洛杉磯郡和橘郡 (Los Angeles and Orange Counties)

SCAN BALANCE (HMO C-SNP)

2025 年 Medicare 承保範圍說明書

Medicare Advantage 計劃

scan™

2025 年 1 月 1 日 — 12 月 31 日

承保範圍說明書：

作為 SCAN Balance (HMO C-SNP) 的會員，您的 Medicare 保健福利與服務，以及處方藥保險

本文件為您詳細介紹 2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日期間您的 Medicare 醫療保健和處方藥保險。**這是一份重要的法律文件。請妥善保管。**

如對本文件有任何疑問，請聯絡會員服務部瞭解更多資訊，電話：1-800-559-3500。（TTY 使用者可致電 711）。10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。此為免付費電話。

本計劃 (SCAN Balance) 由 SCAN Health Plan 提供。（當本《承保範圍說明書》中出現「我們」或「我們的」時，是指 SCAN Health Plan。出現「計劃」或「我們的計劃」時，是指 SCAN Balance。）

本文件免費提供西班牙文版本。

本文件可提供其他格式的版本，如盲文、大號字型或其他可選格式。

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

處方藥一覽表、藥房網絡和/或醫療服務提供者網絡可能會隨時變更。必要時您會收到通知。我們將至少提前 30 天通知受影響的參保者有關變更的資訊。

本文件說明您的福利與權利。請使用本文件瞭解：

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

H5425-034
Y0057_SCAN_21231_2025_C

2025 年承保範圍說明書

目錄

第 1 章：*會員入門*.....4
第 1 節 簡介.....5
第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？.....6
第 3 節 您將收到的重要會員資料.....7
第 4 節 您的 SCAN Balance 月繳費用.....8
第 5 節 關於月繳保費的更多資訊.....11
第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄.....12
第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作.....13

第 2 章：*重要的電話號碼和資源*.....15
第 1 節 SCAN Balance 聯絡方式（如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部）.....16
第 2 節 Medicare（如何從聯邦 Medicare 計劃直接獲取幫助和資訊）.....24
第 3 節 州健康保險援助計劃（關於 Medicare 的問題，免費為您提供幫助、資訊和回答）.....25
第 4 節 品質改進機構.....26
第 5 節 社會保障局.....27
第 6 節 Medi-Cal (Medicaid).....28
第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊.....29
第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會.....32
第 9 節 您是否有團體保險或雇主提供的其他健康保險？.....32

第 3 章：*使用本計劃承保您的醫療服務*.....33
第 1 節 作為我們計劃的會員獲得醫療護理的須知.....34
第 2 節 使用本計劃網絡內的服務提供者獲得醫療護理.....35
第 3 節 如何在需要緊急醫療或急症治療時或在災難期間獲得服務.....39
第 4 節 如果您直接收到服務全部費用的帳單，該如何處理？.....42
第 5 節 參加「臨床研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？.....42
第 6 節 有關在宗教性非醫療保健機構獲得護理的規定.....44
第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定.....44

第 4 章：*醫療福利表（承保範圍與支付費用）*.....46
第 1 節 瞭解您為承保服務支付的自付費用.....47
第 2 節 使用*醫療福利表*瞭解為您承保哪些服務以及您將支付多少費用.....48
第 3 節 哪些服務不能獲得本計劃承保？.....87
第 4 節 附錄.....91

第 5 章：*使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保*.....92
第 1 節 簡介.....93
第 2 節 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配取處方藥.....93
第 3 節 您的藥物必須列於計劃的藥物清單上.....96
第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制.....98
第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？.....98
第 6 節 如果您藥物的承保範圍更改，該如何處理？.....100
第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？.....102
第 8 節 配取處方藥.....103
第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險.....104
第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃.....105

第 6 章：*對於 D 部分處方藥您須支付的費用*.....107
第 1 節 簡介.....108
第 2 節 您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的藥物付款階段而定.....110
第 3 節 我們會寄一份報告給您，說明您藥物的付款與您的付款階段.....110
第 4 節 SCAN Balance 無需支付自付額.....111
第 5 節 在初始承保階段期間，本計劃將為您的藥物費用支付其應承擔的部分，而您也將支付您應承擔的部分.....112
第 6 節 在重大傷病承保階段期間，您無需為承保 D 部分藥物支付任何費用.....115
第 7 節 附加福利資訊.....115
第 8 節 D 部分疫苗您支付的費用取決於您接種疫苗的方式和地點.....115

第 7 章：*要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付應承擔的費用*.....118
第 1 節 要求我們支付我們對您的承保服務或藥物應承擔的費用的情況.....119
第 2 節 如何要求我們向您退款或就您收到的帳單付款.....121
第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆.....121

第 8 章：*您的權利與責任*.....123
第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏感性.....124
第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任.....135

第 9 章：*遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴）*.....137
第 1 節 簡介.....138
第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助.....138
第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？.....139
第 4 節 承保範圍裁決和上訴基準指引.....139
第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或就承保範圍裁決提出上訴.....141
第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴.....147

第 7 節 如果您認為過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保 154
第 8 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務 158
第 9 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上 160
第 10 節 如何就護理品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴..... 163

第 10 章：*終止計劃會員資格* 166
第 1 節 終止計劃會員資格的簡介..... 167
第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？ 167
第 3 節 如何終止計劃會員資格？ 169
第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品和藥物..... 170
第 5 節 在特定情況下，SCAN Balance 必須終止您的計劃會員資格..... 170

第 11 章：*法律通知*.....172
第 1 節 有關管轄法律的通知 173
第 2 節 有關非歧視的通知 173
第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知 173
第 4 節 約束性仲裁..... 173

第 12 章：*重要辭彙的定義*.....176

第 1 章：

會員入門

第 1 節 簡介

第 1.1 節 您目前已參保了 SCAN Balance，這是一項專門的 Medicare Advantage 計劃（「特殊需求計劃」）

您已由 Medicare 承保，並且已選擇透過我們的計劃 SCAN Balance 獲得 Medicare 醫療保健及處方藥保險。

SCAN Balance 是經 Medicare 認可並由私營公司運營的 Medicare Advantage HMO 計劃（HMO 代表健康維護組織）。

SCAN Balance 是一項專門的 Medicare Advantage 計劃（一項 Medicare 特殊需求計劃），這意味著其福利專為有特殊醫療保健需求的人士設計。SCAN Balance 旨在為患有以下至少一種疾病的人士提供額外的健康福利：糖尿病、慢性或充血性心臟衰竭、心律不整、慢性靜脈血栓栓塞症、冠狀動脈疾病或周邊血管疾病。

我們的計劃包含專門治療至少一種以下病症的服務提供者：糖尿病、慢性或充血性心臟衰竭、心律不整、慢性靜脈血栓栓塞症、冠狀動脈疾病或周邊血管疾病。它還包括專為滿足患有這些疾病的人士的特殊需求的保健計劃。此外，我們計劃也承保各種處方藥來治療大多數的醫療病症，包含通常用來治療至少一種以下病症的藥物：糖尿病、慢性或充血性心臟衰竭、心律不整、慢性靜脈血栓栓塞症、冠狀動脈疾病或周邊血管疾病。作為計劃會員，您可以享有專為您的病症量身定製的福利，並且您所有的護理皆可透過計劃協調。

本計劃的承保範圍滿足 Qualifying Health Coverage (QHC) 的要求，並達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，瞭解詳細資訊。

第 1.2 節 承保範圍說明書文件包括哪些內容？

本《承保範圍說明書》文件向您介紹了如何獲取您的醫療護理和處方藥。該文件說明了您的權利與責任、承保範圍、作為計劃會員您應支付的費用以及如果您對決定或治療不滿意，如何提出投訴。

詞語「承保範圍」和「承保服務」是指您作為 SCAN Balance 會員可以使用的醫療護理、服務和處方藥。

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

如果您感到困惑、有顧慮或有疑問，請聯絡會員服務部。

第 1.3 節 關於承保範圍說明書的法律資訊

該《承保範圍說明書》是與您簽署的有關 SCAN Balance 如何承保您的護理服務的合約的一部分。本合約還包括您的參保表、「承保藥物清單」（「處方藥一覽表」）以及我們向您提供的任

何有關影響您的承保範圍的保險或條件變化的通知。這些通知有時稱為「附則」或「修正條款」。

合約在 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日之間，您是 SCAN Balance 參保會員的那些月份有效。

Medicare 允許我們每個日曆年對我們提供的計劃進行變更。這意味著我們可在 2025 年 12 月 31 日之後變更 SCAN Balance 的費用和福利。我們也可在 2025 年 12 月 31 日之後選擇在您的服務區域停止提供計劃。

Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）每年必須批准 SCAN Balance。只要我們選擇繼續提供計劃並且 Medicare 續批了計劃，您就可每年繼續作為我們計劃的會員獲得 Medicare 的承保。

第 2 節 要成為計劃會員需要具備哪些條件？

第 2.1 節 您的資格要求

只要您符合以下條件，就可以成為我們計劃的會員：

- 您同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
- -- *並且* -- 居住於我們的地理服務區域（下面的第 2.2 節介紹了我們的服務區域）。入獄人士不會被視為居住在該地理服務區域，即使他們實際居住在其中。
- -- *並且* -- 您是美國公民或在美國合法居留
- -- *並且* -- 您符合下文所述的特殊資格要求。

我們計劃的特殊資格要求

我們的計劃旨在滿足患有某些病症之人士的特殊需求。要符合我們計劃的條件，您必須患有至少一種以下病症：糖尿病、慢性或充血性心臟衰竭、心律不整、慢性靜脈血栓栓塞症、冠狀動脈疾病或周邊血管疾病。

- 請注意：如果您喪失資格，但合理預期在 2 個月內可恢復資格，那麼您仍然有資格成為我們計劃的會員（第 4 章第 2.1 節告訴您在被視為具有續保資格期間關於承保範圍和分攤費用的情況）。

第 2.2 節 以下是 SCAN Balance 的計劃服務區域

SCAN Balance 僅提供給居住於我們計劃服務區域內的個人。為保持我們計劃會員的身份，您必須持續居住在此服務區域內。服務區域在下面進行了介紹。

我們的服務區域包含加州的以下郡：洛杉磯郡和橘郡 (Los Angeles and Orange Counties)

如果您計劃搬離服務區域，則無法繼續作為本計劃的會員。請致電會員服務部，瞭解我們是否在您新搬至的地區內提供計劃。搬家後，您將有一段特殊參保期，使您可以轉而使用 Original Medicare 或參保您所在的新區域提供的 Medicare 保健或藥物計劃。

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

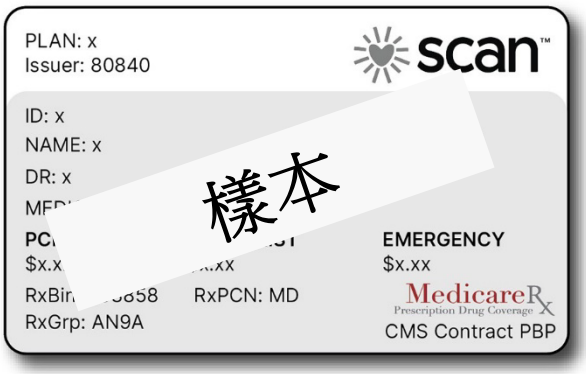
第 2.3 節 美國公民或合法居留身份

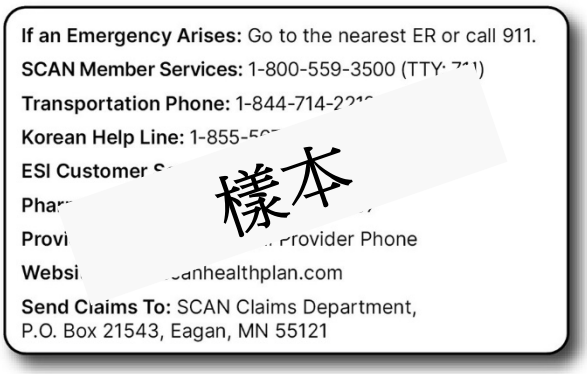
Medicare 保健計劃會員必須為美國公民或可在美國合法居留。Medicare（Medicare 與 Medicaid 服務中心）將通知 SCAN Balance 您在此基礎上是否仍符合會員資格。如果您不符合此要求，SCAN Balance 必須將您退保。

第 3 節 您將收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

作為計劃會員，當您獲取本計劃承保的服務以及在網絡內藥房取得處方藥時，請務必使用您的會員卡。您應向服務提供者出示您的 Medi-Cal (Medicaid) 卡（如適用）。以下是一張會員卡樣本，用於向您展示您的卡是怎樣的：





成為本計劃的會員後，請勿使用紅白藍 Medicare 卡來獲取承保醫療服務。如果您使用您的 Medicare 卡而不是 SCAN Balance 會員卡，您可能需要自行支付醫療服務的全部費用。請妥善保管您的 Medicare 卡。如果您需要住院服務、善終服務或參與 Medicare 批准的臨床研究（也稱為臨床試驗），可能需要出示此卡。

如果您的計劃會員卡損壞、丟失或被盜，請立即致電會員服務部，我們會發給您一張新卡。

第 3.2 節 醫療服務提供者與藥房目錄

「醫療服務提供者與藥房目錄」中列出了我們目前的網絡內服務提供者。**網絡內服務提供者**是與我們簽有協議，接受我們付款和任何計劃分攤費用以當作全額支付的醫生和其他醫療保健專業人員、醫療團體、醫院及其他醫療保健機構。

您必須使用網絡內服務提供者才能獲取醫療護理和服務。如果您在未經適當授權的情況下前往其他地方看診，您將須全額付款。唯一的一些例外是網絡內無法及時提供（即在網絡內獲取服務是

不合理或不可能的）緊急醫療或急症治療服務、區域外透析服務以及 SCAN Balance 授權使用網絡外服務提供者的情況。

最新的服務提供者清單可在我們的網站 www.scanhealthplan.com 上找到。

如果您沒有「醫療服務提供者與藥房目錄」的副本，可以向會員服務部索取（電子版或紙質版）。索取的紙質版「醫療服務提供者與藥房目錄」將在三個工作日內郵寄給您。

「醫療服務提供者與藥房目錄」www.scanhealthplan.com 列出了我們的網絡內藥房。**網絡內藥房**是指同意為我們的計劃會員配取承保處方藥的所有藥房。您可以利用「醫療服務提供者與藥房目錄」來尋找您想要使用的網絡內藥房。有關何時您可以使用計劃網絡外藥房的詳細資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

「醫療服務提供者與藥房目錄」還將告訴您我們網絡中的哪些藥房提供首選分攤費用，對於某些藥物，首選分攤費用可能低於其他網絡內藥房提供的標準分攤費用。

如果您沒有「醫療服務提供者與藥房目錄」，可以向會員服務部索取一份。您也可以透過我們的網站 www.scanhealthplan.com 取得此資訊。

第 3.3 節 計劃的承保藥物清單（「處方藥一覽表」）

本計劃有一份「承保藥物清單」（「處方藥一覽表」）。我們簡稱為「藥物清單」。其中介紹了何種 D 部分處方藥受 SCAN Balance 的 D 部分福利承保。此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。此清單必須符合 Medicare 規定的要求。Medicare 已核准 SCAN Balance「藥物清單」。

該「藥物清單」也可告知您的藥物是否有任何限制承保範圍的規則。

我們將為您提供一份「藥物清單」。如需獲得最完整且最新的承保藥物資訊，您可以瀏覽計劃的網站 (www.scanhealthplan.com) 或致電會員服務部。

第 4 節 您的 SCAN Balance 月繳費用

您的費用可能包括以下內容：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- Medicare B 部分月繳保費（第 4.2 節）
- 可選補充福利保費（第 4.3 節）
- D 部分逾期參保罰金（第 4.4 節）
- 按收入每月調整保費（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

您無需為 SCAN Balance 支付單獨的月繳計劃保費。

第 4.2 節 Medicare B 部分月繳保費

許多會員需要支付其他 Medicare 保費

2025 年，SCAN Balance 將讓您的每月 Medicare B 部分保費減少 $6.50。這部分減免由 Medicare 設定，並由社會保障局 (SSA) 管理。根據您支付 Medicare B 部分保費的方式，減免金額將記入您的社會保險支票或您的 Medicare B 部分保費對帳單。減免金額可能需要數月才能發放；但是，您將會收到一個全部金額。

您必須繼續支付您的 Medicare 保費才能保留計劃的會員資格。這包括您的 B 部分保費。它還可能包括 A 部分保費，那些不符合免繳 A 部分保費的會員需要繳納這部分費用。

第 4.3 節 可選補充福利保費

如果您註冊申請額外福利（亦稱*可選補充福利*），則您每月需就該等額外福利支付額外保費。請參閱第 4 章第 2.2 節瞭解詳情。選擇性牙科 PPO (DPPO) 計劃的保費為每月 $55。如對您的計劃保費有任何疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本文件封底）。

第 4.4 節 D 部分逾期參保罰金

一些會員需要支付 D 部分**逾期參保罰金**。D 部分逾期參保罰金是附加的保費，即如果在您的初始參保期結束後的任何時間，如果您連續 63 天或更長時間沒有獲得 D 部分或其他有信譽度的處方藥保險，則必須為 D 部分保險支付的保費。有信譽度的處方藥保險是指滿足 Medicare 最低標準的保險，因其預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險。逾期參保罰金的金額取決於您未參保 D 部分保險或有信譽度的處方藥保險的時間。只要您仍擁有 D 部分保險，您就需要支付此罰款。

當您首次加入 SCAN Balance 時，我們會告知您該筆罰款的金額。如果您未支付 D 部分逾期參保罰金，您可能會喪失您的處方藥福利。

如果出現以下情況，您**無需**支付逾期參保罰金：

- 您取得 Medicare 的「額外補助」來協助支付您的處方藥費用。
- 您失去有信譽度保險的時間未達連續 63 天。
- 您已透過前雇主、工會、TRICARE 或退伍軍人管理局 (VA) 等其他來源獲得了有信譽度的藥物保險。您的保險公司或您的人力資源部門將會告知每年您的藥物保險是否為有信譽度的保險。本資訊可能透過信件寄送給您，或包含在計劃的新聞通訊中。請保留此資訊，您在之後加入 Medicare 藥物計劃時可能會用到。
    - **註：**所有通知必須註明您擁有過有信譽度的處方藥保險，其預計支付的金額和 Medicare 的標準處方藥計劃相當。
    - **註：**以下列出的不是有信譽度的處方藥保險：處方藥折扣卡、義診、藥物折扣網站。

該筆罰金的金額由 Medicare 決定。計算情況如下：

- 如果在您首次有資格參加 D 部分後，您連續 63 天或更長時間沒有 D 部分或其他有信譽度的處方藥保險，該計劃會將您沒有保險的完整月數計算在內。罰款金額為每月基礎保費的 1% 乘以您未擁有任何有信譽度的保險的月數。例如，您有 14 個月沒有保險，則罰款為 14%。
- 接著，Medicare 會參考去年的金額決定全國的 Medicare 藥物計劃平均月繳保費金額。對 2025 年而言，此平均保費金額為 $36.78。
- 接著將罰金比例和平均月繳保費相乘，再四捨五入至 10 美分，即可算出您的月繳罰金。在本例中，用 14% 乘以 $36.78，得到 $5.15。四捨五入為 $5.20。此金額將追加到**須支付 D 部分逾期參保罰金之人士的月繳保費中**。

關於此月繳 D 部分逾期參保罰金，有以下三點重要注意事項：

- 第一點，**該罰金可能每年不同**，因為平均月繳保費每年皆可能改變。
- 第二點，只要您仍然參保提供 Medicare D 部分藥物福利的計劃，**您就要繼續每月支付罰金**（即使您變更計劃）。
- 第三點，如果您未滿 65 歲，且目前在接受 Medicare 福利，則 D 部分逾期參保罰金將會在您年滿 65 歲時重新計算。在 65 歲後，您的 D 部分逾期參保罰金將會僅視 Medicare 首次老年參保期後您未擁有保險的月數而定。

如果您不同意您的 D 部分逾期參保罰金，您或您的代表可以要求對其進行審核。通常，您必須在收到告知您務必支付逾期參保罰金的第一封信函後的 **60 天內**請求此審核。但是，如果您在加入本計劃前就已經在支付罰金，您將無法再提出逾期參保罰金審核請求。

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

第 4.5 節 按收入每月調整保費

某些會員可能需要支付額外的費用，稱為 D 部分按收入每月調整保費（也稱為 IRMAA）。這筆額外費用透過使用您兩年前的 IRS 納稅申報表上的調整後總收入計算得出。如果此金額超過一定金額，您將需支付標準保費金額和額外的 IRMAA。如需詳細瞭解根據收入您可能需要額外支付的金額，請瀏覽 https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans。

如果您需要支付額外的金額，社會保障局（並非您的 Medicare 計劃）將會寄給您一封信函，告知您該筆額外金額為何。這筆額外的金額將會從您的社會保障局、鐵路職工退休委員會、人事管理局的福利支票扣繳，無論您通常支付計劃保費的方式為何，除非您的每月福利不足以支付該筆額外金額。如果您的福利支票不足以支付該筆額外金額，您將會收到 Medicare 的帳單。**您必須向政府支付額外的金額。它不能與您的月繳計劃保費一同支付。如果您未支付額外的金額，您將會被從計劃退保並喪失處方藥保險。**

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

第 4.6 節 Medicare 處方藥付款計劃金額

如果您參加了 Medicare 處方藥付款計劃，您將每月支付您的計劃保費（如有），並且您將收到來自您的保健計劃或藥物計劃的帳單，據此支付您的處方藥費用（而不是向藥房付款）。您的每月帳單基於您所有處方藥的待繳費用，加上上個月的差額費用，再除以當年剩餘的月數計算得出。

第 2 章第 7 節介紹了 Medicare 處方藥付款計劃。如果您不同意按此付款選項收取的金額，可按照第 9 章中的步驟提出投訴或上訴。

第 5 節 關於月繳保費的更多資訊

第 5.1 節 若您須支付 D 部分逾期參保罰金，我們有幾種罰款支付方式可供您選擇

有 4 種方式可供您支付罰金。您可以致電 SCAN 會員服務部（會員服務部電話號碼印在本文件封底），設定您選擇的支付方式。您亦可瀏覽 www.scanhealthplan.com/members/register 並註冊您的 SCAN 線上會員帳戶，進行線上付款。

選項 1：透過支票支付

您每月會收到 SCAN Health Plan 寄出的繳款通知。您只需將付款存根撕下，連同付款支票一起用隨附的信封寄至：SCAN Health Plan, P.O. Box 511339, Los Angeles, CA 90051-7894。您應在每月 1 日前付款。請確保將支票抬頭寫為「SCAN Health Plan」，而不是 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) 或 Health and Human Services (HHS)。

選項 2：從您的銀行帳戶扣除 D 部分逾期參保罰金

可以每月從您的支票或儲蓄帳戶自動扣除 D 部分逾期參保罰金。該方案可以省去每月寄支票的麻煩，而且無需支付任何費用。要選擇該方案，請聯絡會員服務部。我們很樂意幫助您安排。一般來說，我們將於每月 1 日從您的銀行帳戶扣款。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）

選項 3：您可以使用信用卡或借記卡來支付 D 部分逾期參保罰金

您可以每月使用信用卡或借記卡來支付 D 部分逾期參保罰金。要選擇該方案，請聯絡會員服務部。我們很樂意幫助您安排。一般來說，我們將於每月 1 日從您的信用卡或借記卡扣款。

選項 4：從您的月繳社會保險支票扣除 D 部分逾期參保罰金

可以從您的月繳社會保險支票扣除 D 部分逾期參保罰金。有關如何用這種方式支付每月罰金的詳細資訊，請聯絡會員服務部。我們很樂意幫助您安排。

更改支付 D 部分逾期參保罰金的方式。如果您決定更改支付 D 部分逾期參保罰金的方式，新付款方法需要三個月才可生效。在我們處理您的新支付方法請求時，您有責任確保按時支付 D 部分逾期參保罰金。若要更改您的支付方式，您可以致電 SCAN 會員服務部（會員服務部電話號碼印在本文件封底），設定您選擇的支付方式。您亦可瀏覽 www.scanhealthplan.com/members/register 並註冊您的 SCAN 線上會員帳戶，進行線上付款。

如果您在支付 D 部分逾期參保罰金上有困難該怎麼辦

我們的辦公室應在每月 1 日之前收到您的 D 部分逾期參保罰金。如果我們到每月 1 日前未收到您的付款，我們將給您發送一份通知，告知您如果我們在三個曆月內未收到您的 D 部分逾期參保罰金（若欠付），您的計劃會員資格將終止。如果您需要支付 D 部分逾期參保罰金，則必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。

如果您按時支付 D 部分逾期參保罰金（若欠付）有困難，請聯絡會員服務部，看看我們能否向您介紹對您支付費用有幫助的計劃。

如果我們因為您未支付 D 部分逾期參保罰金（若欠付）而終止了您的會員資格，您將透過 Original Medicare 獲得健康保險。另外，您可能不能獲得 D 部分保險，直至下一年您在年度參保期期間加入新的計劃。（如果您未參加任何「有信譽度」的藥物保險達 63 天以上，只要您仍擁有 D 部分保險，您就可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。）

在我們終止您的會員資格時，您可能仍欠我們費用，即您未支付的罰金。我們有權追收欠繳保費。將來，如果您想再次加入我們的計劃（或我們提供的其他計劃），您將需要先支付欠付的保費，然後才能參加。

如果您認為我們錯誤地終止了您的會員資格，您可提出投訴（也稱為申訴）；請參閱第 9 章瞭解如何提出投訴。如果您遇到無法控制的緊急情況且該情況導致您無法支付 D 部分逾期參保罰金（若欠付），則可在我們的寬限期內提出投訴。若您提出投訴，我們將再次審核我們的裁決。本文件第 9 章第 10 節介紹了如何提出投訴，或您可撥打 1-800-559-3500 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。TTY 使用者可致電 711。您必須於會員資格終止後 60 天內提出要求。

第 5.2 節 我們能否在一年中更改您的月繳計劃保費？

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

但是，在某些情況下，您可以停止支付延逾期參保罰金（若欠付），或者需要開始支付逾期參保罰金。如果在一年中，您取得「額外補助」計劃資格或失去「額外補助」計劃資格，則上述情形將可能會發生。

- 若您目前需要支付 D 部分逾期參保罰金，但在一年之中取得了「額外補助」的資格，您將不再需要支付該筆罰金。
- 如果您喪失「額外補助」，且連續 63 天或更長時間未擁有 D 部分保險或其他有信譽度的處方藥保險，您可能需要繳納逾期參保罰金。

您可以在第 2 章第 7 節查閱更多關於「額外補助」計劃的細節。

第 6 節 及時更新您的計劃會員記錄

您的會員記錄中包含您的參保表中的資訊，包括您的地址和電話號碼。它顯示您的具體計劃保險，包括您的主治醫生、醫療團體或獨立執業醫師協會 (IPA)。醫療團體是一個由醫生和其他保健

服務提供者組成的團體，根據簽訂的合約為 SCAN Health Plan 的會員提供服務。IPA 是一個由醫生和其他保健服務提供者組成的獨立團體，根據簽訂的合約為 SCAN Health Plan 的會員提供服務。

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

請告知我們以下變化：

- 您的姓名、地址或電話號碼的變化
- 您的任何其他健康保險承保的變化（例如您的雇主、配偶或同居伴侶的雇主、勞工賠償或 Medi-Cal (Medicaid) 提供的保險）
- 如果您有任何責任險理賠要求，例如因車禍而提出的理賠要求
- 如果您已入住療養院
- 如果您從服務區外或網絡外的醫院或急診室接受護理
- 如果您指定的責任方（例如護理者）發生了變化
- 如果您要參與一項臨床研究（**註：**您無須將您打算參與的臨床研究告訴計劃，但我們鼓勵您這樣做。）

如果這些資訊有任何變化，請致電會員服務部告知我們。您亦可瀏覽 www.scanhealthplan.com/members/register 線上更改地址和電話號碼並註冊您的 SCAN 會員帳戶。

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

第 7 節 其他保險如何與我們的計劃配合運作

其他保險

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

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

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

以下規則適用於雇主或工會團體保健計劃保險：

- 如果您有退休保險，Medicare 先支付。
- 如果您的團體保健計劃保險以您或家庭成員的當前工作為基礎，誰先支付則取決於您的年齡、雇主僱用的員工數以及您是否有基於年齡、殘障或晚期腎病 (ESRD) 的 Medicare：
  - 如果您未滿 65 歲且殘疾，您或您的家庭成員仍在工作，並且雇主的員工數多於等於 100 人或多個雇主計劃中至少一家雇主的員工數多於 100 人，則您的團體保健計劃先支付。
  - 如果您已過 65 歲、您或您的配偶或伴侶仍在工作，並且雇主的員工數多於等於 20 人，或多個雇主計劃中至少一家雇主的員工數多於 20 人，則您的團體保健計劃先支付。
- 如果您因 ESRD 而享有 Medicare，在您符合 Medicare 條件後您的團體保健計劃將先支付前 30 個月。

以下類型的保險通常先支付其相關服務的費用：

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

對於 Medicare 承保的服務，Medi-Cal (Medicaid) 與 TRICARE 不會先支付。他們只會在 Medicare、雇主團體健康計劃和/或 Medigap 支付之後進行支付。

第 2 章：

重要的電話號碼和資源

第 1 節 SCAN Balance 聯絡方式
（如何聯絡我們，包括如何聯絡會員服務部）

如何聯絡我們計劃的會員服務部

要獲取關於理賠、帳單或會員卡問題方面的幫助，請致電或寫信給 SCAN Balance 會員服務部。我們很樂意為您提供幫助。

方法	會員服務部 — 聯絡資訊
致電	**1-800-559-3500** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。 會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。
TTY	**711** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
傳真	**1-562-989-5181**
寫信	**SCAN Health Plan** Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
網站	www.scanhealthplan.com

當您請求就您的醫療護理作出承保範圍裁決或提出上訴時，如何聯絡我們

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療服務或 D 部分處方藥支付的金額所作出的決定。上訴是指要求我們審核並更改我們已作出的承保範圍裁決的正式方式。有關請求關於您的醫療護理或 D 部分處方藥的承保範圍裁決或上訴的詳細資訊，請參閱第 9 章*（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴））*。

方法	醫療護理的承保範圍裁決 — 聯絡資訊
致電	**1-800-559-3500** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
TTY	**711** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
傳真	**1-562-989-5181**
寫信	**SCAN Health Plan** Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
網站	www.scanhealthplan.com

方法	D 部分處方藥的承保範圍裁決 — 聯絡資訊
致電	**1-844-424-8886** 撥打此號碼是免費的。代表每週 7 天，每天 24 小時提供服務。
TTY	**1-800-716-3231** 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。代表每週 7 天，每天 24 小時提供服務。
傳真	**1-877-251-5896** (Attention: Medicare Reviews)
寫信	**Express Scripts, Inc.** Attention: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
網站	www.express-scripts.com

方法	就醫療護理進行上訴 — 聯絡資訊
致電	**1-800-559-3500** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
TTY	**711** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
傳真	**1-562-989-0958**
寫信	**SCAN Health Plan** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
網站	www.scanhealthplan.com

方法	就 D 部分處方藥進行上訴 — 聯絡資訊
致電	**1-800-559-3500** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
TTY	**711** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
傳真	**1-562-989-0958**
寫信	**SCAN Health Plan** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
網站	www.scanhealthplan.com

當您就您的醫療護理進行投訴時如何聯絡我們

您可以就我們或我們網絡內的某個服務提供者或藥房進行投訴，包括投訴您獲得的護理品質。該類型的投訴不涉及承保或付款爭議。有關就您的醫療護理提出投訴的詳細資訊，請查看第 9 章*（遇到問題或想投訴時該如何處理（承保範圍裁決、上訴、投訴））*。

方法	就醫療護理進行投訴 — 聯絡資訊
致電	**1-800-559-3500** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
TTY	**711** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
傳真	**1-562-989-0958**
寫信	**SCAN Health Plan** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
MEDICARE 網站	您可直接向 Medicare 提出有關 SCAN Balance 的投訴。若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

方法	就 D 部分處方藥進行投訴 — 聯絡資訊
致電	**1-800-559-3500** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
TTY	**711** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
傳真	**1-562-989-0958**
寫信	**SCAN Health Plan** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
MEDICARE 網站	您可直接向 Medicare 提出有關 SCAN Balance 的投訴。若要向 Medicare 提交線上投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。

如要我們就您已獲得的醫療護理或藥物支付我們應承擔的費用，應將請求遞交至何處

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

請注意：如果您向我們提出付款請求，而我們拒絕您任何部分的請求，您都可以上訴我們的裁決。請參閱第 9 章*（遇到問題或想投訴時該如何處理 [承保範圍裁決、上訴、投訴]）*，瞭解詳細資訊。

方法	付款請求 — 聯絡資訊
致電	**1-800-559-3500** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
TTY	**711** 撥打此號碼是免費的。 聯絡我們，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間為上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。 **註：**我們在大多數聯邦節假日都休息。當我們休息時，您可以選擇留下語音訊息。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
傳真	**1-562-989-5181**
寫信	**SCAN Health Plan** Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
網站	www.scanhealthplan.com

第 2 節 Medicare
（如何從聯邦 Medicare 計劃直接獲取幫助和資訊）

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

負責 Medicare 的聯邦機構是 Medicare 與 Medicaid 服務中心（有時稱為「CMS」）。該機構與 Medicare Advantage 組織（包括我們在內）簽有合約。

方法	**Medicare — 聯絡資訊**
致電	**1-800-MEDICARE** 或 **1-800-633-4227** 撥打此號碼是免費的。 每週 7 天、每天 24 小時。
TTY	**1-877-486-2048** 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。
網站	www.medicare.gov 這是 Medicare 的官方政府網站。它為您提供有關 Medicare 和當前 Medicare 問題的最新資訊。它也提供有關醫院、療養院、醫生、居家護理機構和透析設施的資訊。它提供了一些可以直接從電腦列印的文件。您也可找到您所在州的 Medicare 聯絡資訊。 Medicare 網站還包含以下工具，提供有關您的 Medicare 資格和參保選項的詳細資訊： • **Medicare Eligibility Tool**：提供 Medicare 資格狀態資訊。 • **Medicare Plan Finder**：提供關於您所在區域中可用 Medicare 處方藥計劃、Medicare 保健計劃和 Medigap（Medicare 補充保險）政策的個性化資訊。這些工具可為您*估計*在各個 Medicare 計劃中您的自付費用可能是多少。

方法	Medicare — 聯絡資訊
	您也可使用網站將您對 SCAN Balance 的任何投訴告訴 Medicare： • **將您的投訴告訴 Medicare**：您可直接向 Medicare 提出有關 SCAN Balance 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 會認真對待您的投訴，並且會運用這些資訊協助改進 Medicare 計劃的品質。 如果您沒有電腦，您當地的圖書館或長者中心可能有電腦，他們可以幫您瀏覽此網站。或者，您也可以致電 Medicare，告知您想查找的資訊。他們會在網站上查找資訊並與您一起查看該等資訊。（您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。）

第 3 節 州健康保險援助計劃（關於 Medicare 的問題，免費為您提供幫助、資訊和回答）

州健康保險援助計劃 (SHIP) 是一項政府計劃，在每個州都有受過專業訓練的顧問。在加州，SHIP 稱為健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)。

HICAP 是一項獨立的（與任何保險公司或保健計劃均無關）州計劃，由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供當地免費的健康保險諮詢服務。

HICAP 的顧問可以幫助您瞭解您的 Medicare 權利、幫助您就您的醫療護理或治療進行投訴，並幫助您解決與您的 Medicare 帳單有關的問題。HICAP 的顧問還可以幫助您解決 Medicare 方面的疑問或問題，並協助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇和回答有關轉換計劃的問題。

獲取 SHIP 和其他資源的方法：
• 瀏覽 https://www.shiphelp.org（點擊頁面中間的「SHIP 搜尋工具」[SHIP LOCATOR]） • 從清單中選擇您所在的州。此操作會將您轉到提供特定於您所在州的電話號碼與資源的頁面。

方法	健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)（加州 SHIP）— 聯絡資訊
致電	1-800-434-0222
寫信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	aging.ca.gov/hicap/

第 4 節 品質改進機構

各州均有指定的品質改進機構為 Medicare 受益人提供服務。加州的品質改進機構稱為「Livanta」。

Livanta 是由 Medicare 出資的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體，旨在核查和協助改進 Medicare 受保人獲得的護理品質。Livanta 是一個獨立組織，它與我們的計劃無關。

在以下任何一種情形下，您均應聯絡 Livanta：

- 您要就獲得的護理品質提出投訴。
- 您認為您的住院承保結束得太早。
- 您認為您的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的承保結束得太早。

方法	**Livanta（加州品質改進機構）— 聯絡資訊**
致電	**1-877-588-1123** 週一至週五上午 9 點至下午 5 點，週六、週日及節假日上午 10 點至下午 4 點。
TTY	**1-855-887-6668** 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。
寫信	**Livanta LLC** BFCC-QIO Area 9 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	www.livantaqio.com

第 5 節 社會保障局

社會保障局負責確定資格以及處理 Medicare 參保事宜。年滿 65 歲、殘障或患有晚期腎病並滿足某些條件的美國公民和合法永久性居民符合參保 Medicare 計劃的條件。如果您已獲得社會保障支票，則您自動註冊參保 Medicare。如果您未獲得社會保障支票，則您必須註冊參保 Medicare。若要申請加入 Medicare ，您必須致電社會保障局或造訪您當地的社會保障辦事處。

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

如果您搬遷或更改郵寄地址，請聯絡社會保障局更改相關資訊，這一點非常重要。

方法	社會保障局 — 聯絡資訊
致電	**1-800-772-1213** 撥打此號碼是免費的。 服務時間：週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。 您可以使用社會保障局的自動電話服務獲取記錄的資訊及進行某些業務（全天候服務）。
TTY	**1-800-325-0778** 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。 服務時間：週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。
網站	www.ssa.gov

第 6 節 Medi-Cal (Medicaid)

Medi-Cal (Medicaid) 是一項聯邦與州政府的聯合計劃，幫助為某些收入和資產有限的人士支付醫療費用。某些 Medicare 受保人也符合 Medi-Cal (Medicaid) 的條件。透過 Medi-Cal (Medicaid) 提供的計劃可以幫助 Medicare 受保人支付其 Medicare 費用（如 Medicare 保費）。這些 **Medicare 節省計劃**包括：

- **符合條件的 Medicare 受益人 (QMB)**：幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分保費及其他分攤費用（如自付額、共同保險和共付額）。（某些 QMB 受保人也符合全部的 Medi-Cal (Medicaid) 福利條件 (QMB+)。）
- **特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)**：幫助支付 B 部分保費。（某些 SLMB 受保人也符合全部的 Medi-Cal (Medicaid) 福利條件 (SLMB+)。）
- **符合條件的個人 (QI)**：幫助支付 B 部分保費。
- **符合條件的殘疾與個人工作者 (QDWI)**：幫助支付 A 部分保費。

要瞭解有關 Medi-Cal (Medicaid) 及其計劃的更多資訊，請聯絡加州衛生保健服務部 (DHCS)。

方法	加州衛生保健服務部 (DHCS) — 聯絡資訊
致電	監察官辦公室 **1-888-452-8609** 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點；州定節假日除外
TTY	**711**
寫信	**California Department of Health Care Services** P.O. Box 997413, MS 0000 Sacramento, CA 95899-7413 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
網站	www.dhcs.ca.gov

第 7 節 與協助支付處方藥的計劃有關的資訊

Medicare.gov 網站 (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) 提供有關如何降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的人士，還有下述其他計劃可提供協助。

Medicare 的「額外補助」計劃

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

如果您自動符合「額外補助」資格，Medicare 將會郵寄一封信函給您。您無需申請。如果您未自動符合資格，您可能可以取得「額外補助」來支付您的處方藥保費與費用。若要瞭解自己是否符合取得「額外補助」的資格，請致電：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天；
- 社會保障局辦事處，電話 1-800-772-1213，服務時間：週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點。TTY 使用者可致電 1-800-325-0778；或
- 所在州的 Medi-Cal (Medicaid) 辦公室（聯絡資訊請參閱本章第 6 節）。

如果您認為您符合「額外補助」資格，且您認為您目前在藥房取得處方藥時支付的分攤費用金額有誤，我們的計劃設有一個程序，可讓您請求協助以取得適當的共付額等級證明，或如果您已有證明，可向我們提供此證明。

- 如要獲取最佳可用證明和在提供此證明方面需要協助，請聯絡會員服務部（電話號碼印在本文件封底）。
- 當我們收到表明您共付額等級的證明時，我們將會更新系統，讓您下次在藥房取得處方藥時可以支付正確的共付額。如果您多付了共付額，我們將會給您報銷。我們會給您一張價值等同於您多付之金額的支票，或者我們將會用該金額抵消未來的共付額。如果該藥房尚未向您收取共付額，並將您的共付額視作您所欠下的款項，則我們可能會直接向該藥房付款。如果州政府代您支付了款項，則我們可能會直接向州政府付款。如有疑問，請聯絡會員服務部。

如果您獲額外補助和州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 承保會怎樣？

許多州和美屬維爾京群島都提供補助用於支付處方藥、藥物計劃保費和/或其他藥物費用。如果您已加入州政府醫藥補助計劃 (SPAP)，Medicare 的額外補助會先行支付。

Genetically Handicapped Persons Program (GHPP)
MS 4502
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
電話：1-916-552-9105
週一至週五，上午 8 點至下午 5 點；州定節假日除外
傳送電子郵件至：ghppeligibility@dhcs.ca.gov
網站：www.dhcs.ca.gov

如果您獲「額外補助」和 AIDS 藥物補助計劃 (ADAP) 承保會怎樣？什麼是 AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)？

AIDS 藥物協助計劃 (ADAP) 可以幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 患者獲取挽救生命的 HIV 藥物。同樣屬於 ADAP 處方藥一覽表的 Medicare D 部分處方藥有資格透過加州公共衛生局傳染病中心 AIDS 辦公室獲得處方藥分攤費用補助。

