害所必需。我們認定以下程序屬於美容牙科，包括但不限於：
    - 牙冠或橋體上的貼面-固定橋位於基牙之間的部分-位於第二前臼齒後方；
    - 任何用於矯正先天性畸形的服務；
    - 任何主要以改善外觀為目的的服務；
    - 義齒修復裝置的特徵化及個性化；或
    - 任何用於改變牙齒間距和／或形狀的程序；
- 以下項目的費用：
  - 任何類型的植體及所有相關服務，包括牙冠或附著於其上的義齒裝置；
  - 精密或半精密附著體；
  - 其他客製化附著體；
  - 暫時性或過渡性牙科服務；
  - 與牙科照護提供過程中所用材料或設備相關的額外費用；
  - 除非屬於承保服務，否則任何植體的取除。
  - 任何與以下事項相關的服務：
    - 改變牙齒垂直距離。
    - 咬合的恢復或維持。
    - 牙齒固定，包括多個基牙，或任何用於穩固因牙周病而鬆動之牙齒的服務。
    - 替換因磨損、磨耗、侵蝕或楔狀缺損所造成的牙齒結構缺失。
    - 咬合記錄或咬合分析。
    - 在文件記錄不支持未來修復的部位進行骨移植。
  - 感染控制，包括但不限於滅菌技術。
  - 由牙醫以外人員進行治療的費用，但潔治、潔牙及局部塗氟除外，上述項目可由持牌牙科衛生師執行。治療必須在牙醫的監督下，按照普遍認可的牙科標準進行。
  - 任何醫院、外科或治療機構，或麻醉科醫師或麻醉師的服務費用。
  - 處方藥或預防性用藥，無論是已配發或已開立處方者。
- 任何未在承保資訊中明確列出的服務。
- 任何經臨床審查後不符合福利資格的服務；或預後評估結果不佳的服務；

未獲得統一的專業認可；或被視為具有實驗性或研究性質。

- 牙齒矯正服務。
- 當福利項目不包含牙橋承保時，基牙牙冠的服務。
- 在您的生效日期之前或本附加福利終止日期之後所發生的任何費用。

- 由通常與您同住的人或家庭成員所提供的服務。
- 超過該服務給付上限的費用。
- 因任何故意自我傷害或身體疾病所導致的治療。
- 局部麻醉、沖洗、墊底、牙髓蓋帽、臨時牙科服務、研究模型／診斷模型、治療計劃、咬合（臼齒及前臼齒的咬合或磨耗面）調整，或與修復體印模或放置相關的組織準備，若作為單獨服務收費時。這些服務被視為整體牙科服務不可分割的一部分。
- 當主要服務被拒絕給付時，所有與其相關聯的服務亦一併被拒絕給付。
- 任何測試、術中操作、X 光、化驗、移除現有樁核、填充材料、Thermafill 載體及任何其他後續護理均被視為根管治療的組成部分。上述服務的單獨收費不視為承保費用。
- 矯正器具的修復與更換。
- 任何針對顎關節問題的手術或非手術治療，包括任何顳顎關節障礙、顱上顎、顱下顎障礙，或連接下顎骨與顱骨關節的其他病症；或針對用於表情及咀嚼功能之顏面肌肉的治療，症狀包括但不限於頭痛。

- 本計劃的口腔外科福利不包括：

  - 任何正顎手術的服務；
  - 任何以任何方法破壞病灶的服務；
  - 任何牙齒移植的服務；
  - 任何從口腔組織或骨骼中取出異物的服務；
  - 任何重建顏面骨骼手術性、創傷性或先天性缺損的服務；
  - 任何術前及術後照護的個別收費。

  - 全身麻醉或清醒鎮靜不屬於給付服務，除非是根據對所提供文件的臨床審查，並由牙醫師或醫療從業人員在進行有給付的口腔外科手術、牙周及骨外科手術或根尖周外科手術時聯合施行。
- 因以下原因（包括但不限於）施行的全身麻醉或清醒鎮靜不在給付範圍內：
  - 疼痛控制，除非提供有關局部麻醉藥過敏的書面記錄；
  - 焦慮；
  - 對疼痛的恐懼；
  - 疼痛管理；
  - 情緒上無法接受手術。
- 預防性控制計劃，包括但不限於口腔衛生指導、牙菌斑控制、帶回家的物品、處方及飲食規劃。
- 任何遺失、被竊、損壞、放錯地方或重複的主要修復體、義齒或器具的更換。
- 任何齲齒易感性測試、實驗室檢查、唾液樣本、厭氧培養、敏感性測試或口腔病理手術的費用。

- 在本計劃外科牙周治療服務項下，術前及術後照護與12個月內的重新評估所收取的個別費用，不視為承保服務。

- 我們不承保一般被視為醫療服務的項目，但「承保資訊」中明確列為承保項目者除外。

聽力強制補充福利除外責任
聽力除外責任包括但**不限於**以下項目：

- 任何超過規定最高限額的檢查、測試、評估或任何服務的費用。
- 任何由 Medicare（Medicare）或任何其他政府計劃或保險計劃承保的費用，或您在法律上無需支付的費用。
- 由醫療服務提供者提供的健康許可/諮詢服務。
- 任何遺失或損壞助聽器的重新驗配費用。

- 由非網絡助聽器供應商提供任何服務所產生的任何費用。網絡內助聽器供應商保留僅為從網絡內供應商購買的設備提供服務的權利。

- 助聽器及維修助聽器的醫療提供者診療費（除承保給付中明確說明者外）、耳模、助聽器配件、退貨費用、保固申請費用，以及助聽器電池（超出承保限額部分）。

視力強制補充福利除外責任
視力除外責任包括但**不限於**以下項目：

- 在非網絡視光服務提供者處所獲得的任何福利。
- 初次配鏡後之重新驗配或變更鏡片設計。
- 任何因填寫表格而產生的費用。
- 您的補充福利中未特別列明之任何服務，包括被保險人須全額支付給醫療服務提供者之地方、州或聯邦稅款。
- 矯正訓練或視覺訓練。
- 低視力輔助器具及相關檢測。
- 不等像鏡片。
- 運動用或工業用鏡片。
- 我們認定屬美容性質之任何服務。
- 在您的生效日期之前或本附加福利終止日期之後所發生的任何費用。
- 由通常與您同住的人或家庭成員所提供的服務。
- 超出該服務給付額度之費用。
- 因任何故意自我傷害或身體疾病所導致的治療。
- 平光鏡片。
- 眼睛、雙眼或支撐結構之內科或外科治療。
- 非處方太陽眼鏡。
- 以兩副眼鏡替代雙光鏡片。
- 由任何其他提供視力照護之團體福利計劃所提供之服務或材料。
- 具實驗性質之矯正視力治療。
- 眼鏡或隱形眼鏡之清潔液及／或清潔產品。
- 非處方項目。
- 與取得材料相關之費用。
- 手術前及手術後服務。
- 角膜塑型術。
- 材料的例行維護。
- 藝術彩繪鏡片。
- 您在符合任何工人補償或職業病法案或法律資格期間所產生的任何費用，無論您是否已申請承保。

- 屬於以下情況的服務：

  - 免費提供的，或若您未持有本保險則無需支付費用的服務，除非費用係由美國政府或其任何機構收取且依法須向其報銷。
  - 由任何政府或任何政治分支機構透過任何計劃或法律提供或支付的服務（不包括 Medicare 或 Medicaid）。

– 由任何美國政府擁有或運營的醫院／機構／機關提供的，與疾病或人身傷害相關的任何服務。

- 任何由戰爭或任何戰爭行為（無論是否經過宣告）所造成或促成的損失；任何國際武裝衝突行為；或任何涉及任何國際機構武裝部隊的衝突。
- 您未能遵守預約。
- 任何醫院、外科或治療機構，或麻醉科醫師或麻醉師的服務費用。
- 處方藥或預防性用藥，無論是已配發或已開立處方者。
- 任何我們認定並非視力必要需求、預後不佳、缺乏統一專業認可，或被視為具有試驗性或研究性質的服務。
- 根據本補充福利配發的鏡片或眼鏡框因遺失或破損的更換，除非補充福利另有規定。
- 任何由雇主作為僱用條件所要求的檢查或材料，或安全眼鏡。
- 病理治療。

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

第 5 章：使用 D 部分藥物的計劃承保範圍

第 1 節　本計劃 D 部分藥物承保的基本規定

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。
- 您的藥物必須列於我們計劃的《藥物指南》（請參閱第3節）。
- 您的藥物必須用於醫療指示許可用途。「醫療指示許可用途」係指該藥物的某種用途，此用途經 FDA 核准或獲某些參考資料支持。(關於醫療指示許可用途，詳情請參閱第 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的郵購服務購買處方藥

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。（有關我們何時承保在非網絡藥房配藥的資訊，請參閱第 2.4 節。）

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》中的所有 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

如需尋找網絡藥房，請前往您的《提供者名錄》、瀏覽我們的網站（**Humana.com/FindCare**），及／或致電客戶服務專線 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 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》將告知《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。

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，您也許會想換到不同網絡或首選藥房 (如果有)。如需在您所在地區尋找其他藥房，請造訪我們的網站：**Humana.com/FindCare**。您也可以致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）獲得協助，或使用《提供者名錄》。

專科藥房

有些處方藥必須在專科藥房購買。專科藥房包括：

- 供應居家輸液治療藥物的藥房。
- 為長期照護（LTC）機構住民供應藥物的藥房。通常，LTC 機構（例如護理之家）擁有其專屬藥房。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：800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）。
- 服務印第安人健康服務／部落／城市印第安人健康計劃的藥房（波多黎各不適用）。緊急情況除外，我們網絡中的這些藥房僅供美洲原住民或阿拉斯加原住民使用。
- 提供 FDA 管制藥物的藥房，這類藥物僅限在特定地點使用，或其使用需要特殊的處理、提供者會進行協調或教導如何使用。如需尋找專科藥房，請查閱您的《提供者名錄》（**Humana.com/FindCare**），或致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。

第2.2節 我們計劃的郵購服務

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。這些藥物在我們的《藥物指南》中被標記為**郵購藥物**。

我們計劃的郵購服務允許您訂購**最多 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，一個好的預防措施是請您的醫生為您的藥物開兩份處方：一份用於郵購訂購，另一份可在網絡內藥房親自取藥，以備郵購未能及時送達之用。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。
若符合以下任一情況，藥房將自動配藥並寄送從醫療服務提供者處直接取得的新處方，而不會事先與您確認：

- 您過去曾使用本計劃的郵購服務，或
- 您報名訂閱直接由醫療服務提供者開立的所有新處方之自動配送服務。您可以隨時致電客戶服務，申請自動配送所有新處方。

若您收到了一份自動郵寄的處方藥物，但您並不需要，且在寄出前未曾有人聯絡您確認是否需要，您可能有資格申請退款。

若您過去曾使用郵購服務，但不希望藥房自動配藥並寄送每一份新處方，請致電客戶服務聯絡我們。

若您從未使用我們的郵購寄送和/或決定停止自動為新處方配藥，藥房會在每次從醫療保健服務提供者處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，告知他們是否寄送、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診所所接收的新處方，請致電客戶服務聯絡我們。

郵購處方的續藥。對於續藥，您可以選擇參加自動續藥方案。在此計劃下，當我們的記錄顯示您的藥物即將用完時，我們會自動開始處理您的下一次補充配藥。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。這將確保您的訂單能及時寄送給您。

如需退出我們自動準備郵購補充藥物的計劃，請致電800-457-4708聯絡客戶服務（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. 我們網絡中的部分零售藥房允許您獲取長期供應的維持性用藥。您的《提供者名錄》（**Humana.com/FindCare**）將告知您我們網絡中哪些藥房可為您提供維持性藥物的長期供應。您也可以致電客戶服務：800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）以瞭解詳情。

2. 您也可以透過我們的郵購計劃獲取維持性用藥。請參閱第 2.2 節以瞭解更多資訊。

第 2.4 節　　使用不屬於本計劃網絡的藥房

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 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）**，查看附近是否有網絡藥房。

我們僅在以下情況下承保在網絡外藥房配藥的處方：

- **您在醫療急診情況下需要處方藥**

- 如處方與急診照護相關，我們將承保於網絡外藥局配藥的處方（最多供應 30 天）。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。)

- **如果您在我們計劃服務區域以外旅行期間需要承保**

  - 若您固定服用某種處方藥，且您即將出行，請務必在出發前確認藥物存量是否充足。如有可能，請攜帶您所需的所有藥物。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。如果您在我們計劃服務範圍以外但仍在美國及其領地內旅行時生病，或處方藥用完，請致電客戶服務，以尋找您所在地區的網絡藥房來配藥。如果沒有可以使用的網絡內藥房，但您遵守本文件中指出的所有其他承保規定，我們將承保向網絡外藥房購買的處方藥 (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)。

  - **如果該處方在承保範圍內，將以非網絡費率承保。**您可能須自行負擔本計畫支付網絡內藥局配藥金額與非網絡藥局向您收取金額之間的差額。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。)

  - **但請注意，若多次發生在非網絡藥局就非緊急情況申請理賠的情形，相關理賠將遭拒付。此外，我們無法支付任何遭竊藥物或處方由美國及其領地以外的藥房配發的費用，即使是醫療緊急情況亦然，例如在美國以外的郵輪上。**

