第 8 章：您的權利和責任

簡介

本章包括您作為我們計畫會員的權利和責任。我們必須尊重您的權利。關鍵術語及其定義按英文字母順序列於您的*《會員手冊》*最後一章中。

[**Note:** Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA required language or language required by state Medicaid program.]

[*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. 以滿足您需求的方式獲得服務和資訊的權利 3](#_Toc125727873)

[B. 我們確保您及時獲得承保服務和藥物的責任 3](#_Toc125727874)

[C. 我們保護您的個人健康資訊 (PHI) 的責任 4](#_Toc125727875)

[C1. 我們如何保護您的 個人健康資訊 5](#_Toc125727876)

[C2. 您查看自己的醫療記錄的權利 5](#_Toc125727877)

[D. 我們向您提供資訊的責任 5](#_Toc125727878)

[E. 網路醫療服務提供者不能直接向您收費 6](#_Toc125727879)

[F. 您退出本計畫的權利 6](#_Toc125727880)

[G. 您對自己的醫療保健作出決定的權利 7](#_Toc125727881)

[G1. 您瞭解自己的治療選擇並作出決定的權利 7](#_Toc125727882)

[G2. 您 在無法為自己作出醫療保健決定時給出預期指示的權利。 7](#_Toc125727883)

[G3. 如果您的指示未被遵守，該怎麼辦 8](#_Toc125727884)

[H. 您提出投訴並要求我們重新考慮我們的裁決的權利 8](#_Toc125727885)

[H1. 如何處理不公平待遇或獲取有關您的權利的更多資訊 9](#_Toc125727886)

[I. 您作為計畫會員的責任 9](#_Toc125727887)

# 以滿足您需求的方式獲得服務和資訊的權利

[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]

[Plans must insert a translation of this section in all languages that meet the language threshold.]

我們必須確保**所有**服務都是以無文化障礙、符合文化習慣的方式提供給您。我們還必須以您能理解的方式告訴您本計畫的福利和您的權利。每年我們都必須向您説明您在本計畫中的權利。

* 要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電[insert if applicable:您的護理協調員或]會員服務部。本計畫提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
* 本計畫還可以為您提供[insert if required to provide materials in any non-English languages:英語以外的語言和]大字體、盲文或音訊等格式的材料。若要以其中一種替代格式獲取材料，請致電會員服務部或寫信至[*Insert Plan name, address, and phone number*]。[Plans specifically state which languages are offered. *Plans also simply describe:*
  + *how they request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,*
  + *how they keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member doesn’t need to make a separate request each time,* ***and***
* *how a member can change a standing request for preferred language and/or format*.]

如果您因為語言問題或殘疾而無法從本計畫中獲取資訊，並且您想提出投訴，請致電：

Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週7天、每天24小時均可撥打該電話。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-877-486-2048。

* [Plans should insert information about filing a complaint with Medicaid. Also, include any other state-required offices.]

民事權利辦公室電話 1-800-368-1019。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-800-537-7697。

# 我們確保您及時獲得承保服務和藥物的責任

[Plans may edit this section to add specific requirements for minimum access to care and remedies.]

作為本計畫會員，您享有諸多權利。

* 您有權在我們的網路中選擇基層照護服務提供者 (PCP)。網路醫療服務提供者是與我們合作的服務提供者。您可以在您的*《會員手冊》***第3章**中找到有關哪些類型的提供者可以擔任基層照護服務提供者以及如何選擇基層照護服務提供者的更多資訊。
* 致電[*insert if applicable:*您的護理協調員或]會員服務部或查看*《醫療服務提供者與藥房名錄》，*瞭解有關網路醫療服務提供者以及哪些醫生正在接受新患者的更多資訊。
* [Plans may edit this sentence to add other types of providers that members may use without a referral.]您有權無需轉介即可獲得女性健康專科醫師診治。轉介是您的基層照護服務提供者批准使用您的基層照護服務提供者以外的提供者。[If applicable, replace the previous sentences with:我們**不**要求您獲得轉介。**or**我們**不**要求您使用網路醫療服務提供者。]
* 您有權在合理時間內從網路醫療服務提供者獲得承保服務。
* 這包括及時獲得專科醫師服務的權利。
* 如果您無法在合理時間內獲得服務，我們必須支付網路外護理費用。
* 您有權在未經事前批准 (PA) 的情況下獲得急需的急診服務或護理。
* 您有權在我們的任何一家網絡藥房取藥，不會有長時間的延誤。
* 您有權知道何時可以使用網路外醫療服務提供者。若要更多瞭解網路外醫療服務提供者，請參閱您的*《會員手冊》***第3章***。*
* [Plans should include any additional state requirements regarding covered services or drugs here.]

