第 4 章：福利表

簡介

本章將向您介紹本計畫承保的服務、這些服務存在的限制[insert if the plan has cost-sharing: 以及您為每項服務支付的費用]。此外，還將介紹本計畫未涵蓋的福利。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. 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. 您的承保服務[*insert if the plan has cost-sharing:* 和自付費用] 2](#_Toc125720674)

[A1. 公共衛生突發事件期間 2](#_Toc125720675)

[B. 禁止提供者向您收取服務費用的規則 2](#_Toc125720676)

[C. 關於本計畫的福利表 2](#_Toc125720677)

[D. 本計畫的福利表 9](#_Toc125720678)

[E. 可選的補充福利保費 44](#_Toc125720679)

[F. 本計畫的訪客/旅行者福利 44](#_Toc125720680)

[G. 本計畫以外的福利 44](#_Toc125720681)

[G1. 臨終關懷 45](#_Toc125720682)

[H. 本計畫、Medicare或[*insert name of state-specific Medicaid program*]未承保的福利。 45](#_Toc125720683)

# 您的承保服務[insert if the plan has cost-sharing:和自付費用]

本章將向您介紹本計畫所承保的服務[insert if the plan has cost-sharing: 以及您為每項服務支付的費用]。此外，還向您介紹了未承保的服務。您的*《會員手冊》***第5章**提供了有關藥物福利的資訊。[Insert if applicable: 本章還對某些服務存在的限制進行了說明。]

[Plans with cost-sharing, insert: 對於某些服務，您需承擔自付費用，稱為共付額。這是一筆固定金額（如 $5），在您每次獲得該服務時支付。您需在獲得醫療服務時支付共付額。]

[Plans with **no** cost-sharing for any services described in this chapter, insert: 因為您從[Insert name of state-specific Medicaid program]獲得協助，只要您遵守本計畫的規則，您就不用為所承保的服務支付任何費用。有關本計畫之規則的詳細資訊，請參閱您的《會員手冊》**第3章**。]

如果您在理解承保服務方面需要幫助，請致電[<phone number(s)>聯絡您的護理協調員and/or 會員服務部]。

[As applicable, plans insert the subsection heading and information below.]

## A1. 公共衛生突發事件期間

[*Plans providing required coverage and permissible flexibilities to members subject to a public health emergency declaration (e.g., the COVID-19 pandemic) concisely describe the coverage and flexibilities here or include general information about the coverage and flexibilities along with any cross references, as applicable. Plans include whether such coverage and flexibilities are contingent upon the duration of the public health emergency, which may or may not last for the entire year. Plans also include any specific contact information, as applicable, where members can get more details.*]

# 禁止醫療服務提供者向您收取服務費用的規則

對於承保的服務，我們不允許我們的網路醫療服務提供者向您收取費用。我們直接向其付款，保護您免遭任何收費。即使我們向醫療服務提供者支付的費用低於其收取的服務費用，也是如此。

**對於承保的服務，您永遠不必向醫療服務提供者支付任何費用**。如果您支付了費用，請參閱*《會員手冊》*的**第7章**或致電會員服務部。

# 關於本計畫的福利表

[Plans may add references to long-term care or home and community-based services.]

福利表介紹了本計畫所承保的服務。該表按英文字母順序列出了承保服務並對其進行了說明。[Plans that include an index at the end of the chapter should insert: 要在表中查找某項服務，您也可以使用本章末尾的索引。]

**當符合以下規則時，我們會為福利表中列出的服務承保。**[Plans that do not have cost-sharing, insert: 只要您滿足下述要求，您**無需**為福利表中列出的服務支付任何費用。]

* 我們必須按照Medicare和[Insert name of state-specific Medicaid program]制定的規則為您提供Medicare和[insert name of state-specific Medicaid program]承保的服務。
* 服務[Plans may revise as applicable: (including medical care, behavioral health and substance use services, long-term services and supports, supplies, equipment, and drugs)]必須是醫療所需的。「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、用品或藥物。這包括讓您不必進入醫院或療養院所需的護理。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 and use the state-specific definition of “medically necessary” and ensure that it is updated and used consistently in Chapter 12 and throughout member materials.*]
* [Insert if applicable: 您從網路醫療服務提供者處獲得醫療服務。網路醫療服務提供者是與我們合作的服務提供者。在大多數情況下，您從網路外醫療服務提供者處獲得的護理將不在承保範圍內，除非是緊急情況或急需護理，或者除非您的計畫或網路醫療服務提供者已為您提供轉介。有關使用網路內和網路外醫療服務提供者的更多資訊，請參閱《會員手冊》的**第3章**。]
* [Insert if applicable: 您有一個基層照護服務提供者 (PCP) 或一個護理團隊來提供和管理您的醫療事宜。[Plans that do not require referrals, omit the rest of this paragraph:]在大多數情況下，您必須獲得您的PCP的批准才能使用您的PCP以外的醫療服務提供者或使用計畫網路內的其他服務提供者。這稱為轉介。*《會員手冊》*的**第3章**提供了有關獲得轉介以及何時**不**需要轉介的更多資訊。]
* [Plans may add information about any continuity of care requirements as directed by the state.]
* [Insert if applicable: 僅當您的醫生或其他網路醫療服務提供者事先獲得我們的批准時，我們才會承保福利表中列出的某些服務。這稱為事前授權 (PA)。我們在福利表中[insert as appropriate: 用星號 (\*) **or**或註腳**or**粗體**or**斜體]標記了需要PA的承保服務。[Insert if applicable: [此外，對於福利表中未列出的以下服務，您也必須獲得PA: [insert list]。]

[Instructions to plans offering Value-Based Insurance Design (VBID) Model benefits:

* Plans may deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).
* If applicable, plans must update the Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to VBID benefits.
* If applicable, plans with VBID should mention reduced cost-sharing for their MA benefits, as well as that members may qualify for a reduction or elimination of their cost-sharing for Part D drugs in Plans with VBID may include the reduction or elimination of their cost-sharing for Part D drugs in Chapter 6, Section C.]
* [Insert if offering VBID Model benefits:

針對患有某些慢性病的參與者的重要福利信息

* 如果您由計畫提供者診斷患有以下定義之慢性病並符合某些醫療標準，您可能有資格獲得針對性補充福利和/或減少分攤費用：
	+ [List all applicable chronic conditions here。]
	+ [As applicable, plans offering benefits under VBID that require participation in a health and wellness program or to see a high-value provider, include those limitations and then direct the enrollee that they will be provided additional information with how to take advantage of these additional supplemental benefits. (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).]
* For further detail, please go to the Help with Certain Chronic Conditions row in the Medical Benefits Chart below.]

[Insert if offering VBID benefits:

[Plans participating in VBID should use this section to describe the plans strategy for advance care planning and any other wellness and health care planning (WHP) services that are being offered:]

適用於所有參與健康和醫療保健計畫 (WHP) 服務的參與者的重要福利資訊

* 由於[insert 2024 plan name]參與了[insert VBID program name]，您將有資格獲得以下WHP服務，包括預先護理計畫 (ACP) 服務：
	+ [Include a summary of WHP services that are to reach all VBID plan enrollees in CY 2024. The description must include language that WHP and ACP are voluntary and enrollees are free to decline the offers of WHP and ACP.]
	+ [Include information on how and when the enrollee would be able to access WHP services.]

[Instructions to plans offering WHP benefits：

* In addition to offering advance care planning as a covered benefit, plans participating in the VBID Model may deliver to each VBID PBP enrollee a written summary of WHP benefits so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for a written summary when offering WHP benefits (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).
* If applicable, plans should mention that enrollees may qualify for cost-sharing or co-payment reductions].

