第 3 章：使用本計畫承保您的醫療保健和其他承保服務

簡介

本章包含您需要瞭解的特定條款和規則，以便透過本計畫獲得醫療保健和其他承保服務。它還告訴您有關您的護理協調員的資訊、如何從不同類型的提供者處以及在某些特殊情況下（包括從網路外醫療服務提供者或藥房）獲得護理、如果您因我們承保的服務而直接收到帳單該怎麼辦，以及擁有耐用醫療器材 (DME) 的規則。關鍵術語及其定義按英文字母順序列於*《會員手冊》*的最後一章中。

[*Plans should refer to other parts of the Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number as appropriate. For example, "refer to Chapter 9, Section A, page 1." An instruction* [*insert reference, as applicable*] *appears with many cross references throughout the Member Handbook. Plans may always include additional references to other sections, chapters, and/or member materials when helpful to the reader.*]

[Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

目錄

[A. 有關服務和醫療服務提供者的資訊 3](#_Toc125718174)

[B. 獲取本計畫承保服務的規則 3](#_Toc125718175)

[C. 您的護理協調員 4](#_Toc125718176)

[C1. 護理協調員是什麽人員 5](#_Toc125718177)

[C2. 如何聯繫您的護理協調員 5](#_Toc125718178)

[C3. 如何更換您的護理協調員 5](#_Toc125718179)

[D. 服務提供者所供護理 5](#_Toc125718180)

[D1. 基層照護服務提供者所供護理 5](#_Toc125718181)

[D2. 專科醫師和其他網路醫療服務提供者所供護理 7](#_Toc125718182)

[D3. 當提供者退出本計畫時 8](#_Toc125718183)

[D4. 網路外醫療服務提供者 8](#_Toc125718184)

[E. 長期服務與支持 (LTSS)： 9](#_Toc125718185)

[F. 行為健康（心理健康和物質使用障礙）服務 9](#_Toc125718186)

[G. [*If applicable plans should add:* 如何獲得自主護理] 9](#_Toc125718187)

[G1. 什麼是自主護理 9](#_Toc125718188)

[G2. 誰可以獲得自主護理（例如，如果僅限於豁免人群） 9](#_Toc125718189)

[G3. 如何在僱用個人護理提供者方面獲得幫助（如果適用） 9](#_Toc125718190)

[H. 交通服務 9](#_Toc125718191)

[I. 在醫療急診情況下、急需時、或在災難期間的承保服務 9](#_Toc125718192)

[I1. 醫療急診情況下的護理 9](#_Toc125718193)

[I2. 急需護理 10](#_Toc125718194)

[I3. 災難期間護理 11](#_Toc125718195)

[J. 如果您因本計畫承保的服務而直接收到帳單該怎麼辦 11](#_Toc125718196)

[J1. 如果本計畫不承保某些服務怎麼辦 12](#_Toc125718197)

[K. 臨床研究中醫療保健服務的承保範圍 12](#_Toc125718198)

[K1. 臨床研究的定義 12](#_Toc125718199)

[K2. 參與臨床研究時的服務費用 13](#_Toc125718200)

[K3. 更多關於臨床研究的資訊 13](#_Toc125718201)

[L. 您的醫療保健服務在宗教非醫療保健機構中如何受保 13](#_Toc125718202)

[L1. 宗教非醫療保健機構的定義 13](#_Toc125718203)

[L2. 宗教非醫療保健機構提供的護理 14](#_Toc125718204)

[M. 耐用醫療器材(DME) 14](#_Toc125718205)

[M1. 作為本計畫會員所享有的耐用醫療器材(DME)福利 14](#_Toc125718206)

[M2. 轉換至Original Medicare時的耐用醫療器材所有權情況 15](#_Toc125718207)

[M3. 作為本計畫會員所享有的氧氣設備福利 15](#_Toc125718208)

[M4. 轉換至Original Medicare或其他Medicare Advantage (MA)計畫時的氧氣設備所有權情況 16](#_Toc125718209)

# 有關服務和醫療服務提供者的資訊

**服務**包括醫療保健、長期服務與支持 (LTSS)、用品、行為健康服務、處方藥和非處方藥、設備和其他服務。**承保服務**是指本計畫支付的任何這些服務。承保的醫療保健、行為健康和長期服務與支持 (LTSS) 在您的《會員手冊》**第4章**中有詳細説明。處方藥和非處方藥的承保服務在您的《會員手冊》**第5章**中有詳細説明。

