第 6 章：您為 Medicare 和[Insert name of Medicaid program]Medicaid 處方藥支付哪些費用

簡介

本章介紹您為門診處方藥支付哪些費用。我們所說的「藥物」是指：

* Medicare D部分處方藥，**以及**
* Medicaid承保的藥物和用品，**以及**
* [Insert if applicable:本計畫中作為額外福利的藥物和用品。]

由於您有資格獲得[insert state-specific name of Medicaid program]，因此可以從Medicare獲得「額外補助」，以幫助支付您的Medicare D部分處方藥費用。[Plans who have $0 cost sharing for all Medicare Part D drugs should remove the remaining language in this paragraph.]我們[insert as appropriate:已包含或發送給您]一個稱為「獲處方藥費用額外補助的人員的承保證明附則」（也稱為「低收入補助附則」或「LIS附則」）的單獨插頁，它會告訴您有關您的藥物承保範圍的資訊。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部並索要「LIS附則」。

|  |
| --- |
| **額外補助**是一項Medicare計畫，旨在幫助收入和資源有限的人士降低Medicare D部分處方藥費用（例如保費、免賠額和共付額）。「額外補助」也稱為「低收入補助」或「LIS」。 |

其他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*。*

若要瞭解有關處方藥的更多資訊，您可以查看以下章節：

* 我們的*《承保藥物清單》*。
* 我們稱之為「藥物清單」。它會告訴您：
* 我們為哪些藥物付費
* [Plans that do not have cost sharing in any tier or do not have tiers may omit this bullet.]每種藥物處於<number of tiers>個層級中的哪一層級
* 藥物是否有任何限制
* 如果您需要我們的藥物清單副本，請致電會員服務部。您還可以在我們的網站<web address>上找到我們藥物清單的最新副本。
* *《會員手冊》***第5章**。
* 它會告訴您如何透過本計畫獲得門診處方藥。
* 它包含您需要遵循的各項規則。它還說明了本計畫不承保哪些類型的處方藥。
* 我們的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*。
* 在大多數情況下，您必須使用網絡藥房來獲取您的承保藥物。網絡藥房是同意與我們合作的藥店。
* *《醫療服務提供者與藥房名錄》*列出了我們的網絡藥房。若要瞭解有關網絡藥房的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》**第5章**。

[Plans with no cost-sharing for all outpatient drugs, delete Sections D, E, F, and G and change section H to section D.]

[*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. *福利說明* (EOB) 4](#_Toc125726580)

[B. 如何跟蹤您的藥物費用 4](#_Toc125726581)

[C. [Plans with two payment stages, insert:Medicare D部分藥物的藥物支付階段] [Plans with one payment stage, insert:您無需為一個月的[insert if applicable：或長期]藥物供應支付任何費用 6](#_Toc125726582)

[C1. [Plans that do not have cost sharing in any tier may omit this section. Other plans may modify this section based on the tiering structure.]我們的分攤費用層級 7](#_Toc125726583)

[C2. 您的藥房選擇 7](#_Toc125726584)

[C3. 獲取長期供藥 7](#_Toc125726585)

[C4. 您支付的費用 8](#_Toc125726586)

[D. 階段1：初始承保階段 [Plans with one coverage stage should delete this section] 9](#_Toc125726587)

[D1. 您的藥房選擇 10](#_Toc125726588)

[D2. 獲取長期供藥 10](#_Toc125726589)

[D3. 您支付的費用 10](#_Toc125726590)

[D4. 初始承保階段結束 12](#_Toc125726591)

[E. 第2階段：重額承保階段 [Plans with one coverage stage should delete this section] 13](#_Toc125726592)

[F. 當您的醫生開出的藥量少於一整月時，您的藥物費用[Plans with no Medicare Part D drug cost-sharing should delete this section] 13](#_Toc125726593)

[G. 為愛滋病患者提供的處方藥分攤費用援助[Plans with no Medicare Part D drug cost-sharing delete this section] 13](#_Toc125726594)

[G1. 愛滋病藥物援助計畫(ADAP) 14](#_Toc125726595)

[G2. 如果您沒有參加ADAP 14](#_Toc125726596)

[G3. 如果您參加了ADAP 14](#_Toc125726597)

[H. 疫苗接種 14](#_Toc125726598)

[H1. 疫苗接種前您需要瞭解的事項 14](#_Toc125726599)

[H2. 您為Medicare D部分承保的疫苗接種支付的費用 15](#_Toc125726600)

# *福利說明* (EOB)

[Plans with a single payment stage (i.e., no cost-sharing differences between the Initial Coverage Stage and the Catastrophic Coverage Stage), modify this section as necessary.]