[Insert if offering VBID flexibility benefits and targeted supplemental benefits to Low Income Subsidy (LIS) enrollees, as defined in the Plan Communication User Guide (PCUG):]

 [Instructions to plans offering VBID benefits:]

* Plans may deliver to each LIS-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of VBID benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering such a written notice when offering targeted supplemental or VBID benefits. (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).
* Plans who choose to reduce cost-sharing for an item or service, including Part D drugs covered by Medicare Advantage Prescription Drug (MA-PD) plan through member participation in a plan-sponsored disease management or similar program, must include a summary of the additional supplemental benefits they would receive as well as the activities and/or programs the member must complete in order to receive the benefit.
* If applicable, plans must update the Benefits Chart and include a supplemental benefits chart including a column that details the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service, and/or the additional supplemental benefits being offered. Specific services should include details as it relates to VBID benefits.
* If applicable, plans with VBID should mention that members may qualify for a reduction or elimination of their cost-sharing for Part D drugs in Chapter 6, Section C.

[Insert only if offering VBID mandatory supplemental benefit flexibility to Cover New and Existing Technologies or Food and Drug Administration (FDA) approved Medical Devices:]

適用於有資格接受新技術和現有技術或FDA批准的醫療設備護理之VBID計畫參與者的重要福利資訊。

* 由於[insert 2024 plan name]參與了[insert VBID program name]，您可能有資格接受新技術和現有技術或FDA批准的醫療設備護理：
	+ [Include a description of the new and existing technologies or FDA approved medical devices specifying eligibility for the benefit and associated cost-sharing as an enrollee in the VBID plan in 2024. The description must include language that enrollees are free to decline the benefit and how they would notify the plan of declining this supplemental benefit.]

[Instructions to plans offering Coverage of New and Existing Technologies or FDA-approved Medical Devices as a mandatory supplemental benefit:

* Plans may deliver to each VBID PBP’s enrollee a written summary of coverage of new and existing technologies or FDA-approved medical devices so that such enrollees are notified of the benefits for which they are eligible. For VBID plans that choose to deliver a written notice, VBID plans must follow the VBID guidance on communications for delivering a written summary when offering coverage of new and existing technologies or FDA-approved medical devices (See CY 2024 Value-Based Insurance Design Communications and Marketing Guidelines).]
* [Insert if plan is offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)” in Section B-19 of the Plan Benefit Package submission: 關於患有某些慢性病的會員的重要福利資訊。如果您患有以下慢性病並符合某些醫療標準，您可能有資格獲得額外福利 [insert if applicable:和/或減少分攤費用]：
	+ [List all applicable chronic conditions here.]
	+ [If offering SSBCI, include information about the process and/or criteria for determining eligibility for SSBCI. Plan must also deliver a written summary of the SSBCI offered to each chronically ill member eligible for SSBCI.]

更多相關資訊，請參閱福利表中的「某些慢性病相關指南」部分。]

* [Insert as applicable: 大部分**or**所有] 預防性服務都是免費的。在福利表中，預防性服務旁邊會有這個蘋果標誌。
* [Insert any additional applicable Medicaid program coverage here such as community supports.]

[Instructions on completing the Benefits Chart:

* For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit do not need to include the given description (unless it is still applicable) and may instead describe the plan benefit.
* Optional supplemental benefits are not permitted in this chart; optional supplemental benefits should be described in Section E.
* Include the following where appropriate: 與您的醫療服務提供者溝通並獲得轉介。
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and Medicaid requirements and identify preventive services with the apple icon.
* HMO POS plan types must provide information about which services must be obtained from network providers, which services can be obtained out-of-network under the POS benefit, and any differences in cost-sharing for covered services obtained out-of-network under the POS benefit.
* Plans should clearly indicate which benefits are subject to PA. (This can be done with asterisks, footnotes, bold type, or italic type. Plans must select only one method of indication, describe it in terms easily understandable by members, make the indication and description prominently visible, and use it consistently throughout the document.)
* Plans may insert any additional benefit information that is based on the plan’s approved benefit package and not already included in the Benefits Chart or in the exclusions section. Plans insert any additional benefits in the chart alphabetically.
* Plans must add any Medicaid benefits covered to the chart as instructed by the state. Insert any additional benefits in the chart alphabetically. If directed by the state, include all non-waiver services in the chart and all HCBS waiver services as a separate section after the chart. Each 1915(c) waiver should be listed separately, with the appropriate services also listed. The remainder of the sections should then be renumbered.
* Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might affect a member’s access to services within the chart.
* Plans may add references to the list of exclusions as appropriate. If an excluded benefit is highly similar to an allowed benefit, the plan must add an appropriate reference to the list of exclusions. If the benefit does not resemble any exclusion, then the plan should not reference the exclusion list.
* Plans should include all non-waiver LTSS in the chart in alphabetical order.
* Plans with no cost-sharing for any type of service (i.e., no cost-sharing at all) may delete the “what you must pay” column from the table. Plans with any type of cost-sharing for services, including for pharmacy services, must leave the “what you must pay” column in the table.
* Plans offering targeted supplemental benefits in Section B-19 of the Plan Benefit Package submission must:
* Deliver to each clinically-targeted member a written summary of those benefits so that such member are notified of the “Uniformity Flexibility” benefits for which they are eligible.
* Update the Benefits Chart to include details, as applicable, about the exact targeted reduced cost-sharing amount for each specific service and/or the additional supplemental benefits being offered.]

# 本計畫的福利表

[When a benefit continues from one page to the next, plans enter a blank return before right aligning and inserting at the bottom of the first part of the description: 此福利下頁繼續。At the top of the next page where the benefit description continues, plans enter the benefit name again in bold followed by**（續）**. Plans may refer to耐用醫療器材 (DME) 和相關用品and other benefits later in this chart as examples. Plans should also be aware that the flow of benefits from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other services as needed.]

[Plans should modify this section throughout to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate as well as any copays that may differ for Medicaid.]

| 本計畫支付的服務 | 您須支付的費用 |
| --- | --- |
| 蘋果表示預防性福利。 | 腹主動脈瘤篩查我們為有風險的患者支付一次性超聲檢查費用。僅當您存在某些風險因素並且從您的醫師、醫師助理、執業護士或臨床護理專科醫師處獲得轉介的情況下，本計畫才會承保這項篩查。 [List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | 針灸如果您患有慢性腰痛（定義如下），我們會在90天內支付最多12次針灸治療費用：* 病痛持續了12周或更長時間；
* 非特異性（無可識別的全身性病因，例如與轉移性、炎症性或感染性疾病無關）；
* 與手術無關；**並且**
* 與懷孕無關。