**醫療服務提供者**是指醫生、護士和其他為您提供服務和護理的人員。醫療服務提供者還包括醫院、家庭健康機構、診所和其他為您提供醫療保健服務、行為健康服務、醫療設備以及某些長期服務與支持 (LTSS) 的場所。

**網路醫療服務提供者**是指與本計畫合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者同意接受我們的付款[insert if plan has cost-sharing:和您的分攤費用款項]作為全額付款。[Plans may delete the next sentence if it is not applicable.]網路醫療服務提供者直接向我們收取他們為您提供的護理所涉費用。當您使用網路醫療服務提供者時，您通常[insert as applicable:不需要為承保服務支付任何費用或只需支付您的分攤費用]。

# 獲取本計畫承保服務的規則

本計畫涵蓋 Medicare 承保的所有服務和[insert name of state-specific Medicaid program]。這包括行為健康和長期服務與支持 (LTSS) 服務。

本計畫將通常支付您在遵守我們的規則時獲得的醫療保健服務、行為健康服務和長期服務與支持 (LTSS)。若要由本計畫承保：

* 您獲得的護理必須是一項**計畫福利。**這意味著它包含在您的*《會員手冊》***第4章**的福利表之中。
* 護理必須是**醫療所需的**。我們所說的「醫療所需」是指您為預防、診斷或者治療某種病情狀況或維持當前健康狀況所需的服務。這包括對您的照護，以免您進入醫院或照護設施。這也意味著符合公認的醫療實踐標準的服務、用品或藥物。[*Plans may revise the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate and ensure that it is updated and used consistently throughout member material models.*]
* [Plans may omit or edit the PCP-related bullets as necessary, including modifying the name of the PCP.]在醫療服務方面，您必須有一個**網路基層照護服務提供者 (PCP)** 來醫囑護理或告知您使用其他醫療服務提供者。作為計畫會員，您必須選擇網路醫療服務提供者作為您的基層照護服務提供者。
  + 在大多數情況下，在您可以使用不是您的基層照護服務提供者或本計畫網路中其他醫療服務提供者之前，您必須事先獲得[insert as applicable:您的網路基層照護服務提供者或本計畫]的批准。這稱為**轉介**。如果您未獲得批准，我們可能無法承保這些服務。如需瞭解有關轉介的更多資訊，請參閱第<page number>頁。
* [Insert if applicable:本計畫的基層照護服務提供者隸屬於醫療團體。當您選擇您的基層照護服務提供者時，您也在選擇所屬醫療團體。這意味著您的基層照護服務提供者會將您轉介給也隸屬於他們的醫療團體的專科醫師和服務。醫療團體是指[insert definition]。]
  + 您不需要您的基層照護服務提供者提供的轉介即可獲得急診照護或急需護理或使用女性健康醫療服務提供者。您可以在沒有基層照護服務提供者轉介的情況下獲得其他類型的護理（有關這方面的更多資訊，請參閱本章中的第D1節）。
* **您必須從**[insert if applicable:**隸屬於您的基層照護服務提供者所在醫療團體的**]**網路醫療服務提供者那裡獲得護理**。通常，我們不會承保不與我們健保計畫[insert if applicable:以及您的基層照護服務提供者所在醫療團體]合作的醫療服務提供者所供護理。這意味著您必須就該醫療服務提供者提供的服務向其支付全額費用。以下是此規則不適用的一些情況：
  + 我們承保網路外醫療服務提供者提供的急診或急需護理（有關這方面的更多資訊，請參閱本章中的第H節）。
  + 如果您需要本計畫承保的護理，而我們的網路醫療服務提供者卻無法為您提供，那麽您就可以從網路外醫療服務提供者處獲得護理。[Plans may specify whether authorization should be obtained before seeking care.]在這種情況下，我們承保護理[insert as applicable:就等同於您從網路醫療服務提供者那裡免費獲得了護理]。
  + 當您只是短時間位於本計畫的服務地區之外或您的醫療服務提供者暫時不可用或無法造訪時，我們會承保腎透析服務。您可以在獲得Medicare認證的透析機構獲得這些服務。[*Insert as applicable:*您為透析支付的分攤費用絕不會超過Original Medicare的分攤費用。如果您位於計畫的服務地區之外並從計畫網路之外的醫療服務提供者處獲得透析，您的成本分攤不會超過您支付網路内醫療服務提供者的成本分攤。但是，如果平時為您透析的網路內醫療服務提供者暫時無法使用，並且您選擇從服務地區內的一家網路外醫療服務提供者處獲取服務，則透析的成本分攤可能會更高*.*]