本計畫會跟蹤您的處方藥。我們跟蹤兩種類型的費用：

* 您的**自付費用**。這是您或代表您的其他人為您的處方藥支付的金額。
* 您的**總藥物費用**。這是您或代表您的其他人為您的處方藥支付的金額加上我們支付的金額。

當您透過本計畫獲得處方藥時，我們會向您發送一份稱為*《福利說明》*的摘要。我們將它簡稱為「EOB」。此EOB不是帳單。EOB還有更多關於您服用的藥物的資訊[*insert, as applicable:*例如價格上漲以及其他可能可用的分攤費用較低的藥物。您可以與您的處方師討論這些費用較低的選擇]。EOB包括：

* **當月資訊**。此摘要會告知您上個月已獲取了哪些處方藥。它會顯示總藥物費用、我們支付的費用以及您和其他人為您支付的費用。
* **年初至今的資訊。**這是您自1月1日以來的總藥物費用和總付款。
* **藥物價格資訊**。這是藥物的總價格和自第一次配藥以來藥物價格的任何百分比變化。
* **費用更低的替代品**。如果可用，它們會出現在您當前藥物下方的摘要中。您可以與您的處方師交談以瞭解更多資訊。

我們承保Medicare未涵蓋的藥物。

* 為這些藥物支付的費用不計入您的自付費用總額。
* [Insert only if the plan pays for OTC drugs as part of its administrative costs under Medicare Part D, rather than as a Medicaid benefit:我們還支付一些非處方藥物的費用。您無需為這些藥物支付任何費用。]
* 若要瞭解本計畫承保哪些藥物，請參閱我們的藥物清單。[Insert if applicable:除了Medicare承保的藥物之外，有些處方藥和非處方藥也在<insert state-specific name of Medicaid program>承保範圍之内。這些藥物包含在「藥物清單」中。]

# 如何跟蹤您的藥物費用

為了跟蹤您的藥物費用和您支付的款項，我們使用從您和您的藥房獲得的記錄。您可以透過以下方式幫助我們：

1. 使用您的會員卡。

每次獲得處方藥時，都請出示您的會員卡。這有助於我們瞭解您配藥的處方以及您支付的費用。

1. 確保我們獲得我們需要的資訊。

向我們提供您為承保藥物付費的收據副本。您可以要求我們退還給您[insert if plan has cost-sharing:我們應分攤的]藥物費用。

以下是一些您需要給我們提供收據副本的時候：

* 當您在網絡藥房以特價或使用不屬於本計畫福利的折扣卡購買承保藥物時
* 當您為根據藥物生產商的患者援助計畫獲得的藥物支付共付額時
* 當您在網絡外藥房購買承保藥物時
* 當您為承保藥物支付全額時

有關要求我們退還給您[insert if plan has cost-sharing:我們應分攤的]藥物費用的更多資訊，請參閱您的*《會員手冊》***第7章**。

1. 向我們發送有關他人為您支付款項的資訊。

某些其他人和組織支付的款項也計入您的自付費用。例如，由愛滋病藥物援助計畫 (ADAP)、印第安人健康服務和大多數慈善機構支付的款項均會計入您的自付費用。[Plans should delete the rest of this paragraph if they cover all Medicare Part D drugs at $0 cost-sharing:]這可以幫助您有資格獲得重病保險。當您達到重額承保階段時，本計畫將支付您今年剩餘時間內Medicare D部分藥物的所有費用。

1. 檢查我們發送給您的EOB。

當您在郵件中收到EOB時，請確保它完整且正確。

* **您認得每家藥房的名字嗎？**檢查日期。那天您獲得藥物了嗎？
* **您獲得清單上所列的藥物了嗎？**它們與您收據上列出的藥物相符嗎？這些藥物與您的醫生開的處方相符嗎？

如需瞭解更多資訊，您可以致電<plan name>會員服務部或查閲<plan name>*會員手冊*。[*Plans must include information about how to access the Member Handbook on the plan’s website.*]

**如果您發現此概要有誤怎麼辦？**

如果此EOB上的內容令人困惑或看起來不太對，請致電<plan name>會員服務部聯繫我們。[If applicable: You can also find answers to many questions on our website:<web address>.]