您向網絡外藥房購買的處方藥可獲得承保的其他情況。

這些情況將以非網絡費率承保。在這些情況下，當您購買處方藥時，您需要支付全額費用 (而不僅是支付您的共付額或共保額)。您可以提交紙本的索賠表格，要求我們補償計劃的分攤費用。如果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 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：

- 因為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。
- 您的處方藥是一種特殊藥物，網絡內藥房通常沒有存貨。
- 您在取得處方時符合州醫療補助資格，即使您當時尚未登記加入。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。
- 若您在急診室、醫療機構附設的診所、門診手術診所或其他門診場所就診期間，從醫療機構附設的藥局取得承保的處方藥。

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，瞭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　　您的藥物應在本計劃的《藥物指南》中

第 3.1 節　　《藥物指南》告訴您哪些 D 部分藥物可獲得承保

本計劃備有《藥物指南》(處方集)。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》中的藥物只是 Medicare D 部分承保的藥物。

只要您遵守本章所說明的其他承保規定，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：

- 經FDA批准用於診斷或治療所處方之病症，或
- 由特定參考資料支援，例如美國醫院處方集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)。

品牌藥是以藥物製造商擁有的商標名稱出售的處方藥。生物製品是比一般藥物更為複雜的藥物。在《藥物指南》中，當我們提到藥物時，這可能是指一種藥物或生物製品。

非品牌藥物是指與品牌藥物之活性成分相同的處方藥物。生物製品有稱為生物相似藥的替代品。一般而言，非品牌藥物與生物相似藥的療效與原廠藥相當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。許多品牌名稱藥物有非品牌藥物替代品，部分原始生物製品也有生物相似藥替代品。某些生物相似藥屬於可互換生物相似藥，根據州法律，可在藥房直接替代原始生物製品，無需新的處方，就像非品牌藥物可替代品牌名稱藥物一樣。

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。

《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 計劃給付某些類型的藥物。 (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，您可能可以獲得不在《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。一般來說，等級愈高，您的藥物費用愈高。

- **第 1 級分攤費用等級 – 首選非品牌藥物：**本計劃中分攤費用最低的非品牌藥物或品牌藥物
- **第 2 級分攤費用等級 – 非品牌藥物：**非品牌藥物或品牌藥，計劃提供的費用高於第 1 級首選非品牌藥物

- **第 3 級分攤費用等級 – 首選品牌藥：**非品牌藥物或品牌藥，計劃提供的費用低於第 4 級非首選藥物
- **第 4 級分攤費用等級 – 非首選品牌藥物：**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 級分攤費用等級 – 特殊藥物等級：**某些注射劑和其他昂貴藥物

請查閱本計劃的《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)。
- 造訪我們計劃的網站（**Humana.com/DrugList**）。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的《藥物指南》中，並索取清單副本。
- 使用本計劃的「即時福利工具」(請造訪 **Humana.com** 並登入 MyHumana) 在《藥物指南》上搜尋藥物，以取得您所需支付費用的估計值，並查看《藥物指南》中是否有可治療相同病症的替代藥物。您也可以致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。

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因您的醫療保健提供者所開立的藥物劑量、數量或劑型而有所不同，且不同版本的藥物可能適用不同的限制或分攤費用（例如，10毫克對比100毫克；每天一次對比每天2次；片劑對比液劑）。

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：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，您需要透過承保決定流程要求我們例外通融。**我們可能同意、也可能不同意為您豁免這些限制。 (請參閱第 9 章。)

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。我們計劃的事先授權標準可透過撥打客戶服務電話800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）或瀏覽我們的網站**https://assets.humana.com/is/content/humana/2027%20Super%20National-5%20MAPD%201-Prior%20Authorizationpdf**取得。

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。如果藥物A對您無效，我們的計劃將承保藥物B。這種先嘗試其他藥物的要求稱為**階梯療法**。如需取得本計劃階梯療法的核准標準，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），或至我們的網站 **https://assets.humana.com/is/content/humana/2027%20Super%20National-5%20MAPD%201-Step%20Therapypdf。**

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，如果某種藥物通常被認為每天服用一片是安全的，我們可能將您處方的承保範圍限制為每天不超過一片。

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，您正在服用的處方藥，或您和您的醫療服務提供者認為您應該服用的處方藥，可能不在我們的《藥物指南》中，或受到限制。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，但給付有額外的規定或限制。
- 該藥物在承保範圍內，但所屬的分攤費用等級使您的分攤費用高於您認為應有的水準。

如果您的藥物所屬的分攤費用等級使您的費用高於您認為應有的水準，請前往 第 5.1 節以瞭解您可以採取的措施。

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，本計劃必須為您已在服用的藥物提供臨時供應。此臨時供應讓您有時間與您的醫療服務提供者討論相關變更。

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的最初 ***90* 天**期間承保藥物的臨時供應。
- **如果您是去年參加本計劃，**我們將在日曆年的前 ***90* 天**承保您的臨時藥物供應。
- 此臨時供應最長為30天。如果您的處方開立天數少於30天，我們將允許多次補藥，以提供最多30天的藥物供應量。處方藥必須在網絡內藥房購買。（請注意，長期照護藥房可能每次提供較少量的藥物，以避免浪費。）
- **對於已加入我們計劃超過90天且居住在長期照護機構並需要立即取得藥物供應的會員：**我們將承保特定藥物一次31天的緊急供應，若您的處方開立天數較少，則以處方天數為準。此供應為上述臨時供應之外的額外供應。
- **治療環境變更之現有會員的過渡期供應：**若您在計劃年度內接受治療的環境發生變更，您在過渡期間可能需要短期的藥物供應。例如：
  - 您自醫院或專業護理機構出院（您的 Medicare A部分給付已包含藥費），且需要憑藥局處方在家繼續服藥（使用您的D部分計畫福利）；或
  - 您從一家專業護理機構轉至另一家

  如果您的治療環境確實發生變化，需要在藥房購買處方藥，我們將提供多達 31 天的 Medicare D 部分承保藥物供應量，讓您的藥物治療不會中斷。

  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，才能繼續獲得藥物承保。

  過渡期的臨時藥物供應政策

  若您是新會員、變更了計劃，或您的藥物承保範圍有所變更，我們將2027計劃年度的前90天視為過渡期。如上所述，我們以多種方式確保您在過渡期間可於必要時獲得藥物的臨時供應。

  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。獲得臨時藥物供應的條件說明如下。

  <u>零售或郵購藥房的一次性過渡供應</u>

  我們將承保最多30天的 Medicare D部分承保藥物供應。在您使用臨時藥物供應期間，請與您的醫生討論臨時供應用完後的後續處理方式。您可以換到另一種對您有療效的承保藥物。如果您認為沿用相同的藥物有醫療上必要，您和您的醫生可以申請例外通融。

  <u>如果您在長期照護機構，可獲得過渡期供應</u>

我們將承保 Medicare D部分所承保藥物最多31天的供應量。只要您目前的處方是在長期照護機構的藥房填配，此承保在90天過渡期內的任何時候均可使用。

如果您在計劃年度後期（90天過渡期之後）在獲取處方藥時遇到問題，我們將為您提供最多31天的緊急藥物供應，該藥物須在 Medicare D 部分的承保範圍內。緊急供應將讓您在您和您的醫生申請例外或事先授權以繼續的同時，繼續您的藥物治療。

過渡期延長

如果您已申請例外通融或針對藥物承保提出上訴，在我們處理您要求的同時，暫時過渡期有可能延長。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(本文件封底印有電話號碼)。

臨時用品費用

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物分攤費用等級而定。如果您在2027年獲得額外幫助 (Extra Help)，您的共付額或共保額將不超過您的低收入補助 (LIS) 金額。

如有臨時供應方面的問題，請致電客戶服務 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麼做。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：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的《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且無限制地承保藥物。

如果您目前是會員，而使用的藥物在下一年將從處方集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 節以瞭解該做什麼。該章節說明了 Medicare 為確保您的申請獲得及時且公平處理所制定的程序及期限。

第 5.1 節　　如果您認為您的藥物分攤費用等級過高該怎麼做

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：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 節以瞭解該做什麼。該章節說明了 Medicare 為確保您的申請獲得及時且公平處理所制定的程序及期限。

第 5 級分攤費用等級——特殊層的藥物不符合此類例外申請的資格。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

大多數藥物給付範圍的變更發生在每年年初（1 月 1 日）。然而，本計劃可能在一年之中對《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**
- **將原始生物製品替換為該生物的可互換生物相似藥版本**製品

在變更本計劃的《藥物指南》前，我們必須遵守 Medicare 規定。

藥物承保改變的資訊

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，對影響您的藥物承保之變更

- **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。**
  - 在將某種藥品的新版本加入《藥物指南》時，我們可能立即將類似藥品從《藥物指南》中移除、將類似藥品移至不同的分攤費用等級、新增限制條件，或同時採取上述措施。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。
  - 僅在我們新增某品牌藥的新學名藥版本，或新增已列於《藥物指南》上的原始生物製品之特定新生物相似藥版本時，我們才會進行這些即時變更。

- 即使您正在服用被移除或變更的藥物，本計畫仍可能立即進行上述變更，並於事後通知您。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。**
  - 當將另一版本的藥物加入《藥物指南》時，本計畫可能將類似藥物從《藥物指南》中移除、將其移至不同的分攤費用等級、增加新的限制，或同時採取上述措施。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。
  - 僅在我們新增某品牌藥的新學名藥版本，或新增已列於《藥物指南》上的原始生物製品之特定新生物相似藥版本時，我們才會進行這些變更。
  - 我們將至少在變更前30天通知您，或在通知您變更的同時，給付您目前所服用藥物版本的30天份量。

- **刪除不安全的藥物和《藥物指南》中從市場召回的其他藥物。**
  - 有時某種藥物可能被認定為不安全，或因其他原因從市場上撤除。若發生此情況，我們可能會立即將該藥物從《藥物指南》中移除。如果您服用該藥物，我們會在變更後通知您。

- **對《藥物指南》內藥物進行其他變更。**
  - 年度開始後，我們可能會對您正在服用的藥物進行其他變更。例如，本計畫可能依據 FDA 的黑框警告或 Medicare 認可的最新臨床指引進行變更。
  - 我們將在進行這些變更前至少30天通知您，或在告知您變更事宜的同時，為您目前服用的藥物額外提供30天份量的給付。

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。關於如何申請承保決定 (包含例外通融) 的詳情，請參閱第 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。

如果您在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 日之前，這些變更不會影響您的藥物使用或您支付的分攤費用。

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

某些類型的處方藥遭到排除。這代表 Medicare 將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 部分藥物承保無法承保 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集目錄服務藥物資訊和 DRUGDEX 資訊系統。核准標示以外的用途是指 FDA 批准的藥物標示上所示的使用方法之外的任何藥物用法。

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，承保了下列的特定藥物，這些藥物您可能需支付額外的保費。

- 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毛髮生長的藥物
- 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
- 製造商要求作為銷售條件，相關檢測或監測服務只能向製造商購買的門診藥物

針對 Medicare 處方藥計劃通常不給付的部分處方藥 (增強藥物承保)，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 (Extra Help)」**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。（請前往我們計劃的《藥物指南》或致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）以獲取更多資訊。若您透過州醫療補助享有藥物承保，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。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，以瞭解您可能享有的藥物承保內容。（請在本文件末尾的「附件A」中查找Medicaid的電話號碼及聯絡資訊。）

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。您隨後可以**向我們申請報銷**我們應負擔的部分。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/FindCare**），以確認您的長期照護機構所屬藥房或其使用的藥房是否在我們的網絡內。若它不是，或您需要更多資訊或協助，請致電客戶服務：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 設施的住民，並且需要不在我們《藥物指南》中或有某方面限制的藥物，請參閱第 5 節以瞭解如何獲得臨時或緊急藥物供應的相關資訊。

第 9.3 節 如果您也有雇主或退休人員團體計劃承保藥物承保

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**。他們可以幫助您瞭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承保，您從我們獲得的藥物承保將次於您的團體承保。這表示您的團體承保先支付。

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，告知您下一個日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。如果您投保 Medicare 安寧療護，並要求取得安寧療護不承保的某些藥物 (如抗噁心藥、瀉藥、止痛藥物或抗焦慮藥，因為這些藥物與您的末期疾病和相關病症無關)，本計劃必須先收到處方開立者或安寧療護提供者的通知，說明該藥物與您的末期疾病和相關病症無關，才能給付該藥物。為避免延遲收到本計劃應承保的這些藥物，請在購買處方藥之前，要求您的安寧療護提供者或處方開立者提供通知。

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

第 10 節 藥物安全和藥物管理方案

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。在這些審查期間，我們會尋找潛在問題，例如：

- 可能的用藥錯誤
- 可能沒有必要使用的藥物，因為您已使用另一種治療相同病症的類似藥物
- 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
- 含有您過敏成分之藥物處方