註：如要符合參加所在州的 ADAP 的資格，您必須滿足特定條件，包括能夠提供所在州的居住證明和 HIV 患病狀況證明、符合州規定的低收入標準的證明，以及未獲承保/承保不足的證明。如果您變更計劃，請通知您當地的 ADAP 參保工作人員，以便您繼續獲得協助。如需瞭解關於資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請致電 1-844-421-7050。

Office of AIDS, Center for Infectious Diseases – California Department of Public Health
MS7700
P.O. Box 997426
Sacramento, CA 95899-7426
1-844-421-7050（電話）
1-844-421-8008（非機密傳真）
www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

州政府醫藥補助計劃

很多州都設有州政府醫藥補助計劃，以根據財務需求、年齡、身體狀況或殘障程度協助某些人士支付處方藥費用。每個州向計劃會員提供藥物承保的規則各不相同。

加州的州政府醫藥補助計劃叫做先天性殘障人士計劃 (GHPP)。

方法	先天性殘障人士計劃 (GHPP)（加州的州政府醫藥補助計劃）— 聯絡資訊
致電	**1-916-552-9105** 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點；州定節假日除外
寫信	**Genetically Handicapped Persons Program** **Integrated Systems of Care Division** MS 4502 P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413 傳送電子郵件至：ghppeligibility@dhcs.ca.gov
網站	www.dhcs.ca.gov

Medicare 處方藥付款計劃

Medicare 處方藥付款計劃是一個新的付款選項，可與您當前的藥物保險配合使用。它透過將您的藥物費用分攤到**全年**（1 月 — 12 月）**每月金額不等的付款**中，從而幫助您管理藥物費用。**此付款選項可能有助於您管理費用，但它不能為您節省或降低藥費。**對於符合資格的人士，Medicare 的「額外補助」和來自 SPAP 和 ADAP 的補助比參與 Medicare 處方藥付款計劃更為有利。所有會員均有資格參與此付款計劃，無論收入水平如何，所有附帶藥物保險的 Medicare 藥物計劃及 Medicare 保健計劃必須提供此付款選項。請聯絡我們或瀏覽 www.Medicare.gov，瞭解此付款方式是否適合您。

方法	**Medicare 處方藥付款計劃 — 聯絡資訊**
致電	1-866-845-1803 撥打此號碼是免費的。我們的服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。 會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。
TTY	1-800-716-3231 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。我們的服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。
寫信	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166
網站	https://www.express-scripts.com/mppp

第 8 節 如何聯絡鐵路職工退休委員會

鐵路職工退休委員會是獨立的聯邦機構，管理國家鐵路工作人員及其家庭成員的綜合福利計劃。如果您透過鐵路職工退休委員會獲取 Medicare 福利，當您搬遷或更改郵寄地址時請通知其更改相關資訊，這一點非常重要。如果對於您透過鐵路職工退休委員會獲得的福利有疑問，請聯絡該機構。

方法	鐵路職工退休委員會 — 聯絡資訊
致電	**1-877-772-5772** 撥打此號碼是免費的。 按「0」可接通鐵路職工退休委員會 (RRB) 代表，服務時間為週一至週五，上午 9 點至下午 3:30（週三除外，該天的服務時間為上午 9 點至中午 12 點）。 按「1」可接通 RRB 自動應答服務熱線，您可以利用此專線查詢一些資訊記錄，全天候服務（包括週末與節假日）。
TTY	**1-312-751-4701** 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼*不是*免費的。
網站	rrb.gov

第 9 節 您是否有團體保險或雇主提供的其他健康保險？

如果您（或者您的配偶或同居伴侶）因本計劃而從您的（或者您的配偶或同居伴侶）雇主處或退休人士團體處獲得福利，在您有任何疑問時，請致電雇主/工會福利管理員或會員服務部。您可以諮詢有關您的（或者您的配偶或同居伴侶）雇主或退休人士健康福利、保費或參保期的問題。（會員服務部電話號碼印在本文件封底。）您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)，詢問與您在本計劃下獲得的 Medicare 承保範圍有關的問題。

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

第 3 章：

使用本計劃承保您的醫療服務

第 1 節 作為我們計劃的會員獲得醫療護理的須知

本章介紹有關使用本計劃承保您的醫療護理所需要瞭解的事項。其中提供了一些術語的定義，並介紹了要讓本計劃承保您的醫學治療、服務、設備、處方藥和其他醫療護理，您需要遵守的一些規定。

有關我們計劃所承保醫療護理以及獲得此護理時您應支付的費用的詳情，請參閱下一章中的福利表，第 4 章*（醫療福利表，承保範圍與支付費用）*。

第 1.1 節 什麼是網絡內服務提供者和承保服務？

- **醫療服務提供者**是經州許可的，提供醫療服務和護理的醫生以及其他醫療保健專業人員。提供者一詞還包含醫院以及其他醫療保健機構。
- **網絡內服務提供者**是指與我們達成協議，接受我們的付款以及您的分攤費用金額作為完整付款的醫生以及其他醫療保健專業人員、醫療團體、醫院以及其他醫療保健機構。我們已安排這些服務提供者為參與本計劃的會員提供承保服務。對於為您提供的護理，我們的網絡內服務提供者會直接向我們開出帳單。接受網絡內服務提供者的服務時，您只需為他們提供的服務支付您的分攤費用。
- **承保服務**包括本計劃所承保的所有醫療護理、醫療保健服務、用品、設備以及處方藥。第 4 章的福利表中列出了您的醫療護理承保服務。您的處方藥承保服務列於第 5 章。

第 1.2 節 獲得本計劃所承保醫療護理的基本規定

作為 Medicare 保健計劃，SCAN Balance 必須承保 Original Medicare 所承保的所有服務，且必須遵守 Original Medicare 的承保規定。

只要滿足以下條件，SCAN Balance 通常都會承保您的醫療護理：

- **您所接受的護理包括在本計劃的醫療福利表中**（該表在本文件第 4 章中）。
- **您所接受的護理被視為具有醫療必需性的護理。**醫療必需表示服務、用品、設備或藥物是預防、診斷或治療您的醫療情況所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
- **您有一個網絡內主治醫生 (PCP) 來為您提供和監管護理。**作為我們計劃的會員，您必須選擇一個網絡內 PCP（有關詳細資訊，請參閱本章中的第 2.1 節）。
  - 在大多數情況下，您必須事先獲得網絡內 PCP 批准，才能使用本計劃網絡內的其他服務提供者，例如專科醫生、醫院、專業護理機構或居家護理機構。這稱為給您轉診。有關詳細資訊，請參閱本章中的第 2.3 節。
  - 緊急醫療護理或急症治療服務不需要從您的 PCP 處轉診。您還可以獲得一些其他類型的護理，而無需您的 PCP 事先批准（有關詳細資訊，請參閱本章中的第 2.2 節）。

- **您必須從網絡內服務提供者處獲得護理**（有關詳細資訊，請參閱本章中的第 2 節）。在大多數情況下，您從網絡外服務提供者（不在我們計劃網絡內的服務提供者）處接受的護理將無法獲得承保。這意味著您必須就所提供的服務向服務提供者全額付款。*以下三項例外：*
  - 本計劃會對您從網絡外服務提供者處獲得的緊急醫療護理或急症治療服務進行承保。有關詳細資訊以及緊急醫療護理或急症治療服務的含義，請參閱本章第 3 節。
  - 如果您需要的醫療護理是 Medicare 要求我們計劃承保，但我們網絡內沒有專科醫生提供此護理，您可以從網絡外服務提供者處獲得此護理，而您通常支付的分攤費用與在網絡內的相同。在向網絡外服務提供者尋求護理之前，您必須獲得授權。您的 PCP 可協助您獲得授權。在此情況下，您所支付的費用將與從網絡內服務提供者處獲得護理時支付的費用相同。有關獲得批准以向網絡外醫生求診的資訊，請參閱本章第 2.4 節。
  - 本計劃承保當您暫時離開本計劃的服務區域時，或當您的透析服務提供者暫時不可用或無法營業時，在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。您為透析計劃支付的分攤費用絕不能超過 Original Medicare 的分攤費用。如果您在計劃的服務區域之外並從計劃網絡之外的服務提供者處獲得透析，您的分攤費用不能超過您在網絡內支付的分攤費用。但是，如果您常用的網絡內透析服務提供者暫停服務，並且您選擇在服務區域內從計劃網絡外服務提供者處獲得服務，則透析的費用分攤可能會更高。

第 2 節 使用本計劃網絡內的服務提供者獲得醫療護理

第 2.1 節 您必須選擇一個主治醫生 (PCP) 來提供和監管您的醫療護理

什麼是 PCP？PCP 會為您做什麼？

您的 PCP 是一名符合州要求的服務提供者，接受過專業訓練，可為您提供基礎醫療護理。您將從您的 PCP 處獲得常規或基礎護理服務，下文將作具體解釋。同時，PCP 也會為您妥善協調您作為計劃會員應獲的其他承保服務。例如，如果您要看專科醫生，您通常必須先獲得 PCP 的批准（這稱為「轉診」至專科醫生）。您的 PCP 會為您提供大部分的護理，並將幫助您安排或協調您作為計劃會員應獲得的其他承保服務。

這包括：

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

「協調」您的服務包括與其他計劃服務提供者一起就您的護理及進展進行核查或諮詢。如果您需要特定類型的承保服務或用品，必須獲得 PCP 的事先書面批准（例如給您提供一份看專科醫生的轉診書）。在某些情況下，您的 PCP 將需要獲得其所屬醫療團體或 SCAN Health Plan 的事先授

權（事先批准）。由於您的 PCP 將會提供並協調您的醫療護理，因此您應將所有過去的醫療記錄寄送至 PCP 的診室。

有許多類型的服務提供者可以擔任您的 PCP，其中包括：家庭醫生、全科醫生和內科醫生。

如何選擇您的 PCP？

如需查看可用 PCP 的名單，請查閱「醫療服務提供者與藥房目錄」或瀏覽我們的網站 www.scanhealthplan.com。查閱您所在地區的可用服務提供者清單後，請致電會員服務部（電話號碼印在本文件封底）。

請注意：如果您在參保後 30 天內沒有選擇 PCP，SCAN Health Plan 將為您指定一名 PCP。

您與您 PCP 之間的關係至關重要。因此我們強烈建議您選擇一位離家較近的 PCP。選擇離家較近的 PCP 不僅方便您接受醫療護理，還有助於建立信任與開放的關係。在參保後的 90 天內，務必與您的新 PCP 排定首次健康狀況評估約診。此次評估可以讓 PCP 瞭解您的基本情況，以便為您提供治療。

每個計劃 PCP 都有其用於轉診的特定計劃專科醫生。這意味著您選擇的 PCP 可以決定您要看的專科醫生。

更換您的 PCP

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

如果您想要在您的簽約醫療團體或獨立執業醫師協會 (IPA) 內更換您的 PCP，此變更將於下月首日生效。如果您想要將您的 PCP 更換為隸屬於另一個簽約醫療團體或 IPA 的醫生，我們必須在當月 20 日之前（含當天）收到您的申請。變更將於下月首日生效。若要更換您的 PCP，請致電會員服務部（電話號碼印在本文件封底）。

更換您的 PCP 且您的 PCP 隸屬於不同的醫療團體時，可能會導致您只能接受經該 PCP 轉診的特定專科醫生或醫院（例如子網絡、轉診網）的服務。

在您致電時，請務必告知會員服務部您是否在向專科醫生求診，或是否有取得其他需要您 PCP 批准的承保服務（例如居家護理服務和耐用醫療設備）。會員服務部將確認該專科醫生是否屬於您選擇的醫療團體或獨立執業醫師協會 (IPA)，如果他們不屬於該服務提供者網絡，還會幫助確保您在更換 PCP 時能夠繼續獲得您一直在接受的專科護理及其他服務。他們還會為您確認您所指定的 PCP 是否接受新患者。

會員服務部將告知您更換新的 PCP 將於何時生效。他們也將郵寄給您一張新的會員卡，註明您新 PCP 的姓名與電話號碼。

有時，為您提供護理的網絡內服務提供者可能會退出本計劃。如果發生這種情況，您將必須轉換到另一名我們計劃內的服務提供者。您可以致電會員服務部，讓其協助您尋找和選擇另一位服務提供者，不然我們就會在您的簽約醫療團體或獨立執業醫師協會 (IPA) 中為您選擇另一位 PCP。如果您對我們為您選擇的 PCP 不滿意，您可以隨時致電我們要求更換您的 PCP。

第 2.2 節 您不需要經過您的 PCP 轉診也可獲得哪些種類的醫療護理？

您不需要經過您的 PCP 事先批准即可獲得下列服務。

- 常規女性醫療保健，包括乳腺檢查、乳腺照影篩檢（乳腺 X 光檢查）、子宮頸塗片檢查和盆腔檢查，只要是從網絡內服務提供者處接受這些服務即可。
- 流感疫苗、COVID-19 疫苗、B 型肝炎疫苗以及肺炎疫苗，只要是從網絡內服務提供者處接受這些護理即可
- 從網絡內服務提供者或網絡外服務提供者處獲得的緊急服務
- 計劃承保的急症治療服務，即當您暫時不在計劃的服務區域內時，或者考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理時，需要立即進行醫療處理的服務（但並非緊急醫療情況）。急症治療服務包括無法預見的疾病和傷害，或現有病症意外發作。但是，即使您不在計劃的服務區域內或計劃網絡暫時不可用，醫療必需的服務提供者處常規就診（例如年度檢查）也不被視為急症治療。
- 當您暫時離開本計劃的服務區域時，在 Medicare 認證的透析機構獲得的腎透析服務。如果可能，請在離開服務區之前致電會員服務部，以便我們可以安排您在離開期間接受維持透析。

第 2.3 節 如何從專科醫生和其他網絡內服務提供者處獲得護理

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

- 腫瘤醫生，負責治療癌症患者。
- 心內科醫生，負責治療心臟有問題的患者。
- 骨科醫生，負責骨頭、關節或肌肉有某些問題的患者。

在您看計劃專科醫生或某些其他服務提供者之前，務必從您的 PCP 那裡獲得轉診書（事先批准）（例外情況列於上文第 2.2 節）。如果您並未在接受專科醫生的服務前，先行取得轉診書（事先批准），則您可能需要自行支付服務費用。

對於某些類型的轉診，您的 PCP 可能需要獲得 SCAN Health Plan 的事先批准（這稱為獲得「事先授權」）。事先授權是指獲得服務的事先批准。有些網絡內醫療服務僅在您的醫生或其他網絡內服務提供者取得我們計劃的「事先授權」時才獲承保。第 4 章第 2.1 節福利表的註腳中列有需獲得事先授權的承保服務。

如果該名專科醫生希望您回來接受更多護理，請先行確認您為了第一次求診而從 PCP 取得的轉診書（事先批准）承保了向該名專科醫生的更多次求診。

如果您想要向特定的專科醫生求診，請查明您的 PCP 是否將其患者轉診至這些專科醫生。每個計劃 PCP 都有其用於轉診的特定計劃專科醫生。這意味著您選擇的 PCP 可以決定您要看的專科醫生。如果您想要使用特定的醫院，必須先弄清楚您的 PCP 是否使用這些醫院。

如果專科醫生或其他網絡內服務提供者退出我們的計劃，該如何處理？

我們可能會在一年當中對您計劃內的醫院、醫生和專科醫生（服務提供者）進行更改。如果您的醫生或專科醫生退出您的計劃，您擁有的權利和保護措施概述如下：

- 儘管我們的服務提供者網絡可能會在一年當中發生變更，但 Medicare 要求我們必須讓您不間斷地獲得由合資格的醫生和專科醫生提供的服務。
- 如果您的服務提供者將退出我們的計劃，我們將通知您，以便您有時間選擇新的服務提供者。
  - 如果您的初級保健或行為健康服務提供者退出我們的計劃，而您在過去三年內向其求診過，則我們將通知您。
  - 如果您的任何其他服務提供者退出我們的計劃，而您被分配到該服務提供者、目前正在接受他們的護理或在過去三個月內向其求診過，則我們將通知您。
- 我們將協助您選擇一個新的合格網絡內服務提供者，便於您獲得持續護理。
- 如果您正在接受醫學治療或正在接受現有提供者的治療，您有權要求且我們將幫助您確保正在接受的醫療必需治療持續提供。
- 我們將向您提供有關可供您使用的不同參保期，以及您可能擁有的更改計劃的選項的資訊。
- 當網絡內服務提供者或福利無法或不足以滿足您的醫療需求時，我們將在我們的醫療服務提供者網絡之外安排任何醫療必需性承保福利，但需收取網絡內分攤費用。可能需要授權。
- 如果您發現您的醫生或專科醫生打算退出計劃，請與我們聯絡，以便我們協助您找到新的服務提供者以管理您的護理。
- 如果您認為我們沒有向您提供合資格的服務提供者以取代您之前的服務提供者，或者認為您的護理沒有得到恰當管理，您有權向 QIO 提出護理品質投訴、向計劃提出護理品質申訴，或提出兩者。請參閱第 9 章。

第 2.4 節 如何從網絡外服務提供者處獲得護理

SCAN Balance 不承保在網絡外提供的服務，但以下情況例外：

- 從網絡外服務提供者處獲得的緊急醫療護理或急症治療服務。這包括全球範圍承保（如您的計劃提供承保）。
- 如果您需要的醫療護理是 Medicare 要求我們計劃承保，但我們網絡內沒有服務提供者提供此護理，您可以從網絡外服務提供者處獲得此護理。對於此類轉診，在尋求護理之前，您必須獲得授權。您的 PCP 可協助您獲得授權。在此情況下，我們將按您從網絡內服務提供者處獲得護理來承保這些服務。如果您並未在接受網絡外服務提供者的服務前先行取得事先授權（事先批准），則您可能需要自行支付服務費用。
- 您暫時位於服務區域之外或已獲得事先授權時的腎臟透析服務。

（欲瞭解該等資訊，請參閱本章第 2.1 節和第 2.3 節）。如需有關這些服務區域的資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本文件封底）。

第 3 節 如何在需要緊急醫療或急症治療時或在災難期間獲得服務

第 3.1 節 在發生緊急醫療情況時獲得護理

什麼是緊急醫療情況？發生緊急醫療情況時您應該做什麼？

緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行人認為自己出現的症狀需要立即就醫以防發生生命危險（若您是孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失、或身體機能喪失或嚴重受損的醫療症狀。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病症。

如果您發生緊急醫療情況，請：

- **儘快尋求幫助。**撥打 911 求救或前往最近的急診室或醫院。如果需要，請叫救護車。您*不*需要經過您的 PCP 批准或先從您的 PCP 處轉診。您*並非*一定要使用網絡內醫生。任何時候您有需要時，您可以從美國或其領土中的任何地點獲得承保的緊急醫療護理，也可從任何擁有適當州執照的醫療服務提供者處獲取，即使他們不屬於我們的網絡。我們的計劃也承保全球範圍內的緊急醫療服務，只要接受護理的理由符合上述「緊急醫療情況」的定義。請參閱第 4 章瞭解更多資訊。
- **請務必儘快向我們的計劃通知您的緊急情況。**我們需要跟進您的緊急醫療護理。您或其他人應致電（通常在 48 小時內）說明您的緊急醫療護理情況。聯絡資訊載於第 2 章及本文件封底。

在發生緊急醫療情況時承保哪些護理？

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

為您提供緊急醫療護理的醫生將決定您的病情什麼時候穩定，以及緊急醫療護理何時結束。

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

如果您接受了網絡外服務提供者提供的緊急醫療護理，我們會在您的病症和環境允許的情況下，立即安排網絡內服務提供者接管您的護理工作。如果您在美國境外的美國屬地需要緊急醫療護理，請出示您的 SCAN 會員卡，以便服務提供者可以直接向 SCAN 收費。在美國或其屬地境外出現緊急情況後的後續護理不獲承保。

如果您在美國或其屬地境外接受緊急醫療或急症治療服務，通常需要在接受服務時支付帳單費用。大多數境外服務提供者都沒有資格從 Medicare 或 SCAN 直接獲得報銷，也不會接受 Medicare 或 SCAN 的報銷，而會要求您直接支付服務費用。

您應負責向 SCAN 提供書面的項目對帳單、醫療記錄（如果可能）、帳單或收據明細，以顯示您所接受的具體服務。向我們寄送一份分項帳單或分項收據來報銷您的承保服務。SCAN 會**按 Original Medicare 報銷費率**減去您所接受服務的任何分攤費用來為您報銷。這意味著您收到的報銷可能會少於您為服務支付的費用。您應做好準備，協助我們獲取正確處理您的報銷請求所需的任何額外資訊，包括醫療記錄。

SCAN 將報銷您在緊急醫療情況下所需的服務，包括從發生緊急醫療情況的地點到最近的醫療機構或服務提供者處的救護車服務。SCAN 將不承保從國外送回美國的交通服務。

如果您的緊急情況需要您住院一晚或多晚或需要進行外科手術，您應聯絡 SCAN。您應在情況穩定後立即告知。您可以在您的會員卡背面找到 SCAN 會員服務部的電話號碼。

旅行時不承保後續護理、在美國期間服用的處方藥和常規護理。

醫療旅行保單會為您的保健計劃不承保的服務支付更高的自付醫療費用，並承保國際旅行期間產生的不可預見的醫療費用。建議在境外旅行前購買醫療旅行保單。如果您遇到緊急醫療情況並購買了旅行保險，請在提交報銷文件時附上您的保單。SCAN 將能夠與保險公司協調付款。

全球範圍內的緊急醫療和急症治療保險不獲 Original Medicare 承保，其被視為一項補充福利。SCAN 將**按 Original Medicare 報銷費率**報銷在美國及其屬地境外獲得的承保網絡外緊急醫療和急症護理服務。您將負責支付超出 Original Medicare 支付範圍的任何費用，以及您所接受服務的分攤費用。

如果不是緊急醫療情況，該如何處理？

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

不過，當醫生表示這*不是*緊急情況後，我們
*僅*在您以下列兩種方式中的一種獲取其他護理時才會承保其他護理：

- 您到網絡內服務提供者處獲得其他護理。
- -- *或者* -- 您所接受的其他護理被視為急症治療服務，且您遵守針對獲得該急症治療的相關規定（有關詳細資訊，請查看下文第 3.2 節）。

第 3.2 節 獲得急症治療服務

什麼是急症治療服務？

急症治療服務是指當您暫時不在計劃的服務區域內時，或者考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理時，計劃承保的需要立即進行醫療處理的服務（但並非緊急醫療情況）。急症治療服務包括無法預見的疾病和傷害，或現有病症意外發作。但是，即使您不在計劃的服務區域內或計劃網絡暫時不可用，醫療必需的服務提供者處常規就診（例如年度檢查）也不被視為急症治療。

您可以透過以下四 (4) 種方式獲取急症治療服務：

- 前往急症護理中心進行面對面就診
    - 雖然您可以前往任何急症護理中心，但是當您在計劃的服務區域內時，您應該前往與您的醫生合作的急症護理中心。在您需要前往急症護理中心之前，請向您的醫生索取與其合作的急症護理中心清單。

- 使用護士諮詢專線進行電話就診，共付額為 $0。請參閱第 4 章醫療福利表中的護士諮詢專線。
- 由您的醫療團體提供的虛擬就診（您需要為虛擬就診支付診室就診共付額）。在您需要之前，請詢問您的醫生是否提供虛擬就診，以及如何進行虛擬就診。
- 虛擬急症治療遠程醫療就診，共付額為 $0。請參閱第 4 章醫療福利表中遠程醫療服務下的急症治療遠程醫療。

在以下情況下，我們的計劃承保全球範圍內美國境外的緊急醫療和急症治療服務：緊急服務，包括緊急醫療或急症治療護理及緊急救護車載送（從緊急情況現場前往最近的醫學治療機構）。從另一個國家或地區返回美國的載送不受承保。針對任何已知病症的預先安排、預先計劃的治療（包括慢性透析）和/或選擇性程序均不受承保。任何後續護理，包括治療後護理、康復、醫生就診和專業護理機構住院不被視為緊急醫療或急症治療護理，且不受承保。

如果您在美國或其屬地境外接受緊急醫療或急症治療服務，通常需要在接受服務時支付帳單費用。大多數境外服務提供者都沒有資格從 Medicare 或 SCAN 直接獲得報銷，也不會接受 Medicare 或 SCAN 的報銷，而會要求您直接支付服務費用。要求提供書面帳單或收據明細，以證明您所接受的具體服務。向我們寄送一份分項帳單或分項收據，**按 Original Medicare 報銷費率**減去您所接受服務的任何分攤費用來報銷您的承保服務。您應做好準備，協助我們獲取正確處理您的報銷請求所需的任何額外資訊，包括醫療記錄。

醫療旅行保單會為您的保健計劃不承保的服務支付更高的自付醫療費用，並承保國際旅行期間產生的不可預見的醫療費用。建議在境外旅行前購買醫療旅行保單。

全球範圍內的緊急醫療和急症治療保險不獲 Original Medicare 承保，其被視為一項補充福利。SCAN 將**按 Original Medicare 報銷費率**報銷在美國及其屬地境外獲得的承保網絡外緊急醫療和急症護理服務。您將負責支付超出 Original Medicare 支付範圍，再減去您所接受服務的任何分攤費用的任何費用。

第 3.3 節 災難期間獲取護理

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

請瀏覽以下網站 www.scanhealthplan.com，瞭解如何在災難期間獲取所需護理。

如果您在災難期間無法使用網絡內服務提供者，您的計劃將允許您按網絡內分攤費用從網絡外服務提供者處獲取護理。如果您在災難期間無法使用網絡內藥房，您可在網絡外藥房配取您的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節瞭解更多資訊。

第 4 節 如果您直接收到服務全部費用的帳單，該如何處理？

第 4.1 節 您可以要求我們支付我們對您的承保服務應承擔的費用

如果您為承保服務支付的費用超過了您的計劃分攤費用，或者您收到了承保醫療服務的全部費用帳單，請前往第 7 章*（要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付應承擔的費用）*，以瞭解該如何處理。

第 4.2 節 如果服務不在我們計劃的承保範圍內，您必須支付全部費用

SCAN Balance 可承保本文件第 4 章醫療福利表中列示的所有醫療必需服務。如果接受的服務不是計劃承保服務，或是在網絡外接受且未獲授權，您將有責任支付服務的全部費用。

對於有福利限制的承保服務，在使用完該類型承保服務的福利後，您也需要支付所接受的任何服務的全部費用。一旦達到承保醫療福利限制，那麼產生的任何額外醫療費用將不會計入您的最高自付費用限額。如果想要知道您已使用了多少福利限制，您可以致電會員服務部。

第 5 節 參加「臨床研究」時，您的醫療服務如何獲得承保？

第 5.1 節 什麼是臨床研究？

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

在 Medicare 批准研究且您表示感興趣後，研究人員會與您聯絡並進一步介紹該研究，看看您是否符合執行研究的科學家規定的要求。只要您符合研究要求*並且*完全瞭解和接受參與研究涉及的一切事宜，您就可以參與研究。

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

如果您想參與 Medicare 批准的任何臨床研究，並*不*需要經過我們或您的 PCP 批准。作為臨床研究的一部分為您提供護理的服務提供者*不*需要屬於我們計劃的服務提供者網絡。請注意，這不包括我們計劃負責提供的福利，其中包括作為評估福利的組成部分的臨床試驗或登記。其中包括根據要求依實證發展之給付的全國承保範圍裁決 (NCD-CED) 和研究器械豁免 (IDE) 研究指定的某些福利，並且可能需要事先授權並遵守其他計劃規定。

雖然您不需要經過我們計劃的批准即可參與由 Original Medicare 為 Medicare Advantage 參保者承保的臨床研究，但我們鼓勵您在選擇參加符合 Medicare 資格的臨床試驗時提前通知我們。

如果您參加的研究*沒有*獲得 Medicare 的批准，*您需要負責支付加入此研究的所有費用*。

第 5.2 節 參與臨床研究時，如何分攤費用？

在您參與 Medicare 批准的臨床研究後，Original Medicare 將承保您在研究中接受的常規用品和服務，包括：

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

在 Medicare 支付其為這些服務應承擔的費用後，我們的計劃將支付 Original Medicare 的分攤費用和您作為本計劃會員的網絡內分攤費用之間的差額。這就是說，參與研究時您為所接受的服務支付的費用將和從我們的計劃接受這些服務時相同。但是，您必須提交證明您支付的分攤費用金額的證明文件。有關提交付款請求的詳細資訊，請參閱第 7 章。

> *以下是分攤費用如何運作的例子：*假設您在研究中接受了價值 $100 的化驗室檢查。我們再假設，根據 Original Medicare 的規定，您為這個檢查分攤的費用為 $20，但這個檢查在我們的計劃福利之下只需 $10。在此情況下，Original Medicare 會為檢查支付 $80，而您將支付 Original Medicare 要求的 $20 共付額。然後，您要通知您的計劃您接受了合資格的臨床試驗服務，並向計劃提交證明文件，例如服務提供者帳單。然後，本計劃將直接向您支付 $10。因此，您的淨付款為 $10，與您根據我們的計劃福利支付的金額相同。請注意，為了從您的計劃獲得付款，您必須向該計劃提交證明文件，例如服務提供者帳單。

參與臨床研究時，**Medicare 和我們的計劃均不會支付以下任何費用：**

- 通常，Medicare *不*會為研究正在測試的新用品或服務支付費用，除非是即使*不*參與研究，Medicare 也會承保的用品或服務。
- 只用於收集資料而不是直接對您進行醫療保健而提供的用品或服務。例如，在您的病症通常只需一次 CT 掃描時，Medicare 將不會為在研究中進行的每月 CT 掃描支付費用。
- 研究主辦方通常免費向任何試驗參與者提供的用品和服務。

想知道更多資訊嗎？

您可以瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載刊物《Medicare 和臨床研究》*(Medicare and Clinical Research Studies)*，以獲取更多有關參與臨床研究的資訊。（刊物載於：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf。）您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

第 6 節 有關在宗教性非醫療保健機構獲得護理的規定

第 6.1 節 什麼是「宗教性非醫療保健機構」？

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

第 6.2 節 從宗教性非醫療保健機構獲得護理

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

- **非強制性**醫學護理或治療是指*自願*而並非聯邦、州或地方法律*要求*的任何醫學護理或治療。
- **強制性**醫學治療是指*非*自願而是聯邦、州或地方法律*要求的*醫學護理或治療。

若要獲得本計劃承保，您從宗教性非醫療保健機構接受的護理必須符合以下條件：

- 提供護理的機構必須經過 Medicare 認證。
- 本計劃對所接受服務的承保僅限於護理的*非宗教*方面。
- 如果您從該機構獲得的服務在醫療機構中提供，則下列條件適用：
  - 您的病症必須允許您接受住院治療或專業護理機構護理的承保服務。
  - -- *並且* -- 您在進入該機構之前必須得到本計劃的事先批准，否則您的住院將無法獲得承保。

在宗教性非醫療保健服務提供者提供的受益期中，您每個受益期最多可獲得 90 天承保。您將支付與住院治療相同的分攤費用。請參閱第 4 章中的醫療福利表。

第 7 節 對擁有耐用醫療設備的規定

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

耐用醫療設備 (DME) 包括以下物品：氧氣設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、枴杖、糖尿病用品、語音生成設備、靜脈輸液幫浦、霧化器和服務提供者訂購用於家庭的醫院病床。某些物品（例如義肢）將始終由會員擁有。在本節中，我們將討論您必須租用的其他類型的 DME。

在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人在為該設備支付 13 個月的共付額後即可擁有該設備。但是，作為 SCAN Balance 的會員，無論您在作為我們計劃會員期間為該用品支付了多少共付額，您通常都不會獲得租用 DME 用品的所有權，即使您在加入我們的計劃之前，在 Original Medicare 下為 DME 用品連續支付了多達 12 次費用也是如此。

如果您轉到 Original Medicare，您已為耐用醫療設備支付的款項會怎樣？

如果您在我們的計劃中未獲得 DME 的所有權，則在轉至 Original Medicare 後，您需要重新為該設備連續支付 13 次費用才能擁有該設備。參保計劃期間支付的款項不計算在內。

範例 1：您在 Original Medicare 中為設備連續支付 12 次或少於 12 次費用，接著加入了我們的計劃。您在 Original Medicare 下支付的款項不計算在內。

範例 2：您在 Original Medicare 中為設備連續支付 12 次或少於 12 次費用，接著加入了我們的計劃。您之前在我們的計劃中，但是您在擁有計劃會員身份期間沒有獲得該設備的所有權。然後您轉回了 Original Medicare。返回 Original Medicare 後，您必須再連續支付 13 次才能擁有該設備。所有之前的付款（無論是給我們的計劃還是 Original Medicare）都不計算在內。

第 7.2 節 對氧氣設備、用品和維修的規定

您有權獲得哪些氧氣福利？

如果您符合 Medicare 氧氣設備承保資格，SCAN Balance 將承保：

- 氧氣設備租用
- 氧氣和含氧物質的輸送
- 用於輸送氧氣和含氧物質的管子及相關供氧配件
- 氧氣設備的保養與修理

如果您退出 SCAN Balance 或在醫療上不再需要氧氣設備，則氧氣設備必須退回。

如果您退出計劃並返回 Original Medicare，會發生什麼？

Original Medicare 要求氧氣設備供應商必須為您提供為期五年的服務。在前 36 個月內，您需要租用設備。在餘下的 24 個月內，供應商負責提供設備和進行維護（您仍需支付氧氣的共付額）。五年之後，您可以繼續選擇同一家公司或另選一家公司。屆時，為期五年的服務週期將再次開始，即使您繼續選擇同一家公司，您也必須在前 36 個月支付共付額。如果您加入或退出我們的計劃，那麼為期五年的服務週期將重頭算起。

第 4 章：

醫療福利表

（承保範圍與支付費用）

第 1 節 瞭解您為承保服務支付的自付費用

本章提供一個醫療福利表，為您提供作為 SCAN Balance 會員的承保服務清單，並告知您必須為每項承保服務支付多少費用。在本章後文部分，您可以瞭解有關不予承保的醫療服務的資訊，其中也說明了某些服務的限制。請參閱本章第 4 節的附錄，瞭解限制和不保項目的更多資訊。

第 1.1 節 您為承保服務支付的自付費用類型

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

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

大部分符合 Medi-Cal (Medicaid) 或 Qualified Medicare Beneficiary (QMB) 計劃資格的人都不應支付自付額、共付額或共同保險。請務必向您的提供者出示您的 Medi-Cal (Medicaid) 或 QMB 資格證明（如適用）。

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

由於您已加入 Medicare Advantage 計劃，因此對於您每年需要為 Medicare A 部分和 B 部分承保的網絡內醫療服務支付的自付費用有一定限額。此限額稱為醫療服務的最高自付費用 (MOOP) 金額。在 2025 年，此金額為 $199。

您為網絡內承保服務支付的共付額和共同保險都將計入這個最高自付費用。您為逾期參保罰金（如有）及 D 部分處方藥支付的金額不計入最高自付費用。此外，您為某些服務支付的金額也不計入您的最高自付費用。這些服務在醫療福利表中以星號標記。如果達到 $199 的最高自付費用金額，您將不需要為該年剩餘時間內的 A 部分和 B 部分網絡內承保服務支付任何自付費用。但是，您必須繼續支付 Medicare B 部分保費（除非您的 B 部分保費由 Medi-Cal (Medicaid) 或其他第三方為您支付）。

第 1.3 節 我們的計劃不允許服務提供者向您收取「差額費用」

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

這項保護的具體適用情況如下。

- 如果您應分攤的費用為共付額（固定的金額，例如 $15.00），您只需要為網絡內服務提供者提供的任何承保服務支付該金額即可。

- 如果您應分攤的費用為共同保險（占總費用的百分比），則您支付的費用絕對不會超過該百分比。但是，您的費用取決於您看的是哪種類型的服務提供者：
  - 如果您從網絡內服務提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以本計劃的報銷費率（該報銷費率由服務提供者與本計劃簽訂的合約決定）。
  - 如果您從參與 Medicare 的網絡外服務提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃內服務提供者的 Medicare 支付費率。（請記住，本計劃只在特定情況下，例如您獲得轉診或需要緊急醫療或急症治療服務時，才會承保網絡外服務提供者提供的服務。）
  - 如果您從未參與 Medicare 的網絡外服務提供者處獲得承保服務，您支付的費用為共同保險百分比乘以計劃外服務提供者的 Medicare 支付費率。（請記住，本計劃只在特定情況下，例如您獲得轉診或需要緊急醫療或處於服務區外需要急症治療服務時，才會承保網絡外服務提供者提供的服務。）
- 如您認為醫療服務提供者向您收取差額費用，請致電會員服務部。

第 2 節 使用*醫療福利表*瞭解為您承保哪些服務以及您將支付多少費用

第 2.1 節 您作為本計劃會員的醫療福利和費用

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

- 您的 Medicare 承保服務必須根據 Medicare 所制定的承保指導方針予以提供。
- 您的服務（包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分處方藥）*必須*是醫療必需的。醫療必需表示服務、用品或藥物是預防、診斷或治療您的醫療情況所需要的，且符合可接受的醫療實踐標準。
- 對於新參保人，您的 MA 協調護理計劃必須提供至少 90 天的過渡期，在此期間，即使治療療程的服務是由網絡外服務提供者提供，新的 MA 計劃也不得對任何進行中的治療療程要求事先授權。
- 您有一個主治醫生 (PCP) 來為您提供和監管護理。在大多數情況下，您必須事先獲得您的 PCP 批准，才能使用本計劃網絡內的其他服務提供者。這稱為給您轉診。
- *只有*在您的醫生或其他網絡內服務提供者事先經過我們批准（有時稱為事先授權）時，醫療福利表中所列的某些服務才能獲得承保。醫療福利表中以腳註標出需獲得預先核准的承保服務。

承保範圍重要注意事項：

- 像所有的 Medicare 保健計劃一樣，我們承保 Original Medicare 承保的所有項目。對於這些福利中某些項目，您在我們的計劃中需支付比 Original Medicare *更多*的費用。除這些項目以外，您支付相對*更少*的費用。（如要瞭解承保範圍和 Original Medicare 的費用詳情，請參閱《Medicare 與您 2025》(Medicare & You 2025) 手冊。線上瀏覽 www.medicare.gov 或

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。）

- 對於所有在 Original Medicare 下免費承保的預防性服務，我們也免費為您承保這些服務。但是，如果您在接受預防性服務的同時也接受針對現有病症的治療或監視，您將需要為針對現有病症所接受的護理支付共付額。
- 如果 Medicare 在 2025 年新增任何新服務的承保，Medicare 或我們的計劃將為這些服務承保。
- 如果您處於我們計劃視您具有續保資格的 2 個月期內，我們將繼續提供所有計劃承保福利，且您的分攤費用金額在此期間不變。

關於罹患慢性病的參保人的重要福利資訊

- 如果您被診斷出患有下列某種（某些）慢性病並符合特定的醫療標準，您可能有資格獲得針對慢性疾病的特殊補充福利。
  - 癌症、心血管疾病、慢性心臟衰竭、失智症、糖尿病、晚期腎病以及神經系統疾病。
  - 為了確定您是否符合享有額外福利的資格，您的服務提供者將填寫診斷結果確認書，或者，SCAN 將針對您的慢性疾病保健需求執行健康評估。
- 請查看以下醫療福利表中的*慢性病特殊補充福利*瞭解詳細資訊。
- 請聯絡我們，具體瞭解您可能有資格獲得哪些福利。

您會在福利表中預防性服務的旁邊看到這個蘋果。

醫療福利表

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
腹主動脈瘤篩檢 對有患病風險的人進行一次性超音波篩檢。僅在您有某些風險因素且您獲得醫生、醫生助理、專科護理師或臨床專科護士的轉診進行此篩檢時，本計劃才會予以承保。	符合此預防性篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
治療慢性腰背痛的針灸（Medicare 承保） 承保服務包括： 在下列情況下，可為 Medicare 受益人承保 90 天內最多 12 次就診： 對於此福利來說，慢性腰背痛的定義為： • 持續 12 週或更長時間； • 非特異性的，無法找到明確的系統性原因（即與轉移性、發炎性、傳染性疾病等無關）； • 與手術無關；以及 • 與懷孕無關。 對於症狀有所好轉的患者，還將承保 8 次額外的就診。每年不得施行超過 20 次針灸治療。 如果患者病情沒有好轉或出現惡化，則必須中止治療。 服務提供者要求： 醫生（如《社會保障法》（「法案」）第 1861(r)(1) 節所定義）可根據適用州要求提供針灸服務。 醫生助理 (PA)、專科護理師 (NP)/臨床護士專科醫生 (CNS)（查看法案 1861(aa)(5)） 以及輔助人員在符合所有適用州要求且符合以下條件時可以提供針灸： • 獲得針灸和東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認證學校的針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及 • 獲得在美國各州、地區或聯邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區施行針灸的當前、完整、有效且不受限制的執照。 根據我們的法規 42 CFR §§ 410.26 和 410.27 的規定，提供針灸的輔助人員必須受到醫生、PA 或 NP/CNS 的適當監督。	每次診室就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
針灸服務（常規/非 Medicare 承保）*	
針灸服務涵蓋醫療必需的常規護理。您必須使用簽約的計劃服務提供者。您受保每年最多 30 次常規針灸服務就診（結合常規/非 Medicare 承保脊椎推拿服務）。 首次針灸就診無需轉診。所有後續就診均需事先授權。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	對於每年最多 30 次就診，每次診室就診 $5 的共付額。 **適用事先授權規則**
救護車服務	
承保的救護車服務（無論用於緊急情況還是非緊急情況）包括固定翼救護機、旋翼救護機和地面救護車服務，載送到可提供護理的最近的適當機構（如果接受護理的會員的身體狀況無法使用其他交通手段，否則可能會危及患者的健康，或經過本計劃授權）。如果承保的救護車服務並非用於緊急情況，則應記錄，鑒於會員的狀況，使用其他交通工具可能會危及其健康，並且醫療上需要使用救護車運送。 我們承保全球範圍內的緊急救護車服務。請參閱第 3 章第 3.1 節瞭解更多資訊。 共付額不適用於醫療機構之間的已排定非緊急載送，例如： • 從一家急症醫院到另一家急症醫院 • 從急症醫院到專業護理機構 (SNF) • 從 SNF 到可提供 SNF 無法提供的承保服務或治療的醫療機構（對於此福利來說，急診室和醫生診室不被視為醫療機構。） 在 Medicare 規定的有限情況下，急救人員截收服務受承保。	每次單程載送 $100 的共付額。 **事先授權規則適用於非緊急情況救護車服務。**
年度體檢*	
您受保每年一次常規體檢。體檢內容包含必要的篩檢化驗室服務。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	診室就診 $0 的共付額。
健康年檢	
如果您已加入 B 部分 12 個月以上，您可以進行健康年檢，以便根據您目前的健康狀況和風險因素，制定或更新個性化的預防計劃。此項服務每 12 個月承保一次。 **註：**您不能在參加「歡迎加入 Medicare」預防性診斷後的 12 個月內接受您的第一次健康年檢。但是，在已加入 B 部分 12 個月以後，您不必參加「歡迎加入 Medicare」診斷，也可獲得健康年檢承保。	不需要為健康年檢支付共同保險、共付額或自付額。