**可能碰到了欺詐怎麼辦？**

如果此摘要顯示了您未服用的藥物或任何您認為可疑的其他內容，請聯繫我們。

* 請致電<plan name>會員服務部聯繫我們。
* 或者，致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯繫Medicare。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電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。
* [Plans may also insert additional State-based resources for reporting fraud.]

如果您認為有問題或遺漏，或者有任何疑問，請致電會員服務部。[Plans that allow members to manage this information online may describe that option here.]請保留這些EOB。它們是您藥物費用的重要記錄。

# [*Plans with two payment stages, insert:*Medicare D部分藥物的藥物支付階段][*Plans with one payment stage, insert:*您無需為一個月的[*insert if applicable*:或長期]藥物供應支付任何費用

[Plans participating in the VBID Model and approved to offer VBID reduced or eliminated Part D cost sharing should update the sections below to reflect the approved Model Benefit(s), as appropriate.]

[Plans with one payment stage (i.e., those with no cost-sharing for all Medicare Part D drugs), include the following sentence:有了本計畫，只要您遵循我們的規則，您就無需為承保藥物支付任何費用。]

[Plans with two payment stages (i.e., those charging LIS cost-shares in the initial coverage stage), include the following paragraph and table.]

根據本計畫，您的Medicare D部分處方藥承保有兩個支付階段。您支付多少金額取決於您在獲得處方配藥或續藥時所處的階段。以下是這兩個階段：

| **階段1：初始承保階段** | **階段2：重額承保階段** |
| --- | --- |
| 在此階段，我們會支付您的部分藥物費用，而您則支付自己的份額。您的份額稱為共付額。當您為今年第一個處方配藥時，這個階段就開始了。 | 在此階段，我們會在<end date>之前支付您的所有藥物費用。在您支付了一定數額的自付費用後，此階段就開始了。 |

[Plans with one payment stage (i.e., those with no cost-sharing for all Medicare Part D drugs), include the following information up to Section D.]

## C1. [*Plans that do not have cost sharing in any tier may omit this section. Other plans may modify this section based on the tiering structure.*]我們的分攤費用層級

[Plans with tiers must provide an explanation of tiers; refer to the examples below but plans should modify information based on the tiering structure. Plans without tiers should omit information on tiers.]

[Plans that have cost sharing in any tier 包括：分攤費用層級是具有相同共付額的藥物組。我們藥物清單上的每種藥物都屬於<number of tiers>個分攤費用層級之一。一般來説，層級越高，共付額就越高。若要查找您的藥物的分攤費用層級，請參閱我們的藥物清單。

If a plan has no cost sharing for one or more tiers of drugs, the plan should modify the cost sharing information accordingly. Include examples such as the following:

* 1級藥物的共付額最低。它們可能是學名藥或Medicaid承保的非Medicare藥物。根據您的收入，共付額範圍在<amount>到<amount>之間。
* 2級藥物的共付額中等。它們是品牌藥。根據您的收入，共付額範圍在<amount>到<amount>之間。
* 3級藥物的共付額最高。共付額為<amount>。]

## C2. 您的藥房選擇

[Plans that do not have drug tiers should omit this section.]

您為藥物支付的費用取決於您是否從以下管道獲得藥物：

* 網絡藥房，**或**
* 網絡外藥房。在有限的情況下，我們也承保網絡外藥房的配藥。請參閱您的*《會員手冊》***第5章**，瞭解我們何時會這樣做。
* [Plans without mail-order pharmacies should delete this bullet.]郵購藥房。

請參閱您的*《會員手冊》***第9章**，瞭解當您被告知某種藥物不在承保範圍內時，如何提出上訴。若要瞭解有關這些藥房選擇的更多資訊，請參閱您的*《會員手冊》***第5章**以及我們的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*。

## C3. 獲取長期供藥

[Plans that do not offer extended supplies, delete this section.]