此外，如果您的慢性腰痛病情有所改善，我們會額外支付8次針灸治療費用。對於慢性腰痛，您每年接受的針灸治療不得超過20次。如果您沒有好轉或更加嚴重，則必須停止針灸治療。[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 酒精濫用的篩查和諮詢我們為濫用酒精但不依賴酒精的成年人支付一次酒精濫用篩查費用。這也包括孕婦。如果您的酒精濫用篩查結果呈陽性，則您每年可以與有資質的基層照護服務提供者 (PCP) 或基層照護機構的從業者進行最多四次簡短的面對面諮詢（如果您在諮詢期間有行爲能力且保持清醒）。[List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | 救護車服務承保的救護車服務包括地面、固定翼和旋轉翼（直升機）救護車服務。救護車會將您送到最近的可為您提供醫療服務的場所。您的病情必須嚴重到以其他方式前往醫療服務場所可能會危及您的健康或生命。 其他情況下的救護車服務必須獲得我們的批准。在非緊急情況下，我們可能支付救護車費用。您的病情必須嚴重到以其他方式前往醫療服務場所可能會危及您的生命或健康。 | $0 |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 年度健康檢查您可以每年做一次健康檢查。這是為了能夠根據您當前的風險因素制定或更新預防計畫。我們每12個月為這項檢查支付一次費用。**註：**您的第一次年度健康就診不能在**歡迎加入Medicare就診**後的12個月內進行。但是，在您參與B部分12個月後，您無需進行**歡迎加入Medicare**就診即可獲得年度健康就診。[List any additional benefits offered.] | $0 |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 骨質密度檢查我們為符合條件的會員（通常是有骨質流失風險或骨質疏鬆症風險的人）支付某些程式費用。這些程式將確定骨質密度、發現骨質流失或確定骨骼質量。 我們每24個月支付一次服務費用，如為醫療所需，我們支付服務費用的次數則會更頻繁。我們還為請醫生查看結果並發表意見而付費。[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 乳腺癌篩查（乳房X光檢查）我們承保以下服務：* 35至39歲之間進行一次基線乳房X光檢查 [plans that only cover ages 65 and over should delete]
* 每12個月[plans that cover women under 65 should include: 對40歲及以上女性]進行一次乳房X光檢查
* 每24個月進行一次臨床乳房檢查

[List any additional benefits offered.]  | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | 心血管（心臟）復健服務我們支付心臟復健服務費用，如鍛煉、指導和諮詢。會員必須符合一定條件並獲得醫生的[insert as appropriate: 轉介**or**醫囑]。 我們還承保加强型心臟復健計畫，比其它心臟復健計畫強度更大。 | $0 |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 降低心血管（心臟）疾病風險就診（心臟病治療）我們每年向您的基層照護服務提供者 (PCP) 支付一次就診費用，如為醫療所需，可以支付更多診次，以幫助您降低心臟病患病風險。[*insert:* 就診***or***就診]期間，您的醫生可能會： * 討論阿司匹林的使用，
* 檢查您的血壓，**和/或**
* 給您一些建議，以確保您飲食健康。

[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 心血管（心臟）疾病檢測我們每五年（60個月）支付一次驗血費用，以檢查心血管疾病。這些血液檢驗還可以檢查由於心臟病高風險而導致的缺陷。[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 宮頸癌和陰道癌篩查我們承保以下服務：* 對於所有女性：每24個月進行一次巴氏試驗和盆腔檢查
* 對於宮頸癌或陰道癌高危女性：每12個月進行一次巴氏試驗
* [Plans that cover women under 65 must include: 對於過去3年內巴氏試驗異常且處於育齡期的女性：每12個月進行一次巴氏試驗]

[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | 整脊服務我們承保以下服務：* 調整脊柱到正常位置

[List any Medicaid or plan-covered supplemental benefits offered. Also list any restrictions, such as the maximum number of visits.] | [List copays.][List copays for supplemental benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 大腸癌篩查對於45歲及以上人群，我們承保以下服務：* 軟式乙狀結腸鏡檢查（或鋇劑灌腸篩查），每48個月一次
* 癒創木脂糞便潛血測試或糞便免疫化學測試，每12個月一次
* DNA結直腸篩查，每3年一次
* 結腸鏡篩檢（但不得於乙狀結腸鏡篩查後的48個月內），每十年一次
* 對結直腸癌高危人群進行結腸鏡篩檢（或鋇劑灌腸篩查），每24個月一次。

[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | [Include row if applicable and modify to accurately describe the Medicaid and/or supplemental benefit offered.]牙科服務某些牙科服務，包括清洗、補牙和假牙，可透過[insert name of Medicaid program or integrated name]牙科計畫獲得。 [Plans that offer optional supplemental dental benefits at an additional cost insert: **注：**本計畫提供額外的牙科服務。相關詳細資訊，請查看**第E節**中的福利表。] | [If plan offers supplemental benefit, the maximum copay amount is $10.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 抑鬱症篩查我們每年支付一次抑鬱症篩查費用。篩查必須在可以提供後續治療和轉介的基層照護服務機構進行。[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 糖尿病篩查如果您有以下任何一種風險因素，我們會為這項篩查（包括空腹血糖測試）付費：* 高血壓（高血壓）
* 膽固醇和甘油三酯水準異常（血脂異常）病史
* 肥胖
* 高血糖（葡萄糖）史

在其他某些情況下（如您超重並且有糖尿病家族史），也可能會承保檢測。根據檢測結果，您可能有資格每12個月進行最多兩次糖尿病篩查。[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 糖尿病自我管理培訓、服務與用品我們為所有糖尿病患者（無論他們是否使用胰島素）支付以下服務費用：* 血糖監測用品，包括：
* 血糖監測儀
* 血糖試紙
* 刺血針裝置和刺血針
* 用於檢查試紙和監測儀準確性的血糖控制溶液
* 對於患有嚴重糖尿病足的糖尿病患者，我們支付以下費用：
* 一雙治療性定制模壓鞋（含鞋墊），包括配件，每個日曆年額外兩雙鞋墊，**或**
* 一雙深口鞋，包括配件，每年三雙鞋墊（不包括此類鞋提供的非定制可拆卸鞋墊）
* 在某些情況下，我們會支付培訓費用來幫助您控制糖尿病。要瞭解更多資訊，請聯繫會員服務部。

[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | 耐用醫療器材 (DME) 和相關用品有關「耐用醫療器材 (DME)」的定義，請參閱*《會員手冊》*的**第12章**我們承保以下項目：* 輪椅
* 拐杖
* 動力床墊系統
* 糖尿病用品
* 依提供者醫囑使用的家用病床
* 靜脈（IV）輸液泵和輸液吊杆
* 語音生成設備
* 氧氣設備和用品
* 霧化器
* 助步車
* 標準彎曲手柄或四支點拐杖和替換用品
* 頸椎牽引（門上）
* 骨刺激器
* 透析護理設備

可能還包括其他用品。**此福利下頁繼續** | [List copays, including how they vary for equipment covered by Medicare and Medicaid, if applicable.][*Include if applicable:* 您對Medicare氧氣設備承保的費用分攤為[*insert copay amount or coinsurance percentage*]每[*insert required frequency of payment*]。][*Plans that use a constant cost-sharing structure for oxygen equipment insert:* 您的費用分攤在投保36個月後將不會改變。] |
|  | 耐用醫療器材 (DME) 和相關用品（續）[Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that they cover, insert: 我們為Medicare和Medi-Cal通常承保的所有醫療所需的DME支付費用。如果我們的供應商在您的地區不銷售特定的品牌或製造商，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。][Plans that limit the DME brands and manufacturers that they cover, insert the following (for more information about this requirement, refer to Chapter 4 of the Medicare Managed Care Manual): 伴隨此 Member Handbook，我們向您發送了本計畫的DME清單。這份清單列出了我們承保的DME品牌和製造商。您還可以在我們的網站<URL>上找到最新的品牌、製造商和供應商清單。一般來說，本計畫在這份清單上涵蓋了Medicare和Medicaid所承保的任何品牌和製造商的DME。我們不承保其他品牌和製造商，除非您的醫生或其他醫療服務提供者告訴我們您需要該品牌。但是，如果您是本計畫的新會員並且正在使用的DME品牌不在我們的清單上，我們將繼續為您支付該品牌的費用，最長期限為90天。在這段時間，請與您的醫生溝通，決定在90天期限後哪種品牌在醫療上對您來說是合適的。（如果您與您的醫生意見不一致，您可以要求他們將您轉介至其他醫生來徵求其他意見。）如果您（或您的醫生）不同意本計畫的承保決定，您或您的醫生可以提出上訴。如果您不同意醫生關於哪種產品或品牌適合您的病情狀況的決定，您也可以提出上訴。有關提出上訴的更多資訊，請參閱*《會員手冊》*的**第9章**。] | [*Plans that wish to vary cost-sharing for oxygen equipment after 36 months insert details including whether original cost-sharing resumes after 5 years and you are still in the plan.*] [*If cost-sharing is different for members who made 36 months of rental payments prior to joining the plan insert:* 如果在投保 [*insert plan name*]前為 [*insert cost-sharing*].] |
|  | 急診照護急診照護是指以下服務：* 由受過急診服務培訓的提供者提供，**以及**
* 需要治療的醫療緊急狀況。