[Plans add additional exceptions as appropriate including exceptions as required by the state.]

# 您的護理協調員

[Plans provide applicable information about the care coordinator and care coordination, as well as explanations for the following subsections. Plans should replace the terms “care coordinator” and “care team” with terms they use. If Plans use more than one type of “care coordinator,” multiple descriptions can be provided that describe each type, or additional language can be added to the care coordinator definition below.]

## C1. 護理協調員是什麽人員

[Example text:護理協調員是經過培訓的人員，為本計畫工作，為您提供護理協調服務。]

## C2. 如何聯繫您的護理協調員

## C3. 如何更換您的護理協調員

# 服務提供者所供護理

## D1. 基層照護服務提供者所供護理

您必須選擇一個基層照護服務提供者來提供和管理您的護理。[Insert if applicable:本計畫的基層照護服務提供者隸屬於醫療團體。當您選擇您的基層照護服務提供者時，您也在選擇所屬醫療團體。]

**基層照護服務提供者的定義以及基層照護服務提供者能為您做什麼**

[Plans describe the following in the context of their plans:

什麼是基層照護服務提供者

如適用，什麼是醫療團體或IPA

哪些類型的提供者可以擔任基層照護服務提供者[*If a State allows specialists to act as a PCP, plans must inform members of this and under what circumstances a specialist may be a PCP.*]

基層照護服務提供者在以下方面的作用

* 協調承保服務
* 作出事前授權決定或獲取事前授權 (PA)，（如適用）

診所何時可以成為您的基層照護服務提供者(RHC/FQHC)]

**如何選擇基層照護服務提供者**

[Plans describe how to choose a PCP. Plans that assign members to medical groups or IPAs must include language that explains how the choice of PCP will affect member access to specialists and hospitals. For example:如果您想使用特定的專科醫師或醫院，請查明他們是否隸屬於您的基層照護服務提供者所在醫療團體。您可以查看Provider and Pharmacy Directory或要求會員服務部查找您想要的基層照護服務提供者是否能將您轉介給該專科醫師或使用該醫院。]

**如何更換基層照護服務提供者**

您可以隨時以任何理由更換您的基層照護服務提供者。此外，您的基層照護服務提供者可能會退出本計畫的網路。如果您的基層照護服務提供者退出我們的網路，我們可以幫您在我們的網路中尋找新的基層照護服務提供者。

[Plans describe how to change a PCP and indicate when that change will take effect (e.g., on the first day of the month following the date of the request, immediately upon receipt of the request, etc.).]

[Insert if applicable:本計畫的基層照護服務提供者隸屬於醫療團體。如果您更換基層照護服務提供者，您也可能會更換醫療團體。當您要求更換時，如果您使用專科醫師或有其他必須獲得基層照護服務提供者批准的承保服務，請告知會員服務部。當您更換基層照護服務提供者時，會員服務部可幫助您繼續享有專科護理和其他服務。]

**無需經您的基層照護服務提供者批准即可獲得的服務**

[**Note:** Insert this section only if plans require referrals to network providers.]