對於某些藥物，您可以在配藥時獲得長期供應（也稱為「延長供應」）。長期供應[insert if applicable:最長為]<number of days>天的供應量。[Plans with cost-sharing, insert:它的費用與一個月的供應量相同。][Plans with no cost-sharing, insert:長期供應無需您支付任何費用。]

有關在何處以及如何獲得長期藥物供應的詳細資訊，請參閱您的*《會員手冊》***第5章**或者我們的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*。

## C4. 您支付的費用

[Plans that have copays must include the following language. Other plans should delete this section.]您可以在配藥時支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，您則支付更低的價格。

請聯繫會員服務部，瞭解您對任何承保藥物的共付額。

**當您從以下管道獲得一個月**[insert if applicable:**或長期**]**的承保處方藥供應時，您應分攤的費用：**

[Plans may delete columns and modify the table as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage. Include all possible copay amounts (not just the high/low ranges) – i.e., all three possible copay amounts for a tier in which LIS cost sharing applies – in the chart, as well as a statement that the copays for prescription drugs may vary based on the level of Extra Help the member gets (if the plan charges copays for any of its Medicare Part D drugs). Modify the chart as necessary to include $0 copays for non-Medicare covered drugs.]

[Plans should add or remove tiers as necessary. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:郵購不適用於[insert tier]級藥物。]

|  | **網絡藥房**一個月或最多<number of days>天的供應量 | **本計畫的郵購服務**一個月或最多<number of days>天的供應量 | **網絡長期照護藥房**最多<number of days>天的供應量 | **網絡外藥房**最多<number of days>天的供應量。承保範圍僅限於某些情況。相關詳情，請參閱您的《會員手冊》**第5章**。 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **分攤費用****1級**([Insert description; e.g., “generic drugs.”]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **分攤費用** **2級**([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **分攤費用** **3級**([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **分攤費用** **4級**([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |

有關哪些藥房可以為您提供長期供藥的資訊，請參閱本計畫的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*。

# 階段1：初始承保階段[*Plans with one coverage stage should delete this section*]

在初始承保階段，我們會支付您的承保處方藥的一部分費用，而您則支付您的份額。您的份額稱為共付額。共付額取決於藥物所處的分攤費用層級以及您獲得藥物的管道。

[Plans must provide an explanation of tiers; refer to the examples below. Plans have flexibility to describe their tier model as appropriate. Plans may also edit or delete language regarding Medicaid based on Medicaid coverage.]

[Plans that have cost sharing in any tier include:分攤費用層級是具有相同共付額的藥物組。本計畫藥物清單上的每種藥物都屬於<number of tiers>個分攤費用層級之一。一般來説，層級越高，共付額就越高。若要查找您的藥物的分攤費用層級，請參閱我們的藥物清單。

* 1級藥物的共付額最低。它們可能是學名藥或[Insert state-specific name of Medicaid program]承保的非 Medicare 藥物。根據您的收入，共付額範圍在<amount>到<amount>之間。
* 2級藥物的共付額中等。它們是品牌藥。根據您的收入，共付額範圍在<amount>到<amount>之間。
* 3級藥物的共付額最高。共付額為<amount>。]

## D1. 您的藥房選擇

您為藥物支付的費用取決於您是否從以下管道獲得藥物：

* 網絡藥房**或**
* 網絡外藥房。

在有限的情況下，我們也承保網絡外藥房的配藥。請參閱您的《會員手冊》**第5章**，瞭解我們何時會這樣做。

若要瞭解有關這些選擇的更多資訊，請參閱您的*《會員手冊》***第5章**以及我們的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*。

## D2. 獲取長期供藥

[Plans that do not offer extended supplies, delete the following two paragraphs:]

對於某些藥物，您可以在配藥時獲得長期供應（也稱為「延長供應」）。長期供應[insert if applicable:最長為]<number of days>天的供應量。[Plans with cost-sharing, insert:它的費用與一個月的供應量相同。][Plans with no cost-sharing, insert:長期供應無需您支付任何費用。]

有關在何處以及如何獲得長期藥物供應的詳細資訊，請參閱您的《會員手冊》**第5章**或者本計畫的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*。