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
骨質測量	
對於符合資格的個人（通常，這意味著有骨質流失或骨質疏鬆患病風險的人），每 24 個月或更頻繁（如果屬於醫療必需）承保以下服務一次：鑒定骨質、檢測骨質流失或鑒定骨骼品質的醫療程序，包括醫生對檢測結果的解釋。	不需要為 Medicare 承保的骨質測量支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
乳腺癌篩檢（乳腺照影）	
承保服務包括： • 35 歲到 39 歲之間，一次乳腺照影基線檢查 • 年滿 40 歲的女性，每 12 個月一次乳腺照影篩檢 • 每 24 個月一次臨床乳腺檢查	不需要為承保的乳腺照影篩檢支付共同保險、共付額或自付額。 在網絡內接受年度乳腺照影篩檢時無需轉診（每 12 個月檢查 1 次）。 常規乳腺照影篩檢不包括 MRI。 **適用事先授權規則**
心臟康復服務	
為滿足特定條件且有醫生轉診的會員承保包括練習、教育和顧問服務在內的心臟康復服務綜合計劃。本計劃還承保強化心臟康復計劃，這些計劃通常比心臟康復計劃更嚴格或更密集。	每次診室就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**
心血管疾病風險降低就診（對於心血管疾病的治療）	
我們為您承保每年一次的主治醫生就診，幫助您降低心血管疾病的風險。在本次就診中，您的醫生可能會討論阿司匹林的使用（如果合適）、檢查您的血壓並給予您關於健康飲食的提示。	不需要為強化行為治療心血管疾病預防福利支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
心血管疾病檢查	
透過血液檢查來檢測心血管疾病（或與心血管疾病風險提高相關的異常情況），每 5 年（60 個月）一次。	不需要為心血管疾病檢查（承保每 5 年一次）支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
護理管理*	
有一個由醫療保健專業人員組成的團隊將隨時幫助管理您的健康狀況。護理經理可透過以下方式與您合作： • 協助管理您的健康狀況。 • 與您一起針對您的健康狀況制定一個專門的護理計劃。 • 與您的醫療團隊中的專科醫生協作，確保您的病症獲得最佳護理。 • 在您住院期間幫助瞭解您的護理情況。 • 當您在住院後轉至另一家醫院、專業護理機構或居家護理時，提供您可能需要的任何協助。 • 針對您的特殊需求進行任何安排。其中可能包括載送、耐用醫療設備、輸液和居家健康護理。 您的護理經理將會幫助您更加瞭解您的健康狀況，並為您提供保持健康的建議。建議包括： • 幫助您找到適合您的飲食方式。 • 幫助您瞭解您的藥物以及如何正確服用藥物。 • 瞭解如何堅持運動。 • 幫助您瞭解有助於避免醫療併發症的重要檢查和篩檢。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	護理管理服務 $0 的共付額。
照護者訓練*	
SCAN 深知照護者的作用非常重要，他們往往面臨著巨大的挑戰。我們為本身就是照護者，或者為 SCAN 會員提供服務的無薪照護者提供一系列訓練課程。 這一系列訓練課程將為照護者提供相關資訊、技能訓練及支援。這一系列活動將持續 4 週，目的是為了適應繁忙的日程安排，並在全年提供多次。 詳情請聯絡會員服務部。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	$0 的共付額 **適用事先授權規則**
宮頸癌和陰道癌篩檢	
承保服務包括： • 為所有女性承保：每 24 個月承保一次子宮頸塗片檢查和盆腔檢查 • 如果您患宮頸癌或陰道癌的風險較高，或您處於生育年齡且在過去 3 年內的子宮頸塗片檢查結果不正常：每 12 個月一次子宮頸塗片檢查	不需要為 Medicare 承保的預防性子宮頸塗片檢查和盆腔檢查支付共同保險、共付額或自付額。 在網絡內的婦產科醫生處進行常規預防性護理就診時無需轉診。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
脊椎推拿服務（Medicare 承保） 承保服務包括： • 我們只承保人工矯治脊椎以矯正半脫位的服務	每次就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**
脊椎推拿服務（常規/非 Medicare 承保）* 常規脊椎推拿服務涵蓋必要的常規護理。您受保每年最多 30 次常規脊椎推拿服務就診（結合針灸服務）。您必須使用 SCAN Health Plan 簽約的常規脊椎推拿服務提供者。 首次脊椎推拿就診無需轉診。所有後續就診均需事先授權。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	對於每年最多 30 次就診，每次診室就診 $5 的共付額。 **適用事先授權規則**
Cognifit* Cognifit 是一個提供一系列健腦活動的網上計劃，旨在增強注意力、記憶力和其他隨著年齡增長而變得非常重要的技能。 Cognifit 提供： • 專注於透過提高注意力、記憶力、大腦速度、智力、導覽和溝通技巧來保持大腦健康的健腦遊戲。 • 為您獨特的大腦量身定制的練習。使用特殊的方法，讓每項訓練都會在您使用時自動適應難度，因此您始終能以最佳水平來鍛鍊，這樣您才最有可能提升表現。 • 全天候使用。Cognifit 每週七天，每天 24 小時提供線上服務，因此您可以在方便的時候隨時使用。 要註冊 Cognifit，您首先需要瀏覽 YourOnePass.com 並按照說明註冊以建立 One Pass 帳戶。註冊後，您可以隨時透過電腦、平板電腦或智慧型手機直接存取 Cognifit。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	$0 的共付額

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
結腸直腸癌篩檢	
以下篩檢檢查獲承保： • 結腸鏡檢查無最低或最高年齡限制，對於非高危患者，每 120 個月（10 年）承保一次；對於非結腸直腸癌高危患者，在先前接受過軟式乙狀直腸內視鏡檢查後，每 48 個月承保一次；對於高危患者，在先前接受過結腸鏡篩檢或鋇劑灌腸檢查後，每 24 個月承保一次。 • 對於 45 歲及以上的患者提供軟式乙狀直腸內視鏡檢查。對於非高風險患者，在該患者接受結腸鏡篩檢後每 120 個月一次。對於高危患者，在軟式乙狀直腸內視鏡或鋇劑灌腸檢查後，每 48 個月承保一次。 • 對於 45 歲或以上的患者提供糞便隱血檢查。每 12 個月一次。 • 對於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者，提供多目標糞便 DNA 檢測。每 3 年一次。 • 對於 45 至 85 歲且不符合高危標準的患者，提供血液生物標記物檢測。每 3 年一次。 • 對於高風險患者，承保鋇劑灌腸，替代結腸鏡檢查，自上次鋇劑灌腸篩檢或上次結腸鏡篩檢後 24 個月一次。 • 對於 45 歲或以上的非高危患者，將鋇劑灌腸作為軟式乙狀直腸內視鏡檢查的替代方法。自上次鋇劑灌腸篩檢或軟式乙狀結腸鏡篩檢後至少 48 個月一次。 結腸直腸癌篩檢包括 Medicare 承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢返回陽性結果後進行的後續結腸鏡篩檢。	不需要為結腸直腸癌篩檢福利支付共同保險、共付額或自付額。 如果在篩檢過程中，需要進行診斷程序，您無需支付額外共付額。 仿真結腸鏡檢查不是承保程序。 **適用事先授權規則**
牙科服務（Medicare 承保）	
一般情況，Original Medicare 不會承保預防性牙科服務（例如洗牙、常規牙科檢查和牙科 X 光）。但是，Medicare 目前在有限的情況下支付牙科服務費用，特別是當服務是受益人主要病症的特定治療的組成部分時。例如：在骨折或受傷後重建頜骨、為準備接受涉及頜骨的癌症放射治療而進行的拔牙，或在腎移植前進行的口腔檢查。此外，我們還承保： • 與牙齒和支撐結構無關且具有醫療必需性的口腔手術 • 顎部或顎部相關結構的手術 • 顎骨或面骨重整 • 拔除牙齒準備做顎部腫瘤疾病的放射治療 • Medicare 承保的移植前牙科服務 • 先天性畸型、囊腫和惡性腫瘤的治療 請參閱本章後文的「我們不予承保的服務（不保項目）」部分，瞭解關於其他不受承保的牙科程序的更多資訊。	每次診室就診 $0 的共付額。

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
牙科服務（常規/非 Medicare 承保）*	
除了上述服務之外，SCAN Balance 還透過 SCAN Balance 簽約的牙科服務提供者提供以下常規牙科服務。 網絡內常規牙科服務包括： • 口腔檢查：每年最多 2 次就診 • 洗牙：每年最多 2 次就診 • 牙科 X 光檢查：每年最多 2 次就診 此福利還包含綜合牙科服務。欲瞭解包括所有額外限制和不保項目在內的完整說明，請參閱 DeltaCare® USA 費用一覽表。 口腔正畸不受您的福利計劃承保。 未定期進行牙科就診（至少每六個月一次）的會員，或是診斷為牙齦疾病的會員，可能需要先進行牙周潔治、牙根平整術或全口清創術，然後才能接受定期洗牙等常規護理。您可能須為這些服務支付額外的分攤費用。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	每次診室就診 $0 的共付額。 請參閱您的 DeltaCare® USA 費用一覽表，瞭解其他牙科福利共付額。 還可透過支付額外保費享受牙科福利。請參閱本表末尾的**第 2.2 節您可以購買的額外「可選補充」福利**。
憂鬱症篩檢	
我們對每年一次的憂鬱症篩檢承保。必須在可以提供後續治療和/或轉診的初級醫療機構中完成篩檢。	不需要為年度憂鬱症篩檢就診支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
糖尿病篩檢	
如果您有以下任何風險因素，我們會為您承保此篩檢（包括空腹葡萄糖檢測）：高血壓、膽固醇和甘油三酸酯異常（血脂異常）史、肥胖或高血糖史。如果您符合其他要求（例如超重和有糖尿病家族史），也可以承保檢查。 您可能有資格在最近一次糖尿病篩檢測試日期之後，每 12 個月接受最多兩次糖尿病篩檢測試。	不需要為 Medicare 承保的糖尿病篩檢測試支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務和用品	
適用於患有糖尿病的所有人（胰島素和非胰島素使用者）。承保服務包括： • 用於監測您的血糖的用品：血糖監測器、血糖試紙、刺血設備和刺血針，以及用於檢查試紙和監測器精確度的血糖對照液。 • 對於患有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者**：每年可獲得一雙定制的治療用鞋（包括與這類鞋子一起提供的鞋墊）和另外兩雙鞋墊，或一雙高幫鞋和三雙鞋墊（不包括與這類鞋子一起提供的非定製可拆卸鞋墊）。承保包括試穿。 • 在某些情況下，會承保糖尿病自我管理訓練。 **由 Medicare 定義。 連續式血糖監測儀和相關用品被視為耐用醫療設備。請參閱本表後文的「**耐用醫療設備 (DME) 和相關用品**」。	對於監測您血糖水平的用品，$0 的共付額。 對於糖尿病治療用鞋和鞋墊，$0 的共付額。 對於糖尿病自我管理訓練，$0 的共付額。 僅提供一個製造商 (Abbott) 的血糖監測儀、血糖試紙和品管液。刺血針可由任何製造商提供。（請聯絡會員服務部以瞭解詳細資訊）。 **事先授權規則適用於糖尿病自我管理訓練、治療用鞋和鞋墊。**
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品	
（有關耐用醫療設備的定義，請查看本文件的第 12 章以及第 3 章第 7 節。） 承保用品包括但不限於：輪椅、枴杖、電動床墊系統、糖尿病用品（例如連續式血糖監測儀）、服務提供者要求的家用病床、靜脈輸液幫浦、語音生成設備、氧氣設備、霧化器和助行器。 我們可承保 Original Medicare 承保的所有醫療必需的 DME。如果您區域中的供應商沒有特定品牌或製藥商，您應該詢問他們是否可以特地為您預訂。最新的供應商清單可在我們網站 www.scanhealthplan.com 上找到。 DME 用品僅限於未與 SCAN Balance 承保的另一個設備或裝置功能重複、且可在家中使用的設備或裝置。承保範圍不包括在戶外使用的產品，例如氧氣、坡道、便攜式噴霧器及其他設備。 如果 DME 破裂、磨損或您的身體狀況發生重大改變，DME 的修理和更換受到承保。當具有醫療必需性且 Medicare 承保時，則會進行修理和/或更換。 如需 DME 配合使用藥物的更多資訊，請參閱本表的「Medicare B 部分處方藥」部分。	$0 的共付額 可憑處方在網絡內藥房獲得首選的持續血糖監測儀（即 Dexcom 和 Freestyle Libre）。 **事先授權和其他限制可能適用** 您每月為 Medicare 氧氣設備承保支付的分攤費用為 $0。 在 SCAN Balance 參保 36 個月後，您的分攤費用也不會改變。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品（續） 被視為個人用品的 DME 用品（即坐便椅、氧氣管、CPAP 口罩）不允許退還給服務提供者。	
緊急醫療護理 緊急醫療護理是指以下服務： • 由具備提供緊急服務資格的服務提供者提供，及 • 屬評估或穩定緊急醫療情況需要。 緊急醫療情況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的謹慎外行認為您出現急需醫療看護以防失去生命（以及，若您是孕婦，以防流產）、肢體缺損或肢體功能喪失的醫學症狀。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病症。 在網絡外提供的必要緊急服務的分攤費用，與在網絡內提供該等服務的費用相同。 如果您在接受緊急醫療護理後需要監測或一段時間康復，您可能處於「觀察」狀態。這可能需要您在機構停留幾小時，如有需要可能過夜。在此情況下，您將僅支付接受觀察時的緊急醫療護理共付額。	每次就診 $90 的共付額。 如果您在就診後立即或經過一段觀察期後作為住院患者住院，則免除共付額。 如果您從網絡外醫院接受緊急醫療護理且在緊急狀況穩定後需要住院治療，您必須在本計劃授權的網絡外醫院接受住院治療且您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。 如果您的病症允許您回到網絡內醫院，我們將視醫療必需性安排相應的護理（包括轉移）。
緊急醫療護理 — 全球範圍承保* 我們承保全球範圍內的緊急醫療和急症治療護理，以評估或穩定在美國境外時出現的緊急醫療情況。 緊急醫療服務全球範圍承保： • 這包括緊急醫療或急症治療護理和緊急救護車載送（從緊急情況現場前往最近的醫學治療機構）。 • 從另一國家/地區送回美國的載送不獲承保。 • 預先安排、預先計劃和/或選擇性程序不被視為緊急醫療/急症治療護理，且不獲承保。 • 包括治療後護理、康復和專業護理機構住院在內的後續護理不被視為緊急醫療或急症治療護理，且不獲承保。 在美國境外獲得的非緊急藥物不受承保。 有關美國境外的緊急醫療護理的詳細資訊，請參閱第 3 章第 3.1 節。 請參閱本章後面的「我們不承保的服務（不保項目）」部分，瞭解更多資訊。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	對於全球範圍內的緊急服務，$90 的共付額。 有關全球範圍內服務的費用報銷資訊，請參閱第 3 章第 3.1-3.2 節和第 7 章第 1.1 節。

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
健康俱樂部會籍*	
SCAN Balance 為您提供計劃內健身機構的會員資格。您可以從 SCAN Balance 的簽約機構網絡中選擇一個健身俱樂部或健身工作室。	獲取計劃內健身俱樂部和工作室的會員資格需支付 $0 的共付額。
對於不居住在網絡內俱樂部或工作室附近或更喜歡在家鍛煉的會員，還可以使用數字線上健身課程以及家庭健身套件。您可以每年訂購一個健身套件。	會員可享受標準健身機構服務。任何需要另外付費的服務不包括在內。
請致電會員服務部，瞭解更多資訊。	
*此福利不適用於您的最高自付費用。	
HEALTH*tech+*	
技術支援熱線能提供關於如何使用電腦、平板電腦或智慧型手機來獲取醫療保健和相關資訊的教育和訓練。可在線上、電話中或家中提供幫助服務。 HEALTH*tech+* 能為您提供幫助的領域： • 有關醫生就診的 Skype/Zoom/FaceTime 訓練 • 遠程醫療就診概覽、設定個人設備（手機、平板電腦或電腦） • 設定處方藥遞送 • 建立/設定用於醫療保健通訊的電子郵件帳戶 • 您醫療團體的線上入口網站 • SCAN Health Plan 會員入口網站註冊 HEALTH*tech+* 不包括購買設備、家用網路或電腦硬體方面的支援。 如需獲取技術支援協助，請致電 1-833-437-0555。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	每次通話 $0 的共付額
聽力服務（Medicare 承保）	
如果是由醫生、聽力專家或其他合資格的服務提供者提供的，那麼由您的服務提供者進行且旨在確定您是否需要醫學治療的診斷性聽力和平衡評估將作為門診治療受到承保。	每次診室就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
聽力服務（常規/非 Medicare 承保）*	
承保服務包括： • 常規聽力檢查/篩檢 • 助聽器 • 助聽器驗配/評估 前往簽約的常規聽力服務提供者處進行聽力篩檢以確定是否需要使用助聽器時，無需轉診。 如果確定需要使用助聽器並從簽約服務提供者處取得，將提供助聽器承保。 在購買 SCAN 承保的助聽器後，承保 12 個月內的助聽器驗配和評估。 助聽器承保範圍包括 60 天試用期、3 年製造商保固以及 80 節電池。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	**常規聽力檢查** $0 的共付額（每 12 個月 1 次常規聽力檢查）。 **助聽器驗配/評估** $0 的共付額（從簽約供應商處購買助聽器後，承保十二個月內的助聽器驗配/評估）。 **助聽器** 對於 TruHearing Advanced 助聽器，每個 $450 的共付額，或對於 TruHearing Premium 助聽器，每個 $750 的共付額（每 12 個月 2 個助聽器）。
HIV 篩檢	
對於要求進行 HIV 篩檢或感染 HIV 病毒風險增大的人士，我們承保以下服務： • 每 12 個月一次篩檢 對於孕婦，我們承保以下服務： • 懷孕期間最多三次篩檢	符合 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
Home Advantage 計劃*	
如果您最近因為摔跤或生病而導致日常活動受限，您可以申請進行年度居家評估。 Home Advantage 計劃專業人員將進行首次居家評估，確認是否有摔倒/受傷風險，並為您推薦安全措施，確保您的居家安全。 隨後，SCAN 護理指導員將進行家訪並完成一些活動，例如： • 協助您執行建議 • 協助您瞭解並堅持您的疾病治療計劃 • 提供指導與支援，保證您的居家安全 • 幫助您獲取您所在社區的其他資源 *此福利不適用於您的最高自付費用。	每次就診 $0 的共付額。

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
送餐到家服務*	
SCAN Balance 會員可獲得臨時的送餐到家服務，以支援慢性病管理。 會員必須符合特定條件，并患有以下一種或多種疾病；癌症、ESRD、糖尿病、心血管疾病、充血性心臟衰竭、失智症、神經系統疾病或需要會員在家修養一段時間的疾病。 送餐服務必須由計劃服務提供者或 SCAN Balance 個案經理提出申請。送餐服務最多提供四週，每年最多承保 84 餐。詳情請聯絡會員服務部。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	$0 的共付額 **適用事先授權規則**
居家保健機構提供的護理	
在接受居家護理服務之前，必須由醫生認證您需要居家護理服務，並且預訂由居家保健機構提供的居家護理服務。您必須困居家中，意即離家是很麻煩的事。 承保服務包括但不限於： • 非全日或間斷性專業護理和居家保健服務（若要獲得居家護理福利承保，您所接受的專業護理和居家健康助理服務合計必須每天少於 8 小時，每週少於 35 小時） • 物理治療、職業治療與語言治療 • 醫療和社會服務 • 醫療設備和用品	$0 的共付額 在居家保健環境中給藥的 Medicare 承保的門診注射劑和靜脈注射藥物需支付共同保險。請參閱本表的「Medicare B 部分處方藥」部分。 **適用事先授權規則**
居家輸液治療	
居家輸液治療包括在家中為個人靜脈或皮下輸注藥物或生物製劑。進行居家輸液所需的組件包括藥物（例如抗病毒藥、免疫球蛋白）、設備（例如幫浦）以及用品（例如管子和導管）。 承保服務包括但不限於： • 根據護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 耐用醫療設備福利不承保的患者訓練和教育 • 遠程監測 • 針對由符合資格的居家輸液治療供應商提供的居家輸液治療和輸注藥物的監測服務 進行居家輸液所需的組件（例如輸液藥物、設備和用品）在 DME 福利下承保。	**您需為每次就診支付以下費用：** **居家輸液治療專業服務，包括訓練、教育和監測服務** $0 的共付額 **耐用醫療設備** 請參閱本章的「耐用醫療設備 (DME) 和相關用品」部分，瞭解分攤費用金額。 如需瞭解與 DME 配合使用的輸液藥物的分攤費用，請參閱本章的「Medicare B 部分處方藥」部分。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
善終護理	
如果您的醫生和善終護理醫療顧問為您作出絕症預後判斷，證明您患有絕症且若您的疾病正常進展，在世剩餘時間不超過 6 個月，則您有資格享受善終護理福利。您可以從任何獲得 Medicare 認證的善終計劃接受護理。您的計劃有義務幫助您在計劃服務區域中找到獲得 Medicare 認證的善終護理計劃，包括 MA 組織擁有、控制或具有經濟利益的計劃。您的善終護理醫生可以是網絡內提供者或網絡外提供者。 承保服務包括： • 用於控制症狀與減輕疼痛的藥物 • 短期喘息護理 • 居家護理 當您入住善終護理機構時，您有權留在您的計劃中；如果您選擇留在您的計劃中，您必須繼續支付計劃保費。 <u>對於善終服務以及 Medicare A 部分或 B 部分承保且與您的絕症預後相關的服務：</u>Original Medicare（並非我們的計劃）將向您的善終服務提供者支付與您的絕症預後有關的善終服務及任何 A 部分和 B 部分服務費用。參加善終計劃後，您的善終服務提供者會向 Original Medicare 寄送該計劃應為您支付的服務的帳單。您需要支付 Original Medicare 分攤費用。 <u>對於 Medicare A 部分和 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的服務：</u>如果您需要 Medicare A 部分或 B 部分承保但不與您的絕症預後相關的非緊急醫療、非急症治療服務，您使用這些服務的費用取決於您是否使用計劃網絡內的服務提供者且遵守計劃規則（例如，如果需要獲得事先授權）。 • 如果您獲得網絡內服務提供者提供的承保服務，並按計劃規定獲得服務，您只需支付網絡內服務的計劃分攤費用金額 • 如果您獲得網絡外服務提供者提供的承保服務，您需要支付按服務收費的 Medicare (Original Medicare) 規定的分攤費用 <u>對於 SCAN Balance 承保但 Medicare A 部分或 B 部分不承保的服務：</u>SCAN Balance 將繼續承保 A 部分或 B 部分不承保的計劃承保服務，無論它們是否與您的絕症預後相關。您為這些服務支付您的計劃分攤費用金額。	在您參加獲得 Medicare 認證的善終計劃後，您的善終服務以及與您的絕症預後相關的 A 部分和 B 部分服務均由 Original Medicare（而不是 SCAN Balance）支付費用。

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
善終護理（續） 對於計劃的 D 部分福利可能承保的藥物：如果這些藥物與您的絕症善終狀況無關，您須支付分攤費用。如果它們與您的絕症善終狀況相關，則您支付 Original Medicare 的分攤費用。善終護理計劃與本計劃絕不會同時承保藥物。如需更多資訊，請查看第 5 章第 9.4 節*（如果您參加了 Medicare 認證善終護理計劃，該如何處理）*。 **註：**如果您需要非善終護理（與您的絕症預後無關的護理），您應聯絡我們安排服務。	
免疫接種 承保的 Medicare B 部分服務包括： • 肺炎疫苗 • 流感疫苗，在秋季和冬季的每個流感季節可注射一次，如果在醫學上必要的話，還可以注射額外的流感疫苗 • B 型肝炎疫苗（如果您患 B 型肝炎的風險較高或中等） • COVID-19 疫苗 • 其他疫苗（如果您有患病風險且疫苗符合 Medicare B 部分的承保規定） 我們的 D 部分處方藥福利還承保大多數其他成人疫苗。有關更多資訊，請參閱第 6 章第 8 節。	不需要為肺炎、流感、B 型肝炎和 COVID-19 疫苗支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
Included LGBTQ+ Health* Included LGBTQ+ Health 提供可信賴的指導和倡權服務，滿足 LGBTQ+ 群體的獨特需求。Concierge 護理協調員可指導您獲取性別確認護理、生活方式支援、同伴團體、社區資源以及倡權服務。 如需獲取 Included LGBTQ+ Health，請致電 1-877-330-0889。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	$0 的共付額

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
住院治療	
包括急性住院護理、住院復健、長期護理住院及其他類型的住院服務。住院治療從您聽從醫生要求正式住院的那天開始算起。出院的前一天是您住院的最後一天。 計劃承保的醫療必需住院天數沒有限制。 承保服務包括但不限於： • 半私人病房（或醫療必需時的私人病房） • 包括特殊飲食在內的膳食 • 常規護理服務 • 特殊護理病房費用（例如，重症監護病房或冠心病監護病房） • 藥物和用藥 • 化驗室檢查 • X 光及其他放射服務 • 必要的手術及醫療用品 • 器械（例如輪椅）的使用 • 手術室與康復室費用 • 物理治療、職業治療與語言治療 • 住院物質濫用障礙治療服務（亦請參閱本表後面的「住院精神健康護理」。） • 在某些情況下，承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺、心/肺、骨髓、幹細胞以及腸/多器官。如果您需要進行移植，我們將安排 Medicare 批准的移植中心對您的情況進行審查，並決定您是否需要接受移植。移植服務提供者可以是本地提供者，也可以是服務區域外的提供者。如果我們在社區護理模式之外提供網絡內移植服務，您可以選擇在本地進行移植，只要本地移植服務提供者願意接受 Original Medicare 價格。如果 SCAN Balance 在您所在社區的移植護理模式之外的地點提供移植服務，且您選擇在該偏遠位置接受移植，我們會為您和陪伴人員安排或支付適當的住宿和交通載送費用。**適用事先授權規則。**如需詳細瞭解本計劃承保移植手術的出行費用的相關政策，請聯絡會員服務部。 • 血液 — 包括儲存和輸注。全血和濃縮紅細胞（以及其他血液成分）的承保從您需要的第一品脫血液開始。 • 醫生服務 **註：**如果需要住院，您的服務提供者必須寫醫囑來將您正式收治為住院患者。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是門診患者還是住院患者，應詢問醫院工作人員。	**對於每次住院（從入院到出院），您將支付以下費用：** $0 的共付額 您的住院福利以入院日期為準。如果您於 2025 年住院，直到 2026 年才出院，那麼在您出院或轉移到其他專業護理機構之前，將適用 2025 年的共付額。 如果您在緊急狀況穩定後從網絡外醫院接受經授權的住院治療，您應支付的費用為您在網絡內醫院應支付的分攤費用。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
住院治療（續） 您也可以在名為「您是醫院的住院患者還是門診患者？如果有 Medicare，先問問！(Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!)」的 Medicare 計劃情況說明書中找到詳細資訊。可從網站 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取該情況說明書。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。	
精神病院住院服務 承保服務包括需要住院的精神健康護理服務。 您在每個受益期可受保 90 天。 受益期從您住進醫院或專業護理機構的那天開始算起。受益期到您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 的專業護理）之時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或專業護理機構，則會開始一個新的受益期。受益期的數量沒有限制。 患者終身最多可享受 190 天的獨立精神病院住院服務。此 190 天的限制不適用於全科醫院精神病科提供的精神保健服務。	**對於住院精神健康服務，您每個受益期需支付：** 第 1-90 天，每天 $0 的共付額。 您的住院福利以入院日期為準。如果您於 2025 年開始在住院精神健康機構住院，直到 2026 年才出院，那麼將適用 2025 年的共付額，直到您連續 60 天未在急症醫院、專業護理機構或住院精神健康治療機構接受任何住院治療。 **適用事先授權規則**
住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務 如果您已用完您的住院福利或您的住院不合理和不必要，我們將不會為您的住院承保。但是，在某些情況下，我們將為您在醫院或專業護理機構 (SNF) 期間接受的某些服務承保。承保服務包括但不限於： • 醫生服務 • 診斷檢查（例如化驗室檢查） • X 光、鐳射和同位素治療，包括技術員材料和服務 • 外科敷料 • 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備	您需要為這些服務支付適用的分攤費用，就像在門診接受這些服務時一樣。請參閱本表相應的福利部分。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
住院：在非承保住院期間，在醫院或 SNF 接受的承保服務（續） • 更換身體內部器官全部或部分（包括鄰近組織）或永久失去功能或不能正常發揮功能的身體內部器官的全部或部分功能的義肢和矯形設備（牙科除外），包括此類設備的更換或修理 • 腿部、臂部、背部和頸部支架；疝帶、假腿、假臂和假眼，包括因破損、磨損、丟失或患者身體狀況的改變而需要的調整、修理和更換 • 物理治療、語言治療與職業治療	
學習社群* 維持良好心理和身體健康的虛擬和面對面健康教育課程及團體。如需其他資訊，請致電會員服務部。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	$0 的共付額
醫學營養治療 此福利適用於糖尿病患者、腎病患者（不包括透析）或由您的醫生轉診接受過腎臟移植的患者。 在您接受 Medicare（包括我們的計劃、任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）下的醫學營養治療服務的第一年中，我們會為您承保 3 小時的一對一諮詢服務，此後每年承保 2 小時。如果您的狀況、治療或診斷發生變化，您可以在醫生轉診後接受更長時間的治療。醫生必須對這些服務開具處方，並在您需要在下一日曆年繼續接受治療時延長其轉診。	符合 Medicare 承保的醫學營養治療服務資格的會員無需支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
Medicare 糖尿病預防計劃 (MDPP) 所有 Medicare 保健計劃下的合資格 Medicare 受益人均可獲得 MDPP 服務承保。 MDPP 是一項結構化健康行為改變干預措施，針對改變長期飲食習慣、增加身體活動提供實踐性訓練，並為克服挑戰以堅持減肥和維持健康的生活方式提供解決方案。	MDPP 福利不需要支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
Medicare B 部分處方藥	
這些藥物由 Original Medicare B 部分承保。我們計劃中的會員透過我們的計劃接受這些藥物的承保。承保藥物包括： • 通常不是由患者自行施用，而是在接受醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸液的藥物 • 透過耐用醫療設備（例如醫療必需的胰島素幫浦）施用的胰島素 • 經過本計劃授權使用耐用醫療設備（例如霧化器）施用的其他藥物 • 阿爾茨海默症藥物 Leqembi®（普通藥 lecanemab），靜脈內給藥。除藥物費用外，您還可能需要在治療前和/或治療期間進行額外的掃描和檢查，這可能會增加您的總費用。向醫生諮詢治療過程中您可能需要進行哪些掃描和檢查 • 血友病患者自行注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：如果 Medicare 為您的器官移植支付了費用，Medicare 會承保移植藥物治療。在承保移植之時，您必須擁有 A 部分，在獲得免疫抑製藥物時，您必須擁有 B 部分。請注意，如果 B 部分不承保免疫抑制藥物，Medicare 藥物保險（D 部分）將承保這些藥物 • 可注射的骨質疏鬆症藥物（如果您困居家中，經醫生認定患有與停經後骨質疏鬆有關的骨折並且無法自行用藥） • 某些抗原：Medicare 承保抗原，前提是由醫生準備抗原，並由接受過適當指導的人員（可能是患者本人）在適當的監督下給予抗原 • 某些口服抗癌藥物：Medicare 承保您以口服形式使用的某些口服抗癌藥物，前提是同一藥物可以注射劑形式提供，或該藥物是注射劑型藥物的前體藥物（一種口服形式的藥物，在攝入後分解為注射劑型藥物中的相同活性成分）。若有新的口服抗癌藥物可用，B 部分可能會承保這些藥物。如果 B 部分不承保，D 部分將會承保 • 口服抗噁心藥品：Medicare 承保您用作抗癌化療方案一部分的口服抗噁心藥物，前提是這些藥物是在化療之前、期間或 48 小時內給藥，或者用作靜脈注射抗噁心藥物的完整治療替代品 • 某些口服晚期腎病 (ESRD) 藥物，前提是同一藥物可以注射劑形式提供且 B 部分 ESRD 福利承保該藥物 • ESRD 支付系統下的促鈣生成藥物，包括靜脈注射藥物 Parsabiv® 和口服藥物 Sensipar® • 用於家庭透析的某些藥品，包括某些肝素、肝素解毒劑（醫療必需）和局部麻醉劑	您需為 B 部分化療和其他 B 部分藥物支付 $0 到 Medicare 核准金額的 20%。 您需為透過耐用醫療設備項（例如具有醫療必需性的胰島素幫浦）配備的一個月供應量的 B 部分胰島素支付的費用不會超過 $35。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
Medicare B 部分處方藥（續） • 促紅細胞生成素：Medicare 承保注射型紅細胞生成素，前提是您患有晚期腎病 (ESRD) 或您需要該藥物治療某些其他病症相關的貧血（如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa） • 免疫球蛋白靜脈注射劑（用於在家治療原發性免疫缺乏疾病） • 腸外和腸內營養（靜脈和管飼） 我們的 B 部分也承保某些疫苗，D 部分處方藥福利則承保大多數成人疫苗。 第 5 章說明了 D 部分處方藥福利，包含您必須遵守才能使處方藥受保的規則。第 6 章說明了您須為透過我們計劃取得之 D 部分處方藥支付的費用。	
護士諮詢專線* 透過護士諮詢專線福利，您可以根據當前症狀向護士尋求建議，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。合資格的護士可幫助管理您的症狀，並幫助您決定在何處以及如何尋求醫療護理。 護士諮詢專線可透過電話或使用電腦或智慧型手機上的安全視訊功能來獲取。如需使用護士諮詢專線，請致電 1-855-431-5537 或瀏覽：included.scanhealthplan.com。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	$0 的共付額
用於促進持續減肥的肥胖症篩檢和治療 如果您的體重指數不低於 30，我們可承保深入諮詢服務，以幫助您減肥。如果這類諮詢是您在初級醫療環境中（也就是可以將諮詢與全面的預防計劃相配合的地方）獲得的，也可以承保。諮詢您的主治醫生或執業醫護人員，瞭解詳細資訊。	不需要為預防性肥胖症篩檢和治療支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
類鴉片藥物治療計劃服務	
患有類鴉片藥物濫用失調 (OUD) 的計劃會員可透過類鴉片藥物治療計劃 (OTP) 獲得 OUD 治療服務的承保，該計劃包含以下服務： • 經美國食品藥物管理局 (FDA) 批准的類鴉片藥物激動劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。 • MAT 藥物的配藥和施打（如適用） • 物質濫用障礙諮詢 • 個人和團體治療 • 毒性測試 • 初次晤談活動 • 定期評估	每次就診 $10 的共付額。 **適用事先授權規則**
門診診斷檢查與治療服務和用品	
承保服務包括但不限於： • X 光檢查 • 放射（雷射和同位素）治療，包括技術員材料和用品 • 外科用品，例如敷料 • 夾板、石膏和其他用於減輕骨折與脫臼的設備 • 化驗室檢查 • 血液 — 包括儲存和輸注。全血和濃縮紅細胞（以及其他血液成分）的承保從您需要的第一品脫血液開始。 • 其他門診診斷檢查 對於在門診環境接受的服務，包括但不限於 B 部分藥物及放射檢查，您可能需要支付額外的分攤費用。請參閱本表的「Medicare B 部分處方藥」部分。	**您需為每次就診支付以下費用：** **標準 X 光** $0 的共付額 **標準化驗室服務** $0 的共付額 **標準診斷程序及檢查** $0 的共付額 非放射線診斷服務的示例包括但不限於 EKG、肺功能檢查、睡眠研究和跑步機負荷測試。 **血液服務** $0 的共付額 **醫療用品** $0 的共付額 **放射治療程序**（如放射治療、加馬刀和電腦刀手術），$50 的共付額 **放射診斷程序**（如 CT、SPECT、MRI、MRA、脊髓 X 光、膀胱尿道攝影、超音波和診斷性核掃描等專項掃描） $0 的共付額 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
醫院門診觀察	
觀察服務是用來確定您是需要住院還是出院的一種醫院門診服務。 醫院門診觀察服務如需獲得承保，必須符合 Medicare 標準且屬於合理且是必需的。觀察服務僅在根據醫囑或其他經州特許法律和醫院工作人員細則授權之個人的要求提供，以收住患者入院或進行門診檢查時，才獲得承保。 **註：**除非您的服務提供者寫醫囑准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫院工作人員。 您也可以在名為「您是醫院的住院患者還是門診患者？如果有 Medicare，先問問！(Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!)」的 Medicare 計劃情況說明書中找到詳細資訊。可從網站 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取該情況說明書。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。	觀察服務無需支付額外的共付額。但是，如果您在留院觀察之前去過這些機構就診，您需要支付緊急醫療護理或醫院門診機構的共付額。 請參閱本表的「緊急醫療護理」或「門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務」部分。
醫院門診服務	
我們會為您在醫院門診部診斷或治療疾病或傷害時接受的醫療上需要的服務承保。 承保服務包括但不限於： • 在急診部或門診部接受的服務，例如觀察服務或門診手術	**緊急服務** 請參閱本表的「緊急醫療護理」部分。 **觀察服務** 請參閱本表的「緊急醫療護理」或「門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務」部分。 **門診手術** 請參閱本表的「門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務」部分。

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
醫院門診服務（續）	
• 由醫院出具帳單的化驗室和診斷檢查 • 由醫院出具帳單的 X 光及其他放射服務 • 醫療用品，例如夾板和石膏	**化驗和診斷檢查、X 光檢查、放射服務和醫療用品** 請參閱本表的「門診診斷檢查與治療服務和用品」部分。
• 精神健康護理，包括部分住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療）	**精神健康護理和部分住院服務** 請參閱本表的「門診精神健康護理」和「部分住院服務」部分。
• 化學品依賴護理，包括部分住院計劃中的護理（如果醫生證明不這樣做就需要住院治療）	**化學品依賴護理** 請參閱本表的「門診物質濫用障礙治療服務」部分。
• 不能自行使用的某些藥物和生物製品 **註：**除非您的服務提供者寫醫囑准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者且必須支付醫院門診服務的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。如果您不確定自己是否是門診患者，應詢問醫院工作人員。 您也可以在名為「您是醫院的住院患者還是門診患者？如果有 Medicare，先問問！(Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!)」的 Medicare 計劃情況說明書中找到詳細資訊。可從網站 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取該情況說明書。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。	**不能自行使用的藥物和生物製品** 請參閱本表的「Medicare B 部分處方藥」部分。 **適用事先授權規則**
門診精神健康護理	
承保服務包括： 由州頒發執照的精神科醫生或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、持照專業顧問 (LPC)、持照婚姻和家庭治療師 (LMFT)、執業護士 (NP)、醫生助理 (PA) 或其他符合 Medicare 要求的精神健康護理專家在現行州法律允許的情況下提供的精神健康服務。	**精神科醫生就診** 對於在團體或個人環境中進行的治療就診，每次就診 $0 的共付額。 **非精神科醫生就診** 對於在團體或個人環境中進行的治療就診，每次就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
門診康復服務	
承保的服務包括：物理治療、職業治療和語言治療。 多種門診環境可提供門診康復服務，例如，醫院門診部、獨立治療室和綜合門診康復機構 (CORF)。	**職業治療** 每次診室或診所就診 $0 的共付額。 **物理治療和/或語言治療** 每次診室或診所就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**
門診物質濫用障礙治療服務	
您在門診環境接受的化學品依賴治療服務（團體或個人治療）將得到承保。	對於在團體或個人環境中進行的治療就診，每次就診 $10 的共付額。 **適用事先授權規則**
門診手術，包括在醫院門診部和門診手術中心提供的服務	
您在門診手術中心或醫院門診部接受的門診服務將得到承保。 **註：**如果您在醫院接受手術，您應該向您的服務提供者確認您是住院患者還是門診患者。除非您的服務提供者寫醫囑來准許您作為住院患者入院，否則，您就是門診患者，而且您必須支付門診手術的分攤費用。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。 對於在醫院門診接受的服務，包括但不限於 B 部分藥物及放射線檢查，您可能需要支付額外的分攤費用。請參閱本表相應的福利部分。 如果您在接受醫院門診護理後需要監測或一段時間康復，您可能處於「觀察」狀態。這可能需要您在機構停留幾小時，如有需要可能過夜。在此情況下，您將支付接受觀察時的門診醫院共付額。	$0 的共付額 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
非處方 (OTC) 產品*	
對於透過 CVS 零售點獲得的合資格非處方保健產品，您每季度（每 3 個月）最多可獲 $125 的承保。 您可以使用此福利訂購非處方產品，例如阿司匹林、維生素、咳嗽和感冒藥、以及其他合資格產品。 您將收到一張預先充值的記帳卡，其中將自動充入您的補貼。若需瞭解更多資訊，請致電 1-844-428-8135。 這些福利將在每個季度的第一天生效：一月、四月、七月和十月。任何未使用的餘額將結轉至下一季度。未使用的餘額不會結轉到下一個日曆年。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	每個訂單 $0
部分住院服務和強化門診服務	
*「部分住院」*是醫院門診服務或社區精神健康護理中心提供的積極心理治療的結構化計劃，強度比在醫生、治療師、持照婚姻與家庭治療師 LMFT 或持照專業顧問診室接受的護理強度要高，是住院治療的一種替代方法。 「強化門診服務」是在醫院門診部、社區精神健康中心、聯邦認證健康中心或鄉村健康診所提供的積極行為（精神）健康治療的結構化計劃，強度比在醫生、治療師、LMFT 或持照專業顧問診室接受的護理強度要高，但比部分住院服務強度要低。 部分住院服務還包括化學品依賴治療。	每次部分住院就診 $10 的共付額。 **適用事先授權規則**
個人緊急應答系統 (PERS)*	
符合特定條件的會員可獲得家用電子裝置或頸部掛件裝置。 **請致電會員服務部瞭解詳細資訊（電話號碼印在本文件封底）。** *此福利不適用於您的最高自付費用。	$0 的共付額