您的《會員手冊》**第9章**告訴您如果您認為自己沒有在合理時間內獲得服務或藥物，您可以做些什麼。它還告訴您如果我們拒絕為您的服務或藥物承保而您不同意我們的決定，您可以做什麼。

# 我們保護您的個人健康資訊 (PHI) 的責任

我們按照聯邦和州法律的要求保護您的PHI。

您的PHI包括您在加入本計畫時提供給我們的資訊。它還包括您的醫療記錄和其他醫療和健康資訊。

您有權獲取您的資訊並控制您的PHI如何被使用。我們會向您發出書面通知，告知您這些權利並解釋我們如何保護您的PHI隱私。該通知稱為「隱私慣例通知」。

## C1. 我們如何保護您的PHI

我們確保沒有未經授權的人能夠查看或更改您的記錄。

除下述情況外，我們不會將您的PHI提供給不為您提供護理或支付護理費用的任何人。如果我們需要這樣做，我們必須首先獲得您的書面許可。您或合法授權為您作出決定的人可以給予書面許可。

有時我們不需要事先獲得您的書面許可。這些例外情況是法律允許或要求的：

* 我們必須向政府機構公佈PHI，以便他們檢查本計畫的護理質量。
* 我們必須依據法院命令公佈PHI。
* 我們必須向Medicare提供您的PHI。如果Medicare發布您的PHI用於研究或其他用途，他們會根據聯邦法律進行。[Plans may insert similar information, as appropriate, about sharing medical records with Medicaid]

## C2. 您查看自己的醫療記錄的權利

* 您有權查看您的醫療記錄並獲取其副本。[Insert if applicable:我們可能會向您收取複印醫療記錄費用。]
* 您有權要求我們更新或更正您的醫療記錄。如果您要求我們這樣做，我們將與您的醫療服務提供方一起決定是否應該做出更改。
* 您有權知道我們是否以及如何與他人共享您的PHI。

如果您對您的PHI隱私權有任何疑問或疑慮，請致電會員服務部。

[Plans may insert custom privacy practices.]

# 我們向您提供資訊的責任

[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or languages primarily spoken in the plan’s service area.]

作為本計畫會員，您有權從我們這裡獲取有關本計畫、我們的網路醫療服務提供者和您的承保服務的資訊。

如果您不會說英語，我們會提供口譯服務來回答您對本計畫提出的問題。若需要口譯員，請致電會員服務部。這是為您提供的免費服務。[Plans must insert information about the availability of written materials in languages other than English, stating specifically which languages are offered.]我們還可以為您提供大字體、盲文或音訊等格式的資訊。[If applicable, plans insert information about the availability of written materials in other formats.]

如果您想瞭解以下任何資訊，請致電會員服務部：

* 如何選擇或更換計畫
* 本計畫，包括：
* 財務資訊
* 計畫會員如何評價我們
* 會員提出上訴的次數
* 如何退出本計畫
* 我們的網路醫療服務提供者和我們的網絡藥房，包括：
* 如何選擇或改變基層照護服務提供者
* 我們的網路醫療服務提供者和藥房的資質
* 我們如何向我們網路内的醫療服務提供者付款
* 獲取承保服務和藥物，包括：
* 本計畫承保的服務（請參閱您的*《會員手冊》***第3章和第4章**）和藥物（請參閱您的*《會員手冊》***第5章和第6章**）
* 您的承保範圍和藥物限制
* 為獲得承保服務和藥物您必須遵循的規則
* 為什麼有些東西沒有被承保以及您能為此做些什麼（請參閱您的*《會員手冊》***第9章**），包括要求我們：
* 以書面形式說明為什麼不包括某些東西
* 改變我們作出的決定
* 支付您收到的帳單

# 網路醫療服務提供者不能直接向您收費

我們網路内的醫生、醫院和其他提供者不可以讓您支付承保服務的費用。即使我們向提供者支付的金額低於提供者收取的服務費用，他們也不可以向您結帳或收費。若要瞭解如果網路醫療服務提供者試圖向您收取承保服務的費用時該怎麼做，請參閱您的*《會員手冊》***第7章**。

# 您退出本計畫的權利

如果您不願意，沒有人可以强迫您留在本計畫中。

* 您有權透過Original Medicare或其他Medicare Advantage (MA) 計畫獲得大部分醫療保健服務。
* 您可以從處方藥計畫或其他MA計畫中獲得您的Medicare D部分處方藥福利。
* 請參閱*《會員手冊》*的**第10章：**
  + 有關何時可以加入新的MA或處方藥福利計畫的更多資訊。
  + 有關如果您退出本計畫，您將如何獲得[Insert name of Medicaid program]福利的資訊。