醫療緊急狀況是指伴有劇烈疼痛或嚴重損傷的病情狀況。這種情況非常嚴重，如果不立即就醫，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[Plans that cover women under 65 must include: 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。
* [Plans that cover women under 65 must include: 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移到另一家醫院。
* 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。]

[Also identify whether the plan only covers emergency care within the U.S. and its territories as required or also covers emergency care as a supplemental benefit that provides world-wide emergency/urgent coverage.] | $0如果您在網路外醫院接受急診照護，然後在您的急診狀況穩定後需要住院護理，[plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits:（例如，您必須回到網路內醫院才能繼續承保您的醫療費用。只有在獲得本計畫批准的情況下，您才能留在網路外醫院接受住院治療。）] |
|  | [如果計畫生育服務受承保，plans should modify this as necessary.]計畫生育服務法律允許您為某些計畫生育服務選擇任何醫療服務提供者 – 無論是網路醫療服務提供者還是網路外醫療服務提供者。這表示您可以選擇任何醫生、診所、醫院、藥房或計畫生育辦公室。我們承保以下服務：* 計畫生育檢查和醫療
* 計畫生育化驗和診斷檢測
* 計畫生育方法（子宮內避孕器 (IUC/IUD)、植入物、注射劑、避孕藥、避孕貼或避孕環）
* 處方計畫生育用品（避孕套、避孕海綿、避孕泡沫、避孕藥膜、避孕隔膜、宮頸帽）
* 不孕不育的諮詢和診斷及相關服務
* 性傳播感染 (STI) 的諮詢、檢測和治療
* 針對愛滋病毒和愛滋病以及其他愛滋病毒相關疾病的諮詢和檢測
* 永久避孕（您必須年滿21歲才能選擇這種計畫生育方式。您必須在手術日期前至少30天但不超過180天內簽署一份聯邦絕育同意書。）
* 遺傳諮詢

我們還為其他某些計畫生育服務付費。但是，您必須使用我們的網路內醫療服務提供者來提供以下服務：* 治療不孕症（該服務不包括人工受孕。）
* 治療愛滋病和其他與愛滋病毒相關的疾病
* 基因檢測
 | [List copays.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 健康和保健教育方案[These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness and stress management. Describe the nature of the programs here.] [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.] | [List copays.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect plan-covered benefits as appropriate.]聽力服務我們承保由您的醫療服務提供者進行的聽力和平衡測試。這些測試會讓您瞭解是否需要治療。當您從醫生、聽覺矯正專家或其他有資質的醫療服務提供者處獲得該項服務時，將以門診保健服務形式承保。 | [List copays.][List copays for additional benefits.] |
|  | [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]幫助治療某些慢性病[Plans that offer targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits and/or “*Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI),”* which members with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits and (as applicable) reduced cost-sharing. If offering SSBCI, plans must also list the chronic conditions and benefits and describe the nature of the benefits and the eligibility criteria. The benefits listed here must be approved in the Plan Benefit Package submission.] | [List copays.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 愛滋病毒篩查我們為以下人群每12個月支付一次愛滋病毒篩查費用：* 要求進行愛滋病毒篩查測試的人士，**或**
* 愛滋病毒感染風險增加的人士。

對於懷孕的女性，我們在懷孕期間最多支付三次愛滋病毒篩查測試的費用。[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | 家庭保健機構護理[Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]在您獲得家庭保健服務之前，醫生必須告知我們您需要這些服務，並且這些服務必須由家庭保健機構提供。您必須處於閒居家中狀態，即您離家出門對您來說需要重大努力。我們承保以下服務，並且也可能為未列於下方的其他服務付費：* 兼職或間歇性專業護理和家庭健康助理服務（若要在家庭保健福利中承保，您的專業護理和家庭健康助理服務的總時長必須每天少於8小時、每週少於35小時。）
* 物理治療、職業治療和言語治療
* 醫療和社會服務
* 醫療設備和用品
 | [List copays.] |
|  | 家庭輸液治療本計畫支付家庭輸液治療的費用，這是指在家中將藥物或生物物質注入您的靜脈或皮下。在家中輸液需要用到以下各項：* 藥物或生物物質，如抗病毒或免疫球蛋白；
* 設備（如泵）；**以及**
* 用品（如導管或導液管）。

本計畫承保的家庭輸液服務包括但不限於：* 根據您的護理計畫提供的專業服務，包括護理服務；
* 尚未包含在DME福利中的會員培訓和教育；
* 遠程監控；**以及**
* 由有資質的家庭輸液治療供應商提供的家庭輸液治療和家庭輸液藥物的監控服務。

[List any additional benefits offered.] | [List copays.][List copays for additional benefits.] |
|  | 臨終關懷如果您的醫療服務提供者和臨終醫療主任確定您的預後為終末期，您有權選擇臨終關懷。這意味著您患有絕症，預計只有六個月或更短的生命。您可以從Medicare認證的任何臨終關懷方案中獲得護理。本計畫必須幫助您找到經Medicare認證的臨終關懷方案。您的臨終關懷醫生可以是網路醫療服務提供者或網路外醫療服務提供者。承保服務包括： * 治療症狀和疼痛的藥物
* 短期暫托護理
* 家庭護理

**與您的終末期預後相關的臨終關懷服務以及Medicare A部分或B部分承保的服務** * 更多相關資訊，請參閱本章的**第F節**。

**對於本計畫承保但Medicare A部分或Medicare B部分未承保的服務：** * 本計畫可承保Medicare A部分或Medicare B部分未承保的服務。無論這些服務是否與您的終末期預後相關，我們都會承保。對於這些服務，您將支付[insert as appropriate:本計畫的分攤費用**or** 不支付任何費]。

**對於本計畫的Medicare D部分福利可能承保的藥物：*** 臨終關懷和本計畫絕不會同時承保藥物。多相關資訊，請參閱《會員手冊》的**第5章**。

**註：**如果您需要非臨終關懷，請致電您的護理協調員和/或會員服務部來安排服務。非臨終關懷是與您的終末期預後**無關**的護理。 [Insert if applicable, edit as appropriate: 本計畫可為未選擇臨終關懷福利的臨終會員提供臨終關懷諮詢服務（僅限一次）。] | [List copays.][Include information about cost-sharing for hospice consultation services if applicable.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 免疫接種我們承保以下服務：* 肺炎疫苗
* 流感疫苗，秋季和冬季每個流感季節一次，如為醫療所需，則可額外接種流感疫苗
* B型肝炎疫苗，如果您有感染B型肝炎的高或中等風險
* 新冠病毒疫苗
* 他疫苗，如果您有相關風險並符合Medicare B部分的承保規則

我們為符合Medicare D部分承保規則的其他疫苗接種付費。更多相關資訊，請參閱《會員手冊》的**第6章。**[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | 住院護理包括急症住院、住院康復、長期護理醫院和其他類型的住院醫院服務。住院治療從您據醫囑正式入院之日開始。您出院的前一天是為住院的最後一天。[List any restrictions that apply.]我們承保以下服務以及未列於下方的其他醫療所需服務：* 半私人病房（或私人病房，如為醫療所需）
* 膳食，包括特殊飲食
* 定期護理服務
* 特護病房的費用，如重症監護病房或冠心病監護病房
* 藥物和藥品
* 化驗
* X光和其他放射學服務
* 所需的手術和醫療用品