- 您所服用藥物劑量（用量）可能出現的錯誤
- 不安全劑量的阿片類止痛藥

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　協助會員安全使用阿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阿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阿片類用藥，或您最近有阿片過量的情形，我們可能會與您的處方開立者商談，以確保您使用阿片類用藥是合適的，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阿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阿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阿片類或苯二氮平類用藥
- 限制我們為您給付阿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。您可以藉此機會告訴我們您首選的處方開立者或藥房，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相關要求的任何部分，我們將自動將您的個案送至本計劃以外的獨立審查組織。關於如何提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您有某些特定的醫療狀況，例如癌症相關疼痛或鐮狀細胞病，或正在接受安寧療護、緩和醫療或臨終照護，或居住在長期照護機構，您將不會被納入我們的 DMP。

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。一支由藥師和醫師組成的團隊為我們制定了此計劃，以幫助確保我們的會員從所服用的藥物中獲得最大益處。

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阿片類藥物時，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。保留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。如有關於這些計劃的問題，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。

第 6 章：
您為 D 部分藥物所支付的費用

第 1 節　　您為 D 部分藥物所支付的費用

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文件，稱為獲得額外幫助 *(Extra Help)* 支付處方藥者的《承保證明》附加條款 (也稱為「低收入補助 *(LIS)* 附加條款」或「*LIS* 附加條款」)，其中包括您的藥物承保資訊。如果您沒有收到此說明文件，請致電客戶服務 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。部分依法被 Medicare 排除給付的藥物，本計劃仍予以承保。

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。當您使用本計劃的「即時福利工具」查詢藥物承保範圍 (造訪 **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 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 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

對於 D 部分給付藥物，您可能被要求支付 3 種不同類型的自付費用：

- **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
  - 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。
- 任何由聯邦醫療保險額外幫助 (Extra Help) 計劃、雇主或工會健康計劃、印第安人健康服務、AIDS 藥物援助計劃、州藥物援助計劃（SPAPs）及大多數慈善機構為您的藥物所支付的款項

進入重大傷病保險階段：

當您（或代您付款的人）在日曆年度內自付費用總計達到 **$2,400** 時，您將從初始承保階段轉移至重大傷病保險階段。

這些款項<u>不會計入</u>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承保規定的藥物
- A 部分或 B 部分承保的處方藥物和疫苗
- 您所支付的費用是針對我們的額外保險有承保，但通常不在 Medicare 藥物計劃承保範圍裡的藥物
- 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
- 由具有處方藥費用支付之法律責任的第三方所支付的藥物費用 (例如工傷補償)
- 藥物製造商在製造商折扣計劃下所支付的款項

提醒：如有上述任何其他機構為您支付部分或全部藥物自付費用，您須致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），告知本計劃。

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 **$2,400** 時，SmartSummary® 將通知您已離開初始承保階段並進入重大傷病保險階段。
- **確保我們取得所需的資訊。**請前往第 3.1 節，瞭解您可以採取哪些措施，以確保我們關於您支出的記錄完整且最新。

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

您在 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 下的藥物承保共有 3 個藥物費用支付階段。您的費用取決於您在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 1 階段：年度免賠額階段**
- **第 2 階段：初始承保階段**
- **第 3 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、印第安衛生服務、AIDS 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 (Extra Help)」為您的藥物支付的任何費用。
- **藥物費用總額：**此為您所購買之 D 部分承保藥物所支付的所有款項總和。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日起的年度總計。**此處顯示自本年度開始以來，您的藥物總費用及藥物總付款金額。
- **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。**若有適合選項，將列出其他可用藥物資訊，該藥物對應的費用分攤金額更低。

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：**
  - — 當您在網絡藥房以特價購買承保藥物，或使用非本計劃福利範圍內的折扣卡時。
  - 當您為藥物製造商病患協助計劃所提供的藥物支付共付額時。
  - — 任何時候您在網絡外藥房購買承保藥物，或在特殊情況下以全額自費購買承保藥物時。
  - 如果您收到承保藥物的帳單，您可以要求我們的計劃支付我們應負擔的費用。有關操作說明，請參閱第 7 章第 2 節。
- **向我們提供他人為您支付的款項資訊。**某些其他人員和組織所支付的款項也計入您的自付費用。例如，州藥物協助方案、AIDS 藥物協助方案 (ADAP)、印第安衛生服務和慈善機構的支付款項，都可計入您的自付費用。請記錄這些付款並將其寄送給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **查看我們寄給您的書面報告。**當您收到 SmartSummary 時，請仔細閱讀，以確保資訊完整且正確。如果您認為有缺漏或有任何問題，請致電客戶服務 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）。請務必保留這些報告。

第4節 免賠額階段

免賠額階段是您的藥物承保的第一個付款階段。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。您須為分攤費用等級 3、分攤費用等級 4 及分攤費用等級 5 類藥物支付每年免賠額為 **$550** 的費用。**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。在 Medicare 藥物價格談判計劃下，具有談判價格的藥物，其全額費用不得超過最高公平價格加上配藥費。

一旦您為分攤費用等級 3、分攤費用等級 4 及分攤費用等級 5 的藥物支付 **$550**，您將離開免賠額階段並進入初始承保階段。

部分計劃會員可能獲得額外幫助 (Extra Help) 以支付處方藥費用，因此免賠額階段不適用。如果您獲得額外幫助 (Extra Help)，您的免賠額金額將為 **$0**。請參閱單獨的附件（LIS 附約）以瞭解您的免賠額金額相關資訊。

第 5 節 初始承保階段

第 5.1 節 您購買藥品所需支付的金額取決於藥物種類以及您領取處方藥的地點

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)。您的分攤費用金額將因藥物及您取藥的地點而有所不同。

我們的計劃設有五（5）個分攤費用等級

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。通常分攤費用等級愈高，您所支付的藥物費用愈高。

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

請查閱本計劃的《藥物指南》以瞭解藥物所屬的分攤費用等級。若要瞭解您在初始承保階段中各藥物（包括胰島素）所需支付的費用，請參閱下方第 5.2 節。

您的藥房選擇

您為藥物支付的費用取決於您從以下哪處取得藥物：

- 在網絡零售藥房
- 不在計劃網絡內的藥房。我們僅在有限的情況下承保在網絡外藥房配領的處方。請前往第 5 章第 2.4 節，瞭解我們何時承保在網絡外藥房配領的處方。
- 我們計劃的郵購藥房

如需進一步瞭解這些藥房選擇及配取處方藥的相關資訊，請參閱第 5 章及我們計劃的《提供者名錄》（**Humana.com/FindCare**）。

第5.2節　　您購買一個月份承保藥物的費用

在初始承保階段期間，您對承保藥物費用的分攤將為共付額或共保額。

共付額或共保額的金額取決於分攤費用等級。

有時藥物的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。

您購買一個月份承保D部分藥物的費用

層級	零售分攤費用（網絡內）（最多30天用量）	標準郵購分攤費用（網絡內）（最多30天用量）	首選郵購分攤費用（網絡內）（最多30天用量）	長期照護（LTC）分攤費用（網絡內）（最多31天用量）	*網絡外分攤費用（承保範圍僅限於特定情況；詳情請參閱第5章。）（最多30天用量）
分攤費用等級 1 首選非品牌藥物	**$0**	**$10**	**$0**	**$0**	**$0**
分攤費用等級 1 胰島素	**$0**	**25%，最高 $10**	**$0**	**$0**	**$0**
分攤費用等級 2 非品牌藥物	**$0**	**$20**	**$0**	**$0**	**$0**
分攤費用等級 2 胰島素	**$0**	**16%，最高 $20**	**$0**	**$0**	**$0**
分攤費用等級 3 首選品牌藥	**17%**	**17%**	**17%**	**17%**	**17%**
分攤費用等級 3 胰島素	**17%，最高 $35**	**17%，最高 $35**	**17%，最高 $35**	**17%，最高 $35**	**17%，最高 $35**
分攤費用等級 4 非首選藥物	**33%**	**33%**	**33%**	**33%**	**33%**
分攤費用等級 4 胰島素	**25%，最高至 $35**	**25%，最高至 $35**	**25%，最高至 $35**	**25%，最高至 $35**	**25%，最高至 $35**
分攤費用等級 5 特殊用藥層級	**27%**	**27%**	**27%**	**27%**	**27%**
分攤費用等級 5 胰島素	**25%，最高至 $35**	**25%，最高至 $35**	**25%，最高至 $35**	**25%，最高至 $35**	**25%，最高至 $35**

*您可能需要支付您在網絡外藥房為藥物所支付的費用與我們在網絡內藥房所承保費用之間的差額。有關使用不在本計劃網絡內的藥房之更多資訊，請參閱第 5 章第 2.4 節。

並非所有層級均涵蓋胰島素。請參閱您的《藥物指南》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 如果您的醫生所開的供應量不到一個月，您可能不需支付一整個月的藥物費用

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)。如果這樣有助於您更好地安排補藥日期，您也可以請您的醫生開立處方，並請藥劑師配發少於整月供應量的藥物。

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（即日常分攤費用率），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)。長期供應量最多為100天的供應量。

特殊藥物以及本計劃認定不符合資格的其他藥品，無法申請延長供應量。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。

- 有時藥物的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：

層級	零售分攤費用（網絡內）（最多100天用量）	標準郵購分攤費用（網絡內）（最多100天用量）	首選郵購分攤費用（網絡內）（最多100天用量）
分攤費用等級 1 首選非品牌藥物	**$0**	**$30**	**$0**
分攤費用等級 1 胰島素	**$0**	**25%，最高 $30**	**$0**
分攤費用等級 2 非品牌藥物	**$0**	**$60**	**$0**
分攤費用等級 2 胰島素	**$0**	**16%，最高 $60**	**$0**
分攤費用等級 3 首選品牌藥	**17%**	**17%**	**14%**

層級	零售分攤費用（網絡內）（最多100天用量）	標準郵購分攤費用（網絡內）（最多100天用量）	首選郵購分攤費用（網絡內）（最多100天用量）
分攤費用等級 3 胰島素	**17%，最高 $105**	**17%，最高 $105**	**14%，最高 $105**
分攤費用等級 4 非首選藥物	**33%**	**33%**	**33%**
分攤費用等級 4 胰島素	**25%，最高 $105**	**25%，最高 $105**	**25%，最高 $105**
分攤費用等級 5 特殊用藥層級	第 5 級的藥物無法提供長期供應。		

並非所有層級均涵蓋胰島素。請參閱您的《藥物指南》以確認胰島素承保範圍。

第5.5節 您將留在初始承保階段，直到您的自付費用達到當年的 $2,400

您將留在初始承保階段，直到您的自付費用總額達到 $2,400。您接著將進入重大傷病保險階段。

我們為某些通常不在 Medicare 處方藥計劃承保範圍內的處方藥提供額外承保。為這些藥物所支付的款項將不計入您的自付費用總額。

我們寄給您的 SmartSummary 會幫助您追蹤您本人、本計劃以及任何第三方在該年度內，為您購買藥物所支付的總金額。並非所有會員在一年內都會達到 **$2,400** 的自付費用上限。

如果您達到此限額，我們會告知您。請參閱第1.2節，瞭解有關 Medicare 如何計算您的自付費用的更多資訊。

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。當您的自付費用達到該日曆年度的 **$2,400** 上限時，您將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。

- 在此給付階段，您無需為您的承保 Part D 藥品，以及本計劃加強給付項下承保的除外藥品支付任何費用。

第7節 額外福利資訊

我們的計劃為以下項目提供額外福利：

- 特定勃起功能障礙藥物根據地點以第 1 級分攤費用方式承保
- 特定處方維生素根據地點以第 1 級分攤費用方式承保

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。配藥限制可能適用。

第8節 您為D部分疫苗所支付的費用

關於您為疫苗所支付費用的重要說明 - 某些疫苗被視為醫療福利，並在B部分下承保。其他疫苗則被視為D部分藥物。這些疫苗列在我們計劃的《藥物指南》中。我們的計劃承保大多數成人D部分疫苗，即使您尚未支付您的免賠額，您也無需為此付費。請前往我們計劃的《藥物指南》，或致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），瞭解特定疫苗的承保及分攤費用詳情。

我們的 D 部分疫苗承保分為 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。)

您為 D 部分疫苗支付的費用取決於 3 個因素：

1. **疫苗是否由一個名為免疫實踐諮詢委員會（ACIP）的組織推薦供成人使用。**
   - 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. **由誰為您接種疫苗。**
   - 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，您可能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 3 個範例。

第 1 種情況：您在網絡內藥房接種 D 部分疫苗。（您是否有此選擇取決於您居住的地方。某些州不允許藥房提供特定疫苗。）

- 對於大多數的成人 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。
- 對於其他的 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 (Extra Help)」，我們將補償差額。)

情況3：您在網絡藥房購買 D 部分疫苗本身，並將其帶至醫生診所由醫生為您接種。

- 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。
- 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 (Extra Help)」，我們將補償差額。)

第 7 章：
要求我們支付所承保的醫療服務或藥物帳單的應付部分

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承保規定，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」)。每當您為本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。如果這樣行不通，請將帳單寄給我們，而不是自行支付。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. 當您從不在我們計劃網絡內的醫療服務提供者處獲得緊急或緊迫所需的醫療服務時網絡

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，

- 您只需負責支付緊急或緊迫需要服務的分攤費用部分。緊急醫療服務提供者在法律上有義務提供緊急照護。
- 如果您在接受照護時自行支付全部費用，請要求我們退還我們應負擔的費用部分。請將帳單連同您已付款的相關文件一併寄給我們。
- 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。請將此帳單連同您已付款的相關文件一併寄給我們。
  - 如果醫療服務提供者尚有應收款項，我們將直接向該提供者付款。
  - 如果您已支付的費用超過您應負擔的部分，我們將核算您應付的金額，並將我們應負擔的部分退還給您。

