第 10 章：終止本計畫會員資格

簡介

本章說明了如何在退出本計畫後終止您的會員資格以及您的健康保險選項。如果您退出本計畫，只要您符合條件，您仍將受保於Medicare和[Insert state-specific name of Medicaid program]計畫。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。

[Plans should edit this chapter as directed by the state to reflect Medicaid benefits such as if the plan can continue to provide Medicaid coverage when the member disenrolls from the Medicare plan or if the member is required to belong to a health plan to receive Medicaid benefits, etc.]

[*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. 您何時可以終止本計畫會員資格 2](#_Toc125729852)

[B. 如何終止本計畫會員資格 3](#_Toc125729853)

[C. 如何分別獲得Medicare和[insert state-specific name of Medicaid program]服務 3](#_Toc125729854)

[C1.您的Medicare服務 3](#_Toc125729855)

[C2.您的[insert state-specific name of Medicaid program]服務 6](#_Toc125729856)

[D. 在本計畫會員資格終止前如何獲得醫療服務和藥物 6](#_Toc125729857)

[E. 本計畫會員資格終止時的其他情況 6](#_Toc125729858)

[F. 禁止以任何與健康相關的理由要求您退出本計畫的規則 8](#_Toc125729859)

[G. 如果我們終止您在本計畫中的會員資格，您有權提出投訴 8](#_Toc125729860)

[H. 如何獲取有關終止計畫會員資格的更多資訊 8](#_Toc125729861)

# 您何時可以終止本計畫會員資格

[States may modify this section for any differences in state disenrollment timeframes.]

大多數擁有Medicare的人可以在一年中的特定時間終止其會員資格。由於您擁有[Insert state-specific name of Medicaid program]，您可以在以下每個**特殊投保期**一次性終止您在本計畫中的會員資格或轉換到不同的計畫：

* 一月至三月
* 四月至六月
* 七月至九月

除了這三個特殊投保期外，您還可以在每年的以下時段終止您在本計畫中的會員資格：

* **年度投保期**，從10月15日持續到12月7日。如果您在此期間選擇新計畫，您在本計畫中的會員資格將于12月31日結束，而您在新計畫中的會員資格將于1月1日開始。
* **Medicare Advantage (MA) 開放投保期**從1月1日持續到3月31日。如果您在此期間選擇新計畫，新計畫的會員資格將從下個月的第一天開始。

當您有資格更改您的投保時，可能還有其他情況發生。例如：

* 您搬出了我們的服務地區，
* 您獲得[Insert state-specific name of Medicaid program]或額外補助的資格發生了變化，**或者**
* 如果您最近剛剛搬入、搬出療養院或長期護理機構或目前正在其中接受護理。

您的會員資格在我們收到您請求更換計畫的當月最後一天終止。例如，如果我們在1月18日收到您的請求，您在本計畫中的保險將於1月31日結束。您的新保險於下個月第一天開始生效（本例中為2月1日）。

如果您退出本計畫，您可以獲得以下資訊：

* **第C1節**表格中的Medicare選項[insert reference, as applicable]。
* **第G2節**中的Medicaid服務[insert reference, as applicable]。

您可以聯繫以下部門，獲得有關如何終止會員資格的更多資訊：[Insert any additional contact information as required by the state.]

* 會員服務部，電話號碼詳見頁面底部。也列出了聽語障服務專線 (TTY) 使用者的號碼。
* 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。
* 州健康保險援助計畫 (SHIP)，<State-specific SHIP name>，電話：<*phone number*>。[TTY phone number is optional.]

**注：**如果您正在參加藥物管理計畫 (DMP)，您可能無法更改計畫。有關藥物管理計畫的資訊，請參閱您的《會員手冊》**第5章**。

# 如何終止本計畫會員資格

如果您決定終止您的會員資格，您可以投保另一個Medicare計畫或轉換到Original Medicare。但是，如果您想從本計畫轉換至Original Medicare ，但您沒有選擇單獨的Medicare處方藥計畫，您必須要求退保本計畫。您可以通透過兩種方式要求退保：

* 您可以向我們提出書面請求。如果您需要有關如何執行此操作的更多資訊，請致電本頁底部的電話號碼聯繫會員服務部。
* 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯繫Medicare，營業時間為每週7天、全天24小時。TTY使用者（有聽力或語言障礙的人士）應撥打1-877-486-2048。撥1-800-MEDICARE時，您還可以投保另一項Medicare健康或藥物計畫。有關在退出本計畫時獲得Medicare服務的更多資訊，請參閱第<page number>頁上的圖表。
* [Insert if applicable:請致電[insert name of state specific Medicaid program and contact information including TTY number]。下文第C節介紹了投保不同計畫可以採取的步驟，這也將終止您在本計畫中的會員資格。]

# 如何分別獲得Medicare和[insert state-specific name of Medicaid program]服務

[Update this section as needed to include appropriate Medicaid information.]如果您選擇退出本計畫，您可以選擇獲得Medicare和Medicaid服務。

## C1. 您的Medicare服務

您可以透過三種方式獲得Medicare服務，如下所示。選擇這些選項之一，您就將自動終止您在本計畫中的會員資格。

|  |  |
| --- | --- |
| **1.您可以轉換至：****另一項Medicare健保計畫** | **您需要做的是：**致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯繫Medicare，營業時間為每週7天、全天24小時。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-877-486-2048。[Insert if applicable:有關長者整合照護方案 (PACE) 的查詢，請致電 1-855-921-PACE (7223)。]如您需要幫助或更多資訊： * 請致電[insert name of SHIP program]，電話：<phone number>.。[TTY phone number is optional.][Insert as applicable:在<state>，州健康保險援助計畫 (SHIP)被稱為<name of SHIP>。]