**此福利下頁繼續** | $0在您的急診狀況穩定後，您必須獲得本計畫的批准才能在網路外醫院接受住院治療。 |
|  | 住院治療（續）* 器具，如輪椅
* 手術室和康復室服務
* 物理治療、職業治療和言語治療
* 物質濫用住院服務
* 在某些情況下，將承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰腺、心臟、肝臟、肺、心臟/肺、骨髓、幹細胞和腸/多臟器。

如果您需要移植，Medicare批准的移植中心將審查您的病例並決定您是否適合移植。[Plans should include the following, modified as appropriate: 移植服務提供者可以在當地，也可以在服務地區之外。如果當地的移植服務提供者願意接受Medicare費率，則您可以在當地或您所在社區的護理模式之外獲得移植服務。如果本計畫在社區護理模式之外提供移植服務，並且您選擇在那裡進行移植，則我們會為您和另外一人安排或支付住宿和旅費。][Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.]* 血液，包括儲存和管理
* 醫師服務

**註：**如需住院，您的醫療服務提供者必須開具醫囑以正式讓您作為住院患者入院。如果您沒有正式入院，即使您在醫院過夜，您仍可能被視為門診患者而不是住院病人。如果您不確定自己是住院病人還是門診病人，則應當詢問醫院工作人員。您還可以在名為「您是住院患者還是門診患者？」的情況說明書中瞭解更多資訊若您擁有Medicare – 敬請咨詢！」。這份情況說明書可從網站上獲得，網址為[www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://urldefense.com/v3/__https%3A/www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf__;!!May37g!cyYHtJORBbMLmHd9VmIMgZFrBOINDr6bDFizYwxrUF8k3vRQpbpQISmP5Q$)或可致電 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227) 獲取。TTY用戶請致電1-877-486-2048。撥打這些號碼是免費的，每週7天、每天24小時開通。 |   |
|  | 精神病院住院服務我們承保需要住院的心理健康服務。[List days covered, restrictions such as 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.][List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plans with no day limitations on a plan’s hospital or nursing facility coverage may modify or delete this row as appropriate.]住院：非承保住院期間在醫院或專業照護設施 (SNF) 獲取的承保服務如果您已使用所有的住院福利或您的住院不合理且並非醫療所需，我們不會支付您的住院費用。但是，對於某些住院護理不在承保範圍的情況，我們可能會為您在醫院或護理設施獲得的服務付費。要瞭解更多資訊，請聯繫會員服務部。我們承保以下服務，並且也可能為未列於下方的其他服務付費：* 醫生服務
* 診斷檢測，如化驗
* X光、鐳和同位素治療，包括技術人員材料和服務
* 外科敷料
* 用於骨折和脫位的夾板、石膏和其他裝置
* 除牙科外的修復和矯正裝置，包括此類裝置的更換或維修。這些裝置用於全部或部分更換：
* 身體內部器官（包括相鄰組織），**或**
* 機能喪失或機能失常的身體內部器官功能。
* 腿、臂、背和頸托、疝帶以及假腿、假臂和義眼。這包括因破損、磨損、丟失或身體狀況變化所需的調整、維修和更換
* 物理治療、言語治療和職業治療
 | $0 |
|  | 腎病服務與用品我們承保以下服務：* 腎臟疾病教育服務，教授腎臟護理知識並幫助您作出正確的護理決定。您必須患有IV期慢性腎病，並且您的醫生必須為您轉介。我們最多提供六次腎臟疾病教育服務。
* 門診透析治療，包括暫時離開服務地區時的透析治療（如*《會員手冊》***第3章**所述），或者當您的醫療服務提供者暫時無法提供服務或聯繫不上時。
* 住院透析治療，如果您已作為住院患者進入醫院接受特殊護理
* 自我透析培訓，包括為您和任何幫助您進行家庭透析治療的人提供的培訓
* 家庭透析設備和用品
* 某些家庭支援服務，例如由訓練有素的透析工作人員進行必要的探視、檢查您的家庭透析情況、在緊急情況下提供幫助以及檢查您的透析設備和供水。

您的Medicare B部分藥物福利會為某些用於透析的藥物付費。相關資訊，請參閱該表中的「Medicare B部分處方藥」。 | $0 |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 肺癌篩查如果您滿足以下條件，本計畫將每12個月支付一次肺癌篩查費用：* 年齡在 50-77 歲之間，**並且**
* 與您的醫生或其他有資質的醫療服務提供者進行過諮詢並共同做出決定，**並且**
* 20 年來每天至少吸 1 包煙但現在沒有肺癌的跡象或症狀，或現在吸煙，或在過去 15 年內已戒煙。

第一次篩查後，本計畫會根據您的醫生或其他有資質的提供者的書面醫囑，每年再支付一次篩查費用。 [Modify section to accurately describe benefitis and list any additional benefits offered.] | $0 |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 醫學營養治療這項福利適用於未進行透析的糖尿病或腎病患者。此外，也適用於由您的醫生為您作出[insert as appropriate: 轉介**or**醫囑]而進行於腎臟移植後。在您獲得Medicare醫療營養治療服務的第一年，我們會為您支付三小時的一對一諮詢服務。如為醫療所需，我們可能會批准額外的服務。此後，我們將每年支付兩小時的一對一諮詢服務費用。如果您的病情、治療或診斷發生變化，您可以透過醫生的[insert as appropriate: 轉介**or**醫囑]獲得更多時間的治療。如果您在下一個日曆年需要治療，則醫生必須每年都開具這些服務並更新[insert as appropriate: 轉介**or**醫囑]。如為醫療所需，我們可能會批准額外的服務。[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | Medicare糖尿病預防方案 (MDPP)本計畫承保MDPP服務。MDPP旨在幫助您改善健康行為。它提供以下方面的實踐培訓：* 長期飲食變化，**以及**
* 增加體力活動，**以及**
* 保持減肥和健康生活方式的方法。
 | $0 |
|  | Medicare B部分處方藥[*Plans that do or expect to use Medicare Part B step therapy should indicate the Medicare Part B drug categories below that are or may be subject to Medicare Part B step therapy as well as a link to a list of drugs subject to Medicare Part B step therapy. Plans may update the link throughout the year and add any changes at least 30 days prior to implementation per 42 CFR 422.111(d).*]這些藥物在Medicare B部分的承保範圍內。本計畫承保以下藥物： * 您通常不自行為自己注射的藥物，而是在獲得醫生、醫院門診或門診手術中心服務時進行注射或輸注
* 通過耐用醫療器材（如醫療必需的胰島素泵）施用的胰島素
* 您使用本計畫所授權的耐用醫療器材（如霧化器）攝入的藥物
* 血友病患者給自己注射的凝血因子
* 免疫抑制藥物，如果您在器官移植時投保了Medicare A部分
* 注射型骨質疏鬆症藥物。如果您在家，發生了經醫生證明與絕經後骨質疏鬆症有關的骨折，並且無法自己注射藥物，則我們會為這些藥物付費
* 抗原
* 某些口服抗癌藥和止吐藥
* 用於家庭透析的某些藥物，包括肝素、肝素解毒劑（如為醫療所需）、局部麻醉劑和紅細胞生成刺激劑[plans may delete any of the following drugs that they do not cover]（如Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®或Darbepoetin Alfa）
* 用於家庭治療原發性免疫缺陷疾病的IV型免疫球蛋白