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診室就診	

承保服務包括：
• 在醫生診所、經認證的門診手術中心、醫院門診部或任何其他地點完成的醫療必需的醫療護理或手術服務
• 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療
• 由您的 PCP 進行的基本聽覺和平衡檢查（如果您的醫生要求進行該檢查以瞭解您是否需要醫學治療）
• 每月在醫院或偏遠地區特約醫院的腎臟透析中心、腎臟透析機構或是會員家裡，為在家接受透析治療的會員進行與晚期腎病相關的遠程醫療就診服務
• 診斷、評估或治療中風症狀的遠程醫療服務，無論其位於何處
• 為患有物質濫用障礙或併發精神健康障礙的會員提供遠程醫療服務，無論其位於何處
• 用於精神健康疾病的診斷、評估和治療的遠程醫療服務，前提是：
  ◦ 在您第一次遠程醫療就診之前 6 個月內，您有面對面就診
  ◦ 您在接受這些遠程醫療服務時，每 12 個月一次面對面就診
  ◦ 在某些情況下，可以對上述情況進行例外處理
• 由鄉村健康診所和聯邦認證健康中心為精神健康就診提供的遠程醫療服務
• <u>在以下情況下</u>，由醫生對您進行 5-10 分鐘的虛擬檢查（例如，透過電話或視訊聊天）：
  ◦ 您不是新患者，<u>並且</u>
  ◦ 該檢查與過去 7 天內的診室就診無關，<u>並且</u>
  ◦ 該檢查不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診
• <u>在以下情況下</u>，醫生對您傳送來的視訊和/或影像進行評估，並在 24 小時內作出解釋和跟進：
  ◦ 您不是新患者，<u>並且</u>
  ◦ 該評估與過去 7 天內的診室就診無關，<u>並且</u>
  ◦ 該評估不會引致未來 24 小時內的診室就診或可預訂的最早約診
• 您的醫生與其他醫生透過電話、網路或電子健康記錄評估進行的會診
• 手術之前由另一位網絡內服務提供者提供第二意見（請參閱本章後文介紹的「如何獲得第二意見」。）
• 非常規牙科護理（承保服務僅限於顎部或相關結構的手術、顎骨或面骨重整、拔除牙齒準備做顎部腫瘤疾病的放射治療，或由醫生提供方可獲得承保的服務）
	主治醫生就診
	每次診室就診 $0 的共付額。
	專科醫生就診
	每次診室就診 $0 的共付額。
	適用事先授權規則

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
醫生/執業醫護人員服務，包括醫生診所就診（續） • 在醫生診室執行的過敏測試和治療（承保範圍包括過敏血清和注射服務） 在具有醫療必需性的情況下，會員可能會接受上門就診服務，以取代醫生診室就診。**適用事先授權規則。** 在醫生診室施用的 Medicare 承保的門診注射劑和靜脈注射藥物需支付共同保險。請參閱本表的「Medicare B 部分處方藥」部分。	
足療服務 承保服務包括： • 對足部傷害和疾病（例如錘狀趾或足跟骨刺）的診斷和醫學或外科治療。 • 為伴有影響下肢的某些病症的會員提供的常規足部護理	對於在您的醫療團體中的足科醫生處進行的就診，$0 的共付額。 **適用事先授權規則**
前列腺癌篩檢 對於年滿 50 歲的男性，承保以下服務（每 12 個月承保一次）： • 直腸指檢 • 前列腺特異性抗原 (PSA) 檢查	不需要為年度 PSA 檢查或直腸指檢支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
假體和矯形裝置及相關用品 更換全部或部分身體部位或功能的設備（牙科除外）。包括但不限於假體和矯形裝置的測試、配戴或使用訓練，以及：結腸造口術袋以及與結腸造口術護理直接相關的用品、起搏器、支架、假肢用鞋、義臂和人造乳房（包括乳房切除術後的手術乳罩）。包括與假體和矯形裝置相關的特定用品以及假體和矯形裝置的修理和/或更換。還包括在白內障摘除或白內障手術後的一些承保—有關詳細資訊，請查看本節後面部分的**視力護理**。 門診醫療/治療用品、器材和裝置包括：外科敷料、夾板、模型；用於支撐腿部、手臂、後背和頸部的支架，以及用於使骨折和脫臼復位的其他裝置。 如義肢和矯形裝置發生破裂、磨損或您的身體狀況發生重大改變，義肢和矯形裝置的修理和更換受到承保。當具有醫療必需性且 Original Medicare 承保時，則會進行修理和/或更換。 在住院/門診環境植入的義肢裝置受住院/門診手術福利的承保，且無需支付額外共付額。	$0 的共付額 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
肺病康復服務 會為患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺病 (COPD) 且從治療其慢性呼吸道疾病的醫生轉診至肺病康復的會員承保綜合性肺病康復計劃。	每次肺病康復就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**
喘息護理* 患有衰竭性病症以及擁有無薪全職照護者的會員可獲取 SCAN 喘息護理福利。如果您符合資格，SCAN 將安排最多 40 個小時的喘息護理，此初級醫療護理將在會員家中進行。 該服務必須以 4 小時為增量使用。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	每次就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**
返家照護服務* 返家照護服務是一項從醫院或專業護理機構出院後，立即為您提供支援和個人護理服務的計劃。 該計劃承保以下服務： • 個人居家護理：最多 15 次每次 4 小時的居家護理訪視（每年共計 60 小時），協助您進行日常生活活動，例如沐浴、更衣、洗衣、換床單、輕鬆家務處理、接替護理者等等。 • 電話護理協調：根據需要，協助安排後續護理及居家支援服務。 • 送餐到家服務：最長 4 週的送餐到家服務（每年最多 84 餐）。 您必須在從醫院或專業護理機構出院後的 7 天內申請這些服務，這些福利才能獲得授權批准。 這些福利可作為 Medicare 承保的居家護理服務之補充，但不能將其取代。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	每次就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**
用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢服務 我們為濫用酒精但不依賴酒精的 Medicare 受保人（包括孕婦）承保一次酒精濫用篩檢。 如果您的酒精濫用篩檢結果為陽性，您每年最多可獲得四次由符合資格的主治醫生或執業人員提供的簡短面對面諮詢課程（若您在初級醫療環境中具備應答能力並能保持清醒）。	不需要為 Medicare 承保的用於減少酒精濫用的篩檢和諮詢等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時您必須支付多少費用
用低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 進行肺癌篩檢 對於符合資格的個人，每 12 個月承保一次 LDCT。 **合格的會員為：**在 50-77 歲之間無肺癌跡象或症狀，但菸齡至少 20 年且每天至少抽一包菸，或目前抽菸或在過去 15 年內戒菸。他們在肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診期間因符合 Medicare 對該等就診的標準而獲得由醫生或合資格的非醫生執業者提供的 LDCT 醫囑。 *就進行首次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢而言：*會員必須獲得 LDCT 肺癌篩檢的醫囑，該等醫囑可在任何適當就診期間由醫生或合資格的非執業醫護人員提供。如果醫生或合資格的非執業醫護人員選擇為隨後的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢和共同作出決策就診，該就診必須符合 Medicare 對該等就診的標準。	不需要為 Medicare 承保的諮詢和共同作出決策就診或 LDCT 支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
性傳播感染 (STI) 篩檢和用於預防 STI 的諮詢 我們承保衣原體、淋病、梅毒和 B 型肝炎等性傳播感染 (STI) 的篩檢。若孕婦和 STI 高危人群的主治醫生要求其進行檢查，我們將為其篩檢承保。我們每隔 12 個月或在孕期特定時間承保一次這類檢查。 我們還為面臨 STI 高風險的性活躍成人承保每年最多 2 次單獨的 20-30 分鐘面對面高強度行為諮詢課程。如果這些諮詢課程是由主治醫生提供並且是在初級醫療環境（如醫生診室）進行的，我們只會承保這些作為預防服務的諮詢課程。	不需要為 Medicare 承保的 STI 篩檢和 STI 諮詢等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
治療腎病的服務 承保服務包括： • 教授腎病護理知識並幫助會員對其護理作出知情決定的腎病教育服務。對於患有第四期慢性腎病的會員，在醫生轉診後，我們在其一生中最多承保六次腎病教育服務 • 門診透析治療（包括如第 3 章所述暫時離開服務區進行的透析治療，或者當您的透析服務提供者暫時不可用或不可及時的透析治療） • 住院透析治療（如果您已作為住院患者入院接受特殊護理） • 自我透析訓練（包括為您以及任何幫助您在家進行透析治療的人提供的訓練） • 家庭透析設備和用品	**腎病教育服務** $0 的共付額 **透析服務** 對於每次 Medicare 承保的透析治療，$25 的共付額。這包括專家就診（腎病科專家透析診所就診）和透析機構就診以及居家透析服務。 作為住院患者接受的透析將受到您住院福利的承保。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
治療腎病的服務（續） • 某些家庭支援服務（例如，在必要時由經過訓練的透析工作人員到家裡檢查您的居家透析情況，幫助處理緊急情況並對您的透析設備和供水進行檢查） 某些透析藥物由您的 Medicare B 部分藥物福利進行承保。有關 B 部分藥物承保的資訊，請前往 **Medicare B 部分處方藥**一節。 常規透析在美國及其屬地以外不獲承保。請參閱第 3 章第 2.2 節，瞭解區域外透析服務的有關規定。	
專業護理機構 (SNF) 護理 （有關專業護理機構護理的定義，請查看本文件的第 12 章。專業護理機構有時被稱為「SNF」。） 您在每個受益期可受保 100 天。無需事先住院。您必須符合日常專業護理的醫療必需性標準，並且必須從專業護理或治療人員處獲得護理或在專業護理或治療人員的監督下獲得護理。 受益期從您住進醫院或專業護理機構的那天開始算起。受益期到您連續 60 天未接受任何住院護理（或 SNF 的專業護理）之時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或專業護理機構，則會開始一個新的受益期。受益期的數量沒有限制。 承保服務包括但不限於： • 半私人病房（或在醫療必需時的私人病房） • 包括特殊飲食在內的膳食 • 專業護理服務 • 物理治療、職業治療與語言治療 • 作為您的護理計劃組成部分對您施用的藥物（其中包括人體中天然存在的物質，例如凝血因子。） • 血液 — 包括儲存和管理。全血和濃縮紅細胞（以及其他血液成分）的承保從您需要的第一品脫血液開始。 • 一般由 SNF 提供的醫療用品和手術用品 • 一般由 SNF 提供的化驗室檢查 • 一般由 SNF 提供的 X 光及其他放射服務 • 一般由 SNF 提供的器械（例如輪椅）的使用 • 醫生/執業醫護人員服務 通常，您需要從網絡中的機構接受 SNF 護理。但是，在下列某些情況下，如果不屬於網絡內服務提供者的機構接受我們計劃的支付金額，您也許可以向該機構支付網絡內分攤費用。 • 在您去醫院之前所住的療養院或連續性護理退休社區（只要它提供專業護理機構護理） • 您出院時您的配偶或伴侶所住的 SNF	**對於專業護理機構住院，您每個受益期需支付：** 第 1-100 天，每天 $0 的共付額。 您的專業護理機構福利以入住日期為準。如果您於 2025 年開始在專業護理機構住院，直到 2026 年才出院，那麼將適用 2025 年的共付額，直到您連續 60 天未在急症醫院、SNF 或住院精神健康機構接受任何住院治療。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
停止吸菸和菸草使用（對戒菸或戒除菸草使用的諮詢）	
如果您使用菸草，但沒有菸草相關疾病的跡象或症狀：我們會在 12 個月時間內為您承保兩次免費的戒菸諮詢課程，以作為一項預防性服務。每次諮詢包括最多四次面對面交談。 如果您使用菸草且被診斷出患有菸草相關疾病，或正在使用可能受菸草影響的藥物：我們將承保戒菸諮詢服務。我們會在 12 個月時間內為您承保兩次戒菸諮詢課程，但是，您需要支付適用的分攤費用。每次諮詢包括最多四次面對面交談。	不需要為 Medicare 承保的戒菸和戒除菸草使用等預防性福利支付共同保險、共付額或自付額。 **適用事先授權規則**
慢性病患者的特殊補充福利*	
患有某些慢性病並符合其他標準的會員可能有資格獲得其他福利。慢性疾病包括癌症、心血管疾病、慢性心臟衰竭、失智症、糖尿病、晚期腎病以及神經系統疾病。 **Instacart 雜貨券** 指定零售店提供雜貨用品。每季度您最多可獲得 $60。任何未使用的餘額均不會結轉到下一季度。 請致電 SCAN 會員服務部瞭解有關如何獲取這些福利的詳細資訊。所有福利必須由 SCAN 簽約服務提供者提供。 **非醫療載送** 載送服務將透過計程車或輪椅廂型車提供，行程目的地可以是雜貨店、健身俱樂部或長者中心。此福利不包括輪床載送服務。 這些前往非醫療目的地的行程次數將計入您的常規載送福利。在您的 34 次單程載送福利中，您最多可以使用 16 次前往非醫療目的地，或者，您也可以將 34 次載送行程全數用於前往獲批的醫療目的地。 所有載送服務（包括輪椅載送）必須符合計劃的標準。每次單程載送不得超出 50 英里的範圍。 如果在派遣司機前去接送您之前沒有取消載送，則該次載送將會被計入在內，並從您的每年載送限制次數中扣除。 使用乘用車輛載送時，必須至少提前 24 小時（不包括週末）安排載送，使用輪椅服務時，必須提前 48 小時（不包括週末）安排。如需安排接送，請致電 1-844-714-2218 聯絡 SCAN 載送部門。 **請參閱「關於常規載送福利的重要資訊」**（位於本節末尾），瞭解載送福利的詳細說明。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	$0 的共付額 如果使用 SCAN Balance 的簽約載送服務提供者，您每年最多可獲 16 次的單程載送承保（每次行程不超過 50 英里）。 您的常規載送福利包含 34 次單程醫療載送，這 16 次前往非醫療目的地的單程載送將計入在內。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
監督運動療法 (SET)	
我們為患有症狀性周邊動脈疾病 (PAD)，且已從負責 PAD 治療的醫生處獲得 PAD 轉診的會員承保 SET。 如果符合 SET 計劃的要求，最多可承保為期 12 週的 36 次治療。 SET 計劃必須： • 由持續 30 至 60 分鐘的治療組成，包含為跛行患者提供的 PAD 治療性運動訓練課程 • 在醫院門診或醫生診室開展 • 由合資格的輔助人員提供，該人員需要確保治療的益處大於危害，並接受過 PAD 運動療法的訓練 • 由醫生、醫生助理或執業護士/臨床護理專家直接監督，他們必須接受過基本和進階生命支援技術方面的訓練 如果保健服務提供者認為具有醫療必需性，可以在 12 週內的 36 次治療之外，在更長的時間內額外承保 36 次 SET 治療。	每次診室就診 $0 的共付額。 **適用事先授權規則**
遠程醫療服務*	
急症護理遠程醫療 透過此項福利，您可以在舒適的家中由持照醫生為您看診。此項福利適用於不危及生命的疾病，包括但不限於咳嗽、流感、噁心、咽喉疼痛、發燒和過敏。 全年 365 天、每週 7 天、每天 24 小時提供急症護理遠程醫療服務。 您可以透過電腦、平板電腦或智慧型手機使用安全視訊功能來與醫生進行急症護理遠程醫療就診。 急症護理遠程醫療不可取代您的主治醫生或專科醫生。 首次致電或登入時，您需要設定帳戶並註冊您的資訊。 **行為遠程醫療** 此項福利可讓您透過預約，使用視訊方式與持照心理學家、碩士水平的治療師或精神科醫生聯絡，每週 7 天都可獲取服務。靈活的時間安排便於在晚上和週末獲取服務，很多時候可以在當天進行約診。 您可以在您的電腦、平板電腦或智慧型手機上使用安全視訊功能，向執業醫生進行行為遠程醫療就診。 行為遠程醫療不可取代您的主治醫生或專科醫生。	每次虛擬就診 $0。

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
遠程醫療服務*（續） 如需獲取行為遠程醫療，您將需要透過應用程式或 SCAN 網站獲取。首次致電或登入時，您需要設定帳戶並註冊您的資訊。 如需瞭解有關此項福利的更多資訊，請前往 SCAN Health Plan 網站 www.scanhealthplan.com。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	
載送（常規）* 對於符合條件的非緊急醫療服務，使用計程車、輪椅載送車或輪床載送車提供常規載送。這不包括救護車載送。請參閱本表前文的「救護車服務」部分。 所有載送服務（包括輪椅和輪床載送）必須符合計劃的標準。 每次單程載送不得超出 50 英里的範圍。 如果您不再需要載送服務，必須取消載送。 如果在派遣司機去接送您之前沒有取消載送，則該次載送將會被計入在內，並從您的每年載送限制次數中扣除。 使用乘用車輛載送必須至少提前 24 小時（不包括週末）安排，使用輪椅必須提前 48 小時（不包括週末）安排，使用輪床服務必須提前 72 小時安排。請致電如需安排接送，請致電 1-844-714-2218 聯絡 SCAN 載送部門。 該福利並不包括載送到非醫療目的地的行程，例如雜貨店、健身俱樂部和長者中心。如果您滿足特定條件，您可能有資格獲得前往這些目的地的額外載送服務。請參閱本表前面部分的**「慢性病患者的特殊補充福利」**。 **請參閱「關於常規載送福利的重要資訊」**（位於本節末尾），瞭解常規載送福利的詳細說明。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	每次單程載送 $0 的共付額。 如果使用 SCAN Balance 的簽約載送服務提供者，並且載送到 SCAN Balance 承保的服務提供者和機構處，您每年最多可獲 34 次的單程載送承保（每次行程不超過 50 英里）。

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
急症治療服務 急症治療服務是指當您暫時不在計劃的服務區域內時，或者即使您在計劃的服務區域內，但考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理時，計劃承保的需要立即進行醫療處理（但並非緊急醫療情況）的服務。計劃必須承保急症治療服務並僅向您收取網絡內分攤費用。急症治療服務包括無法預見的疾病和傷害，或現有病症意外發作。但是，即使您不在計劃的服務區域內或計劃網絡暫時不可用，醫療必需的服務提供者處常規就診（例如年度檢查）也不被視為急症治療。 當您位於計劃服務區域時，您必須從網絡內服務提供者處獲得急症治療護理（如果可能的話）。 在急診環境施用的 Medicare 承保的門診注射劑和靜脈注射藥物需支付共同保險。請參閱本表的「Medicare B 部分處方藥」部分。	每次就診 $0 的共付額。
急症治療服務 — 全球範圍承保* 我們承保全球範圍內的緊急醫療和急症治療護理，以評估或穩定在美國境外出現的急症或緊急病症。 全國範圍內的急症治療服務承保： • 這包括緊急醫療或急症治療護理和緊急救護車載送（從緊急情況現場前往最近的醫學治療機構）。 • 從另一國家/地區送回美國的載送不獲承保。 • 預先安排、預先計劃和/或選擇性程序不被視為緊急醫療/急症治療護理，且不獲承保。 • 包括治療後護理、康復和專業護理機構住院在內的後續護理不被視為緊急醫療或急症治療護理，且不獲承保。 在美國境外獲得的非緊急藥物不受承保。 有關急症治療護理的詳細資訊，請參閱第 3 章第 3.2 節，瞭解當您離家或在美國境外需要急症治療護理時的更多資訊。 請參閱本章後面的「我們不承保的服務（不保項目）」部分，瞭解更多資訊。 *此福利不適用於您的最高自付費用。	每次就診 $0 的共付額。

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
視力護理（Medicare 承保） 承保服務包括： • 用於對眼部疾病和傷害進行診斷和治療的門診醫生服務，包括老年黃斑退化的治療。Original Medicare 不承保針對眼鏡/隱形眼鏡的常規眼科檢查（驗光）。 • 對於青光眼高風險人群，我們將每年承保一次青光眼篩檢費用。青光眼高風險人群包括：有青光眼家族史的人、糖尿病患者、年滿 50 歲的非裔美國人，以及年滿 65 歲的西班牙裔美國人 • 對於糖尿病患者，每年承保一次糖尿病視網膜病變篩檢 • 每次白內障手術（包括植入人工水晶體）後承保一副眼鏡或隱形眼鏡。（如果您接受兩次單獨的白內障手術，您不能在第一次手術後保留福利，並在第二次手術後購買兩副眼鏡。） 要進行具有醫療必需性的眼科檢查，需要從計劃內醫生轉診至計劃內專科醫生，以便診斷和治療包括青光眼和白內障在內的眼科疾病。 **人工水晶體** 您需要為白內障手術支付門診手術共付額。免費提供標準人工水晶體 (IOL)。但是，在白內障手術後，您可能會要求植入矯正老花眼的 IOL（如 Crystalens™、AcrySof RESTOR™ 和 ReZoom™）而不是常規 IOL，費用需要您另行支付。您需要為您醫生推薦或要求使用的非常規 IOL 支付額外費用。您需承擔白內障手術後使用矯正老花眼的 IOL 及有關服務的費用中超出常規 IOL 植入費用的那部分費用。在進行手術前，您應與眼科專家討論這筆額外費用，以便您清楚瞭解需承擔的經濟責任。	對於具有醫療必需性的眼科檢查和治療，共付額為 $0。 如果您患青光眼的風險較高，您需為每 12 個月一次的青光眼篩檢支付 $0 的共付額。 對於 Medicare 承保的白內障手術後所需的眼鏡，共付額為 $0。 **適用事先授權規則**

為您承保的服務	獲得這些服務時**您必須支付多少費用**
視力護理（常規/非 Medicare 承保）*	
除了 Original Medicare 承保的具有醫療必需性的視力服務外，SCAN Balance 還透過 Eye Med Select 的驗光服務提供者網絡提供以下常規視力護理服務。 • 常規眼科檢查，限每 12 個月檢查一次。 • 鏡片（單光鏡片、雙光鏡片或三光鏡片）、標準鏡框或眼鏡（帶鏡片和鏡框）。限每年一副。 如果您在計劃服務提供者處購買標準鏡框和鏡片，那麼 SCAN Balance 會為您提供一定的視力承保金額。您必須支付超出承保金額的那部分費用。 • 如果使用隱形眼鏡代替有框眼鏡，限每年一副。 如果您在計劃服務提供者處購買隱形眼鏡，那麼 SCAN Balance 會為您承保一定的金額。您必須支付超出承保金額那部分的費用，即隱形眼鏡驗配、視網膜影像拍攝。 如果本計劃提供的鏡片和鏡框丟失或破損，對於與更換有關的專業服務和材料沒有相關福利，除非鏡片或鏡框因其他原因應進行更換。 **請參閱本章後文的「我們不承保的服務（不保項目）」，瞭解其他眼鏡限制。** *此福利不適用於您的最高自付費用。	**常規眼科檢查** $0 的共付額 在簽約視力服務提供者處進行常規眼科檢查（驗光）時無需轉診。 **常規眼鏡或隱形眼鏡** 眼鏡材料包含在眼鏡津貼內。 對於鏡框或隱形眼鏡，每年最多承保 $350。 隱形眼鏡的承保包括檢查費用、專業服務費用和材料費。您將支付超過 SCAN Balance 承保金額的剩餘費用。
「歡迎加入 Medicare」預防性診斷	
計劃可承保一次「歡迎加入 Medicare」(Welcome to Medicare) 預防性診斷。其中包括健康審查、有關您所需預防性服務（包括某些篩檢和注射 [或疫苗]）的訓練和諮詢，以及轉診其他護理（如果需要）。 **重要提示：**僅在您加入 Medicare B 部分後的前 12 個月內，我們為您承保「歡迎加入 Medicare」預防性診斷。進行預約時，請告訴醫生診室的人，您要預定「歡迎加入 Medicare」預防性看診。	不需要為「歡迎加入 Medicare」預防性診斷支付共同保險、共付額或自付額。

關於常規載送福利的重要資訊

SCAN Health Plan 的常規載送服務是一項補充性福利，不受 Original Medicare 承保。常規載送的主要目的是為具有醫療必需性的服務提供非緊急載送。每次單程載送不得超出 50 英里的範圍。

重要事實：

- 此項福利下的常規載送服務不收取費用。
- 對於乘用車輛載送，必須至少提前 24 小時（不包括週末）預約，對於輪椅服務，必須提前 48 小時（不包括週末）預約。
- 到府接送服務：司機將在家外面的路邊或其他搭乘地點等候乘客。此服務是正常情況下提供的服務，除非申請提供其他類型的服務。
- 上門接送服務：司機將登門或到達其他地點，為幫助乘客上車提供有限的協助。此服務必須至少提前 72 小時（不包括週末）申請預訂。醫療標準將適用。
- 長期預約：對於每週重複進行且時間與目的地相同的約診，可以安排長期預約。
- 當赴約的時間可能超出預期的時間時，可以安排「Will-Call」（未確定返程接送時間）載送。當會員準備好返回時（而不是安排特定的返程接送時間時），請致電 1-844-714-2218 聯絡 SCAN 載送部門。致電後，司機最多可能需要一小時才能抵達。
- 共同載送：在接送您的行程中，司機的車上可能會載有前往其他目的地的乘客。
- SCAN Health Plan 會員可攜一名陪護人同行，但必須在預約時申請此項服務。護送人必須年滿 18 歲。
- 如果司機未在 10 分鐘內到達，您需要致電 1-844-714-2218 聯絡 SCAN 載送部門派遣另一位司機。我們將為您提供新的接送時間。
- 司機只可以將乘客送到預約時請求的原始目的地。
- 對於常規載送，可能會使用私家車服務（Lyft 或 Uber）。如果您不想使用這種形式的載送，必須在預約時表明這一點。
- 如果不再需要載送，必須取消。如果在派遣司機前沒有取消載送，則該次載送將會被計入在內，並從會員的每年載送限制次數中扣除。

不承保的服務（不保項目）：

- 載送到超出單程 50 英里限制的目的地。
- 載送次數超出您的 SCAN Health Plan 計劃每年載送限制。
- 載送到未與 SCAN Health Plan 簽約的服務提供者和醫療機構處，例如退伍軍人事務部 (VA) 機構。
- 用於載送會員前往超過 SCAN Health Plan 的簽約載送服務提供者能夠提供的範圍的專用設備或車輛。
- 在沒有電梯的建築內提供的上門接送服務。
- 協助「出門」或在會員家中提供的協助。
- 會員安排的載送不予報銷。所有載送服務必須由 SCAN 簽約供應商提供。

第 2.2 節 您可以購買的額外「可選補充」福利

我們的計劃提供了一些額外的福利，這些福利不受 Original Medicare 計劃承保，且不包括在您的福利套餐中。這些額外的福利稱為**可選補充福利**。如果您想獲得這些可選項補充福利，必須登記並且您可能需要為它們支付額外的保費。本節中介紹的可選補充福利的上訴程序和任何其他福利一樣。

SCAN Balance 提供可選的補充性牙科福利。有一項可選計劃提供：

- DPPO 牙科計劃 — 您每月需額外支付 $55 的保費

如需瞭解可選補充福利的更多資訊，請參閱歡迎資料包和費用一覽表，瞭解可用的福利。

參加可選補充計劃

若要參加可選補充計劃，參保時，您應在參保表上表明您選擇購買該計劃。

如果您目前是 SCAN Balance 會員，可以透過致電會員服務部或向我們寄送可選牙科參保表來添加或變更您的可選補充計劃。您可以在年度參保期 (AEP) 或 1 月 1 日起的兩個月內變更或選擇可選補充福利（如果您之前沒有在 AEP 選擇可選補充福利）。

如果您是 SCAN Balance 的新會員，則從初始承保生效日期起，您可在兩個月內申請可選補充保險。如果自初始生效日期起，我們在兩個月內未收到您的可選補充保險申請，則您需等到下一個 AEP 或來年 1 月才能申請可選補充保險福利。

承保將於我們收到您的完整參保表後的下個月首日生效。

退出可選補充計劃

您可以隨時終止可選補充保險。您可以致電會員服務部申請退出可選補充計劃。在當月最後一天之前收到的退保申請將於下月首日生效。如果退保申請在當月最後一天之後才收到，那麼會員需支付其可選補充計劃的保費。

如果您申請退出可選補充計劃，這不會導致從 SCAN Balance 退保。如果您退出可選補充計劃，在下一個年度參保期之前，您可能無法重新參保。不支付可選補充計劃的計劃保費可能會導致從 SCAN Balance 退保。如果情況如此，您將回到 Original Medicare，在下一個年度參保期之前，可能無法重新參保。

保費退款

參加可選補充計劃的會員需支付月繳計劃保費，並有權就其在一年之中或退保時多付的計劃保費獲得退款。可選補充計劃保費的多付款項將在會員申請或退保時予以退還。我們將在發出通知後的 30 個工作日內退還任何多付款項。我們可能會將您的可選補充計劃保費的多付款項用於月繳保健計劃保費（如有）。

第 3 節 哪些服務不能獲得本計劃承保？

第 3.1 節 我們不承保的服務（不保項目）

本節介紹哪些服務被 Medicare 保險排除在外，因此也不獲本計劃承保。

下表列出在任何情況下都不予承保或僅在特定情況下才被承保的服務和用品。

如果您接受了被排除在外（不承保）的服務，您必須自行為該服務付費，下面列出的特定情況除外。即使您是在緊急醫療機構接受不承保服務，仍不能獲得承保，且我們計劃也不會為這些服務付款。僅有的例外情況是：若該服務在上訴後被裁定為由於您的特殊情況我們應予支付或承保的醫療服務，我們才會支付其費用。（有關對我們作出不承保某項醫療服務的裁決提出上訴的資訊，請查閱本文件第 9 章第 5.3 節。）

Medicare 不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
由其他視力或醫療計劃或非簽約服務提供者提供的任何服務或材料	任何情況下均不承保	
生物回饋		除非根據 Medicare 指導方針具有醫療必需性，且獲得了計劃醫生、計劃醫療主任（或指定人員）或 SCAN Health Plan 的授權。
輔助替代醫學 (CAM) 和/或非傳統醫學。範例包括但不限於順勢療法、瑜伽、極性療法、觸療和生物電磁治療		除非根據 Medicare 指導方針具有醫療必需性，且獲得了計劃醫生、計劃醫療主任（或指定人員）或 SCAN Health Plan 的授權。
整容手術或醫療程序		• 因意外受傷或是為了改善會員身體畸形部位的功能可獲得承保。 • 乳房切除術後進行的乳房重建手術，以及為達到對稱效果而對未受影響的一側乳房進行重建的所有階段可獲得承保。
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看護的個人護理，例如協助沐浴或穿衣等日常生活活動的護理。	任何情況下均不承保	
牙用夾、假牙或任何牙齒、牙齦或顎部的牙科治療或與顳下頜關節紊亂 (TMJ) 有關的牙科治療	任何情況下均不承保	

Medicare 不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
主要不是用於醫療目的且被視為對治療疾病或傷害屬不合理和不必要的耐用醫療設備。（請參閱本章第 2.1 節的「耐用醫療設備 (DME) 和相關用品」。		如果您符合州護理機構護理級別標準，則 Medi-Cal (Medicaid) 還承額外的耐用醫療設備。
試驗性醫療程序和手術、設備及藥物。 試驗性醫療程序和用品是指 Original Medicare 認為得不到醫療界普遍認可的用品和程序。		• 可能因參加 Medicare 批准的臨床研究而獲 Original Medicare 承保，或由我們的計劃承保。 （有關臨床研究的詳細資訊，請參閱第 3 章第 5 節。）
直系親屬或家庭成員因其提供護理而收取的費用。	任何情況下均不承保	
在服務區域外接受的預見性服務		在美國境內接受的透析服務除外。
在家中接受的全職護理照護。	任何情況下均不承保	
Medicare 不承保的免疫接種。（請參閱本章的「免疫接種」。）	任何情況下均不承保	
會員在未獲事先授權的情況下在線上或零售地點購買的物品。	任何情況下均不承保	
膝蓋滑板車	任何情況下均不承保	
維持性治療		除非根據 Medicare 指導方針具有醫療必需性，且獲得了計劃醫生、計劃醫療主任（或指定人員）或 SCAN Health Plan 的授權。
器官移植捐贈者的醫療和醫院服務（當器官移植的受贈者不是 SCAN Health Plan 會員時）	任何情況下均不承保	
藥用大麻	任何情況下均不承保	
自然療法服務（使用自然或替代治療方法）。	任何情況下均不承保	
非緊急情況的救護車載送		除非根據 Medicare 指導方針具有醫療必需性，且獲得了計劃醫生、計劃醫療主任（或指定人員）或 SCAN Health Plan 的授權。

Medicare 不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
非 Medicare 承保的器官移植	任何情況下均不承保	
口服營養補充劑或配方		除非獲得您的計劃醫生或計劃醫療主任（或指定人員）或 SCAN Health Plan 的授權。
主要為了使會員感到舒適或方便或主要為了在社區內使用的耐用醫療設備、矯正裝置或義肢的可選或額外配件（包括住宅改造和汽車改裝）	任何情況下均不承保	
矯形鞋或足部輔助支撐器		• 屬於腿支架的一部分的鞋子，並且包含在支架費用中。為患有糖尿病足部疾病的人提供的矯形鞋或治療用鞋。
醫院或專業護理機構病房中的私人物品，例如電話或電視。	任何情況下均不承保	
對於在服務區域外接受的針對任何已知病情的預先安排或計劃的服務及治療和/或選擇性程序。	任何情況下均不承保	
醫院的私人病房。		• 僅在具有醫療必需性時承保。
放射狀角膜切開術、LASIK 手術和其他低視力輔助工具。	任何情況下均不承保	
針對物質濫用的住院治療服務	任何情況下均不承保	
恢復生育能力手術和/或非處方避孕用品。	任何情況下均不承保	
未獲得 SCAN Health Plan 批准的轉診書或事先授權的情況下，從計劃外提供者處獲得的常規護理或選擇性醫療服務	任何情況下均不承保	
常規足部護理		• 可根據 Medicare 指導方針提供某些有限承保（比如若您患有糖尿病）。
根據 Original Medicare 的標準被視為不合理和不必要的服務	任何情況下均不承保	
針對勞工賠償承保的疾病的服務	任何情況下均不承保	

Medicare 不承保的服務	任何情況下均不承保	僅在特殊情況下承保
在當地、州或聯邦政府設施提供的服務		除非聯邦或州法律明確要求或 Medicare 指導方針規定本計劃需付款。
退伍軍人事務部 (VA) 機構提供的服務		急診室服務在具有醫療必需性時獲承保。（請參閱本章前文的「緊急醫療護理」。）
在您的網絡外接受的服務（在沒有事先授權的情況下，如果您旅行至服務區域外，並且明確目的是要獲得醫療服務、用品和/或藥物）	任何情況下均不承保	
先前授權在網絡內提供，但在服務區域外接受的服務（包括但不限於氧氣、常規血液化驗、化療和/或非緊急手術）	任何情況下均不承保	
所提供的超出就診限制或福利上限的服務	任何情況下均不承保	
足部輔助支撐器		為患有糖尿病足部疾病的人提供的矯形鞋或治療用鞋。
病態肥胖的手術治療		除非根據 Medicare 指導方針具有醫療必需性，且獲得了計劃醫生、計劃醫療主任（或指定人員）或 SCAN Health Plan 的授權。
因戰爭行為（無論是否宣戰）或在您的醫院保險福利或補充性醫療保險福利之當前承保生效日期之後發生的戰爭行為所導致的病症治療	任何情況下均不承保	
主要用於美容目的的視力服務和/或材料，包括但不限於調和（無分界線）雙光或三光鏡片、變色鏡片、著色鏡片、漸進或多焦點鏡片、鏡片鍍膜或層疊、UV（紫外線）鏡片、聚碳酸酯/超薄鏡片、抗反射鍍膜、防刮鍍膜、邊緣拋光及其他為了美觀而採用的工藝，非標準或可選隱形眼鏡和平光鏡片（非處方）	任何情況下均不承保	
假髮（任何類型及其護理）	任何情況下均不承保	

第 4 節 附錄

計劃限制

以下物品、程序、福利、服務、藥物、用品和設備在 SCAN Balance 計劃下受到限制：

- 承保服務只能透過您選擇的網絡內計劃服務提供者提供（除非這些護理是緊急服務、急症治療服務、您暫時位於服務區域之外時獲得的區域外腎臟透析服務、全球範圍內的緊急服務，或者這些護理已得到事先授權）。先前授權或計劃在網絡內提供的服務（例如但不限於氧氣、常規血液化驗、化療和/或非緊急手術）在服務區域外不受承保。
- 計劃外提供者提供的承保服務限於意外急症治療服務或您暫時位於服務區域之外時獲得的腎臟透析服務，緊急服務和全球範圍內的授權病情穩定後護理，以及您已獲得事先授權的服務。在特殊情況下，當暫時無法從 SCAN Balance 的服務提供者處獲得護理時，服務區域內的急症治療服務亦受到承保。在這種情況下，承保服務應由隸屬於 Medicare 的醫生及其他執業醫護人員提供。
- 如果您在未獲得 SCAN Balance 批准的轉診的情況下，向計劃外提供者尋求常規護理或選擇性醫療服務，SCAN Balance、Original Medicare 和大部分 Medicare 補充保險保單（如 Medigap）均不會為您接受的護理付款，您需要為這些服務支付全額費用。
- SCAN Balance 承保所有具有醫療必需性、受 Medicare 承保且依照本計劃的規定而獲得的醫療服務。如果接受的服務不是計劃承保服務，或是在網絡外接受的未授權服務，您將有責任支付本計劃不承保的這些服務的全部費用。
- 計劃服務提供者可能會討論 Medicare 或 SCAN Balance 可能不承保的替代療法。不是所有討論到的替代療法都具有醫療必需性。所有治療都需要獲得事先授權。請致電會員服務部（電話號碼列於第 2 章）。
- 會員需全額承擔第 4 章列出的所有適用分攤費用。分攤費用是不可協商的。

如何獲得第二意見？

如果您不同意您醫生的意見，或是想要確認某項醫學治療或程序的診斷結果、醫療必需性或適當性，您有權就從您的 PCP 或專科醫生處獲得的護理申請第二醫療意見。如果您想要申請第二醫療意見，只需聯絡您的 PCP 即可。請注意，在第二醫療意見獲得核准之前，您必須透過您的 PCP 獲得第二意見的事先授權。

醫療團體將審核您的請求，然後授權或拒絕第二意見。如果您的第二意見申請獲核准，您的 PCP 會將您轉診至簽約醫療團體或獨立醫療執業協會 (IPA) 中的合格提供者。如果您的病況會對您的健康造成迫切、嚴重的威脅，那麼簽約服務提供者或 SCAN Balance 將在收到請求後的 72 小時內授權或拒絕第二意見。

如果醫療團體拒絕您對第二醫療意見的申請，您有權向 SCAN Balance 提出上訴。若您有任何疑問，請聯絡會員服務部。（請參閱第 9 章的上訴與申訴程序，瞭解與您的上訴權利有關的更多資訊。）第二意見並非治療計劃。取得第二意見後的任何後續治療均須獲得您醫療團體的授權。

您可以致電會員服務部（電話號碼印在本文件封底），向 SCAN Balance 索要與第二意見的申請回覆相關的時間表副本。

第 5 章：

使用本計劃來對您的 D 部分處方藥進行承保

第 1 節 簡介

本章**說明使用您 D 部分藥物承保範圍的規則**。請參閱第 4 章，瞭解 Medicare B 部分藥物福利和善終計劃藥物福利。

第 1.1 節 計劃 D 部分藥物承保範圍的基本規則

本計劃通常將會承保您的藥物，只要您遵守以下基本規則：

- 您必須有可為您開立處方的提供者（醫生、牙醫或其他處方醫生），並且處方在適用的州法律下必須有效。
- 您的處方醫生不在 Medicare 的排除或除外名單中。
- 您通常須使用網絡內藥房來配取您的處方藥。（請參閱本章第 2 節。*或者您可透過計劃的郵購服務配取處方藥。）*
- 您的藥物必須列於計劃的「承保藥物清單」（「處方藥一覽表」）（我們簡稱為藥物清單）上。（請參閱本章第 3 節。）
- 您的藥物必須用於治療醫學上認可的適應症。醫學上認可的適應症表示一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考資料支援的藥物使用方式。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參閱本章第 3 節。）
- 您的藥物可能需要獲得批准後方可取得我們的承保。（有關承保範圍限制的詳細資訊，請參閱本章第 4 節。）

第 2 節 在網絡內藥房或透過計劃的郵購服務配取處方藥

第 2.1 節 使用網絡內藥房

在大多數情況下，您的處方藥*僅*在計劃的網絡內藥房配取時才獲承保。（有關我們承保於網絡外藥房配取之處方藥的細節，請參閱第 2.5 節。）

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

第 2.2 節 網絡內藥房

如何尋找您當地的網絡內藥房？

如要尋找網絡內藥房，您可以查看您的「醫療服務提供者與藥房目錄」，瀏覽我們的網站 (www.scanhealthplan.com)，和/或致電會員服務部。

您可以前往我們網絡內的任何藥房。我們的某些網絡內藥房提供首選分攤費用，其分攤費用可能低於提供標準分攤費用的藥房。「醫療服務提供者與藥房目錄」將告訴您哪些網絡內藥房提供首選分攤費用。聯絡我們瞭解關於不同藥物的自付費用如何有所不同的詳細資訊。