在大多數情況下，您需要獲得您的基層照護服務提供者的批准才能使用其他提供者。這種批准稱為**轉介**。您無需事先獲得您的基層照護服務提供者的批准即可獲得以下服務：

* 網路醫療服務提供者或網路外醫療服務提供者所供急診服務。
* 網路醫療服務提供者所供急需護理。
* 當您無法前往網路醫療服務提供者處時（例如，如果您在本計畫的服務地區之外或週末時間），由網路外醫療服務提供者所提供的急需護理。

**注：**急需護理必須是即刻需要並且醫療所需的。

* 當您在本計畫的服務地區之外時，您在Medicare認證的透析機構獲得的腎透析服務。在您離開服務地區之前致電會員服務部。我們可以在您外出時幫助您獲得透析。
* 流感疫苗和新冠病毒疫苗接種[insert if applicable:以及乙型肝炎疫苗和肺炎疫苗接種] [insert if applicable:（只要您從網路醫療服務提供者處獲取它們）]。
* 常規婦女保健和計畫生育服務。這包括乳房檢查、乳房X光篩查（乳房X光片）、子宮頸抹片檢查和骨盆檢查[insert if applicable:（只要您從網路醫療服務提供者處獲取它們）]。
* 此外，如果有資格從印第安人健保提供者那裡獲得服務，您可以使用這些提供者而無需轉介。

[Plans add additional bullets consistently formatted like the rest of this section as appropriate.]

## D2. 專科醫師和其他網路醫療服務提供者所供護理

專科醫師是為特定疾病或身體部位提供醫療保健的醫生。專科醫師有很多種，例如：

* 腫瘤專家照護癌症患者。
* 心臟病專家照護有心臟問題的患者。
* 骨科專家照護有骨骼、關節或肌肉問題的患者。

[Plans describe how members access specialists and other network providers, including:

基層照護服務提供者在將會員轉介給專科醫師和其他提供者方面的作用（如有）

事前授權的描述以及獲得事前授權的過程[Plans explain that PA means the member gets plan approval before getting a specific service or drug or using an out-of-network provider, and plans include information about who makes the PA decision (e.g., Medical Director, the PCP, or another entity).]有關哪些服務需要事前授權的信息，請會員參閱第 4 章。

如果基層照護服務提供者選擇導致患者被限於該基層照護服務提供者轉介的特定專科醫師或醫院[For example, plans include information about subnetworks.]]

[*Plans with referral models, insert:*書面轉介可以是一次就診，如果您需要持續服務，也可以是不止一次就診的常設轉介。對於以下任何一種情況，我們必須將您長期轉介給合格的專家：

* 慢性（持續）狀況；
* 危及生命的精神或身體疾病；
* 退行性疾病或殘疾；
* 任何其他嚴重或複雜到需要專科醫生治療的病症或疾病。

如果您在需要時沒有獲得書面轉介，則可能無法支付帳單。請撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部瞭解更多資訊。]

[*Plans with direct access models, insert:*倘若我們未能為您找到合格的計畫網路醫療服務提供者，對於以下任何一種情況，我們必須將您長期轉介給合格的專家：

* 慢性（持續）狀況；
* 危及生命的精神或身體疾病；
* 退行性疾病或殘疾；
* 任何其他嚴重或複雜到需要專科醫生治療的病症或疾病。

如果您在需要時沒有獲得我們的服務授權，則可能無法支付帳單。請撥打頁面底部的電話號碼聯繫會員服務部瞭解更多資訊。]

## D3. 當提供者退出本計畫時

[Plans may edit this section if Medicaid requires them to have a transition benefit when a provider leaves the plan.]

您使用的網路醫療服務提供者可能會退出本計畫。如果您的提供者之一退出本計畫，您將享有下文概述的某些權利和保護：

* 即使我們的提供者網路在本年度發生變化，我們也必須保證您能不間斷地獲得合格的提供者。
* 我們真誠地努力至少提前30天通知您，以便您有時間選擇新的提供者。
* 我們幫助您選擇合格的新提供者來繼續管理您的醫療保健需求。
* 如果您正在接受治療，則有權提出要求，我們將與您一起確保您正在接受的醫療所需治療不會中斷。
* 如果我們在網路内找不到您可使用的合格專科醫師，我們必須安排一名網路外專科醫師為您提供護理。
* 如果您認為我們沒有用合格的提供者代替您以前的提供者，或者我們沒有很好地管理您的護理，您有權向質量改進組織提交護理質量投訴、護理質量申訴，或兩者兼而有之。（請參閱**第9章**[plans may insert reference, as applicable]瞭解更多資訊。）

如果您發現您的提供者之一將退出本計畫，請聯繫我們。我們可以幫助您尋找新的提供者並管理您的護理。[Plans include contact information for assistance.]