**此福利下頁繼續** | $0 |
|  | **Medicare B部分處方藥（續）**[Insert if applicable: 點擊以下連結，您將看到可能需要分步治療的Medicare B部分藥物清單：<hyperlink>。]我們在Medicare B部分和Medicare D部分處方藥福利下也承保了一些疫苗。《會員手冊》的**第5章**對我們的門診處方藥福利進行了說明。它解釋了若要獲得處方藥承保，您必須遵守的規則。《會員手冊》的**第6章**説明了透過本計畫您為門診處方藥支付哪些費用。 |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate or eliminate this section if not covered.]護理設施護理護理設施 (NF) 是為無法在家中獲得護理而又無需住院的人群提供護理的地方。我們承保的服務包括但不限於：* 半私人病房（或私人病房，如為醫療所需）
* 膳食，包括特殊飲食
* 護理服務
* 物理治療、職業治療和言語治療
* 呼吸治療
* 作為您的護理計畫的一部分為您提供的藥物。（這包括體內天然存在的物質，如凝血因子。）
* 血液，包括儲存和管理

**此福利下頁繼續** | [List copays.] |
|  | 護理設施護理（續）* 通常由護理設施提供的醫療和手術用品
* 通常由護理設施進行的化驗
* 通常由護理設施提供的X光和其他放射學服務
* 設備的使用，如通常由護理設施提供的輪椅
* 醫師/從業者服務
* 耐用醫療器材
* 牙科服務，包括義齒
* 視力保健福利
* 聽力檢查
* 整脊護理
* 足病治療服務

通常由網路內設施為您提供護理。但是，您也可能可以從我們網路以外的設施獲得護理。如果以下處所接受本計畫的給付金額，則您可以從該處獲得護理：* 您去醫院之前居住的療養院或持續護理退休社區（只要這裡提供護理設施護理）。
* 您離開醫院時您的配偶或同居伴侶居住的護理設施。
 |  |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 肥胖篩查和減肥治療如果您的身體質量指數為30或更高，我們會支付諮詢費用幫助您減輕體重。您必須在基層照護服務機構進行諮詢。這樣，可以利用您的全面預防計畫對其進行管理。請與您的基層照護服務提供者交談，以瞭解更多資訊。[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | 鴉片類藥物治療方案 (OTP) 服務本計畫承保以下治療鴉片類藥物使用障礙 (OUD) 的服務：* 攝入活動
* 定期評估
* 經FDA批准的藥物，並且，（如適用）為您管理和提供這些藥物
* 物質使用諮詢
* 個人和團體治療
* 體內藥物或化學物質測試（毒理學測試）

[List any other medically necessary treatment or additional benefits offered, with the exception of meals and transportation.] | $0 |
|  | 門診診斷測試和治療服務及用品我們承保以下服務以及未列於下方的其他醫療所需服務：* X光
* 放射（鐳和同位素）治療，包括技術人員材料和用品
* 手術用品，如敷料
* 用於骨折和脫位的夾板、石膏和其他裝置
* 化驗
* 血液，包括儲存和管理
* 其他門診診斷測試

[Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
|  | 醫院門診服務我們承保您在醫院門診部為診斷或治療疾病或損傷而獲得的醫療所需的服務，例如：* 急診或門診服務，如門診手術或觀察服務
* 觀察服務可幫助您的醫生瞭解您是否需要以「住院患者」的身份入院。
* 有時您可以在醫院過夜，但您仍然是「門診患者」。
* 您可以在這份情況說明書中瞭解有關自己是住院患者還是門診患者的更多資訊：[www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf](https://urldefense.com/v3/__https%3A/www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf__;!!May37g!cyYHtJORBbMLmHd9VmIMgZFrBOINDr6bDFizYwxrUF8k3vRQpbpQISmP5Q$)。
* 由醫院收費的化驗和診斷檢測
* 心理保健（包括部分住院方案中的保健），如果醫生證明沒有該項保健服務就需要住院治療
* 由醫院收費的X光和其他放射學服務
* 醫療用品，如夾板和石膏
* 福利表中列出的預防性篩查和服務
* 某些您無法自行攝入的藥物

[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]門診心理保健我們承保由以下人士提供的心理健康服務：* 州許可的精神科醫生或醫生
* 臨床心理師
* 臨床社會工作者
* 臨床護理專科醫師
* 執業護士
* 醫師助理
* 適用的州法律允許的任何其他符合Medicare資格的心理保健專業人員

[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]門診復健服務我們承保物理治療、職業治療和言語治療。您可以從醫院門診部、獨立治療師辦公室、綜合門診復健機構（CORF）和其他設施獲得門診復健服務。 | $0 |
|  | 物質濫用門診服務我們承保以下服務，並且也可能為未列於下方的其他服務付費：* 酒精濫用的篩查和諮詢
* 藥物濫用的治療
* 由有資質的臨床醫生進行的團體或個人諮詢
* 家庭戒毒方案中的亞急性解毒
* 強化門診治療中心的酒精和/或藥物服務
* 緩釋納曲酮 (Vivitrol) 治療

[Modify this list accurately describe benefits offered or add any additional benefits offered.] | [List copays.] |
|  | 門診手術我們承保醫院門診設施和門診手術中心的門診手術和服務。 | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]部分住院服務部分住院治療是一種結構化的積極精神治療方案。該方案作為醫院門診服務提供或由社區心理健康中心提供。這比您在醫生或治療師辦公室獲得的醫療服務更密集。這樣您就可以不必住院。[Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **注：**由於我們的網路中沒有社區心理健康中心，我們僅承保醫院門診服務形式的部分住院服務。] | $0 |
|  | 醫師/提供者服務（包括在醫生診室就診）我們承保以下服務：* 在以下處所提供的醫療所需的保健或手術服務：
* 醫師診室
* 認證的門診手術中心
* 醫院門診部
* 專科醫師的諮詢、診斷和治療
* 由您的[insert as applicable: 基層照護服務提供者 **or**專科醫師]提供的基本聽力和平衡檢查，如果您的醫生要求他們確定您是否需要治療
* [Insert if providing any additional telehealth benefits consistent with 42 CFR § 422.135 in the plan’s approved Plan Benefit Package submission: 某些遠程醫療服務，包括 [insert general description of covered additional telehealth benefits (i.e., the specific Medicare Part B service(s) the plan has identified as clinically appropriate for offering through electronic exchange when the provider is not in the same location as the member)。 Plans may refer members to their medical coverage policy here].]
* 您可以選擇透過面對面就診或遠程醫療獲得這些服務。如果您選擇透過遠程醫療獲得其中一項服務，您必須使用提供遠程醫療的網路醫療服務提供者。[Plans may modify as necessary if benefits include out-of-network coverage of additional telehealth services as mandatory supplemental benefits.]
* [*List the available means of electronic exchange used for each Medicare Part B service offered as an additional telehealth benefit along with any other access instructions that may apply.*]

**此福利下頁繼續** | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | 醫師/提供者服務（包括在醫生診室就診）（續）* [*Insert if the plan’s service area and providers/locations qualify for telehealth services under original Medicare requirements in section 1834(m) of the Act:* 某些遠程醫療服務，包括由醫生或執業醫師為某些農村地區或Medicare批准的其他地方的會員提供諮詢、診斷和治療]
* 為居家透析會員在醫院或關鍵醫院腎透析中心、腎透析設施或家中接受與終末期腎病 (ESRD) 相關每月診療的遠程醫療服務
* 診斷、評估或治療中風症狀的遠程醫療服務
* 為患有物質使用障礙或同時患有心理健康障礙的會員提供的遠程醫療服務
* 診斷、評估和治療心理健康障礙的遠程醫療服務，前提是您符合以下條件：
	+ 您在第一次遠程醫療就診前6個月內進行了面對面就診
	+ 在接受這些遠程醫療服務期間，您每12個月進行一次面對面就診
	+ 在某些情況下可以對上述情況進行例外處理
* 農村衛生診所和聯邦合格衛生中心為心理健康就診提供的遠程醫療服務。
* 可與您的醫生進行5-10分鐘的虛擬問診（如透過電話或視頻聊天），**但須符合以下條件**：
	+ 您不是新患者，**並且**
	+ 該問診與過去7天內的診室就診無關，**並且**
	+ 該問診不會導致需要在24小時內或在最快可預約時間內進行診室就診