# 您對自己的醫療保健作出決定的權利

您有權從您的醫生和其他醫療服務提供方那裡獲得完整的資訊，以幫助您作出有關您的醫療保健的決定。

## G1. 您瞭解自己的治療選擇並作出決定的權利

您的提供者必須以您可以理解的方式解釋您的病情和您的治療選擇。您有權：

* **瞭解您的選擇。**您有權獲知所有治療方案。
* **瞭解風險。**您有權被告知所涉及的任何風險。如果任何服務或治療屬於一項研究實驗的一部份，我們必須提前告知您。您有權拒絕實驗性治療。
* **獲得第二意見。**在決定治療之前，您有權使用另一位醫生。
* **說「不」**。您有權拒絕任何治療。這包括離開醫院或其他醫療設施的權利，即使您的醫生建議您不要這樣做。您有權停止服用處方藥。如果您拒絕治療或停止服用處方藥，我們不會將您退出本計畫。但是，如果您拒絕治療或停止服藥，您將對發生在您身上的事情承擔全部責任。
* **要求我們解釋服務提供者拒絕提供護理的原因。**如果提供者拒絕提供您認為您應得的護理，您有權要求我們作出解釋。
* **要求我們承保我們拒絕提供或通常不承保的服務或藥物。**這稱為承保決定。您的《會員手冊》**第9章**說明了如何要求我們作出承保決定。

## G2. 您在無法為自己作出醫療保健決定時給出預期指示的權利。

[**Note:** Plans that would like to provide members with state-specific information about advance directives may do so. Include contact information for the appropriate state agency.]

有時人們無法為自己作出醫療保健決定。在發生這種情況之前，您可以：

* 填寫一份書面表格，**讓某人有權為您作出醫療保健決定**。
* 如果您無法為自己作出決定，請**向您的醫生提供**有關如何處理您的醫療保健的**書面指示**，包括您**不**想要的護理。

您用來給出指示的法律文件稱為「預設醫療指示」。有多種不同類型的預設醫療指示及其不同的名稱。例如生前遺囑和醫療保健授權書。

您不是必須要有預設醫療指示，但您可以設立。如果您想使用預設醫療指示，請執行以下操作：

* **獲取表格。**您可以從您的醫生、律師、法律服務機構或社會工作者處獲得該表格。藥房和醫療服務提供者辦公室通常有該表格。您可以在線找到免費表格並下載。[Insert if applicable:您也可以聯繫會員服務部索取表格。]
* **填寫表格並簽名。**該表格是一份法律文件。您應該考慮讓律師或您信任的其他人（例如家庭成員或您的 PCP）幫助您填寫它。
* **將副本提供給需要知情的人。**您應該將一份表格副本交給您的醫生。您還應該給您指定為您作決定的人一份副本。您也可能需要將副本交給親密的朋友或家人。在家裡保留一份副本。
* 如果您正在住院並且您有已簽名的預設醫療指示，**請將其副本帶到醫院**。
* 醫院會詢問您是否有已簽名的預設醫療指示表格以及是否隨身攜帶。
* 如果您沒有已簽名的預設醫療指示表格，醫院有表格並會詢問您是否要簽署一份。

您有權：

* 將您的預設醫療指示放在您的醫療記錄中。
* 隨時更改或取消您的預設醫療指示。
* [Insert any additional state-specific requirements as directed by the state.]

請致電會員服務部瞭解更多資訊。

## G3. 如果您的指示未被遵守，該怎麼辦

如果您簽署了預設醫療指示，但您認為醫生或醫院沒有遵循其中的指示，您可以向[plans insert the name and contact information of the applicable state-specific agency]提出投訴。

# 您提出投訴並要求我們重新考慮我們的裁決的權利

您的《會員手冊》**第9章**告訴您如果您對承保的服務或護理有任何問題或疑慮，您可以做什麼。例如，您可以要求我們作出承保決定、提出上訴以更改承保決定或提出投訴。

您有權獲得有關其他計畫會員對我們提出的上訴和投訴的資訊。請致電會員服務部獲取此資訊。

## H1. 如何處理不公平待遇或獲取有關您的權利的更多資訊

如果您認為我們對您不公 － 並且**不是**因為*《會員手冊》***第11章**中列出的原因而受到歧視 － 或者您想了解有關您的權利的更多資訊，您可以致電：

* 會員服務部。
* [insert name of state-specific SHIP]計畫，電話：[insert phone number]。如需瞭解更多資訊[insert name of state-specific SHIP]，請參閱第2章[insert reference, as applicable]。
* [Insert this section if applicable:監察員計畫，電話：<phone number>。如需有關此計畫的更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第2章。]

Medicare，電話：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。（您還可以閱讀或下載Medicare網站上的《Medicare權利與保護》，網址為[www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)。）

[Plans should insert additional contact information, such as for the state Medicaid agency.]