## D4. 網路外醫療服務提供者

[Plans tell members under what circumstances they can get services from out-of-network providers (e.g., when providers of specialized services are not available in network). Include Medicaid out-of-network requirements. Describe the process for getting authorization, including who is responsible for getting it.] [*Note: Members are entitled to receive services from out-of-network providers for emergency or urgently needed services. In addition, plans must cover dialysis services for ESRD members who have traveled outside the plans service area or when the provider is temporarily unavailable or not accessible and are not able to access contracted ESRD providers.*]

如果您使用網路外醫療服務提供者，該提供者必須有資格參加Medicare和/或[Insert name of state-specific Medicaid program]。

* 我們不能支付不具備資格參加Medicare和/或[Insert name of state-specific Medicaid program]的提供者。
* 如果您使用沒有資格參加Medicare的提供者，您需要支付處方藥的全部費用。
* 提供者必須告訴您他們是否有資格參加Medicare。

# 長期服務與支持 (LTSS)：

[*Plans should provide applicable information about getting LTSS.*]

# 行為健康（心理健康和物質使用障礙）服務

[Plans should provide applicable information about getting behavioral health services.]

# [If applicable plans should add:如何獲得自主護理]

[Plans should provide applicable information about getting self-directed care, including the following subsections.]

## G1. 什麼是自主護理

## G2. 誰可以獲得自主護理（例如，如果僅限於豁免人群）

## G3. 如何在僱用個人護理提供者方面獲得幫助（如果適用）

# 交通服務

[*Plans should provide applicable information about getting transportation services.*]

# 在醫療急診情況下、急需時、或在災難期間的承保服務

## I1. 醫療急診情況下的護理

醫療急診情況是指出現劇烈疼痛或嚴重損傷等症狀的病情狀況。病情非常嚴重，如果不立即就醫，您或任何具有一般健康和醫學知識的人都可以預期它會導致：

* 對您[insert as applicable:或您未出生的孩子]的健康造成嚴重風險；**或者**
* 對身體機能造成嚴重損害；**或者**
* 身體任何器官或部位的嚴重功能障礙；**或者**
* [Insert as applicable:如是已進入分娩狀態的孕婦，發生以下情況：
  + 在分娩前沒有足夠的時間將您安全地轉介到另一家醫院。
  + 轉介到另一家醫院可能會對您或未出生孩子的健康或安全構成威脅。]

如果您有醫療急診情況：

* **儘快獲得幫助。**撥打911或前往最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您**不**需要您的基層照護服務提供者批准或轉介。您不需要使用網路醫療服務提供者。您可以在美國或其領土的任何地方[*insert as applicable*:或全球]，從任何具有適當州許可證的提供者那裡隨時獲得急診醫療護理。
* [Plans add if applicable:**儘快將您的緊急情況告知本計畫。** 我們將跟進您的急診照護。您或其他人[plans may replace “someone else” with “your care coordinator” or other applicable term]通常應該在48小時內打電話告訴我們您的急診照護情況。但是，如果您延遲告訴我們，您也無需支付急診服務費用。] [Plans must provide the contact phone number and days and hours of operation or explain where to find the information (e.g., on the back of the Member ID Card).]

**醫療急診情況下的承保服務**

[Plans that cover emergency medical care outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the Medicaid program coverage area. Plans must also include language emphasizing that Medicare does not provide coverage for emergency medical care outside the United States and its territories.]

如果您需要乘坐救護車前往急診室，本計畫承保了這一項服務。我們還承保緊急情況下的醫療服務。要瞭解更多資訊，請參閱您*《會員手冊》***第4章**中的福利表。

為您提供急診照護的提供者將決定您的病情何時穩定以及醫療急診何時結束。 他們將繼續為您治療，並在您需要後續護理以改善病情時與我們聯繫制定計畫。

[*Plans may add to this paragraph as needed to include other information about their post-stabilization care.*]本計畫承保您的後續護理。如果您從網路外醫療服務提供者處獲得急診照護，我們將嘗試讓網路醫療服務提供者儘快接管您的護理。