如果您使用的藥房退出了網絡，該如何處理？

如果您使用的藥房退出了計劃的網絡，您將需要尋找一間新的網絡內藥房。或者，如果您使用的藥房留在網絡內，但不再提供首選分攤費用，您可能會希望轉至其他網絡內或首選藥房（如有）。若要尋找您所在地區的另一間藥房，您可以向會員服務部尋求幫助，或使用「醫療服務提供者與藥房目錄」。您也可以透過我們的網站 www.scanhealthplan.com 取得此資訊。

如果您需要專門的藥房，該如何處理？

有些處方藥必須在專門的藥房配取。專門的藥房包括：

- 提供居家輸液治療藥物的藥房。
- 為長期護理 (LTC) 機構居住者提供藥物的藥房。通常，LTC 機構（如療養院）擁有自己的藥房。如果您在 LTC 機構使用 D 部分福利時遇到困難，請聯絡會員服務部。
- 為印地安醫療保健服務/部落/城區印地安醫療保健計劃提供服務的藥房（未在波多黎各提供）。除非是緊急情況，否則只有美國原住民或阿拉斯加原住民能夠使用這些網絡內藥房。
- 受 FDA 限制僅可在某些地點配藥的藥房，或是需要特殊處理、醫療服務提供者協調、進行用藥教學的藥房。若要尋找專門的藥房，請查看您的「醫療服務提供者與藥房目錄」www.scanhealthplan.com 或致電會員服務部。

第 2.3 節 使用計劃的郵購服務

我們計劃的郵購服務允許您訂購**多達 100 天份的藥量**。

我們的藥房網絡包含提供標準分攤費用和首選分攤費用的郵購藥房。您可以選擇任意一家郵購網絡內藥房獲取承保的處方藥，但透過提供首選分攤費用的郵購藥房，您的費用可能更低。

若要取得訂購單及郵寄配取處方藥的相關資訊，請致電會員服務部（電話號碼印在本文件封底）。

通常，郵購藥房的訂單將在 14 天內送達。如果您處方的處理時間將超過 14 天，可以聯絡會員服務部以獲取在當地藥房重配藥物的批准。零售藥房共付額將適用。

藥房直接從您醫生的診室收到的新處方。
在以下情況下，藥房將自動按照從保健服務提供者處收到的新處方配藥並寄送給您，而不會事先諮詢您的意見：

- 您過去使用過本計劃的郵購服務，或
- 您註冊申請自動配送從保健服務提供者處直接收到的所有新處方上的藥物。您可以隨時致電申請自動配送所有新處方，電話：1-866-553-4125，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 711。如果您從未使用過本計劃的郵購服務，當醫療服務提供者直接向藥房提交您的首份處方時，該藥房會在配送前聯絡您確認訂單。請務必致電告知藥房聯絡您的最佳聯絡方式，電話：1-866-553-4125，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 711。

如果您自動收到您不想要的郵寄處方藥，而且在藥物發運前無人聯絡您確認您是否想要該藥物，則您也許有資格獲得退款。

如果您過去使用過郵購服務，並且不希望藥房自動配取並寄送每個新處方上的藥物，請致電 1-866-553-4125 聯絡我們，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 711。

如果您從未使用過我們的郵購服務，和/或決定停止自動配取新處方上的藥物，藥房將在每次從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配取並發運藥物。每次藥房聯絡您時，您都務必回覆，以便告知他們是否寄送、延遲或取消新的處方。

要選擇不接受自動按照直接從您醫療服務提供者的診室收到的新處方配取並郵寄的藥物，請致電 1-866-553-4125 聯絡我們，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 711。

重配郵購處方藥。對於重新配取藥物，您可選擇參加一項自動重配計劃。參加此計劃後，當我們的記錄顯示您即將用完藥物時，我們將自動開始處理您的下次藥物重配。藥房將在每次寄送重配藥物前聯絡您，確認您是否需要更多藥物，而且如果您有足夠的藥物或您的藥物發生變化，可以取消預定的重配藥物。

如果您選擇不使用我們的自動重配計劃，但仍然希望郵購藥房向您寄送處方藥，請在您當前處方用完的前 14 天聯絡您的藥房。這將確保您的郵購藥物及時送達。

如要退出我們可自動準備郵購藥物重配的計劃，請致電 1-866-553-4125 聯絡我們，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 711。

如果您自動收到您不想要的郵寄重配藥物，您可能有資格獲得退款。

第 2.4 節 如何取得長期藥物供應？

當您取得長期藥物供應時，您的分攤費用可能會較低。本計劃提供了兩種就計劃藥物清單上之維持藥物取得長期供應（亦稱為延長供藥）的方法。（維持藥物是您定期使用的藥物，用於治療慢性或長期病症。）

1. 部分網絡內零售藥房可為您提供長期維持藥物供應。您的「醫療服務提供者與藥房目錄」(www.scanhealthplan.com) 介紹了哪些網絡內藥房可為您提供長期維持藥物供應。您亦可致電會員服務部瞭解更多資訊。
2. 您也可以透過郵購計劃獲得維持藥物。請參閱第 2.3 節瞭解更多資訊。

第 2.5 節 在何種情況下，您可以使用計劃網絡外的藥房？

在某些情況下，您的處方藥可能有承保

通常，*僅*在您無法使用網絡內藥房時，我們才會承保於網絡外藥房配取的藥物。為了幫助您，我們在服務區外備有網絡內藥房，您可透過計劃會員身份在這些藥房配取處方藥。**請先洽詢會員服務部**，以確定附近是否有網絡內藥房。您可能需要支付在網絡外藥房購買藥物的費用與網絡內藥房承保費用之間的差額。

在以下情形下，我們可能會承保於網絡外藥房配取的處方藥。

- 因為在合理行駛距離內無提供 24 小時服務的網絡內藥房，您在服務區域內無法及時取得承保藥物。
- 您想要配取在網絡內合資格的零售或郵購藥房中通常沒有庫存的承保處方藥。
- 您在計劃服務區域以外的美國境內地點旅行，且突然生病或用完了處方藥，在您遵循本文件及處方藥一覽表所述的所有其他承保規定且網絡內藥房不可用的情況下，我們將承保在網絡外藥房配取的處方藥。
- 網絡外配藥限 30 天的份量並將根據具體個案情況進行評估。

如何要求計劃報銷？

如果您使用網絡外藥房，一般您需要在配取處方藥時支付全額的費用（而非您的正常分攤費用）。您可以要求我們報銷我們應承擔的費用。（第 7 章第 2 節介紹如何要求計劃償付。）

第 3 節 您的藥物必須列於計劃的藥物清單上

第 3.1 節 藥物清單說明何種 D 部分藥物有承保

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

此清單上的藥物皆由計劃在醫生和藥劑師團隊的協助下選定。該清單符合 Medicare 的要求，已獲得 Medicare 批准。

「藥物清單」僅列出由 Medicare D 部分承保的藥物。

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

- 經美國食品藥物管理局批准可用於相關診斷或病症（經處方），或
- 由某些參考資料提供支持，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 Micromedex DRUGDEX Information System。

藥物清單涵蓋品牌藥、普通藥和生物製品（可能包括生物仿制藥）。

品牌藥是一種處方藥，以藥物製造商擁有的商標名稱進行銷售。生物製品是比典型藥物更為複雜的藥物。在藥物清單上，當出現「藥物」時，這可能是指某種藥物或生物製品。

普通藥是一種和品牌藥具有相同活性成分的處方藥。生物製品具有稱為生物仿製藥的替代藥物。通常，普通藥和生物仿製藥與品牌藥或原研生物製品的藥效相同，並且費用較低。許多品牌藥皆有普通藥可供替代，而某些原研生物製品有生物仿製藥可替代。某些生物仿製藥是可互換生物仿製藥，根據州法律，藥房無需新處方即可用其替代原研生物製品，這一點與用普通藥替代品牌藥類似。

請參閱第 12 章，瞭解可能列於藥物清單上的藥物類型的定義。

哪些藥物*不*在「藥物清單」上？

本計劃並未承保所有的處方藥。

- 在某些情況下，法律並不允許任何 Medicare 計劃承保某些類型的藥物。（有關詳細資訊，請參閱本章中的第 7.1 節。）
- 其他情況則是我們決定不將某種特定藥物包含在「藥物清單」內。在某些情況下，您可能可以獲得不在藥物清單上的藥物。（如需更多資訊，請參閱第 9 章。）

第 3.2 節 藥物清單上的藥物共有五種分攤費用等級

本計劃「藥物清單」上的每種藥物皆屬於五種分攤費用等級之一：通常，分攤費用的等級越高，您藥物的費用就越高：

- 第 1 級分攤費用：首選普通藥。此等級包含普通藥（最低等級）。
- 第 2 級分攤費用：普通藥。此等級包含普通藥。
- 第 3 級分攤費用：首選品牌藥。此等級包含胰島素、其他品牌藥和一些普通藥。
- 第 4 級分攤費用：非首選藥物。此等級包含品牌藥和一些普通藥。
- 第 5 級分攤費用：特殊級藥物。此等級包含特殊藥物（最高等級）。

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的「藥物清單」。

對於每個分攤費用等級的藥物，您須支付的金額列於第 6 章*（對於 D 部分處方藥您須支付的費用）*。

第 3.3 節 如何得知某種特定的藥物是否有列於「藥物清單」上？

您有五種方法進行查詢：

1. 查看我們以電子形式提供的最新版藥物清單。
2. 您可瀏覽計劃的網站 (www.scanhealthplan.com)。網站上的「藥物清單」將維持在最新的版本。
3. 致電會員服務部，查詢某種特定的藥物是否有列於計劃的「藥物清單」上，或索要一份該清單的副本。
4. 使用計劃的「即時福利工具」（www.scanhealthplan.com 或致電會員服務部）。您可以使用此工具搜尋藥物清單上的藥物，瞭解估計您將須支付的費用，以及藥物清單上是否有可治療相同病症的替代藥物。
5. 傳送電子郵件至 MemberServices@scanhealthplan.com，索取一份「藥物清單」。

第 4 節 某些藥物具有承保範圍限制

第 4.1 節 為何某些藥物有限制？

對於某些處方藥，特殊的規則限制了計劃如何與何時才可承保。醫生與藥劑師團隊制訂了這些規則，幫助您和您的服務提供者以最有效的方式使用藥物。如要確定這些限制是否適用於您使用（或想要使用）的藥物，請查閱「藥物清單」。

如果一種安全且費用較低的藥物和較昂貴的藥物效果相同時，計劃的規則將鼓勵您與您的服務提供者使用費用較低的藥物。

請注意，有時某種藥物可能在藥物清單上多次出現。這是因為相同藥物可能因您的醫療服務提供者開出藥物的規格、份量或劑型而有所不同，並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 mg 與 100 mg；每天一次與每天兩次；藥片與液體）。

第 4.2 節 何種限制？

下節將介紹關於我們對某些藥物使用的限制類型細節。

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

事先取得計劃批准

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

數量限制

對於某些藥物，我們會限制您每次配取處方時可獲得的藥物數量。舉例來說，如果某個藥物的安全用量通常只有每日一粒，則我們可能會限制您處方的承保範圍至不超過每日一粒。

第 5 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，該如何處理？

第 5.1 節 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟

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

- 該藥物可能完全沒有承保。或者，可能僅承保其普通藥，但您想要使用其未承保的品牌藥。
- 藥物獲承保，但其承保範圍有額外的規則或限制，如第 4 節所述。
- 藥物有承保，但其分攤費用等級使得分攤費用超出您的預期。

- 如果您藥物的承保方式並不是您所想要的，您可以採取一些步驟。**如果您的藥物未列於藥物清單上，或是如果您的藥物受到限制，請轉到第 5.2 節瞭解您可以採取的行動。**
- **如果您藥物的分攤費用等級使得費用超出您的預期，請參閱第 5.3 節，以瞭解如何處理。**

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

如果您的藥物未列於「藥物清單」上，或者如果該藥受到某些限制，您有以下選項：

- 您可能可以取得該藥物的臨時性供藥。
- 您可以更換成另一種藥物。
- 您可以提出**例外處理**申請，並要求計劃承保該藥，或移除該藥的限制。

您可能可以取得臨時性供藥

在某些情況下，計劃必須提供您已經在使用的藥物的臨時性供藥。這種臨時性供藥讓您有時間與您的提供者討論變更。

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

- **如果您是新會員**，我們將在您成為計劃會員的前 **90 天內**承保您藥物的臨時性供藥。
- **如果您去年參保了本計劃**，在該年的前 **90 天**內，我們將承保您藥物的臨時性供藥。
- 此臨時性供藥為最多 30 天的藥量（適用於不住在長期護理機構的會員）或 31 天的藥量（適用於住在長期護理機構的會員）。如果您處方的天數較少，我們將允許多次配藥，以提供最多 30 天的藥量（適用於不住在長期護理機構的會員）或 31 天的藥量（適用於住在長期護理機構的會員）。處方藥必須在網絡內藥房配取。（請注意，長期護理藥房可能每次僅提供較小份量的藥物以免造成浪費。）
- **對於加入計劃超過 90 天，且居住在長期護理機構，並且立即需要藥物補給的會員：**
  我們將承保一次 31 天份量的特定藥物緊急供應，如果您的處方天數少於此數，則會承保少於該天數的緊急藥量。這是除了上述臨時性供藥之外的供藥。
- **對於從長期護理 (LTC) 機構或醫院轉回家中的會員：**

  我們承保的臨時性供藥的上限為 30 天，如果您的處方天數少於此數，則會承保少於該天數的藥量。
- **對於從家中或醫院轉至長期護理 (LTC) 機構的會員：**

  我們承保的臨時性供藥的上限為 31 天，如果您的處方天數少於此數，則會承保少於該天數的藥量。

有關臨時性供藥的問題，請致電會員服務部。

在您使用臨時性供藥期間，您應和您的提供者討論，以決定當臨時性供藥用盡時該如何處理。您有兩個選擇：

1) 您可以更換到另一種藥物

與您的服務提供者討論計劃是否承保其他對您有相同效果的藥物。您可以致電會員服務部，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的服務提供者找到適合您的承保藥物。

2) 您可以要求例外處理

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

如果您和您的服務提供者想申請例外處理，第 9 章第 6.4 節介紹了該如何操作。其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理而制定的程序和截止時間。

第 5.3 節 如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，該如何處理？

如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，您可以：

您可以更換成另一種藥物

如果您認為您藥物的分攤費用等級過高，請諮詢您的服務提供者。較低的分攤費用等級可能會有不同的藥物對您有相同效果。致電會員服務部，索要一份可治療相同病症的承保藥物清單。此清單將可協助您的服務提供者找到適合您的承保藥物。

您可以要求例外處理

您和您的服務提供者可以要求計劃為該藥物的分攤費用等級作出例外處理，使您能夠支付較少的費用。如果您的提供者表示您有申請例外處理的醫療理由，則您的服務提供者可以協助您提出例外處理申請。

如果您和您的服務提供者想申請例外處理，第 9 章第 6.4 節介紹了該如何操作。其中說明了 Medicare 為確保您的請求得到及時公平的處理而制定的程序和截止時間。

第 5 級藥物（特殊級藥物）不符合此類例外處理的資格。我們無法降低該等級的分攤費用金額。

第 6 節 如果您藥物的承保範圍更改，該如何處理？

第 6.1 節 在一年當中，「藥物清單」可能會有更改

大多數藥物承保範圍的更改發生在每年開始時（1 月 1 日）。然而，在一年當中，計劃可能會對「藥物清單」作出一些更改。例如，計劃可能：

- **新增藥物至「藥物清單」，或從中移除藥物。**
- **將藥物移至更高或更低的分攤費用等級。**

- **新增或撤銷藥物的承保範圍限制。**
- **以品牌藥的普通藥版本來替換品牌藥。**
- **以生物製品的可互換生物仿製藥版本來替換原研生物製品。**

在更改計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵守 Medicare 的要求。

請參閱 第 12 章，瞭解本章所述藥物類型的定義。

第 6.2 節 如果您正在使用的藥物，其承保範圍受到更改，將會如何？

關於更改藥物承保範圍的資訊

如果「藥物清單」發生更改，我們會在網站上發佈有關更改的資訊。我們還會定期更新我們的線上藥物清單。本節介紹我們可能對藥物清單作出的更改類型，以及如果您正在使用的藥物發生更改，您將在何時收到直接通知。

在當前計劃年度內，我們可能會對藥物清單作出影響您的更改

- **將新藥新增到藥物清單，並隨時移除或更改藥物清單中的類似藥物。**
  - 將某種新版本的藥物新增到藥物清單時，我們可能會隨時從藥物清單中移除類似藥物、將類似藥物移至其他分攤費用等級、增設限制，或兩者兼有。新版本的藥物將處於相同或更低的分攤等級，並具有相同或更少的限制。
  - 只有當我們計劃為某種品牌藥新增某種普通藥，或為藥物清單上已有的某種原研生物製品新增某些生物仿製藥時，我們才能隨時進行這些變更。
  - 即使您正在使用我們將要移除或更改的藥物，我們也可能會隨時進行更改並稍後通知您。如果我們作出更改時您正在使用類似藥物，我們將告知您有關我們所作的具體更改的資訊。
- **在事先通知的情況下，將藥物新增到藥物清單以及移除或更改藥物清單中的類似藥物。**
  - 將另一種版本的藥物新增到藥物清單時，我們可能會從藥物清單中移除類似藥物、將類似藥物移至其他分攤費用等級、增設限制，或兩者兼有。我們新增的藥物版本將處於相同或更低的分攤等級，並具有相同或更少的限制。
  - 只有當我們計劃為某種品牌藥新增某種普通藥，或為藥物清單上已有的某種原研生物製品新增某些生物仿製藥時，我們才能進行這些變更。
  - 我們將在作出更改前至少提前 30 天告知您，或告知您有關更改的資訊並為您承保所使用藥物版本的 30 天配藥。
- **移除藥物清單上的不安全藥物和其他退出市場的藥物。**
  - 有時某種藥物可能因被認為不安全或因其他原因下市。如果發生這種情況，我們可能會立即將該藥物自「藥物清單」中移除。如果您正在使用該藥物，我們會在作出更改之後告知您。
- **對藥物清單上的藥物作出其他更改。**
  - 一年之後，我們可能會作出其他變更，並可能會影響您正在使用的藥物。例如，我們會根據 FDA 的包裝警告或 Medicare 認可的新臨床指引作出更改。

- 我們將在作出這些更改前至少提前 30 天告知您，或告知您有關更改的資訊並為您承保所使用藥物的額外 30 天配藥。

如果我們對您正在使用的任何藥物作出上述任何更改，請與您的處方醫生討論最適合您的方案，包括改用其他藥物來治療您的病症，或請求承保範圍裁決以應對您正在使用的藥物的任何新限制。您或您的處方醫生可以要求我們為您作出例外處理，並繼續承保您一直以來使用的藥物或藥物版本。有關如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）的更多資訊，請參閱第 9 章。

在本計劃年度內對您沒有影響的藥物清單更改

我們可能會對「藥物清單」進行上面沒有提到的變更。在這種情況下，這類變更不會影響作出變更時您正在使用的藥物；但是，如果您繼續留在相同的計劃裡，那麼這些變更可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日起開始影響您。

一般而言，在當前計劃年度不會影響您的變更包括：

- 我們將您的藥物移至更高的分攤費用等級。
- 我們對您使用的藥物施加了新的限制。
- 我們將您的藥物自「藥物清單」中移除。

若您正在使用的藥物發生任何這些變更（除了藥物從市場上退出，普通藥取代了品牌藥，或上述章節所列的其他變更之外），則直到明年的 1 月 1 日為止，該變更將不會影響您的用藥或您的分攤費用。

在當前計劃年度內，我們不會直接告訴您這些類型的變更。您將需要查看下一個計劃年度的「藥物清單」（該清單在開放參保期間內可以查看），瞭解您正在使用的藥物的任何變化是否會對您在下一個計劃年度造成影響。

第 7 節 哪些藥物*不能*獲得本計劃承保？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

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

如果您接受被排除在外的藥物，您必須自行支付費用。如果您提出上訴，並且我們發現您請求的藥物未被 D 部分排除在外，我們將支付或承保該藥物。（有關對裁決提出上訴的資訊，請查閱第 9 章。）

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

- 我們計劃的 D 部分藥物保險無法承保將由 Medicare A 部分或 B 部分承保的藥物。
- 我們計劃無法承保於美國或其屬地境外購買的藥物。
- 我們的計劃無法承保藥物的*非適應症*用途，除非該用途由某些參考資料提供支持，例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 Micromedex DRUGDEX Information System。*非適應症*使用指的是任何非該藥標籤上由美國食品藥物管理局批准之指示的用途。

此外，根據法律，下列藥物類別不受 Medicare 藥物計劃承保：

- 非處方藥（也稱為成藥）
- 用於促進生育的藥物
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物
- 處方維他命與礦物質產品，產前維他命與氟化物製劑除外
- 用於治療性功能或勃起功能障礙的藥物
- 用於治療厭食症、體重減輕或體重增加的藥物
- 製造商試圖透過銷售條件要求相關測試或監測服務只能自該製造商購買的門診藥物

若您正在領取「額外補助」以支付您的處方藥費用，「額外補助」計劃將不會為通常不承保的藥物支付費用。然而，若您擁有透過 Medicaid 獲得的藥物保險，您的州 Medicaid 計劃可能會承保部分 Medicare 藥物計劃通常不承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，確定可為您提供哪些藥物承保。（Medicaid 的電話號碼及聯絡資訊列於第 2 章第 6 節。）

第 8 節 配取處方藥

第 8.1 節 提供您的會員資訊

配取處方藥時，請在您選擇的網絡內藥房出示您的會員卡上的計劃會員資訊。網絡內藥房會自動向計劃收取*我們*就您的藥費應承擔的部分。當您領取處方藥時，您將需要向該藥房支付*您*應承擔的部分。

第 8.2 節 如果您沒有帶上您的會員資訊，該如何處理？

如果您在配取處方藥時無法出示計劃會員資訊，您或藥房可以致電本計劃以取得必要的資訊，或者您可以要求藥房查找您的計劃參保資訊。

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

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險

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

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

第 9.2 節 如果您是長期護理 (LTC) 機構的居住者，將如何處理？

通常，長期護理 (LTC) 機構（如療養院）擁有自己的藥房，或使用某個藥房為其所有居住者提供藥物。如果您是 LTC 機構的居住者，只要該機構的藥房或其使用的藥房在我們的網絡內，您即可在該藥房取得處方藥。

請查閱您的「醫療服務提供者與藥房目錄」www.scanhealthplan.com，以確認您 LTC 機構的藥房或其使用的藥房是否在我們的網絡內。如果不在我們的網絡內，或您需要更多資訊，請聯絡會員服務部。如果您入住 LTC 機構，我們必須確保您能夠透過我們的網絡內 LTC 藥房接受您的 D 部分福利。

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

有關臨時性或緊急供藥，請參閱第 5.2 節。

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

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

一般來說，如果您有雇員或退休人士團體保險，您從我們這裡獲得的藥物保險將會成為您的團體保險之外的*次要*保險。這表示您的團體保險將會先行支付。

關於「有信譽度的保險」的特別注意事項：

每年您的雇主或退休人士團體應寄給您一份通知，告知您下一年的處方藥保險是否為「有信譽度的」。

如果來自團體計劃的保險是「有信譽度的」，則是指預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險。

請保留此關於有信譽度保險的通知，因為您之後可能會需要用到。如果您加入了 Medicare 包含 D 部分藥物保險的計劃，您可能需要這些通知來顯示您已維持有信譽度的保險。如果您未獲得關於有信譽度的保險的通知，您可以向您的雇主或退休計劃福利管理員，或該雇主或工會索取一份副本。

第 9.4 節 如果您參加了 Medicare 認證善終護理，該如何處理？

善終計劃和我們的計劃不會同時承保同一種藥物。如果您參加了 Medicare 善終護理計劃，並且要求獲得某些藥物（例如抗噁心、通便、止痛藥物或抗焦慮藥物），而此藥因為與您的絕症及相關狀況無關而不受您的善終護理計劃承保，則在本計劃承保該藥物前，本計劃必須收到來自處方醫生或您的善終護理服務提供者的通知，聲明該藥物與您的絕症無關。為防止耽誤您收到任何我們計劃應承保的這些藥物，您在配取方配藥之前，請要求您的善終服務提供者或處方醫生提供通知。

在您撤銷所選的善終計劃或從善終機構中出院後，本計劃將如本文件所述承保您的藥物。當您的 Medicare 善終福利結束時，為了防止耽誤您獲得藥房服務，請將證明文件帶到藥房，證明您已撤銷善終服務或已出院。

第 10 節 藥物安全與用藥管理的計劃

第 10.1 節 協助會員安全用藥的計劃

我們將為會員進行用藥審核，以確保安全與適當的護理。

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

- 可能的用藥錯誤
- 因為您正使用另一種治療相同病症的類似藥物而可能不必要的藥物
- 因為您的年齡或性別而可能不安全或不適合的藥物
- 某些在同時服用時可能會對您造成傷害的藥物組合
- 處方上的藥物有您會過敏的成分
- 您正在使用之藥物的藥量（劑量）可能有錯
- 類鴉片止痛藥超出安全劑量

如果我們在您的用藥上發現可能的問題，我們將會和您的服務提供者一起更正該問題。

第 10.2 節 協助會員安全使用類鴉片藥物的藥物管理計劃 (DMP)

我們設立了一項計劃，可以幫助確保會員安全使用處方類鴉片藥物和其他經常被濫用的藥物。這項計劃稱為藥物管理計劃 (DMP)。如果您使用從多個處方醫生或藥房獲得的阿片類藥物，或者如果您近期曾使用過量阿片類藥物，我們可能會與您的處方醫生交談，以確保您的阿片類藥物的使用是合適的，並且在醫學上是必要的。在諮詢您的處方醫生後，如果我們認為您使用阿片類處方藥或苯二氮類藥物的行為不安全，我們可能會限制您獲取這些藥物的方式。如果我們讓您加入我們的 DMP，則限制可能是：

- 要求您從某個藥房處獲得所有類鴉片藥物或苯二氮類藥物的處方
- 要求您從某個（些）處方醫生處獲得所有阿片類藥物或苯二氮類藥物的處方
- 限制為您承保的類鴉片藥物或苯二氮類藥物數量

如果我們計劃限制您獲得這些藥物的方式或您可以獲得多少藥物，我們會提前給您發送一封信函。信中將告訴您我們是否會限制對您這些藥物的承保，或者您是否需要僅從特定處方醫生或藥房獲得處方上的這些藥物。您將有機會告訴我們您更喜歡使用哪些處方醫生或藥房，以及任何您認為我們務必瞭解的任何其他資訊。在您回覆後，如果我們決定限制您的這些藥物的承保範圍，我們將給您寄送另一封信函，以確認該限制。如果您認為我們作出錯誤的裁決，或您不同意我們的裁決或限制條件，您和您的處方醫生有權提出上訴。若您提出上訴，我們將會審查您的個案，並告知您我們的新裁決。如果我們仍然拒絕您的任何與藥物獲取限制相關的請求，我們將自動將您的個案交給我們計劃之外的獨立審核機構。有關如何提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您具有某些醫療病症，例如癌症導致的疼痛或鐮狀細胞病，或您正在接受善終服務、安寧療護或臨終關懷，或居住在長期護理機構，則 DMP 可能不適用於您。

第 10.3 節 協助會員管理藥物的藥物治療管理 (MTM) 計劃

我們提供計劃來協助有複雜健康需求的會員。我們的計劃稱為「藥物治療管理」(MTM) 計劃。此計劃為自願性且免費。藥劑師與醫生團隊為我們制訂了此計劃，幫助確保我們的會員最大程度地從其使用的藥物中受益。

患有某些慢性疾病且服用的藥物超過特定藥費金額，或正在使用 DMP 來協助安全使用阿片類藥物的某些會員也許可以透過 MTM 計劃獲得服務。如果您符合計劃資格，藥劑師或其他醫療專業人員將對您使用的所有藥物進行綜合審查。在審查期間，您可以討論您的藥物、您的費用以及您對處方藥和非處方藥的任何疑問或問題。您將收到一份包含推薦的待辦事項清單的書面摘要，清單中包含了一些步驟，可以協助您從藥物中獲得最佳療效。您還將獲得一份藥物清單，其中包括您正在使用的所有藥物、使用的劑量以及使用的時間和原因。此外，MTM 計劃中的會員將獲得有關安全處置屬於受管制物質的處方藥的資訊。

最好跟您的醫生討論一下推薦的待辦事項清單和藥物清單。在就診時或與您的醫生、藥劑師及其他保健服務提供者交談時，請隨身攜帶這份摘要。另外，前往醫院或急診室時也請帶上最新的藥物清單（例如，與您的 ID 卡一起）。

如果我們有符合您需求的計劃，我們將會自動將您加入該計劃，並寄給您相關資訊。如果您決定不參與，請通知我們，我們將會安排您退出。如果您對此計劃有任何疑問，請聯絡會員服務部。

第 6 章：

對於 D 部分處方藥您須支付的費用

您當前是否領取補助以支付您的藥費？

若您的計劃幫助您支付藥費，**則本《承保範圍說明書》中關於 D 部分處方藥費用的某些資訊可能對您不適用**。我們已給您寄送一份單獨的插頁來說明您的藥物承保，該插頁稱為*取得*「額外補助」*支付處方藥之人士的承保範圍說明書附則*（也稱為「低收入補貼附則」或「LIS 附則」）。如果您尚未收到此插頁，請致電會員服務部索取「LIS 附則」。

第 1 節 簡介

第 1.1 節 將本章和其他說明您藥物承保範圍的資料一起使用

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

要瞭解支付資訊，您需要瞭解承保藥物有哪些、哪裡可以配取處方藥以及取得承保藥物需要遵守的規則。第 5 章第 1 至 4 節介紹了這些規則。當您使用計劃的「即時福利工具」查看藥物承保時（請查看第 5 章第 3.3 節），所示的費用是「即時」提供的，即您在工具中看到的費用反映了當時的費用，可用於估計您應支付的自付費用。您也可致電會員服務部獲得「即時福利工具」提供的資訊。

第 1.2 節 您為承保藥物支付的自付費用類型

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

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

第 1.3 節 Medicare 如何計算您的自付費用

Medicare 規定了哪些費用計入及哪些費用*不*計入您的自付費用。以下是我們必須遵守的規則，以追蹤您的自付費用。

這些款項皆包含在您的自付費用中

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

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

視由誰支付而定：

- 如果您是**親自**支付，則這些款項將包含在您的自付費用中。
- 如果是由**特定的其他個人或機構**代表您支付，這些款項*也將包含*在您的自付費用中。這包含了由朋友、親屬、大多數的慈善機構、AIDS 藥物補助計劃、符合 Medicare 資格的州政府醫藥補助計劃、雇主或工會保健計劃、 或印地安醫療保健服務為您的藥物所支付的款項。由 Medicare 的「額外補助」計劃所支付的款項也包含在其中。

進入重大傷病承保階段：

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

這些費用不計入您的自付費用中

您的自付費用**不包括**任何以下類型的付款：

- 您在美國及其屬地境外購買的藥物
- 不由我們的計劃承保的藥物
- 您在網絡外藥房取得不符合本計劃網絡外承保要求的藥物
- 非 D 部分藥物，包含由 A 部分或 B 部分承保的處方藥，以及其他由 Medicare 排除在承保範圍外的藥物
- 您為 Medicare 處方藥計劃通常不承保之處方藥所支付的款項
- 退伍軍人管理局 (VA) 為您藥物支付的款項
- 具有法律義務支付處方藥費用的第三方（例如勞工賠償）為您藥物支付的款項
- 藥物製造商根據製造商折扣計劃支付的款項

*提醒：*如果有任何其他機構（例如上述其中之一）為您支付藥物部分或全部的自付費用，您必須致電會員服務部通知我們的計劃。

如何追蹤自付費用的總額？

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

第 2 節 您須為藥物支付的金額，視您取得該藥時的藥物付款階段而定

第 2.1 節 SCAN Balance 會員的藥物付款階段有哪些？

SCAN Balance 在您的處方藥保險上具有三個**藥物付款階段**。您須支付的金額視您配取處方藥或重配處方藥時所屬的階段而定。每個階段的詳細資訊列於本章第 4 節至第 6 節。這些階段包括：

第 1 階段：年度自付額階段

第 2 階段：初始承保階段

第 3 階段：重大傷病承保階段

第 3 節 我們會寄一份報告給您，說明您藥物的付款與您的付款階段

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

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

- 我們會追蹤您支付了多少費用。這稱為**自付費用**。這包括您在取得 D 部分承保藥物時所支付的金額、家人或朋友為您藥物支付的任何款項，以及透過 Medicare、雇主或工會保健計劃、印地安醫療保健服務、AIDS 藥物協助計劃、慈善機構和大多數州政府醫藥補助計劃 (SPAP) 提供的「額外補助」為您的藥物支付的任何款項。
- 我們會追蹤您的**藥費總額**。這是您的承保 D 部分藥物總費用。其中包括計劃、您本人以及其他計劃或組織為您的 D 部分承保藥物支付的費用。

如果您上個月透過計劃配取了一次以上的處方藥，我們會寄給您一份 *D 部分 EOB*。*D 部分 EOB* 包括：

- **該月的相關資訊。**此份報告說明了您上個月配取處方藥的付款細節。這包含了藥費總額、計劃支付的金額，以及您和其他人代表您支付的金額。

- **自 1 月 1 日起當年度的全部資訊。**這稱為年初至今資訊。此資訊顯示自年初以來，您藥物的藥費總額及付款總額。
- **藥物價格資訊。**此資訊顯示藥物總價格，以及自第一次配取每份處方中相同數量的藥物以來的漲價情況。
- **費用更低的其他可用處方藥。**此資訊包括每份處方藥理賠中分攤費用較低的其他可用藥物（如適用）。

第 3.2 節 協助我們及時更新關於您藥物付款的資訊

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

- **每次配取處方藥時，請出示您的計劃會員卡。**這有助於確保我們瞭解您所配取的處方藥，以及您支付的金額。
- **請確保我們能獲得所需的資訊。**有時您可能需要支付處方藥的全部費用。在這種情況下，我們無法自動取得追蹤您的自付費用所需的資訊。為了協助我們追蹤您的自付費用，請向我們提供您的收據副本。**以下是您應向我們提供藥物收據副本的範例：**
    - 當您在網絡內藥房以特殊價格，或使用不屬於我們計劃福利的折扣卡來購買承保藥物時。
    - 當您為製藥商患者協助計劃所提供的藥物支付共付額時。
    - 每當您在網絡外藥房購買承保藥物，或當您在特殊情況下為承保藥物支付全額的費用時。
    - 如果您被收取承保藥物的費用，您可以要求我們的計劃來支付我們應承擔的費用。有關如何進行這一步驟的指示，請查閱第 7 章第 2 節。
- **請將其他人替您支付的款項資訊寄送給我們。**由某些其他的個人與機構所支付的款項也計入您的自付費用中。例如，由州政府醫藥補助計劃、AIDS 藥物協助計劃 (ADAP)、印地安醫療保健服務，以及慈善機構所支付的款項皆計入您的自付費用中。請保留這些款項的記錄，並寄給我們，以便我們追蹤您的費用。
- **請查閱我們寄給您的書面報告。**當您收到「D 部分 EOB」時，請仔細檢查，確保報告的資訊完整且正確。如果您認為缺少某些內容或有任何疑問，請致電會員服務部。如需存取電子版 D 部分 EOB 表，請登入 **Express-Scripts.com**，並轉到**我的帳戶 (My Account)** 下的**選擇通訊喜好設定 (Select Communication Preferences)**。按一下**編輯喜好設定 (Edit preferences)**，然後選擇在線上列印您的材料。這樣，您將透過線上而不是郵寄方式收到您的 Medicare D 部分 EOB 表。這無需費用，並且您可隨時換回紙質 EOB。首次登入的訪客將需要註冊自己的 SCAN Health Plan 會員 ID 號。請務必保留這些報告。

第 4 節 SCAN Balance 無需支付自付額

SCAN Balance 無需支付自付額。當您在一年中首次配取處方藥時，您將從初始承保階段開始。請參閱第 5 節，瞭解有關您在初始承保階段中的承保範圍的資訊。

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

第 5.1 節 您須為藥物支付的費用視該藥本身及您配取處方藥的地點而定

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

本計劃共有五種分攤費用等級

本計劃「藥物清單」上的每種藥物皆屬於五種分攤費用等級之一：通常，分攤費用的等級編號越高，您藥物的費用就越高：

- 第 1 級分攤費用：首選普通藥。此等級包含普通藥（最低等級）。
- 第 2 級分攤費用：普通藥。此等級包含普通藥。
- 第 3 級分攤費用：首選品牌藥。此等級包含胰島素、其他品牌藥和一些普通藥。
  - 對於此等級的每種承保胰島素產品的每月份量，您需支付 $0。
- 第 4 級分攤費用：非首選藥物。此等級包含品牌藥和一些普通藥。
- 第 5 級分攤費用：特殊級藥物。此等級包含特殊藥物（最高等級）。

如要瞭解您的藥物屬於哪個分攤費用等級，請查詢計劃的「藥物清單」。

您的藥房選擇

您須為藥物支付的金額視您在下列哪個地點取得而定：

- 提供標準分攤費用的網絡內零售藥房。在提供首選分攤費用的藥房，費用可能更低。
- 提供首選分攤費用的網絡內零售藥房。
- 本計劃網絡外的藥房。我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房配取的處方藥。請參閱第 5 章第 2.5 節，瞭解何時我們承保於網絡外藥房配取之處方藥。
- 本計劃的郵購藥房

有關這些藥房選擇與配取處方藥的細節，請參閱第 5 章及本計劃的「醫療服務提供者與藥房目錄」www.scanhealthplan.com。

第 5.2 節 *一個月*藥物份量的費用表

在初始承保階段期間，您就承保藥物應承擔的費用將會是共付額或共同保險。

如同下表所示，共付額或共同保險的金額視分攤費用等級而定。

有時藥物費用低於您的共付額。在這些情況下，您支付較低的藥物價格而非共付額。

當您自以下地點取得 D 部分承保處方藥一*個月*份量的供藥時，您應支付的分攤費用為*：

等級		標準零售分攤費用（網絡內）（最多 30 天的份量）	首選零售分攤費用（網絡內）（最多 30 天的份量）	標準郵購分攤費用（最多 30 天的份量）	首選郵購分攤費用（最多 30 天的份量）	長期護理 (LTC) 分攤費用（最多 31 天的份量）	網絡外分攤費用*（承保僅限於某些情況；請參閱第 5 章瞭解詳細資訊。）（最多 30 天的份量）
分攤費用第 1 級（首選普通藥）		$5 的共付額	$0 的共付額	$5 的共付額	$0 的共付額	$5 的共付額	$5 的共付額
分攤費用第 2 級（普通藥）		$9 的共付額	$0 的共付額	$9 的共付額	$0 的共付額	$9 的共付額	$9 的共付額
分攤費用第 3 級（首選品牌藥）	**胰島素**	$0 的共付額	$0 的共付額	$0 的共付額	$0 的共付額	$0 的共付額	$0 的共付額
	其他藥物	$47 的共付額	$42 的共付額	$47 的共付額	$42 的共付額	$47 的共付額	$47 的共付額
分攤費用第 4 級（非首選藥物）		總費用的 50%	總費用的 50%	總費用的 50%	總費用的 50%	總費用的 50%	總費用的 50%
分攤費用第 5 級（特殊級藥物）		總費用的 33%	總費用的 33%	總費用的 33%	總費用的 33%	總費用的 33%	總費用的 33%

*您可在網絡外藥房獲取藥物，但可能會比網絡內藥房的費用高。

無論分攤費用等級如何，對於每種承保的胰島素產品，您支付的費用不會超過 $0。對於透過承保範圍裁決、上訴或過渡服務承保的每種胰島素產品的一個月供應量，您支付的費用不超過 $35。

如需瞭解有關 D 部分疫苗分攤費用的更多資訊，請參見第 8 節。

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

通常，您為處方藥支付的費用包含一個月份量的供藥。有時，您或您的醫生可能希望您的供藥少於一個月（例如，當您第一次嘗試藥物時）。如果能幫您更好地規劃不同處方的重配日期，您也可以要求您的醫生開立及您的藥劑師配發少於一個月份量的藥物。

如果您接受的某些藥物的供藥不足一個月，您將無需按整月支付費用。

- 如果您負有支付共同保險的責任，您需按藥物總費用的特定百分比支付。由於共同保險是基於藥物的總費用，因此藥物總費用降低後，您的費用也會降低。

- 如果您負有支付該藥物共付額的責任，您只需按您獲得藥物的天數支付，而不是按整個月支付。我們將計算您每日支付的藥物費用（每日分攤費用），並乘以您獲得藥物的天數。

第 5.4 節 *長期*（100 天份量）供藥的費用表

對於某些藥物，您可以取得長期供藥（也稱為延長供藥）。長期供應為 100 天份量的藥量。

下表顯示您在取得長期藥物供應時須支付的費用。

- 有時藥物費用低於您的共付額。在這些情況下，您支付較低的藥物價格而非共付額。

當您取得 D 部分承保處方藥的*長期*供藥時，您應支付的分攤費用為*：

等級		標準零售分攤費用（網絡內）（100 天的份量）	首選零售分攤費用（網絡內）（100 天的份量）	標準郵購分攤費用（100 天的份量）	首選郵購分攤費用（100 天的份量）
第 1 級分攤費用（首選普通藥）		$10 的共付額	$0 的共付額	$10 的共付額	$0 的共付額
第 2 級分攤費用（普通藥）		$18 的共付額	$0 的共付額	$18 的共付額	$0 的共付額
第 3 級分攤費用（首選品牌藥）	**胰島素**	$0 的共付額	$0 的共付額	$0 的共付額	$0 的共付額
	其他藥物	$141 的共付額	$126 的共付額	$141 的共付額	$126 的共付額
第 4 級分攤費用（非首選藥物）		總費用的 50%	總費用的 50%	總費用的 50%	總費用的 50%
第 5 級分攤費用（特殊級藥）		第 5 級藥物不提供長期供藥	第 5 級藥物不提供長期供藥	第 5 級藥物不提供長期供藥	第 5 級藥物不提供長期供藥