## D3. 您支付的費用

在初始承保階段，您可能每次配藥時都要支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，您則支付較低的價格。

請聯繫會員服務部，瞭解您對任何承保藥物的共付額。

**當您從以下管道獲得一個月**[insert if applicable**:或長期**]**的承保處方藥供應時，您應分攤的費用：**

[Plans may delete columns and modify the table as necessary to reflect the plan’s prescription drug coverage. Include all possible copay amounts (not just the high/low ranges) – i.e., all three possible copay amounts for a tier in which LIS cost sharing applies – in the chart, as well as a statement that the copays for prescription drugs may vary based on the level of Extra Help the member gets.]

[Plans should add or remove tiers as necessary. Plans should remove references to “cost sharing as appropriate. If mail-order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell:郵購不適用於[insert tier]級藥物。]

|  | **網絡藥房**一個月或最多<number of days>天的供應量 | **本計畫的郵購服務**一個月或最多<number of days>天的供應量 | **網絡長期照護藥房**最多<number of days>天的供應量 | **網絡外藥房**最多<number of days>天的供應量。承保範圍僅限於某些情況。相關詳情，請參閱您的《會員手冊》**第5章**。 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **分攤費用** **1級**([Insert description; e.g., “generic drugs.”]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **分攤費用** **2級**([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **分攤費用** **3級**([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |
| **分攤費用** **4級**([Insert description.]) | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] | [Insert copay(s).] |

有關哪些藥房可以為您提供長期供藥的資訊，請參閱我們的*《醫療服務提供者與藥房名錄》*。

## D4. 初始承保階段結束

當您的處方藥自付費用總額達到[insert as applicable: $<TrOOP amount>]，初始承保階段就結束了。屆時，重額承保階段則開始。從那時到年底，我們將承擔您的所有藥物費用。

您的福利說明 (EOB)可幫助您跟蹤一年中您為藥物支付的費用。如果您達到[insert as applicable: $<TrOOP amount>]限額，我們會通知您。 很多人一年都達不到此限額。

# 階段2：重額承保階段[*Plans with one coverage stage should delete this section*]

當您的處方藥費用達到[$<TrOOP amount>]的自付費用限額時，重額承保階段就開始了。您將一直處於重額承保階段，直到該日曆年結束為止。在此階段，本計畫會支付您的Medicare藥物的所有費用。

# 當您的醫生開出的藥量少於一整月時，您的藥物費用[*Plans with no Medicare Part D drug cost-sharing should delete this section*]

[Insert as appropriate:通常**or** 在某些情況下]，您需要支付共付額來涵蓋承保藥物一整月的供應量。但是，您的醫生可以開出少於一個月的藥物供應量。

* 有時，您可能想詢問您的醫生關於開出的藥物供應量少於一個月的情況（例如，當您第一次嘗試服用已知具有嚴重副作用的藥物時）。
* 如果您的醫生同意，您無需為某些藥物支付整月的供應費用。

當您獲得的藥物供應量不足一個月時，您支付的金額取決於您所獲得藥物的天數。我們會計算您每天為藥物支付的金額（「每日分攤費用率」），然後乘以您獲得藥物的天數。

* [Plans may revise the information in this paragraph to reflect the appropriate number of days for their one-month supplies as well as the cost-sharing amount in the example for the current year.]以下為一個示例：假設您的藥物一整月供應量（30天供應量）的共付額為$1.35。這意味著您每天為藥物支付的金額少於$0.05。如果您獲得7天的藥物供應量，則您的支付金額小於每天$.05乘以7天，即總付款小於$0.35。
* 按日分攤費用可讓您在支付整個月的供應費用之前確保某種藥物確實對您有效。
* 您也可以要求您的提供者開出不足一整月的藥物供應量來幫助您：
	+ 更好地計畫何時續配藥物，
	+ 協調續配您服用的其他藥物，**以及**
	+ 減少去藥房的次數。

# 為愛滋病患者提供的處方藥分攤費用援助[*Plans with no Medicare Part D drug cost-sharing delete this section*]

## G1. 愛滋病藥物援助計畫(ADAP)

愛滋病藥物援助計畫 (ADAP) 幫助符合條件的愛滋病感染者獲得挽救生命的抗愛滋病藥物。同時由ADAP承保的門診Medicare D部分處方藥有資格透過[insert name of state-specific department]獲得為參加ADAP的個人提供的處方藥分攤費用援助。