**此福利下頁繼續** |  |
|  | 醫師/提供者服務（包括在醫生診室就診）（續）* 評估您發送給醫生的視頻和/或影像，並在24小時內由您的醫生進行解釋和跟進，**但**須符合以下條件：
	+ 您不是新患者，**並且**
	+ 該評估與過去7天內的診室就診無關，**並且**
	+ 該評估不會導致需要在24小時內或在最快可預約時間內進行診室就診
* 您的醫生透過電話、互聯網或電子健康記錄與其他醫生進行會診（如果您不是新患者）
* 手術前[insert if appropriate: 由其他網路醫療服務提供者給出的]第二診斷意見
* 非常規牙科護理。承保服務僅限於：
* 頜骨或相關結構的手術
* 頜骨或面部骨折的接合
* 腫瘤性癌症放射治療前拔牙
* 由醫生提供時方可承保的服務

[List any additional benefits offered.] |  |
|  | 足病治療服務我們承保以下服務：* 足部損傷和疾病（如錘狀趾或跟骨骨刺）的診斷和內科或外科治療
* 為疾病（如糖尿病）引發腿部併發症的會員提供常規足部護理

[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 前列腺癌篩查檢查[Plans that cover men under age 65 must include: 對於50歲及以上的男性，] 我們每12個月支付一次以下服務費用：* 直腸指檢
* 前列腺特異性抗原 (PSA) 測試

[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | [Plans should modify this section to reflect Medcaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]假體裝置及相關用品假體裝置用於替代全部或部分身體部位或功能。我們承保以下假體裝置，也可能為未列於下方的其他裝置付費：* 與結腸造口護理相關的造口袋及用品
* 起搏器
* 支架
* 假肢鞋
* 假臂和假腿
* 乳房假體（包括乳房切除術後的外科胸罩）

我們承保一些與假體裝置相關的用品。我們還承保維修或更換假體裝置的費用。我們提供了一些與白內障摘除或白內障手術後相關的保險。相關詳細資訊，請參閱本表下文中的「視力保健」。[Plans that pay for prosthetic dental devices, delete the following sentence:] 我們不承保義齒裝置的費用。 | $0 |
|  | 肺復健服務我們為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病 (COPD) 的會員承保肺復健方案的費用。您必須獲得爲您治療COPD的醫生或醫療服務提供者給予的肺復健 [insert as appropriate: 轉介**or**醫囑]。[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 性傳播感染 (STI) 篩查和諮詢我們承保衣原體、淋病、梅毒和乙型肝炎的篩查費用。這些篩查面向 [plans that cover women under age 65 should include: 孕婦和] 某些STI感染風險較高的人群。基層照護服務提供者必須安排這些檢查。我們每12個月支付一次或在懷孕期間的特定時間支付這些檢查的費用。我們每年還為STI感染風險增加的性活躍成年人承保最多兩次面對面的高強度行為諮詢。每次諮詢可長達20至30分鐘。僅當由基層照護服務提供者提供時，我們才會將這些諮詢服務作為預防性服務予以承保。這類諮詢必須在基層照護服務設施進行，如醫生診室。[Also list any additional benefits offered.] | $0[List copays for additional benefits.] |
|  | 專業照護設施 (SNF) 照護我們承保以下服務，並且也可能為未列於下方的其他服務付費： * 半私人病房或私人病房（如為醫療所需）
* 膳食，包括特殊飲食
* 護理服務
* 物理治療、職業治療和言語治療
* 您在護理計畫中獲得的藥物，包括體內天然存在的物質（如凝血因子）
* 血液，包括儲存和管理
* 護理設施提供的醫療和手術用品
* 護理設施提供的化驗
* 由護理設施提供的X光和其他放射學服務
* 設備（如輪椅），通常由護理設施提供
* 醫師/提供者服務

通常由網路內設施為您提供護理。但是，您也可能可以從我們網路以外的設施獲得護理。如果以下處所接受本計畫的給付金額，則您可以從該處獲得護理：* 您去醫院之前居住的療養院或持續護理退休社區（只要這裡提供護理設施護理）。
* 您離開醫院時您的配偶或同居伴侶居住的護理設施
 | $0 |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 吸煙和戒煙如果您吸煙，但沒有煙草相關疾病的跡象或症狀，並且想要或需要戒煙： * 作為預防性服務，我們會為12個月內的兩次戒煙嘗試付費。這項服務對您是免費的。每次戒煙嘗試包括最多四次面對面的諮詢。

如果您吸煙並被診斷患有煙草相關疾病或正在服用可能受煙草影響的藥物： * 我們會為12個月內的兩次諮詢戒煙嘗試付費。每次諮詢嘗試包括最多四次面對面就診。

[List any additional benefits offered.] | $0[List copays for supplemental benefits.] |
|  | 監督運動療法 (SET)我們為患有症狀性外周動脈疾病 (PAD) [*insert if applicable:* 並從負責 PAD 治療的醫生處獲得PAD轉介] 的會員承保SET費用。 本計畫承保：* 12周最高36次治療（如果滿足所有SET要求）
* 額外增加36次治療（如果醫療服務提供方認為是醫療所需）

SET方案必須是：* 30到60分鐘的PAD治療性運動訓練方案，用於治療因血液流動不良（跛行）而導致腿部痙攣的會員。
* 在醫院門診或醫師診室
* 由受過PAD運動療法培訓的有資質的人員提供，確保治療的利大於弊
* 在受過基本和高級生命支援技術培訓的醫師、醫師助理或執業護士/臨床護理專科醫師的直接監督下
 | $0 |
|  | 急需護理緊急護理是為了應對以下情況所給予的護理：* 需要立即就醫的非急診情況，**或**
* 突發疾病，**或**
* 受傷，**或**
* 需要立即護理的情況。

如果急需緊急護理，您應首先嘗試從網路醫療服務提供者處獲得。但是，當您無法聯繫到網路醫療服務提供者時（例如當您在本計畫的服務地區之外或在週末時），您可以使用網路外醫療服務提供者。[Include in-network benefits. Also identify whether this coverage is within the U.S. and its territories or is supplemental world-wide emergency/urgent coverage.] | $0 |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | [Plans should modify this section to reflect Medicaid and plan-covered supplemental benefits as appropriate. Add the apple icon if listing only preventive services.]視力保健我們為眼部疾病和眼部損傷的診斷和治療支付門診醫生服務費用。例如，這包括每年對糖尿病患者進行糖尿病性視網膜病變的眼科檢查，以及對年齡相關性黃斑變性的治療。 對於青光眼高危人群，我們每年支付一次青光眼篩查費用。青光眼高危人群包括：* 有青光眼家族史的人士
* 糖尿病患者
* 非裔美國人[plans that cover under 65 must include:50歲及以上]
* 西班牙裔美國人[plans that cover under 65 must include:65歲或以上]

[Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare.] 每次白內障手術後，醫生植入了人工晶狀體時，我們會支付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。 如果您做了兩次單獨的白內障手術，則必須在每次手術後各配一副眼鏡。即使您在第一次手術後沒有配用一副眼鏡，您也不能在第二次手術後獲得兩副眼鏡。 | [List copays.][List copays for additional benefits.] |
| 蘋果圖標表示預防性服務。 | 「歡迎加入Medicare」預防性就診我們承保一次「歡迎加入Medicare」預防性就診。這次就診包括： * 檢查一下您的健康狀況、
* 關於您需要的預防性服務（包括篩查和注射）的指導和諮詢，**以及**
* 如果您需要，轉介其他護理。

**註：**我們僅在您擁有Medicare B部分的前12個月內承保「歡迎加入Medicare」預防性就診。在您預約時，請告訴您醫生的診室人員您想安排「歡迎加入Medicare」預防性就診。 | $0 |

# 可選的補充福利保費

[Include this section if you offer optional supplemental benefits in the plan and describe benefits below. Plans must explain how these benefits are different than what is covered under Medicaid. You may include this section either in the Member Handbook or as an insert to the Member Handbook.]