**在非急診情況下獲得急診照護**

有時很難知道您是否有醫療或行為健康急診情況。您可能會去看急診，而醫生說這並不是真正的急診情況。只要您合理地認為您的健康處於嚴重危險之中，我們就會為您承保護理。

在醫生說這不是急診情況後，我們僅在以下情況下承保您的額外護理：

* 您使用網路醫療服務提供者，**或**
* 您獲得的額外護理被視為「急需護理」，並且您遵循了獲取該服務的規則。請參閱下一章節。

## I2. 急需護理

急需護理是指您在非急診但需要立即護理的情況下獲得的護理。例如，您可能在週末突發舊疾或重度咽喉痛，需要治療。

**本計畫服務地區之內的急需護理**

在大多數情況下，我們僅在以下情況下承保急需護理：

* 您從網路醫療服務提供者處獲得該護理，**並且**
* 您遵循本章所述規則。

如果沒有可能或無法合理獲得網路醫療服務提供者，我們將承保您從網路外醫療服務提供者處獲得的急需護理。

[Plans must insert instructions for how to access urgently needed services (e.g., using urgent care centers, a provider hotline, etc.).]

**本計畫服務地區之外的急需護理**

當您不在本計畫的服務地區內時，您可能無法從網路醫療服務提供者處獲得護理。在這種情況下，本計畫承保您從任何提供者處獲得的急需護理。

[Plans that cover urgently needed care outside the United States or its territories through Medicaid may describe this coverage based on the Medicaid program coverage area.]

本計畫不承保您在美國之外獲得的急需護理或任何其他[insert if plan covers emergency care outside of the United States and its territories:非急診]照護。

[Insert if applicable: Plans with world-wide emergency/urgent coverage as a supplemental benefit:本計畫覆蓋全球[Insert as applicable: emergency and urgently needed care OR emergency OR urgently needed care]以下情況下在美國境外的服務[insert details.]]

## I3. 災難期間護理

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的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍然有權獲得本計畫承保的護理。

請造訪我們的網站，瞭解有關如何在公佈的災難期間獲得所需護理的資訊：<web address>。[In accordance with 42 CFR 422.100(m), plans must include on their web page, at a minimum, information about coverage of benefits at non-contracted facilities at network cost-sharing without required PA; terms and conditions of payment for non-contracted providers; and each declared disaster’s start and end dates.]

在公佈的災難期間，如果您無法使用網路醫療服務提供者，則可以從網路外醫療服務提供者處獲得護理[insert as applicable:費用按網路內費用分攤率計算**or**免費]。如果您在公佈的災難期間無法使用網絡藥房，則可以在網絡外藥房配藥。相關詳細資訊，請參閱*《會員手冊》***第5章**。

# 如果您因本計畫承保的服務而直接收到帳單該怎麼辦

[Plans with an arrangement with the state may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]

如果提供者向您發送帳單而不是將其發送給本計畫，您應該要求我們支付此帳單中[plans with cost-sharing, insert:我們分攤的費用]。

**您不應該自己支付該帳單。如果您這樣做，我們可能無法退還您已支付的費用。**

[Insert as applicable:如果您為承保服務付費**or**如果您為承保服務支付的費用超過您的計畫分攤費用]或者如果收到承保醫療服務[plans with cost-sharing, insert:的全額費用]帳單，請參閱您的《會員手冊》**第7章**以尋找解決方法。

## J1. 如果本計畫不承保某些服務怎麼辦

[Plans with an arrangement with the state may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]

本計畫承保以下所有服務：

* 被確定為醫療所需的服務，**和**
* 本計畫的福利表中列出的服務（請參閱您的*《會員手冊》***第4章**），**和**
* 您可以透過遵循計畫規則獲取的服務。

如果您獲得本計畫未承保的服務，**您將自行支付全額費用。**

如果您想知道我們是否支付任何某項醫療服務或護理費用，您有權詢問我們。您也有權以書面形式詢問。如果我們說我們不會為您的服務付費，您有權對我們的決定提出上訴。

您的《會員手冊》**第9章**說明了如果您希望我們承保某項醫療服務或用品時該怎麼做。它還告知您如何對我們的承保決定提出上訴。請致電會員服務部瞭解有關您的上訴權利的更多資訊。

我們為某些服務支付一定限額的費用。如果您超出了該限額，您就需要支付全額費用以獲得更多此類服務。請參閱**第4章**瞭解具體的福利限額．請致電會員服務部瞭解福利限額以及您已使用了多少福利。

# 臨床研究中醫療保健服務的承保範圍

## K1. 臨床研究的定義

[If applicable, plans revise this section to describe Medicaid role in providing coverage and payment for clinical research studies.]