2. 當網絡醫療服務提供者向您發送您認為不應支付的帳單時

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。但有時他們會犯錯，要求您支付超過您應付的金額。

- 當您接受我們的承保服務時，您只需要支付您的分攤費用。我們不允許醫療服務提供者收取額外的單獨費用，此行為稱為**差額收費**。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。我們將直接聯絡醫療服務提供者並解決帳單問題。

- 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本計劃規定應付金額的差額。

3. 如果您被追溯加入我們的計劃

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. 當您使用網絡外藥房配藥時

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。請參閱第5章第2.4節，瞭解這些情況。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. 當您因未攜帶我們的計劃會員卡而自付處方全額費用時

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. 當您在其他情況下自付處方全額費用時

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。

- 請保留您的收據，並在要求我們退款時，將收據副本寄給我們。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**。如果我們決定該服務或藥物應該獲得給付，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。

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。

- 您不必使用該表格，但它將有助於我們更快速地處理相關資訊。我們做決定時所需要的資料如下所列。由於我們在某些情況下，可能需要其他資訊才能決定是否補償，因此我們強烈建議您盡己所能提供其他任何資訊，以支持您的申請。
  - 您的姓名及您Humana ID卡上的會員ID
  - 您的收據或其他付款證明
  - 由提供者出具的逐項明細說明，列示所提供的服務，並包含下列資訊。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
    - > 提供者或供應商的姓名、地址、國家提供者識別碼（NPI）及稅務識別號碼（TIN）
    - > 如果由不同的提供者開立服務單或將您轉介至執行提供者，則需提供該提供者的姓名、地址，

    開立/轉介提供者的 NPI 及 TIN
    > 每項所提供服務或用品的說明，以及以下服務代碼：

      - ~ 收入代碼（如適用）
      - ~ 相關 CPT 及 HCPCS 代碼

    - > 每項所提供服務的收費
    - > 疾病或傷害描述及診斷代碼
    - > 治療地點
  - 您或您的法定代表人的簽名
- 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做出承保決定。

- 如果我們決定醫療照護或藥物可獲得承保，並且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：
您的權利與責任

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點字、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 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。

如果無法取得專科計劃網絡內的服務提供者，本計劃有責任找到網絡之外的專科提供者，他們將為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現自己處於本計劃網絡中沒有承保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。

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but aren't limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan’s benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Care at 800-457-4708 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Humana Grievances and Appeals Dept. at 800-457-4708, TTY 711. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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。我們不要求您獲得轉介才能前往網絡內的醫療服務提供者。

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。

- 您的個人健康資訊包括當您投保本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的病歷和其他醫療健康資訊。
- 您擁有與您的資訊相關的權利，並可控制您的健康資訊的使用方式。我們給您一份稱為隱私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照護品質的政府機構披露健康資訊。
  - 由於您透過Medicare成為我們計畫的會員，我們依規定須向Medicare提供您的健康資訊，包括您的 D 部分藥品相關資訊。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 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 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 是一個由法律上各自獨立的承保實體所組成的群組，這些實體相互關聯，並已指定自身為符合 HIPAA 規定之單一承保實體。 ACE 成員的完整名單可於 **https://huma.na/insuranceace** 取得。

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。

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。我們已建立行政、技術和實體安全措施，透過多種方式保護您的資訊，包括：

- 限制可查閱您資料的人員
- 限制我們使用或披露您資料的方式
- 就我們關於您資料的法律責任向您告知
- 就我們的隱私計劃及程序對員工進行培訓

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：

- 向您或依法有權代表您行事的人士
- 向衛生及公共服務部部長

我們有權使用及披露您的資訊：

- 向醫生、醫院或其他醫療保健提供者披露，以便您能夠獲得醫療服務。
- 用於付款活動，包括為醫療保健提供者向您提供的受保服務支付索賠款項，以及支付健康計劃保費。

- 用於醫療保健業務活動，包括處理您的加入申請、回應您的詢問、協調您的照護、提升醫療品質，以及確定保費。

- 用於執行核保業務。但是，我們不會使用任何基因檢測結果，也不會詢問有關家族病史的問題。

- 提供給您的計畫保薦人，以允許其執行計畫行政功能，例如資格認定、加保及退保等相關事宜。在特定情況下，我們會與您的計劃贊助者分享您的健康資訊概要。例如，允許您的計劃贊助者向其他健康計劃徵詢投標。您的詳細健康資訊不會提供給計劃贊助者。我們將徵求您的許可，或您的計劃贊助者必須證明其同意維護您的資訊隱私。

- 為了向您提供有關健康相關福利與服務、預約提醒或您可能感興趣的治療替代方案等資訊而與您聯繫。如果您已選擇退出，我們將不會與您聯絡。

- 若您無法溝通時，例如在緊急情況下，可向您的家人及朋友提供。

- 向您的家人和朋友，或您指定的任何其他人。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，如果家庭成員或照護者事先知悉某項理賠並致電我們，我們可能會確認該理賠是否已收到並完成支付。
- 為向保單持有人提供付款資訊，以供美國國稅局核實之用。
- 如果我們認為存在嚴重的健康或安全威脅，則向公共衛生機構提供資訊。
- 當涉及虐待、疏忽或家庭暴力問題時，向相關主管機關提供資訊。
- 回應法院或行政命令、傳票、證據開示要求或其他合法程序。
- 基於執法目的、向軍事主管機關提供資訊，以及法律另有規定的情況。
- 協助災難救援工作。
- 用於合規計劃和健康監督活動。
- 履行我們在任何工傷補償法律或合約下的義務。
- 為避免對您的健康或安全，或他人的健康或安全造成嚴重且迫在眉睫的威脅。
- 在有限情況下用於研究目的，且前提是相關方已採取適當措施保護您的隱私。
- 用於器官、眼睛或組織的採集、保存或移植。
- 向驗屍官、法醫或殯儀業者提供資訊。

針對特定類型資訊的使用與揭露之額外限制：
- 某些聯邦及州法律可能限制特定敏感健康資訊的使用與揭露，例如：受《聯邦法規彙編》第42篇第2部分（「第2部分」）規範的物質使用障礙（「SUD」）紀錄；生物特徵資訊；兒童或成人虐待或疏忽（包括性侵害）；傳染病；基因資訊；HIV/AIDS；精神健康；生殖健康；以及性傳播疾病。

- 如果我們收到 SUD Part 2 紀錄，我們將不會在任何針對您的民事、刑事、行政或立法程序中使用或揭露該等紀錄，或提供轉達該等紀錄內容的證詞，除非該揭露係基於您的書面同意（與您對任何其他使用或揭露之同意分開），或依 Part 2 規定，在向您發出通知並給予陳述機會後由法院命令授權。授權使用或揭露 SUD Part 2 紀錄的法院命令，在要求的紀錄被使用或揭露之前，必須附有傳票或其他強制揭露的法律要求。

我們是否會將您的資訊用於本通知所述以外的目的？
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。您可以隨時以書面通知我們，取消您的授權。以下用途和披露將需要您的書面授權：

- 心理治療筆記及 SUD 諮詢筆記的大多數使用與揭露
- 行銷目的
- 出售個人及健康資訊
- 依據本通知向非HIPAA適用實體或業務夥伴披露的醫療資訊，可能會被接收方進一步披露，且可能不再受聯邦或州隱私法律（如HIPAA）的保護。

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？
我們致力於及時回應您的權利請求。
- 查閱權——您有權審閱並取得可能被用於作出有關您之決定的個人資料副本。您也會收到此項健康資訊的摘要。依據適用法律的要求，我們將向您或您指定的代表提供此個人資訊。

- 不利核保決定——如果我們拒絕您的保險申請，您有權獲得拒絕的理由說明。

- 替代通訊方式 – 為避免危及生命的情況，您有權以不同的方式或在不同的地點接收您的資訊。若您的要求合理，我們將予以配合。

- 修正 – 您有權透過修正或刪除的方式，要求更正任何個人資訊。在收到您的書面要求後60個工作日內，我們將通知您我們對爭議資訊的修改或刪除結果，或在進一步調查後拒絕進行此類更正的決定。

- 若本計畫拒絕修正或刪除爭議資訊，您有權向本計畫提交書面聲明，說明您對本計畫評估結果持有異議的理由，以及您認為正確的資訊內容。我們應將此聲明提供給所有審閱爭議資訊的各方查閱。*

- 披露–您有權獲得一份清單，列出我們或我們的業務合作夥伴披露您資訊的情況。這不適用於治療、支付、健康計劃業務及某些其他活動。我們將保存資訊並為您提供資訊六年。若您在12個月內多次要求此清單，我們可能會向您收取合理的成本費用。
- 通知–您有權隨時要求並獲得本通知的書面副本。
- 限制–您有權要求限制您的資訊被使用或披露的方式。我們並無義務同意此限制，但若我們同意，我們將遵守我們的協議。您也有權同意接受或終止先前提交的限制。

* 此權利僅適用於我們在麻薩諸塞州的居民，依據州法規而適用。

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權遭到侵犯，您可以隨時致電 **866-861-2762** 向我們提出投訴。

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。

我們的責任
- 我們依法有義務維護您受保護健康資訊的隱私與安全。
- 若發生可能損害您資訊隱私或安全的資訊外洩事件，我們將及時通知您。
- 我們必須遵循本通知中所述的職責及隱私慣例，並向您提供其副本。
- 除本文所述情況外，我們將不會使用或分享您的資訊，除非您以書面形式告知我們您同意此做法。若您告知我們您同意，您可以隨時改變您的決定。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 與我們聯絡

- 造訪我們的網站 **Humana.com** 並前往隱私慣例連結
- 請將填妥的申請表寄至：Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

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 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，這些資訊包括關於本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承保時必須遵守的規定。** 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。
- 我們有專項計劃，專注於保持您的健康、早期識別健康風險、確保您的護理在所有護理層面安全高效地提供，以及管理慢性病狀況。我們的護理管理計劃為患有複雜病症或曾住院的會員提供支持性服務。 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。我們有計劃幫助人們管理健康狀況，如糖尿病、充血性心力衰竭、慢性阻塞性肺病（COPD）及其他疾病。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。您可以隨時選擇退出，只需告知您的護理管理員即可。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。
- **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，或您的承保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什麼治療最適合您的決定，您享有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇。**您有權被告知所有針對您病情建議的治療計劃，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」。**您有權利拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療設施，即使您的醫生建議您不要離開。您也有權停止服藥。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。您有權表達在此情況下您希望發生的事情。這代表如果您想，您可以：

- 填寫書面表格，授予**某人代您做出醫療決定的法律授權**，以備您日後無法自行做出決定時使用。
- **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。**例如**生前遺囑和醫療保健授權書**等文件，均為預先醫療指示的範例。

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 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）索取表格。
- **填寫表格並簽署。**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。
- **將表格副本提供給相關人員。**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。

如果您事先知道自己將要住院，且您已簽署預先醫療指示，請**攜帶一份副本前往醫院**。

- 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。
- 如果您未簽署預先醫療指示表格，醫院備有表格，並會詢問您是否願意簽署。

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。

- **有權就本機構的會員權利與責任政策提出建議。**

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。如果您對利用管理有任何疑問或顧慮，工作人員在正常上班時間內每天至少提供八小時的服務。 Humana

提供免費語言口譯服務，為不以英語為母語的會員解答與利用管理相關的問題。會員可致電 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。這是通過查閱同行評審的醫學文獻並諮詢醫學專家來完成的，以確認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承保決定。

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 – 要求承保決定、提出申訴或提出投訴 – **我們有責任公平地對待您**。

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。

如果您認為自己受到不公平對待或權利沒有得到尊重，而且並非關於歧視，您可以從以下這些地方獲得協助，處理所遇到的問題：

- **致電客戶服務 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 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：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。**
  - 請前往 Medicare.gov 閱讀刊物 Medicare Rights & Protections（網址：Medicare-Rights-and-Protections）
  - 致電 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 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）。

- **熟悉您獲得承保的服務和您獲得這些承保的服務必須遵守的規定。**使用本《承保證明》，瞭解享有哪些承保服務，以及必須遵守哪些規則才能獲得承保服務。

- 第 3 章和第 4 章提供醫療服務的詳細資訊。
- 第 5 章和第 6 章提供 D 部分藥物給付的詳細資訊。

- **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。**
  - 為獲得最佳照護，請告知您的醫生及其他醫療保健提供者您的健康問題。請遵循您與醫師共同商定的治療計畫及醫囑。
  - 請確保您的醫師了解您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維生素及營養補充品。
  - 如果您有任何問題，請務必提問，並獲得您能理解的答案。
- **請以禮待人。**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、醫院和其他診所平穩運作。
- **支付您的欠款。**身為本計劃會員，您有責任支付這些款項：
  - 您必須繼續繳納 Medicare B部分保費，才能繼續成為我們計劃的會員。
  - 對於本計畫所承保的大多數醫療服務或藥物，您必須在接受服務或取得藥物時支付您應負擔的費用。
  - 如果您須繳納推遲入保罰金，您必須繳納罰款以保留您的藥物承保。
  - 如果您因年收入因素而須為 Part D 支付額外金額，您必須繼續直接向政府繳納該額外金額，以維持本計畫的會員資格。
- 如果您是**在我們的計劃服務區以內搬遷，我們還是需要知道**，這樣才能保持您的最新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 (或鐵路退休委員會)。**