您為每種承保胰島素產品最多兩個月份量的供藥支付的費用不會超過 $0，最多三個月份量的供藥不會超過 $0，無論其分攤費用等級如何。對於透過承保範圍裁決、上訴或過渡服務承保的每種胰島素產品的兩個月份量的供藥，您支付的費用不超過 $70，或對於三個月份量的供藥不超過 $105。

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

您停留在初始承保階段，直到您的總自付費用達到 $2,000。而後，您將進入重大傷病承保階段。

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

如果您達到此金額，我們會通知您。如果您確實達到了此金額，您將會離開初始承保階段，進入重大傷病承保階段。請參閱第 1.3 節，瞭解 Medicare 如何計算您的自付費用。

第 6 節 在重大傷病承保階段期間，您無需為承保 D 部分藥物支付任何費用

當您的自付費用在一年內達到 $2,000 的上限時，您將進入重大傷病承保階段。一旦您進入了重大傷病承保階段，您將會維持在此付款階段，直到該日曆年結束。

- 在此付款階段期間，您無需為承保 D 部分藥物支付任何費用。

第 7 節 附加福利資訊

調配藥物及其承保範圍：

調配藥物透過混合或改變現有處方藥而製成，製作調配藥物的原因有很多。有時，患者會因為對藥物中的某種成分過敏而無法使用標準版本的藥物。在其他情況下，正確的劑型不可用，因此市售藥物需要轉化為不同的劑型。對於無法吞嚥藥片或膠囊的患者，調配程序可以將藥物製成粉末、液體、錠劑、栓劑或其他劑型。

與處方藥一覽表上所列的藥物不同，調配藥物未獲得食品藥物管理局 (FDA) 的核准。由於沒有 FDA 的監管且未經過純度、穩定性、安全性、有效性或劑量測試，因此製成的調配藥物涉及額外風險因素。由於調配藥物的品質可能會受損，因此 FDA 建議在有可能的情況下，使用一種經過嚴格測試的經核准藥物，以取代調配藥物。

本計劃並未承保所有調配藥物。在某些情況下，部分調配產品被 Medicare 列為「不保項目」。其他情況則是我們決定不承保某種特定的調配產品。為了確保恰當使用調配藥物，可能會適用特定規則和限制，例如要求取得事先授權、設有數量限制等。

建議會員僅在有醫療必需性時使用調配藥物。如果您對調配藥物及其承保有疑問，請致電會員服務部（電話號碼印在本文件封底）或瀏覽我們的網站 (www.scanhealthplan.com)。

第 8 節 D 部分疫苗您支付的費用取決於您接種疫苗的方式和地點

關於您為疫苗支付的費用的重要資訊 — 某些疫苗被視作醫療福利並將由 B 部分承保。其他疫苗被視作 D 部分藥物。您可以在計劃的藥物清單上找到這些疫苗。我們的計劃免費承保大部分 D 部分成人疫苗。請參閱您計劃的藥物清單或聯絡會員服務部，瞭解特定疫苗的承保範圍和分攤費用詳情。

我們的 D 部分疫苗接種承保包含了兩個部分：

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

您為 D 部分疫苗接種支付的費用，視以下三者而定：

1. **疫苗是否為預防接種諮詢委員會 (ACIP) 建議成人接種的疫苗。**
   - 大多數 D 部分成人疫苗為 ACIP 建議接種的疫苗，並且您無需支付任何費用。
2. **您在何處取得疫苗。**
   - 疫苗本身可以由藥房分發或由醫生診室配發。
3. **誰為您接種疫苗。**
   - 藥劑師或其他提供者可以在藥房為您接種疫苗。另外，提供者可以在醫生診室為您接種疫苗。

您取得 D 部分疫苗接種時須支付的金額將視情況及您所在的**藥物付款階段**而定。

- 有些時候，當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全部費用以及服務提供者為您施打疫苗的費用。您可以要求我們計劃償付我們應承擔的費用。對於大多數 D 部分成人疫苗，這意味著您支付的全部費用都將得到報銷。
- 其他時候，當您接種疫苗時，您只需支付您在 D 部分福利下的分攤費用。對於大多數 D 部分成人疫苗，您無需支付任何費用。

以下是您可能接種 D 部分疫苗的三個範例。

第 1 種情形： 您在網絡內藥房取得 D 部分疫苗接種。（此選項視您的居住地而定。某些州不允許藥房施打某些疫苗。）

- 對於大多數 D 部分成人疫苗，您無需支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您須向該藥房支付疫苗本身的共同保險或共付額以及疫苗接種的費用。
- 我們的計劃將支付其餘的費用。

第 2 種情形： 您在醫生診室接種 D 部分疫苗。

- 當您接種疫苗時，您可能需要支付疫苗本身與醫療服務提供者為您接種疫苗的全部費用。
- 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得報銷您支付的全額費用。對於其他 D 部分疫苗，我們將為您報銷您支付的金額扣除疫苗的任何共同保險或共付額（含施打），再扣除任何該名醫生收取之金額和我們通常支付之金額的差額。（如果您有接受「額外補助」，我們將為您報銷此差額。）

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

- 對於大多數 D 部分成人疫苗，您無需支付疫苗本身的費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您須向該藥房支付疫苗本身的共同保險或共付額。
- 當您的醫生替您接種疫苗時，您可能需要支付此服務全部的費用。

- 接下來，您可以利用第 7 章所述的程序，要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。
- 對於大多數成人 D 部分疫苗，您將獲得報銷您支付的全額費用。

部分醫生診室可透過電子方式收取 D 部分疫苗和/或施打疫苗的費用。

第 7 章：

要求我們對您收到的承保醫療服務或藥物帳單支付應承擔的費用

第 1 節 要求我們支付我們對您的承保服務或藥物應承擔的費用的情況

在某些情況下，當您獲得醫療護理或處方藥時，您可能需要支付全部費用。在其他情況下，您可能發現您支付的費用超過計劃的承保規則下您預計要支付的費用，或者您可能會收到醫療服務提供者開出的帳單。在這些情況下，您可以要求我們計劃向您償付費用（償付通常被稱為給您報銷）。一旦您就我們計劃承保的醫療服務或藥物所支付的費用超出您應承擔的費用，您就有權要求我們的計劃償付費用。您可能要在截止日期之前提出才能獲得償付。請參閱本章第 2 節。

有時，您可能會收到服務提供者的帳單，要求支付您已接受的醫療護理的全部費用，或者可能超出文件所述的您的分攤費用金額。請先嘗試與服務提供者解決帳單問題。如果解決不了，請將帳單寄給我們，而不要付款。我們將核對帳單，並決定是否應承保有關服務。如果我們決定承保，我們將直接向服務提供者付款。如果我們決定不予付款，我們將通知服務提供者。您支付的費用絕不應超過計劃允許的分攤費用。如果已與此服務提供者簽約，您仍然有權接受治療。

以下是您可能需要求我們的計劃向您償付費用，或就您收到的帳單付款的一些情況。

1. 如果您接受並非我們計劃網絡內的服務提供者提供的緊急醫療或急症治療護理

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

- 您只需為緊急醫療或急症治療服務支付您應承擔的費用。按照法律要求，緊急醫療服務提供者必須提供緊急醫療護理。如果您在接受護理時支付了全部費用，您可要求我們向您償付我們應承擔的費用。您應將帳單及您的付款憑證寄送給我們。
- 您可能會收到服務提供者要求您付款的帳單，而您認為您不應支付這筆費用。您應將帳單及您的付款憑證寄送給我們。
  - 如果我們欠付服務提供者款項，我們將直接向其付款。
  - 如果您已支付的費用超出您應承擔的服務費用，我們將確定您應支付的費用，並向您償付我們應承擔的費用。

2. 如果網絡內服務提供者向您發出帳單，而您認為您不應支付該筆費用

網絡內服務提供者應始終直接向計劃發出帳單，且僅要求您支付您應承擔的費用。但是，這些服務提供者有時會犯錯，要求您支付超出您應承擔費用的金額。

- 獲取承保服務時，只須支付您的分攤費用金額。我們不允許醫療服務提供者增加其他單獨費用，也叫做差額費用。即使我們向服務提供者支付的費用比服務提供者對此服務收取的費用少，或者因為有爭議我們沒有支付特定服務提供者收取的費用，這項使您支付的費用絕不會超過您的分攤費用金額的保護也適用。
- 一旦您收到網絡內服務提供者發出的帳單，而您認為其中費用超出您應支付的金額，請將帳單寄送給我們。我們將直接聯絡服務提供者，解決帳單問題。
- 如果您已向網絡內服務提供者支付帳單，但您認為支付的金額過多，請將帳單及您的付款憑證寄送給我們，並要求我們償付您所支付的金額與您根據計劃應支付的金額之間的差額。

3. 如果您是以追溯性的方式加入我們的計劃

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

如果您是以追溯性方式加入我們的計劃且在參保日期後已就您的承保服務或藥物支付了自付費用，則您可要求我們償付我們應承擔的費用。您需要提交收據和帳單等書面材料，以便我們處理報銷。

4. 當您使用網絡外藥房配取處方藥時

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

請保留您的收據，並在您要求就我們應承擔的費用向您償付時寄送一份副本給我們。請記住，我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房。請參閱第 5 章第 2.5 節瞭解這些情況。我們可能不會向您償付您在網絡外藥房購買藥物支付的費用與我們在網絡內藥房應支付的費用之間的差額。

5. 當您因未攜帶計劃會員卡，而支付處方藥的全額費用時

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

請保留您的收據，並在您要求就我們應承擔的費用向您償付時寄送一份副本給我們。如果您支付的現金價格高於我們的處方藥議定價格，我們可能不會向您償付您支付的全部費用。

6. 當您在其他情況下支付處方藥的全額費用時

您可能會因為處方藥由於某些因素未受承保，而需要支付處方藥的全額費用。

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

所有上述範例均屬於承保範圍裁決的類型。這就意味著，如果我們拒絕您的付款請求，您可對我們的裁決提出上訴。本文件第 9 章提供了如何提出上訴的資訊。

第 2 節 如何要求我們向您退款或就您收到的帳單付款

您可以向我們寄送書面請求，要求我們償付您的費用。如果您以書面形式提出請求，請將您的帳單與付款憑證寄送給我們。最好備份您的帳單及收據，以便記錄。您必須在獲得服務、用品或藥物之日起 **12 個月內（對於醫療理賠）或 36 個月內（對於處方藥理賠）向我們索款**。

為確保您向我們提供我們作出裁決所需的所有資訊，您可填寫我們的理賠表格，以請求付款。

- 您並非必須使用該表格，但使用會有助於我們更快地處理資訊。
- 可從我們的網站 (www.scanhealthplan.com) 下載表格副本或致電會員服務部索取表格。

如需提出醫療理賠，請將您的付款請求及任何分項帳單、醫療記錄和付款/收據憑證郵寄至以下地址：

SCAN Health Plan
ATTN: Claims Department
P.O. Box 21543
Eagan, MN 55121

如需提出處方藥理賠，請將您的付款請求及帳單或付款收據郵寄至以下地址：

Express Scripts
ATTN: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

第 3 節 我們將考慮您的付款請求並作出回覆

第 3.1 節 我們會核對我們是否應承保有關服務或藥物以及我們應支付的金額

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

- 如果我們決定有關醫療護理或藥物獲承保，且您遵守了所有規則，我們將支付我們應承擔的費用。我們應承擔的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獲得藥物，或者您為藥物支付的現金價格高於我們的議定價格）。如果您已經為服務或藥物付款，我們會以郵寄方式將我們需要承擔的費用報銷給您。如果您未支付服務或藥物費用，我們將直接向服務提供者郵寄款項。
- 如果我們決定有關醫療護理或藥物*不*獲承保，或您*未*遵守所有規則，我們將不會支付分攤費用。我們將向您發出一封信函，解釋我們不寄出相關款項的原因，並說明您有權對該裁決提出上訴。

第 3.2 節 如果我們通知您我們不會支付有關醫療護理或藥物的全部或部分費用，您可提出上訴

如果您認為我們拒絕您的付款請求或我們支付的金額有誤，您可以提出上訴。如果您提出上訴，即表明您要求我們更改在駁回您的付款請求時所作出的裁決。上訴程序是一項流程複雜、時限明確的正式程序。有關如何提出上訴的詳細資訊，請查閱本文件第 9 章。

第 8 章：

您的權利與責任

第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏感性

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

我們的計劃需要確保所有臨床和非臨床服務都以符合文化背景的方式提供，並且面向所有參保人提供，包括英語水平有限、閱讀能力有限、有聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人士。計劃滿足此類無障礙要求的範例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）聯絡。

我們的計劃提供免費的翻譯服務，以回答不說英語的會員提出的問題。我們提供英文和西班牙文版書面資料。我們也可以盲文、大號字型或您需要的其他可選格式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃必須讓女性參保人可以選擇直接前往網絡內的女性健康專科醫生處，接受女性常規和預防性保健服務。

如果計劃網絡內的專科醫生不可用，則本計劃需負責找到網絡外的專科醫生，讓他們為您提供必要的護理。在此情況下，您將只支付網絡內分攤費用。如果您發現在計劃網絡內沒有承保您所需的服務的專科醫生，請致電本計劃，瞭解以網絡內分攤費用獲取此項服務的資訊。

如果您在從本計劃獲取無障礙和適當格式的資訊、去看女性保健專科醫生或尋找網絡內專科醫生時遇到任何問題，請致電 1-800-559-3500 向會員服務部提出申訴。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 直接向民權辦公室提出投訴。

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

Your 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 a plan may meet these accessibility requirements include, but are not 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. Written materials are available in English and Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan’s benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services at 1-800-559-3500. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, grabación de audio, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural. y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Los materiales escritos están disponibles en inglés y español. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Member Services.

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista

de la red, llame para presentar una queja ante Member Services al 1-800-559-3500. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保服務和藥物

您有權在計劃網絡內選擇一位主治醫生 (PCP) 來為您提供和安排承保服務。您有權在未獲轉診的情況下前往女性健康專科醫生（如婦科醫生）診所就診。

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

如果您認為您在合理時間內未獲得醫療護理或 D 部分藥物，請參閱第 9 章瞭解該如何處理。

第 1.3 節 我們必須為您的個人健康資訊保密

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

- 您的個人健康資訊包括您在加入本計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄和其他醫療與健康資訊。
- 您擁有與您的資訊相關的權利，並有權控制您的健康資訊的使用方式。我們會向您發出書面的**隱私條例通知**，其中有相關權利並說明我們如何為您的健康資訊保密。

我們如何為您的健康資訊保密？

- 我們確保未經授權人士不能查看或更改您的記錄。
- 除下述情況外，如果我們打算向任何不為您提供護理或不為您支付護理費用的人士提供您的健康資訊，*我們必須先獲得您或您賦予其法律權力替您做出決定的代表的書面許可*。
- 在某些例外情況下，我們無需事先獲得您的書面許可。法律允許或要求這些例外情況。
  - 我們需向檢查護理品質的政府機構披露健康資訊。
  - 由於您透過 Medicare 加入我們的計劃，我們需向 Medicare 提供您的健康資訊，包括您的 D 部分處方藥資訊。如果 Medicare 出於研究或其他目的公開您的資訊，將根據聯邦法令和法規執行；一般而言，能夠識別您個人身份的資訊是不會用來分享的。

您可以查看您記錄內的資訊，並瞭解這些資訊的分享情況。

您有權查閱計劃持有的您的醫療記錄，並有權獲得記錄的副本。我們不會向您收取副本的費用。您也有權要求我們增添或更改您的醫療記錄。如果您要求我們這麼做，我們將與您的保健服務提供者一起決定是否應作出更改。

若您的健康資訊因任何非常規目的而與他人分享，您有權瞭解分享的方式。

若您有任何關於您個人健康資訊隱私方面的疑問或顧慮，請聯絡會員服務。

SCAN 隱私規則通告

本通告說明了我們可能如何使用及披露您的醫療資訊以及您可以如何取得這些資訊。請仔細閱讀本通告。

SCAN Health Plan、SCAN Desert Health Plan, Inc.、SCAN Health Plan Nevada, Inc.、SCAN Health Plan Texas, Inc. 和 SCAN Health Plan New Mexico（在本通告中統稱為（「SCAN」）根據法律要求維護您的健康資訊的隱私並向您提供此份關於我們的法律義務和隱私規則的通告。在本通告有效期間，我們必須遵守通告所述的隱私規則。本通告於 2013 年 5 月 14 日生效，最近一次審核時間為 2023 年 4 月 11 日。本隱私通告可能會發生變化，並且在我們替換或修改之前將一直有效。

保護您的隱私

在 SCAN，我們瞭解對您的健康資訊保密的重要性，並致力於按照州和聯邦法律的規定使用您的健康資訊。本通告說明我們將如何使用您的健康資訊，並說明我們如何與參與您的醫療護理的其他人分享您的健康資訊。本通告還列示了您擁有的關於健康資訊的權利，以及您可以如何行使該等權利。

受保護健康資訊

「健康資訊」或「資訊」在本通告中是指受保護健康資訊 (PHI)。受保護健康資訊定義為可表明個人身份且與您過去、現在或未來的身體、精神健康狀況或病情、接受的醫療護理或就醫療護理進行的付款有關的資訊。

我們會如何使用您的健康資訊

SCAN 出於治療、付款、醫療保健營運以及聯邦、州或地方法律允許或要求的其他用途使用和共用您的健康資訊。

治療

SCAN 可能會在未經您書面授權的情況下，使用或向就您的治療提出相關申請的醫療服務提供者（醫生、醫院、藥房和其他照護者）披露您的健康資訊。請注意，您的醫療記錄將儲存在您的醫生的辦公室。以下是 SCAN 可能如何共用您的資訊的一些範例：

- 當您需要接受治療時，我們可能會與您的醫生或醫療團體分享資訊。
- 我們可能會與醫院分享您的資訊，以便您接受適當的護理。
- 我們可能會與參與提供您的保健服務的計劃服務提供者分享您的資訊。這包括在地方、州或國家健康資訊交換中心（「HIE」）中分享您的健康資訊。

付款

SCAN 可能會在未經您書面授權的情況下，出於對您接受的保健服務進行付款之目的使用和披露您的健康資訊。其中可能包括理賠支付、福利資格、醫療使用情況管理以及護理管理活動的相關資訊。例如：

- 我們可能會向您的醫療團體提供您的資格資訊，以便他們準確、及時地獲得付款。
- 我們可能會與醫院分享關於您的資訊，以便醫院正確地提出賠付申請。
- 我們可能會向第三方實體提供您的資訊，以確保您的醫生或醫院準確及時地獲得付款。

醫療保健營運

SCAN 可能會在未經您書面授權的情況下使用和披露您的健康資訊以支援各種商務活動。醫療保健業務是指與 SCAN 的正常業務功能相關的活動。例如，我們可能會出於以下任何目的與他人分享您的資訊：

- 品質管理與改進活動（例如認證活動和同儕審查），
- 與計劃服務提供者和服務提供者的簽約活動，
- 調查與研究，例如會員滿意度調查，
- 法律合規與監管活動，
- 風險管理活動，
- 人口與疾病管理研究和計劃，及
- 申訴和上訴活動。

SCAN 不得出於核保目的使用或披露您的基因健康資訊。

其他允許的使用和披露

在有限的情況下，SCAN 可能會出於以下目的，未經您書面授權而使用或披露您的健康資訊：

- 向擁有接收資料合法權利的州和聯邦機構披露，例如確保 SCAN 正確付款以及協助聯邦/州的 Medicaid 計劃；
- 用於公共衛生活動（例如報告疾病的爆發或救災）；
- 用於政府的醫療保健監督活動，例如詐騙及濫用調查，或食品藥物管理局 (FDA) 的活動；
- 用於司法、仲裁和行政訴訟（例如回應法院命令、傳訊或搜查令）；
- 向遺囑檢驗法庭調查員披露，以確定監管權或監護權的需要；
- 用於執法目的（例如提供有限的資訊來找出一名失蹤者）；
- 用於符合所有隱私法要求的研究（例如關於預防疾病或殘障的研究）；
- 用來避免嚴重和急迫的健康或安全威脅；
- 就 Medicare 和/或 SCAN 下的新福利或變更福利與您聯絡；
- 用來與您聯絡以提醒您參加就診/接受服務；
- 用於建立無法再追溯到您身上的資訊集；
- 出於與兒童或長者虐待和疏忽問題相關之目的；
- 發生死亡的情況（例如向驗屍官、法醫、喪葬承辦人或器官勸募組織披露）；
- 出於專門的政府職能（例如為國家安全和軍事活動提供資訊）；
- 根據州勞工賠償法的規定向勞工賠償有關方面或當局披露；
- 向團體保健計劃或雇員福利給付計劃的計劃贊助人披露；
- 在您是囚犯或被拘留的情況下向執法人員披露。如果需要進行披露以便為您提供醫療服務或保護他人的安全，則這些披露是允許的；

- 在您無法表示同意披露（例如處於醫療緊急情況）時，向您的親友披露必要程度的資訊，以便為您的醫療護理或其付款提供協助；
- 根據聯邦、州或當地法律的其他要求進行披露。

本通告未說明的其他使用和披露僅會在獲得您書面授權的情況下進行。例如，在我們披露您以下方面的 PHI 之前，SCAN 需要獲得您的授權：(1) 心理治療記錄的大多數使用和披露；(2) 出於行銷目的之使用和披露；以及 (3) 涉及出售 PHI 的使用和披露。您可以隨時撤銷授權，前提是撤銷申請以書面形式提出且計劃不依賴您的授權來採取特定行動。

與他人分享您的健康資訊

作為日常業務的一部分，SCAN 會與簽約的計劃服務提供者（例如醫療團體、醫院、藥房福利管理公司、社會服務提供者等）分享您的資訊。我們還將與為我們的保健計劃執行不同類型活動的其他公司和商業夥伴分享您的 PHI。我們還可能使用您的 PHI 來提醒您有關您的預約。我們可能會使用您的 PHI 為您提供有關其他治療或其他健康相關福利和服務中的資訊。

SCAN 還遵守《21 世紀治癒法案》(21st Century Cures Act) 制定的資訊屏蔽規則，確保您隨時可獲取您的 PHI。

此外，我們可能會直接或間接使用您的 PHI，並與健康資訊交換中心 (HIE) 分享，用於付款、醫療保健營運和治療。對於所有與計劃服務提供者分享您的健康資訊的情況，我們均會與他們簽訂書面合約，並在合約中載明對您的健康資訊保密的條文。我們的計劃服務提供者必須根據州和聯邦法律對您的健康資訊保密並保護您的資訊隱私，類似於 SCAN 保護您的健康資訊的方式。

您享有的與健康資訊相關的權利

您可以書面授權我們出於任何目的使用或向他人披露您的健康資訊。如果您向我們提供了授權，您可以隨時書面撤銷授權。但是，您的撤銷不會影響在授權有效期間已獲許的任何使用或披露。

申請限制的權利

您有權要求我們限制出於本通告所述治療、付款或醫療保健營運目的使用和披露您的資訊。您還有權要求我們限制向參與您的醫療護理的家人或其他人披露您的資訊。但是，我們不一定會同意這些限制。若我們拒絕您的申請，將會書面通知您拒絕申請的具體理由。若我們同意您限制使用健康資訊的申請，則不會出於該目的使用或披露您的受保護健康資訊，在需要披露資訊以提供治療的緊急情況下除外。請參閱您的《承保範圍說明書》中對「緊急情況」的定義。若法律要求我們披露該資訊，或該資訊對您的治療而言是必要的，我們也不必同意您的限制申請。

您還有權撤銷我們已同意的限制申請。您可以透過給我們打電話或寫信撤銷該申請。在徵得您同意或我們已書面通知您的情況下，我們亦有權終止限制。如果我們這麼做，限制終止僅適用於在我們通知您後建立或收到的醫療資訊。

您的限制申請必須採用書面形式，且必須提供履行您的申請所需的特定資訊。其中包括您想限制的資訊以及限制適用的人員。

檢查和複製的權利

您有權檢閱我們掌握的您的健康資訊並獲取其副本。其中可能包括 SCAN 會員在作出承保、理賠申請和其他決定時使用的記錄。重要提醒：我們沒有您的病歷完整副本。*如需檢閱、變更您的醫療記錄或獲取其副本，請聯絡您的服務提供者。*

您的申請必須採用書面形式，且必須包含履行您的申請所需的特定資訊。如果您致電會員服務部，我們將向您發送一份用於執行此操作的表格；（電話號碼列於本通告下方）。或者，如果您願意，您可以將書面要求寄送至：

SCAN Health Plan
Attention: Member Services (Request to Inspect and Copy)
3800 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90801-5616

如果我們掌握有包含您的健康資訊的電子健康記錄，您有權要求我們向您或您指定的第三方寄送您的健康資訊副本。我們可能會針對健康資訊的電子副本的製作費用和適用的郵資收取合理費用。在我們提供這些副本之前，您必須支付該等費用。您還可要求我們提供關於您的受保護健康資訊的摘要，而非全部資訊。這種情況下，在我們為您提供資訊之前，您必須向我們支付製作該等資訊摘要的費用。

某些情況下，我們可能會拒絕您檢查您的健康資訊或獲取其副本的申請。若我們拒絕您的申請，將會書面通知您拒絕申請的具體理由。我們向您寄送的信函中還介紹了您可如何申請對我們的拒絕進行審查，前提是您有權申請進行該等審查。您只有在三種情況下有權申請對我們的拒絕進行審查。這三種情況涉及持照醫療專業人員確定讓您獲取此類資訊會危害您或他人的生命或人身安全的情形。我們的信函中還將說明您有權提出投訴的任何其他權利。這些權利與本通告中所述的權利相同。

請求修改 PHI 的權利

您有權申請修改您的健康資訊。您的申請必須採用書面形式，且必須解釋修改資訊的原因。您的申請必須寄送至我們的會員服務部，地址列於本通告的「投訴」部分。

若您未以書面形式提交，或未附上修改的理由，我們會拒絕您的申請。如果您要求我們修改以下資訊，我們也可能拒絕您的申請：(1) 準確、完整的資訊，(2) 不屬於 SCAN 保存的醫療資訊的資訊，(3) 不屬於您有權檢查和複製的資訊，(4) 並非由 SCAN 創建的資訊（除非無法由該資訊的建立者進行修改）。

若我們拒絕了您的申請，會為您提供書面說明。該信函中會說明您可如何向我們或衛生與公眾服務部部長提出投訴。同時，還會說明您可以對我們的拒絕提出反對聲明的權利以及您可能擁有的其他權利。

若我們同意了您的資訊修改申請，我們會按照您的修改要求進行修改。但是，我們首先會與您聯絡，確認您想通知的人員，並向您獲取修改授權。我們將會盡合理的努力將此類修改通知給其他人，並在該等資訊日後的任何披露中加入相關修改。

申請保密通訊的權利

您有權要求我們採用其他方式或其他地址（例如，寄送至某個郵政信箱地址，或傳真至指定的號碼）與您進行關於您的健康資訊的保密通訊。您的申請必須採用書面形式，且必須清楚說明若申請被拒，可能會對您造成危害。SCAN 將滿足合理的請求。

獲得披露資訊清單的權利

您有權獲得一份關於您的健康資訊的披露資訊清單。通常，資訊清單會包括標題為「其他允許的使用和披露」一節中的披露。清單不包含出於治療、付款和醫療保健營運目的披露的資訊，也不包含您授權披露的資訊。

所有獲取清單的申請必須採用書面形式，且必須包含履行您的申請所需的特定資訊。獲取清單的申請只適用於 2003 年 4 月 14 日之後、從要求披露之日算起過去六年內的披露資訊，除非您申請更短的日期範圍內的資訊。若您在 12 個月內提出一次以上的申請，我們可能會向您收取製作披露資訊清單的合理費用。在這麼做之前，我們會通知您相關的費用，並給予您撤銷或限制申請的機會以減少費用。

獲得與受保護健康資訊相關的違規通知的權利

您有權獲得關於未經授權獲取、存取或披露您的健康資訊的通知。SCAN 將就任何未經授權使用獲取、存取或披露您的健康資訊的行為提供法律要求的通知。

獲取本通告副本的權利。

您有權隨時獲得本通告的其他副本。

如果您對我們的隱私規則通告有任何疑問，或想申請獲得本通告的其他副本，請撥打本通告中列出的以下電話號碼聯絡會員服務部：您也可寫信至：

SCAN Health Plan
Attention: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806

或傳送電子郵件至隱私辦公室 PrivacyOffice@scanhealthplan.com 或傳真至 1-562-308-1365。

您亦可線上瀏覽我們的網站，並在 www.scanhealthplan.com下載本通告的可列印版本。

如何對我們的隱私做法提出投訴

如果您認為 SCAN 侵犯了您的隱私權，或者您不同意我們關於獲取您的健康資訊的決定，您可以向 SCAN 隱私辦公室提交書面投訴。

向 SCAN 投訴

若您想要向我們提出投訴，請寫信至：

SCAN Health Plan
Attention: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806

或傳送電子郵件至PrivacyOffice@scanhealthplan.com，或傳真至 1-562-308-1365。

如果您在提出投訴時需要幫助，可以撥打本通知中列出的以下電話號碼聯絡 SCAN 會員服務部。

向聯邦政府投訴

您還可通知美國衛生與公眾服務部部長，以向聯邦政府提出投訴。

SCAN 支援您保護個人和健康資訊隱私的權利。若您選擇向我們或美國衛生與公眾服務部提出投訴，我們不會有任何形式的打擊報復行為。提出投訴不會影響您在 SCAN 或 Medicare 下的福利。

向聯邦政府提出投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

投訴表格可在以下網址獲取：https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html。

向州政府提出投訴（僅限加州符合雙重資格的會員）

對於同時參保了 Medicare 和 Medi-Cal (Medicaid) 保健計劃的會員，您也可聯絡：

DHCS Privacy Office
c/o: Office of HIPAA Compliance
California Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
電話：1-916-445-4646（語音）
(877) 735-2929 (TTY/TDD)
傳送電子郵件至：incidents@dhcs.ca.gov

通告變更

本通告的條款適用於由 SCAN 建立或保留的包含您的健康資訊的所有記錄。我們保留修改或修訂本隱私規則通告的權利。本通告的任何修改或修訂對我們過往建立或持有的您的所有記錄均有效力。此類修改或修訂對我們日後可能建立或持有的您的任何記錄亦有效力。如果我們修訂了本通告，您將收到一份副本。

SCAN 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、宗教、性別（包括妊娠、性取向或性別認同）、原國籍、年齡（40 歲或以上）、殘障和遺傳資訊（包括家族病史）而歧視、排斥或區別對待任何人。

SCAN 為殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，例如合格的手語翻譯員，以及其他格式（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）的書面資訊。

SCAN 為主要語言不是英語的人員提供免費的語言服務，如合格的口譯員和以其他語言書寫的資訊。

如果您需要這些服務，請撥打以下電話號碼聯絡 SCAN 會員服務部，瞭解相應的州保健計劃。

如果您認為 SCAN 因種族、膚色、宗教、性別（包括妊娠、性取向或性別認同）、原國籍、年齡（40 歲或以上）、殘障和遺傳資訊（包括家族病史）而未能提供這些服務或以其他方式存在歧視行為，您可以親自、透過電話、郵件或傳真提出申訴：

SCAN Member Services
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22644
Long Beach, CA 90801-5644

電話：對於加州會員：1-800-559-3500；對於新墨西哥州會員：1-855-826-7226；對於內華達州會員：1-855-827-7226；對於德州會員：1-855-844-7226；以及對於亞利桑那州會員：1-855-650-7226 (TTY: 711)
傳真：1-562-989-0958

或者透過在我們的網站上填寫「提出申訴」表提出申訴：
https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance。

如果您在提出申訴時需要協助，SCAN 會員服務部可向您提供協助。

您還可以透過民權辦公室投訴入口網站 (https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) 以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

投訴表格可在以下網址獲取：https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html。

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

作為 SCAN Balance 的會員，您有權向我們索取多種資訊。

如果您需要以下任何類型的資訊，請致電會員服務部：

- **計劃的相關資訊。**例如，包括計劃財務狀況的相關資訊。
- **關於我們的網絡內服務提供者和藥房的資訊。**您有權索取關於我們網絡內服務提供者和藥房的資格以及我們如何向網絡內服務提供者付款的資訊。
- **您的保險及您在使用保險時必須遵循的規則的相關資訊。**第 3 章與第 4 章提供了關於醫療服務的資訊。第 5 章與第 6 章提供有關 D 部分處方藥保險的資訊。
- **服務或藥物不獲承保的原因及您對此可如何處理的相關資訊。**第 9 章提供有關要求書面解釋醫療服務或 D 部分藥物不獲承保的原因或您的承保範圍是否受到限制的資訊。第 9 章也提供有關要求我們更改裁決（也稱為上訴）的資訊。

第 1.5 節 我們必須支援您作出護理決定的權利

您有權瞭解您的治療方案及參與決定您的醫療護理

您有權向您的醫生和其他醫療服務提供者獲取完整資訊。您的服務提供者必須*以您可理解的方式*，說明您的病症及治療選擇方案。

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

- **瞭解您的所有選擇方案。**您有權瞭解所有針對您的病情建議的所有治療方案，無論這些方案須支付多少費用或這些方案是否獲我們的計劃承保。其中也包含瞭解我們計劃所提供之協助會員管理藥物與安全用藥的計劃。
- **瞭解風險。**您有權瞭解您的護理中涉及的任何風險。如果任何建議的醫療護理或治療是研究試驗的一部分，醫生必須事先向您說明。您完全有權拒絕任何試驗性治療。
- **有權「拒絕」。**您有權拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。您還有權停止用藥。當然，如果您拒絕治療或停止使用藥物，您需對身體因此出現的情況負全部責任。

您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式

如需有關預先醫療指示的其他資訊，您可瀏覽 oag.ca.gov/consumers/general/care。

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

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

這些情況下，您可以用來事先作出指示的法律文件稱為**預先醫療指示**。預先醫療指示有多種類型及多種名稱，**生前預囑**和**醫療保健授權書**是常見的預先醫療指示。

如果您想使用預先醫療指示來進行說明，程序如下：

- **獲取表格。**您可以從您的律師、社會工作者或某些辦公用品商店獲取預先醫療指示表。有時，您可從向公眾提供 Medicare 資訊的機構索取預先醫療指示表格。
- **填好表格並簽名。**無論從何處獲取此表格，均請切記該表格屬於法律文件。您應考慮請一位律師幫您編製該文件。
- **將副本交給適當人士。**您應將表格副本交給您的醫生以及您在表格中列出的在您不便時代您做決定的人士。您也可以把副本交給您的好友或家人。在家中保留一份副本。

如果您事先知曉即將住院，且曾簽署預先醫療指示，**請將副本帶至醫院**。

- 醫院會詢問您是否已簽署預先醫療指示表格以及是否攜帶。
- 如果您尚未簽署預先醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

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

如果未遵從您的指示，該如何處理？

如果您已簽署預先醫療指示，且認為醫生或醫院未遵從其中的指示，您可向加州衛生保健服務部提出投訴。

第 1.6 節 您有權投訴和要求我們重新考慮所作出的裁決

如果您有任何問題、疑慮或投訴，並且需要提出承保請求或提出上訴，本文件第 9 章介紹了該如何處理。無論您是要求承保範圍裁決、提出上訴或投訴 — **我們均需公平對待您**。

第 1.7 節 如果您認為遭受不公平待遇或權利未獲尊重，該如何處理？

如果遭受歧視，請致電民權辦公室

如果認為因種族、殘障、宗教、性別、健康狀況、族裔、教條（信仰）、年齡、性取向或原國籍問題而遭受不公平待遇或權利未獲尊重，應致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 聯絡衛生與公眾服務部**民權辦公室**，或致電您當地的民權辦公室。

是否屬於其他問題？

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

- 您可以**致電會員服務部**。
- 您可**致電 SHIP**。詳情請參閱第 2 章第 3 節。
- 或者，**您可致電聯絡 Medicare**，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天 (TTY 1-877-486-2048)。

第 1.8 節 如何獲得有關您權利的詳細資訊

您可透過多種途徑瞭解有關您權利的詳細資訊：

- 您可**致電會員服務部**（電話號碼印在本文件封底）。
- 您可**致電 SHIP**。詳情請參閱第 2 章第 3 節。
- 您可聯絡 **Medicare**。
  - 您可瀏覽 Medicare 網站，閱讀或下載刊物《Medicare 權利與保障》(Medicare Rights & Protections)。（刊物載於：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf。）
  - 或者，可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天 (TTY 1-877-486-2048)。

第 2 節 作為計劃會員，您應履行一些責任

以下是作為計劃會員所需執行的事項。如有任何疑問，請致電會員服務部。

- **熟悉您的承保服務及您獲得此類承保服務所必須遵守的規則。**閱讀本《承保範圍說明書》，瞭解為您承保的服務，以及獲得承保服務所需遵守的規則。
  - 第 3 章與第 4 章詳細介紹了您的醫療服務。
  - 第 5 章與第 6 章詳細介紹了您的 D 部分處方藥保險。

- **如果除我們的計劃外，您還加入了其他健康保險或處方藥保險，您需將此情況告知我們。**第 1 章介紹了如何協調這些福利。
- **將您加入我們計劃的情況告知您的醫生及其他保健服務提供者。**獲取您的醫療護理或 D 部分處方藥時，務請出示您的計劃會員卡。
- **透過向您的醫生及其他服務提供者提供資訊、詢問問題和跟進您的護理情況，幫助他們為您提供服務。**
  - 為了幫助您獲得最好的護理，請將您的健康問題告訴您的醫生和其他保健服務提供者。遵從您與醫生議定的治療方案及指示。
  - 確保您的醫生瞭解您所使用的藥物，包括非處方藥、維生素素和補品。
  - 如果您有任何疑問，請務必提出，並確保獲得您能理解的回答。
- **請體諒他人。**我們希望所有會員均能尊重其他患者的權利。也希望您在行事時，遵循您醫生診室、醫院及其他辦公室的工作程序，保證其正常工作。
- **支付應付款項。**作為計劃會員，您承擔以下費用：
  - 您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費才可維持本計劃的會員資格。
  - 對於大部分由計劃承保的醫療服務或藥物，您在獲取服務或藥物時必須支付應承擔的費用。
  - 如果您需要支付逾期參保罰金，則您必須支付該罰金才可維持您的處方藥保險。
  - 如果您因年收入而須支付額外的 D 部分金額，您必須直接向政府繼續支付該筆額外的金額，才可維持本計劃的會員資格。
- **如果您前往的地點處於我們計劃的服務區*之內*，您需通知我們您的搬遷情況**，以便我們更新您的會員記錄及獲得您的聯絡資訊。
- **如果您搬遷至我們計劃的服務區域*外*，則無法繼續作為我們計劃的會員。**
- 如果您搬遷，還請務必通知社會保障局（或鐵路職工退休委員會）。

第 9 章：

遇到問題或想投訴時該如何處理

（承保範圍裁決、上訴、投訴）

第 1 節 簡介

第 1.1 節 遇到問題或疑慮該如何處理

本章列述了處理問題及疑慮的兩種程序：

- 就某些問題而言，您需採用**承保範圍裁決和上訴程序**。
- 就其他問題而言，您需採用**提出投訴的程序**也稱為申訴。

這兩種程序已獲 Medicare 批准。每個程序都有一套規則、手續及截止期限，您與我們均須遵守。

第 3 節內的指引有助於您確定應採用的正確程序以及您應採取哪些措施。

第 1.2 節 關於法律術語？

本章中所列的某些規則、程序及各類截止期限存在若干法律術語。許多術語對於大多數人而言較為陌生且難以理解。為方便起見，本章會：

- 採用更通俗的辭彙取代若干法律術語。例如，本章通常使用提出投訴而非提出申訴，使用承保範圍裁決而非機構裁決、承保裁決和風險裁決，以及使用獨立審核機構而非獨立審核實體。
- 本章中也儘量減少了縮寫詞的使用。

然而，瞭解正確的法律術語可能對您有所幫助，甚至非常重要。瞭解應使用的正確法律術語將有助於您更準確地表達，以獲取適當的幫助或尋找針對您所處情形的資訊。為幫助您瞭解應使用的術語，我們在提供處理特殊情形的詳細資訊時會對法律術語加以闡述。

第 2 節 從何處獲取詳細資訊和個性化協助

我們可隨時向您提供協助。即使您想要對我們對待您的方式提出投訴，我們也必須尊重您提出投訴的權利。因此，您可隨時向會員服務部尋求幫助。但在某些情況下，您也可能希望獲得某位與我們無關人士的幫助或指引。以下是可以為您提供幫助的兩個機構。

州健康保險援助計劃 (SHIP)

每個州都設有一個政府計劃，並且都有受過專業訓練的顧問。該計劃與我們的計劃、任何保險公司或保健計劃均無關。該計劃的顧問可幫助您瞭解您在處理問題時應採取的程序。他們也能回覆您提出的問題、給予您更多資訊並提供有關處理方法的指引。
SHIP 顧問服務免費。電話號碼和網站 URL 列於本文件第 2 章第 3 節。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求幫助。要聯絡 Medicare：

- 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

- 您也可以瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

第 3 節 如需解決問題，應採取何種程序？

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

您的問題或疑慮是否與您的福利或保險有關？

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

是。

請查閱本章的下一節，**第 4 節承保範圍裁決和上訴基準指引**。

否。

向前跳至本章末尾的**第 10 節：如何就護理品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴**。