本計畫提供一些額外的福利，這些福利不在Original Medicare承保範圍內，也不包含在您的福利套餐中。這些額外福利稱為「**可選的補充福利**」。如果您希望獲得這些可選的補充福利，您必須進行註冊 [insert if applicable: 并且可能需要為他們支付額外的保費。][insert as applicable: 本節或隨附的插頁] 中描述的可選附加福利與任何其他福利一樣，需要遵循相同的上訴程序。

[Insert plan specific optional supplemental benefits, premiums, deductible, copays, and coinsurance and rules using a chart like the Benefits Chart above. Insert plan specific procedures on how to elect optional supplemental coverage, including application process and effective dates and on how to discontinue optional supplemental coverage, including refund of premiums. Also, insert any restrictions on members’ re-applying for optional supplemental coverage (e.g., must wait until next annual enrollment period).]

# 本計畫的訪客/旅行者福利

[If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to getting the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR §422.74(b)(4)(iii) (for more than 6 months up to 12 months), also explain that here based on the language suggested below:

如果您一次離開計畫服務地區的時間超過6個月，但沒有永久搬家，我們通常必須讓您退出本計畫。但是，我們提供訪客/旅行者方案[specify areas where the visitor/traveler program is being offered]，讓您在離開我們的服務地區長達12個月時，仍可以繼續參與本計畫。根據我們的訪客/旅行者方案，您可以以網路內分攤費用價格獲得所有計畫承保的服務。當您使用訪客/旅行者福利時，請聯繫我們來幫助您尋找醫療服務提供者。

如果您在訪客/旅行者地區，您可以在<end date>之前一直參與本計畫。如果您在<end date>之前沒有返回本計畫的服務地區，我們將終止您在本計畫中的會員資格。]

# 本計畫以外的福利

[Plans should modify this section to include additional benefits covered outside the plan by Medicaid fee-for-service and/or a Medicaid managed care plan,as appropriate.]

我們不承保以下服務，但可透過Medicare或[insert name state-specific name of Medicaid program]獲得。

## G1. 臨終關懷

如果您的醫療服務提供者和臨終醫療主任確定您的預後為終末期，您有權選擇臨終關懷。這意味著您患有絕症，預計只有六個月或更短的生命。您可以從Medicare認證的任何臨終關懷方案中獲得護理。本計畫必須幫助您找到經Medicare認證的臨終關懷方案。您的臨終關懷醫生可以是網路醫療服務提供者或網路外醫療服務提供者。

有關在您獲得臨終關懷服務期間我們所承保的方案的更多資訊，請參閱**第D節**的福利表。

**對於與您的終末期預後相關的臨終關懷服務以及Medicare A部分或B部分承保的服務**

* 臨終關懷提供者向Medicare收取為您服務的費用。Medicare為與您的終末期預後相關的臨終關懷服務付費。您無需為這些服務支付任何費用。

**對於與您的終末期預後非相關的Medicare A部分或B部分承保的服務**

* 醫療服務提供者將向Medicare收取為您服務的費用。Medicare為Medicare A部分或Medicare B部分所承保的服務付費。您無需為這些服務支付任何費用。

**對於本計畫的Medicare D部分福利可能承保的藥物**

* 臨終關懷和本計畫絕不會同時承保藥物。更多相關資訊，請參閱您的《會員手冊》**第5章**。

**註：**如果您需要非臨終關懷，請致電您的護理協調員安排服務。非臨終關懷護理是與您的終末期預後無關的護理。

# 本計畫、Medicare或[insert name of state-specific Medicaid program]未承保的福利。

本章節將向您介紹排除於本計畫之外的福利。「排除」是指我們不為這些福利付費。Medicare和Medicaid也不為這些福利承保。

下方清單說明了我們在任何情況下都不承保的服務和方案，以及只在某些情況下才排除的一些服務與用品。

我們不為本章節（或本*《會員手冊》*的任何其他章節）列出的排除的醫療福利付費，但列出的特定情況除外。即使您在急診設施内接受服務，本計畫也不會為這些服務支付任何費用。如果您認為本計畫應為未承保的某項服務付費，您可以提出上訴。有關提出上訴的資訊，請參閱《會員手冊》的**第9章。**

除了福利表中說明的任何排除或限制之外，本計畫也不承保以下用品與服務：

[The services listed in the remaining bullets are excluded from Medicare’s and Medicaid’s benefit packages. If any services below are plan-covered supplemental benefits, are required to be covered by Medicaid or have become covered due to a Medicare or Medicaid change in coverage policy, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare, they need not delete the item but may revise the text to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services and items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]

* 根據Medicare和[insert name state-specific name of Medicaid program]標準被認為不是「合理和醫療所需」的服務，除非我們將這些服務列為承保服務
* 實驗性醫療和外科治療、用品和藥物，除非Medicare、Medicare批准的臨床研究或本計畫將其列入承保範圍。
* 有關臨床研究的更多資訊，請參閱*《會員手冊》*的**第3章**。實驗性治療和用品是指未被醫學界普遍接受的治療和用品。
* 病態肥胖症的手術治療，除非為醫療所需且Medicare負責付費。
* 醫院的私人病房，除非為醫療所需。
* 私人值班護士
* 醫院或護理設施病房內的個人用品，如電話或電視。
* 在家中進行的全職護理
* 您的直系親屬或您的家庭成員所收取的費用。
* [Plans should delete this if the state allows:]送到您家中的餐食
* 選擇性或自願性增強程式或服務（包括減肥、生髮、性能力、運動能力、美容目的、抗衰老和心智表現），除非為醫療所需。
* 整容手術或其他整容工作，除非因意外傷害或為了改善外形不正常的身體部位而需要。但是，我們會支付乳房切除術後乳房的重建費用以及對另一側乳房進行治療以與之匹配的費用
* 整脊護理，除非按照承保指南對脊柱進行手動推拿。
* 常規足部護理，除非為D部分福利表中的「足病治療服務」中所述的足部護理。
* 矯形鞋，除非鞋子是腿支架的一部分並包含在支架的費用中或鞋子是為患有糖尿病足病患者準備的。
* 足部支撐裝置，除非為糖尿病足病患者的矯形鞋或治療鞋
* [Plans delete this if supplemental:]定期聽力檢查、助聽器或助聽器安裝檢查
* [Plans delete this if supplemental:]放射狀角膜切開術、LASIK手術和其他低視力輔助設備
* 逆轉絕育手術和非處方避孕用品。
* 自然療法服務（使用自然療法或替代療法）。
* 退伍軍人事務 (VA) 設施為退伍軍人提供的服務。[Zero cost-sharing plans may adjust this language as applicable]但是，當退伍軍人在VA醫院接受急診服務且VA分攤費用超過本計畫下的分攤費用時，我們將為退伍軍人補償差額。您仍需承擔您的分攤費用部分的金額。