臨床研究（也稱為臨床試驗）是醫生測試新型醫療保健或藥物的一種方式。Medicare 批准的臨床研究通常要求志願者參與研究。

一旦Medicare[plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert:或本計畫]批准了一項您想參與的研究，從事該研究的人員會與您聯繫。此人會告知您該研究的情況，並確定您是否有資格參與其中。只要您符合要求的條件，您就可以參與研究。您必須瞭解並接受您在研究中必須做的事情。

在研究期間，您可以繼續受保於本計畫。如此，本計畫將繼續為您提供與研究無關的服務和護理。

如果您想參與Medicare批准的任何臨床研究，您**無**需獲得我們的批准[plans that do not use PCPs may delete the rest of this sentence]或您的基層照護提供者的批准。為您提供護理，如是研究的一部份，則其提供者**不**必是網路醫療服務提供者。

**我們鼓勵您在參與臨床研究之前告知我們。**

如果您計畫參與臨床研究，您或您的護理協調員應聯繫會員服務部，讓我們知道您將參與一項臨床試驗。

## K2. 參與臨床研究時的服務費用

如果您自願參與Medicare批准的臨床研究，則無需為研究承保的服務支付任何費用。Medicare支付研究承保的服務以及與您的護理相關的日常費用。一旦您加入Medicare批准的臨床研究，您獲得的作為研究一部份的大多數服務與用品均受保障。這包括：

* 即使您未參與研究，Medicare也會支付的住院費用
* 作為研究的一部份的手術或其他醫療程序
* 對新護理中產生的任何副作用和並發症的治療

[Plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare insert:如果您自願參與臨床研究，我們將支付Medicare未批准但本計畫批准的任何費用。]如果您參與了一項Medicare[plans that conduct or cover clinical trials that are not approved by Medicare, insert:或本計畫]**未**批准的研究，您需要支付參與研究的任何費用。

## K3. 更多關於臨床研究的資訊

您可以透過閱讀Medicare網站 ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)) 上的「Medicare 和臨床研究」瞭解更多關於加入臨床研究的資訊。您也可以致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天、每天24小時開通。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-877-486-2048。

# 您的醫療保健服務在宗教非醫療保健機構中如何受保

## L1. 宗教非醫療保健機構的定義

[If applicable, plans revise this section to describe Medicaid’s role in providing care in religious non-medical health care institutions.]

宗教非醫療保健機構是為您提供通常在醫院或專業照護設施獲得的護理的地方。如果在醫院或專業照護設施接受護理違背了您的宗教信仰，我們會承保在宗教非醫療保健機構的護理。

此福利僅適用於Medicare A部份住院服務（非醫療保健服務）。

## L2. 宗教非醫療保健機構提供的護理

要從宗教非醫療保健機構獲得護理，您必須簽署一份法律文件，說明您反對接受「非例外」醫療。

* 「非例外」醫療是任何聯邦、州或地方法律**不要求的自願**護理。
* 「例外」醫療是聯邦、州或地方法律**要求的非自願**護理。

若要由本計畫承保，您從宗教非醫療保健機構獲得的護理必須滿足以下條件：

* 提供護理的機構必須經過Medicare認證。
* 本計畫的服務承保範圍僅限於非宗教方面的護理。
* 如果您從這個機構獲得的服務是在某個設施中提供給您的，那麽：
  + 您的病情狀況必須允許您獲得醫院住院護理或專業照護設施住院護理的承保服務。
  + [Omit this bullet if not applicable]在您進入設施住院之前，您必須獲得我們的批准，否則您的住院將**不予**承保。

[Plans must explain whether Medicare Inpatient Hospital coverage limits apply (include a reference to the Benefits Chart in Chapter 4 [insert reference, as applicable]) or whether there is unlimited coverage for this benefit.]

# 耐用醫療器材 (DME)

## M1. 作為本計畫會員所享有的耐用醫療器材 (DME) 福利

[Plans may modify this section as directed by the state.]