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**提出投訴的程序** (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。這些術語對大多數人來說都比較陌生。為了讓內容更易於理解，本章節以較為通俗的詞彙取代部分法律術語。

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。您應隨時撥打客戶服務專線 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 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。以下兩個機構可以為您提供協助：

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。電話號碼與網址可在本文件末尾「附錄 A」查閱。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求幫助。

- 致電 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），每天24小時，每週7天。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

- 造訪 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承保 (服務、項目及 B 部分藥物，包括付款) 相關問題。為求簡單易懂起見，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，您可以使用承保決定和上訴程序。

在取得服務之前，先請求做出承保決定

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承保，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。

在有限的情況下，承保決定的申請可能會被駁回，這意味著我們將不會審查該申請。申請被駁回的情況包括：申請不完整、代表您提出申請的人未獲法律授權，或您要求撤回申請。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。如果您對承保決定有異議，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，您可以針對承保決定請求加速或**快速上訴**。您的上訴將由不同於作出原始決定的審查人員處理。

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。申請被駁回的情況包括：申請不完整、代表您提出申請的人未獲法律授權，或您要求撤回申請。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。

如果我們拒絕您所具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

如果您決定請求任一種承保決定，或對該決定提出上訴，以下是一些資源：

- **致電客戶服務 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）** 。
- 您可以從州健康保險協助方案獲得免費幫助。
- **您的醫生可以為您提出請求。**如果您的醫生幫助您進行超過 2 級上訴，則需要指定他們擔任您的代表。請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711），索取代表委任表格。（該表格亦可於 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 部分藥品，您的醫師可代表您申請承保決定或第 1 級申訴。若您的上訴在第 1 級遭到拒絕，將自動轉至第 2 級。
  - 對於 Part D 藥物，您的醫生或其他處方者可代表您要求承保決定或第 1 級申訴。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。
  - 如果您希望由朋友、親屬或其他人作為您的代表，請致電客戶服務部 800-457-4708（聽障專線用戶請撥 711），並索取「授權代表表格」。（該表格亦可於 CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 https://www.humana.com/member/documents-and-forms 取得。）此表格授予該人代表您行事的權限。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。
  - 我們可以在未收到表格的情況下接受代表提出的申訴請求，但在收到該表格之前，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轉介服務處獲得律師資訊。如果您符合條件，有些團體可提供免費法律服務。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 種不同情況涉及承保決定和上訴。每種情況都有不同的規定和時限。我們針對以下每種情況提供詳細說明：

- **第 5 節**：醫療照護：如何要求做出承保決定或提出上訴
- **第 6 節**：D 部分藥物：如何要求做出承保決定或提出上訴
- **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**：如果您認為您的承保即將過早終止，如何要求我們繼續承保某些醫療服務（僅適用於以下服務：家庭健康護理、專業護理機構照護及綜合門診復健設施（CORF）服務）

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

第 5 節 醫療照護：如何要求做出承保決定或提出上訴

第 5.1 節 當您在獲得醫療照護承保時遇到困難，或是希望我們償還為您的照護所應支付的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。

本節說明在以下5種情況下您可以採取的措施：

1. 您未獲得您想要的某些醫療照護，且您認為這些照護在我們的計劃承保範圍內。**請求承保決定。 第 5.2 節。**
2. 我們的計劃不批准您的醫生或其他醫療服務提供者希望為您提供的醫療照護，而您認為這項照護在我們的計劃承保範圍內。**請求承保決定。 第 5.2 節。**
3. 您已接受您認為應在我們的計劃承保範圍內的醫療照護，但我們表示不會支付此項照護的費用。**提出上訴。 第 5.3 節。**
4. 您已獲得並自付了醫療費用，您認為這些費用應由我們的計劃承保，您希望要求我們的計劃就此費用向您進行報銷。**請將帳單寄給我們。 第 5.5 節。**
5. 您被告知，我們先前批准的某些醫療照護的承保範圍將被縮減或停止，而您認為縮減或停止此照護可能會損害您的健康。**提出上訴。 第 5.3 節。**

注意：若將終止的承保範圍涉及住院照護、居家健康照護、專業護理機構照護，或綜合門診復健設施（CORF）服務，請參閱第 7 節及第 8 節。這些照護類型適用特別規定。

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。**

快速承保決定稱為**加快決定。**

步驟 1：決定您需要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。快速承保決定通常是在 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給付決定，我們將自動同意給予您快速給付決定。

如果您在沒有醫生支持的情況下自行要求快速承保決定，我們將自行判斷您的健康狀況是否需要我們為您作出快速承保決定。如果我們不核准快速給付裁定，我們會寄信給您，告知：

- 說明我們將採用標準期限。
- 說明若您的醫師要求快速承保決定，我們將自動給予您快速承保決定。
- 說明您可以就我們決定給予標準承保決定（而非您所要求的快速承保決定）提出快速投訴。

步驟 2：請求我們的計劃作出給付決定或快速給付決定。

- 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、您的醫生或代表可以提出要求。 第 2 章有聯絡資訊。

步驟 3：我們審議您的醫療給付申請並給予答覆。

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，無須經過我們事先授權，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請求，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要求上訴限期資訊。
- **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此資訊的費用。

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，我們必須在**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。

- 如果您要求延長時間，或者我們需要可能對您有利的更多資訊，且您的請求涉及醫療項目或服務，我們**最多可延長 14 個日曆天**。如果我們要花更多天，我們將以書面方式告知您。如果您的請求是針對 B 部分藥物，我們不會花費額外的時間。

- 如果我們未能在 72 小時內（或在延長期限結束前，若我們已申請額外天數）給予您答覆，我們須自動將您的請求轉至申訴程序的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。獨立審查組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。 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。

  - 如果您要求延長時間，或者我們需要可能對您有利的更多資訊，且您的請求涉及醫療項目或服務，我們**最多可延長 14 個日曆天**。如果我們要花更多天，我們將以書面方式告知您。如果您的要求是針對 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。當您提出快速投訴時，我們將在 24 小時內給予您有關該投訴的答覆。 (請參閱本章第 10 節瞭解更多投訴相關資訊。)

  - 如果我們未能在截止日期前（或在延長期限結束前）給予您答覆，我們將把您的請求轉至第 2 級申訴，由獨立審查機構對申訴進行審查。獨立審查組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。 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。獨立審查組織收到您的上訴時，將以書面方式通知您。

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：獨立審查機構審查您的上訴。

- 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。**我們有權收取複印和郵寄此資訊的費用。
- 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，獨立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項目或服務，並且獨立審查組織需要收集更多可能對您有利的資訊，**最多會再需要 14 個曆日**。若他們需要額外天數，將以書面方式通知您。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項目或服務，並且獨立審查組織需要收集更多可能對您有利的資訊，**最多會再需要 14 個曆日**。若他們需要額外天數，將以書面方式通知您。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：獨立審查機構給您答覆。

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對某醫療項目或服務**的部分或全部要求，我們在收到獨立審查組織對**標準要求**的決定之後的 **72 個小時**以內，必須授權醫療照護承保，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：

  – 解釋決定。

  – 告知您在醫療保障的金額達到特定最低金額時，享有提出第 3 級申訴的權利。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。

  – 告知您如何提出第 3 級上訴。

步驟3：如果您的案例符合要求，您可選擇是否進一步提出上訴

- 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 若您是要求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。

申請報銷即是向我們申請承保決定

如果您寄紙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。

- **如果我們同意您的請求**：如果醫療服務在承保範圍內，且您遵守了相關規定，我們通常會在收到您的請求後30個日曆天內，但不遲於60個日曆天內，向您支付我們應負擔的費用。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。

如需提出此上訴，請遵循第5.3節中的上訴流程。對於涉及報銷的上訴，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：如何要求做出承保決定或提出上訴

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

您的福利包括許多處方藥的承保。藥物必須按照醫療指示許可用途使用，才能獲承保。（請參閱第5章，瞭解有關醫療指示許可用途的更多資訊。）有關D部分藥物、規定、限制和費用的詳細資訊，請參閱第5章和第6章。**本節僅涉及您的D部分藥物**。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》或處方集。

- 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 部分承保決定與上訴

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承保，或關於我們為您的藥物給付之金額所作的裁定。本節說明在以下任何情況下您可以採取的措施：

- 請求給付不在本計劃《藥物指南》中的 D 部分藥物。**要求例外通融。 第 6.2 節**
- 申請豁免我們計劃對某種藥物承保的限制（例如您可獲得的藥物數量限制、事先授權標準，或必須先嘗試其他藥物的要求）。**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。**請求承保決定。 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**處方集例外通融。**

要求解除對藥物承保的限制，稱為**處方集例外通融。**

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**。例外通融是一類承保決定。

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. 承保不在我們《藥物指南》上的 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 級分攤費用等級 (非首選藥物) 的分攤費用。當我們同意承保不在藥物清單上的藥物時，您不能要求對我們要求您為該藥物支付的分攤費用金額作出例外處理。

2. 取消對某種承保藥物的限制。 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. 將藥物的承保更改為較低的分攤費用等級。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。這將是包含用於治療您病症的生物製品替代藥物的最低層級。
- 如果您服用的藥物是品牌藥物，您可以要求我們以適用於包含品牌藥物替代藥物的最低等級的分攤費用金額，來承保用於治療您的病症的藥物。
- 如果您服用的藥物是非品牌藥物，您可以要求我們以適用於包含品牌藥物或非品牌藥物替代藥物的最低等級的分攤費用金額來承保用於治療您的病症的藥物。
- 您不可要求我們更改第 5 級分攤費用等級 (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。

法律術語：

快速承保決定稱為**加速承保裁定。**

步驟 1：決定您需要標準承保決定還是快速承保決定。

標準承保決定將在我們收到您的申請後 **72 小時**內作出。**快速給付決定**將在我們收到您的請求後 **24小時內**作出。

如果您因為健康狀況而需要我們作出快速承保決定，請提出要求。您必須符合 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開立者告知我們，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或處方開立者的支持，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：
  - 說明我們將採用標準期限。
  - 說明若您的醫師或其他處方者要求快速承保決定，我們將自動給予您快速承保決定。
  - 告知您如何就我們決定給予標準承保決定（而非您所要求的快速承保決定）提出快速投訴。我們將在收到您的投訴後24小時內作出回應。

步驟 2：申請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承保決定流程。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：我們審查您的申請並給予答覆。

快速承保決定的期限

- 我們通常必須在收到您要求後的 **24 小時**內答覆您。
  - 對於例外情況，我們將在收到您的醫生支持聲明後 24 小時內給予答覆。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆，我們將會加快答覆。
  - 如果我們未能在此截止期限前完成，我們須將您的請求轉至申訴程序的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。如果您的請求已被送交獨立審查機構，我們將以書面通知您。

- **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

- 我們通常必須在收到您要求後的 **72 小時**內答覆您。
  - 對於例外情況，我們將在收到您的醫生支持聲明後 72 小時內給予答覆。如果您因為健康狀況而需要我們更快答覆，我們將會加快答覆。
  - 如果我們未能在此截止期限前完成，我們須將您的請求轉至申訴程序的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。如果您的請求已被送交獨立審查機構，我們將以書面通知您。
- **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承保決定期限

- 我們必須在接獲您的要求後 **14 個曆日**內向您提出答覆。
  - 如果我們未能在此截止期限前完成，我們須將您的請求轉至申訴程序的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。如果您的請求已被送交獨立審查機構，我們將以書面通知您。
- **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：如果我們拒絕您的給付要求，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給付。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。
- 獲得快速上訴的條件與本章第 6.4 節中獲得快速承保決定的條件相同。

步驟2：您、您的代表、醫生或其他處方者必須聯絡我們並提出第 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** 。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要求上訴限期資訊。
- **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此資訊的費用。

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的承保所要求的所有資訊。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，我們必須在**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。
  - 如果我們未能在 72 小時內給予您答覆，我們須將您的請求轉至申訴程序的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。如果您的請求已被送交獨立審查機構，我們將以書面通知您。 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。
  - 如果我們未能在 7 個日曆天內作出決定，我們須將您的請求轉至申訴程序的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。如果您的請求已被送交獨立審查機構，我們將以書面通知您。 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。
  - 如果我們未能在此截止期限前完成，我們須將您的請求轉至申訴程序的第 2 級，由獨立審查機構進行審查。如果您的請求已被送交獨立審查機構，我們將以書面通知您。
- **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：若本計劃對您的上訴作出否決，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者）必須聯絡獨立審查機構並要求審查您的案件。

- 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。如果您的請求已被送交獨立審查機構，我們將以書面通知您。
- 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。**我們有權收取複印和郵寄此資訊的費用。
- 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：獨立審查機構審查您的上訴。

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 個曆日內**，就第 2 級上訴答覆您。

步驟 3：獨立審查機構給您答覆。

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，**我們必須在收到獨立審查組織決定後的 **72 小時**以內**提供獨立審查組織已批准的藥物承保**。
- **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。
- 告知您繼續進行上訴程序所需的爭議金額。