## G2. 如果您沒有參加ADAP

有關資格標準、承保藥物或如何參加該計畫的資訊，請致電[insert phone number]或查看ADAP網站：[insert website address]。

## G3. 如果您參加了ADAP

ADAP可以繼續為ADAP客戶提供Medicare D部分處方藥分攤費用援助，用於ADAP處方集藥物。為確保您繼續獲得此援助，請將您的Medicare D部分計畫名稱或保單編號的任何變更通知[insert description of who to notify]。如果您在尋找最近的ADAP登記網站和/或登記工作人員時需要幫助，請致電[insert phone number]或查看上文列出的網站。

# 疫苗接種

[Plans may revise this section as needed.]

**關於您為疫苗支付費用的重要資訊：**有些疫苗被認為是醫療福利。其他疫苗則被視為Medicare D部分藥物。您可以在本計畫的《*承保藥物清單》（處方集）中找到這些疫苗。*本計畫免費承保大部分Medicare D部分疫苗。請參閱您計畫的《*承保藥物清單》（處方集）*或聯繫會員服務部瞭解特定疫苗的承保範圍和費用分攤詳情。

我們對Medicare D部分疫苗接種的承保範圍分為兩部分：

1. 保險的第一部分是**疫苗本身**的費用。疫苗是一種處方藥。
2. 承保的第二部分是為**您接種疫苗**的費用。例如，有時醫生可能會給您注射疫苗。

## H1. 疫苗接種前您需要瞭解的事項

[Plans may revise this section as needed.]

如果您計畫接種疫苗，我們建議您致電會員服務部。

* 我們可以告訴您本計畫如何承保您的疫苗接種[insert if the plan has cost-sharing:並說明您的分攤費用]。
* [Insert if applicable:我們可以告訴您如何通過使用網絡藥房和提供者來降低成本。網絡藥房和醫療服務提供者同意與本計畫合作。網路醫療服務提供者與我們合作，確保您在獲取Medicare D部分疫苗時無任何預付費用。]

[Plans that do not charge any Medicare Part D vaccine copays may delete the following section。]

## H2. 您為Medicare D部分承保的疫苗接種支付的費用

您為疫苗接種支付的費用取決於疫苗的類型（您要接種的是什麼疫苗）。

* 有些疫苗被認為是對健康有益之物品而不是藥物。這些疫苗會免費提供給您。若要瞭解這些疫苗的承保範圍，請參閱您的《會員手冊》**第4章**中的福利表。
* 其他疫苗則被視為Medicare D部分藥物。您可以在本計畫的藥物清單上找到這些疫苗。[Insert if applicable:您可能需要為Medicare D部分疫苗支付共付額。]如果稱為**諮詢委員會或免疫實踐 (ACIP)** 的組織向成人推薦疫苗，那麼您將無需支付任何費用。

下面是您接種Medicare D部分疫苗的三種常見方式。

1. 您在網絡藥房獲得並注射Medicare D部分疫苗。
* 對於大多數成人D部分疫苗，您無需支付任何費用。
* 對於其他D部分疫苗，您[insert as applicable:無需為疫苗支付任何費用**or**支付共付額]。
1. 您在醫生診室獲得Medicare D部分疫苗，然後您的醫生為您注射疫苗。
* 您[insert as applicable:無需向醫生支付疫苗費用**or**支付共付額]。
* 本計畫支付為您注射疫苗的費用。
* 在這種情況下，醫生診室應致電本計畫，以便我們確保他們知道您只需支付疫苗費用[insert as applicable:無需支付疫苗費用**or**支付共付額]。
1. 您在藥房獲得了Medicare D部分疫苗用藥，然後將它帶到您的醫生診室進行注射。
* 對於大多數成人D部分疫苗，您無需為疫苗本身支付任何費用。
* 對於其他D部分疫苗，您[insert as applicable:無需為疫苗支付任何費用**or**支付共付額]。
* 本計畫支付為您注射疫苗的費用。

[Insert any additional information about your coverage of vaccinations.]