承保範圍裁決和上訴

第 4 節 承保範圍裁決和上訴基準指引

第 4.1 節 要求承保範圍裁決和提出上訴：總體情況介紹

承保範圍裁決和上訴程序處理與您的福利及醫療護理（服務、用品和 B 部分處方藥，包括付款）承保有關的問題。為使文字通俗易懂，我們將醫療用品、服務和 Medicare 處方藥統稱為**醫療護理**。您利用承保範圍裁決和上訴程序處理諸如某服務或藥物是否獲承保以及承保方式等問題。

接受福利前要求承保範圍裁決

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的醫療護理支付的金額所作出的裁決。例如，如果您的計劃的網絡內醫生將您轉診至網絡外的專科醫生，則該轉診被視作有利的承保範圍裁決，除非您的網絡內醫生可以證明您收到了該專科醫生的標準拒絕通知，或者《承保範圍說明書》明確規定，在任何情況下，提述的服務均不獲承保。如果您的醫生不確定我們是否會承保某特定醫療服務或拒絕提供您認為所需的醫療護理時，您或您的醫生也可聯絡我們，要求進行承保範圍裁決。換句話說，如需在獲得某項醫療護理之前瞭解我們對此是否承保，您可要求我們為您作出承保範圍裁決。在有限情況下，承保範圍裁決請求將被駁回，這表示我們將不會審核該請求。駁回請求的情況示例包括：請求不完整、有人代表您提出請求，但其並未獲得相應的合法授權，或您要求撤銷請求。如果我們駁回承保範圍裁決請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

我們為您的承保服務或藥物以及支付的費用作出承保範圍裁決。在某些情況下，我們可能決定不承保某項醫療護理，或就您而言，Medicare 不再承保這些醫療護理。如果您不同意該項承保範圍裁決，可提出上訴。

提出上訴

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

您首次對裁決提出的上訴稱為第 1 級上訴。在這一級上訴時，我們將審核已作出的承保範圍裁決，以核查我們是否恰當遵循規則行事。我們完成審核後，將告訴您我們的決定。

在有限的情況下，第 1 級上訴的請求將遭到駁回，這表示我們不會審核該請求。駁回申請的情況範例包括：申請不完整、有人代表您提出申請，但其並未獲得相應的合法授權，或您要求撤銷申請。如果我們駁回第 1 級上訴請求，我們將發出通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求審核駁回裁決。

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

- 您無需採取任何行動即可開始第 2 級上訴。Medicare 規則要求，如果我們不完全認同您的第 1 級上訴，需自動將您的醫療護理上訴移送至第 2 級。
- 有關就醫療護理進行第 2 級上訴的詳細資訊，請查看本章**第 5.4 節**。
- D 部分上訴列於本章第 6 節中。

如果您對第 2 級上訴的裁決不滿意，您可以繼續進行其他級別的上訴（本章第 9 節解釋了 3、4 和 5 級上訴程序）。

第 4.2 節 欲要求承保範圍裁決或提出上訴時，該如何尋求幫助

以下是一些您在決定要求任何類別的承保範圍裁決或對裁決提出上訴時，可以採取的途徑：

- 您**可致電會員服務部聯絡我們**。
- 您可從州健康保險援助計劃處**免費取得幫助**。
- **您的醫生可代表您提出請求。**如果您的醫生幫助您請求第 2 級以上的上訴，他們將需要被指定為您的代表。請致電會員服務部索取「代表委任」表格。（此表格也可在 Medicare 網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.scanhealthplan.com/appointment-of-representative-form 上獲取。）
    - 您的醫生可代表您就醫療護理或 B 部分處方藥請求承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的上訴在第 1 級被拒絕，則該上訴將會自動轉交至第 2 級。
    - 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫生可代表您要求承保範圍裁決或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或處方醫生可以請求第 2 級上訴。

- **您可要求某人士代表您行事。**如果您願意，可指定任何其他人士作為您的代表，代您要求承保範圍裁決或提出上訴。
  - 如果您希望您的朋友、親屬或其他人士擔任您的代表，請致電會員服務部索取「代表委任」表格。（此表格也可在 Medicare 網站 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 或我們的網站 www.scanhealthplan.com/appointment-of-representative-form 上獲取。）此表格可給予該人士許可，代表您行事。表格必須經您和您希望代您行事的人士簽署。您必須向我們提交一份經簽署的表格。
  - 雖然我們可在沒有表格的情況下接受上訴請求，但是我們在未收到表格之前無法完成審核。如果我們在就您的上訴作出裁決的截止期限之前未收到該表格，您的上訴請求將被駁回。如果發生此情況，我們將向您發出書面通知，就您要求獨立審核機構對我們駁回您的上訴的決定進行審核的權利作出解釋。
- **您也有權聘請律師。**您可聯絡您的私人律師，或透過當地律師協會或其他轉介服務獲取律師姓名。如果您符合條件，某些團體也會為您提供免費法律服務。但**您並非必須聘請律師**才能要求任何類別的承保範圍裁決或對裁決提出上訴。

第 4.3 節 本章哪一節有關於您的情況的詳細資訊？

涉及承保範圍裁決和上訴的情況共有四種。由於每種情況的規則和截止期限各有不同，我們分別在不同章節詳述了不同情況：

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

如果您不確定應採用哪一節內容，請致電會員服務部。您也可以從政府機構處取得幫助或資訊，例如您的 SHIP。

第 5 節 您的醫療護理：如何要求承保範圍裁決或就承保範圍裁決提出上訴

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

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

本節描述了您處於以下任一種情況（共五種）時，該如何處理：

1. 您未獲得您想要的某項醫療護理，而您認為此項護理屬於我們計劃的承保範圍。**要求作出承保範圍裁決。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要向您提供的醫療護理，而您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍。**要求作出承保範圍裁決。第 5.2 節。**
3. 您已得到醫療護理，且您認為此種護理屬於我們計劃的承保範圍，但我們卻表示將不會支付此種護理的費用。**提出上訴。第 5.3 節。**
4. 您已獲得您認為應由計劃承保的醫療護理，並已就此付款，且欲要求我們的計劃就該項護理向您報銷費用。**把帳單寄給我們。第 5.5 節。**
5. 您獲知您所接受的我們之前認可的某種醫療護理的承保範圍將縮小或停止，而您認為減少或停止此種護理會損害您的健康。**提出上訴。第 5.3 節。**

   註：如果即將終止的承保範圍涉及醫院治療、居家護理、專業護理機構護理，或綜合門診康復機構 (CORF) 服務，您需查閱本章第 7 節和第 8 節。此類別的護理適用特殊規則。

第 5.2 節 步驟說明：如何要求作出承保範圍裁決

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

第 1 步：判斷您需要的是標準承保範圍裁決還是快速承保範圍裁決。

對於 B 部分藥物，標準承保範圍裁決通常在 14 天或 72 小時內作出。對於醫療服務，快速承保範圍裁決通常在 72 小時內作出；或者，對於 B 部分藥物，該裁決通常在 24 小時內作出。要獲得快速承保範圍裁決，您必須滿足兩項要求：

- 您*只能*申請承保醫療用品和/或服務（不能申請支付已獲得的用品和/或服務的費用）。
- *只有*採用標準截止期限*會嚴重損害您的健康或傷害您的行動能力*時，方可獲得快速承保範圍裁決。
- **如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保範圍裁決，我們即自動同意對您作出快速承保範圍裁決。**
- **如果您自行要求快速承保範圍裁決（未獲得醫生支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保範圍裁決。**如果我們不批准快速承保範圍裁決，我們將致函告知您：
  - 說明我們將使用標準截止期限。
  - 說明如果您的醫生要求快速承保範圍裁決，我們將自動作出快速承保範圍裁決。
  - 說明您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準承保範圍裁決的事提出快速投訴。

第 2 步：要求我們的計劃作出承保範圍裁決或快速承保範圍裁決。

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

第 3 步：我們將考慮您的醫療護理承保請求，並給予答覆。

對於標準承保範圍裁決，我們使用標準截止期限。

這意味著我們將在收到您**對醫療用品或服務**的請求後 **14 個曆日內給您答覆**。如果您針對 **Medicare B 部分處方藥**提出請求，我們將在收到您的請求後 **72 小時內**給您答覆。

- **但是**，對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果您要求延長時間，或者我們需要收集可能有利於您的更多資訊，則**可再延長至多 14 天**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。
- 如果您認為我們*不*應延長時間，可提出快速投訴。一旦我們做出裁決，我們將儘快答覆您的投訴。（投訴程序與承保範圍裁決和上訴程序有所不同。有關投訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）

對於快速承保範圍裁決，我們採用加急期限。

如果您針對醫療用品或服務提出請求，快速承保範圍裁決是指我們將在 72 小時內答覆。如果您針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將在 24 小時內答覆。

- 但是，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**則可再延長至多 14 天**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。
- 如果您認為我們*不*應延長時間，可提出快速投訴。有關投訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）我們在作出決定後會儘快通知您。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因。

第 4 步：如果我們拒絕您的醫療護理承保請求，您可提出上訴。

- 如果我們拒絕您的請求，您有權提出上訴，要求我們重新考慮該裁決。這意味著再次要求獲得您所需的醫療護理承保。如果您提出上訴，即表明您進入第 1 級上訴程序。

第 5.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

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

第 1 步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

對於 B 部分藥物，標準上訴通常在 30 天或 7 天內作出答覆。快速上訴通常在 72 小時內作出答覆。

- 如果您就我們對您尚未接受的護理保險作出的裁決提出上訴，您和/或您的醫生將需決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告知我們您的健康狀況需要快速上訴，我們將給予您快速上訴。

- 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 5.2 節中的快速承保承保範圍裁決的要求及程序相同。

第 2 步：向我們的計劃提出上訴或快速上訴

- **如果您要求標準上訴，請以書面形式提交您的標準上訴。**您也可致電我們提出上訴。第 2 章提供了聯絡資訊。
- **如果您要求快速上訴，請以書面形式或致電我們提出您的上訴。**第 2 章提供了聯絡資訊。
- **您必須在**自我們向您發出書面通知，對您的承保範圍裁決請求作出答覆之日起 **65 天內提出上訴請求**。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可為您延長提出上訴的時限。充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- **您可索取一份有關您醫療裁決的資料。您和您的醫生可以新增更多資訊支援您的上訴。**

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

- 審核您的上訴時，本計劃會謹慎考慮全部資訊。我們將核實拒絕您的請求時是否遵守所有規則。
- 必要時，我們可能會聯絡您或您的醫生收集更多資訊。

快速上訴的截止期限

- 對於快速上訴，我們必須**在收到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
  - **但是**，對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果您要求延長時間，或者我們需要收集可能有利於您的更多資訊，則**可再延長至多 14 天**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您針對 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將無法延長時間。
  - 如果我們在 72 小時內（或在延長期結束時（如果我們延長了時間））未給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。第 5.4 節介紹了第 2 級上訴程序。
- **如果我們批准您的部分或全部請求**，則必須在收到您上訴後的 72 小時內，批准或提供我們已同意提供的承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將會向您寄送我們的書面裁決，並自動將您的上訴轉至獨立審核機構進行第 2 級上訴。收到您的上訴後，獨立審核機構會以書面形式通知您。

標準上訴的截止期限

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **30 個曆日內**給您答覆。如果您針對您尚未接受的 Medicare B 部分處方藥提出請求，我們將在收到您的上訴後 **7 天**內給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
  - **但是**，對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果您要求延長時間，或者我們需要收集可能有利於您的更多資訊，則**可再延長至多 14 天**。如果我們需要延長時間，將書面通知您。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出申請，我們將不可延長作出裁決的時間。

- 如果您認為我們*不*應延長時間，可提出快速投訴。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。有關投訴的資訊，請參閱本章第 10 節。）
- 如果我們未在截止期限之前（或延長時限結束之前）給您答覆，我們需將您的請求提交至第 2 級上訴，由獨立審核機構進行審核。第 5.4 節介紹了第 2 級上訴程序。

- **如果我們批准您的部分或全部請求**，則必須在 30 天內（對於您就醫療用品或服務提出的請求）或 **7 個曆日內**（對於您就 Medicare B 部分處方藥提出的請求）批准或提供承保。
- **如果我們的計劃拒絕您的部分或全部上訴**，我們將自動將您的上訴發送給獨立審核機構進行第 2 級上訴。

第 5.4 節 步驟說明：如何進行第 2 級上訴

法律術語
獨立審查機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。

獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個獨立機構。該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。Medicare 監督其工作。

第 1 步：獨立審核機構審核您的上訴。

- 我們將向該機構寄送關於您的上訴的資料。該資料稱為您的**個案檔案**。**您有權向我們索取一份個案檔案副本。**
- 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。
- 獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

如果您的第 1 級上訴為快速上訴，您的第 2 級上訴也將為快速上訴。

- 對於快速上訴，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **72 小時內**給您答覆。
- 但是，對於您就醫療用品或服務提出的請求，如果獨立審核機構需要收集可能有利於您的更多資訊，則**可再延長至多 14 個曆日**。如果您就 Medicare B 部分處方藥提出請求，獨立審核機構將不可延長作出裁決的時間。

如果您的第 1 級上訴為標準上訴，您的第 2 級上訴也將為標準上訴。

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

第 2 步：獨立審核機構給您答覆。

獨立審核機構將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

- **如果審核機構批准您就醫療用品或服務提出的部分或全部請求**，對於標準請求，我們必須在收到審核機構的裁決後 72 小時內批准醫療護理承保，或在收到該裁決後 14 個曆日內提供服務。對於加急請求，我們須在收到審核機構的裁決後 72 小時內批准或提供承保。
- **如果審核機構批准您就 Medicare B 部分處方藥提出的部分或全部請求**，對於**標準請求**，我們必須在收到審核機構的裁決後 **72 小時**內批准或提供 B 部分處方藥。對於**加急請求**，我們須在收到審核機構的裁決後 **24 小時**內批准或提供承保。
- **如果該機構部分或完全拒絕您的上訴**，表明他們同意我們的裁決，即您的醫療護理承保申請（或部分申請）應不予批准。（這稱為**維持裁決**或**駁回上訴**。）這種情況下，獨立審查機構會致函給您：
  - 解釋其決定。
  - 如果醫療護理承保的美元價值達到某個最低金額，則會通知您有權進行第 3 級上訴。您從獨立審核機構獲得的書面通知將告知您，您必須達到多少美元金額才能繼續上訴程序。
  - 告訴您如何提出第 3 級上訴。

第 3 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

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

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

第 7 章描述了您何時可能需要要求報銷或支付您從服務提供者處收到的帳單。其中也介紹了應如何向我們寄送要求我們付款的書面材料。

要求報銷即要求我們作出承保範圍裁決

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

- **如果我們批准您的請求：**如果有關醫療護理獲承保且您遵守所有規則，我們通常將在收到您請求後 30 天（不晚於 60 天）內向您寄出我們應承擔的費用付款。如果您未支付醫療護理費用，我們將直接向醫療服務提供者郵寄款項。
- **如果我們拒絕您的請求：**如果有關醫療護理*未*獲承保，或您*未*遵守所有規則，我們將不會寄出付款。相反，我們將向您發出一封函件，說明我們將不會就醫療護理作出支付並解釋原因。

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

如欲提出此項上訴，請遵循第 5.3 節所述的上訴程序。如需就報銷提出上訴，請注意：

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

第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何要求承保範圍裁決或提出上訴

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

您的福利包含多種處方藥的承保。藥物必須用於醫學上認可的適應症才可承保。（有關醫學上認可的適應症的詳細資訊，請參閱第 5 章。）有關 D 部分藥物、規則、限制和費用的詳細資訊，請參閱第 5 章與第 6 章。**本節僅和您的 D 部分藥物有關。**為使文字通俗易懂，我們在本節下文中提述為*藥物*，而非每次贅述*承保門診處方藥*或 *D 部分藥物*。我們還使用藥物清單一詞，而非「承保藥物清單」或「處方藥一覽表」。

- 如果您不知道某種藥物是否獲承保或您是否符合規則，您可以詢問我們。有些藥物需要獲得我們的批准之後方可取得我們的承保。
- 如果您的藥房告知您，您的處方無法按處方上的指示配藥，藥房將向您提供一份書面通知，說明如何聯絡我們要求進行承保範圍裁決。

D 部分承保範圍裁決與上訴

法律術語
有關 D 部分藥物的初始承保範圍裁決被稱為**承保範圍裁決**。

承保範圍裁決是指我們針對您的福利和承保範圍，或我們就您的藥物支付的金額所作出的決定。本節介紹了您處於以下任一種情況時可以採取的行動：

- 要求我們承保不在計劃「承保藥物清單」上的 D 部分藥物。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求豁免藥物的計劃承保範圍限制（例如您可以取得的藥物數量限制、事先授權或要求先嘗試另一種藥物）。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求對於較高分攤費用等級的承保藥物支付較低的分攤費用。**要求例外處理。第 6.2 節**
- 要求獲得藥物預先批准。**要求作出承保範圍裁決。第 6.4 節**
- 支付您已購買的處方藥的費用。**要求我們作出償付。第 6.4 節**

如果您不同意我們作出的承保範圍裁決，可對此提出上訴。

本節介紹了如何要求承保範圍裁決，以及如何提出上訴。

第 6.2 節 什麼是「例外處理」？

法律術語
要求承保未包含在藥物清單上的藥物有時稱為要求**處方藥一覽表例外處理**。 要求免除針對某些藥物承保的限制有時稱為要求**處方藥一覽表例外處理**。 要求對承保的非首選藥物支付較低的金額有時稱為要求**等級例外處理**。

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

為了讓我們考慮您的例外處理申請，您的醫生或其他處方醫生將需就為何您需要獲得例外處理說明醫療理由。以下為您或您的醫生或其他處方醫生可以要求我們作出例外處理的三種範例：

1. **為您承保不在計劃藥物清單上的 D 部分藥物。**如果我們同意承保未包含在藥物清單上的藥物，您將需要支付適用於第 4 級藥物（非首選藥物）的分攤費用金額。您無法就該藥物您應支付的分攤費用申請例外處理。
2. **撤銷對承保藥物的限制。**第 5 章介紹了適用於我們藥物清單上某些藥物的額外規則或限制。如果我們同意作出例外處理並為您豁免限制，您可以就該藥物您應支付的分攤費用申請例外處理。
3. **將藥物的承保範圍更改至較低的分攤費用等級。**我們藥物清單上的每種藥物皆屬於五種分攤費用等級的其中一種。通常，分攤費用的等級編號越低，您需要支付的藥物分攤費用就越少。
    - 如果我們的藥物清單中包含可用於治療您的病症，且分攤費用等級低於您的藥物的替代藥物，您可以要求我們按照適用於該替代藥物的分攤費用來承保您的藥物。
    - 如果您使用的藥物是生物製品，您可以要求我們按更低的分攤費用金額來承保您的藥物。這將是包含用於治療您的病症的替代生物製品的最低等級。
    - 如果您使用的藥物是品牌藥，而且最低的分攤費用等級上有用於治療您的病症的替代品牌藥，則您可以要求我們按該等級的分攤費用來承保您的藥物。
    - 如果您使用的藥物是普通藥，而且最低的分攤費用等級上有用於治療您的病症的替代品牌藥或普通藥，則您可以要求我們按該等級的分攤費用來承保您的藥物。
    - 您不能要求我們更改第 5 級中任何藥物的分攤費用等級：特殊級藥物。
    - 如果我們批准您的等級例外處理申請，並且您不可使用的替代藥物的較低分攤費用等級有多個，那麼您通常將支付最低的費用。

第 6.3 節 請求例外處理須知

您的醫生必須告訴我們醫療理由

您的醫生或其他處方醫生必須向我們提供一份聲明，其中說明申請例外處理的醫療理由。對於快速裁決，當您要求例外處理時，請附上此則來自您醫生或其他處方醫生的醫療資訊。

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

我們可批准或拒絕您的請求

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

第 6.4 節 步驟說明：如何要求承保範圍裁決（包含例外處理）

法律術語
快速承保範圍裁決稱為**加急承保範圍裁決**。

第 1 步：判斷您需要的是標準承保範圍裁決還是快速承保範圍裁決。

我們需在收到您醫生的聲明後 **72 小時**內作出**標準承保範圍裁決**。我們需在收到您醫生的聲明後 **24 小時**內作出**快速承保範圍裁決**。

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

- 您要求的必須是您尚未取得的藥物。（如果您要求我們償付您已購買藥物費用，則不能取得快速承保範圍裁決。）
- 使用標準截止期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醫生告知我們您的健康狀況需要快速承保範圍裁決，我們將自動對您作出快速承保範圍裁決。**
- **如果您自行要求快速承保範圍裁決（未獲得醫生或其他處方醫生支援），我們將判斷您的健康狀況是否需要我們對您作出快速承保範圍裁決。**如果我們不批准快速承保範圍裁決，我們將致函告知您：
    - 說明我們將使用標準截止期限。

- 說明如果您的醫生或其他處方醫生要求快速承保範圍裁決，我們將自動作出快速承保範圍裁決。
- 說明您如何就我們未按您的請求作出快速承保範圍裁決，而作出標準承保範圍裁決的事提出快速投訴。我們將在收到投訴後的 24 小時內給您答覆。

第 2 步：請求標準承保範圍裁決或快速承保範圍裁決。

首先，致電、寄函或傳真至我們的計劃提出申請，請求我們授權或承保您希望獲得的醫療護理。我們的網站亦提供了承保範圍裁決程序。我們必須接受任何的書面申請，包括使用「CMS 承保範圍裁決申請表範本」或我們計劃的表格（可在我們的網站 www.scanhealthplan.com 獲取）提交的申請。第 2 章提供了聯絡資訊。**申請可透過我們的網站提交，電子郵件地址** medicarepartdparequests@express-scripts.com。為協助我們處理您的請求，請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及識別所上訴的被拒理賠的資訊。

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

- **如果您請求例外處理，請提供支持聲明**，即請求例外處理的醫療理由。您的醫生或其他處方醫生可以將聲明傳真或郵寄給我們。您的醫生或其他處方醫生也可以先透過電話告訴我們，之後有需要再將書面聲明傳真或郵寄給我們。

第 3 步：我們將考慮您的請求，並給予答覆。

快速承保範圍裁決的截止期限

- 我們通常必須在收到您的請求後 **24 小時內給您答覆**。
  - 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支援聲明後 24 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
  - 如果我們未能遵守此截止期限，我們需將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- **如果我們批准您的部分或全部請求**，則必須在收到您的請求或醫生支援您的請求之聲明後的 24 小時內，提供我們已同意提供的承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的標準承保範圍裁決截止期限

- 我們通常必須在收到您的請求後 **72 小時內給您答覆**。
  - 對於例外處理，我們會在收到您醫生的支援聲明後 72 小時內給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
  - 如果我們未能遵守此截止期限，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- **如果我們批准您的部分或全部請求**，則必須在收到您的請求或醫生支援您的請求之聲明後的 **72 小時內，提供**我們已同意提供的**承保**。

- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

對於您已購買藥物之付款事宜的標準承保範圍裁決截止期限

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個曆日內**給您答覆。
  - 如果我們未能遵守此截止期限，我們需將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您請求後的 14 天內向您付款。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

第 4 步：如果我們拒絕您的承保範圍請求，您可提出上訴。

- 如果我們拒絕您的請求，您有權提出上訴，要求我們重新考慮該裁決。這意味著再次要求獲得您所需的藥物承保。如果您提出上訴，即表示您進入第 1 級上訴程序。

第 6.5 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴

法律術語
就 D 部分藥物承保範圍裁決對計劃提出上訴稱為計劃**重新裁決**。 快速上訴也稱為**加急重新裁決**。

第 1 步：判斷您需要的是標準上訴還是快速上訴。

標準上訴通常在 7 天內作出答覆。快速上訴通常在 72 小時內作出答覆。如果您的健康狀況需要快速回覆，您可要求快速上訴。

- 如果您就我們計劃對您尚未取得的藥物作出的裁決提出上訴，您和您的醫生或其他處方醫生將需決定您是否需要快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求與獲得本章第 6.4 節中的快速承保承保範圍裁決的要求及程序相同。

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

- **對於標準上訴，請提交書面請求，或致電 1-800-559-3500 聯絡我們。**第 2 章提供了聯絡資訊。
- **對於快速上訴，以書面形式提交上訴，或致電 1-800-559-3500 聯絡我們。**第 2 章提供了聯絡資訊。
- **我們必須接受任何的書面請求**，包括使用「CMS 重新裁決申請表範本」（可在我們的網站 (www.scanhealthplan.com) 獲取）提交的請求。請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及關於理賠的資訊，以幫助我們處理您的請求。

- **會員和服務提供者可透過電子方式將上訴請求提交**到以下網址：www.scanhealthplan.com/file-an-appeal。
- **您必須在**自我們向您發出書面通知，對您的承保範圍裁決請求作出答覆之日起 **65 天內提出上訴請求**。如果您錯過此截止期限，並能提供充分理由，請在提出上訴時說明延誤上訴的原因。我們可為您延長提出上訴的時限。充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- **您可索取一份關於您的上訴的資料，並新增更多資料。**您和您的醫生可以新增更多資訊支援您的上訴。

第 3 步：我們將考慮您的上訴，並給予答覆。

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

快速上訴的截止期限

- 對於快速上訴，我們必須**在收到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
  - 如果我們在 72 小時內未給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立機構進行審核。第 6.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
- **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您上訴後的 72 小時內，提供我們已同意提供的承保。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及您如何對我們的裁決提出上訴。

對於您尚未取得之藥物的標準上訴截止期限

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 個曆日內**給您答覆。如果您尚未獲得藥物且您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
  - 如果我們未能在 7 個曆日內給您答覆，我們需自動將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。第 6.6 節介紹了第 2 級上訴程序。
- **如果我們批准您的部分或全部請求**，我們必須視您的健康狀況需要儘快提供承保，但不得遲於我們收到您的上訴後的 **7 個曆日**。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明說明拒絕的原因以及您如何對我們的裁決提出上訴。

對於您已購買藥物之付款事宜的標準上訴截止期限

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個曆日內**給您答覆。
  - 如果我們未能遵守此截止期限，我們需將您的請求提交至上訴程序的第 2 級，由獨立審核機構進行審核。
- **如果我們批准您的部分或全部請求**，必須在收到您請求後的 **30 天**內向您付款。

- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出書面聲明，說明拒絕的原因以及您可如何就我們的裁決提出上訴。

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

- 如果您決定再次提出上訴，即表明您進入第 2 級上訴程序。

第 6.6 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴

法律術語
獨立審查機構的正式名稱為**獨立審核實體**。有時將其稱為 **IRE**。

獨立審核機構是 Medicare 聘請的一個獨立機構。該機構與我們無關，且並非政府機構。該機構將判定我們所做的裁決是否正確，或者是否應該更改裁決。Medicare 監督其工作。

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

- 如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們寄給您的書面通知將包含**如何向獨立審核機構提出第 2 級上訴的指示**。這些指示將說明可以提出此第 2 級上訴的人士、您須遵守的截止期限，以及如何聯絡審核機構。但是，如果我們未能在適用期限內完成審核，或者根據我們的藥物管理計劃對**風險**裁決作出了不利裁決，我們將自動將您的理賠轉發給 IRE。
- 我們將向該機構寄送關於您的上訴的資料。該資料稱為您的**個案檔案**。**您有權向我們索取一份個案檔案副本。**
- 您有權向獨立審核機構提供其他資訊，支援您的上訴。

第 2 步：獨立審核機構審核您的上訴。

獨立審核機構的審核員將仔細查閱上訴的所有相關資訊。

快速上訴的截止期限

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

標準上訴的截止期限

- 如為標準上訴，如果該上訴針對的是您尚未獲得的藥物，審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後 **7 個曆日內**給您答覆。如果您請求我們為您已購買的藥物提供償付，審核機構必須在收到您的請求後 **14 個日曆日**內，就您的第 2 級上訴給您答覆。

第 3 步：獨立審核機構給您答覆。

對於快速上訴：

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

對於標準上訴：

- **如果獨立審核機構批准您的部分或全部承保請求**，我們必須在收到審核機構的決定後 **72 小時內**提供由該審核機構批准的藥物承保。
- **如果獨立審核機構批准**您就已購買之藥物的**部分或全部償付請求**，我們需要在收到審核機構裁決後的 **30 天內向您寄出付款**。

如果審核機構拒絕您的上訴會如何？

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

- 解釋其決定。
- 告知您有權在所請求藥物保險的美元價值達到某個最低金額時提出第 3 級上訴。如果您請求的藥物保險的美元價值過低，您不能再次提出上訴，且第 2 級的裁決即為最終裁決。
- 告知您滿足繼續上訴程序要求所需的美元價值。

第 4 步：如果您的個案符合要求，請選擇是否希望進一步上訴。

- 在上訴程序中，第 2 級之後仍有三個級別（共五個上訴級別）。
- 如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 9 節介紹了上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 7 節 如果您認為過快讓您出院，如何要求我們延長住院承保

您入院時，有權獲得診斷及治療疾病或傷害需要的所有承保醫院服務。

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

- 離開醫院的日期稱為**出院日期**。
- 您的出院日期確定後，您的醫生或醫務人員會告知您。
- 如果您認為他們過快讓您出院，可要求延長住院時間，您的請求將獲考慮。

第 7.1 節 您住院期間，將收到 Medicare 發出的書面通知，告知您的權利

在您入院後兩天內，您將收到一份書面通知，名為*關於您所享權利的 Medicare 重要資訊 (An Important Message from Medicare about Your Rights)*。享有 Medicare 的任何人均會收到這樣一份通知。如果您沒收到醫院的相關人員（如個案工作者或護士）給予的通知，請向任何醫院員工索取。如需幫助，請致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天 (TTY 1-877-486-2048)。

1. **請仔細閱讀此通知，如不理解，請詢問。**其中介紹了以下內容：
   - 您有權在住院期間及出院後，按醫生指示接受 Medicare 承保服務。這包括瞭解服務內容、付款方及獲取服務的地點。
   - 您有權參與任何有關您住院的決定。
   - 向何處報告您對醫院護理品質存有的任何疑慮。
   - 您有權在認為醫院過快讓您出院時**請求立即審核**讓您出院的決定。這是要求延遲出院日期，以便我們延長您的醫院治療承保的正式合法途徑。
2. **您將需要簽署該書面通知，以表示您已收到通知並瞭解您的權利。**
   - 您或代表您行事的人士需要簽署該通知。
   - 簽署通知*僅*表示您已收到有關您權利的資訊。通知並不會指定您的出院日期。簽署通知*不代表*您同意某個出院日期。
3. **請保留通知副本**，以便在需要時隨時瞭解有關提出上訴（或報告對護理品質的疑慮）的資訊。
   - 如果您在出院前兩天以上時間簽署通知，則會在計劃出院前再收到一份通知。
   - 如要提前查閱該通知的副本，請隨時致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。您也可以線上查閱通知，網址 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 7.2 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴更改出院日期

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

- **遵循程序。**
- **遵守截止期限。**
- **需要時請尋求幫助。**如果您在任何時候存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是一個提供個人化援助的政府機構。

第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。該機構將核實從醫療角度而言，您的計劃出院日期是否適當。

品質改進機構是一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療保健專業人員組成的團體，旨在檢查 Medicare 受保人獲得的護理品質並幫助改進。這包括審核 Medicare 受保人的出院日期。這些專家並不屬於我們的計劃。

第 1 步：聯絡您所在州的品質改進機構，要求立即審核您的出院日期。您必須儘快行動。

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知裡*（關於您所享權利的 Medicare 重要資訊 (An Important Message from Medicare about Your Rights)）*有該機構的聯絡方式。您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

- 如要提出上訴，必須在出院*前*聯絡品質改進機構，**不得遲於出院當天的午夜**。
  - **如果您遵守此截止期限**，您可以在出院日期之*後*留在醫院，而*無需支付費用*，等待品質改進機構的決定。
  - **如果您*不能*遵守此截止期限**，請聯絡我們。如果您決定在計劃出院日期後繼續住院，則對於您在計劃出院日期後獲得的醫院護理，*您可能須支付所有費用*。

在您請求立即審核您的出院日期後，品質改進機構會聯絡我們。在與我們聯絡後次日中午前，我們會給您一份**詳細出院通知**。該通知提供您的計劃出院日期，並詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。
您可致電會員服務部或 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取**詳細出院通知**範本，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。（TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。）或者，您可以在線上查閱通知樣本：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

- 品質改進機構的醫療專業人員（審核員）會詢問您（或您的*代表*）認為應延長服務承保的理由。您無須準備任何書面材料，但如願意，也可準備。
- 審核員也會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談並審核醫院及我們向其提供的資訊。
- 在審核員告知我們有關您上訴事宜後次日中午前，您將會收到我們寄送給您的指定您計劃出院日期的書面通知。該通知還將詳細說明您的醫生、醫院及我們認為您適合於該日期出院（醫療上適當）的原因。

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

如果批准會如何？

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

如果拒絕會如何？

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

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

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

第 7.3 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴更改出院日期

第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付您在計劃出院日期後繼續住院的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

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

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱上訴的所有相關資訊。

第 3 步：審核員將在收到您第 2 級上訴請求後的 14 個曆日內就您的上訴作出裁決，並通知您。

如果審核機構批准：

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

如果審核機構拒絕：

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

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否繼續第 3 級上訴。

- 在上訴程序中，第 2 級之後仍有三個級別（共五個上訴級別）。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 9 節介紹了上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 8 節 如果您認為您的保險終止過快，如何要求我們繼續承保某些醫療服務

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

如果您正在接受承保的**居家護理服務、專業護理照護或復健護理（綜合門診康復機構）**，只要診斷和治療傷病需要此護理，您就有權持續享有此類護理的服務。

如果我們決定停止為您提供三種類型的護理中的任何一種時，我們需要提前通知您。您的護理保險終止時，*我們將停止支付您的護理分攤費用。*

如果您認為我們過快終止您的護理承保，**您可就我們的裁決提出上訴**。本節介紹了如何要求上訴。

第 8.2 節 您的保險即將終止時，我們將提前通知您

法律術語
Medicare 不承保通知。該通知告知您如何請求**快速上訴**。請求快速跟蹤上訴是要求我們改變對何時終止護理作出的承保範圍裁決的正式、合法途徑。

1. 您會在我們計劃即將終止為您承保護理的至少兩天前**收到書面通知**。該通知告訴您：
   - 我們終止為您承保護理的日期。
   - 如何申請快速跟蹤上訴以要求我們繼續為您延長護理承保。
2. **您或代表您行事的人士將需要簽署該書面通知，以表示您收到了通知。**簽署通知*僅*表示您已獲得有關您的保險何時終止的資訊。**簽署並不表示您同意**計劃終止護理的決定。

第 8.3 節 步驟說明：如何提出第 1 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

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

- **遵循程序。**
- **遵守截止期限。**
- **需要時請尋求幫助。**如果您在任何時候存有疑問或需要幫助，請致電會員服務部。您也可致電州健康保險援助計劃，該計劃是一個提供個人化援助的政府機構。

第 1 級上訴期間，品質改進機構審核您的上訴。它將裁定您的護理的結束日期在醫學上是否適當。

品質改進機構是一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療護理專家組成的團體，以核查和改進 Medicare 受保人獲得的護理品質。這包括審核計劃對何時終止承保某種醫療護理作出的決定。這些專家並不屬於我們的計劃。

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

如何聯絡該機構？

- 您收到的書面通知*（Medicare 不承保通知）*有該機構的聯絡方式。您也可在第 2 章中查閱您所在州的品質改進機構的名稱、地址和電話號碼。

儘快行動：

- 您必須聯絡品質改進機構開始上訴，時間不得晚於「Medicare 不承保通知」上所述**生效日期的前一天中午**。
- 如果您錯過截止期限，但仍想要提交上訴，您仍然擁有上訴權利。請聯絡您的品質改進機構。

第 2 步：品質改進機構將對您的個案進行獨立審核。

法律術語
詳細不承保說明。就終止承保原因提供詳細資訊的通知。

審核有哪些流程？

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

第 3 步：審核員會在獲得所有必需資訊後的一天時間內，告知您他們的裁決。

如果審核員批准會如何？

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

如果審核員拒絕會如何？

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

第 4 步：如果您的第 1 級上訴遭到拒絕，請決定是否希望再次提出上訴。

- 如果審核員*拒絕*您的第 1 級上訴，且您選擇在護理保險終止後繼續接受護理，則可提出第 2 級上訴。

第 8.4 節 步驟說明：如何提出第 2 級上訴，要求我們的計劃延長護理承保

第 2 級上訴期間，您要求品質改進機構再次審核他們對您的第一次上訴作出的決定。如果品質改進機構駁回您的第 2 級上訴，您可能須支付我們提出承保終止之日*後*的居家護理、專業護理機構護理或綜合門診康復機構 (CORF) 服務的全部費用。

第 1 步：再次聯絡品質改進機構，要求再次審核。

- 您必須在品質改進機構*拒絕*您的第 1 級上訴後 **60 天內**要求進行此審核。只有在您於護理承保終止之日後繼續接受護理的情況下，方可要求進行此審核。

第 2 步：品質改進機構會第二次審核您的情況。

- 品質改進機構的審核員將再次仔細查閱上訴的所有相關資訊。

第 3 步：審核員將在收到您上訴請求後的 14 天內就您的上訴作出裁決，並通知您。

如果審核機構批准會如何？

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

如果審核機構拒絕會如何？

- 這意味著他們同意對您的第 1 級上訴作出的決定。
- 您收到的通知將以書面形式說明，如果您希望繼續審核程序該如何去做。其中將向您詳細介紹如何繼續下一級上訴，此上訴由行政法官或審裁員處理。

第 4 步：如遭到拒絕，您需要決定是否希望再次提出上訴。

- 第 2 級後仍有三個級別，共五個上訴級別。如果您想進行第 3 級上訴，請查閱您在第 2 級上訴裁決後收到的書面通知，瞭解如何執行此操作。
- 第 3 級上訴由行政法官或審裁員處理。本章第 9 節介紹了上訴程序第 3、4 和 5 級的詳細資訊。

第 9 節 將您的上訴升級至第 3 級及以上

第 9.1 節 醫療服務請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

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

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

第 3 級上訴	**為聯邦政府效力的行政法官或審裁員**將審核您的上訴並給予答覆。

- **如果行政法官或審裁員同意您的上訴，上訴程序*可能會也可能不會*結束。**與第 2 級上訴的裁決不同，我們有權對您勝訴的第 3 級裁決提出上訴。如果我們決定上訴，將進入第 4 級上訴。
  - 如果我們決定*不*上訴，則必須在接到行政法官或審裁員的裁決後 60 天內為您核准或提供醫療護理。
  - 如果我們決定對裁決提出上訴，將向您發出第 4 級上訴請求及任何隨附文件的副本。我們可等待接到第 4 級上訴裁決後，再核准或提供存在爭議的醫療護理。
- **如果行政法官或審裁員拒絕您的上訴，上訴程序*可能會也可能不會*結束。**
  - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
  - 如果您不願接受裁決，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知會告訴您該如何提出第 4 級上訴。

第 4 級上訴	**Medicare 上訴委員會**（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。該委員會效力於聯邦政府。

- **如果獲得批准，或委員會拒絕我們要求審核您勝訴的第 3 級上訴裁決的請求，上訴程序*可能會也可能不會*結束。**與第 2 級上訴的裁決不同，我們有權對您勝訴的第 4 級上訴裁決提出上訴。我們將決定是否要將此裁決上訴至第 5 級。
  - 如果我們決定*不*對裁決提出上訴，則必須在接到委員會的裁決後 60 天內為您核准或提供醫療護理。
  - 如果我們決定對裁決提出上訴，我們將以書面形式通知您。
- **如果遭到拒絕或委員會拒絕審核請求，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
  - 如果您不願接受裁決，或可繼續下一級審核程序。如果上訴委員會拒絕您的上訴，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級，以及如何上訴至第 5 級。

第 5 級上訴	一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

- 法官會審核所有資訊，並就*批准*還是*拒絕*您的請求作出決定。這是最終答覆。聯邦地方法院之後再無上訴級別。

第 9.2 節 D 部分藥物請求的第 3、4 及 5 級上訴

本節適用於已提出第 1 級上訴及第 2 級上訴，但均遭到駁回的情況。

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

大多數上訴情況下，後三級上訴的程序大致相同。以下為負責審核各級上訴的人士。

第 3 級上訴	**為聯邦政府效力的行政法官或審裁員**將審核您的上訴並給予答覆。

- **如果批准，則上訴程序結束。**我們必須在收到該裁決後的 **72 小時內（加急上訴為 24 小時）核准或提供**行政法官所或審裁員核准的**藥物承保，或不晚於 30 天進行付款**。
- **如果遭到拒絕，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
  - 如果您不願接受裁決，則可繼續下一級審核程序。您收到的通知會告訴您該如何提出第 4 級上訴。

第 4 級上訴	**Medicare 上訴委員會**（委員會）將審核您的上訴並給予答覆。該委員會效力於聯邦政府。

- **如果批准，則上訴程序結束。**我們必須在收到該裁決後的 **72 小時內（加急上訴為 24 小時）批准或提供**委員會所批准的**藥物承保，或不晚於 30 個曆日進行付款**。
- **如果遭到拒絕，上訴程序*可能會*也*可能不會*結束。**
  - 如果您決定接受駁回您上訴的裁決，上訴程序則告結束。
  - 如果您不願接受裁決，或可繼續下一級審核程序。如果委員會拒絕您的上訴或拒絕您的上訴審核請求，您收到的通知將說明相關規則是否允許您繼續上訴至第 5 級。書面通知也會提供聯絡人及如選擇繼續上訴該如何處理的資訊。

第 5 級上訴	一位**聯邦地方法院**的法官將審核您的上訴。

- 法官會審核所有資訊，並就*批准*還是*拒絕*您的請求作出決定。這是最終答覆。聯邦地方法院之後再無上訴級別。

提出投訴

第 10 節 如何就護理品質、等待時間、客戶服務或其他事宜提出投訴

第 10.1 節 投訴程序處理哪些類型的問題？

投訴程序*僅*適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及客戶服務的相關問題。以下為投訴程序所處理的各種問題範例。