# 您作為計畫會員的責任

[Plans may modify this section to include additional member responsibilities. Plans may add information about estate recovery and other requirements mandated by the state.]

作為本計畫會員，您有責任做下列事項。如果您有任何問題，請致電會員服務部。

* **閱讀*《會員手冊》***，瞭解本計畫的承保範圍以及獲得承保服務和藥物的規則。若要瞭解您的：
* 承保服務，請參閱您的《會員手冊》**第3章和第4章**。這些章節會告訴您承保項目、未承保項目、您需要遵循的規則以及您需要支付的費用
* 承保藥物，請參閱您的《會員手冊》**第5章和第6章**。
* **告訴我們**您擁有的**任何其他醫療或處方藥保險**。我們必須確保您在獲得醫療保健時使用所有的保險選項。如果您有其他保險，請致電會員服務部。
* **請告訴您的醫生和其他醫療服務提供方**您是我們計畫的會員。當您獲得服務或藥物時，請出示您的會員卡。
* **幫助您的醫生**和其他醫療服務提供方為您提供最好的護理。
* 向他們提供他們需要的關於您和您的健康的資訊。盡可能多地瞭解您的健康問題。遵循您和您的提供者議定的治療計畫和指示。
* 確保您的醫生和其他提供者了解您服用的所有藥物。這包括處方藥、非處方藥、維生素和補充劑。
* 有什麼問題就提出來。您的醫生和其他提供者必須以您可以理解的方式解釋事物。如果您提出了問題，但不理解答案，請再問一次。
* **請體諒周全。**我們希望所有計畫會員都尊重他人的權利。我們還希望您在您的醫生辦公室、醫院和其他提供者辦公室中以尊重的態度行事。
* [Plans should edit the bullets below as needed to reflect the costs applicable to their members.]**支付您所欠款項。**作為計畫會員，您有責任支付以下這些款項：
  + Medicare A部份和Medicare B部份保費。對於大多數<plan name>會員，Medicaid支付您的Medicare A部分保費和Medicare B部分保費。
* [Delete this bullet if the plan does not have cost sharing:]對於本計畫承保的某些[insert if the plan has cost sharing for long-term services and supports:長期服務與支持[或藥物]]，您必須在獲得[insert if the plan has cost sharing for services:服務[或藥物]]時支付您的分攤費用。這將會是一項[insert as appropriate:[共付額/共付額]（固定金額）。[Insert if the plan has cost sharing for long-term services and supports:第4章[plans may insert reference, as applicable]說明了您必須為長期服務與支持支付的費用。]第6章[plans may insert reference, as applicable]說明了您必須為藥物支付的費用。
* **如果您獲得本計畫未承保的任何服務或藥物，您必須支付全額費用。（註**：如果您不同意我們不承保某項服務或藥物的決定，您可以提出上訴。請參閱第9章[plans may insert reference, as applicable]瞭解如何提出上訴。）
* **如果您搬家，請告訴我們。**如果您打算搬家，請立即告訴我們。致電[*insert if applicable:*您的護理協調員或]會員服務部。
* **如果您搬出我們的服務地區，您就不能繼續留在本計畫中了。**只有居住於我們服務地區以内的人才能成為本計畫的會員。您的*《會員手冊》***第1章**介紹了我們的服務地區。
* 我們可以幫助您確定您是否會搬出我們的服務地區。[Plans that do not offer plans outside the service area may delete the following sentence:]在特殊投保期間，您可以轉換到Original Medicare或在您的新地點投保Medicare醫療保健或處方藥計畫。我們可以告訴您，我們在您的新地區是否設有保險計畫。
* 搬家時告訴Medicare和[Insert state-specific name of Medicaid program]您的新地址。有關Medicare和[Insert name of state-specific Medicaid program]的電話號碼，請參閱您的《會員手冊》**第2章**。
* **如果您搬家但仍然留在我們的服務地區内，我們依然需要知情。**我們需要更新您的會員記錄並知道如何與您聯繫。
* **如果您有任何問題或疑慮，請致電**[insert if applicable:您的護理協調員或]**向會員服務尋求幫助。**