步驟 4：如果您的案件符合要求，您可以選擇是否要進一步提出上訴。

- 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。如果醫院內沒有人（例如個案工作者或護士）向您提供該通知，請向任何醫院員工索取。如果您需要幫助，請致電客戶服務 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，若有不明白之處請提出問題。**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容、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. **您將被要求在書面通知上簽名，以表示您已收到並瞭解您的權利。**
   - 您或您的代表必須在通知上簽名。
   - 在通知上簽名僅表示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. **請保留您的副本**，以便在需要時可以參考提出上訴（或反映護理品質疑慮）的相關資訊。

   - 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。

   - 如需提前查閱此通知的副本，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥711）或 1-800 MEDICARE（1-800-633-4227）。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。您也可以在 cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 上線上取得該通知。

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 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 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。電話號碼與網址可在本文件末尾「附錄 A」查閱。

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：聯絡您所在州的品質改進組織，要求對您的出院進行即時審查。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。所作決定。

  - **若您符合此期限規定**，您可在出院日期後繼續留院，無需自行支付費用，直至收到品質改進組織的決定為止。

  - **如果您未能在截止日期前完成，請聯絡我們**。若您決定在原定出院日期後繼續留院，您可能須自行負擔原定出院日期後所產生的住院費用。

- 一旦您要求對您的出院進行立即審查，品質改進組織將會聯絡我們。在我們收到聯絡的次日中午前，我們將向您提供**詳細出院通知**。此通知列明您計劃出院的日期，並詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您在該日期出院是正確（醫療上適當）的理由。

- 您可以致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）或 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），索**取詳細出院通**知的樣本。（聽障專線使用者請撥 1-877-486-2048。）或者您可以在 CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 線上獲取通知樣本。

步驟 2：品質改進組織對您的案件進行獨立審查。

- 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)，您認為服務承保應持續的原因。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：在收到所有所需資訊後的一個完整工作日內，品質改進組織將向您提供上訴答覆。

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：如果您的第 1 級上訴答覆為否，請決定是否要提出另一次上訴。

- 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並要求進行另一次審查。

- 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：品質改進組織對您的情況進行第二次審查。

- 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：在收到您的第 2 級上訴請求後14個日曆天內，審查人員將就您的上訴作出決定並告知您其決定。

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承保。**
- 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：

- 這代表他們同意對您的 1 級上訴所作決定。這稱為維持原決定。
- 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。

步驟 4：如果答覆為否，您需要決定是否要進一步提出上訴，進入第 3 級。

- 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承保過早結束，如何向我們申請繼續承保

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 3 種類型照護的其中一種，我們必須提前告知您。如果該項照護的承保終止，我們將停止為您的照護給付分攤費用。

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 我們將提前告知您承保將結束

法律術語：

Medicare 不承保範圍通知。此通知告訴您如何提出**快速追蹤上訴**。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. **您將在書面上收到通知**，時間至少在我們的保險計劃停止承保您的護理前2個日曆日。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. **您或代表您行事的人將被要求在書面通知上簽名，以表示您已收到。**簽署通知僅表示您已獲得有關您的承保將於何時終止的資訊。**簽名並不表示您同意**本計劃終止照護的決定。

第 8.2 節 如何提出 1 級上訴，使本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承保，您將需要使用上訴程序，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 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 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。電話號碼與網址可在本文件末尾「附錄 A」查閱。

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**是一個由醫生及其他醫療專家組成的團體，由聯邦政府出資，負責監測及協助提升 Medicare 受益人所獲得的醫療服務品質。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：提出第 1 級上訴：聯絡品質改進組織並要求進行快速上訴。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案件進行獨立審查。

法律術語：

不承保的詳細解釋。說明終止承保原因詳情的通知。

此審查中將發生什麼情況？

- 品質改進組織中的專業醫護人員 (審查員) 將會詢問您 (或您的代表)，您認為服務承保應持續的原因。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：在獲得所需的所有資訊後的一個完整工作天內，審查人員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。
- 您必須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，**您的承保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：如果您的第 1 級上訴答覆為否，請決定是否要提出另一次上訴。

- 如果審查人員對您的第 1 級上訴說不
  - 而您選擇在您的該項照護承保結束後繼續接受照護–則您可以提出第 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並要求進行另一次審查。

- 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：品質改進組織對您的情況進行第二次審查。

- 品質改進組織的審查員將再次仔細審查與您上訴相關的所有資訊。

步驟 3：在收到您的上訴請求後14個日曆天內，審查人員將對您的上訴作出決定並告知您他們的決定。

如果獨立審查組織同意，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承保**。
- 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。通知將提供如何進行下一級上訴的詳細資訊，該級上訴由行政法官或律師裁決員處理。

步驟 4：如果結果為否，您需要決定是否要進一步提出上訴。

- 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。
  - 若我們決定不提出上訴，我們必須在收到行政法官或律師裁決員決定後60個日曆日內，授權或為您提供醫療照護。
  - 如果我們決定對該決定提出申訴，我們將向您發送第 4 級申訴請求副本及任何附帶文件。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。**
  - 如果您決定接受否決您上訴的決定，上訴程序即告結束。
  - 若您不接受該決定，可繼續進行下一層級的審查程序。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。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。
  - 若我們決定不對該決定提出上訴，我們必須在收到委員會決定後60個日曆日內，授權或為您提供醫療照護。
  - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將以書面方式通知您。
- **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。**
  - 如果您決定接受這個否決您上訴的決定，上訴程序即告結束。
  - 如果您不接受該決定，您可以繼續進行下一級的審查程序。如果委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將告訴您規定是否允許您進行第 5 級上訴，以及如何繼續進行第 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。在聯邦地區法院之後，沒有更多的上訴級別。

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)，授權或提供行政法官或律師仲裁人已核准的藥物承保**，或在不超過 **30 個曆日以內付款**。
- **如果答覆是拒絕，上訴程序可能終止，但也可能不會終止。**
  - 如果您決定接受否決您上訴的決定，上訴程序即告結束。
  - 若您不接受該決定，可繼續進行下一層級的審查程序。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。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**，或在不超過 **30 個曆日以內**付款。
- **如果答覆是拒絕，上訴程序可能終止，但也可能不會終止。**
  - 如果您決定接受否決您上訴的決定，上訴程序即告結束。
  - 如果您不接受該決定，您可以繼續進行下一級的審查程序。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。在聯邦地區法院之後，沒有更多的上訴級別。

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。以下是投訴流程所處理的問題類型示例。

投訴	範例
您的醫療品質	• 您是否對所獲得的護理質量感到不滿意（包括住院護理）？
尊重您的隱私	• 是否有人不尊重您的隱私權或洩露了機密資訊？
不敬、糟糕的客戶服務或其他不當行為	• 是否有人對您無禮或不尊重？ • 您對我們的客戶服務不滿意嗎？ • 您是否感到有人鼓勵您退出我們的計劃？
等候時間	• 您是否難以預約，或等待預約的時間過長？ • 您是否被醫生、藥劑師或其他醫療專業人員讓您等待過長時間？或是被我們的客戶服務或計劃中的其他工作人員讓您等待過長時間？ – 範例包括在電話中等待過長時間、在候診室或診察室等待過長時間，或領取處方藥時等待過長時間。
清潔度	• 您是否對診所、醫院或醫生診所的清潔狀況或設施條件感到不滿意？
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？

投訴	範例
及時性 （這些類型的投訴均涉及我們在承保決定和申訴相關行動的及時性）	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： • 您曾要求我們作出快速承保決定或快速申訴，而我們拒絕了；您可以提出投訴。 • 您認為我們未能在承保決定或申訴的截止期限內完成；您可以提出投訴。 • 您認為我們未能在截止期限內為您承保或報銷某些已獲批准的醫療項目、服務或藥物；您可以提出投訴。 • 您認為我們未能在規定的期限內將您的案件轉交給獨立審查機構；您可以提出申訴。

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 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）通常是第一步。**如果您需要採取其他行動，客戶服務將告知您。
- **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。
- **申怨提交說明**

  致電客戶服務 800-457-4708，（聽障專線：711），以口頭方式提交申怨。

  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：

  ☐ 名稱
  ☐ 地址
  ☐ 電話號碼
  ☐ 會員識別號碼
  ☐ 投訴摘要及任何先前與我們就該投訴進行的聯絡記錄
  ☐ 您向我們請求採取的行動

- ☐ 您或您的授權代表的簽名及日期。如果您希望由朋友、親屬、您的醫生或其他醫療服務提供者，或其他人士作為您的代表，請致電客戶服務並索取「代表指定表格」。（該表格亦可在 Medicare 網站 https://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）該表格授予該人士代表您行事的許可。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，而您相信自己需要更快收到決定。
  - 我們拒絕您所要求的 72 小時快速審查組織/承保決定。
  - 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。若您以郵寄的方式提出要求，我們會致電給您，告知您我們已收到郵件。

- **無論打電話還是寫信，您都應立即聯絡客戶服務。**您可以在遇到您想投訴的問題後，隨時提出投訴。
- 提出投訴的**截止日期**為您遇到所要投訴的問題起60個日曆天。

步驟2：我們調查您的投訴並給予您答覆。

- **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。如果我們要花更多天數，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

- **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 提出申訴，請前往 Medicare.gov/my/medicare-complaint。致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線/TDD 使用者請致電 1-877-486-2048。

第 10 章：終止本計劃會員身分

第 1 節　終止您的計劃會員身分

終止您在Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)的會籍可以是**自願**（您自己的選擇）或**非自願**（非您自己的選擇）：

- 您可能因為自己決定離開而退出我們的計劃。 第2節和第3節提供有關自願終止會籍的資訊。
- 在某些有限情況下，我們也可能被要求終止您的會籍。 第 5 節說明我們在何種情況下必須終止您的會員身分。

如果您要退出我們的計劃，在您的會員身分終止前，我們的計劃必須繼續提供您的醫療照護和處方藥，而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分？

第 2.1 節　您可以在開放投保期間終止會員身分

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

- **開放投保期**為 **10 月 15 日至 12 月 7 日**。
- **選擇保留您目前的承保範圍或在來年變更您的承保範圍。**如果您決定變更為一項新計劃，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 藥物計劃的原始 Medicare，
  - 原始 Medicare 未附加獨立 Medicare 藥物計劃。

    > 如果您選擇此選項且有獲得額外幫助 (Extra Help)，Medicare 可能會為您投保一項藥物計劃，除非您選擇退出自動加入

注意：若您退出 Medicare 藥物承保，且連續 63 天或以上未持有可信的處方藥給付，日後加入 Medicare 藥物計劃時，您可能須繳納 D 部分推遲入保罰金。

- **當您的新計劃承保於 1 月 1 日開始承保時，您的會員身分將於我們的計劃中**終止。

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分

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：
  - 轉換至另一個 Medicare Advantage 計劃，無論是否包含藥物承保。
  - 退出我們的計劃，並透過原始 Medicare 獲得承保。如果您在此期間轉換至原始 Medicare，您也可以同時加入獨立的 Medicare 藥品計畫。
- **您的會員身分將於**您登記投保不同的 Medicare 優勢計劃，或我們收到您變更為原始 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分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分

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分的資格。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分的資格**。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 Medicare.gov。

- 通常在您搬家時
- 如果您享有州醫療補助
- 如果您符合獲得「額外幫助 (Extra Help)」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
- 如果您投保全包老年人護理計劃 (PACE)
- **注意：**如果您正在參加藥物管理計劃，您可能無法變更計劃。 第 5 章第 10 節更詳細地說明藥物管理方案的內容。

投保時間段因情況而異。

若要瞭解您是否符合特別投保期的資格，請致電 Medicare，電話 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，聽障專線使用者請撥 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的 Medicare 健康保險和處方藥保險。您可以選擇：

- 另一項有或無藥物承保的 Medicare 健康計劃，
- 附帶獨立的 Medicare 藥物計劃的原始 Medicare，
- 原始 Medicare 未附加獨立 Medicare 藥物計劃。

注意：若您退出 Medicare 藥物承保，且連續 63 天或以上未持有可信的處方藥給付，日後加入 Medicare 藥物計劃時，您可能須繳納 D 部分推遲入保罰金。

- **您的會籍通常將於**我們收到您申請變更計劃的要求後次月的第一天終止。
- **如果您獲得 Medicare 的額外幫助 (Extra Help) 以支付藥物承保費用：**如果您轉換至原始 Medicare 且未加入單獨的 Medicare 藥物計劃，Medicare 可能會為您加入藥物計劃，除非您選擇退出自動註冊。

第 2.4 節　　您可以在何處查詢何時可以終止會員身分的詳細資訊？

如果您對於終止會員身分有任何疑問，您可以：

- **致電客戶服務 800-457-4708 （聽障專線使用者請撥 711）**。
- 在《***Medicare*** 與您*2027*》手冊中查找相關資訊
- 致電 **Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 3 節　　如何終止您的計劃會員身分

下表說明您應該如何終止您的計劃會員身分。

若要從我們的計劃轉換至：	請按照以下步驟操作：
另一個 Medicare 健康計劃	• 加入新的 Medicare 健康計劃。 • 當您的新計劃承保生效時，您將自動從 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 中退出。
原始 Medicare 加上獨立 Medicare 藥物計劃	• 加入新的 Medicare 藥物計劃。 • 當您的新藥物計劃承保開始時，您將自動從 Humana Gold Plus H3533-033（HMO）退出。
原始 Medicare 未附加獨立 Medicare 藥物計劃	• **以書面方式向我們申請退出。**如需有關如何執行此操作的更多資訊，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。 • 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。 • 當您的原始 Medicare 承保開始時，您將從 Humana Gold Plus H3533-033（HMO）退出。