投訴	範例
您的醫療護理品質	• 您是否對所獲醫療護理品質（包括住院護理服務）感到不滿意？
尊重您的隱私	• 是否有人不尊重您的隱私權或分享關於您的機密資訊？
未受到尊重、客戶服務不佳或其他不良行為	• 是否有人對您無禮或不尊重？ • 您是否對我們會員服務部不滿意？ • 您是否覺得自己被迫退出計劃？
等待時間	• 經常很難約到醫生或等很久才能約到？ • 我們的醫生、藥劑師或其他醫療專業人員曾經讓您等太久？或者計劃的會員服務部或其他職員曾讓您等太久？ ○ 例如在電話中、候診室、健診室或取處方曾經等候太久。
清潔度	• 您是否對某個診所、醫院或醫生診室的清潔度或條件感到不滿？
我們為您提供的資訊	• 我們是否沒有給您發送必要的通知？ • 我們的書面資訊是否難以理解？
時效性 （這類投訴都與我們是否*及時*作出承保範圍裁決及處理上訴有關）	如果您要求承保範圍裁決或提出上訴，而您認為我們未儘快回覆，您可就我們的緩慢行動提出投訴。範例如下： • 您已經要求我們進行「快速承保範圍裁決」或「快速上訴」，而我們對您說無法做到時，您可提出投訴。 • 如果您認為我們未遵守承保範圍裁決或上訴的截止期限規定，此時您可提出投訴。 • 您認為我們無法在截止期限之前為您承保或報銷某些獲核准的醫療用品、服務或藥物，您可提出投訴。 • 您認為我們未能遵守要求的截止期限將您的個案轉交至獨立審核機構，您可以提出投訴。

第 10.2 節 如何提出投訴

法律術語
• **投訴**也稱為**申訴**。 • **提出投訴**也稱為**提出申訴**。 • **採用投訴程序**也稱為**採用提出申訴的程序**。 • **快速投訴**也稱為**加急申訴**。

第 10.3 節 步驟說明：提出投訴

第 1 步：請立即致電或寫信聯絡我們。

- **一般情況下，請先致電會員服務部。**如需採取任何行動，會員服務部將會告知您。
- **如果不願致電（或已致電，但並不滿意），可書面列明投訴事項後寄送給我們。**如果您進行書面投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。
- 會員服務部的號碼是 1-800-559-3500，TTY 711。10 月 1 日至 3 月 31 日期間，我們的服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
- 提出投訴的**截止期限**是從您遇到要投訴的問題算起的 60 個曆日內。

第 2 步：我們將調查您的投訴並給予答覆。

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

第 10.4 節 您也可向品質改進機構提出護理品質方面的投訴

當您對*護理品質*提出投訴時，也有兩種選擇：

- **您可直接向品質改進機構提出投訴。**品質改進機構是一個由聯邦政府資助的執業醫生及其他醫療護理專家團體，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。第 2 章提供了聯絡資訊。

或

- 您也可同時向品質改進機構和我們提出投訴。

第 10.5 節 您可將您的投訴告訴 Medicare

您可直接向 Medicare 提出有關 SCAN Balance 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請前往 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。您亦可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 人士可致電 1-877-486-2048。

第 10 章：

終止計劃會員資格

第 1 節 終止計劃會員資格的簡介

終止在 SCAN Balance 享有的會員資格可為**自願性**（您自己的選擇）或**非自願性**（並非您自己的選擇）：

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

如要退出我們的計劃，我們的計劃必須繼續為您提供醫療護理和處方藥，並且您將繼續支付您的分攤費用，直至會員資格終止。

第 2 節 您何時能終止計劃會員資格？

第 2.1 節 您可在年度參保期期間終止您的會員資格

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

- **年度參保期**為 **10** 月 **15** 日至 **12** 月 **7** 日。
- **選擇繼續使用當前的保險或變更來年的保險。**如果您決定更改為新計劃，可選擇以下任何類型的計劃：
  - 另一項附帶或不附帶處方藥保險的 Medicare 保健計劃，
  - *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare，
  - -- *或* -- *不*附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
    - 如果您選擇此選項，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

  註：如果您退出 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的處方藥保險，則當您之後加入 Medicare 藥物計劃時，可能需要支付 D 部分逾期參保罰金。
- **您在我們計劃的會員資格將**於 1 月 1 日新計劃保險開始時**終止**。

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

您可在 **Medicare Advantage 開放參保期**對您的健康保險作出*一項*更改。

- **Medicare Advantage 年度開放參保期為** 1 月 1 日至 3 月 31 日，對於參保了 MA 計劃的 Medicare 新受益人而言，還包括從符合 A 部分和 B 部分資格之月起至符合資格後第 3 個月的最後一天。
- **在 Medicare Advantage 年度開放參保期內**，您可以：
  - 轉至其他附帶或不附帶處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃。
  - 退出我們的計劃並透過 Original Medicare 獲得保險。如果您選擇在此期間轉至 Original Medicare，您也可以在此期間加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。
- **您的會員資格將在**您參與了其他 Medicare Advantage 計劃或我們收到您轉至 Original Medicare 計劃的請求後下個月第一天**終止**。如果您也選擇參保 Medicare 處方藥計劃，您的藥物計劃會員資格將在藥物計劃收到您的參保請求後下個月第一天開始。

第 2.3 節 在某些情況下，您可在特殊參保期終止會員資格

在某些情況下，SCAN Balance 會員有權在年內的其他時間終止其會員資格。這稱為「**特殊參保期**」。

如果您符合以下任意一種情況，**您可在特殊參保期終止會員資格**。以下僅為範例，如需完整清單請聯絡本計劃、致電 Medicare 或瀏覽其網站 (www.medicare.gov)：

- 通常在您搬遷至其他地區時
- 如果您有 Medi-Cal (Medicaid)
- 如果您符合「額外補助」的資格以支付您的 Medicare 處方藥
- 如果我們違反與您簽署的合約
- 如果您在療養院或長期護理 (LTC) 醫院等機構接受護理
- 如果您參與老人綜合護理計劃 (PACE)
- **註：**如果您已參加藥物管理計劃，您可能無法更改計劃。第 5 章第 10 節詳細介紹了藥物管理計劃。

參保期因您的情況**而有所不同**。

如要瞭解您是否符合特殊參保期的資格，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。如果您因特殊情況可終止會員資格，您可選擇同時更改 Medicare 健康保險及處方藥保險。
您可以選擇：

- 另一項附帶或不附帶處方藥保險的 Medicare 保健計劃，
- *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare，
- -- *或* -- *不*附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。

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

您的會員資格通常將在我們收到您更改計劃的請求後下個月第一天**終止**。

如果您接受 Medicare 的「額外補助」來支付處方藥費用：如果您轉至 Original Medicare 且未參保單獨的 Medicare 處方藥計劃，則 Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您選擇退出自動參保。

第 2.4 節 如何獲得有關何時可終止會員資格的更多資訊？

如果您對終止會員資格有任何疑問，您可以：

- **致電會員服務部。**
- 您可在《**Medicare 與您 2025**》手冊中查閱資訊。
- 致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare**，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天 (TTY 1-877-486-2048)。

第 3 節 如何終止計劃會員資格？

下表介紹了如何終止計劃會員資格。

如果您希望從我們的計劃轉至：	您應該：
• 參加其他 Medicare 保健計劃。	• 參加新的 Medicare 保健計劃。 • 您的新計劃保險開始時，您將自動退出 SCAN Balance。
• *附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。	• 參加新的 Medicare 處方藥計劃。 • 您的新計劃保險開始時，您將自動退出 SCAN Balance。
• *不附帶*單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。	• **向我們寄送書面退保請求。**如果您需要有關如何操作的更多資訊，請聯絡會員服務部。 • 您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 **Medicare** 要求退保，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。 • 您的 Original Medicare 保險開始時，您將退出 SCAN Balance。

第 4 節 會員資格終止前，您必須繼續透過我們的計劃接受醫療用品和藥物

在您的會員資格終止和新的 Medicare 保險開始之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療服務、用品和處方藥。

- **繼續使用我們的網絡內服務提供者獲取醫療護理。**
- **繼續使用我們的網絡內藥房或郵購來配取處方藥。**
- **如果您在會員資格終止之日住院，我們的計劃將為您承保住院，直至您出院**（即便您在新健康保險開始後出院）。

第 5 節 在特定情況下，SCAN Balance 必須終止您的計劃會員資格

第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？

如發生以下任何情況，SCAN Balance 必須終止您的計劃會員資格：

- 您不再擁有 Medicare A 部分和 B 部分。
- 您離開我們的服務區域。
- 您離開我們的服務區域超過六個月。
  - 如果您搬遷或進行長途旅行，請致電會員服務部，確定搬遷或旅行目的地是否在我們的計劃區域內。
- 您不符合本計劃的特殊資格要求。
  - 您將在不再患有至少一種以下病症後的 60 天內退出 SCAN Balance：糖尿病、慢性或充血性心臟衰竭、心律不整、慢性靜脈血栓栓塞症、冠狀動脈疾病或周邊血管疾病。
  - 您不再患有符合資格的疾病，或我們無法向您的服務提供者確認您的符合資格的疾病。
- 您被捕入獄。
- 您不再是美國公民或在美國非法居留。
- 您在關於擁有其他處方藥保險方面說謊或有所隱瞞
- 您在參加我們的計劃時故意提供錯誤資訊，而該資訊影響您參加計劃的資格。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
- 您的行為持續干擾及阻礙我們為您與計劃其他會員提供醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
- 您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療護理。（除非事先獲得 Medicare 許可，否則我們不能因此讓您退出計劃。）
  - 如果我們因此終止您的會員資格，Medicare 可能會讓監察長調查您的個案。
- 您未支付計劃保費達三個月。

- 如果您因為收入的關係而需要支付額外的 D 部分金額，但您並未支付該金額，則 Medicare 會將您自我們的計劃退保，且您將會喪失處方藥保險。

如何獲得詳細資訊？

如果您存有任何疑問或希望詳細瞭解我們何時可終止您的會員資格，請致電會員服務部。

第 5.2 節 我們不能因任何健康相關原因要求您退出計劃，除非您不再有參保 SCAN Balance 所需的病症。

在大多數情況下，SCAN Balance 不能因任何健康相關原因要求您退出計劃。唯一允許我們這樣做的情況是，如果您不再患有參保 SCAN Balance 所需的病症。

如果發生此情況，該怎麼辦？

如果您認為被要求退出我們的計劃是出於健康相關原因，應致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每天 24 小時，每週 7 天。(TTY 1-877-486-2048)。

第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，您有權提出投訴

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

第 11 章：

法律通知

第 1 節 有關管轄法律的通知

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

第 2 節 有關非歧視的通知

我們不會因種族、族群、原國籍、膚色、宗教、性別、性別認同、年齡、性取向、身心殘障、健康狀況、理賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或在服務區域內的地理位置而**歧視**任何人。所有提供 Medicare Advantage 計劃的機構，如我們的計劃，必須遵守有關反對歧視的聯邦法律，包括 1964 年《民權法》第六條、1973 年《康復法》、1975 年《年齡歧視法》、《美國殘疾人法》、《平價醫療法案》第 1557 條、適用於聯邦資助機構的所有其他法律及因任何其他原因適用的任何其他法律與規則。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此存有疑問，請致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 聯絡衛生與公眾服務部**民權辦公室**，或致電您當地的民權辦公室。您還可以查看來自衛生與公眾服務部民權辦公室的資訊，網址為 https://www.hhs.gov/ocr/index.html。

如果您身體殘障，需要護理幫助，請致電會員服務部聯絡我們。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

第 3 節 有關以 Medicare 作為次要付費者的代位求償權通知

對於 Medicare 不是主要付費者的承保 Medicare 服務，我們有權利和責任收取費用。根據 CMS 法規 42 CFR 的第 422.108 和 423.462 節，SCAN Balance 作為 Medicare Advantage 組織，將行使部長依據 42 CFR 第 411 部分子部分 B 至 D 中的 CMS 法規所行使的相同追償權，而且本節中設立的法規取代任何州法律。

第 4 節 約束性仲裁

新加入 SCAN Health Plan 且保險在 2008 年 3 月 1 日或之後生效的會員，將會收到參保後的相關材料，其中包含他們可以用於選擇不接受約束性仲裁的「仲裁退出卡」。這些會員有機會在申請加入 SCAN Health Plan 之日後的 60 日內，根據卡上的指示將「仲裁退出卡」退還給 SCAN Health Plan，選擇不接受約束性仲裁。
下述是對約束性仲裁的說明，適用於以下會員：

- 參保生效日期在 2008 年 3 月 1 日之前的所有 SCAN Health Plan 會員；以及
- 參保生效日期在 2008 年 3 月 1 日或之後，且在參保時未透過提交其參保後材料中包含的「仲裁退出卡」明確表示不接受約束性仲裁程序的所有 SCAN Health Plan 會員。
- 對於受到「約束性仲裁」條款約束的所有理賠，申訴人和答辯人（見下文定義）均放棄訴諸陪審團或庭審之權利，並同意使用約束性仲裁。在此「約束性仲裁」條款適用於 SCAN Health Plan 方（見下文定義）提出的理賠的情況下，該等條款同時透過追溯性效力適用於

在本《承保範圍說明書》生效日期之前發生的所有未解決理賠。此類追溯性應用僅對 SCAN Health Plan 方有約束力。

仲裁適用範圍

在符合以下所有要求的情況下，任何爭議應向約束性仲裁機構提交：

- 理賠乃因涉嫌違反由本《承保範圍說明書》或會員方（見下文定義）與 SCAN Health Plan 之間關係而產生的任何附帶、衍生或相關責任而引致，包括就醫療或醫院不當行為（聲稱該醫療服務是不必要或未經授權的，或提供服務的方式不適當、存在疏失或不完整）、場所責任提出的理賠，或與服務的承保或提供有關的理賠，無論提出理賠所依據的法律理論為何。
- 理賠乃由會員的一方或多方針對 SCAN Health Plan 的一方或多方提出，或 SCAN Health Plan 的一方或多方針對會員的一方或多方提出。
- 理賠不屬於小額理賠法庭的司法管轄範圍。
- 理賠無需遵從 Medicare 上訴程序。

本「約束性仲裁」條款中所指「會員方」包括：

- 會員。
- 會員的繼承人、親屬或個人代表。
- 聲稱因會員與 SCAN Health Plan 的一方或多方之間的關係而導致計劃對其負有責任的任何個人。

「SCAN Health Plan 方」包括：

- SCAN Health Plan。
- SCAN 集團及其任何子公司。
- 上述任何實體的任何雇員或代理。

「申訴人」指提出上述理賠的會員方或 SCAN Health Plan 方。「答辯人」指被提出上述理賠的會員方或 SCAN Health Plan 方。

由 JAMS 管理的仲裁

申訴人應將受到約束性仲裁規則約束的任何爭議向 JAMS（司法仲裁調停服務公司，一個提供仲裁服務的組織）提交，從而在一位仲裁員面前透過具有終局性和約束力的仲裁解決爭議。任何此類爭議將不會透過法律訴訟或訴諸法庭程序進行解決，除非加州法律規定對仲裁程序進行司法覆核。

申訴人應透過向 JAMS 提交仲裁令狀提請仲裁。如要提交仲裁令狀，請透過下文提供的電話號碼或電子郵件地址聯絡 JAMS。

仲裁令狀應包括：向答辯人提出理賠的理由；申訴人在仲裁中索償的金額；申訴人及其律師（如有）的姓名、地址和電話號碼；以及所有答辯人的姓名。申訴人應在仲裁令狀中包括基於相同事件、事務或相關情況向答辯人提出的所有理賠要求。

JAMS 將根據 JAMS 綜合仲裁規則與程序執行仲裁管理。申訴人與答辯人將盡力在仲裁員的任命上達成一致意見。但若在仲裁令狀提起之日後的三十 (30) 日內未能達成一致意見，將採用 JAMS 綜合仲裁規則和程序中的仲裁員任命程序。

仲裁聽證會將在加州洛杉磯或申訴人和答辯人雙方書面同意的其他地點舉行。根據加州法律和《加州民事訴訟法典》的規定，仲裁中可能會使用民事證據開示。任命的仲裁員將有權控制使用證據開示的時間、範圍以及方式。仲裁員有權強制雙方執行各自在證據開示上的義務，包括但不限於實施制裁，在這一點上其權力與加州高等法院相同。仲裁員有權准予加州法律規定的所有補救方案。

仲裁員將出具一份書面裁決書，載明所作裁決之法律和事實根據。裁決書將包括雙方各項訴訟費用的分攤。約束性仲裁的規定將不影響任一方向具有司法管轄權的法庭申請臨時限制令或預先禁令或其他臨時性補救方案。但是，一切理賠或訴因（包括但不限於尋求損害賠償）將需遵從本文所述的約束性仲裁規則。聯邦仲裁法 (9 U.S.C. §§ 1—16) 將適用於本仲裁規則。

若您對提請約束性仲裁有任何疑問，請撥打 1-800-352-5267 或透過線上瀏覽 www.jamsadr.com 聯絡 JAMS。

第 12 章：

重要辭彙的定義

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

年度參保期 — 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日，允許會員變更其健康或藥物計劃或轉至 Original Medicare 的時期。

上訴 — 上訴指您在對拒絕保健服務或處方藥承保請求，或對支付您已獲得的服務或藥物費用的裁決存有異議時採取的措施。如果您對終止您正在接受的服務的裁決存有異議，也可提出上訴。

差額費用 — 服務提供者（如醫生或醫院）為患者開出的帳單超出了計劃允許的分攤費用。作為 SCAN Balance 的會員，您獲取我們的計劃所承保的服務時，只須支付計劃的分攤費用。我們不允許服務提供者開出**差額費用**，或向您收取超出計劃所載的應付分攤費用的款項。

受益期 — Original Medicare 衡量您使用醫院和專業護理機構 (SNF) 服務的方式。受益期從您住進醫院或專業護理機構的那天開始算起。受益期到您連續 60 天未接受任何住院治療（或 SNF 的專業護理）之時結束。如果您在一個受益期結束後住進醫院或專業護理機構，則會開始一個新的受益期。受益期的數量沒有限制。

生物製品 — 由天然活體（如動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等）製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物仿製藥。（另請參閱**「原研生物製品」和「生物仿製藥」**）。

生物仿製藥 — 與原研生物製品非常相似但不完全相同的生物製品。生物仿製藥與原研生物製品一樣安全且有效。藥房無需新處方即可用某些生物仿製藥替代原研生物製品（請參閱**「可互換生物仿製藥」**）。

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

重大傷病承保階段 — D 部分藥物福利階段從您（或其他符合資格代表您行事的人士）在承保年度內為您的 D 部分承保藥物支付了 $2,000 後開始。在此付款階段期間，您無需為承保 D 部分藥物支付任何費用。

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) — 管理 Medicare 的聯邦機構。

慢性護理特殊需要計劃 — C-SNP 是僅限患有 42 CFR 422.2 中所載的一種或多種嚴重或致殘慢性病的 MA 合資格個人參保的 SNP，包括根據 42 CFR 422.4(a)(1)(iv) 中規定的多種常見共病和臨床相關病症分組來限制參保。

共同保險 — 可能需要您就服務或處方藥支付應承擔費用的金額，用百分比表示（例如 20%）。

投訴 — 提出投訴的正式名稱為**提出申訴**。投訴程序*僅*適用於若干類型的問題。這包括護理品質、等待時間及您獲得的客戶服務的相關問題。如果您的計劃未遵循上訴程序中的時間，它還包括投訴。

調配藥物/調配 — 通常，調配是一種由持照藥劑師、持照醫生或外包機構中受持照藥劑師監督之人士結合、混合或改變藥物成分，以根據患者的個人需求為其量身定製藥物的做法。

綜合門診康復機構 (CORF) — 主要提供疾病或傷害康復服務的機構，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療、言語病理學服務及家庭環境評估服務。

共付額 — 可能需要您就醫療服務或用品（如醫生看診、醫院門診就醫或處方藥）支付應承擔費用的金額。共付額是一個固定金額（例如 $10），而不是百分比。

分攤費用 — 分攤費用指會員獲得服務或藥物時須支付的費用。分攤費用包括以下三種付款的任意組合：(1) 計劃在承保服務或藥物前可能徵收的任何自付額；(2) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何固定共付額；或 (3) 計劃要求在獲得特定服務或藥物時支付的任何共同保險金額，服務或藥物總費用的特定百分比。

分攤費用等級 — 承保藥物清單上的每種藥物皆屬於五種分攤費用等級的其中一種。通常，分攤費用的等級越高，您藥物的費用就越高。

承保範圍裁決 — 關於為您開立之處方藥是否由計劃承保的決定，以及您須就該處方藥支付之金額（若有）的決定。通常，如果您攜帶處方至藥房，而該藥房告知您該處方不由您的計劃承保，這並不是承保範圍裁決。您需要致電或寫信給您的計劃，才可要求對於承保範圍作出正式的裁決。承保裁決在本文件中稱為**承保範圍裁決**。

承保藥物 — 我們的計劃承保的所有處方藥的總稱。

承保服務 — 我們的計劃承保的所有保健服務及用品的總稱。

有信譽度的處方藥保險 — 預計須支付的保險通常至少相當於 Medicare 標準處方藥保險的處方藥保險（例如雇主或團體提供）。符合 Medicare 資格時擁有此類保險的人士，如果決定稍後參加 Medicare 處方藥保險，一般可保留該保險，而無需支付罰金。

看護 — 看護是您不需要專業醫療護理或專業護理照護時在療養院、善終護理機構或其他機構中提供的個人護理。看護是指可由不具備專業技能或訓練的人士提供的個人護理，如協助沐浴、穿衣、就餐、上/下床或椅子、行走和使用衛生間等日常生活活動。它還可包括大多數人可自行完成的醫療相關護理，如使用滴眼液。Medicare 不會為看護付款。

每日分攤費用 — 當醫生為您開的某種處方藥少於一個月的份量，並且您需要支付共付額時，可能適用每日分攤費用。每日分攤費用是指共付額除以一個月份量的天數所得到的費用。舉例如下：如果某種藥物一個月份量的共付額為 $30，您的計劃中一個月份量為 30 天的份量，那麼您的每日分攤費用為每天 $1。

自付額 — 在計劃開始支付您的醫療護理或處方藥費用前，您必須支付的金額。

退出或**退保** — 終止計劃會員資格的程序。

配藥費 — 每次配發承保藥物時收取的費用，用來支付配藥的成本，例如藥劑師準備與包裝處方藥的時間。

雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP) — D-SNP 允許有權參保 Medicare（《社會保障法》第十八條）和 Medicaid 下的州醫療補助計劃（第十九條）的個人參保。各州承保某些 Medicare 費用，具體取決於州和個人的資格。

耐用醫療設備 (DME) — 您的醫生出於醫療原因而訂購的特定醫療設備。例如助行器、輪椅、枴杖、電動床墊系統、糖尿病用品、靜脈輸液幫浦、語音生成設備、氧氣設備、霧化器或服務提供者訂購用於家庭的醫院病床。

緊急情況 — 醫療緊急情況是您或任何其他具備健康和醫學常識的謹慎外行人認為您出現急需醫療照護以防失去生命（如果您是孕婦，則會失去未出生的胎兒）、肢體缺損或肢體功能喪失、或身體功能喪失或嚴重受損的醫療症狀。醫療症狀可以是疾病、損傷、劇痛或快速惡化的病症。

緊急醫療護理 — 承保以下服務：1) 由具備提供緊急服務資格的服務提供者提供；和 2) 需治療、評估或穩定緊急醫療情況。

承保範圍說明書 (EOC) 及披露資訊 — 本文件連同您的參保表及任何其他附件、附則或所選的其他可選保險，這些內容均用於介紹您的保險、我們的責任、您的權利及您作為計劃會員的責任。

例外處理 — 一種承保範圍裁決的類型，如果獲得批准，將可允許您取得我們處方藥一覽表外的藥物（處方藥一覽表例外處理），或是以更低的分攤費用等級取得非首選藥物（等級例外處理）。如果我們的計劃要求您在取得您所要求的藥物前先嘗試另一種藥物，或者我們計劃規定某種藥物需要事先授權而您希望我們免除該條件限制，或者當我們的計劃限制了您所要求之藥物的數量或劑量時，您也可以請求例外處理（處方藥一覽表例外處理）。

「額外補助」 — 一項 Medicare 計劃，專門幫助收入及資源有限的人士，支付 Medicare 處方藥計劃費用（如保費、自付額和共付額）。

普通藥 — 一種由食品藥物管理局 (FDA) 批准的處方藥，具有和品牌藥相同的活性成份。通常，普通藥和品牌藥的藥效相同，並且費用較低。

申訴 — 您對我們的計劃、服務提供者或藥房提出的一種投訴，包括有關護理品質的投訴。這不涉及承保或付款爭議。

居家健康助理 — 可提供不需要持牌護士或治療師技能的服務的人員，如協助個人護理（例如沐浴、如廁、穿衣或進行規定性練習）。

善終護理 — 為經醫學證明患有絕症（表示在世剩餘時間不超過 6 個月）的會員提供特殊治療的福利。我們的計劃必須為您提供您所在地理區域的善終服務清單。若您選擇善終服務並繼續支付保費，則您仍然是我們計劃的會員。您仍可以獲得我們提供的所有醫療必需的服務以及補充福利。

住院 — 當您被正式批准入院接受專業醫療服務時住院。即使您在醫院過夜，您可能仍會被視為門診患者。

按收入每月調整保費 (IRMAA) — 如果您 2 年前的 IRS 納稅申報表上的調整後總收入超過一定的金額，您將需要支付標準保費金額和一筆按收入每月調整保費（也稱為 IRMAA）。IRMAA 是額外收取的費用，將追加到您的保費中。受影響的 Medicare 受保人員不超過 5%，所以大部分人無需支付更高的保費。

獨立執業醫師協會 (IPA) — 一個由醫生和其他醫療服務提供者組成的獨立團體，根據簽訂的合約為 SCAN Health Plan 的會員提供服務。

初始承保階段 — 這是一個您在本年的自付費用達到自付費用限額金額前的階段。

首次參保期 — 您第一次有資格參加 Medicare 的時間，在此期間內，您可註冊加入 Medicare A 部分和 B 部分。如果您年滿 65 歲時有資格參加 Medicare，您的首次參保期為 7 個月，從您年滿 65 歲當月的前 3 個月開始計算（包括您年滿 65 歲當月）及年滿 65 歲當月的後 3 個月。

機構性等效特殊需求計劃 (SNP) — 一項計劃，接受居住在社區之符合資格的人士參加，但需要具有機構護理級別（由州政府評估）。該評估必須使用相同的各州級護理級別評估工具來進行，並由非提供該計劃之機構的單位執行。此類的特殊需求計劃在必要時，可能會限制居住在簽有合約之輔助生活機構 (ALF) 的個人參保，以確保提供統一的專門護理。

機構性特殊需求計劃 (SNP) — 一項計劃，接受持續居住或預計持續居住在長期護理 (LTC) 機構達到 90 天或以上之符合資格的個人參加。這些機構可能包括專業護理機構 (SNF)、護理機構 (NF)、(SNF/NF)、智障人士中度護理機構 (ICF/IID)、精神科住院機構和/或經 CMS 核准且提供 Medicare A 部分、Medicare B 部分或 Medicaid 醫療補助承保的類似長期醫療保健服務的機構；並且其居住者的需求和醫療保健狀況與其他指定的機構類型相似。機構性特殊需求計劃必須與該特定的 LTC 機構簽訂合約（或由該計劃所有並營運）。

可互換生物仿製藥 — 一種生物仿製藥，可在藥房用作原研生物製品的替代藥物，而無需新處方，因為它符合與自動替代潛力相關的額外要求。藥房自動替代受州法律約束。

承保藥物清單（處方藥一覽表或藥物清單） — 一份計劃承保之處方藥的清單。

低收入補貼 (LIS) — 請參閱「額外補助」。

製造商折扣計劃 — 根據該計劃，藥物製造商會為承保 D 部分品牌藥和生物製品支付計劃全額費用的一部分費用。折扣根據聯邦政府和藥物製造商之間的協議決定。

最高自付費用 — 您在一年內就網絡內承保 A 部分和 B 部分服務支付的最高自付費用。您為處方藥支付的金額不計入最高自付費用金額。

Medi-Cal (Medicaid)（或醫療補助） — 一項聯邦與州的聯合計劃，旨在幫助某些收入及資產有限的人士支付醫療費用。州 Medi-Cal (Medicaid) 計劃有所不同，但如果您同時符合 Medicare 和 Medi-Cal (Medicaid) 資格，則可承保大多數醫療保健費用。

醫療團體 — 保健計劃為照管其會員而聘用的一組醫生、醫院、藥房及其他醫療保健專家。請參閱第 3 章第 1.1 節瞭解更多資訊。

醫學上認可的適應症 — 一種由美國食品藥物管理局批准，或由某些參考書籍（例如 American Hospital Formulary Service Drug Information 和 Micromedex DRUGDEX Information system）提供支持的藥物用途。

醫療必需 — 預防、診斷或治療您的病症所需且符合良好醫療實踐標準的服務、用品或藥物。

Medicare — 適用於 65 歲或以上人士、部分 65 歲以下特定殘障人士及患有晚期腎病的人士（一般指患有永久性腎衰竭，須進行透析或腎臟移植的人士）的聯邦健康保險計劃。

Medicare Advantage (MA) 計劃 — 有時稱為 Medicare C 部分，由一間與 Medicare 簽約的私營公司提供的計劃，為您提供所有 Medicare A 部分和 B 部分福利。Medicare Advantage 計劃可為 i) HMO；ii) PPO；iii) 私人按服務收費 (PFFS) 計劃或 iv) Medicare 醫療儲蓄帳戶 (MSA) 計劃。除

了從這些類型的計劃中進行選擇外，Medicare Advantage HMO 或 PPO 計劃也可以是特殊需求計劃 (SNP)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃也提供 Medicare D 部分（處方藥保險）。這些計劃也稱為**附帶處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃**。

Medicare Advantage 開放參保期 — 1 月 1 日至 3 月 31 日，在此時期內，Medicare Advantage 計劃的會員可撤銷其計劃參保並轉至其他 Medicare Advantage 計劃，或透過 Original Medicare 獲得承保。如果您選擇在此期間轉至 Original Medicare，您也可以在此期間加入單獨的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放參保期也適用於個人首次符合 Medicare 資格後的 3 個月。

Medicare 節省計劃 — Medicare 節省計劃是一項由健康維護組織 (HMO) 或競爭醫療計劃 (CMP) 根據法案第 1876(h) 條下的費用報銷合約經營的計劃。

Medicare 承保服務 — Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 保健計劃必須承保 Medicare A 部分和 B 部分所承保的所有服務。術語「Medicare 承保服務」不包括附加福利，如 Medicare Advantage 計劃可能提供的視力、牙科或聽力服務。

Medicare 保健計劃 — Medicare 保健計劃是由與 Medicare 簽約的私營公司提供的，為參與計劃的人士提供 Medicare 保健計劃 A 部分和 B 部分福利。此術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare 節省計劃、特殊需求計劃、演示/試點計劃和老人綜合護理計劃 (PACE)。

Medicare 處方藥保險（Medicare D 部分） — 幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製劑及 Medicare A 部分或 B 部分不承保的部分用品費用的保險。

Medigap（Medicare 補充保險）保單 — 由私營保險公司銷售，用於填補 Original Medicare *缺口*的 Medicare 補充保險。Medigap 保單僅適用於 Original Medicare。（Medicare Advantage 計劃並非 Medigap 保單。）

會員（我們計劃的會員或計劃會員） — 享有 Medicare、有資格獲得承保服務、已參保我們的計劃且其參保經 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 確認的人士。

會員服務部 — 我們計劃內部的一個部門，負責解答有關會員資格、福利、申訴及上訴的問題。

網絡 — 保健計劃為照管其會員而聘用的一組醫生、醫院、藥房及其他健康護理專家。請參閱第 3 章第 1.1 節瞭解更多資訊。

網絡內藥房 — 網絡內藥房是一間能夠讓我們計劃的會員取得其處方藥福利的藥房。在大多數情況下，您的處方藥僅在我們的網絡內藥房配取時才獲承保。

網絡內服務提供者 — **提供者**是醫生、其他醫療保健專業人員、醫院以及經 Medicare 及州許可或認證提供醫療保健服務的其他醫療保健機構的統稱。**網絡內服務提供者**與我們的計劃簽訂協定，以我們的付款作為全額付款，且在有些情況下，為會員協定並提供承保服務。網絡內服務提供者也稱為**計劃服務提供者**。

可選補充福利 — 可以額外保費購買且未包括在您的福利待遇內的非 Medicare 承保福利。您必須自願選擇可選補充福利方可獲取這些福利。

機構裁決 — 在計劃對是否承保用品或服務，或您須為承保用品或服務支付多少費用作出決定時，則是作出了裁決。機構裁決在本文件中稱為承保範圍裁決。

原研生物製品 — 一種已獲得食品藥物管理局 (FDA) 批准的生物製品，可作為製造生物仿製藥版本的製造商的對照品。它有時也稱為參照產品。

Original Medicare（傳統 Medicare 或按服務收費的 Medicare） — Original Medicare 由政府提供，並非 Medicare Advantage 計劃及處方藥計劃等私人健康保險計劃。在 Original Medicare 下，可透過向醫生、醫院及其他保健服務提供者支付國會指定的費用，獲承保 Medicare 服務。您可向接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他保健服務提供者求診。您必須支付自付額。Medicare 支付應承擔的 Medicare 批准費用，而您支付您應承擔的費用。Original Medicare 分為兩部分：A 部分（住院保險）和 B 部分（醫療保險），在全美均有提供。

網絡外藥房 — 未和我們計劃簽約來協調或提供承保藥物給我們計劃會員的藥房。大多數您從網絡外藥房取得的藥物不由我們的計劃承保，除非符合某些條件。

網絡外服務提供者或網絡外機構 — 未和我們計劃簽約來協調或提供承保服務給我們計劃會員的服務提供者或機構。網絡外服務提供者並非由我們的計劃僱用、擁有或經營。

自付費用 — 請參閱上文分攤費用定義。會員支付所接受服務或藥物一部分費用的分攤費用要求也稱為會員自付費用要求。

自付費用限額 — 您為 D 部分藥物支付的最高自付費用金額。

PACE 計劃 — PACE（老人綜合護理計劃）計劃包括為身體虛弱人士提供的醫療、社會和長期服務和支援 (LTSS)，幫助人們盡可能長久地在其社區內獨立生活（而非住入療養院）。加入 PACE 計劃的人士可透過計劃獲得 Medicare 和 Medi-Cal (Medicaid) 福利。

C 部分 — 請參見 Medicare Advantage (MA) 計劃。

D 部分 — 自願性 Medicare 處方藥福利計劃。

D 部分藥物 — 可由 D 部分承保的藥物。我們不一定會提供所有 D 部分藥物。某些類別的藥物由國會排除在 D 部分承保藥物之外。每個計劃都必須承保某些類別的 D 部分藥物。

D 部分逾期參保罰金 — 當您首次有資格加入 D 部分計劃後連續 63 天或更長時間未參與任何有信譽度的保險（此類保險的預計須支付的金額平均至少相當於 Medicare 標準處方藥保險）時，將會追加到您 Medicare 藥物保險之月繳保費的一筆金額。

首選分攤費用 — 首選分攤費用是指在某些網絡內藥房為某些 D 部分承保藥物支付的較低分攤費用。

首選服務提供者組織 (PPO) 計劃 — 首選服務提供者組織計劃是一項擁有簽約服務提供者網絡的 Medicare Advantage 計劃，簽約的服務提供者同意依指定費用為計劃會員提供治療。PPO 計劃必須包含所有計劃福利，無論這些福利是從網絡內或是網絡外服務提供者處獲得。計劃福利是從網絡外服務提供者處獲得時，會員分攤費用通常較高。PPO 計劃對您從網絡內（首選）服務提供者處獲得服務的自付費用具有年度限制，而對從網絡內（首選）和網絡外（非首選）服務提供者處獲得服務的合計自付費用具有更高限制。

保費 — 定期支付給 Medicare、保險公司或醫療護理計劃用於健康或處方藥保險的費用。

主治醫生 (PCP) — 您第一次針對大多數健康問題所看訪的醫生或其他服務提供者。在許多 Medicare 保健計劃中，您到任何其他保健服務提供者處就診之前，必須到您的主治醫生處就診。

事先授權 — 獲得服務或某些藥物的事先批准。第 4 章福利表中列有需獲得事先授權的承保服務。需要事先授權的承保藥物在處方藥一覽表中有標示，條件則發佈在我們的網站上。

義肢和矯形裝置 — 醫療器械，包括但不限於手臂、背部及頸部支架；義肢；假眼；以及取代身體內部器官或功能所需的設備，包括造瘺術用品及腸內及腸外營養治療。

品質改進機構 (QIO) — 一個由聯邦政府資助的醫生及其他醫療護理專家組成的團體，以核查和改進提供給 Medicare 患者的護理。

數量限制 — 一種管理工具，目的是出於品質、安全或利用之原因限制指定藥物的使用。限制可能是我們依照處方或指定期間內承保的藥物數量。

「實時福利工具」 — 一個入口網站或電腦應用程式，可供參保者查閱完整、準確、及時、臨床上適當的、參與者特定的處方藥一覽表和福利資訊。這包括分攤費用金額、作為適用於同樣健康狀況的指定藥物的替代處方藥一覽表藥物，以及適用於替代藥物的承保範圍限制（事先授權、數量限制）。

康復服務 — 該等服務包括物理治療、語言治療和職業治療。

服務區域 — 您必須居住才能加入特定保健計劃的地理區域。對於限制所用醫生和醫院的計劃，它還通常是指您可獲取常規（非緊急）服務的地區。如果您永久搬離計劃的服務區域，計劃必須將您退保。

專業護理機構 (SNF) 護理 — 專業護理機構內持續、每天提供的專業護理照護和康復服務。護理的範例包括僅可由註冊護士或醫生提供的物理治療或靜脈注射。專業護理是指只能由專業人員或技術人員或在專業人員或技術人員的監督下安全有效地進行的護理和治療護理。當您需要專業護理或專業治療來治療、管理和觀察您的病情以及評估您的治療時，它就被視作醫療保健。

特殊參保期 — 允許會員變更其健康或藥物計劃或轉回 Original Medicare 的固定時間。您可能符合特殊參保期的資格的情形包括：如果您搬離服務區域，如果您領取「額外補助」以支付您的處方藥費，如果您住進療養院或如果我們違反與您簽署的合約。

特殊需求計劃 — 一項特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，為特定人群提供更有針對性的健康護理，如同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal (Medicaid) 計劃的人士、居住在療養院的人士或患有某些慢性病症的人士。

標準分攤費用 — 標準分攤費用是網絡內藥房提供的首選分攤費用之外的另一種分攤費用。

補助金 (SSI) — 社會保障局向收入與資源有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的老人補助的月度福利。SSI 福利不同於社會保障福利。

急症治療服務 — 急症治療服務是指當您暫時不在計劃的服務區域內時，或者考慮到您的時間、地點和情況，從與計劃簽約的網絡內服務提供者處獲得此項服務並不合理時，計劃承保的需要立即進行醫療處理的服務（但並非緊急醫療情況）。急症治療服務包括無法預見的疾病和傷害，或現有病症意外發作。但是，即使您不在計劃的服務區域內或計劃網絡暫時不可用，醫療必需的服務提供者處常規就診（例如年度檢查）也不被視為急症治療。

SCAN Health Plan 遵守適用聯邦民權法，不會基於或因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視、拒絕接納或區別對待任何人。SCAN Health Plan 向殘障人士提供免費協助和服務，協助他們與我們進行有效溝通，例如：合格的手語翻譯員，以及其他格式的書面資訊（大號字型、音訊、無障礙電子格式、其他格式）。SCAN Health Plan 為主要語言不是英語的人士提供免費語言服務，例如合格的口譯員和用其他語言編寫的資訊。如果您需要這些服務，請聯絡 SCAN 會員服務部。

如果您認為 SCAN Health Plan 因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可透過打電話、致函或發傳真的方式向以下機構提出申訴：

SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
電話：1-800-559-3500
傳真：1-562-989-0958
TTY：711

或者在我們的網站上填寫「提出申訴」表：
https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance

如果您在提出申訴時需要協助，SCAN 會員服務部可向您提供協助。

您還可以透過民權辦公室投訴入口網站 (https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) 以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

投訴表格可在以下網址獲取：https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html。

您也可以透過電話、書面或電子形式向加州衛生保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：請致電 1-916-440-7370。如果您為聽障或語障人士，請致電 711（電信中繼服務）。
- 以書面形式：填寫投訴表或寄信至：
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  投訴表格可在以下網址獲得：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。
- 以電子方式：請傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-559-3500. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-559-3500. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-800-559-3500 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-800-559-3500 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-800-559-3500. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-800-559-3500. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-559-3500 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-800-559-3500 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره1-800-559-3500 تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-800-559-3500. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには、1-800-559-3500 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإلجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى االتصال بنا على الرقم1-800-559-3500. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-559-3500 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:
យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចំពោះរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬបណ្តាញសេវាកម្មឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ, សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-559-3500។ មានអ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के किए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-559-3500 पर फोन करें कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है, आपकी मदद कर सकता है यह एक मुफ्त सेवा है.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-559-3500 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-559-3500. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-559-3500. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-800-559-3500. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-559-3500. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-559-3500. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-559-3500. Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-559-3500. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.

此頁乃特意留白。

SCAN Balance (HMO C-SNP) 會員服務部

方法	會員服務部 — 聯絡資訊
致電	**1-800-559-3500** 撥打此號碼是免費的。上午 8 點至晚上 8 點（10 月 1 日至 3 月 31 日期間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五）。 會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。
TTY	**711** 撥打此號碼是免費的。上午 8 點至晚上 8 點（10 月 1 日至 3 月 31 日期間為每週 7 天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間為週一至週五）。
傳真	**1-562-989-5181**
寫信	**SCAN Health Plan** Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
網站	www.scanhealthplan.com

健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)：加州 SHIP

HICAP 是一個由聯邦政府出資為 Medicare 受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。

方法	加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP) — 聯絡資訊
致電	1-800-434-0222
寫信	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
網站	aging.ca.gov/hicap/

PRA 披露聲明*根據 1995 年的「文書削減法案」，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1051。若您有任何意見或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。*