耐用醫療器材 (DME) 包括服務提供者醫囑使用的某些醫療所需物品，例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、提供者訂購的居家使用的病床、靜脈 (IV) 輸液泵、語音生成設備、氧氣設備和用品、霧化器和助行器。

您可以一直擁有某些用品，例如假肢。

在本節中，我們將討論您租用的耐用醫療器材。作為本計畫的會員，[insert if the plan sometimes allows transfer of ownership to the member:通常]無論您租用耐用醫療器材多長時間，您都**不會**獲得它的所有權。

[If the plan allows transfer of ownership of certain DME items to members, the plan must modify this section to explain the conditions and when the member can own specified DME.]

[If the plan sometimes allows transfer of ownership to the member for DME items other than prosthetics, insert:在某些有限的情況下，我們會將耐用醫療器材用品的所有權轉讓給您。請致電會員服務部瞭解您必須滿足的要求以及您需要提供的文件資料。]

即使您在加入本計畫之前已在Medicare保險下連續擁有耐用醫療器材長達12個月，您也**不會**獲得該設備的所有權。

## M2. 轉換至Original Medicare時的耐用醫療器材所有權情況

在Original Medicare中，租用特定類型耐用醫療器材的人在為該用品支付了13個月的共付額後就可以擁有該設備。在 Medicare Advantage (MA) 計畫中，該計畫可以設定人們在擁有某些類型的耐用醫療器材之前必須租用的月數。

**注：**您可以在第12章中找到Original Medicare和MA計畫的定義。您還可以在*《Medicare & You 2024》*手冊中找到更多相關信息。如果您沒有這本小冊子的副本，則可以在Medicare網站上獲取 ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) 或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週7天，每天24小時提供服務。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-877-486-2048。

在以下情況下，您必須連續支付13次Original Medicare付款，或者您必須連續支付MA計畫規定的付款次數才能擁有耐用醫療器材用品：

* 當您在本計畫中時，您沒有成為耐用醫療器材用品的所有者，**並且**
* 您退出本計畫並在 Original Medicare 計畫或MA計畫的任何健康計畫之外獲得您的Medicare福利。

如果在加入本計畫之前，您已根據Original Medicare或MA計畫為耐用醫療器材用品付款，則**這些Original Medicare或MA計畫付款不計入您在退出本計畫後需要支付的款項**。

* 您必須重新連續支付13次Original Medicare付款，或者您必須連續支付MA計畫規定的付款次數才能擁有耐用醫療器材用品。
* 當您重新加入Original Medicare或MA計畫時，這種情況無一例外。

## M3. 作為本計畫會員所享有的氧氣設備福利

如果您有資格獲得Medicare承保的氧氣設備並且您是本計畫的會員，那麽我們將承保：

* 氧氣設備的租賃
* 氧氣和氧氣内容物的輸送
* 輸送氧氣和氧氣内容物的管道和相關附件
* 氧氣設備的維護和修理

當氧氣設備對您來説已不再是醫療所需或當您退出本計畫時，您必須將氧氣設備歸還給所有者。

## M4. 轉換至Original Medicare或其他Medicare Advantage (MA) 計畫時的氧氣設備所有權情況

當氧氣設備是醫療所需的，並且**您退出本計畫並轉而使用Original Medicare**時，您可以從供應商處將其租用36個月。您的每月租金包括氧氣設備以及上文所列用品和服務。

如果氧氣設備**在您租用了36個月後**仍為醫療所需**，**您的供應商必須：

* 再提供24個月的氧氣設備、用品和服務
* 如為醫療所需，提供長達5年的氧氣設備和用品

如果**在5年期結束時**氧氣設備仍為醫療所需，那麽：

* 您的供應商無需再提供它，您可以選擇從任何供應商處獲取替換設備。
* 然後新的5年期就開始了。
* 您從供應商處租用36個月。
* 然後，您的供應商再提供24個月的氧氣設備、用品和服務。
* 只要氧氣設備為醫療所需，則每5年開始一個新的週期。

當氧氣設備為醫療所需，而**您退出本計畫並轉投另一個MA計畫**時，該計畫將至少承保Original Medicare的承保範圍。您可以詢問您的新MA計畫涵蓋哪些氧氣設備和用品以及您的費用是多少。