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

在您的會員身分終止，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 5 節 Humana Gold Plus H3533-033 (HMO) 在特定情況下必須終止計劃會員身分

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分：

- 若您不再享有 Medicare A 部分和 B 部分。
- 若您遷出我們的服務範圍
- 如果您離開我們的服務區域超過6個月。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。
  - 如果您搬遷或外出長途旅行，請致電客戶服務部 800-457-4708（聽障專線用戶請撥 711），查詢您搬遷或旅行的地點是否在本計畫的服務範圍內。

- 若您受到監禁 (坐牢)。
- 若您不再是美國公民、國民或符合資格的非公民
- 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。)
  - 如果我們因此原因終止您的會員資格，Medicare 可能會要求稽查長對您的案件進行調查。
- 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。

若您有任何疑問，或希望瞭解更多關於我們可在何種情況下終止您的會員資格的資訊，請致電客戶服務 800-457-4708（聽障專線使用者請撥 711）。

第 5.1 節　我們不得以任何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麼做？

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

第 5.2 節　如果我們終止您的計劃會員身分，您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員身分，我們必須以書面方式通知您，我們終止您會員身分的理由。我們也必須說明您可以如何對我們終止您會員身分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

我們不會基於下列因素而歧視：種族、族裔、國籍、膚色、宗教、性別、年齡、精神或身體殘疾、健康狀況、理賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或服務區域內的地理位置。所有提供 Medicare 優勢計劃的組織，如本計劃，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 節、所有其他適用於獲取聯邦資金的組織法律，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。您也可以透過 HHS.gov/ocr/index.html 查閱美國衛生和公眾服務部民權辦公室的相關資訊。

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

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《聯邦法規》第42篇第422.108條和第423.462條的CMS法規，Humana Gold Plus H3533-033（HMO）作為 Medicare Advantage 組織，將行使與部長依據《聯邦法規》第42篇第411部分B至D分部的CMS法規所行使之相同追償權利，且本條款所確立的規則將取代任何州法律。

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。與您的傷害、疾病或病況相關的費用或福利。您將對任何負責任的第三方採取法律行動的權利轉讓給我們，並同意：

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程序的各個階段，例如證據開示、宣誓作證及出庭作證。

如果您不與我們或我們的代表合作，或是您做了任何會干擾我們權利的事情，我們可能會對您採取法律行動。您也同意未經我們書面同意，不得將採取法律行動的權利轉讓給他人。

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。

我們的權利具有優先性

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。也就是說我們有權收回我們支付的金額，即使您並未得到有責第三方補償與您受傷或疾病相關的全部費用。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 Medicare 如何與其他保險協調

為什麼我們需要知道您是否有其他承保？

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。

當您有其他承保時，誰優先付款？

當您有其他承保時，我們如何協調您的承保視您的情況而定。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，以便享有最大的承保福利。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。在以下情況下會發生此情形：

- 您享有團體健康保險計劃的給付 (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承保，無論是直接還是透過您的配偶，我們一般會為您提供初級醫療福利。如果您有或將有末期腎臟病，則適用特殊規定。

殘障人士適用的雇主及雇員組織團體健康保險計劃

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

- 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給付計劃中的承保範圍。

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承保，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。在以下情況下會發生此情形：

- 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承保，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承保，之後我們會為您提供主要承保。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分而獲得 Medicare，我們會為您提供主要承保。

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承保福利之前，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承保福利。

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、意外或者責任承保中有關福利的賠償條件，則「Med Pay」、不追究過失、汽車、意外或者責任承保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和解。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。關於和解不包括醫療費用損害賠償的規定將不予採納。我們僅在法院依據案件實體審理結果所作的命令中，認定責任賠償金應分配給非醫療損失時，才會承認此類分配。我們不會就法院適當指定為醫療服務以外的損失（例如財產損失）賠償的任何裁決部分尋求追償。

當我們以服務形式提供福利時，我們有資格根據所提供的福利之合理價值尋求補償。

福利不重複

我們將不會重複您在任何汽車、意外、責任或其他承保下獲得的福利或付款。您同意當您獲得此類承保時通知我們，並且您有責任採取任何必要措施來獲得這些汽車、意外、責任或其他承保下的福利或付款。如果我們重複給付您在此類承保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、責任承保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。

更多資訊

以上僅為簡要概述。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。如需更多資訊，請參閱政府出版的手冊《*Medicare* 與其他健康福利：您的優先給付指南》。該手冊為CMS出版品。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。規則發布於《聯邦法規法典》中。

上訴權利

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。影像服務有多種類型，包括電腦斷層掃描（CT/CAT）、磁共振血管造影（MRA）、磁共振成像（MRI）、正電子發射斷層掃描（PET）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**或是超過本計劃表示您必須支付的分攤費用。

Benefit Period (福利期) – 原始 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。當您連續 60 天未在專業護理機構（SNF）接受任何專業護理後，福利期即告結束。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。福利期的次數沒有限制。

Biological Product (生物製品) – 一種由天然及生物來源製成的處方藥，例如動物細胞、植物細胞、細菌或酵母菌。生物製品比其他藥物更為複雜，無法完全複製，因此其替代形式稱為生物相似藥。（請參閱「**原廠生物製品**」及「**生物相似藥**」）。

Biosimilar (生物相似藥) – 一種與原廠生物製品非常相似但並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無需新處方即可替代原廠生物製品（請參閱「**可互換生物相似藥**」）。

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，非品牌藥物由其他藥物製造商生產和銷售，且通常在品牌藥的專利到期後方可上市。

Catastrophic Coverage Stage (重大傷病保險階段) – D 部分藥物福利中的一個階段，當您（或代表您的其他合格方）在承保年度內為 D 部分承保藥物花費了$2,400後，即進入此階段。在此付款階段，本計劃將會給付您的 D 部分承保藥物的全額費用，以及我們增強福利承保的排除藥物。

Centers for Medicare & Medicaid Services (Medicare 和州醫療補助服務中心，CMS) – 負責管理 Medicare 的聯邦機構。

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP) (慢性病照護特殊需求計劃) – C-SNP 是將參加資格限制於患有特定嚴重慢性疾病的 MA 合格人員的 SNP。

Coinsurance (共保額) – 您在支付免賠額後，可能需要就服務或處方藥費用以百分比形式（例如 20%）支付的自付金額。

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。如果本計劃沒有遵守上訴程序中的時限，也可以提出投訴。

Comprehensive Oral Exam/Evaluation (全面口腔檢查／評估) – 此為一般牙醫和／或牙科專科醫生對患者進行的口腔檢查。適用對象包括：新患者、健康狀況發生重大變化或有其他特殊情況的現有患者（依報告）、或三年或以上未接受積極治療的現有患者。

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 (電腦斷層掃描) – 結合數位電腦與旋轉X光裝置，對不同器官和身體部位產生詳細的橫截面影像。

Contracted Rate (合約費率) – 健康計劃支付給網絡內醫療服務提供者或藥房的承保服務或處方藥費率。

Copayment (or Copay) (共付額) – 您可能需要支付的一定金額，作為您分攤醫療服務或用品費用的部分，例如看診費、醫院門診費用或處方藥費用。共付額是固定金額（例如 $10），而非按百分比計算。

Cost Sharing (分攤費用) – 分攤費用是指會員在獲得服務或藥物時須自付的金額。分攤費用包括以下3種付款方式的任意組合：1) 計劃在承保服務或藥物之前可能要求的任何免賠額金額；2) 計劃在獲得特定服務或藥物時所要求的任何固定共付額金額；或 3) 計劃在獲得特定服務或藥物時所要求的任何共保額金額，即服務或藥物總付款金額的百分比。

Cost Sharing Tier (分攤費用等級) – 《承保藥物清單》上的每種藥物均屬於五 (5) 個分攤費用等級之一。通常分攤費用等級愈高，您所支付的藥物費用愈高。

Coverage Determination (承保裁定) – 關於本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本計劃承保範圍內，這並非承保裁定。您需要致電本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) – 我們用來表示本計劃所承保的所有醫療服務及用品的術語。

Creditable Prescription Drug Coverage (合格處方藥承保) – 處方藥承保（例如，來自雇主或工會），預期平均給付金額至少與 Medicare 標準處方藥承保相當。人員擁有此類承保的人士獲得 Medicare 的資格後，如果以後決定加入 Medicare 處方藥承保，通常可以保留原有承保而無需支付罰金。

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。看護由不具備專業技能或訓練的人員提供，包括協助日常生活活動，例如洗澡、穿衣、進食、上下床或椅子、四處移動及使用浴室。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分、福利、申訴和上訴問題的部門。

Daily Cost-Sharing Rate (日常分攤費用率) – 如果醫生開給您的特定藥物供應量不到一個月，而且您必須支付共付額，則可能適用日常分攤費用率。日常分攤費用率是指共付額除以一個月的供應量天數。舉例說明：如果您一個月份量藥物的共付額為 $30，而本計劃中一個月的份量為30天，則您的每日分攤費用率為每天 $1。

Deductible (免賠額) – 在本計劃給付之前，您須自行支付的醫療保健或處方藥費用金額。

Diagnostic Mammogram (診斷性乳房攝影) – 對出現乳房疾病症狀或體徵的患者所進行的專項X光檢查。

Diagnostic Procedure (診斷程序) – 針對特定領域評估患者優勢與弱點的檢查，以進一步瞭解其身體狀況、疾病或病症。

Disenroll 或 Disenrollment (退保) – 終止您的計劃會員身分的流程。

Dispensing Fee (調劑費) – 每次調劑承保藥物時所收取的費用，用以支付配藥相關成本，例如藥師準備及包裝處方藥的時間。

Dual Eligible Special Needs Plans (雙重資格特殊需求計劃，D-SNP) – 投保 D-SNP 的個人有資格獲得 Medicare (《社會安全法》第 XVIII 條) 和州醫療補助 (第 XIX 條) 提供的州計劃醫療協助。根據所在州及該個人的符合資格，州政府將承保部分 Medicare 費用。

Dually Eligible Individual (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。範例包括助步器、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈注射輸液泵、語音產生裝置、氧氣設備、噴霧器，或由醫療服務提供者訂購供居家使用的醫院病床。

Emergency (急診) – 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有需要立即就醫的醫療症狀，以避免您喪失生命（若您為孕婦，避免胎兒喪失）、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。

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，以及解釋承保內容、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集內的藥物 (處方集例外通融)，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 (處方集例外通融)。

Extra Help (額外幫助) – 一項聯邦醫療保險計劃，協助收入與資產有限的人支付聯邦醫療保險處方藥計劃的相關費用，例如保費、免賠額及共保額。

Formulary (處方集) – 列出計劃承保的所有處方藥之文件。

Freestanding Dialysis Center (獨立洗腎中心) – 醫院以外的合法醫療機構，提供透析治療，無需過夜住院。

Freestanding Lab (獨立實驗室) – 醫院以外的合法醫療機構，提供用於預防、識別或治療傷病的實驗室檢查，無需過夜住院。

Freestanding Radiology (Imaging) Center (獨立放射 (影像) 中心) – 醫院以外的合法醫療機構，提供以下一項或多項服務以預防、識別或治療傷病，無需過夜住院：X光；核子醫學；放射腫瘤學（包括核磁共振造影、電腦斷層掃描及正子斷層掃描）。

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 (居家健康助理) – 提供不需要持照護士或治療師技能之服務的人員，例如協助個人照護（如洗澡、如廁、穿衣或執行處方運動）。

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 的承保條件，我們的計劃就能為您獲承保這些服務。如果家庭健康助手的服務屬於針對您的疾病或損傷之家庭健康保險護理計劃的一部分，則家庭健康護理包括這些服務。除非您也獲得承保的專業服務，否則這些服務將不予承保。家庭健康服務不包括管家服務、食品服務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，和我們提供的補充保險福利。

Hospice Care (安寧療護) – 針對罹患末期疾病者提供的專業照護，著重於舒適而非治癒。這也包括對病患家屬的諮詢輔導。根據情況不同，此類照護可在家中、安寧療護機構、醫院或護理之家進行，並由持照醫療專業團隊提供服務。

Hospital Inpatient Stay (住院治療) – 住院治療是指您在醫院正式入院，以接受專業的醫療服務。即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診病人。

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。受影響的 Medicare 受益人不足5%，因此大多數人無需支付較高的保費。

Initial Coverage Stage (初始承保階段) – 此為您支付免賠額（如適用）後、且當年度自付費用尚未達到自付費用上限金額之前的階段。

Initial Enrollment Period (初始加入期) – 當您首次符合聯邦醫療保險資格時，可申請加入聯邦醫療保險 A 部分及 B 部分的期間。若您在年滿 65 歲時符合聯邦醫療保險資格，您的初始加入期為 7 個月的期間，從您滿 65 歲當月的前 3 個月開始，包含您滿 65 歲的當月，並於您滿 65 歲當月的後 3 個月結束。