**或者**投保新的Medicare計畫。當您新計畫的保險開始生效時，您將自動退保我們的 Medicare 計畫。[Insert any additional information regarding the impact of Medicaid enrollment as directed by the state.] |
| **2.您可以轉換至：****含單獨的Medicare處方藥計畫的Original Medicare**  | **您需要做的是：**致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯繫Medicare，營業時間為每週7天、全天24小時。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-877-486-2048。如您需要幫助或更多資訊： * 請致電[insert name of SHIP program]，電話：<*phone number*>。[TTY phone number is optional.][Insert as applicable:在<state>，州健康保險援助計畫 (SHIP)被稱為<name of SHIP>。]

**或者**投保新的Medicare處方藥計畫。當您的Original Medicare保險開始生效時，您將自動退保本計畫。[Insert any additional information regarding the impact of Medicaid enrollment as directed by the state.] |
| **3.您可以轉換至：****不含單獨的Medicare處方藥計畫的Original Medicare****注：**如果您轉換到Original Medicare並且沒有投保單獨的Medicare處方藥計畫，Medicare可能會為您投保某一藥物計畫，除非您告訴Medicare您不想加入。 只有在您已從其他來源（例如雇主或工會）獲得藥物承保的情況下，您才應該放棄處方藥承保。如果您對是否需要藥物承保有疑問，請致電[insert name of state SHIP program]，電話：[insert phone number]，週一至週五上午8點至下午5點。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地[insert name of SHIP office]辦事處，請造訪[insert web URL]。 | **您需要做的是：**致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯繫Medicare，營業時間為每週7天、全天24小時。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1-877-486-2048。如您需要幫助或更多資訊： * 請致電[insert name of SHIP program]，電話：<*phone number*>。[TTY phone number is optional.][Insert as applicable:在<state>，州健康保險援助計畫(SHIP)被稱為<name of SHIP>。]

當您的Original Medicare保險開始生效時，您將自動退保本計畫。[Insert any additional information regarding the impact of Medicaid enrollment as directed by the state.] |

## C2. 您的[insert state-specific name of Medicaid program]服務

[Insert instructions specific to state Medicaid program as directed by the state.]

# 在本計畫會員資格終止前如何獲得醫療服務和藥物

如果您退出本計畫，可能需要一段時間才能終止您的會員資格，然後您的Medicare和 Medicaid 新保險才會開始生效。在此期間，您將繼續透過本計畫獲得處方藥和醫療護理，直至新計畫開始生效。

* 使用我們的網路醫療服務提供者接受醫療服務。
* 請使用我們的網絡藥房[insert if applicable:，包括透過我們的郵購藥房服務]配藥。
* 如果您在<*plan name*>會員資格終止當日住院，本計畫將承保您的住院費用，直至您出院。即使您的新健康保險在您出院前就開始生效了，也會發生這種情況。

# 本計畫會員資格終止時的其他情況

在以下情況下，我們必須終止您在本計畫中的會員資格：

* 如果您的Medicare A部份和Medicare B部份承保中斷。
* 如果您不再符合Medicaid參保資格。本計畫僅適用於同時符合Medicare和Medicaid參保資格的人士。
* [Plans must insert rules for members who no longer meet special eligibility requirements.]
* 您搬出了我們的服務地區。
* 您離開我們的服務地區超過六個月。[Plans with visitor/traveler benefits should revise this bullet to indicate when the plan must disenroll members.]
* 如果您搬家或進行長途旅行，請聯繫會員服務部，瞭解您要搬往或前往的地方是否在本計畫的服務地區內。
* [Plans with visitor/traveler benefits, insert:當您離開本計畫的服務地區時，請參閱您的《會員手冊》**第4章**瞭解有關透過我們的訪客或旅行者福利獲得護理的資訊。]
* 您因犯罪而被監禁或入獄。
* 您隱瞞了關於您擁有的其他處方藥保險的資訊。
* 您不是美國公民或在美國沒有合法居留權。
* 您必須是美國公民或在美國擁有合法居留權才能成為本計畫的會員。
* 如果您在此基礎上沒有資格繼續成為會員，Medicare和Medicaid服務中心 (CMS) 會通知我們。
* 如果您不符合此要求，我們必須取消您的投保。

[Insert deemed continuous eligibility information here, if applicable.]

我們只有在事先獲得Medicare和Medicaid許可的情況下，才能出於以下原因將您退出本計畫：

* 您在投保本計畫時故意向我們提供不正確的資訊，並且該資訊影響您投保本計畫的資格。
* 您不斷做出破壞性行為，使我們難以為您和本計畫的其他會員提供醫療護理服務。
* 如果您讓其他人使用您的會員卡獲得醫療服務。（如果我們因此終止您的會員資格，Medicare可能會要求監察長調查您的案件。）

# 禁止以任何與健康相關的理由要求您退出本計畫的規則

我們不能以任何與您的健康相關的理由要求您退出本計畫。如果您認為我們以與健康相關理由要求您退出本計畫，**請致電Medicare**，電話：1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227)。聽語障服務專線 (TTY) 使用者應致電1‑877‑486‑2048。每週7天、每天24小時均可撥打該電話。

# 如果我們終止您在本計畫中的會員資格，您有權提出投訴

如果我們終止您在本計畫中的會員資格，我們必須以書面形式告知您終止您的會員資格的原因。我們還必須解釋您可以如何就我們終止您會員資格的決定提出申訴或投訴。您也可以參閱您的*《會員手冊》***第9章** ，瞭解有關如何進行投訴的資訊。

# 如何獲取有關終止計畫會員資格的更多資訊

如果您有任何疑問或想瞭解有關終止會員資格的更多資訊，您可以撥打本頁底部的電話號碼聯繫會員服務部。