Inpatient Care (住院護理) – 當您被醫院收治後，您可以獲得的醫療保健。

Interchangeable Biosimilar (可互換生物相似藥) – 一種可在藥房替代原始生物相似藥產品使用的生物相似藥，無需新處方，因為它符合有關自動替代可行性的額外要求。藥房的自動替代須遵循各州法律規定。

List of Covered Drugs (formulary or Drug Guide) (《承保藥物清單》 (處方集或《藥物指南》)) – 計劃所承保之處方藥清單。

Low Income Subsidy (LIS) (低收入補助) – 請參閱「額外協助」。

Magnetic Resonance Angiography (MRA) (磁振血管造影) – 一種非侵入性方法，屬於磁振造影 (MRI) 的一種形式，可測量血液流經血管的狀況。

Magnetic Resonance Imaging (MRI) (磁振造影) – 一種診斷影像檢查方式，利用磁場及電腦分析感應的無線電頻率訊號，以非侵入性方式對人體組織進行影像檢查。

Mail-Order Pharmacy (郵購藥房) – 一種藥房，透過郵件將處方藥配送至會員住所。

Manufacturer Discount Program (製造商優惠計劃) – 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。折扣金額依據聯邦政府與藥物製造商之間的協議而定。

Maximum Fair Price (最高公平價格) – Medicare 針對特定藥物所議定的價格。

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」) – 一項聯邦與州政府共同推行的計劃，協助部分低收入且資源有限的民眾支付醫療費用。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，例如美國醫院處方集目錄服務藥物資訊和 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 優勢計劃開放投保期 ——每年 1 月 1 日至 3 月 31 日的期間，在此期間，Medicare Advantage 計劃的會員可取消其計劃加入資格，並轉換至另一 Medicare Advantage 計劃，或改為透過原始 Medicare 獲得承保。若您在此期間選擇改用原始 Medicare，您也可同時加入獨立的 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 Advantage 計劃也稱為「C部分」。這些計劃承保您所有的A部分（住院）和B部分（醫療）承保，部分計劃可能也提供D部分（處方藥）承保。

Medicare Advantage (MA) Plan (Medicare 優勢 (MA) 計劃) – 有時稱為 MedicareC部分。由與 Medicare 簽訂合約的私人公司提供的計劃，為您提供所有 MedicareA部分和B部分的福利。 Medicare Advantage 計劃可以是：i）健康維護組織（HMO）、ii）首選提供者組織（PPO）、iii）私人服務費用計劃（PFFS），或 iv）Medicare 醫療儲蓄賬戶 (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**附帶處方藥承保的 Medicare 優勢計劃**。

Medicare Allowable Charge (Medicare 允許收費) – Medicare 承保的特定醫療服務可收取的最高金額。由 Medicare 決定該固定金額。

Medicare-Covered Services (Medicare 承保服務) – Medicare A部分及B部分所承保的服務。所有 Medicare 健康計劃必須承保 Medicare A部分及B部分所承保的所有服務。「Medicare 承保服務」一詞不包括 Medicare Advantage 計劃可能提供的額外福利，例如視力、牙科或聽力服務。

Medicare Health Plan (Medicare 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) – 在原始 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)) – 協助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑及部分未納入 Medicare A部分或B部分承保之用品費用的保險。

Medication Therapy Management (MTM) program (藥物治療管理 (MTM) 計劃) – MedicareD部分針對複雜健康需求提供的計劃，適用於符合特定條件或參與藥物管理計劃的人士。 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/差額保險政策) – 私營保險公司出售的 Medicare 補充保險，可填補原始 Medicare 中的缺口。 Medigap保單僅適用於原始 Medicare。（Medicare Advantage 計劃不屬於Medigap保單。）

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) – 放射醫學的一個分支，將放射性同位素（含有放射性原子形式的化合物）引入人體，用於影像檢查、評估器官功能，或定位疾病或腫瘤。

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。

Optional Supplemental Benefits (選擇性補充保險福利) – 非 Medicare 承保的福利，可支付額外保費購買，不包含在您的福利套餐內。您必須自願選擇選擇性補充保險福利，方可享有這些福利。

Open Enrollment Period (開放投保期) – 會員可以變更其健康或藥物計劃，或轉換到原始 Medicare 時，每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的期間。

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 (原始生物製品) – 已獲美國食品藥物管理局（FDA）批准的生物製品，作為製造商製造生物相似製品版本時的比較基準。它也稱為參考製品。

Original Medicare (Traditional Medicare or Fee-for-Service Medicare) (原始 Medicare (傳統 Medicare 或按服務付費 Medicare)) – 原始 Medicare 由政府提供，而非像 Medicare Advantage 計劃和處方藥計劃那樣的私人健康計劃。在原始 Medicare 中，Medicare 服務的給付方式，是依據國會所訂定的給付金額，支付給醫師、醫院及其他醫療服務提供者。您可就診於任何醫生、醫院或其他醫療服務提供者，只要該提供者接受 Medicare。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。原始 Medicare 有 2 個部分：A 部分 (醫院保險) 與 B 部分 (Medicare) 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（老年人全包式照護計劃）結合了醫療、社會及長期服務與支援（LTSS），為體弱者提供協助，使其盡可能長期保持獨立並居住於社區中（而非遷入護理院）。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) – 可在 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 藥物承保相同的承保)，則除了 Medicare 藥物承保的每月保費之外，您需要繳納的其他費用。

Periodic Oral Exam (定期口腔檢查) – 針對現有患者所進行的檢查，以確認自上次定期或全面評估以來牙齒及健康狀況的變化。

Periodontal Scaling and Root Planing (牙周刮治及根面平整) – 刮治是針對牙齦疾病患者的常見牙科治療程序。這是一種深入牙齦線以下以清除牙菌斑堆積的牙齒清潔方式。牙齒刮治及根面平整的過程通常稱為深層清潔。

Plan Provider (計劃醫療服務提供者) – 請參閱「網絡醫療服務提供者」。

Positron Emission Tomography (PET) Scan (正子放射斷層掃描 (PET 掃描)) – 一種醫學影像技術，透過向患者注射同位素，並使用 PET 掃描儀偵測所發出的輻射。

Preferred Cost Sharing (首選分攤費用) – 首選分攤費用是指在特定網絡藥房針對特定D部分承保藥物享有較低的分攤費用。

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) (《藥物指南》 (處方集)) – 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 (預防性服務) – 幫助您保持健康、及早發現健康問題、確定最有效的治療方案並預防某些疾病的醫療服務。預防性服務包括檢查、注射、實驗室檢測及篩檢。這些服務還包括健康監測計劃，以及幫助您自我管理健康的諮詢和教育。

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，之後才能看其他醫療保健服務提供者。

Prior Authorization (事先授權) – 根據特定標準，預先批准獲得服務及／或特定藥物。需要事先授權的承保服務在第4章的醫療福利表中標有標記。需要事先授權的承保藥物在處方集中標有標記，我們的標準已發布於我們的網站上。

Prophylaxis (cleaning) (預防性潔牙 (清潔)) – 去除恆牙及過渡期牙列的牙齒結構和植體上的牙菌斑、牙結石及污漬。預防性潔牙僅適用於未出現任何牙周病症狀及體徵的人士，包括骨質流失、出血、牙齒鬆動、滲出物及牙齦萎縮。因此，預防性潔牙是針對尚未罹患牙周病的患者所進行的預防性程序，應僅用於牙周健康的患者。

Prosthetics and Orthotics (義肢及矯具) – 醫療器材，包括但不限於手臂、背部及頸部支架；人工肢體；義眼；以及用於替代體內器官或功能的器材，包括造口用品及腸道與靜脈營養治療。

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。我們對每張處方或特定時間段內所承保的藥物數量可能設有限制。

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 (即時福利查詢工具) – 一個入口網站或電腦應用程式，讓參保人可查詢完整、準確、及時、符合臨床需求且專屬於參保人的處方集及福利資訊。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集藥物，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，本計劃可能不會支付專科醫生的服務費用。

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 (乳房篩檢攝影) – 一種專門的X光檢查程序，用於早期發現患者是否罹患乳癌。

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。如果您永久搬出本計劃的服務區，本計劃則需將您退保。

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) – 會員可以變更健康或藥物計劃或重返原始 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 (Extra Help)」、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) – 標準分攤費用是指在網絡藥房提供的首選分攤費用以外的分攤費用。

Step Therapy (階梯療法) – 一種使用管理工具，要求您在我們承保您的醫生最初可能開具的藥物之前，先嘗試另一種藥物來治療您的病症。

Supplemental Security Income (補充保障收入，SSI) – 社會安全局每月支付給收入和資源有限、身體有殘障、盲人或年滿 65 歲者的福利金。 SSI 福利與社會安全局福利不同。

Urgent Care Center (急需護理中心) – 一家持牌醫療機構，醫生和護士在此提供服務，以識別和治療突發傷病，無需過夜住院。

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。醫療必要的例行性

就診（如每年健康檢查）即使您身處我們計劃服務範圍之外，或我們的計劃網絡暫時無法使用，亦不視為緊急所需服務。

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聯絡。

紐約州	
SHIP 名稱及聯絡資訊	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program (HIICAP) 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 800-701-0501（免費電話） https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance
品質改進組織	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454 (866) 815 - 5440 聽障專線 711 傳真：(855) 236 - 2423 https://www.commencehealthqio.cms.gov/
州醫療補助辦公室	New York State Department of Health (SDOH) (Medicaid) 州醫療補助管理辦公室 800 North Pearl Street Albany, NY 12204 800-541-2831（免費電話） 518-473-3782（本地） https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/members/
州藥物補助計劃	New York State Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 800-332-3742（免費電話） 聽障專線：800-290-9138（免費） https://www.health.ny.gov/health_care/epic/
AIDS 藥物補助計劃	紐約 AIDS 藥物援助計劃 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

非歧視通知

Humana Inc. 及其子公司遵守適用的聯邦民權法律，不因種族、膚色、宗教、性別、性別認同、性別、性取向、年齡、殘疾、國籍、軍人身分、退伍軍人身分、遺傳資訊、祖先、族裔、婚姻狀況、語言、健康狀況或對健康服務的需求而歧視或排斥任何人。
Humana Inc.：

- 為殘障人士提供合理調整措施及免費的適當輔助工具和服務，以便與我們有效溝通，例如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 其他格式的書面資訊（大字體、音訊、無障礙電子格式及其他格式）。
- 為主要語言非英語的人士提供免費語言協助服務，可能包括：
  - 合格的口譯員
  - 以其他語言撰寫的資訊。

如果您需要合理的調整、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）**。服務時間：東部時間上午 8 時至下午 8 時。如果您認為 Humana Inc. 未提供這些服務，或基於種族、膚色、宗教、性別、性別認同、性別、性取向、年齡、殘疾、國籍、軍事身分、退伍軍人身分、遺傳資訊、祖籍、族裔、婚姻狀況、語言、健康狀況或對健康服務的需求而存在歧視，您可以親自或以郵件或電子郵件方式，向 Humana Inc. 非歧視協調員提出申訴，地址為 P.O. 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. 無差別待遇協調員可以幫助您。

您也可以透過民權申訴入口網站，以電子方式向美國衛生和公眾服務部民權辦公室提出申訴，網址為 **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**，或以郵件或電話方式聯絡：

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（TDD）**。

California 會員：
您也可以向加州健康照護服務部民權辦公室提出民權投訴，方式如下：致電 **916-440-7370（聽障專線：711）**，發送電子郵件至 **Civilrights@dhcs.ca.gov**，或郵寄至：Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413。投訴表格可於以下網址取得：**http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

本通知可於以下網址查閱：**www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**.
GHHNDN2026HUM

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]፦ነፃ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ፣ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسِّيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք **877-320-1235 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով:

Bǎsɔ́ɔ̀ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòdǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ̀,, kè nyɔ-bɔ̌-po-kà ɓě ɓɛ́ wa nyuɛsé wídí péè-péèdò kɔ.̌ Ɓá **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]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711).**

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i 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 d'assistance linguistique, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 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] : મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिंदी [Hindi]: निःशुल्क 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)**.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

GHHNOA2026HUM_0526

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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 សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ 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]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajiłii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'į' hodíílnih.

नेपाली [Nepali]: नि:शुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ 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 serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **877-320-1235 (TTY: 711)**۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́.
Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

This notice is available at **https://www.humana.com/legal/multi-language-support**.

備註

備註

備註

備註

Humana Gold Plus H3533-033 (HMO)客戶服務

方式	客戶服務- 聯絡資訊
致電	800-457-4708 撥打以上號碼均免費。您可以每週七天、上午 8 點至下午 8 點致電我們。 客戶服務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。 撥打以上號碼均免費。營業時間與上述相同。
傳真	877-889-9934
書面	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
網站	**Humana.com/customer-support**

州立醫療保險協助計劃
州健康保險協助計劃（SHIP）是一項州政府計劃，獲得聯邦政府撥款，為享有 Medicare 的民眾提供免費的本地健康保險諮詢服務。

您可在此文件的「附錄 A」中找到 SHIP 的聯絡資訊。

PRA披露聲明根據1995年《文書工作精簡法》，任何人均不須
回應資訊收集，除非其顯示有效的OMB控制編號。此資訊收集的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。如果您對改善此表格有任何意見或建議，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

Humana®

Humana.com